

CARACTERIZACIÓN DE LOS (LAS) CUIDADORES (AS) DE LAS ADULTAS  
MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN LA SALA SANTA CATALINA DEL  
HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL –HGYASM DE CALI

CLAUDIA PATRICIA MURILLO VIVAS

ANA MARIA OTERO CELIS

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

SANTIAGO DE CALI

2018



CARACTERIZACIÓN DE LOS (LAS) CUIDADORES (AS) DE LAS ADULTAS  
MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN LA SALA SANTA CATALINA DEL  
HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL –HGYASM DE CAL

CLAUDIA PATRICIA MURILLO VIVAS

ANA MARIA OTERO CELIS

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL  
TÍTULO DE TRABAJADOR SOCIAL

ASESORA:

OLGA LUCIA MORENO

UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO  
SANTIAGO DE CALI

2018

## AGRADECIMIENTOS

Por medio de estas líneas quiero agradecer a aquellas personas involucradas en el proceso para alcanzar mi título profesional.

Inicialmente agradezco a mi familia, personas muy importantes en mi vida que me han ayudado a ser quien soy; a mi madre, por su apoyo constante y por esforzarse pensando siempre en sus hijos; a mi padre, por su preocupación y estar presente en mi vida aun desde la distancia; a mi hermano mayor, quien a su manera siempre me ha demostrado su cariño y preocupación; a mi abuela materna, un ser lleno de luz que con su amor genuino llena mi vida, y a mi abuela paterna, porque a pesar de lo que nos faltó compartir, ahora soy consciente del gran cariño que me tenía.

Mi gratitud se extiende a mis amigas durante la carrera y futuras colegas, por los aprendizajes compartidos, la paciencia y la amistad incondicional. A mi compañera de trabajo de grado, por arriesgarse conmigo en esta aventura y en el camino construir lazos de amistad. También, doy gracias a todos los profesores de la Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle por los conocimientos compartidos y en especial a mi directora de trabajo de grado, quien siempre mostró su disposición por ayudarnos, corregirnos y animarnos.

Finalmente, agradezco al Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, lugar que me abrió las puertas para realizar mis prácticas y posteriormente para llevar a cabo esta

investigación. Le adeudo, a todo el personal y a todos los adultos mayores, los aprendizajes obtenidos allí, que me han ampliado la visión profesional sobre lo que implica intervenir en este campo y mi visión personal, en cuanto a lo que es comprender el complejo proceso de envejecimiento de los seres humanos. Agradezco enfáticamente al personal de la sala Santa Catalina y a los (las) auxiliares que participaron de este proyecto, por brindarnos un poco de su tiempo para permitirnos indagar sobre sus vidas, su labor, y sus pensamientos.

¡Muchas gracias a todos!

*CLAUDIA P. MURILLO VIVAS*

## AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas especiales a quienes deseo agradecer su amistad, su apoyo y compañía, en especial durante estos últimos años que acompañaron mis estudios de pregrado y la realización de esta tesis. Algunas están aquí conmigo y otras en la distancia, pero todos en mis recuerdos y corazón. Sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mi vida, por todo lo que me han brindado, por su confianza y alegría.

En especial a ustedes mi querida familia.

A mi madre por ser un ser, de gran corazón y fuerza demostrándolo día a día en los momentos de guerrearla por nosotras, por apoyarme y motivarme en los momentos difíciles.

A mi padre Víctor Hugo, este es un logro que quiero compartir contigo, gracias por ser mi padre y más que eso, mi amigo, por aceptarme y brindarme su amor incondicional.

A mi hija María Isabell, porque su llegada iluminó mi vida y me impulsó a ser mejor ser, me llena de fortaleza día tras día, y he aprendido con paciencia y amor a ser una madre entregada a ella, y que a pesar del poco tiempo disfrutado siempre me espera en casa con una hermosa sonrisa y un te amo ronquito.

A mi hijo Emmanuel, porque su llegada caóticamente hermosa, hace de esta experiencia llamada vida algo maravilloso cuando estamos en familia.

A mi compañero de vida, por amarme y construirme un universo lleno de matices para caminar juntos.

A mi amiga Diana por su paciencia, confianza y ayuda incondicional. A Diego y su familia por brindarme una amistad sincera y rodearme de amor.

A mi compañera de trabajo de grado y amiga Claudia por la paciencia con mis tiempos y las mil y un catarsis que muy pacientemente escuchó.

A nuestra directora Olga Lucia porque sabiamente nos ha guiado hasta el punto de explotar lo mejor de esta futura humilde profesional en Trabajo Social.

A todos sin excluir a ninguno deseo darles las gracias por todos los momentos que hemos pasado juntos, porque han estado conmigo riendo llorando y celebrando por lo bueno y aprendiendo de lo malo, gracias por todo el apoyo y cariño.

Mis agradecimientos especiales

A todos los profesionales, enfermeros gerontólogos, pacientes, de la sala santa catalina del HGYASM a todos y cada uno de ustedes muchas gracias por su tiempo, por sus enseñanzas, y por compartir, sus experiencias, esperanzas, por la pasión y alegría

demostrada en la labor diaria, gracias por dejarme ver una parte de sus corazones, y ante todo muchas gracias por haber abierto las puertas de la institución para la realización de este trabajo.

¡Gracias!

*Ana María Otero Celis*

**Nota de Aceptación:**

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del Jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado



## TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	11
Capítulo I: Aspectos generales de la investigación .....	15
1.1 Estudios sobre los cuidadores del adulto mayor.....	16
1.2 Objetivos.....	23
1.2.1 Objetivo general.....	23
1.2.2 Objetivos específicos.....	23
1.2.3 Objetivo práctico. ....	234
1.3 Marco contextual .....	25
1.4 Metodología.....	28
1.4.1 Tipo de estudio. ....	28
1.4.2 Método.....	29
1.4.3 Universo poblacional: Criterios de selección. ....	29
1.4.4 Técnicas e instrumentos. ....	30
Capítulo II: Articulaciones teóricas y conceptuales .....	32
2.1 Perspectiva teórica.....	33
2.1.1 Teoría del cuidado. ....	34
2.1.2 Referentes conceptuales.....	35
2.1.2.1 <i>El cuidador.</i> .....	35
2.1.2.2 <i>El cuidado desde la enfermería.</i> .....	38
2.1.2.3 <i>Apoyo social.</i> ....	38
2.1.2.4 <i>Población institucionalizada.</i> .....	39
2.1.2.5 <i>Calidad de vida.</i> ....	42

2.1.2.6 <i>La vejez</i> .....	46
Capítulo III: Hallazgos y análisis .....	48
3.1 Descripción de los participantes.....	51
3.2 Funciones desempeñadas por los (las) cuidadores de las adultas mayores .....	52
3.3 Concepción de los (las) auxiliares de enfermería sobre cuidado y su rol cuidador. 64	
3.4 Demandas formativas de los (las) cuidadores (as) de las adultas mayores .....	68
3.5 Características personales de los (las) auxiliares de enfermería .....	722
Capítulo IV: Contribuciones del Trabajo Social a las adultas mayores y cuidadores (as) del HGYASM.....	75
Capítulo V: Conclusiones.....	80
Capítulo VI: Recomendaciones.....	84
VII: Referencias bibliográficas.....	87
VIII: Anexos.....	100
8.1 Instrumento de recolección de información .....	101
8.1.1 Entrevista semi-estructurada. ....	101
8.1.2 Observación no participante.....	105

## **Introducción**

Cuidar constituye una expresión profundamente humana: vernos reflejados en el otro y en nosotros mismos exige una posición positiva y de adaptación de todos los cambios que se experimentan, favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que se ha vivido. Así pues, el cuidado es una acción necesaria en diferentes etapas de la vida del ser humano, para este caso nos enfocamos en la vejez, donde el proceso degenerativo del cuerpo y la mente, debido a la aparición de enfermedades crónicas o al proceso normal de envejecimiento, hace necesaria la colaboración de un tercero para la realización de actividades cotidianas.

Tradicionalmente han sido las familias quienes se han encargado del cuidado, sin embargo, debido a los cambios que en ellas se han dado, como la disminución en el número de miembros, salida de sus integrantes a otros espacios (sociales, laborales o escolares), habitabilidad en espacios más reducidos, entre otros; es cada vez más difícil el cumplimiento de dicha labor. Esta situación, sumada a los cambios demográficos de las últimas décadas, entre ellas, el aumento de la población adulta mayor, ha llevado a la necesidad creciente, por parte de las familias, de requerir el apoyo de instituciones y personal especializado para el cuidado, tales como guarderías, niñeras o profesionales en puericultura para la atención de los niños (as), o los servicios de enfermeros (as), auxiliares de enfermería, terapeutas físicos, gerontólogos (as), hospitales día, geriátricos, entre otros, para el cuidado de las personas mayores, en especial si son dependientes.

Es así que se resalta la labor del cuidador formal del adulto mayor, para nuestro caso son los (las) auxiliares de enfermería del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, una institución especializada en la atención del adulto mayor en la que el personal se constituye en una fuente de apoyo y cuidado fundamental para las personas mayores que acuden o residen en este sitio y sus familias.

El presente estudio, caracterizó a los (las) cuidadores (as) de las adultas mayores institucionalizadas en el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E - HGYASM, que se ubican en la sala Santa Catalina. Esta sala, ha sido asignada a las mujeres adultas mayores residentes en la institución, que a causa de sus características físicas y enfermedades requieren el apoyo permanente de auxiliares de enfermería para la realización de sus actividades diarias.

Con base en lo mencionado, esta investigación permitió comprender que el papel de los (las) auxiliares de enfermería como cuidadores (as) implica una serie de compromisos, dirigidos a contribuir al bienestar del adulto mayor como disposición, paciencia, y entrega y para ello las personas encargadas de esta labor a lo largo de su vida desarrollan características personales y conocimientos profesionales que les permiten hacerlo de un modo adecuado y eficiente.

En este documento se presentan cinco capítulos: en el primero, se exponen los aspectos generales de este estudio, entre los que se encuentran antecedentes investigativos, la justificación de la investigación, los objetivos que guiaron el proceso investigativo; el

marco contextual, donde se describe el lugar en el que se enmarca la acción de los (las) cuidadores formales participantes de este estudio, además de algunas de las normas que rigen la actividad desarrollada en este tipo de trabajo ; y la metodología, donde se describe el tipo de estudio realizado, el método utilizado, las técnicas empleadas para obtener la información y se describen los criterios de selección de la muestra el universo poblacional.

En el segundo capítulo se exponen las articulaciones teóricas y conceptuales, por lo que se explica la perspectiva teórica que rige la investigación, en este caso una postura fenomenológica donde los sujetos cobran vital importancia, ya que desde sus formas de ver la vida comprenden la realidad indagada. Igualmente en este capítulo, se hace referencia a la teoría del cuidado y se evidencia los referentes conceptuales que permitieron orientar esta investigación, entre los cuales se encuentran el cuidado, cuidador, el apoyo social, la población institucionalizada, la vejez y la calidad de vida.

El tercer capítulo, está dedicado a la presentación y análisis de la información obtenida a través de las técnicas seleccionadas. Se definieron tres categorías de análisis que fundamentan la investigación: funciones desempeñadas, demandas formativas y características personales de los (las) cuidadores (as) de las adultas mayores. En este capítulo además se realiza una breve descripción de los(as) auxiliares de enfermería que fueron entrevistados.

En el cuarto capítulo se evidencian las contribuciones desde el trabajo social para los/las cuidadores (as) y los adultos mayores del HGYASM.

Por último, el capítulo quinto y sexto se enuncia las conclusiones y recomendaciones realizadas a partir de los hallazgos obtenidos.

# **Capítulo I:**

## **Aspectos generales de la investigación**

## **1.1 Estudios sobre los cuidadores del adulto mayor**

En el rastreo<sup>1</sup> realizado sobre el tema, se identificaron elementos como cuidador, adulto mayor institucionalizado y vejez, encontrando aportes investigativos desde diferentes disciplinas a nivel internacional, latinoamericano y local.

A nivel internacional, investigadoras de España pertenecientes al área de Enfermería, mediante el uso de una metodología descriptiva-correlacional, analizaron la formación de los (as) cuidadores (as) informales de personas dependientes mayores de 65 años en relación con el tiempo que llevan desempeñándose como tal. Así pues, los resultados arrojaron que un 58,5% de las personas que son cuidadores (as) no ha recibido ningún tipo de formación que les permita contar con los conocimientos necesarios para ejercer su rol y son las personas que llevan más años cuidando quienes más se han capacitado (Zambrano y Guerra-Martín, 2012).

A nivel de Latinoamérica, Pérez y Libre (2010) en la Habana-Cuba, desarrollaron un estudio pre-experimental del área de psicología con metodología cualitativa, este indagó sobre los cambios en las variables socioeconómicas y psicológicas de personas cuidadoras después de participar en un programa intervención. Entre los hallazgos se estableció que con la intervención se lograron cambios favorables en la modificación de sentimientos como la ira, la angustia y el miedo. Sin embargo en aspectos socioeconómicos como el

---

<sup>1</sup> Es importante resaltar que la búsqueda de estos antecedentes se realizó indagando en las bases de datos de las bibliotecas de las principales universidades de Santiago Cali, tales como: Universidad del Valle, Universidad Santiago de Cali, Universidad San Buenaventura, Universidad Icesi, Universidad Autónoma.



poco tiempo libre y las dificultades laborales fueron mínimos los cambios. Así pues se estableció el programa psicoeducativo "Escuela de Cuidadores" es “efectivo para modificar la afectación psicológica de los cuidadores, pero no para mejorar las afectaciones de tipo socioeconómica que produce el cuidado de un anciano con demencia”, lo que indica que este tipo de intervención no es suficiente para modificar los aspectos más tangibles de la vida del cuidador debiendo complementarse con otras intervenciones psicosociales.

En este mismo país la investigación de carácter descriptivo desarrollada por Espín, (2007), denominada "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia, pretendió caracterizar a los cuidadores de los adultos mayores que sufren demencia y describir la afectación socioeconómica y psicológica que presentan. Así pues entre los resultados obtenidos se definió que la mayor parte de los cuidadores tenían entre 40 y 59 años, eran mujeres, casadas, con un nivel de escolaridad predominantemente universitario y laboralmente activo. Otros elementos característicos que arrojó el estudio fue que la mayor parte de ellas desempeñaban el rol de cuidadoras motivadas por los lazos afectivos que sostenían con el adulto mayor al ser sus hijas. Casi un 70% no poseía información sobre la enfermedad y su manejo, nunca antes habían cuidado de una persona enferma y presentaban problemas de salud asociados a los nervios, problemas óseos y musculares, así como cefaleas. En relación a las estrategias de afrontamiento de la situación, la mayor parte de las personas mencionó que buscaba ayuda de otros familiares aunque ellos eran los cuidadores principales de la persona mayor. A nivel socioeconómico las principales afectaciones estuvieron orientadas a la falta de tiempo libre que sufría el cuidador y los problemas

económicos y familiares. Las afectaciones de tipo psicológico se relacionaban con la angustia, el miedo y la desesperanza.

Esta misma investigadora en el año 2008, por medio un estudio descriptivo indagó las características socio-demográficas y el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores con demencia leve y moderada, obteniendo resultados similares a los arrojados por la investigación antes mencionada. Así pues, determinaron que los cuidadores eran principalmente de género femenino, en edades entre los 40 y 49 años, casadas, que se desempeñaban en el ámbito laboral y tenían un grado de consanguinidad con el anciano pues eran sus hijas. Respecto al nivel de sobrecarga encontraron que los cuidadores que evidenciaban ésta, en mayor nivel eran aquellos que se hacían cargo de adultos mayores cuya enfermedad se encontraba en un estadio moderado (Espín, 2008).

En México, un estudio desde el área de psicología, realizado por Hernández y Ehrenzweig (2008), abordó la relación entre Burnout y la sobrecarga del cuidador percibida en una muestra de trabajadores de la salud de un asilo para personas mayores, así como la relación que estos guardan con otras variables sociodemográficas, medidos a través de un cuestionario general auto aplicado. Los resultados indican que la sobrecarga del cuidador está ligada estrechamente a la presencia de burnout en un mismo trabajador, y que son idénticas variables las que influyen en este síndrome y en el nivel de sobrecarga percibida.

Por otra parte, en Uruguay el estudio de Papadópolos y Falkin, (2011), dio cuenta de que la construcción de una política de cuidados para el adulto mayor enfocado en la

dependencia supone el diseño de un sistema que tenga en cuenta los aspectos específicamente sociales de los mismos, así como, los aspectos sanitarios. La construcción de este sistema debe relacionar estrechamente ambos sectores y avanzar hacia la definición de un sector de cuidados socio-sanitarios. En primer lugar porque muchas de las situaciones de discapacidad y de dependencia tienen su origen en afecciones de la salud que no fueron debidamente atendidas y/o prevenidas. Por ese motivo en una visión sistémica retrasar la aparición y/o profundización de afecciones crónicas y degenerativas que pueden dar lugar a discapacidad y posteriormente a dependencia debe ser una de las tareas de un sistema de esta naturaleza. En segundo lugar porque si bien los cuidados hacia las personas en situación de dependencia demandan calificaciones esencialmente de tipo social, los niveles de vulnerabilidad física y psíquica de los adultos mayores puede requerir de intervenciones sanitarias en distintos momentos de la vida de la persona dependiente.

A nivel nacional, desde la Medicina, Dueñas, et al. (2006), desarrollaron un estudio que involucró, la aplicación de pruebas piloto de casos y controles en el Valle del Cauca durante el 2003-2004 para evaluar la funcionalidad familiar (APGAR familiar), la ansiedad y depresión (escala de Goldberg), la presencia de enfermedades (cuidadores y no cuidadores), y la prevalencia del síndrome del cuidador (escala de Zarit). Se encontró que de las 102 familias estudiadas, en su mayoría de nivel socioeconómico bajo (75.3%) con una discapacidad media de 4 años (rango 1-60 años). Se observó una mayor proporción de depresión (81.3% vs. 53.9%,  $p < 0.01$ ), una mayor proporción de ansiedad (85.2% vs. 45%,  $p < 0.001$ ), y una mayor proporción de disfunción familiar severa (26.5% vs. 10.8%) ( $p = 0.004$ ) en los cuidadores en relación con los no cuidadores. De los cuidadores

principales 47% presentaron el síndrome del cuidador que se asociaba con ansiedad (96%,  $p=0.01$ ) y con depresión (100%,  $p<0.0001$ ); 85.3% de los cuidadores habían presentado enfermedades previas en comparación con 63.7% de los no cuidadores ( $p=0.0004$ ). La investigación permitió concluir que los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Los resultados de este estudio identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas.

En la ciudad de Cartagena, Prieto y Torres, (2008), por medio de un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, pretendieron comparar las características de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer, niños en situación de discapacidad y enfermedad cerebrovascular y las características de los cuidadores de personas que conviven con el virus de VIH, lográndose establecer la existencia de características heterogéneas entre los cuidadores de los tres primeros grupos y el último, en relación con aspectos como la edad, horas dedicadas al cuidado, ocupación, nivel socioeconómico, tiempo que lleva cuidando, relación con la persona cuidada. En aspectos como el género, estado civil, nivel de escolaridad y momento desde el cual cuida, se encontró que hay homogeneidad entre todos los grupos, siendo las mujeres quienes principalmente cuidan, haciéndolo desde el momento del diagnóstico, habiendo realizado el bachillerato completo o incompleto y teniendo una pareja estable.

En Medellín, también se llevó a cabo el estudio descriptivo transversal denominado “Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de

ancianos” que tuvo como finalidad identificar la prevalencia y factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario de los ancianos. Entre los resultados arrojados se logró determinar que hay una 12,17% (38) IC 95% [8,39-15,96] de prevalencia de sobrecarga en los cuidadores de la ciudad. Los cuidadores que presentaron mayor sobrecarga se caracterizaban por ser principalmente mujeres, con estudios de secundaria completa o incompleta, residentes en estratos 1 o 2. De igual modo se pudo determinar que los cuidadores con percepción de estado de salud regular fueron quienes presentaron mayor riesgo de sobrecarga. Algunos elementos que se encontraron actúan como factores de riesgo es la concepción del cuidador sobre la necesidad de cuidado de una persona adulta mayor, su nivel de dependencia-independencia de ella y su estado de salud (Cardona, Segura, Berbesí, y Agudelo, 2013).

Giraldo, Franco, Correa, Salazar y Tamayo (2005), también investigadores de Medellín, caracterizaron el perfil socio-demográfico de cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional y describir la manera como asumen su rol. En este sentido mediante un estudio comparativo de corte transversal, se estableció que estas personas son en su totalidad mujeres, principalmente solteras o casadas, con hijos a los que todavía cuidan, edad promedio de 53,9 años, con un nivel educativo medio bajo, residen en estratos 3 y 2, cuentan con un ingreso familiar de igual o menor a los salarios mínimos legales mensuales vigentes para el 2003 y se desempeñan como amas de casa. También se estableció que estas mujeres son en su mayoría hijas o esposas de la persona anciana, que se han dedicado al cuidado entre 6 meses y 6 años, destinando tiempo bastante significativo a esta labor, al contar con escasa ayuda del sistema formal de salud.

Tomando como referencia los estudios mencionados, destaca el hecho que los estudios sobre cuidadores de adultos mayores han estado orientados al ámbito familiar, es decir, se ha procurado indagar principalmente sobre los cuidadores informales, aquellos familiares o personas cercanas al adulto mayor que se encargan de su cuidado, desarrollando esta labor de manera empírica pero motivados por los vínculos afectivos establecidos con la persona cuidada.

Desde este punto de vista cobra relevancia el acercamiento a los cuidadores formales, un grupo de personas especializado en el área de la salud, quienes se encargan de la atención de las personas mayores especialmente en los ámbitos institucionales donde desarrollan su labor. Este personal, principalmente auxiliares de enfermería se encargan de suministrarles apoyo y supervisión a fin de asegurar la realización de todas las acciones necesarias para conservar su salud física, mental y emocional, por lo que se considera deben ser personas con ciertas características personales y profesionales que les permitan desempeñarse en su rol de cuidadores (as) pues desde el punto de vista que compete al Trabajo Social el análisis que se hace del cuidado y la forma como este se da, refleja la concepción que se tiene sobre la vejez y la importancia que se le da esta población en los diferentes entornos donde se encuentran.

De tal manera es necesario conocer las características personales, formativas y las funciones desempeñadas de los (las) auxiliares de enfermería del HGYASM, partiendo de que estas características son entendidas, construidas y reconstruidas en el entorno, lo que llevo a plantearse la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características: personales, profesionales y formativas de los/las auxiliares de enfermería que se desempeñan como cuidadores (as) de las adultas mayores residentes en la sala Santa Catalina del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E de Cali?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general.**

Caracterizar a los (las) cuidadores (as) de las adultas mayores que residen en la sala Santa Catalina del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. de Cali.

### **1.2.2 Objetivos específicos.**

- Identificar las funciones desempeñadas en las diferentes jornadas por los (las) cuidadores (as) de las adultas mayores de residentes en la sala Santa Catalina.
- Reconocer las demandas formativas de los (las) cuidadores en relación con su labor con las adultas mayores.

- Evidenciar las características de los (las) cuidadores que impulsan su labor con las adultas mayores.

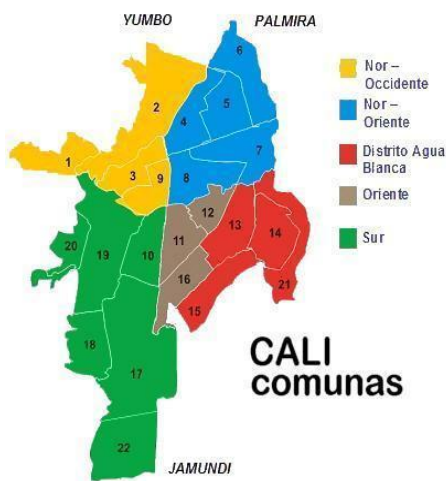
### **1.2.3 Objetivo práctico**

- Generar contribuciones desde el Trabajo Social para los (las) cuidadores (as) y adultos mayores del HGYASM.



### 1.3 Marco contextual

El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Cali en la carrera 70 n° 2ª-04, Barrió Caldas, perteneciente a la comuna 18 al sur



de la ciudad de Cali. Esta comuna se caracteriza por contar con la prestación de servicios hospitalarios por parte de: de tres hospitales: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E, Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E y Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E.

El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E., a lo largo de sus 100 años de trayectoria, como entidad del estado, ha procurado la atención integral del adulto mayor, por lo que actualmente ofrece servicios de salud de baja complejidad y programas complementarios que aportan al bienestar de estas personas. Para el cumplimiento de su labor la institución cuenta con un total aproximado de 80<sup>2</sup> funcionarios pertenecientes a las áreas administrativa y asistencial.

Los servicios prestados por la institución se dan desde las áreas de Enfermería, Gerontología, Trabajo Social, Fisioterapia, Nutrición, Terapia Ocupacional, Odontología, consulta médica y laboratorio clínico, las cuales prestan sus servicios para todos los adultos mayores residentes, servicios que también se prestan en modalidad de consulta externa.

---

<sup>2</sup> Esta cifra corresponde al mes de Mayo de 2015, momento en que fue realizado el trabajo de campo.

(HGYASM, 2013). Es importante destacar que la labor asistencial es realizada por auxiliares de enfermería o auxiliares en salud quienes laboran en dos turnos: diurnos de 6 horas y un turno nocturno de 12 horas.

En la sala Santa Catalina, se ubican alrededor de 30 mujeres<sup>3</sup> que ingresaron a la institución por su condición de vulnerabilidad por no contar con una red de apoyo familiar que se haga cargo de ellas o porque sus familiares por diversos motivos no pueden asumir su cuidado. Estas adultas mayores presentan patologías como demencia senil, secuelas de accidente cerebro vascular-ACV o enfermedad cerebro vascular-ECV y trastornos psiquiátricos que les generan limitaciones para la realización de sus Actividades Básicas Cotidianas-ABC, como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse y hacer uso de los servicios sanitarios, al igual que en el manejo de las Actividades de la Vida Diaria-AVD, como uso de transporte, control de medicamentos y manejo de dinero, siendo necesario que se les brinde asistencia y supervisión constante.

En cuanto al marco normativo colombiano que guía la labor de la institución y de los (las) auxiliares que allí trabajan se encuentra, la política nacional de vejez y envejecimiento, Ley 1151 de julio del 2007, determina que es el Ministerio de Protección Social, quien debe llevar a cabo la definición y el desarrollo de esta política nacional, que contiene cuatro aspectos: El envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral.

---

<sup>3</sup> Esta cifra corresponde al mes de Mayo de 2015, momento en que fue realizado el trabajo de campo.

Por otra parte en el año 2008, se expide la ley 1251 que tiene por objeto “proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez” (Ministerio de Protección Social y de Hacienda y crédito público, 2008). Para complementar la anterior ley, en el año 2009 se expide decreta la ley 1315, la cual establece las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Respecto al personal auxiliar de enfermería y/o cuidadores, la ley 1315 establece que estos desarrollarán funciones asignadas por el director técnico y el Ministerio de Protección de Social de acuerdo a las condiciones y enfermedades que afecten a los residentes.

## **1.4 Metodología**

### **1.4.1 Tipo de estudio.**

Esta es una investigación de carácter exploratoria-descriptiva; siendo de carácter exploratoria por la poca información de referencia sobre el tema investigado; es decir que hasta el momento de inicio de la investigación no se había indagado sobre las características de los cuidadores en el HGYASM. Es también de carácter descriptiva porque “selecciona las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada dentro del marco conceptual de referencia” (Carvajal, 2006, p. 12), en este sentido se evidencian características definidas desde los objetivos (funciones, demandas formativas y características personales) que permitieron recoger la información de los (las) cuidadores (as) de las adultas mayores residentes en la sala Santa Catalina.

En este punto, es importante precisar que para adentrarnos a la categoría de análisis sobre las funciones de los (las) auxiliares de enfermería integramos a este trabajo conceptos desde el paradigma positivista, la cual Gephart citado por López y Salas (2009) supone que el mundo es objetivo y posible de medir con medios adecuados la realidad observable, por lo que dicho paradigma busca explicar y predecir las relaciones, de manera que esta nos permitirá describir y explicar en contexto el ámbito laboral y las funciones que cada auxiliar ejerce dentro de la sala Santa Catalina y con las adultas mayores.

### **1.4.2 Método.**

El método utilizado fue el cualitativo, pues según Bonilla-Castro y Rodríguez (1997, citado en Carvajal, 2006), nos permite comprender a los sujetos a partir del conocimiento que estos adquieren desde su condición de vida, de manera que para esta caracterización nos aproximamos a la realidad de los (las) cuidadores (ras) desde sus experiencias, comportamientos y situaciones adquiridas por su labor en el HGYASM con las adultas mayores.

### **1.4.3 Universo poblacional: Criterios de selección.**

Para realizar este estudio de caso fueron seleccionados tres auxiliares de enfermería los cuales debían cumplir los siguientes criterios:

- Ser técnicos en auxiliar en enfermería y gerontología.
- Cumplir un tiempo de antigüedad laboral de 10 años o más en el HGYASM.
- Estar o haber rotado en la sala santa catalina del HGYASM.

La selección de los tres casos a abordar en este estudio, se realizó con la ayuda del Jefe de Enfermería de HGYASM, quien para ese entonces tenía a cargo a todo el personal de auxiliares de enfermería de la institución y por consiguiente era la encargada de hacer la asignación mensual del personal en casa sala. El acercamiento a la Jefe de Enfermería permitió establecer quiénes serían las tres personas a las que se les podría invitar a hacer

parte de la investigación, además de conocer sus horarios y la sala que les habían asignado ese mes, y principalmente contar con el permiso para que los auxiliares seleccionados pudieran atender a las investigadoras en el marco de su jornada laboral, ya que por sus diferentes actividades extra laborales se dificulta establecer una cita en un horario diferente al de su jornada.

Para el acercamiento a los (las) auxiliares seleccionados, se acudió a la institución teniendo en cuenta los horarios de cada uno (a) para explicarles el objetivo de la investigación, y cuál sería su aporte en ella, si aceptaban participar. Ese acercamiento se facilitó debido a que una de las investigadoras había realizado anteriormente su práctica académica en la institución y ya los (las) conocía.

#### **1.4.4 Técnicas e instrumentos.**

La técnica que se utilizó para la recolección de datos de este estudio fue la observación no participante y la entrevista semiestructurada. La observación permitió realizar el acercamiento con la población y los entrevistados en su ambiente laboral y cómo estos se desenvuelven en su rol de cuidador dentro de la institución. Por otra parte, como lo plantea Bonilla y Rodríguez (retomado en Carvajal, 2006), la entrevista semiestructurada, es un instrumento con un modelo establecido por un conjunto de preguntas diseñadas de acuerdo a las categorías de análisis, que permitió conocer por medio de una interacción cara a cara y verbal, los sentires, pensamientos e información académica de los auxiliares de enfermería del HGYASM con respecto a su labor como cuidador.

Para la aplicación de estas técnicas se tuvo en cuenta las actividades que realizan los (las) auxiliares en las diferentes jornadas, así, la realización de las entrevistas, en los tres casos, se dio el mismo día en que se hizo el acercamiento, ya que se procuró acudir en horarios que no coincidieran con los momentos que demandan más atención por parte de los (las) auxiliares, como las horas de las comidas, cambio de pañal o entrega de medicamentos, y así ellos podían dedicar un espacio en el que consideraban no estaban tan ocupados o podían ser suplidos por sus otros compañeros (as), tal como ocurrió en dos ocasiones. Igualmente en el caso en que la solicitud para la entrevista coincidió con un momento en el que el auxiliar no podía dejar su labor, se acogió la sugerencia de esperar hasta una hora precisa.

Para la observación no participante, se procuró acudir en momentos que teniendo en cuenta el conocimiento de una de las investigadoras, se consideraron de mayor actividad por parte de los (las) auxiliares, como son las primeras dos horas de la jornada de la mañana y las últimas dos horas de la jornada de la tarde.

## **CAPÍTULO II:**

### **Articulaciones teóricas y conceptuales**



## **2.1 Perspectiva teórica**

Para efectos de análisis y reflexión esta investigación se basó en la perspectiva fenomenológica, la cual permitió entender la realidad como algo complejo y en constante construcción donde intervienen factores multidireccionales.

De este modo, basándonos en el paradigma fenomenológico la realidad se concibe como un elemento inacabado, es decir, que permanece en un estado de permanente construcción, capaz de ser modificado por los sujetos. Desde esta concepción de la realidad, los sujetos cobran un papel relevante en tanto son capaces de incidir en ella, modificarla y darle sentido (Maykut y Morhouse, 1994, citado por Bonilla, 2008). De este modo el cuidado de adultos (as) mayores y la manera como se asume el rol de cuidador, se encuentra estrechamente relacionado con la mirada que el auxiliar a lo largo de su vida personal y profesional ha ido construyendo sobre tales aspectos.

En relación al investigador, a este se concibió como un intérprete de las realidades construidas, cuya subjetividad entra a incidir en lo que se está indagando (Maykut y Morhouse, 1994, citado por Bonilla, 2008). En este sentido este paradigma permitió comprender la realidad desde la postura de los sujetos, sus creencias, intenciones, motivaciones y otras características derivadas de un proceso implícito generado por el acercamiento y atención de los (las) auxiliares de enfermería a las adultas mayores de la sala Santa Catalina del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E.

En concordancia con la postura epistemológica que aquí se maneja y desarrollando la intención de ampliar más los referentes teóricos para comprender el cuidado y el ser cuidado, se retoma a continuación la teoría del cuidado de Jean Watson, desde la cual se entiende el cuidado como un fenómeno ligado a la subjetividad de las personas involucradas.

De igual modo, se destacan diferentes conceptos los cuales articularon conceptual y teóricamente este estudio; estos también aportaron para orientar la intención que se tenía con cada uno de los aspectos trabajados en la investigación. Los conceptos referenciados y que se procederán a definir más adelante fueron los siguientes: vejez, cuidador, población institucionalizada, calidad de vida y apoyo social

### **2.1.1 Teoría del cuidado.**

Desde el ámbito de la Enfermería, Jean Watson, ha propuesto una postura frente el cuidado desde la cual se resaltan los aspectos humanos, relacionales, subjetivos e intersubjetivos que este implica. La teoría del cuidado de Watson, para permitir comprender todo lo que conlleva el cuidar define este acción como un acto primitivo de los seres humanos, es decir, que se constituye en una parte fundamental del ser que implica una relación con los otros (Urrea, Jana y García, 2011).

El cuidado, como actividad profesional busca promover, mantener o recuperar la salud de los seres humanos, mediante la satisfacción de sus necesidades básicas, sin embargo,

para alcanzar tal objetivo desde el punto de vista de esta teoría se debe desarrollar una conciencia del cuidado, desde donde se reconoce que la labor de la enfermería no se basa solo en la implementación de conocimientos médicos de un modo netamente racional, si no que por el contrario cobra relevancia la relación que se establece con el otro y con el entorno, generando una relación terapéutica consolidada. Sin embargo de acuerdo a la teoría, es importante que se tenga en cuenta que las enfermeras o los enfermeros no pueden brindar o restaurar la salud de los pacientes, sino que su labor se basa en brindar las condiciones para que la persona pueda superar su situación (Urra, Jana y García, 2011).

Para establecer en pocas palabras la teoría de Watson sobre los cuidados, ella a través de sus premisas hace un llamado para que desde la enfermería se lleven a cabo acciones conscientes, humanizadas y basadas en fundamentos éticos

## **2.1.2 Referentes conceptuales.**

### ***2.1.2.1 El cuidador.***

Se ha definido al cuidador como, “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, o enfermedad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Flórez, 1997: 53).

Según Pinto, Ortiz y Sánchez (2005), el cuidador es aquel que tiene un vínculo de

parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica. Él o ella, participan en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad o cuyas capacidades han disminuido.

Los cuidadores se clasifican entre formales e informales, de acuerdo a su nivel de instrucción, para efecto de este estudio nos centraremos en el primero:

### *Cuidadores formales*

Hugo Valderrama (1997), ha definido a los cuidadores formales como, “aquéllas personas capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva asistencial y educativa al enfermo y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día, y servicios especializados”.

El término cuidador formal, cubre una amplia gama de profesionales que trabajan junto con los médicos (enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales o técnicos sanitarios) en el cuidado de la salud. En esta etapa, surgen nuevas complejidades, ya que a la red informal que cuidaba del enfermo en su hogar tendrá que convivir e integrar el cuidado con otras personas cuidadoras formales.

Los cuidadores formales han de tomar en cuenta las siguientes necesidades de las

familias:

*Necesidades emocionales:*

Las familias pueden necesitar apoyo emocional para afrontar estos cambios. No todas las personas están preparadas para asumir y entender lo que la enfermedad conlleva, ni tienen la energía que supone reorganizarse para atender a todas las necesidades de una persona en condiciones de vulnerabilidad. Este apoyo debe ofrecerse de manera individual o al grupo familiar.

*Necesidades de información:*

Muchas de las familias tienen poca o nula información de lo relacionado con la condición del adulto mayor y desconocen cómo ayudarle. Igualmente antes del diagnóstico o del avance de su situación de dependencia, las familias no se plantean la utilidad de algunos servicios especiales o las ayudas económicas para adquirir un servicio brindado por la comunidad. Es importante facilitar a la familia los medios donde pueden encontrar información asertiva, práctica y actualizada del origen y tratamientos, tanto médicos como psicológicos a los que pueden acceder.

*Necesidades económicas:*

Igual que otras necesidades, las familias no se plantean la posibilidad de realizar gastos altos y prolongados derivados de la nueva condición física y cognitiva del adulto mayor tales como internación, consultas, medicamentos, traslados, hospitalización, tratamientos.

### *Necesidad de una red social:*

La red de apoyo puede verse reducida. Muchas veces la vida social de los hijos se ve limitada cuando la atención de todos se centra muchas veces en las necesidades propias del adulto mayor, especialmente si es dependiente. Quizás tengan menos contacto con la familia extensa, dificultades en acudir a reuniones o visitar lugares que antes acostumbraban, debido a la nueva situación.

#### **2.1.2.2 *El cuidado desde la enfermería.***

Desde la Enfermería como disciplina base del cuidado, se ha propuesto el concepto de cuidar como aquella relación existente entre el cuidador (la persona que entrega cuidado), y la persona cuidada (quien se deja proteger y cuidar), componentes claves de esta interacción (Wade y Kasper, 2006, citadas por Vélez y Vanegas, 2011). En este sentido se puede decir que cuidar implica comprometerse con el bienestar de otra persona, interesarse en asistirlo y protegerlo, con el fin de que mejore su situación o mantenerla, si se encuentra en buenas condiciones, por medio del apoyo emocional, espiritual, material y/o económico.

#### **2.1.2.3 *Apoyo social.***

Considerando la función del HGYASM como institución de protección del adulto mayor se revisará el concepto de apoyo social. Así pues, se define sistema de apoyo “a la relación que envuelve el dar y recibir ayuda, la cual es considerada tanto por el receptor

como por que el la ofrece como algo significativo para mantener la integridad social, psicológica y física de quien recibe la ayuda” (Lopata, 1975 citada por Sánchez, 2005: 163). Así pues “el apoyo social constituye la asistencia (emocional o material) que la persona deriva de una determinada organización social” (Sánchez, 2005: 164). Este apoyo puede ser de orden informal o formal, distinguiéndose el primero por ser aquel apoyo ofrecido por los grupos primarios tales como familia, amigos, vecinos y comunidad quienes proporcionan la ayuda como parte de un intercambio mutuo continuo (Gracia, 1997), mientras el apoyo formal es ofrecido por instituciones públicas y privadas que implementan las políticas sociales y ofrecen servicios de acuerdo a lo establecido por la ley (Sánchez, 2005), tal como lo hace el HGYASM.

#### ***2.1.2.4 Población institucionalizada.***

En cuanto a la población institucionalizada, es importante resaltar que se entendió como institución “el lugar donde residen grupos de personas que están separadas de la sociedad, comparten una situación común y en el cual transcurre una parte de su vida en régimen cerrado y formalmente administrado” (Gaviria, 2003).

Gaviria (2003, citada por Cifuentes, 2005) en la Reunión Regional de la Sociedad Civil sobre el envejecimiento, hace énfasis de cinco (5) modelos básicos de comportamiento observados en el adulto mayor que ha sido institucionalizado, estos modelos son:

### *Adaptación:*

Este comportamiento está relacionado con la aceptación del adulto mayor hacia la dinámica existente en la institución a la que haya ingresado, ya que al interior de estos establecimientos existen reglas que se deben cumplir, con el fin de mantener un orden; dicha adaptación es una situación difícil para el adulto mayor, puesto que esto implica aceptar una serie de situaciones a las cuales no se estaba acostumbrado.

### *Aceptación pasiva de la dinámica relacional:*

Implica que las personas que residen en establecimientos de “larga estadía” tienen diferentes características, esto implica adecuarse a las particularidades de cada una de las personas que se encuentran viviendo en el mismo establecimiento ya que son un grupo que tienen una vida en común. No obstante, son un grupo heterogéneo, donde cada persona tiene su propia individualidad e historia, lo que puede hacer difícil la convivencia de algunos con su entorno.

### *El Resignarse:*

Este caso, está dado porque los adultos mayores residentes en este tipo de establecimientos o están institucionalizados, no tienen la opción de otro tipo de vida, traduciéndose su conducta en apatía e incluso depresión.

### *Simular transformar y transformarse en una relación más proyectista:*

Se relaciona con pensar en que al “convivir” con un otro con el que se tienen semejanzas, con el transcurso del tiempo se pueden generar lazos beneficiosos para una



buena convivencia durante el tiempo, que permanezcan en el mismo entorno compartiendo las mismas situaciones de la vida cotidiana, la cual se vea proyectada en el tiempo.

*Evadirse o anularse:*

Este aspecto es donde prevalece el descontento por el lugar donde se reside, lo cual resulta ser una situación desconocida y poco grata que no quiere vivir. Esto lleva a que el adulto mayor se retraiga y no quiera socializar con el resto de las personas a su alrededor y que sin duda comparten algo en común, pero el hecho de verse enfrentado a un lugar desconocido o con personas extrañas hace que probablemente se produzca una evasión a la situación que se está viviendo.

Estos modelos permiten evidenciar el proceso por el que ha pasado el adulto mayor institucionalizado, por lo que se destaca que la institución pasa de ser un grupo secundario a un grupo primario, por lo que permite dar cuenta del proceso que el personal de apoyo en estas instituciones aplican desde una forma consciente o inconsciente pero cuya efectividad será imprescindible para producir dicha evolución en un sentido de valoración para el adulto mayor.

De lo anterior, se debe tener en cuenta la labor desempeñada por los (las) auxiliares de enfermería en el HGYASM, ya que estos (as) son los (las) cuidadores (as) de las adultas mayores. En relación se retoma a Flórez, et al (1997, citado por De los Reyes 2001), para entender que el cuidador es aquella persona que asiste a otra quien se encuentra en una situación de discapacidad, incapacidad o minusvalía que le impide o le hace más difícil el

desarrollo normal de sus relaciones sociales y/o de sus actividades de la vida diaria tales como alimentarse, vestirse, asearse y desplazarse.

#### **2.1.2.5 *Calidad de vida.***

Dado el valor que en la mayoría de las sociedades y culturas se otorga a la salud, su pérdida, es decir, la aparición de la enfermedad en la vida de la persona y su familia, supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida.

La preocupación de los profesionales por mejorar las condiciones de vida de la persona, es un reto bastante reciente y surge como consecuencia del incremento de las expectativas de vida, así como de los estudios precedentes sobre las repercusiones de la enfermedad sobre aspectos conductuales, cognitivos y sobre la elaboración de indicadores de apoyo psicológico individual y manejo del dolor (cuidados paliativos).

El concepto de afrontamiento estudiado y su relación con las dimensiones de calidad de vida del paciente con enfermedades crónicas cobra especial relevancia tal como lo han propuesto Badía y Lizán, quienes afirman que la percepción de calidad de vida tiene que ver con la forma en que el paciente asume su condición (Badía y Lizán en Martín y Cano, 2003).

Diversos estudios se han orientado hacia la identificación de aquellas estrategias que promueven los recursos del paciente en tales condiciones y pueden llegar a *favorecer* su calidad de vida y por ende la de su familia.

Álvarez (1987), hace referencia como calidad de vida, a partir de la valoración subjetiva de la persona, en consecuencia de lo que es, lo que hace, lo que siente, lo que quiere, lo que cree, lo que le rodea, su relación con los demás, la forma en que valora y es valorado (Álvarez, citado en Gutiérrez, 2001).

Se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado un sentimiento de bienestar personal, pero, también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos biológicos, psicológicos, conductuales y sociales (Rodríguez, 1995).

En caso de los enfermos crónicos y sus familiares, parece que existe un acuerdo (Aaronson, 1987) en que la calidad de vida es un resultado de la situación del enfermo en, al menos cuatro dominios:

- a) El estatus funcional.
- b) La presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento.
- c) El funcionamiento psicológico.
- d) El funcionamiento social.

*El estatus funcional:*

Se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Las cuatro categorías que se incluyen comúnmente son el autocuidado (alimentarse, vestirse, bañarse y usar los servicios); la movilidad capacidad para moverse dentro y fuera del contexto que habita, hospital, centro de atención oncológica, hogar); las actividades físicas (andar, subir escaleras, hacer un poco de actividad física constante, etc.).

*Presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento*

Los síntomas físicos de los que los enfermos crónicos informan, como resultado del proceso de la enfermedad o del tratamiento, son muy diversos.

*El funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológicos)*

Aunque hay diferencias importantes, numerosos estudios han puesto de relieve niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes de enfermedades crónicas. Concretamente, en los pacientes de cáncer se han detectado frecuentemente niveles más altos de ansiedad y depresión que los que se encuentran en la población general. Los datos no señalan que existan estados patológicos o trastornos mentales diagnosticables, sino más bien una forma de estrés no específica.

*El funcionamiento social (ajuste o adaptación social)*

El trastorno de las actividades sociales normales es bastante común en los enfermos

crónicos, y es el resultado de diferentes factores (Wortman, 1984) como: limitaciones funcionales debidas al dolor o fatiga; el miedo del paciente a ser una carga para los demás, el temor y dolor por los síntomas; sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social y familia del enfermo. En consecuencia, cuando se pregunta por la calidad de vida de enfermos crónicos y su familia, se considera su *estatus funcional*.

En la misma línea, para Cella, Tulsy *et ál.* (1993), representa el efecto de la enfermedad y de las terapias aplicadas en el paciente, ellos lo definen como la valoración y la satisfacción de los pacientes con el nivel de funcionamiento actual comparado con lo que ellos perciben como posible o ideal. En la medida que se derriben las situaciones que no permiten una sana funcionalidad y deterioran la salud psicológica del enfermo, éste desarrollará un nivel de vida óptimo por momentos cortos o duraderos, que le ayudarán a enfrentar la enfermedad.

De aquí la importancia de una adecuada intervención por parte del terapeuta, o cuidador quién pretendería modificar la percepción del paciente en aquellos aspectos psicológicos que engloban su enfermedad y que no permiten una adecuada adaptación.

Si el paciente aprende a utilizar los recursos que encuentra dentro de las terapias, logrará cambios en la percepción y niveles de funcionalidad y así se experimentará una mayor calidad de vida, satisfaciendo las necesidades personales, de la familia y la comunidad que lo rodea, teniendo oportunidad de buscar y lograr objetivos que les son significativos (Giné y Mas, 2007).

En resumen, se podría decir que, la noción de calidad de vida es la adaptación entre las características de la situación actual, en este caso una enfermedad crónica, y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal como las percibe la persona y su grupo social (Restrepo y Málaga, 2001). La calidad de vida será el resultado entonces, de su nivel de adaptación y de los efectos de la enfermedad y el tratamiento.

### **2.1.2.6    *La vejez.***

Por otro lado para comprender la vejez es necesario entender el curso de la vida y el desarrollo humano, ya que estos conceptos determinan la comprensión del proceso desde una perspectiva integral; esto es importante debido a que a través del tiempo se ha denominado a los adultos mayores con diferentes palabras que las subvaloran.

El ciclo vital lo entendemos como el tránsito de vida continuo que propone el crecimiento y el desarrollo social como producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológicos, psicológicos y sociales; esta definición plantea la existencia de un proceso continuo que va desde el nacimiento hasta la vejez, por esta razón las experiencias y las condiciones de una etapa de la vida condicionan la siguiente (Rodríguez, 2011).

Según Lalonde (1974, citado por Rodríguez 2011), podemos afirmar que la vejez es una etapa del ser humano que ha sido el resultado del desarrollo del proceso del ciclo vital, el cual ha estado enmarcado por las vivencias a lo largo de sus etapas a nivel individual,

social, salud y de los determinantes de ésta (ambiente, estilos de vida, biológica y sistemas de salud).

**Capítulo III:**

**Hallazgos y análisis**



La enfermería la entendemos como una profesión, que según el Congreso de historia en Enfermería (2015), es definida como “la ciencia o la disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales”. En este sentido se entiende que la enfermería tiene como función principal el cuidado de otras personas.

Partiendo de este precepto en este capítulo se presentan los análisis de la investigación los y las auxiliares de enfermería encargados de cuidar a las adultas mayores del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel de la ciudad de Cali, en relación a su labor y aspectos personales y profesionales que los identifican. Así pues, de acuerdo con los objetivos y categorías de análisis propuestos, en primer lugar, objetivo se abordan las funciones desempeñadas en las diferentes jornadas por los (las) cuidadores de las adultas mayores, seguido de sus demandas formativas y características personales.

El análisis se desarrolla como un ejercicio reflexivo, amplio, riguroso, sistemático, no rígido sino flexible, que pretende construir un texto enriquecedor de agradable revisión para el lector.

En las distintas fases de la investigación, desde su formulación teórica previa al trabajo de campo (proyecto de investigación), como en el análisis de los datos y obtención de resultados, ha sido necesario un constante diálogo entre las distintas fuentes de información antes mencionadas (documentos, informantes, notas de campo, observación). El resultado

final es un diálogo interpretativo entre las concepciones y experiencia de los informantes y las propias construcciones epistemológicas como investigadoras para mostrar una comprensión general.

El objetivo del análisis fue reducir las partes complejas e intrínsecas que conforman esta investigación, en partes o capítulos comprensibles, donde se toman como bases los componentes teóricos pertinentes relacionados el tema abordado.

### 3.1 Descripción de los participantes

Para tener un acercamiento a las personas que fueron seleccionadas para hacer parte de este estudio y voluntariamente aceptaron participar, como antesala al análisis de los resultados, se describen a modo general a los (las) auxiliares de enfermería, que hicieron posible esta investigación.

Para efectos de la presentación se omiten nombres y apellidos con el propósito de conservar las identidades de los entrevistados en completa confidencialidad. Así pues se les asigna un número correspondiente al orden en que fueron entrevistados.

**Entrevistado 1:** hombre de 36 años, casado y con dos (2) hijos; técnico en auxiliar en enfermería y gerontología, con experiencia laboral en el HGYASM en la sala Santa Catalina de once (11) años y cuatro (4) meses.

**Entrevistada 2:** mujer de 46 años, casada y con dos (2) hijos; técnica en auxiliar de enfermería y cuidado del adulto mayor, con experiencia laboral en el HGYASM de quince (15) años y alrededor de siete (7) años en la sala Santa Catalina.

**Entrevistada 3:** mujer de 50 años, soltera con dos (2) hijos; técnica en auxiliar de enfermería y gerontología con cursos y/o capacitaciones en el trato del adulto mayor, con experiencia laboral en el HGYASM de veintiún (21) años de los cuales trece (13) han sido en la sala Santa Catalina.

### **3.2 Funciones desempeñadas por los (las) cuidadores de las adultas mayores**

Para el cumplimiento del objetivo general de la institución HGYASM orientado a brindar bienestar a los adultos mayores, se hace necesario que todo el personal y especialmente el encargado de la atención inmediata de las adultas mayores, tenga claridad sobre sus funciones o deberes ligados a su labor y logre desempeñarlos cabalmente. Taylor (citado en Carro y Caló), hace referencia a una función laboral cuando el “patrón le fije cada día una tarea definida que hará de ejecutar en un tiempo dado y que constituye un trabajo correcto diario” (2012: 8). En este orden de ideas se evidencia que los (las) auxiliares están vinculados a un proceso productivo donde prevalecen unas actividades específicas según su rol profesional, la población a tratar, por lo que el Consejo Internacional de Enfermeras (2006) evidencia que los cuidados de enfermería en el trabajo con personas mayores pretende “conseguir una salud, bienestar y calidad de vida óptimos, según decidan quienes reciben los cuidados o que sean compatibles con los valores y deseos de las personas” (Puchia y Jara, 2015, sin pág.).

En el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, las funciones del personal auxiliar de enfermería están enfocadas en actividades de supervisión y apoyo en la realización de las labores diarias que permitan garantizar la calidad de vida del adulto mayor, teniendo en cuenta lo anterior la entrevistada 2 manifiesta frente a sus funciones lo siguiente:

Mi labor es atenderlos, cuidarlos, estar pendiente que no sufran caídas, de que coman, de cambiarles el pañal, estar como vigilantes, ofrecer el cuidado integral (...) actividades de baño, medicamentos, aseo personal (Entrevistada 2).

Para el HGYASM como institución responsable del cuidado y albergue de los (las) adultas mayores, evidencia y resalta las diferentes características físicas de sus residentes, por lo que la institución ha creado un perfil global de las funciones de los profesionales en enfermería que atienden a los adultos mayores, los cuales son “cuidados básicos de enfermería acordes con su nivel de deterioro físico y mental” (HGYASM, 2016).

Basándose en esta diferenciación, el personal encargado del cuidado de la sala Santa Catalina debió realizar un proceso de adaptación a las condiciones físicas y mentales de la población que allí reside, por lo que esto implicó asumir nuevas posturas y actividades frente su quehacer profesional para brindarles la atención requerida. A esto hace referencia una de las entrevistadas, quien manifiesta los múltiples procesos que debe ejecutar para brindar la atención adecuada según sus particularidades.

Las actividades de Catalina, debido a que son unas pacientes en silla de ruedas son más que todo pasivas, no activas porque ellas han perdido mucho sus funciones, casi no oyen, pocas son las que hablan, hay muchas abuelitas desorientadas, entonces son las actividades básicas: baño, vestir, comer, suministrar medicamentos (...) en cuanto al manejo es diferente, porque en las demás salas los abuelitos son independientes, por ejemplo San José, entonces se bañan, se visten uno tiene que estar supervisando que lo hagan, más acá lo tienes que hacer tú, sino lo haces la abuela se queda quemada por el pañal, si tu no la cambias ella se queda con su ropita sucia, si tu no le insistes para que almuerce para que coman no comen (Entrevistada 2).

Así pues, los (las) cuidadores ejercen funciones desde las particularidades de cada paciente o adulto mayor según sean las condiciones de salud física y mental, lo anterior nos permite hacer un contraste entre la práctica de los (las) auxiliares de enfermería del

HGYASM y el perfil ocupacional definido desde el Ministerio de Salud y Protección Social ya que están en función de “551 tareas y se concentra básicamente en tres sub-funciones específicas: apoyo en el tratamiento de los pacientes, apoyo en el diagnóstico del estado de salud de los pacientes, y en la coordinación de las actividades de los pacientes” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005: 23). Por lo que esto evidencia que sus actividades con cualquier población, en este caso con los adultos mayores se ubican en la misma categoría variando la necesidad de acción por parte del cuidador (a) según la capacidad de movilidad de los adultos mayores de las diferentes salas.

“no fijate qué si nos ponemos a pensar o analizar lo que se hace en Catalina se hace en las otras salas (...), el cuidado donde las adultas están postradas en una silla de ruedas todas ya o en su mayoría; entonces requieren el mayor cuidado y atención que en otras salas que están simplemente una silla de ruedas pero pues en general es lo mismo, yo que soy de los hombres el más antiguo aquí que he estado por todas las salas (...) se hace lo mismo, el cuidado del adulto mayor, todo el cuidado que requiere el paciente, digamos que entonces es su mayor cuidado y supervisión.” (Entrevistado 1).

Para las labores de cuidado y supervisión desarrolladas con las adultas mayores de la sala Santa Catalina, de acuerdo a la categorización del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran ubicadas en la sub-función de “apoyo en el tratamiento de los pacientes” que se puede decir, buscan ofrecer los medios para paliar los síntomas de las enfermedades y en este caso específico, suplir la pérdida de funciones físico-cognitivas a causa del envejecimiento o el padecimiento de enfermedades.

De acuerdo a lo mencionado, las funciones de los (las) auxiliares se orientan a brindar apoyo en las AVD, actividades como comer, vestirse, higiene personal y desplazarse, que

se ven afectadas y determinan el estatus funcional de la persona, uno de los cuatro dominios de la calidad de vida referenciados por Aaronson, (1987), en el marco conceptual de esta investigación. Sin embargo aunque el cuidado hacia las adultas mayores se centra en el bienestar físico y de salubridad también se hace muy visible y central la atención brindada a la condición psicológica y social, por lo que él (la) auxiliar de enfermería desarrolla habilidades que permiten identificar síntomas y cómo deben proceder ante estos, es decir que él (la) auxiliar se encuentra pendiente del estado de ánimo, el apetito, la conducta y la atención y orientación entre otras cosas.

El cuidado excepcional de un paciente es ser como una persona sutil, y mirar, tener en cuenta que el abuelo ayer estaba de determinado ánimo y hoy ya la veo diferente o yo vi que llegó como delgado, o sea como siempre estar mirando los síntomas de alarma del paciente<sup>4</sup> para mirar si puedes ayudar en determinado momento para informar al médico, al profesional adecuado, o sea estar como vigilante de los signos y síntomas para que el abuelo no se deteriore. (Entrevistada 2)

De este modo, los auxiliares se convierten en los representantes de la institución de brindar en primera instancia un servicio humanizado, basado en la oportunidad, la accesibilidad y la pertinencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) en tanto serán los responsables de vigilar, gestionar los recursos y brindar los cuidados correspondientes, para garantizar un servicio de calidad.

De igual manera, la práctica de estos profesionales en contraste con la teoría de Waldow (2014), muestra que estos son “los seres responsables del cuidar, al concienciarse

---

<sup>4</sup> Se retoma la concepción de paciente Según Waldow (2014: párr.: 11 ) como “el sujeto que se encuentra enfermo deja de ser como era antes y se torna un paciente, y la idea de dejar de ser, o sea, de venir a morir, dejar de existir pasa a ser una posibilidad y no un acontecimiento remoto.”

de los límites de las acciones terapéuticas y del arte del cuidar, seguro que se darían cuenta del valor del cuidado en la sociedad.” (Waldow, 2014: p. 4).

En referencia a las funciones de los auxiliares de enfermería se puede decir que el cuidado brindado es paliativo, es decir priman labores que implican responder por la salud física de la persona; estas funciones están ligadas a estar siempre con el otro (adulto mayor), por lo que los auxiliares desarrollan ciertas habilidades que les permite enfrentar situaciones de frustración y de esperanza en pro del mejoramiento de su calidad de vida. En este sentido “cuidar implica no solamente al receptor del cuidado, sino también a la enfermera como transmisora de cuidado” (Grupo de cuidado, 1998:p. 8).

Para el cumplimiento de sus labores, el cuidador debe hacerle frente a las múltiples funciones y a la variación de estas, ya que de acuerdo a los turnos y número de auxiliares asignados deben organizar y distribuir el trabajo para lograr la atención de todas las adultas mayores, cobrando gran relevancia el grado de compromiso con el que cada uno asume sus responsabilidades. En este sentido, los y las auxiliares de enfermería de la sala pasan a constituirse en un equipo, comprendiendo este como a un “número reducido de personas con capacidades complementarias, comprometidas con un propósito, un objetivo de trabajo y un planeamiento comunes y con responsabilidad mutua compartida” (Katzenbach y K. Smith citados en Jaramillo, 2012:p. 6). Al respecto el entrevistado 1 menciona:

Bueno, aquí como trabajadores del adulto mayor todos sabemos que debemos hacer (...) el que se queda en el vestier se encarga del vestido del paciente” (...) Para asearle el resto del cuerpo, como somos tres auxiliares en la sala en la mañana entonces nos repartimos uno se dirige a la ducha a bañarla y otro se queda en el vestier, vistiéndolas y otro se queda en sala, y la que se queda en sala



se encarga de tendido de camas de la desinfección, tendido de camas y alimentación y medicamentos , ya, el que está en el baño obviamente se encarga del baño y del paciente (Entrevistado 1).

Para el afrontamiento de las situaciones fortuitas propias de la labor diaria en el cuidado de las adulta mayores, los y las auxiliares a pesar de contar todos con el compromiso y conocimientos necesarios para tomar decisiones sobre qué hacer, en su forma de relacionarse como equipo de trabajo se da el reconocimiento a la persona con mayor trayectoria laboral como el líder, quien se encarga de coordinar las acciones de sus compañeros(as) en los caos que se requiere como lo menciona Jaramillo, el “responsable que coordina el trabajo” (2012:p.10).

La toma de decisiones en situaciones adversas las tomaban los auxiliares principalmente la persona que mayor tiempo llevaba en la institución, tal como se pudo evidenciar cuando iban a bañar a adulta mayor a quien se le “salió el dispositivo” razón por la cual su abdomen se encontraba sucio con materia fecal y ante la indecisión de los estudiantes sobre qué hacer y a pesar de que el auxiliar más joven había decidido que se debía cambiar el dispositivo primero lo corrobora con el otro auxiliar quien además estipuló que la dejaran de última para bañarla y procedieran con otra adulta que se torna hiperactiva. (Observación 1)

Respecto a los turnos en los que los (las) auxiliares de enfermería deben desarrollar sus funciones en la institución HGASM, estos se dividen tres turnos; el matutino y vespertino de seis horas cada uno y el turno nocturno de doce horas. Aunque en los distintos turnos actividades como la toma de medicamentos y la alimentación son comunes, hay otras actividades varían en cada momento del día, así pues, en la mañana las acciones están relacionadas con el aseo personal de las adultas mayores, el turno de la tarde se organizan los implementos a utilizar en la noche y la mañana siguiente, es decir se realizan acciones

de “gestión de recursos”, tal como la denomina La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (2002), en su documento Técnico No. 1 . Respecto al turno vespertino uno de los entrevistados menciona:

Entonces llega a la una se continúa el almuerzo para las personas que faltan por almorzar o no han terminado; se va a la lavandería se trae la ropa que corresponde para arreglarla y hay que ir por los compresores, son 3 dónde vienen las sábanas, cobijas, vestidos, pañales, bueno todo lo que corresponde al vestido del paciente y se le acomoda la ropa para que quede lista para el otro día y que se debe organizar para el turno de la noche; para el turno de la noche hay que dejar una silla con cierta cantidad de sábanas cobijas y batas y pañales para que se le haga cambio de la medianoche, entonces eso se hace a las 2 de la tarde. A las tres se da “el algo” y se hace lo pendiente que quedaba por hacer, llevarla al médico o alguna recomendación del paciente que haya de la noche para la valoración médica, o se lleva a un examen que esté pendiente se lleva en ese transcurso, también se aprovecha para hablar con el paciente, pasear con él por todo el Ancianato por lo general a esa hora hay estudiantes entonces uno le dice muchachos al adulto mayor hay que darle una vueltica por el hospital (Entrevistado 1).

En el turno de la noche a diferencia de los otros dos, no hay un personal asignado a una sala determinada sino que entre tres auxiliares se encargan de hacer ronda por todas las salas de la institución, en este sentido las labores realizadas varían en relación al turno diurno, ya que no se involucran actividades de alimentación ni cambio vestuario, sino que reciben a los adultos(as) mayores ya cambiados y en sus respectivas camas, y las labores se enfocan en la supervisión del estado de salud de las adultas mayores, asegurarse que se permanezcan en sus camas el cambio de pañal a quienes corresponda y la administración de los medicamentos nocturnos. Así describe uno de los entrevistados:

El turno de la noche, vale la pena aclarar que somos apenas tres auxiliares para todo el Ancianato, un auxiliar es para enfermería y San José, y los otros dos auxiliares son para San Camilo, Santa Catalina, Santa Luisa, Pensión y la Villa de la Sabiduría, entonces son 2 auxiliares para cinco salas,

y un auxiliar para dos salas, esa es la distribución. Lo que hace el de enfermería es obviamente que estar pendiente de los pacientes que están hospitalizados, los pacientes que están más delicados, cierto, y San José que es dar un medicamento que corresponde a las 8 de la noche, ya eso es lo que hacen la Enfermería y los que están fuera, que normalmente soy yo uno de los que está por fuera en las otras cinco salas, damos el medicamento de las 8 de la noche, el medicamento de 10 de la noche, 12 de la noche y a las 12 de la noche hay un cambio y nos bajamos por todas las salas para cambiar los pacientes que estén orinados o popiados, que es cambio de tendido y cambio de pañal y vestir paciente más o menos duramos en eso dos horas a dos horas y media, de 12 de la noche hasta las 2 de la mañana a dos y media de la mañana; a las 3 de la mañana hacemos una ronda por todas las salas a ver cómo el paciente está pasando la noche; ya pasamos por todas las salas ver cómo están, algunos con linternas para no despertar los pacientes prendiendo la luz .

En cuanto al ámbito emocional, este cobra mucha importancia en la relación de los (las) auxiliares de enfermería y las adultas mayores, ya que al constituirse la institución como el lugar de residencia de las adultas mayores y los (las) auxiliares pasar en la institución por lo menos ocho (8) horas al día, además, del tipo de actividades compartidas donde se procura hacer todo lo posible para garantizar el bienestar de la otra persona se desarrollan relaciones cercanas, donde median el afecto, el conocimiento del otro y la preocupación por él.

En esa sala uno se apega mucho a las abuelas, les coge mucho cariño, cada cual ya sabe como le gusta su comida, como le gusta su pijama, como le gusta su ropa, si esta triste ir a darle un abrazo, (...) por eso a esa sala yo pienso que deben mandar un personal que tenga conciencia, que tenga vocación, que tenga amor porque, todos trabajamos y todos hacemos el trabajo bien en esta institución pero es una salita que se requiere que haya personas con bastante cariño y que les brinde ese cariño y esa comprensión porque a veces son muy incompresibles, entonces hay que ceder como un poquito con ellos no ser como tan rígidos con ellos. (Entrevistada 3)

Sobre este aspecto el Grupo de Cuidado de la Universidad Nacional destaca también en las relaciones que se da entre cuidador y persona cuidada, aspectos como la confianza y el respeto que ayudan al fortalecimiento de los vínculos:

El cuidado de la enfermería se da dentro de una interacción dialógica, simétrica entre la persona cuidada y la enfermera como cuidadora. Esta interacción se construye a partir de la confianza y progresa con el respeto y el afecto; en dicha interacción se tienen en cuenta los valores de las personas involucradas (Grupo de Cuidado, 1998: p.76).

Desde este punto de vista, las relaciones que buscan establecer los (las) auxiliares de enfermería con las adultas mayores, basadas en la empatía y el respeto, están ligadas a una concepción del cuidado desde una perspectiva ética, ya que existe una aproximación con la cuestión percibida como alteridad, o sea, la responsabilidad con el otro, que debe regirse por unos principios básicos de beneficencia, no maleficencia, justicia, veracidad, confidencialidad y fidelidad, es decir, que las acciones realizadas estén marcadas por el respeto, propiciar el bien, evitar el daño, ofrecer un trato equitativo, hablar siempre con la verdad, no divulgar secretos o información privada y respetar la confianza entregada (Quintanilla, 2006).

En el interés de mantener relaciones empáticas con todas las adultas mayores de la sala, los (las) auxiliares buscan establecer interacciones que no se limiten a las acciones propias de su deber, sino que promueven establecer relaciones más cercanas, con ellas en las que se generen momentos de distracción y liberación de emociones:

No sé los demás pero yo con ellos (...) me integro mucho, como yo soy joven, soy muy alegre ya, alegre soy de esos recocheros, entonces con ellos trató temas como la recocha, donde nos reímos, donde me jale las orejas donde yo se la jalo a ellos, donde me aprietan a mí y dónde me dicen feo y yo le digo a ellos usted más feo que yo, donde le echan el madrazo y yo les digo eso es fruta cuando me dicen hijo de p\*\*\* qué quiere fruta, entonces temas así. Yo asumo con ellos una conversa muy divertida en ese sentido de reírnos, de charlar, de bromear, de un abrazo siempre las estoy abrazando siempre les doy besos en la frente. Yo creo que esa parte es un deber de llegar aquí y la rutina es siempre el baño el vestido los medicamentos es rutina eso rutina pero hagamos otras cosas con ellos charlemos con el paciente contarles de tu vida sacarles una sonrisa; sacarles el mal genio muchas veces necesitan que les saquen el mal genio muchas veces están tan tensionadas como decirles algo como que para que explote porque el paciente necesita explotar porque sencillamente son humanos y también siente (Entrevistado 1).

Lo mencionado por el entrevistado deja ver que la dinámica relacional entre los (las) auxiliares de enfermería y las adultas mayores está marcada por el tipo de comunicación que los primeros promueven con ellas, haciendo uso de las palabras pero también de otros recursos comunicativos no verbales como son los abrazos y los besos, lo que permite involucrar también a aquellas adultas mayores con dificultades de audición y habla. Desde la teoría de Paul Watzlawick (1985), la comunicación es la que da sentido a las relaciones interpersonales, de este modo en la comunicación intervienen componentes verbales como los actos no verbales y la simbología, por lo que se considera que todas las conductas humanas son comunicación y en ésta intervienen tanto el contenido que se manifiesta explícitamente en lo verbal como la interpretación del mensaje que ve influenciado por el acto no verbal.

Esta forma de interactuar con las adultas mayores contemplando diversas formas de involucrarlas más allá de su condición física, están ligadas al proceso de profesionalización del oficio del cuidado, momento en el cual se hizo un llamado para dejar de reconocer a los

enfermos no solo como pacientes, ligándolos a su enfermedad, sino como sujetos que hacen parte de un contexto social (Dubet; 2006).

A pesar de las acciones destacadas que se realizan con las adultas mayores, y que cobran relevancia en tanto ayudan a fomentar un bienestar integral, también hay aspectos que a los que se les debe prestar atención para disminuir los riesgos físicos que pueden afectar todo el proceso que se realiza, estos se relacionan las garantías que debe brindar la institución respecto a la cantidad del personal asignado por turno y los implementos o ayudas técnicas para el cuidado que debe brindar la institución:

Pues digamos que para un buen servicio al paciente para que el paciente tenga un buen servicio en este caso necesitamos más sillas pato por qué es triste que uno levante una viejita en una silla “rimax” y tener que jalarla porque pues no la puede levantar pero tampoco uno se puede tener la idea de que es seguro, porque las patas se pueden partir con el paciente encima o sencillamente entre el piso o la tableta siempre hay una rendija y las sillas se tropiezan con esas rendijas, y el paciente se maltrata cuando la silla brinca Entonces se requiere más auxiliares para un buen servicio porque 3 auxiliares para 30 pacientes adultos mayores no es porque la idea es que por cinco pacientes debe haber un auxiliar para una mejor atención del paciente.

Así, pues es importante que el HGYASM pueda encontrar formas para suplir la insuficiencia de personal y dotación con el fin de lograr total cumplimiento de la Resolución 24 de 2017, que define entre los estándares que las condiciones indispensables para el funcionamiento de los centros de atención al adulto mayor:

a) *Talento Humano*: Define el perfil y suficiencia del talento humano para garantizar la calidad y pertinencia en la atención integral de las personas adultas mayores.

*b) Infraestructura:* Señala las condiciones mínimas esenciales para garantizar un entorno físico adecuado y seguro.

*c) Dotación:* Corresponde a los elementos, equipos, facilidades y tecnología necesarios para ofrecer atención integral a las personas en los Centros Vida. (Res. 24 de 2017)

### **3.3 Concepción de los (las) auxiliares de enfermería sobre cuidado y su rol cuidador.**

El cuidado es un fenómeno necesario que transcurre en las diferentes etapas del desarrollo humano, algunas de estas requieren más cuidado que las otras, ya que esto depende del curso vital donde se ubique, en este sentido se entiende que muchos adultos que están en una fase de vejez donde algunas de sus capacidades se ha visto disminuidas, haciéndose necesario el trabajo de un cuidador que evidencia un estado de vulnerabilidad por lo que este identifica e introyecta una serie de acciones de responsabilidad sobre el otro.

Tener bajo mi responsabilidad el cuidado de una persona indefensa, de una persona dependiente (Entrevistada 2).

Desde el ámbito constitucional en Colombia, la responsabilidad del cuidado de las personas mayores o de la tercera edad como las denominan en dicho documento, está a cargo del Estado, la sociedad y la familia, quienes deben velar por su protección, asistencia y promover su integración a la vida activa y comunitaria (Const., 1991, art. 46). Los (las) auxiliares de enfermería, en este caso, como trabajadores de una institución pública cuyo objetivo está orientado a la atención de la población adulta mayor en condición de vulnerabilidad, se constituyen en los representantes del estado, la sociedad y las familias para garantizar su atención.

Es ser un padre y un hijo, desde mi experiencia como padre como hijo y viendo a mis hijos pues ya, como experiencia igual que siempre uno busca el beneficio para sus hijos como padre y el hijo



recibe o recibe ese cariño y ese respeto del padre, y eso es lo que yo veo con mis abuelitas y es lo que ellas reciben de mí.” (Entrevistado 1).

De acuerdo a lo dicho por el entrevistado el cuidar implica asumir al otro, como un ser con una necesidad de atención, donde se busca su bienestar, involucrando componentes afectivos que implica ver al otro como un referente familiar. El grupo de Cuidado de la Universidad Nacional, menciona que las del cuidador se relacionan con sus antecedentes familiares influyendo su historia de vida y de este llegando el enfermero a ofrecer su ser y sus conocimientos “en la contemplación de un ser humano, susceptible y vulnerable en el momento” (Grupo de Cuidado, 1998: Pp. 9-10).

Waldow refiere que el cuidado es un “triedro emancipatorio del cuidar” (2014: p.236), es decir que debe existir una articulación entre el poder, el conocimiento y la autonomía, por lo que la ejecución de esto implica cambios en la forma de ver la vida y cómo se relaciona con su entorno tanto familiar como laboral.

En contraste con el autor mencionado anteriormente y lo evidenciado por los cuidadores, el poder está relacionado como lo que se pueda hacer, desde el conocimiento (hacer sabiendo) y autonomía para imprimirlo a cada adulta mayor, ya que cada auxiliar imprime su subjetividad para la atención y/o cuidado, por lo que genera una política individual de atención humana hacia estas adultas mayores.

En este orden de ideas se contempla una postura del cuidado relacionada con el compromiso en referencia a la labor realizada y las personas que lo ejecutan. Watson,

define cuidar como “compromiso con” y asocia el cuidado con la “protección y preservación de las dimensiones humanas” entre las que menciona “el respeto a la dignidad humana, la autonomía del enfermo y la comprensión de los sentimientos y emociones del que cuidamos” (Watson, citado por Quintero, 2001).

Pero en el cuidado que no tiene con ella a veces también tiene que verlas como hijas porque yo a veces les digo hijas y a veces me pongo a pensar porque les digo hijos a el paciente, pero porque en un momentico estoy haciendo una labor de cuidado como la que hay aplicarle una cremita y uno lo hace con cierto cuidado y muchas veces yo lo hago con mis hijos le aplicó la cremita o le pongo el pañal o le pongo la pasta al agua, entonces como que me acuerdo de esa la labor que he hecho con mi hijo y también me acuerdo (...). (Entrevistado 1)

Al respecto se reconoce la importancia de la persona que está encargada del cuidado, pero también se hace visible el proceso consciente de sus acciones y la repercusión que tienen para mejorar la vida del adulto mayor, reconociendo que en esta sala desempeñan un rol asistencial en el que es necesario involucrar componentes afectivos:

El cuidado excepcional de un paciente es ser como una persona sutil, y mirar, tener en cuenta que el abuelo ayer estaba de determinado ánimo y hoy ya la veo diferente (Entrevistada 2)

De esta manera se comprende que los cuidadores al ejercer su profesión con las adultas mayores han generado cambios en la forma de relacionarse con el otro, debido a que la intervención con esta población sensibiliza y permite adoptar características del entorno, que ellos denominan vocación de servicio.

Primero, que tenga su vocación de servicio, que le guste atender que le guste escuchar porque al adulto hay que escucharlo, que esa cuidadora no sea porque se ganó ese puesto, que esa cuidadora no sea porque le tocó o porque “ya no hay más, he metido hojas de vida e todas

partes y aquí fue la única parte, no”. Que tenga primero su vocación de servicio, que le guste atender, que le guste como sentir el dolor del adulto, que le guste escucharlo (Entrevistada 3).

Dicha vocación de servicio, hace referencia a la comprensión que los cuidadores hacen para superar todas las situaciones difíciles que están condicionadas por el entorno donde se ubican, ya que al estar institucionalizados hay falencias de tipo administrativas y de recursos, pero que los auxiliares logran sobrellevar por la experiencia y las características que esta le imprimen para dar bienestar a todas las adultas mayores.

### **3.4 Demandas formativas de los (las) cuidadores (as) de las adultas mayores**

La enfermería como profesión tiene como objetivo promover el bienestar, la buena salud y la calidad de la vida de las personas cuidadas. Para lograr esto, es indispensable que el personal a cargo cuente con referentes teóricos y la experiencia que va desarrollando para la ejecución de sus acciones. Para Balanza (2007), el perfil profesional y las competencias del personal de enfermería se especifican a partir de las necesidades particulares de la población atendida en razón del número de pacientes, la cantidad de personal y profesionales disponibles de esta y de otras áreas que también brindan atención.

En Colombia el Ministerio de Protección Social establece por medio de los “Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores”, que dichos establecimientos deben contar con “cuidadores capacitados en la atención a la persona mayor, quienes deben ser mínimo auxiliares de enfermería, y recibir capacitación en el manejo y cuidado de la persona mayor, además de los procesos para capacitación sobre los derechos y deberes de las personas mayores que debe garantizar la institución (Ministerio de Protección Social, 2008).

El personal encargado de la atención de las adultas mayores de la sala Santa Catalina participante según los requerimientos del HGYASM deben ser auxiliares en salud, las cuales brindan apoyo a los (las) adultos (as) como los auxiliares de enfermería. Para efectos de este ejercicio investigativo, se identificó que los (las) cuidadores (as) en su

totalidad son técnicos en auxiliar de enfermería, y sólo uno de ellos cuenta con estudios en auxiliar de gerontología y es quien ha demostrado interés en tomar capacitaciones sobre su labor por fuera de lo que brinda la institución.

De acuerdo con lo mencionado por los y las entrevistadas, la institución en diferentes momentos y por medio de alianzas con instituciones de educación superior se ha ofrecido charlas de capacitación en gerontología, sin embargo en los últimos años no se habían retomado, generando que el personal recientemente vinculado no cuente con la oportunidad de participar en éstas.

Reiterando así que los cuidadores han recibido capacitaciones sobre gerontología, sin embargo el tiempo transcurrido de esta formación es más o menos 5 años, situación que no ha sido continua, por tanto estos se encuentran desactualizados frente a las nuevas prácticas de la gerontología; las cuales a hoy día, son integrales a otras profesiones. Por lo que los entrevistados han verbalizado sus necesidades formativas no solo desde lo orgánico si no también el acompañamiento desde salud mental, ocupacional, familiar, comunitaria y grupal que les permita realizar una adecuada atención a la población y así mismo fomentar el autocuidado en sus espacios de trabajo.

La importancia de la actualización por parte del personal de enfermería que trabaja en la institución conlleva efectos positivos en la ejecución de las labores pues como lo menciona una de las entrevistadas les permite mantenerse actualizados sobre las formas de atención:

“Esas charlas nos servían porque uno se actualiza y como todo, la tecnología, todo va cambiando y ellos viene informan, dan conocimientos nuevos, frescos a uno, para poder... o a veces vienen con ideas nuevas, con cosas nuevas para... pues hay gente que se dedica a investigar cosas nuevas, diferentes para cambiar (...)” ( Entrevistada 2)

Retomando a Puntunet y Domínguez (2008), en el ámbito de la enfermería, la educación continua, comprendida como “un proceso de formación y/o actualización en conocimientos y habilidades al que las personas se someten con el propósito de mejorar su desempeño profesional”, y la capacitación, “proceso de enseñanza-aprendizaje que facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas de trabajo sobre una unidad de competencia laboral”, cobran relevancia en tanto permite percibir y llenar carencias sobre la experiencia de trabajo.

Por lo que se podría concluir en referencia a las demandas formativas, que los y las auxiliares de enfermería desarrollan ciertas habilidades para intervenir con las adultas mayores aprendidas desde el estudio formal, ya que los esquemas de atención en salud lo exigen, de manera que este escenario representa la oportunidad de actuar con un sentido reflexivo de la profesión desde el “ser y el deber ser”.

En este sentido Arroyo (2002) hace referencia a la importancia de la actualización desde la educación continua ya que constituye una contribución tanto laboral como profesional de los profesionales de enfermería, así mismo, evidencia que este proceso no solo basta del interés de la institución para ofrecer alternativas obligatorias para capacitar a su personal; por el contrario este debe partir de un interés individual para realizar los avances técnico-científicos.

Si hice un diplomado en hemodiálisis con BAXTER para manejar pacientes con hemodiálisis eso es lo hice trabajando aquí cómo habían dos turnos, yo iba a hacer este curso en Emssanar en la unidad renal recomendado por un compañero que trabajó aquí (Entrevistado 1).

En lo anterior se evidencia que la actualización en el campo de la salud va ligado a la especialización sobre algún aspecto de la población a intervenir y al interés individual, tal como lo evidencia el entrevistado 1, ya que es el único auxiliar que tiene una actualización aplicable con las condiciones de salud de alguna de sus pacientes de la sala.

La formación recibida por los (las) auxiliares de enfermería marca un punto de diferencia entre los cuidados que pueden brindar estos y aquellos que brindan los cuidadores no formales a sus familiares por fuera de un ámbito institucional. El cuidado no formal se entiende está guiado por el vínculo afectivo y el parentesco, mientras el cuidado formal se basa en las pautas.

### **3.5 Características personales de los (las) auxiliares de enfermería**

A partir del acercamiento realizado a los auxiliares de la sala Santa Catalina, se pueden determinar cómo aspectos entre los entrevistados que tanto las dos mujeres como el hombre, son personas que superan los 35 años, provenientes de lugares diferentes a Cali, con hijos y en su mayoría casados (as).

Tomando en cuenta las características personales en razón del género de las (os) cuidadoras (es) participantes de la investigación, diversos estudios como los de Castillo (2005), García (2011) y Ramírez (2005), coinciden en que las encargadas del cuidado del “enfermo”, son las mujeres en edad adulta, en etapa productiva y en muchos casos casadas, situación que les exige la asumir otro tipo de roles y responsabilidades en el entorno familiar, lo que desde plano de esta investigación se ve reflejado en la ejecución de cuidado en dos ámbitos de su vida.

Respecto a los hombres, la presencia de ellos en espacios laborales relacionados con el cuidado muestra en primera medida como la concepción del cuidado como algo femenino se va revalorizando, aunque de acuerdo con Osses, Valenzuela y Sanhueza (2010) la vinculación actual de los hombres en la enfermería está ligada a la búsqueda por parte de ellos de otros campos laborales que durante mucho tiempo no se han considerado tradicionales para ellos, pues de acuerdo a la historia de la enfermería en sus inicios era una



actividad masculina que se feminizó con la profesionalización (Osses, Valenzuela y Sanhueza, 2010).

Desde un plano disciplinar encontramos que las actividades consecuentes con el cuidado, traen consigo funciones, desafíos y conflictos que han sido investigados en el campo de la Salud, la Psicología y el Trabajo Social. Por lo que se evidencia en el presente trabajo que el cuidador al momento de asumir más responsabilidades domésticas, renuncian a sus actividades sociales por tener cierto grado de compromiso al HGYASM ya que el tiempo que llevan laborando en la institución es mayor a 10 años, el cual muestra una trayectoria de experiencia en esta institución que en términos de formación se podría como una ventaja en tanto le ha permitido en determinada medida una especialización en su labor aunque también implica que han limitado su trayectoria laboral con otro grupo poblacional distinto al de los adultos mayores, los cual se convierten en una dificultad en sus funciones e implementación de nuevas técnicas para el desarrollo motriz, higiene, nutrición y habla.

De planta en esta institución veintiún años (21) pero ya tengo 25 años acá trabajando porque antes era supernumerario, o sea que uno no está posesionada y así ya de planta tengo 21 años pero trabajando de lleno con el adulto yo trabajando 25 (Entrevistada 3).

Otro aspecto general evidenciado es la acción de cuidar, las cuales hacen parte de pautas relacionales que tienen con sus familias y las adultas mayores, ya que “el cuidado involucra prácticas sociales ubicadas en el campo de la reproducción social” (Micolta, 2017,p.3), por lo tanto se asumirá que dicho campo sería en su quehacer profesional dentro de la institución, donde las actividades no son tangibles o cuantificables dentro de

las múltiples funciones que estos cumplen, ya que implican conexiones afectivas tales como: preocupaciones, acompañamiento emocional y creación de lazos afectivos, que van en un doble sentido, ya que las experiencias adquiridas en tanto en la “casa” como en el HGYASM son retransmitidas con quienes se han creado dichos lazos .

Los valores humanos vienen de casa, los valores humanos no se aprenden de una escuela o en un instituto, ni en un libro eso viene de casa y yo lo viví en la casa, yo lo vi con mis padres, yo lo viví con mis hermanas, lo viví en el colegio y ahora lo estoy viviendo acá me entendés entonces de lo que hoy recibo y lo que recibo de ti (Entrevistado 1)

De lo anterior se retoma a Quintero (2000) quien afirma que desde el origen de la enfermería, esta ha rodeado su quehacer desde la perspectiva de un cuidado maternal, intuitivo y amoroso en donde cuidar es también una forma de amor, de manifestar sentimientos, y de una corresponsabilidad para ayudar al otro a crecer y a enfrentar dificultades y crisis propias de la vida.

Por último se puede concluir que los aspectos laborales determinan aspectos personales del cuidador en cuanto al transcurrir de su experiencia como de los factores de riesgo de esta. Por otra parte se evidencia la relación entre la familia y la pauta de cuidado con el otro, y como esta se vuelve una experiencia significativa y transversal en la vida tanto del cuidador, sus familias y las pacientes.

**Capítulo IV:**

**Contribuciones del Trabajo Social a las  
adultas mayores y cuidadores (as) del  
HGYASM**

La intervención del Trabajo Social en salud en un medio como lo es la gerontología; tiene como punto de partida el conocimiento frente al estudio de diversos aspectos de la vejez y envejecimiento de una población. Dichos aspectos se evidencian en lo psicológico, lo económico, lo social y hasta en lo cultural, dimensiones en las cuales se articulan los modelos de intervención desde una dinámica análoga que debe promover la participación social, activa y consecuente para la resolución de las problemáticas relacionadas, y así movilizar los actores y recursos necesarios, fortaleciendo redes de apoyo formales e informales que permitan el acompañamiento de la población adulta mayor.

Partiendo del modelo de intervención mencionado, el Trabajo Social debe dar cuenta del contexto donde se ubica el adulto mayor, a fin de permitir crear o transformar acciones que faciliten hacer frente a las situaciones particulares que se enfrentan los adultos mayores en los espacios sociales, familiares y/o institucionales.

Por lo anterior, a partir de la investigación realizada en el HGYASM se evidencia la necesidad de generar un mayor acompañamiento a los procesos que involucran al adulto mayor; esto a partir de programas específicos que aborden tanto a los adultos mayores como a sus cuidadores (auxiliares de enfermería) en las situaciones derivadas del cuidado que estos brindan. De esta manera, se puede brindar apoyo psicosocial donde se ofrezca además orientación al cuidador sobre los cambios que implica el envejecimiento para las personas abordando elementos emocionales, físicos, sociales y laborales que repercuten en la concepción que ellos mismos y las personas a su alrededor tienen sobre ellos, esto con el fin de facilitar el proceso de adaptación que los (las) adultos (as) mayores deben asumir al

estar institucionalizadas, por lo tanto es importante implementar estrategias para brindar acompañamiento integral, a nivel emocional, de comunicación y de actividades alternativas que se pueden considerar dentro del cuidado del adulto mayor.

De lo anterior, se deben contemplar estrategias de prevención e intervención integral que permitan cuidar de la salud del cuidador valorando los aspectos socioculturales de una población que cumple con un rol que demanda mucho de sí mismo. Todo esto, especialmente cuando la atención se centra en los adultos mayores y se olvidan las repercusiones que para el cuidador conlleva el cuidado y cómo estas influyen de manera directa en los avances que el paciente pueda tener. Por lo tanto, se considera que la intervención que se realice debe partir desde sus singularidades y necesidades particulares.

En este orden de ideas, desde el Trabajo Social se deben crear estrategias que le permitan a los adultos mayores y a sus cuidadores, generar y mantener vínculos afectivos y relacionales entre ellos y con sus familias, así mismo una relación digna con la sociedad; de tal manera que a pesar de estar institucionalizados puedan estar emocional y físicamente estable al resignificar los cambios que le acompañan en su ciclo vital, tanto para el adulto mayor como para el cuidador, así como los de contexto inmediato.

No está demás mencionar, la importancia de la articulación entre Trabajo Social y Gerontología como un trabajo desde la interdisciplinariedad, la cual implica el conocimiento de la vida cotidiana y la relación con su entorno; el cual consiste en la organización, administración, prestación de servicios que apuntan a recrear los

fundamentos de justicia social y dignidad humana; condicionantes para las personas adultas mayores y sus cuidadores en el contexto de institucionalización, apuntando al mejoramiento de la calidad de vida; estos son parámetros que se deben tener en cuenta para una adecuada formulación de una política pública.

Lo anterior permite el conocimiento y comprensión de las características propias de las políticas públicas como la política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019, promoviendo una vida digna en situaciones de institucionalización como lo es el caso de la población HGYASM; reconociendo que no solo se deben incorporar los intereses del Estado, sino también los de la sociedad, mediante objetivos y acciones concretas para dar respuesta a problemas concretos; evidenciados estos no solo en el Plan Nacional de Desarrollo o Política Nacional del Ministerio de Salud si no en la calidad de vida y el bienestar de las mayorías.

Ahora bien, dicho de otra manera , estas acciones se tornan relevantes como contribución desde Trabajo Social en la formulación, diseño e implementación de las políticas públicas; ya que desde una visión holística identifica problemas y presenta alternativas al mismo; como lo es en el caso de esta investigación en el HGYASM, donde se logra observar como el cuidador es un partícipe significativo en el acompañamiento del adulto mayor y por ende debe contemplarse al momento de la formulación de políticas que contemplen la atención de la población adulto mayor, considerándolo no solo como la persona encargada de brindar un apoyo desde el ámbito de la salud física, sino

concibiéndolo como el representante del estado, la institución y la sociedad en el cumplimiento de las deberes que estos entes le deben al adulto mayor.

## **Capítulo V: Conclusiones**



Con los resultados del análisis anterior identificamos que los cuidadores formales son hombres y mujeres con edades superiores a los 35, auxiliares de enfermería, que son los encargados como representantes de la institución de garantizar el bienestar de las adultas mayores de la sala Santa Catalina del HGYASM, donde laboran. Así pues ellos deben encargarse de la realización de la AVD de las adultas mayores ya que debido a su condición física y cognitiva ellas no pueden realizarlo por sí mismas.

El personal de la sala entrevistado reconoce la importante de involucrarse en su trabajo desde una postura de la responsabilidad ya que consideran que al cumplir con este cabalmente es la única manera en que se puede procurar el bienestar de las adultas mayores. De esta manera tienen definida claramente cuáles son sus funciones en la institución, y las actividades que deben realizar en cada una de las jornadas de trabajo.

La labor realizada por los (las) auxiliares de acuerdo a lo evidenciado en este trabajo está guiado por una concepción altruista desde la cual se procura generar el bien en las otras personas. Esta concepción está asociada a la formación que ellos han adquirido como auxiliares de enfermería, profesión que toma base el cuidado de los demás y promueve el reconocimiento del otro como sujeto y no solo como enfermo.

En cuanto a los aspectos personales, los cuidadores formales de la sala Santa Catalina del HGYASM, son personas casadas y con hijos, cuya labor de cuidado no la realizan solo en la institución sino también en su ámbito doméstico, lo que les permite comparar a las

adultas mayores con un familiar suyo y brindarles así un servicio en el cual involucran vínculos afectivos hacia ellas.

Teniendo en cuenta el personal que se encuentra en la sala, la diversidad de labores a realizar y la cantidad de adultas mayores en este trabajo resalta la prevalencia de sobrecarga laboral en los cuidadores de pacientes de adultos mayores, que según la valoración de sobrecarga está ligada a presentar síntomas físicos, psicológicos, conductuales y sociales que disminuyen la calidad de la atención hacia el enfermo. Esto se ve estrechamente relacionado con el tiempo de ejercer esta función, ya que son pocos los auxiliares que rotan en la sala para el número de adultas mayores, situación que puede y ha generado patologías en el cuidador con el grado de dependencia de los pacientes cuidados tendrían un impacto sobre el mismo.

De esta forma es prioritario el poder realizar programas donde se pueda evaluar y dar seguimiento al estado de salud de los cuidadores para evitar el desarrollo de complicaciones y la presencia de otras enfermedades como el estrés; la cual puede impactar tanto en los cuidadores como en los pacientes; ya que la sobrecarga también influye en la calidad de atención del paciente cuidado.

Por otro lado es necesario orientar al cuidador en cuanto a los cuidados de su paciente (técnicas de movilización, orientación nutricional, etc.); ya que debido a su nivel de formación y antigüedad en el instituto las actividades se convierten en repetitivas, en donde

no se evidencia innovación, sin generar la oportunidad de mejorar la calidad de vida del adulto mayor y del mismo.

Por último, es determinante crear un protocolo de atención desde el trabajo social para el adulto mayor y sus cuidadores que tenga como pilar, las bases de la gerontología en donde se determina que es el estudio de la salud, la psicología y la integración social y económica de las personas que se encuentran en la vejez, que permitan promover acciones que cambien la calidad de vida del adulto mayor.

Lo anterior nos invita a pensar integralmente teniendo en cuenta las condiciones que presentan las poblaciones institucionalizadas y sus cuidadores, ya que estas principalmente presentan falta de acompañamiento familiar ;lo que nos indica la necesidad de fortalecer las relaciones sociales fundamentalmente dirigida hacia la funcionalidad dentro de la que se mueve y se sienten integrado a la sociedad. es por tanto fundamental aplicar protocolos que tengan en cuenta la diversidad de las situaciones sociales de las personas de edad, y sus cuidadores

## **Capítulo VI: Recomendaciones**

Esta investigación evidencia la necesidad de implementar la política de humanización del servicio, lo que permitirá un mayor acompañamiento por parte de un equipo de profesionales interdisciplinar, por otro lado, también se identificaron las siguientes recomendaciones:

- Incorporar un plan de capacitación de pregrado y postgrado a los equipos de Atención al adulto mayor en la atención primaria de salud.
- Generar e implementar una política de humanización en el servicio, que promueva el mejoramiento de las condiciones laborales del cuidador profesional, la atención orientada en el respeto y el buen trato a los usuarios y profesionales tomando como eje central el mejoramiento continuo, con el objeto de orientar la humanización en el actuar diario del funcionario hacia los usuarios, ofreciendo una atención integral con calidez que responda física, social y espiritual a él y su familia, esto con el fin de que los servicios prestados no se enfoquen solo en el cumplimiento de unas metas numéricas de los servicios prestados sino en un servicio de calidad que toma en cuenta las necesidades individuales.
- Incluir en la política pública de adulto mayor la atención integral desde el enfoque psicosocial, en donde no solo se perciba al adulto mayor como el vulnerable sino también a su cuidador, entendiendo como lo hemos dicho anteriormente que al realizar cambios el cuidador estos serán percibidos en funcionalidad y calidad de vida por el paciente.

- Implementar la intervención psico-educativa con estrategias de apoyo formal a los cuidadores, que incluya la oferta de recursos e instituciones.

Se evidencia la necesidad de generar un mayor acompañamiento por parte de Trabajo Social, a partir de programas específicos que aborden la atención a los adultos mayores donde se pueda brindar apoyo psicosocial, donde se ofrezca orientación a los auxiliares de enfermería para que realicen el proceso de transición y adaptación al HGYASM, pues todo lo anterior genera una nueva situación familiar. Por lo tanto, se evidencia la importancia de implementar estrategias para brindar acompañamiento integral: a nivel emocional, de comunicación y actividades alternativas que implica el cuidado de un adulto mayor.

Es importante que desde el HGYASM se promuevan el uso del test de Zarit como una herramienta que permitirá conocer el grado de sobrecarga del cuidador, para aplicar las medidas psicosociales necesarias, pues este es un factor que afecta negativamente el bienestar de la persona que cuida y por consiguiente el de adulto mayor.

## **VII: Referencias bibliográficas**

- **Bibliografía**

Bonilla-Castro, Elssy y Penélope Rodríguez (1997). Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales, Santafé de Bogotá, Editorial Norma.

Buceta, J. M., & Bueno, A. M. (1996). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Pirámide.

Carvajal, Arizaldo (2006). Elementos de la investigación social aplicada. Escuela Latinoamericana de Cooperación y Desarrollo. Colombia.

Dubet, Françoise (2006). El declive de la institución. Editorial Gedisa S.A. España.

Flórez, J. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Revista Departamento De Medicina. Barcelona: Universidad de Oviedo.

Giné, Climent., y Mas, Joana (2007). Calidad de vida familiar: Concepto e implicaciones. Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y el Deporte Blanquerna, Barcelona:

Gracia Fuster, Enrique (1997). El apoyo en la intervención comunitaria. Ediciones Paidós Ibérica S.A. España.



Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (1998). Dimensiones del Cuidado. Bogotá, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Martín Zurro, A., & Cano Pérez, J. F. (2003). Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Vol. I, (5a ed.). Elsevier. Madrid

Max-Neef, M; Elizalde; Elizalde, A; Hopenhayn, M (1998). Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Tercera Ed. Editorial Nordan-Comunidad e Icaria Editorial, S.A. Barcelona.

Pinto, N., Ortiz, L., & Sánchez, B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los cuidadores”. Revista Aquichan, 5, 128-137.

Quintanilla, Manuel (2006). Cuidados integrales de enfermería gerontogerítricos. Tomo II. Instituto Monsa Ediciones S.A. Barcelona.

Quintero, M. (2000). Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: cuidado y práctica de enfermería (pp. 184-190). Bogotá, Colombia: UNIBIBLOS.

Restrepo, H., & Málaga, H. (2001). Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá etc.: Médica Panamericana.

Rodríguez, Jesús (1995). Psicología social de la salud. Editorial Síntesis. Madrid

Sánchez, Carmen Delia (2005). Gerontología Social. Espacio Editorial. Argentina.

Sen, Amartya (2000). Desarrollo y Libertad. Editorial Planeta. Argentina.

Watzlawick, P.; Helmick, J. & Jackson, D. (1985). Teoría de la comunicación humana.

Recuperado el 20 de febrero de 2018, en: <https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2011/05/Watzlawick-Paul-Teoria-De-La-Comunicacion-Humana3.pdf>

Wortman C. B., (1984). Social support and cancer: Conceptual and methodologic issues. *Cáncer*, 53, 2339-2359

### **Leyes**

Ley 1151 de julio del 2007. Diario Oficial 46700. Colombia, 25 de julio de 2007.

Recuperada el 26 de Septiembre de 2015 de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=25932>

Ley 1251 de 2008. Diario Oficial No. 47.186, Colombia, 27 de noviembre de 2008.

Recuperada el 17 de Septiembre 2015 de

[http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1251\\_2008.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm)

Ley 1315 de 2009. Diario Oficial No. 47.409. Colombia, 13 de julio de 2009.

Recuperada el 5 de Octubre de 2015 de

[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1315\\_2009.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1315_2009.html)

Resolución 24 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial No.

50115 de Enero 13 de 2017. Recuperada el 18 de marzo de 2018 de:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=67903>

### **Cibergrafía**

Arroyo, Maestra (2002). Actualización en Enfermería, una responsabilidad profesional.

Recuperada el 4 de enero de 2018 de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim021b.pdf>

Cardona, Doris; Segura, Ángela; Berberí, Dedsy y Agudelo, María A (2013).

Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 31, No. 1. PP. 30-39.

Recuperada el 6 de octubre de 2014 de:

<http://www.redalyc.org/pdf/120/12026437003.pdf>

Carro, Fernanda y Caló, Agustina (2012). La administración científica de Frederick

w. Taylor: una lectura contextualizada. Recuperada el 5 de Noviembre de:

[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/30887/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/30887/Documento_completo.pdf?sequence=1)

Castillo, E.; Chesla, C.; Echeverry, G.; Tascón, E.; Charry, M.; Chicanga, J.; Mosquera, Y.; Pomar, D. (2005). Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. *Colombia médica*, 36(3), 43-49.

Recuperado el 14 de febrero de 2014 en

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6374/1/Satisfaccion%20de%20los%20familiares.pdf>

Cifuentes, Paola (2005). Adulto mayor institucionalizado. Recuperado el Julio 17 de 2016 en:

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/176/tesis.pdf?sequence=1>

Dueñas, Eliana; Martínez, María Anggelina; Morales, Benjamín; Muñoz, Claudia; Viáfara, Ana Sofía y Herrera, Julián (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Recuperado el 30 de septiembre de 2014 en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n2s1/v37n2s1a05.pdf>

El Congreso de historia en enfermería (2015). Definición de Enfermería. Recuperado el 9 de Octubre de 2017, en:

<https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/define.html>

Espín, Ana Margarita (2007). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Recuperado el 25 de septiembre de 2014 en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000200019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019)

Espín, Ana Margarita (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2010 Oct 29]; 34(3). Recuperado el 5 de octubre de 2014 en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662008000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000300008&lng=es)

De los Reyes, María Cristina (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. Recuperado el 30 de junio de 2014 en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>

García, B. (2011). Estudio Cualitativo del Perfil del Cuidador Primario, sus Estilos de Afrontamiento y el Vínculo Afectivo con el Enfermo Oncológico Infantil (Tesis Doctoral). Recuperado el 22 de noviembre de 2017 de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/32141/TESIS%20DOCTORAL%20>

-

%20BERNARDO%20CELSO%20GARCIA%20ROMERO%20%28ABRIL%202011  
%29%20URL.pdf?sequence=1

Giraldo, Clara Inés; Franco, Gloria; Correa, Luz Stella; Salazar, María Olanda y Tamayo, Adriana (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 3. No. 2. PP. 7-15. Recuperado el 1 de octubre de 2014, en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011106002>

Hernández, Zoila y Ehrenzweig, Yamileth (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. En: Revista Enseñanza e investigación en psicología, Vol. 13, Núm. 1. PP. 127-142. Recuperado el 22 de octubre de 2014 de: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29213110.pdf>

Ministerio de Protección Social, (2008). Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores. Recuperada el 22 de Noviembre de 2016, en:  
<https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20T%C3%A9cnicos%20Centros%20Persona%20Mayor.pdf>

Jaramillo, Rosa María (2012). Trabajo en equipo. Recuperado el 2 de Febrero de 2018 en: <http://dgrh.salud.gob.mx/Formatos/MANUAL-DE-TRABAJO-EN-EQUIPO-2012.pdf>

López-Herrera, Francisco y Salas-Harms, Héctor (2009). Investigación cualitativa en administración Recuperada el 31 de Enero de 2018, en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-554X2009000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2009000200004)

Micolta, Amparo (2017). Ideologías de género y cuidado de hijos e hijas. Recuperada el 4 de Enero de 2017. En:

[http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499466692\\_ARQUIVO\\_T RABAJO\\_COMPLETOAMPARO\\_MICOLTAformatoRTF.pdf](http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499466692_ARQUIVO_T RABAJO_COMPLETOAMPARO_MICOLTAformatoRTF.pdf)

Ministerio de Protección Social (2007). Política de Envejecimiento y Vejez 2007-2019. Recuperado el 23 de Marzo de 2015 de

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POLÍTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social (2005). Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS. Recuperada el 22 de Noviembre de 2016, en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Perfiles%20Ocupacionales.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social (2014). Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. Retomado el 14 de febrero de 2018 en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

Montero, X; Jurado, S; Valencia, A; Méndez, J y Mora, I (2014). Escala de carga del cuidador de zarit: evidencia de validez en México. En: Revista Pisco oncología, Vol. 11, Núm, Pp 71-85. Recuperada el 23 de Septiembre de 2017, en <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44918/42834>

Osses-Paredes, C.; Valenzuela Suazo, S.; Sanhueza Alvarado, O. (2010). Hombres en la enfermería profesional. En; Enfermería global. No. 18. Recuperado el 18 de marzo de 2018 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/reflexion1.pdf>

Pérez, Marta y Libré, Juan de Jesús (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. En: Revista cubana de enfermería, No 26. Pp 104-116. Recuperado el 5 de octubre de 2014 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n3/enf04310.pdf>

Papadóulos, Jorge y Falkin, Leonardo (2011). Personas adultas mayores y dependencia. Dimensionamiento de necesidades en materia de cuidados y alternativas de incorporación de servicios y población. Recuperado el 22 de enero de 2015 de: [http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13380/1/documento\\_de\\_personas\\_adultas\\_mayores\\_-\\_sistema\\_de\\_cuidados.pdf](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13380/1/documento_de_personas_adultas_mayores_-_sistema_de_cuidados.pdf)



Prieto, Amparo y Torres, Inna (2008). Características de cuidadores los cuidadores de personas en situación de cronicidad. En: Revista salud Uninorte. Vol. 24 No. 2. PP. 181-190. Recuperado el 29 de septiembre de 2014 de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/817/81722404.pdf>.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010) Informe sobre Desarrollo Humano. Recuperada el 06 de Abril de 2017, en:  
[http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016\\_SP\\_Overview\\_Web.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf)

Puchia, C y Jara, P (2015). Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. Recuperada el 26 de Octubre de 2016 de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000597#!>

Puntunet, Monserrat, y Domínguez, Angelina (2008). La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería. En Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 16, Núm. 3. Recuperado el Abril 8 de 2017 de  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en083g.pdf>

Ramírez, M. (2005). Habilidad del cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer gastrointestinal. Avances de enfermería, Vol.23, Núm. 2, PP. 7-17. Recuperado el 22 de noviembre de 2017 de  
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37552/39897>.

Rodríguez, Karen (2011). Vejez y envejecimiento. Grupo de investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá. Recuperada el 23 de Febrero de 2017, en [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf)

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (2002). Competencias de la enfermera en las residencias de ancianos. Documento técnico N° 1. Recuperado el 26 de febrero de 2018, en [http://www.seegg.es/Documentos/doc\\_tec/doc\\_tec\\_01.pdf](http://www.seegg.es/Documentos/doc_tec/doc_tec_01.pdf)

Urra, Eugenia; Jana, Alejandra y García, Marcela (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. En: Revista Ciencia y Enfermería. XVII- Pág. 11-22- Recuperado el 12 de Noviembre de 2017 de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>

Valderrama, Hugo. (1997). Manual para el cuidado de ancianos. Recuperada el Abril 15 de 2016 de: <http://www.cuidadoresdeancianos.com/>

Vélez, Consuelo y Vanegas, José (2011). El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. En: Revista Hacia la Promoción de la Salud, Vol. 16, No. 2 Págs. 175-189. Recuperado el 26 de Noviembre de 2016 en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a13.pdf>

Waldow, Vera (2014): Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Recuperado el 23 de Mayo de 2017, en:  
<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>

Zambrano, Encarnación y Guerra-Martín, Dolores (2012). Formación del cuidador informal: relación con tiempo de cuidado a personas mayores dependientes mayores de 65 años. En: Revista Aquichan. Vol. 12, No. 3. PP. 241-251. Recuperado el 6 de octubre de 2014 de:  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1954/pdf>

### **Páginas web**

HGYASM (2013). Página oficial Hospital Geriátrico y Anciano San Miguel.  
Recuperada el 19 de Septiembre de 2015 de <http://ancianatosanmiguel.com/index.php>

HGYASM (2016). Página oficial Hospital Geriátrico y Anciano San Miguel.  
Recuperada el 15 de Noviembre de 2017 de <http://ancianatosanmiguel.com/index.php>

## **VIII: Anexos**

## 8.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

### 8.1.1 Entrevista semi-estructurada.

**Técnica: Entrevista Semi-estructurada**

**Duración: 1 hora**

Lugar:

Barrio:

Fecha:

Hora:

DATOS PERSONALES

\* Nombre y Apellido:

\* Edad:

\*Género:

\* Lugar de nacimiento (ciudad/ departamento)

\* ¿Cómo llegó a la ciudad? (si no es de la ciudad de Cali)

\* Nivel de estudios:

\* Estado Civil:

**Categoría de análisis:**

**Características personales de los/las cuidadores que impulsan su labor**

**Objetivo:**

Evidenciar las características personales de los/las cuidadores que impulsan su labor con las adultas mayores.

\* Describa en la siguiente tabla quiénes son los integrantes de su hogar e identifique quien es el jefe del hogar.

<b>Parentesco</b>	<b>Edad</b>	<b>Nivel de escolaridad</b>

\*¿Alguna de estas personas que conforman su hogar son adultos mayores?

\*¿Hay otras personas adultas mayores en su familia con quien usted se relacione?

\*¿Cómo concibe usted la vejez?

\*¿Cómo concibe usted a los/las adultos/as mayores?

\*¿Sus actividades cotidianas por fuera la institución involucran interacción con adultos(as) mayores?

**Categoría de análisis:**

Las demandas formativas de los/las cuidadores.

**Objetivo:**

**Identificar las demandas formativas de los/las cuidadores en relación con su labor.**

\*¿Cuál fue la razón por la que decidió estudiar auxiliar de enfermería?

\*¿Cuáles han sido los estudios realizados en relación al cuidado de los/las adultos mayores?

\*¿Sabe usted cuales son las actividades que realiza la HGYASM para personas adultas mayores en la sala Santa Catalina?

\*¿Por parte de la institución HGYASM se le ha impulsado o exigido a obtener estudios gerontológicos?

\*¿Por parte de la institución HGYASM se le ha ofrecido capacitaciones sobre la atención a adultos mayores?

\*¿Ha tenido experiencias previas de atención a adultos mayores?

\*Considera usted que los conocimientos con los que cuenta son suficientes para ofrecer una atención idónea a la población de la sala Santa Catalina?

\*Cuáles son los conocimientos que usted considera debe tener una persona para desempeñarse como cuidador de las personas de la sala Santa Catalina?

**Categoría de análisis:**

Funciones desempeñadas por los/as cuidadores (as) de los adultos mayores.

**Objetivo:**

Establecer las funciones desempeñadas en las diferentes jornadas por los/as cuidadores(as) de las adultas mayores de residentes en la sala Santa Catalina.

\*¿Qué cargo tiene usted en la institución?

\*¿Qué sabe usted sobre el HGYASM como institución de atención a personas adultas mayores?

\*¿En qué consiste la labor que desempeña con las adultas mayores de la sala Santa Catalina?

\*¿Qué actividades realiza con las adultas mayores de la sala Santa Catalina?

\*¿Cómo varían estas actividades en cada uno de los turnos de trabajo?

\*¿Cómo define las actividades que debe realizar con las adultas mayores?

\*¿Cuáles de estas actividades considera se realizan únicamente con la población de esta sala?



### **8.1.2 Observación no participante**

#### **-Características personales:**

\*Interacción con las adultas mayores: Forma de comunicarse con ella

Disposición para la atención

\*Relación entre el personal de enfermería: Forma de comunicarse

\*Interacción entre adultos mayores:

\*Respuesta de los adultos mayores hacia las acciones de los/las auxiliares

#### **-Funciones**

\*Distribución de tareas entre el personal en turno /Jerarquías

\*Momentos de la atención durante las diferentes jornadas

\*Acciones desempeñadas por los/las auxiliares

#### **-Características profesionales:**

Aptitudes:

\*Habilidades para ejecutar las acciones correspondientes

\*Reacción ante situaciones de urgencia / Toma de decisiones

\*Búsqueda de soluciones a situaciones adversas

\*Sentido de pertenencia hacia la institución