

**FORTALECIENDO EL BUEN VIVIR EN LA RELACIÓN CUIDADOR CUIDADO EN
LA VEJEZ: HACIA UNA PEDAGOGÍA EMERGENTE**

BRENDA MARÍA PÉREZ MARTÍNEZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN INNOVACIONES SOCIALES EN EDUCACIÓN

LINEA DE INVESTIGACIÓN: TRANSFORMACIÓN EDUCATIVA Y CAMBIO SOCIAL

BOGOTÁ

2018

**FORTALECIENDO EL BUEN VIVIR EN LA RELACIÓN CUIDADOR CUIDADO EN
LA VEJEZ: HACIA UNA PEDAGOGÍA EMERGENTE**

BRENDA MARÍA PÉREZ MARTÍNEZ

Martha Salinas

Doctora en educación

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN INNOVACIONES SOCIALES EN EDUCACIÓN

BOGOTÁ

2018

Hoja de aceptación de jurados



Agradecimientos

A Dios por darme salud, confianza y otra oportunidad de vida para terminar este sueño

A mis pacientes y sus familias quienes fueron motivos de inspiración en mí para esta investigación

A mi familia por el apoyo, los cuidados, la paciencia y el amor que me sostiene

A mi directora de tesis quien desde su profesión y humanidad desencadenó en mí la pasión por la investigación, el arte de escribir y el sentido de la innovación educativa, además aquella que cree en mí y esta investigación

A el ministerio de salud y protección social quien ha contribuido desde perspectivas, asesorías y espacios de socialización para que esta investigación sea divulgada en la comunidad.

Por último debo agradecer a todos aquellos que se esfuerzan en que la vejez y el envejecimiento redunden de armonía y plenitud en todas las personas.



Dedicatoria

A mi amado padre, quien siempre soñó con que su pequeña hija lograra estudiar y ser una profesional.

A mi hijo, “hijo que mi ejemplo construya, eduque e invite a que tus logros sean siempre los mejores y transformes un mundo mejor con lo que hagas en la vida”.



Resumen Analítico Educativo RAE

1. Autores

Brenda María Pérez Martínez

2. Director del Proyecto

Martha Janneth Salinas

3. Título del Proyecto

FORTALECIENDO EL BUEN VIVIR EN LA RELACIÓN CUIDADOR CUIDADO EN LA VEJEZ: HACIA UNA PEDAGOGÍA EMERGENTE

4. Palabras Clave

Envejecimiento Activo, Vejez, Cuidado, Cuidador, pedagogía emergente, cuidado domiciliario

5. Resumen del Proyecto

En esta investigación se identifican alternativas pedagógicas emergentes en la relación cuidador – cuidado en la vejez, que promuevan el buen vivir, por medio de un estudio fenomenológico empírico realizado a 41 personas donde se encontraban adultos y cuidadores que ejercían la labor de cuidado domiciliario sin formación previa. Se analizó su contexto, su proceso de relación y las diversas formas de aprendizaje. Los hallazgos arrojaron sentires frente a las diversas formas como son vistos socialmente, las características en la dimensiones relacional en el ciclo vital y a su vez permitió la re significación del cuidado a través de una pedagogía emergente.

6. Grupo y Línea de Investigación en la que está inscrita

La presente investigación aporta a la línea de investigación de UNIMINUTO “Transformación Educativa y Cambio Social”.

7. **Objetivo General**

Identificar alternativas pedagógicas emergentes en la relación cuidador – cuidado en la vejez, que promuevan el buen vivir

8. **Problemática: Antecedentes y pregunta de investigación**

El crecimiento sociodemográfico por el cual está atravesando el país y la alta incidencia de aislamiento domiciliario al que están expuestas las personas en la vejez y por ende quien cuida de ellos, como también la falta de articulación en programas socioeducativos que involucren al cuidador y al cuidado, denota variables significativas que se evidencian en la relación cuidador – cuidado en la vejez, tales como la sobrecarga, los problemas emocionales, las carencias socioeconómicas para el sostenimiento, incremento de dificultades en la salud, entre otras; son variables que impiden el desarrollo de armonía en esa etapa de ciclo vital.

Se evidencia de que pese a que el cuidador y el adulto mayor están íntimamente relacionados en el envejecimiento, carecen de articulación en torno al proceso educativo ofrecidos por diversos programas emergentes, siendo esto primordial para favorecer la reconstrucción del concepto de cuidar, su dinámica y los procesos que emergen de esta interacción. De esta manera es claro el vacío que existe y por el cual actualmente los ancianatos, hogares geriátricos, hogares gerontológicos, centros día y el aislamiento domiciliario cobran gran importancia en el momento de la vejez (e incluso puede ser la única solución que ven para integrarse socialmente).

Frente al cuidado, se observa dificultad de construir con el otro diversas formas de convivir y de vivir desde su sentido y ser, lo que conlleva a una lucha de la enajenación de la posesión de la verdad lo que no permite el co-construir una “verdad nuestra” que fomente el buen vivir en los

agentes no una relación de objeto y sujeto en plena lucha de poder.

Es ahí donde emergen reflexiones en torno a la manera más asertiva de propiciar espacios de transformación para las relaciones entre cuidador- cuidado, y ¿cómo resignificar pedagógicamente la relación cuidador- cuidado en la vejez para promover el buen vivir?

9. Referentes conceptuales

Para la presente investigación se utilizó la conceptualización del cuidado de Heidegger quien afirma que cuidar de y velar por es la esencia de uno mismo (Dasein), por otro lado Foucault refiere el cuidado de sí y de los otros sin abusar del poder, para complementar con Mayeroff quien refiere que el cuidado es un proceso de vida de crecimiento mutuo.

Desde estos puntos de vistas se tomará el cuidado como la forma en que existimos y coexistimos con los otros desde el cuidado de sí mismo y el del otro en torno a la libertad del ser y no una lucha de abuso de poder, cuidar al otro en su existencia desde la libertad pero resignificando su existencia desde el valor que cada uno posee en una coconstrucción.

En torno a un buen vivir será entendido como:

“La satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir supone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno -visto como un ser humano universal y particular a la vez-

valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a un otro)”

La pedagogía emergente surge como una ruptura a la politización de la educación (Orrego I, 2018), aquella educación vista desde estados de poder y soberanía de control con el ser humano.

El envejecimiento será visto desde el concepto de envejecer desde una manera competente para los involucrados, además articulando a las estrategias de la política pública desde una apuesta del “envejecimiento activo”.

10. Metodología

Para tal propósito se realiza una apuesta transformadora de pedagogía emergente que surge en la construcción colectiva con la comunidad, a través de un estudio fenomenológico en 4 fases, donde se realizaron 12 talleres vivenciales en torno a las necesidades de aprendizaje vistas en el grupo y la aplicación del manual educación a cuidadores, adaptados para adulto mayor y cuidador además el test de Zarit, escala de Barthel, observaciones y test HTP, que se analizaron en correlación con las dimensiones en el ciclo de vida como vivencias, sentires y saberes.

11. Recomendaciones y Prospectiva

Dentro de las recomendaciones es claro que la política pública actual del país en torno al tema de investigación requiere de análisis y modificación, debido a la implicación del aprendizaje colectivo, educar en torno a un envejecimiento competente y activo debe ser una apuesta que inicie desde los primeros años de vida y desde los sentires de los involucrados. Es así como esta investigación quiere seguir impactando no solo a nivel individual en otros domicilios con las personas que hicieron el taller si no desde escenarios educativos para poder compartir saberes,

como también fortalecer la formación ya realizada en torno a empoderamiento gestión y autogestión.

12. Conclusiones

Si bien no podemos detener las consecuencias biológicas en el ciclo de vida de la vejez, si es posible hacer que esta se planifique , organice y resinifique en torno a las diversas formas de convivir en la vejez, el domicilio, los hogares geriátricos, los hogares gerontológico no deben ser la única manera en la que ubiquemos a los adultos mayores, el aislamiento no es una manera de promover el buen vivir ni de crear conciencia en torno a esto, se deben pensar en escenarios diversos y congruentes a las necesidades que arroja este proyecto, un ejemplo es vincular los adultos mayores dentro de entornos educativos institucionales desde la primera infancia; donde puedan compartir saberes culturales y permitan afianzar desde las experiencias familiares las identidades familiares, desde el reconocimiento desde su ser.

La labor del cuidador debe ser valorada y respetada, un cuidador no debe ser segregado por los demás familiares ni por un proceso de salud cuando se lucha por el derecho del otro, o ese compañero de vida como ellos lo llamaron en los talleres; debe adquirir mayor significado por la labor y el sentido del cuidar. Ser cuidador debe ser un orgullo y un reto en el que todos quieren participar, pero todo esto depende en la manera como eduquemos el entorno, como se respete al otro en su diferencia y se incluya desde los diversos saberes; además, como se asume el auto-cuidado y mi identidad en construcción con lo que hago. De esta manera se abarca la visión de un cuidado y envejecimiento colectivo y no individual pensado desde los actores y para los actores, con gran sentido trasformador.

Y es tal vez pensar en una pedagogía emergente llamada inicialmente “pedagogía de la relación en el cuidado” el inicio de este proceso transformador; la cual debe fundamentarse en la co-construcción colectiva desde la relación del cuidar. Su objetivo principal debe ser, fortalecer la relación cuidador cuidado en la vejez desde una construcción colectiva y de saberes en torno a procesos emancipatorios que mejoren el buen vivir en los involucrados. Esta pedagogía debe caracterizarse por poseer 3 elementos importantes, una construcción en todos los ciclos vitales y con todo los miembros de la familia (intergeneracional), emerger del domicilio, impactar en las redes de las personas que involucre (educación en casa) y fomentar espacios de aprendizaje significativos desde las dimensiones, necesidades y sentimientos de los individuos para la resignificación del acto de cuidar.

13. Referentes bibliográficos

- Arias, C. (2009) .Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina. En: Huenchuan S. Roqué M. Arias C. Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis? (pp.29-68). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Cardona D, Segura A, Berbesi D, Agudelo M. (2013) Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. RevFacNac Salud Pública.; (pp.30-39).
- Fundación “La Caixa”. (2008) Un cuidador. Dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidador familiar. Barcelona;. Disponible en: <http://www.aspacegi.org/upload/Un%20Cuidador.%20Dos%20vidas.pdf>.
- Giraldo CI, Franco GM, Correa LS, Salazar MO, Tamayo AM.(2005) Cuidadores

familiares de ancianos: Quienes son y cómo asumen este rol. RevFacNac Salud Pública.; (pp.7-15).

Ministerio de Salud y Protección Social-Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. Colombia. 476p.

Ministerio de Salud y Protección Social-Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Cuidado y personas cuidadoras familiares. PREGRAF IMPRESORES S.A.S Bogotá, D.C. Colombia. 72p.

Pinquart M, Sorensen S. (2007) Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sic.:(pp.126-137).

Rogero CJ. (2010) Los tiempo del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMSERSO.

Zambrano-Domínguez M, Guerra-Martín M. (2012) Formacion del cuidador informal: Relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. Apachán.; (pp. 241-251).

Contenido

Introducción.....	17
1. Contextualización.....	19
1.1 Adulto mayor.....	21
1.2 Personas cuidadoras.....	32
2. Planteamiento del problema.....	36
2.1 Justificación.....	40
2.2. Objetivos.....	42
2.1.1 Objetivo General.....	42
2.1.2 Objetivos Específicos.....	42
3. Marco Referencial.....	43
3.1. Marco de Antecedentes.....	43
3.1.1 La educación para la vejez.	43
3.1.2 La educación del cuidador.....	46
3.1.3 Propuestas frente al abordaje de la educación para el cuidado.....	51
3.1.4 Programas de promoción en torno al Buen Vivir.....	53
3.2 Marco Teórico.....	55
3.2.1 Vejez y el Envejecimiento.....	55
3.2.2 El cuidado.....	60
3.2.3 Pedagogías emergentes.....	66
3.2.3.1 Pedagogía crítica.....	67
3.2.3.2 Pedagogía intergeneracional.....	68

3.2.3.3 Pedagogía de las alturas.....	69
3.2.3.4 Pedagogía de la felicidad.....	70
3.2.3.5 Educación en casa	67
3.2.4 Buen vivir.....	72
3.3. Marco Legal.....	75
4. Diseño Metodológico.....	77
5. Resultados e interpretación.....	84
6. Conclusiones.....	116
7. Referencias bibliográficas.....	120
8. Anexos.....	124
8.1 Instrumentos diseñados.....	124
8.2. Consentimiento.....	128
8.3 Evidencias.....	129



Índice de tablas

Tabla 1: Teorías de envejecimiento.....	57
Tabla 2: Teorías del Cuidado.....	61
Tabla 3: Descripción de encuestas.....	81
Tabla 4: Talleres vivenciales.....	83
Tabla 5: Características generales y el perfil completo de los cuidadores y adultos.....	86
Tabla 6: Cuestionario de sobrecarga de Zarit adaptado para adulto mayor.....	89
Tabla 7: Concepto por edad del adulto mayor y cuidador.....	93
Tabla 8: Análisis de resultados	94
Tabla 9: Dependencia (Índice de Barthel).....	109
Tabla 10: Tabla de ocupación pre-post taller.....	110
Tabla 11: Aproximaciones futuras.....	112



Índice de gráficos

Gráfico 1: Proyección población en Colombia.....	20
Gráfico 2: Fuentes de ingreso.....	21
Gráfica 3: Porcentaje de personas mayores que trabajan según tipo de remuneración.....	22
Gráfico 4: Personas mayores que trabajan por necesidad.....	23
Gráfica 5: Promedio de personas que dependen del adulto mayor.....	24
Gráfico 6: Percepción del estado de salud por regiones.....	25
Gráfico 7: Seguridad y afiliación por regiones.....	25
Gráfico 8: Promedio días de espera para tener una cita por medicina general.....	26
Gráfico 9: Satisfacción con las relaciones familiares.....	27
Gráfico 10: Nivel educativo del adulto mayor.....	28
Gráfica 11: Porcentaje de nivel educativo por regiones.....	29
Gráfica 12: Proporción de personas mayores de 60 años respecto a la población	
Total, por Localidades, Bogotá, 2014	30



Índice de figuras

Tabla 1: Educación permanente.....	51
Tabla 2: Educación Social Especializada.....	52
Tabla 3: Animación Sociocultural y Ocio.....	47
Tabla 4: Conceptualización del proceso de envejecimiento.....	52

Introducción

El crecimiento socio demográfica por el cual está atravesando el país y la alta incidencia de aislamiento domiciliario al que están expuestas las personas en la vejez y por ende quien cuida de ellos, como también la falta de articulación en programas socioeducativos que involucren al

cuidador y al cuidado, evidencian factores significativas que repercuten en la relación cuidador – cuidado en la vejez, tales como la sobrecarga, los problemas emocionales, las carencias socioeconómicas para el sostenimiento, incremento de dificultades en la salud, entre otras; son variables que impiden el desarrollo de plenitud, armonía en esa etapa de ciclo vital. Si bien, las funciones para el cuidador son altas y el cuidado se ejerce en su mayoría desde una manera asistencial en las necesidades básicas, genera personas bien cuidadas, pero sin un buen vivir. Es desde ahí que investigar en la relación del cuidado en el domicilio se muestra como horizonte en esta investigación.

Ahora bien, pensar en cómo resignificar pedagógicamente la relación cuidador- cuidado en la vejez para promover el buen vivir desde el domicilio, implica acciones como, identificar las variables en las que se da la relación del cuidado, describir los facilitadores y limitantes del aprendizaje en el contexto domiciliario, analizar las experiencias de aprendizaje co-construidas y generar espacios de reflexión que arroje procesos innovadores y transformadores, creados desde la comunidad y para la comunidad.

Describir las características de la alternativa pedagógica resultante de la relación cuidador cuidado y su relación con el buen vivir en la vejez.

Para tal propósito se realiza una apuesta transformadora de pedagogía emergente que surge la construcción colectiva con la comunidad, a través de un estudio fenomenológico en 4 fases, donde se realizaron 12 talleres vivenciales en torno a las necesidades de aprendizaje vistas en el grupo y la aplicación del manual educación a cuidadores, adaptados para adulto mayor y cuidador, además el test de Zarit, escala de Barthel, observaciones y test HTP.

Es a partir de lo anterior y en relación con las teorías propuestas de conceptualización del cuidado de Heidegger cuidar de... y velar por... esencia de uno mismo (Dasein), Foucault

cuidado de sí y de los otros sin abusar del poder, Mayeroff proceso de vida de crecimiento mutuo, que dichos talleres arrojaron experiencias de re significación en torno a la relación cuidador cuidado.

Los resultados se vieron en la manera como re significaron la categoría de vejez y añadieron otra nominación a ese concepto, además, arrojó una mejoría en los niveles de sobrecarga, los niveles de dependencia, las actividades de relación y la introspección desde la conciencia en torno al convivir en la relación de cuidado para favorecer un buen vivir.

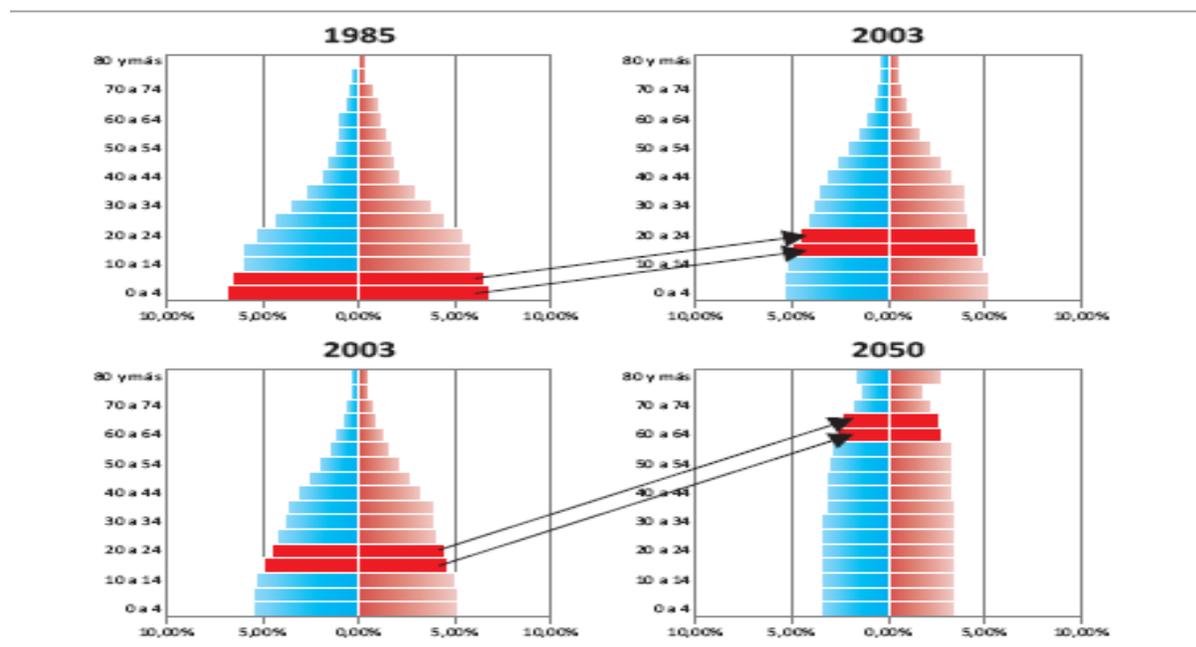
A partir de allí surgen los inicios de una pedagogía en la relación en el cuidado pensada desde la memoria histórica de los actores y desde las necesidades propias del aprendizaje. Este caracterizado por un sentido colectivo donde se ratifica una identidad y surgen procesos innovadores que propendan en mejoras a la relación.

1. Contextualización

Colombia actualmente se encuentra inmersa en una transformación socio demográfica que demuestra los procesos cambiantes que se dan a nivel cultural, familiar, social, como a su vez el impacto de programas y proyectos realizados en torno a aspectos como, la natalidad y minimizando el crecimiento demográfico acelerado. Lo anterior implica necesariamente un aumento en la población adulta mayor y con esto, las implicaciones que existen en torno al cuidado del otro en la vejez.

La vinculación de la mujer como agente socioeconómico activo, las altas tasas de divorcios, la reestructuración de conceptos de familia, la influencia de la educación en el campo, entre otros aspectos relevantes, son factores y causas de las diversas maneras en las que se da el cuidado en adultos mayores y el envejecimiento activo en todas las poblaciones.

Una mirada realizada por el DANE a la transformación progresiva de las pirámides poblacionales 1985 y 2003, muestra que en el 2050 habrán dejado de ser pirámides, estrechándose de manera importante en la base (población más joven) y ampliándose en la cúspide (población mayor de 60 o 65 años), de esta manera es posible entender que, mientras en el año 1950 por cada persona mayor de 60 años había tres o cuatro menores de 5 años, cien años más tarde, en el 2050, el panorama será el opuesto: por cada niño menor de 5 años habrá por lo menos tres personas mayores de 60 años (Fajardo y Rincón, 2003, p. 73). Dicho efecto se conjuga con el alto índice de cuidado que van a requerir las personas mayores en esta etapa, la encuesta sabe Colombia arrojó en el 2015 que el mayor cuidado está a cargo de los hijos y este cuidado se da a nivel domiciliario.



Fuente: DANE (2003). Los jóvenes: una visión sociodemográfica.

Gráfico 1: Proyección población en Colombia

Por su parte, el estudio titulado “envejecimiento y vejez en Colombia” realizado en agosto del 2013, el cual se basó en las encuestas nacionales de demografía y salud 1990/2010, junto con los resultados de la última encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento, SABE COLOMBIA 2015, desde la perspectiva de cuidado y personas cuidadoras familiares, se evidencia la siguiente situación sobre el adulto mayor y el cuidador en Colombia.

1.1 El adulto mayor.

El gobierno colombiano considera adulto mayor toda persona que se encuentra en la etapa final de su vida mayor de 60 años o más, quien tiene como horizonte vivir un envejecimiento activo, orientado la prevención y promoción de una adecuada salud. Para propiciar este y otros conceptos es necesario reconocer las condiciones de cada uno de los actores.

Los ingresos y seguridad económica (Gráfico 2) para mujeres y hombres mayores de 59 años para el año 2010, refieren que en un 40% de la población masculina y el 35% de la

población femenina no reciben ingresos económicos, las personas que reciben pensión 27% hombres y 19% mujeres, los porcentajes restantes reciben auxilios económicos de familiares externos, familiares internos, alquileres de inmuebles, ingresos bancarios, subsidio de bienestar social u otra fuente; es decir la mayor población de nuestros adultos mayores no poseen una estabilidad económica.

Para el caso de las personas pensionadas, es de acotar que los resultados de ENDS, arrojaron que la mayor población de adultos mayores se encuentra ubicada en Bogotá en una 40%.

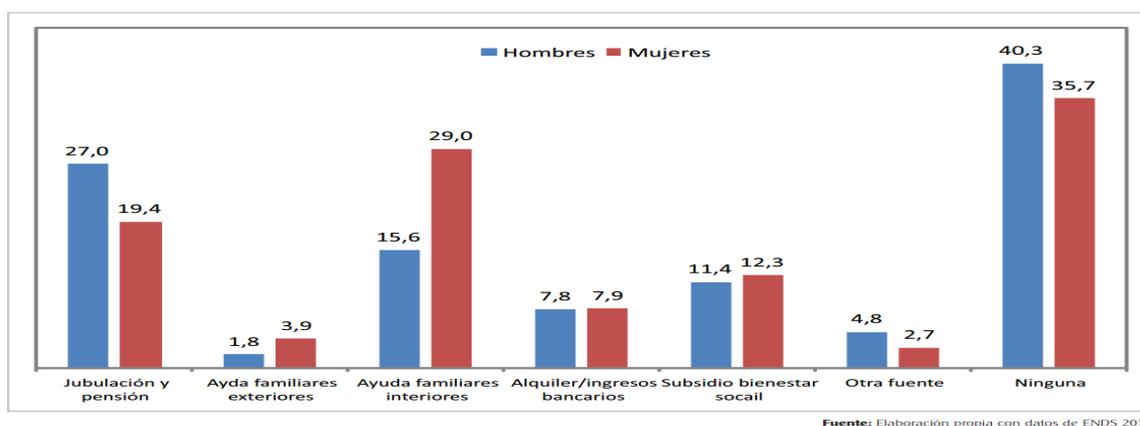
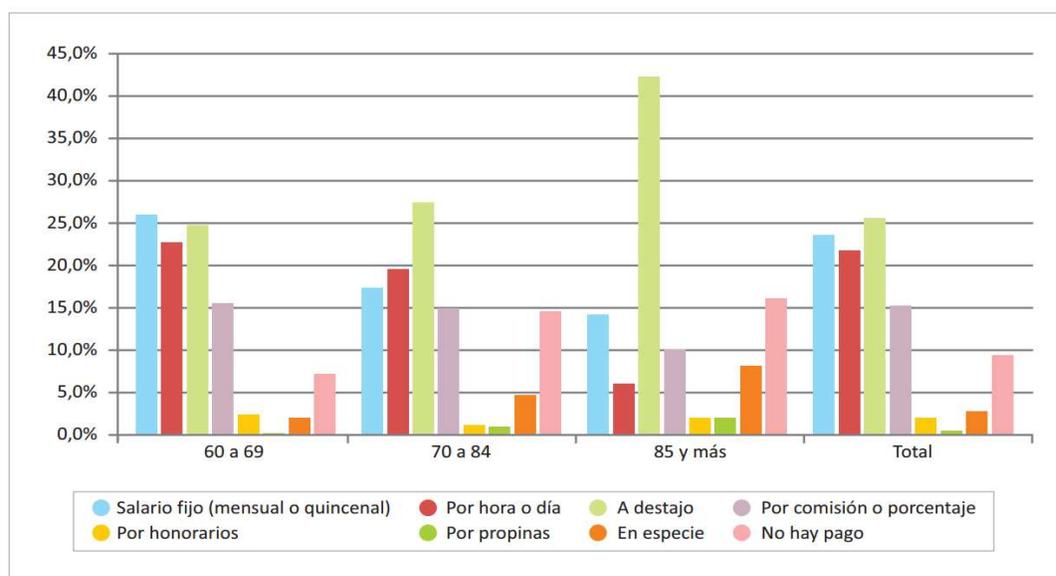


Gráfico 2: Fuentes de ingreso

Frente al trabajo y remuneración el Gráfico 3 indica que solo cerca del 25 % de las personas entre 60 y 69 años trabajan fuera del hogar y reciben un salario fijo y que tal porcentaje va disminuyendo a medida que aumenta la edad. Igualmente, disminuye con la edad la remuneración por hora o por día, así como por comisión. En cambio, la remuneración a destajo por trabajo realizado independientemente del tiempo invertido en su realización se incrementa a partir de los 60 años hasta superar el 40 % a los 85 y más años. También se incrementa el pago a medida que aumenta la edad. Así, cerca del 10 % de las personas adultas mayores no reciben remuneración por su trabajo fuera del hogar. Cabe advertir que, en general, el trabajo

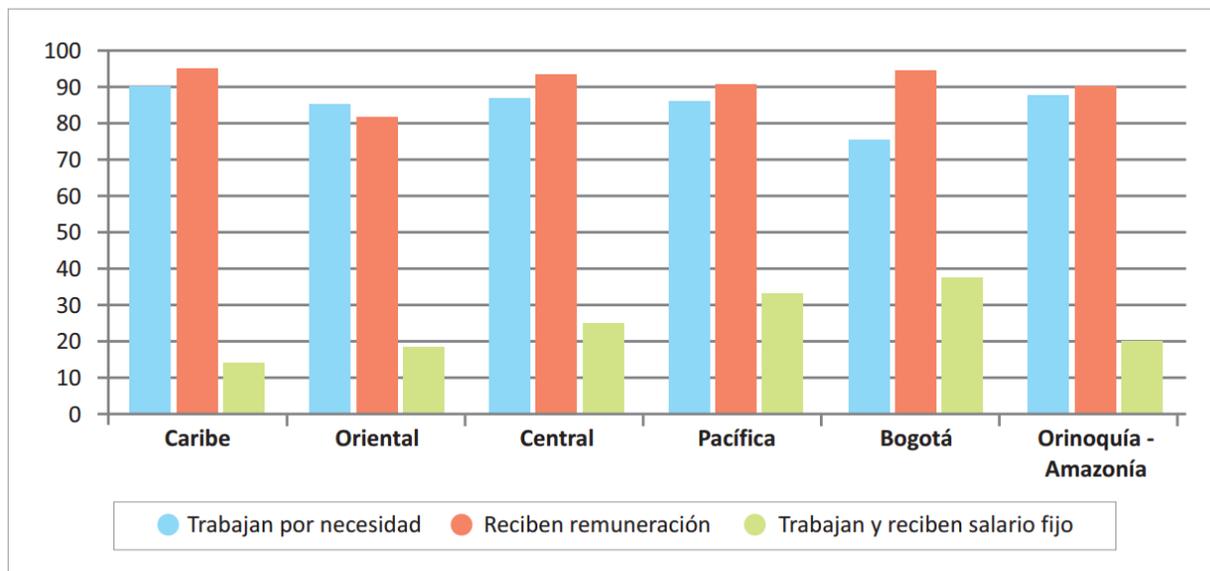
dentro del hogar, principalmente realizado por las mujeres y, en este caso, por mujeres mayores, carece de remuneración.



Fuente: Elaboración propia con datos de ENDS 2010.

Gráfica 3: Porcentaje de personas mayores que trabajan según tipo de remuneración.

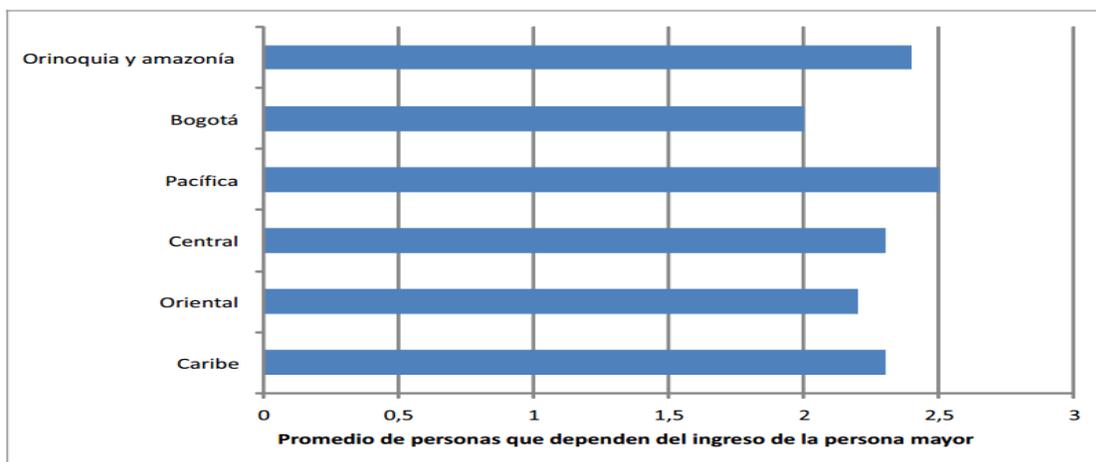
La Necesidad de trabajar, remuneración y salario fijo, por regiones evidencia que en el Gráfico 4, excepto en Bogotá, la población adulta mayor que trabaja por necesidad es superior al 80 % es decir, la población de Bogotá puede encontrarse vinculadas a trabajo del hogar entre otras actividades, lo cual indica que se encuentra más aislada del trabajo productivo y el rol socioeconómico del país. La mayor parte de dicha población está en las regiones Orinoquía-Amazonía y Caribe, donde también hay altos porcentajes de personas mayores con ingresos insuficientes y sin ingresos, también permite evidenciar que más del 80 % de las personas adultas mayores que trabajan reciben algún tipo de remuneración. Aunque, en general, son bastante inferiores los porcentajes de quienes reciben un salario fijo por su trabajo. Particularmente en las regiones Caribe, Oriental y Orinoquía-Amazonía, tales porcentajes son menores.



Fuente: Elaboración propia con datos de ENDS 2010.

Gráfico 4: personas mayores que trabajan por necesidad

El gráfico 5 ilustra el promedio de miembros de la familia que dependen de los ingresos de la persona adulta mayor siendo superior en las regiones Pacífica (2,5) y Orinoquía-Amazonía (2,4), e inferior en Bogotá (2,0). Teniendo en cuenta las seis regiones, 2,2 familiares en promedio, dependen de los ingresos de una persona adulta mayor.

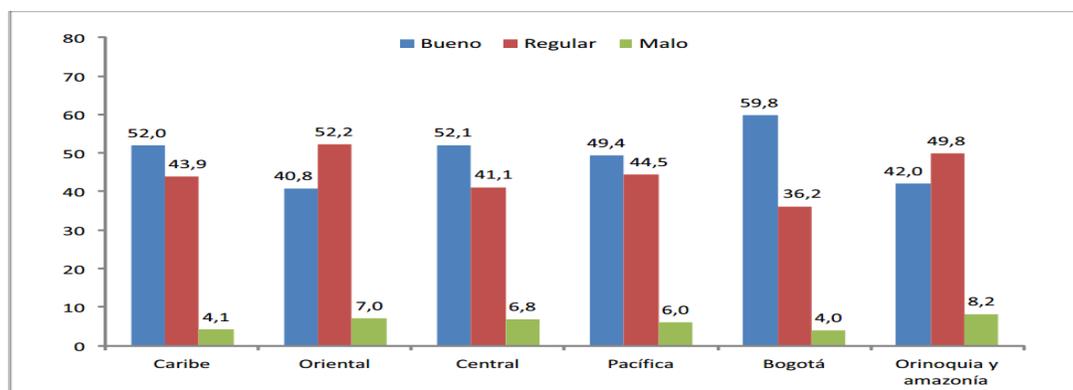


Fuente: Elaboración propia con datos de ENDS 2010.

Gráfica 5: promedio de personas que dependen del adulto mayor.

Al analizar el campo laboral del adulto mayor encontramos que para Bogotá poseen menos personas a cargo, son la población que más pensionados posee en Colombia y esto puede apoyarse en que refieren menor necesidad para trabajar, como a su vez mayor participación o permanencia en casa.

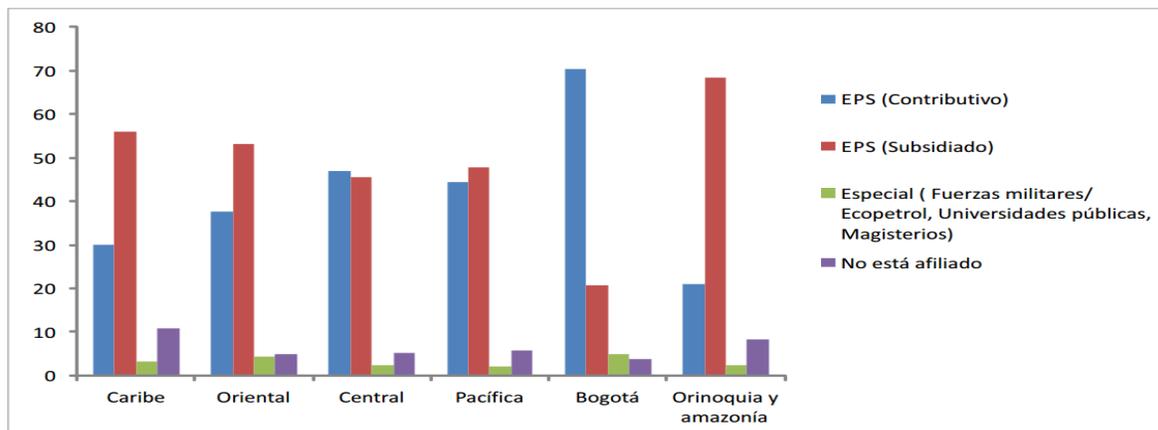
La percepción del estado de salud se muestra en el Gráfico 6, teniendo en cuenta diferencias regionales. Aun cuando la distribución es casi homogénea, las mayores percepciones de salud "regular" se evidencian en las regiones Oriental, Orinoquía-Amazónica y Pacífica. En cambio, la calificación de la salud como "buena" predominó en Bogotá, donde a la vez la calificación de la salud como "regular" y como "mala" fue menor que en las otras regiones.



Fuente: Elaboración propia con datos de ENDS 2010.

Gráfico 6: percepción del estado de salud por regiones

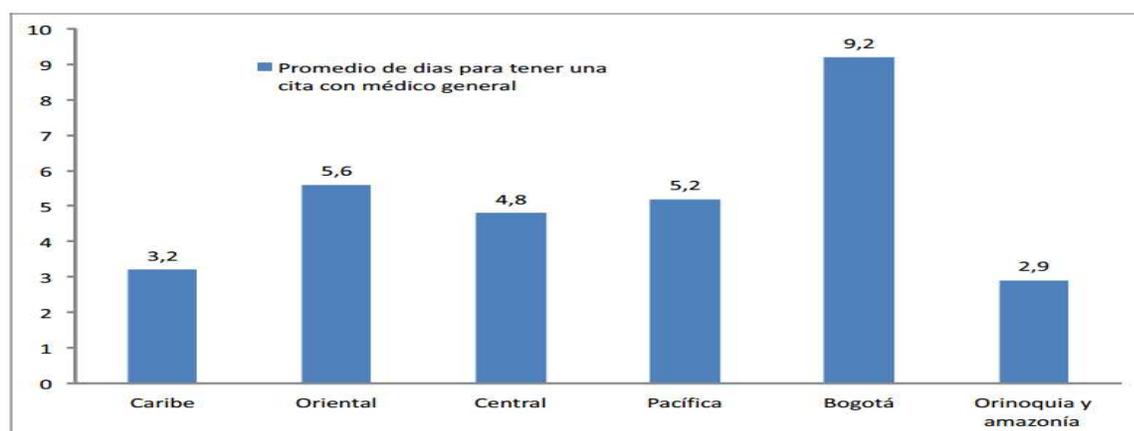
Frente a la seguridad y afiliación en el sistema de salud en cuatro de las cinco regiones, los mayores porcentajes de afiliación son a EPS subsidiadas. Solamente en Bogotá y en la región Central el porcentaje de afiliados a EPS contributivas es superior al de personas afiliadas a EPS subsidiadas. La afiliación a regímenes especiales es, en general, menor al 5 %; y el 6,1 % de las personas adultas mayores encuestadas no están afiliadas a régimen de salud alguno.



Fuente: Elaboración propia con datos de ENDS 2010

Gráfico 7: seguridad y afiliación por regiones

El siguiente gráfico demuestra que el promedio para acceder en Bogotá una cita de medicina general es casi 10 días, al analizar las estadísticas encontramos que, pese a que el adulto mayor manifiesta en su mayoría una buena salud y que posee en su mayoría afiliación al sistema de EPS, el tiempo es el mayor en casi un 50% un 70% en comparación con otras regiones del país. Si bien Bogotá es la ciudad más poblada del país hay que pensar como desde la política pública, a futuro, se puede mitigar esta problemática debido al alto crecimiento socio demográfico de adulto mayor.



Fuente: Elaboración propia con datos de ENDS 2010.

Gráfico 8: Promedio días de espera para tener una cita por medicina general.

Las relaciones interpersonales y específicamente las relaciones familiares constituyen un aspecto importante para el desarrollo de un envejecimiento activo y una vejez sana y saludable. Se presentan los resultados teniendo en cuenta la jefatura de hogar y la satisfacción con las relaciones familiares. Además, con respecto a la última se tienen en cuenta las transferencias económicas, tanto de las personas mayores hacia miembros de su familia, como de estos últimos hacia ellas.

El gráfico 9 ilustra los resultados referentes a las relaciones familiares, las cuales, en todas las regiones, se calificaron como satisfactorias (calificación de 4 sobre 5, donde 4 equivale a "casi siempre" y 5 equivale a "siempre"; 3 corresponde a "algunas veces"; 2 a "casi nunca" y 1 a "nunca"). De acuerdo con los datos de la ENDS 2010, en los casos en los cuales la persona mayor tenía alguna limitación (física o mental), las calificaciones fueron menos positivas. En lo que se refiere a transferencias económicas, de acuerdo con los resultados de la ENDS 2010, y como ya se ha señalado, en el 41 % de los casos (de las personas adultas mayores encuestadas por la ENDS 2010) se informó que hasta dos miembros de la familia dependían del ingreso de la persona mayor, en el 18 % de tres a cinco miembros, y en un 5 % más de cinco miembros. En general se puede apreciar que en su mayoría los adultos mayores se encuentran satisfechos con las relaciones familiares que poseen.

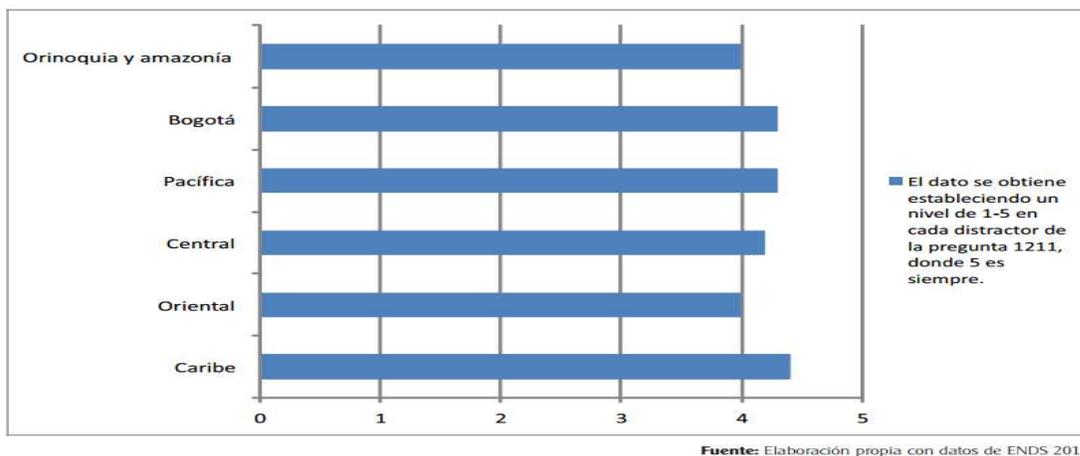


Gráfico 9: satisfacción con las relaciones familiares

Referente a niveles de educación en el adulto mayor, información resultante de la ENDS 2010 y tal como lo muestra la gráfica 10 el nivel de educación que más predomina en todos los rangos de edad es primaria completa, seguido por sin educación y secundaria una menor población ha alcanzado educación superior a lo largo de su vida.

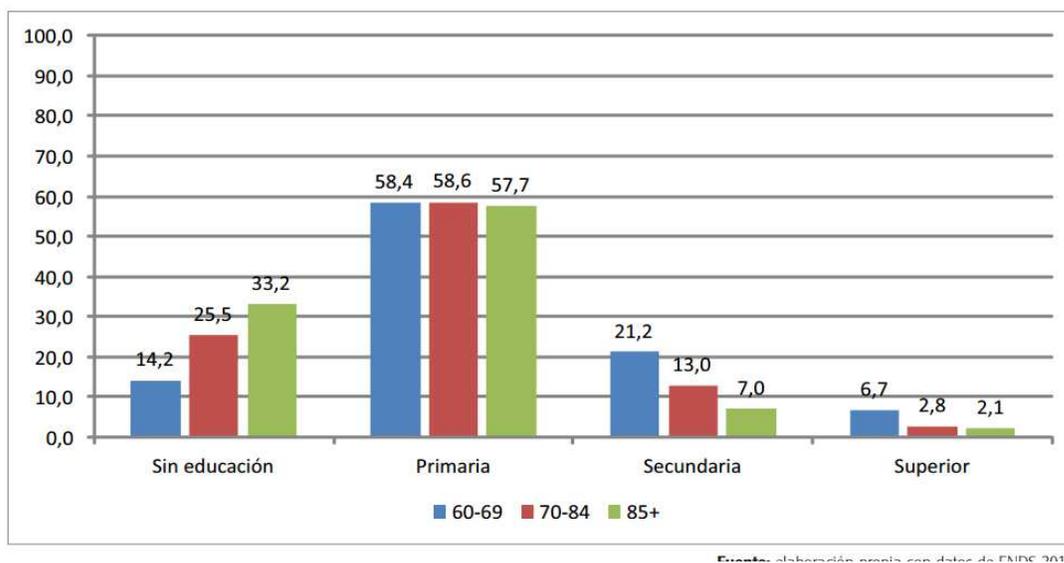
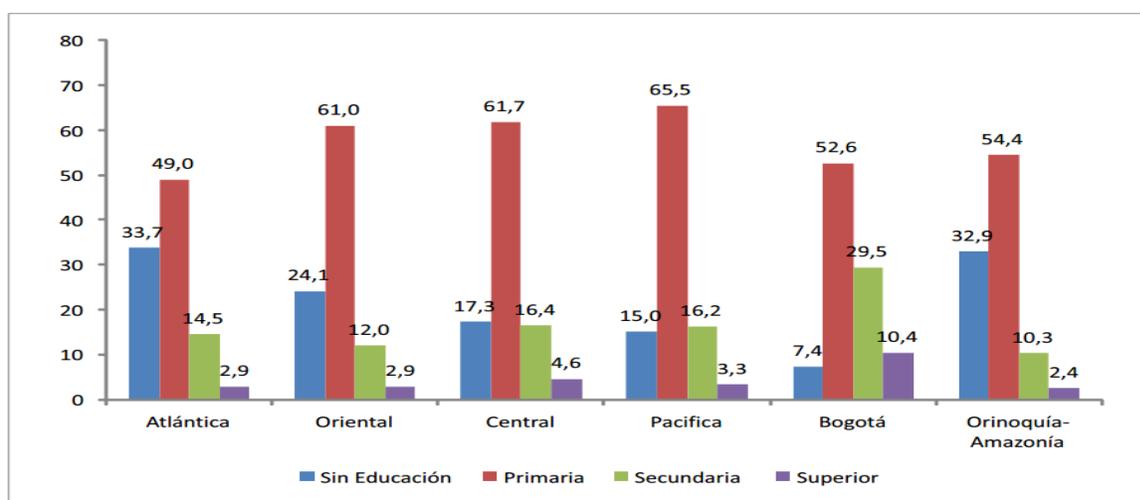


Gráfico 10: Nivel educativo del adulto mayor.

Es importante aclarar que estos datos hacen relevancia a estudios hasta del 2010, los nuevos planes de desarrollo para Colombia han vinculado como premisa fundamental la

educación para todos, hechos que deberemos tener en cuenta para las poblaciones futuras que se encuentran en proceso de envejecimiento. Además, el estudio del 2015 llamado Encuesta Sabe Colombia arrojó resultados similares para las edades de 70 años en adelante; en el rango de 60 a 69 años se denota un incremento leve por estudiar en programas superiores y postgrados, como también mayor personas con incremento de escolaridad secundaria terminadas, hechos a los que apunta el plan de desarrollo con su proyecto Educación Para Todos.

El gráfico 11 muestra diferencias regionales en los niveles educativos. En general, en cinco de las seis regiones el porcentaje de quienes han cursado educación primaria es superior al 50 %, excepto en la región Caribe. Los niveles de personas sin educación formal son superiores al 30 % en las regiones Caribe y Orinoquía-Amazónica. Bogotá tiene los porcentajes más bajos de personas mayores sin educación (7,4 %) y el porcentaje más alto de adultos mayores con educación secundaria y superior.

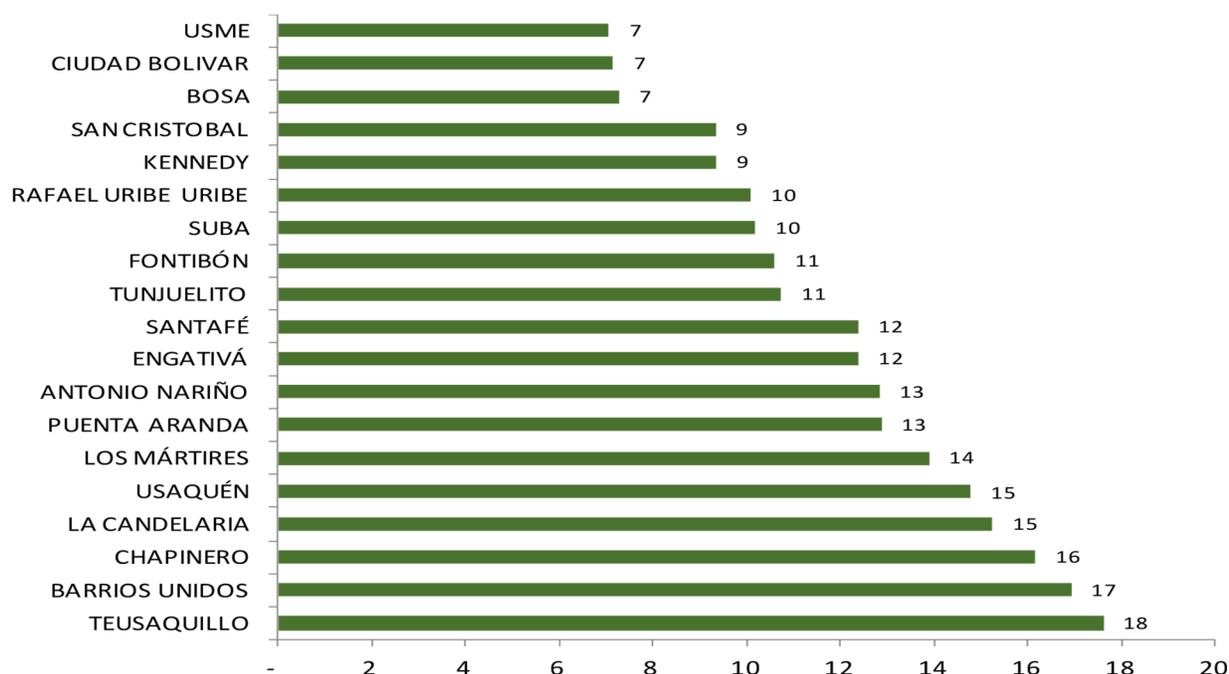


Fuente: Elaboración propia con datos de ENDS 2010.

Gráfica 11: porcentaje de nivel educativo por regiones

Los intereses de la presente investigación están ubicados en la ciudad de Bogotá la localidad de Fontibón por tal razón un estudio reciente a nivel territorial, la Encuesta Multipropósito

realizada en Bogotá en 2014 –EMPB, 2014, permite ilustrar cuáles son las localidades con mayor proporción de personas adultos mayores.



Gráfica 12: Proporción de personas mayores de 60 años respecto a la población total, por Localidades, Bogotá, 2014 (%) mayores respecto a su población total.

Según la EMPB-2014, las localidades con mayor proporción de adultos mayores en Bogotá, son localidades ubicadas espacialmente en el centro de la ciudad. Como se observa en la gráfica 12, la principal concentración de adultos mayores se ubica en Teusaquillo, Barrios Unidos, Chapinero y La Candelaria. Por su parte, Bosa, Ciudad Bolívar y Usme, son las localidades con menor proporción de población mayor respecto al total de su población.

Sobre la información de uso del tiempo en las personas adulto mayores, en los meses de agosto de 2012 y julio de 2013, se realizó por primera vez en todo el país la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo que permitió, entre otros aspectos, observar cómo emplean el tiempo las

personas. En efecto, según los rangos establecidos por la metodología de la encuesta, también se pudo conocer el diagnóstico de las personas adultas mayores en Bogotá y su día a día.

Los resultados para la población mayor de 65 años en la ciudad, en un día promedio (de lunes a domingo), 14,5% de las personas en este rango de edad participa en el mercado de producción de bienes y servicios, donde en los hombres esta participación es 24,3% y en las mujeres 9,8%. Efectivamente, el indicador de tiempo promedio de las personas que participan laboralmente en la economía emplea 7 horas y 54 minutos realizando dichas actividades (comprende trabajo y traslados). Este tiempo es inferior a los jóvenes (nueve horas y 32 minutos) y los adultos entre los 25 y 64 años (10 horas y 5 minutos).

Respecto a las actividades de cuidado o no remuneradas dentro del hogar, se percibe en la edad mayor adulta que cocinar, limpiar la vivienda, lavar los platos, estar pendiente de otros miembros, las compras de alimentos y de otros artículos para el hogar son, en su orden, los de mayor participación en el diario vivir de esta población.

Es a partir de lo anterior que se evidencia el incremento de la permanencia en casa del adulto mayor y por ende la persona que cuida de él. En cuenta a lo anterior y las proyecciones realizadas por localidades para Bogotá 2016-2020 por la secretaria distrital y planeación de Bogotá, donde indica un incremento para la localidad de Fontibón en el índice de envejecimiento durante todo el periodo de proyección, iniciando en 36 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes en el año 2016, hasta llegar a 44 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes en el año 2020, es una de las localidades para el 2020 con más proporción de adulto mayores y por ende de cuidadores de los mismos; debido a las proyecciones dadas podríamos inferir que el índice de cuidado se concentrarían en el entorno domiciliario.

1.2. Personas cuidadoras

La encuesta nacional de salud bienestar y envejecimiento- SABE COLOMBIA 2015 en el estudio “cuidado y personas cuidadoras familiares”, realizó una caracterización de las persona mayores, cuidado y personas cuidadores familiares, encontrando que el cuidado o los cuidados están asociados a múltiples factores, iniciando por el auto cuidado, las vivencias y experiencias individuales, el entorno familiar , los vínculos afectivos , los contactos sociales , las oportunidades brindadas en los entornos educativos, físico, laboral y social y la perspectiva de una vida duradera y saludable.

Los resultados arrojaron que buena parte de los cuidados del adulto mayor se encuentran de manera informal en el interior de la familia, a cargo de la mujer en su mayoría, quien desde niña por virtud vocación, imposición, sin apoyos, orientación ni capacitación, asume el rol de persona cuidadora, reduciendo su plan de vida al cumplimiento de las tareas y oficios del hogar, alejándose de la participación en actividades educativas, económicas, sociales y culturales.

El enfrentar la carga del cuidado sin condiciones mínimas conlleva riesgos para la salud tanto física como mental y emocional de la persona cuidadora, así como un importante gasto económico, el cual empeora la situación de muchas familias. Adicional a esto el estudio arrojó desde un marco de la política colombiana de envejecimiento humano y vejez (2015) las principales desigualdades sociales en la vejez, estas se manifiestan en términos de ingresos económicos, seguridad social en pensiones, educación y género, situaciones que deben ser intervenidas oportunamente con el propósito de evitar que tales condiciones se empeoren.

En cuanto al cuidador se puede decir que, en la población encuestada, 83.9% eran mujeres, el promedio de edad fue 49 años (18 - 88 años) y el 16,7% tenían 60 o más años (“personas mayores que cuidan personas mayores”). Entre las mujeres cuidadoras se encontró similar

proporción de solteras (27.3%) y casadas (27.7%), en tanto que en los hombres la mayoría son solteros (40.8%). Más de la mitad (61.3%) vive con los hijos, sólo el 1.5% vive solo y 76,1% vive con la persona adulta mayor a quien cuida.

En cuanto a la afiliación al sistema de seguridad social de las personas cuidadoras familiares, una mayor proporción cotiza en salud. La afiliación al régimen de salud subsidiado es el más frecuente (57.1%) y la no afiliación en salud fue de 2,3%. Se observó que 84.9% no cotiza a fondos de pensión. Dos terceras partes de los cuidadores familiares ejercen simultáneamente un trabajo diferente a este rol.

Específicamente, la mitad de hombres se dedicaron a trabajar y las mujeres a las labores domésticas en la última semana; alrededor del 7% recibió salario, recompensa o ayuda económica por sus labores de cuidado y 37% cubre los gastos que demandan las personas cuidadas con estos ingresos. Por lo regular el 61% de los cuidadores son hijos de las personas mayores que cuidan, 10% cónyuges, 14% nietos, padres o hermanos y menor al 10% la familia política u otras personas. Una pequeña proporción recibe pago o salario por el cuidado y uno de cada tres debe invertir los gastos que demanda la persona cuidada.

Frente a la auto percepción de salud y presencia de síntomas, en general todos los cuidadores familiares reportan buena auto percepción de salud, sin grandes cambios cuando se compara con el año anterior, inclusive algunos se sienten mejor. La mayoría de las personas cuidadoras familiares refirió no haber tenido ninguno de los síntomas asociados a las actividades del cuidado. Sin embargo, una tercera parte, más frecuentemente las mujeres refieren síntomas. En orden de frecuencia para mujeres y hombres fue malestar o dolor articular o de espalda (57% vs 34%), cansancio o debilidad (52% vs 31%), dificultad para dormir (36% vs 24%), desgano o desaliento (35% vs 17%) y pérdida de memoria (31% vs 22%), respectivamente.

En las características del cuidado se reflejan que en la mayoría (58.2%) de los casos quienes cuidan son los hijos, independientemente del sexo y el tiempo que llevan realizando labores de cuidado varió entre 6 y 600, no obstante, la mitad lo ha realizado durante 60 meses o menos. Además 1 de cada 5 cuidadores familiares cuidaban a dos personas.

El tipo de cuidado que realizaban con mayor frecuencia fue para ayudar a realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como administrar medicamentos, salir a la calle, hacer compras e ir al médico. Solamente el 12,5% prestaba cuidados especializados como manejo de sondas, equipos médicos o terapias específicas. Cuidados personales (AVD básico) lo hacían el 36% de los encuestados.

Dos terceras partes de las personas cuidadoras familiares manifestaron que realizan las labores de cuidado por iniciativa propia y la distribución de esta y otras razones fue similar para hombres y mujeres. La dedicación diaria reportada para el cuidado oscila entre 1 y 24 horas, la mitad de ellos dedicó 10 horas o menos diariamente a las labores de cuidado; la mayoría de las personas cuidadoras (87.2%) realizaron las actividades del cuidado todos los días, lo cual implica ausencia de tiempo libre o de ocio y conduce a sobrecarga. Cuidar a una persona mayor es una labor continuada que perdura en el tiempo.

La Percepción de carga y satisfacción con la labor de cuidado en la mayoría (63%) de las personas cuidadoras se siente satisfecha, reconocida y valorada por su labor. Solamente 21% de las mujeres y 12% de los hombres cuidadores familiares no se sienten satisfechos, ni reconocidos o valorados por su labor. La mitad no refiere consecuencias profesionales negativas, quienes lo hacen reportan con mayor frecuencia no poder trabajar fuera de casa o tener que dejar de trabajar. Entre una cuarta y una quinta parte se quejan de no poder ir de vacaciones, reducción del tiempo libre y algunos refieren no tener tiempo para cuidar de sí mismos o de otros. Dos

terceras partes de hombres y mujeres refirieron no presentar molestia ante ninguna de las tareas ejecutadas.

En cuanto a la formación y capacitación para el cuidado, la mayoría de las personas cuidadoras no han participado en ninguna de las opciones de formación mencionadas. El 54% consideran que siempre hace falta preparación, el 35% que cualquiera puede hacerlo, el 9% consideró que solo se requiere cuando la persona está en cama o tiene demencia avanzada. Sobre los temas el 86% del total de los cuidadores estaban muy interesados en recibir formación, entre los cuales se priorizaron los siguientes en su orden: aspectos de salud, prácticas sobre el cuidado, aspectos afectivos y emocionales del cuidado y solamente una cuarta parte habló de auto cuidado.

Actualmente el incremento de la población adulto mayor nos lleva a situarnos en ver el cuidado desde la relación cuidador- cuidado en su casa, espacio donde permanecen más tiempo toda vez que se den las problemáticas existentes anteriormente o los intereses particulares de los agentes.



2. Planteamiento del problema

La localidad de Fontibón está dividida entre las ubicaciones periféricas, zona franca, el recodo, entre otros. Estas se caracterizan por construcciones edificadas de propiedad horizontal, relativamente nuevas y familias jóvenes. Se evidencia, además, contraste entre Fontibón y Modelia en la estratificación social y económica.

La localidad es construida desde sus inicios a través de invasiones o lotes donde se edificaron casas de gran tamaño, con redes vecinales fuertes debido al poco cambio de la población que habita; lo que presume que la longevidad de esta población sea mayor.

Las redes y grupos de atención más relevantes en la localidad son el IDRD, en su proyecto de Acondicionamiento Físico para el Adulto Mayor, el Hospital de Fontibón, el Centro de Orientación Local. Dentro de los programas se evidencia poca incidencia de la política pública en programas orientados al cuidador y al fortalecimiento de la relación cuidador cuidado en la vejez.

Estos hechos expuestos y la permanencia en casa, promueve en el adulto mayor, envejecimiento acelerado, afecciones psicosociales tales como: somatización de estados emocionales, depresión, ansiedad y a su vez los síntomas propios de cada patología individual; lo que conlleva a incrementar el nivel de dependencia con el cuidador creando una relación simbiótica con alto nivel de estresores que conjugan en la transferencia de síntomas, evidenciando un círculo vicioso del cuidado y disminuyendo en los agentes su capacidad para convivir desde una manera sana (Rogerio G.J. 2010). Desde esta perspectiva se habla del adulto mayor con cuidador permanente domiciliario, no en situación de abandono o recluso en hogar geriátrico.

Dentro de los programas ofrecidos en Colombia se encuentra desde el sector salud el programa de atención domiciliario (terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, medicina general), programa realizado para la atención del adulto mayor en casa. Desde este enfoque el cuidador es quien debe cuidar de forma asistencial al adulto mayor y es en esta interrelación que se evidencia la falta de conocimiento y se encuentran estilos diversos de cuidado autoritario, sobre protector, negligente, que limitan la emancipación de los seres humanos en la vejez y no permiten tener un envejecimiento activo, es decir; no se educa para cuidar y no se educa para envejecer (Cardona D y colaboradores 2013).

Estos hechos anteriores surgen de la interrelación del cuidado con un intermediario en la salud, cuando no se cuenta con ninguna asistencia la tendencia es que la relación de cuidado se construya desde acciones simbiótica de dependencia en los agentes, de repetición de patrones familiares en torno a su concepto de cuidado a lo largo de la vida y que de estas emerjan situaciones de sobrecarga, maltrato, entre otros (Roger-García, J. 2010). El deterioro del ser, el aislamiento social, la falta de reconocimiento en el saber y saber hacer de manera individual y colectiva en la relación del cuidado, representa el mayor obstáculo para propiciar una adecuada buen vivir en la vejez.

Abordar la relación de cuidado en el adulto mayor, nos deriva diversas problemáticas entre ellas, familiares (falta de asumir el rol, sobrecarga al cuidado, etc.), físicas (deterioro de la salud), mentales (deterioro cognitivo , manejo de emociones, etc.), sociales (discriminación, pérdida de sujetos sociales), desde la política pública (vulneración de derechos, falta de garantías en torno a los derechos de salud, educación, etc.), arquitectónicas (accesibilidad a los entornos y espacios), educativas (falta de conocimiento y educación en torno a un envejecimiento activo) y económicas (falta de re ingresos económicos o no suficientes).

Todas estas problemáticas importantes y significativas se evidencian en la desesperación de los cuidadores y adultos mayores al no encontrar adecuadas maneras de cuidar y al estar asociado con una ausencia de formación específica para ello (Arias c, 2009), aspecto que puede convertirse en la oportunidad para el diseño de programas de formación, ya que se ha corroborado que la entrega de acciones oportunas para el cuidado contribuye en la disminución de sobrecarga (fundación “la Caixa” 2008), mejor provisión del cuidado y la efectividad de las diferentes formas de intervención (Zambrano- Dominguez ,Guerra M. 2012).

Pero este hecho no puede ir desligado del envejecimiento ni debe ser una apuesta que se realice únicamente cuando se encuentre frente a situaciones de dependencia mayor, Es así como se evidencia de que pese a que el cuidador y el adulto mayor están íntimamente relacionados en el envejecimiento activo , carecen de articulación en torno a los procesos educativos ofrecidos por diversos programas emergentes, siendo esto primordial para favorecer la reconstrucción del concepto de cuidar, su dinámica y los procesos que emergen de esta interacción.

De esta manera es claro el vacío que existe y por el cual actualmente los ancianatos, hogares geriátricos, hogares gerontológicos y el aislamiento domiciliario cobran gran importancia en el momento de la vejez y en el cuidado (e incluso puede ser la única solución que ven para integrarse socialmente); debido a la dificultad que se posee de construir con el otro diversas formas de convivir y de vivir respetando su sentido y ser, lo que origina aquella lucha de poder vista desde la enajenación de la posesión de la verdad, lo que limita el co-construir una “verdad nuestra” que fomente el buen vivir en los agentes no una relación de objeto y sujeto en plena lucha de poder.

Es ahí donde emergen reflexiones en torno a la manera más asertiva de propiciar espacios de transformación para las relaciones entre cuidador- cuidado, y ¿CÓMO RESIGNIFICAR

PEDAGÓGICAMENTE LA RELACIÓN CUIDADOR- CUIDADO EN LA VEJEZ
PARAPROMOVER EL BUEN VIVIR?



2.1 Justificación

Las transformaciones socio demográficas en el país y sus proyecciones frente al aumento de la población mayor para Colombia y el mundo¹, permite pensar en estrategias que involucren en la vejez ,la promoción de un envejecimiento activo, que respondan a las políticas públicas del país, las recomendaciones de la segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en (2002) y la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción (2003) donde se enfatiza en la necesidad de contar con sistemas adecuados y sostenibles de apoyo social como uno de los objetivos para la creación de un entorno favorable y propicio para las personas adultas mayores.

Según reportes de la OMS (2015) se presume que la mayoría de personas cuidadas reportadas en estudios, no representan el número de personas reales que requieren de cuidado mínimo o prolongado. Lo que implica que aquellas que presentan un nivel de semi -independencia y que requieren de alguna persona que los cuide no se encuentran incluidas en su totalidad, caracterizadas en su mayoría por personas cuidadas en sus domicilios. Esto lleva a inferir que el incremento en la población de cuidado domiciliario sea una realidad futura.

Una mirada realizada por la Universidad Nacional de Colombia sobre la población mayor en el 2015 donde se analizó las bases estadísticas registradas en el 2005² registra un envejecimiento de la población y un incremento en la expectativa de vida promedio que es de 74.3 años, siendo mayor en más o menos 3-5 años en la mujer, hechos que implican pensar que existen expectativas de vida aún mayores.

¹ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores. Santiago de Chile: CELADE; 2002

² Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo general 2005. Población adulta mayor [diapositiva]. Bogotá: DANE; 2005.

Poseer el aumento sociodemográfico de una población implica el análisis y la necesidad de conocerla como sus actores y las dinámicas resultantes. Es a partir de allí que se evidencia la necesidad de establecer nuevas estrategias de abordaje ante las situaciones en las que se incrementa la población mayor, especialmente en la relación de ayuda. Propiciar apuestas educativas transformadoras que fomenten acciones sociales desde y para las comunidades implicadas es tal vez la estrategia que permita complementar los procesos llevados a cabo en salud ya que permite llenar grandes brechas vistas desde roles jerárquicos y de poder que se dan en la relación de cuidarse y el cuidado del otro desde una visión de cuidado doméstico.

El deterioro de la salud en los adultos mayores como los cuidadores son un indicador entre otros, el cuidado domiciliario no se está realizando adecuadamente, se logran personas bien cuidadas, pero sin un adecuado buen vivir. Los resultados de encuestas en torno al envejecimiento y a la vejez como a las personas cuidadoras, arrojan la necesidad de inculcar acciones socio- educativas que contribuyan a los objetivos en torno al envejecimiento activo y vejez sana.

Lo anterior denota la necesidad de implementar programas que incluyan acciones multidisciplinarias encaminadas a transformar la relación cuidador-cuidado en la vejez de una forma emancipadora lo cual a su vez redundará en promover no solo personas bien cuidadas si no con un buen vivir, es así como esta investigación va encaminada a realizar una aproximación en esta apuesta transformadora para así orientar en la forma más asertiva de educar en torno al buen vivir en la vejez.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general

- Identificar alternativas pedagógicas emergentes en la relación cuidador – cuidado en la vejez, que promuevan el buen vivir.

2.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las necesidades y expectativas propias de la relación cuidador- cuidado en la vejez.
- Describir los facilitadores y limitantes del aprendizaje en el contexto domiciliario.
- Analizar las experiencias de aprendizaje co-construidas en la implementación de innovaciones didácticas domiciliarias.
- Describir las características de la alternativa pedagógica resultante de la relación cuidador cuidado y su relación con el buen vivir en la vejez.



3. Marco Referencial

3.1 Marco de Antecedentes

3.1.1. La educación para la vejez.

El inicio de un interés por la educación en la vejez data de los años 50 y 60 y se origina desde las también entonces recientes ideas de la educación como un proceso que podía extenderse durante toda la vida (*lifelong learning*) y del nacimiento de la educación o aprendizaje de adultos. Este interés se cristalizó en la creación de programas educativos específicos para aprendices mayores, que se extendieron enormemente a partir de los años 70 (Hiemstra, 1998).

Paralelamente a este proceso, también comenzaron a aparecer las primeras reflexiones que ofrecían un soporte conceptual a esas prácticas, constituyendo un nuevo campo de estudio al que se denominó Gerontología Educativa. Peterson (1976), uno de sus primeros valedores, define la Gerontología Educativa como un espacio intermedio entre la educación de adultos y la gerontología que tiene tres objetos de estudio: los contextos educativos en los que participan personas mayores, los programas educativos que abordan temáticas que tienen que ver con el envejecimiento y los programas educativos que forman profesionales del ámbito de la vejez.

Posteriormente, autores como Glendenning (1985) han diferenciado entre lo que denominan Gerontología Educativa, que estudia los fenómenos educativos que tienen como protagonistas a las personas mayores y Educación Gerontológica, que comprendería la enseñanza de contenidos gerontológicos.

Elmore, 1999; Mehrotra, 2003 aportan la visión educativa en la vejez desde un nivel vinculado a la Filosofía, Sociología y Política de la Educación, donde se ha generado un marco

de reflexión sobre las necesidades y beneficios de la educación en la vejez y las políticas necesarias para potenciar este fenómeno. A su vez Knowles, Holton y Swanson, 1998; Merriam, 2001 realizan una serie de propuestas relativas a las características que supuestamente presenta el aprendiz mayor y cómo éstas repercuten en el diseño de programas educativos. En este caso nos encontramos con conocimientos en gran parte coincidentes con los sostenidos desde la educación de adultos, enfatizando aspectos como el aprendizaje autodirigido, la autoeficacia entre otras.

En la actualidad para Colombia los hallazgos pioneros frente a la educación para la vejez se encuentran en su mayoría orientados a programas sociosanitarios ofrecidos por entidades de salud (ips, eps, hospitales gubernamentales) dentro de la gestión en programas de promoción y prevención en la salud y a cargo de cuidadores profesionales (servicio de enfermería), conceptualizados en la teoría de Carl Rogers, el cual señala que en cada ser humano hay una tendencia inherente a explotar nuestras capacidades y competencias hasta donde lo permita nuestra estructura biológica. Así como un vegetal crece para transformarse en una planta sana y la semilla posee el impulso germinativo para convertirse en un árbol, el humano se ve impelido a transformarse en una persona plena, completa y autorrealizada (Rogers 1971). Aun cuando Rogers no incluyera dimensiones religiosas o espirituales en sus formulaciones, otros autores han enriquecido sus teorías con experiencias trascendentales (Campbell y McMahon, 1974; Fuller, 1982).

El impulso por la salud no es una fuerza abrumadora que derriba obstáculos, ya que es fácil borrarla, distorsionarla, desviarla y reprimirla. Rogers percibe en este impulso una fuerza dominante y motivadora que "funciona libremente", esto es, en el individuo a quien no atan ciertos hechos del pasado o determinadas creencias. Abraham Maslow extrajo conclusiones

similares, pues comparaba esta tendencia con una voz débil, apenas audible, a la que es fácil acallar.

La idea de que el crecimiento es posible y decisivo para los designios del organismo ocupa un lugar central en el pensamiento de Rogers y es partir de estas tendencias del ser humano, que sus postulados en torno a la autorrealización, impulso por la salud prestan gran relevancia en la vejez. Es así que un modelo de atención integral centrado en la persona promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva (Rodríguez P., 2013).

Actualmente en Colombia se presentan vacíos en torno a la educación del adulto mayor, uno de estos se ve claramente en el plan de desarrollo propuesto 2014-2018, donde se presta vital importancia al asistencialismo y la problemática de nuestro país frente al envejecimiento demográfico, es clara que pese a la participación de nuestro país en la cumbre mundial para el envejecimiento y en donde la UNESCO prioriza entre otras cosas la educación permanente en el ciclo vital e incluso plantea la educación intergeneracional como herramientas de trabajo para la resignificación y el reconocimiento del adulto mayor, este no es visible en programas ofrecidos por el estado dentro de educaciones formales y no formales a adultos mayores.

El ministerio de salud y protección social, dentro de la gestión en promoción social lidera programas como Encuentro Nación Territorio, son una estrategia de participación diseñada para difundir y compartir información relacionada con la política pública y los procesos de envejecimiento humano y vejez, propiciando el intercambio de conocimientos y experiencias entre agentes corresponsables de la garantía de los derechos de las personas adultas mayores.

Es así como las aproximaciones para la educación en mayores, están orientadas en el modelo integral centrado en la persona, visible en hogares geriátricos, hogares gerontológicos, centro día y jardines del adulto mayor, con poca incidencia en la participación domiciliaria, este campo es asistido desde programas de hospitalizaciones en casa o domiciliarios, asistencia terapéutica, médica y psicológica al adulto mayor, siempre y cuando esté acompañado por una persona responsable, esta asistencia no subsista un empoderamiento en los agentes, en su mayoría solo se centra en un mantenimiento de las funciones residuales del adulto mayor y no involucran procesos educativos. Es así como la educación para la vejez en el domicilio carece de impacto.

3.1.2. La educación del cuidador.

Desde los inicios de la humanidad se ha evidenciado que quien desempeña la labor de cuidador es aquella persona que se caracteriza por cuidar al otro y una comunidad, entendiendo el cuidado dentro de roles instrumentales asociado actividades básicas cotidianas o también llamado cuidador doméstico, aquel que permitía satisfacer las necesidades primarias desde una visión asistencial, siendo estos aprendizajes empíricos realizados por la interrelación del contexto y su racionamiento.

Es así como aquel aprendizaje empírico se transmitía como un saber ancestral que da inicio a prácticas culturales e identidades propias de las comunidades, lideradas en su mayoría por el rol femenino.

La etapa del cuidado, como de su proceso educativo, se ha visto influenciada por los diferentes momentos históricos, encontrando la educación en torno al cuidador en diferentes fases definidas por Martínez M, chamorro E.

La etapa vocacional del cuidado surge con el inicio del cristianismo y se prolongará hasta los inicios de la etapa contemporánea, caracterizada por el desarrollo de los cuidados, que pasaron a considerarse un deber sagrado y adquirieron un enfoque humanitario que previamente no habían tenido.

Pero este pensamiento religioso también obstaculizó el progreso de los cuidados, dada su estrecha relación con la religión y las órdenes religiosas.

Las decisiones para el cuidado al enfermo se encontraban bajo los estamentos del sacerdote o el médico, quienes ocupaban un rango superior, y las personas dedicadas al cuidado no tenían criterio ni responsabilidad en la toma de decisiones. Los procesos asistenciales se orientaban desde el seguimiento de instrucciones y no en la adquisición de conocimiento para su desempeño.

La enfermedad era vista como una gracia recibida y un modo de redención, de esta manera el proceso educativo para el cuidador seguía siendo empírico- espiritual-sobrenatural y era ordenado por la iglesia, cabe resaltar que en esta etapa las cuidadoras eran, diaconisas, viudas, vírgenes, matronas romanas entre otras féminas orientadas por la iglesia.

Posterior a este momento en la fase medieval o de la beneficencia eclesiástica y debido a que los médicos eran escasos y costosos, los cuidadores en la época fueron las mujeres de los señores feudales que se dedicaban a cuidar los enfermos de sus tierras a través de la medicina empírica; también los monjes en lo referente a los monasterios, Magos y brujos practican la superstición y el misticismo, los remedios fueron empleados por barberos, sangradores, cirujanos y matronas.

En el mundo moderno se inicia el proceso de institucionalización del cuidado, el cual era prestado por diferentes tipos de cuidadores, los grupos seculares y las órdenes religiosas.

Para las Órdenes religiosas el sentido principal del cuidado no era sólo ayudar, consolar y servir al prójimo, sino hallar a Dios en el sufrimiento y en el dolor, como expiación del pecado y como ofrecimiento divino.

Para el Personal seglar: se establecieron varios cargos, personal de Enfermería, personal sanitario no de Enfermería y personal sanitario.

En esta época los hombres se encontraban liderando los procesos formativos y se encontraban inmersos en el cuidado a los demás; durante este periodo se editaron varios manuales destinados a la formación de las personas que administraban los cuidados, con el fin básico de conseguir que adquirieron información para ejercer sus funciones.

La preocupación se centró fundamentalmente, en la formación a las mujeres que atendían los partos (prácticas extra institucionales), la formación a personas que asistían enfermos (en el hospital) y la información para contribuir a evitar el contagio y la propagación de enfermedades y epidemias (lo que en la actualidad se considera prevención).

Es en este momento donde surge la necesidad de consolidar una carrera en torno a la educación del cuidado, pasar del cuidado doméstico, al cuidado vocacional y al cuidado profesional, nace la enfermería como profesión. Se remonta a la Guerra Civil americana, acontecida entre 1861 y 1865 y es la profesión encargada en el cuidado de personas enfermas.

La pertinencia de educar al cuidador desde una manera formal nace desde la visión de educación para la salud y en su mayoría está ligado a el cuidado “del enfermo”, “discapacitado”. De esta manera se fortalecen los procesos a nivel profesional, frente a los cuidadores domésticos, se evidencia que los procesos educativos van encaminados a programas llamados *Programa de Educación al Paciente y la Familia*, bajo el enfoque de responsabilidad social, considera que todo el personal de la salud tiene un compromiso educativo con el paciente, de tal forma que le

permita la continuidad del tratamiento una vez sea dado de alta. El Programa pretende mantener una estructura que facilite el proceso de aprendizaje y le permita al paciente y/o su cuidador, adquirir los conocimientos y destrezas para la toma de decisiones acertadas y seguras durante el cuidado.

El Programa pretende influir en forma positiva, facilitando un conocimiento y entrenamiento que le permita al paciente y su familia:

- Apoyar los procesos de atención al paciente durante su hospitalización y cuando sea dado de alta.
- Atender las necesidades básicas del paciente en el hogar.
- Prevenir complicaciones durante la estancia y posteriormente en el hogar.
- Dar continuidad al tratamiento ambulatorio.
- Medir la adherencia al tratamiento prescrito.
- Apoyar al paciente en el proceso de adaptación al medio ambiente y a su vida familiar.

En Colombia se ha encontrado que La secretaria de inclusión y familia de la alcaldía de Medellín y la universidad Tecnológica de Antioquia, han desarrollado un programa llamado “formación de cuidadores para el adulto mayor”, implementado en el 2015 con el fin de: “*promover en Cuidadores adecuadas competencias y capacidades a las personas que viven al lado de un adulto mayor, para, mínimo empezar a comprenderlo, porque tiene características y cambios físicos diferentes*” tal como lo expone el secretario de Inclusión Social y Familia.

En el 2015 la Universidad Nacional de Colombia, realizó una investigación sobre la “Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad” el cual buscaba determinar el efecto generado en un grupo de cuidadores informales o domésticos de personas mayores con la implementación de un curso de

capacitación en la ciudad de Bogotá, encontrando en esta inicialmente un alto índice de sobrecarga de los cuidadores. Al finalizar el programa se reportaron cambios positivos en calidad de vida, dependencia y mejor utilización de los tiempos dedicados al autocuidado y al cuidado de los otros, logrando concluir que las estrategias dirigidas a la formación de cuidadores informales o domésticos permiten el empoderamiento de los cuidadores y una menor dependencia por parte de la persona cuidada, lo que redundará en la mejora de la calidad de vida de los dos.

Actualmente existen Escuelas de formación de cuidadores domiciliarios debidamente reconocida por el Ministerio de Educación, entre las cuales se destaca la IPS Paraíso Otoñal, ubicada en Dos Quebradas Risaralda, centro día gerontológico con su escuela de formación “El arte de cuidar lo humano” la cual desarrolla un programa académico de 18 meses y 1.008 horas con la debida licencia de funcionamiento a nivel técnico, que le permite formar a los cuidadores que el día de mañana se van desempeñar con ética y dedicación frente al cuidado de los adultos mayores. En esta medida el programa se caracteriza por ser pionero de la educación al cuidador domiciliario desde la visión de atención integral centrada en la persona, aquel que en el futuro representará para la sociedad un papel de vital importancia debido al incremento demográfico del adulto mayor en Colombia.

3.1.3. Propuestas frente al abordaje de la educación para el cuidado.

El Plan Gerontológico de carácter estatal, elaborado por la administración central y editado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales (1993) de España, plantea su actuación sobre el colectivo de las personas mayores en base a cinco áreas: Pensiones; Salud y Asistencia Sanitaria; Servicios Sociales; Ocio y Cultura; y Participación.

Teniendo en cuenta esta estructura y en función de los tres ámbitos fundamentales de la educación social (educación social especializada, animación sociocultural y educación

permanente) se señalan diferentes propuestas de intervención desde la Educación Social con el colectivo de personas mayores.

Figura 1: Educación permanente tomado de Instituto Nacional de Servicios Sociales (1993) de España.

Educación Permanente	Programas formativos	<ul style="list-style-type: none"> - Universidad para Mayores - Universidades Populares - Cursos y talleres dirigidos a mayores (informática, idiomas, etc.) - Charlas, conferencias, tertulias, coloquios...
	Iniciativas y actuaciones que se llevan a cabo en España	<ul style="list-style-type: none"> - PUMUO: Programa Universitario para mayores de la Universidad de Oviedo (Asturias) - Aulas de la Experiencia (Sevilla, Navarra...) - Cursos de informática: iniciación, navegación por Internet para Mayores de la Universidad Popular de Gijón.

Figura 2: Educación Social Especializada, tomado de Instituto Nacional de Servicios Sociales (1993) de España.

Animación Sociocultural y Ocio	Programas y campañas	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones Intergeneracionales - Intercambios culturales - Asociacionismo - Voluntariado
	Iniciativas y actuaciones que se llevan a cabo en España	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres Intergeneracionales y de Ocio Inclusivo: "Por una casa para todos" (Área de Solidaridad y Punto de Voluntariado de La Casa Encendida, Obra Social de Caja Madrid). - Talleres Intergeneracionales 2008: Comercio justo, sostenibilidad y consumo responsable (Obra Social Fundació "La Caixa"). - Taller Intergeneracional: La memoria industrial de Rezola (Museum Cemento Rezola, San Sebastián)

Figura 3: Animación Sociocultural y Ocio, tomado de Instituto Nacional de Servicios Sociales (1993) de España.

El objetivo de este programa es que los participantes sean los protagonistas, compartiendo juntos su tiempo libre disfrutando, creando, aprendiendo y relacionándose de manera saludable, solidaria y en igualdad para que disfruten de una vejez saludable.

Actualmente en Colombia se evidencia la carencia de profesionales en Educación Social que promuevan las labores en torno al adulto mayor, en su gran mayoría la educación social puede ser confundida con el trabajador social, quien ejerce un rol asistencial y comunitario desde los diversos programas ofertados por las entidades gubernamentales. Colombia se encuentra en capacitaciones en torno a la atención integral centrada en la persona desde un campo sociosanitario, la visión educativa social en torno al adulto mayor carece de empoderamiento y más aún la educación social domiciliaria, concepto que será aclarado más adelante en la investigación.

3.1.4. Programas de promoción en torno al Buen Vivir.

El Buen Vivir rescata la interculturalidad como forma de entender la vida en un territorio poblado por diversas etnias y culturas, pero que necesita formas de vida en equilibrio con la naturaleza, la alimentación, el consumo y el progreso. El Buen Vivir no podría aceptar modelos de desarrollo basados exclusivamente en el crecimiento económico, el desarrollo humano como otra forma adjetivada del desarrollo moderno, el extractivismo, la competitividad sistémica, la exclusión social, la modernización del Estado privatizador, los tratados de libre comercio de la globalización multinacional, la guerra y el despojo, que son otra forma de colonización.

Con referencia a lo anterior se evidencia que el gobierno de Ecuador es el principal precursor de la promoción del buen vivir, evidenciando en su plan nacional la apuesta del buen vivir en todos sus entornos, dentro de los cuales se encuentra el adulto mayor, para esto se realiza, talleres, capacitaciones y propuestas con la población que permiten resignificar experiencias en torno a sus vivencias y su ciclo vital.

En Colombia se han liderado proyectos que pretenden realizar acercamiento entre los que se destacan los realizados por la alcaldía de Medellín, el proyecto Buen Vivir en Familia de la Secretaría de Bienestar Social, es un proyecto de ciudad que se ejecuta desde el 2004 y constituye una apuesta de intervención integral a la familia que busca desarrollar e implementar estrategias de atención psicoterapéutica, prevención, promoción y capacitación, así como estrategias pedagógicas comunicacionales, orientadas a la promoción del buen trato y la prevención de la violencia intrafamiliar.

El proceso está dirigido prioritariamente a las familias inscritas en el SISBEN 0, 1, 2 y 3 de la ciudad de Medellín y sus 5 corregimientos; con Buen Vivir en Familia se espera proporcionar información, apoyo emocional y avanzar en la construcción de estrategias de afrontamiento que promuevan el desarrollo humano y prevengan diversos problemas individuales, familiares y sociales, desde los servicios de atención terapéutica individual, grupal, familiar y la asesoría legal.

Por otro lado, se encuentra el proyecto, Ser Capaz en Casa, de la Secretaria de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos, brinda una atención integral en el hogar a las personas entre 0 y 59 años de edad con discapacidad severa y/o con barreras arquitectónicas que les impiden realizar su proceso de rehabilitación. A través de este acompañamiento domiciliario a los usuarios, cuidadores y familiares, el programa busca fortalecer capacidades, potenciar

recursos y dotar de herramientas para mejorar las condiciones de salud y bienestar de las personas con discapacidad severa, haciendo énfasis en la promoción de la salud, la prevención, la atención, la habilitación-rehabilitación y la inclusión social.

De esta manera se evidencia la falta de apropiación de esta visión en Colombia y más aún no se denota programas o proyectos orientados a fomentar el buen vivir en el envejecimiento activo y específicamente en la relación cuidador –cuidado durante la vejez.



3.2 Marco Teórico

3.2.1 Vejez y envejecimiento.

Comprender la vejez como una etapa en el ciclo de vida, invita a entender todo tránsito de la vida como un continuo, propone que el crecimiento y el desarrollo social es producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológico, psicológico y social (SDS, 2007). Es así que de acuerdo a lo anterior en la etapa de la vejez el ser humano ha sido el resultado del desarrollo del proceso de ciclo vital, el cual está enmarcado por las características de lo vivido a lo largo de los años desde sus etapas individuales y colectivas, a nivel social, historias de salud y ambientales propuestos por Ladonde en 1974.

Para la política pública en Colombia el término vejez hace referencia a toda persona mayor de 60 años. En las últimas décadas, esta etapa ha tenido diferentes denominaciones y ha sido precursora de imaginarios en torno al adulto mayor, tanto positivos como negativos.

Zetina M. en 1999 contextualizó el siguiente cuadro con las nominaciones dadas a la etapa de la vejez por edades:

Figura 4: Conceptualización del proceso de envejecimiento



Autor v/o Institución	Grupo de edad	Concepto
Brocklehorst 1974	60-74	Senil
	75-89	Ancianidad
	90 y más	Longevidad
De Nicola 1979	45-50	Presenil
	50-72	Senectud gradual
	72-89	Vejez declarada
	90 y más	Grandes viejos
Sociedad de Geriatria y Gerontología de México	45-59	Prevejez
	60-79	Senectud
	80 y más	Ancianidad
Stieglitz 1964	40-60	Madurez avanzada
	61-75	Senectud
	76 y más	Senil

Fuente: Zetina, M. "Conceptualización del proceso de envejecimiento". En: *Papeles de población*. No. 019. Universidad Autónoma de México. Enero-marzo, 1999.

Dentro de esta investigación no se pretende visibilizar la vejez desde los conceptos de estos autores, ya que se presume que a partir de estos se crearon imaginarios negativos en torno a la vejez y se desvalorizó el papel de los adultos mayores en la sociedad.

A partir de la historia la etapa de la vejez ha sido estigmatizada, en la antigua Grecia se veía como una desgracia llegar a la vejez, era afortunada aquella persona que podía morir antes de llegar a esta etapa, no obstante Platón y Cicerón en su obra la república, destacan la vejez como referente de las experiencias recogidas en las etapas de vida anteriores y de las facultades intelectuales de la persona que envejece.

Por otro lado, en las culturas orientales las personas mayores cumplen un papel importante dentro de la sociedad debido a que son sabias poseedoras de conocimiento, en los pueblos indígenas las personas mayores lideran por ser grandes poseedoras de sabiduría, están relacionadas íntimamente con la capacidad de curar, de poseer habilidades predictivas y transferencias de identidad cultural. Es así que la vejez en las culturas anteriores mencionadas tiene a ser un privilegio y una virtud.

La vejez es sólo un estadio que hace parte de un proceso de envejecimiento. El envejecimiento de los individuos es un proceso de cambios en el transcurso de sus vidas, el cual

también implica vivir cada día más. En tal sentido, todas las personas envejecen durante la totalidad de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Dicho proceso depende de condiciones genéticas y ambientales; pero particularmente, de las condiciones en las que se vive a lo largo de la existencia; es decir, los contextos físicos, geográficos, sociales, económicos, políticos y culturales, así como los estilos de vida sociales, familiares e individuales influyen en el vivir-envejecer de todas y cada una de las personas.

Es así que, a partir de lo anterior, la comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) clasifica diversas teorías en torno al envejecimiento, entre las cuales encontramos:

Tabla 1

Teorías de envejecimiento

	Teoría del envejecimiento programado: Los Cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada órgano.
Teoría del envejecimiento biológico	Teoría del desgaste natural: Los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal y a la vez envejece como consecuencia del continuo uso.
	Teoría inmunológica: Considera que con el paso del tiempo hay una disminución de la respuesta inmune ante los antígenos externos y paradójicamente un aumento de los mismos.
	Teoría de los radicales libres: El envejecimiento se debe a una lesión irreversible a nivel celular.
	Teoría sistema: Como consecuencia del

deterioro del sistema neuroendocrino

Teoría genética: Sostiene que en el proceso de
réplica celular se pierde una pequeña función de
ADN hasta provocar la muerte de la célula

-Teoría psicosocial: Octava crisis del desarrollo
psicosocial del yo: “integridad v/s
desesperación”

Teorías de envejecimiento psicológico

-Teoría de la actividad: Mientras más activa
permanezca la persona, podrá envejecer de una
manera más satisfactoria.

-Teoría de la desvinculación: La vejez se
caracteriza por un alejamiento mutuo

-Teoría económica del envejecimiento: El factor
determinante de la condición de los/as
viejos/haces la situación del trabajo adulto en el
momento de la jubilación

Teorías de envejecimiento social

-Teoría de la dependencia estructurada: En la
estructura y organización de la producción se
encuentra el origen de la dependencia

-Teoría funcionalista de la vejez: La vejez es
considerada como una forma de ruptura social.

Pérdida progresiva de funciones

En consecuencia, con las diversas teorías en torno al envejecimiento Sánchez C identifica 3 maneras de envejecer:

La vejez normal la cual cursa sin discapacidades ni problemáticas que afectan el bienestar de las personas, la vejez patológica que se asocia a enfermedades crónicas y la vejez competente donde la superación, la satisfacción y el éxito son el fundamento de la etapa de la vida.

La vejez competente se debe a tres mecanismos, la selección donde la persona escoge sus metas y retos dependiendo de sus recursos para cumplir con las demandas ambientales, biológicas y sociales; la optimización donde se maximizan las ganancias y minimizan las pérdidas para crear estrategias que le permita seguir alcanzando metas por medio de la capacidad de reserva del aprendizaje, que se conserva a lo largo de toda la vida (Fernández R. 2000) y la compensación que pretende contrarrestar por medio de las capacidades conservadas o entrenamientos específicos.

Para esta investigación se tomará el concepto de envejecer desde una manera competente para los involucrados, además articulando a las estrategias de la política pública desde una apuesta del “envejecimiento activo”.

El término «activo» hace referencia, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, sino a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. Las personas adultas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden, y deben, seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones.

El envejecimiento es un fenómeno multigeneracional que plantea retos fundamentales a los sistemas de protección social integral y a las políticas de empleo en los países.

Esto supone intervenciones a través de todo el ciclo de vida para garantizar la salud, el empleo, las condiciones sanitarias y educativas y promover que cada vez las personas mayores sean independientes, participativas, autónomas, con menores niveles de discapacidad.

Este enfoque se orienta a toda la población, impacta positivamente los costos de la atención en salud, pero exige una planificación regida por las necesidades reales de la población en general, para garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de todos.

3.2.2 El cuidado

El cuidado concibe a la persona como la unidad esencial del cuerpo que le permite mediar entre la naturaleza, la cultura y el espíritu, como ser único indivisible y particular (espiritual, emocional, física, cultural, religiosa y social), que piensa, siente, quiere, desea, tiene alegrías, tristezas, objetivos y planes que le posibilitan su autorrealización, la libertad y la acción; consecuentemente se sugiere que la tarea del cuidar está infundida por la filosofía, ya que implica el análisis de los propósitos de la vida humana, de la naturaleza del ser y de la realidad, de los valores presentes en el cuidado y el discernimiento intelectual para el bienestar de la persona.

Algunos filósofos que han discurrido sobre el cuidado, tales como Martín Heidegger, Milton Mayeroff, Emmanuel Lévinas, Michael Foucault y Leonardo Boff, ven el cuidado desde las siguientes perspectivas:

Tabla 2
Cuidado

	-Heidegger cuidar de... y velar por... esencia de uno mismo (Dasein).
Cuidado	-Foucault cuidado de sí y de los otros sin abusar del poder.

-Mayeroff proceso de vida de crecimiento
mutuo.

Elaborada por la investigadora.

Para Heidegger, filósofo alemán, fenomenólogo y hermenéutico (1889–1976), en su obra *El ser y tiempo*, alude que el cuidado o cura o *Sorge* –en alemán– significa “cuidar de” y “velar por”, es el cuidado de las cosas y cuidado de otros.

Heidegger como existencialista piensa en un hombre (*Dasein*), arrojado al mundo, de cara a la muerte, poseído por la angustia, que se enfrenta a la existencia, asumiendo cada momento con una preocupación que no lo salva, que lo prepara para la muerte. Asimismo, significa inquietud, preocupación, alarma y, en el sentido más amplio, es un desvelo por “sí mismo”, por asumir el destino como un interés existencial, no intelectual. El curarse de algo y el procurar por otros, son manifestaciones de la cura e implica un hacer con un fin previsto que se expresa en la praxis, manifestación existencial de la cura.

Heidegger expresa que es característica del hombre estar siempre viendo por su propia vida, cuidando de ella, para satisfacer sus necesidades básicas, pero también las superiores, todo es cuidado. El ser humano está inserto en un mundo y no se puede concebir fuera de él.

La manera de contrarrestar esa angustia propuesta por Heidegger es buscando la cura desde la voluntad, el deseo, la inclinación y el impulso es donde están fundados en el cuidado, es decir, el hombre fue arrojado a este mundo sin haberlo pedido, para en este mundo morirá; entonces debe tener una existencia auténtica, y el hombre es un ser con los otros, por tanto debe cuidar del otro; al propiciar que el otro se transforme; desde ahí él mismo puede transformar su propio ser en la búsqueda de su esencia. Es a partir de aquí donde presta vital importancia la

relación que se tiene con el otro en el cuidado, pero una relación fundada en la voluntad, el deseo, la inclinación y el impulso para co-construir a partir de las vivencias del ciclo vital diversas formas de convivir desde un envejecimiento activo y competente promotor de un buen vivir en la vejez.

De ahí que exista una relación estrecha entre cuidado-Sorge-cura con el tiempo, ya que todo cuidado es temporal en la medida que mira en, hacia y por el tiempo, se hacen planes hacia el futuro, de esta manera todo el tiempo el ser humano está ejerciendo el cuidado como mecanismo de existencia. Pero tal cuidado, desde el punto M. Foucault, filósofo francés, historiador, psicólogo y teórico social (1926–1984), sustenta que el cuidado de sí se inicia desde el pensamiento griego en el decir: “cuídate a ti mismo” representa una visión ética ontológica en donde la reflexión de la libertad implica el cuidado de sí, además de ser manifestación y constitución del ser; cuidar de sí es conocerse, formarse y superarse a sí mismo para poder asumir ciertas reglas y principios establecidos en la moral que conducen a la verdad.

El cuidado de sí es ético en sí mismo e implica relaciones complejas con los otros, ya que el ethos de la libertad conlleva una manera de relacionarse y ocuparse de los otros pues, para cuidar bien de sí, hay que escuchar las lecciones de un maestro, consejero o amigo que oriente y guíe, sin anteponer el cuidado de los otros al cuidado de sí, ya que éticamente es primordial y ontológicamente la primera filosofía en la relación consigo mismo.

El hombre libre que cuida de sí mismo como es debido está en condiciones de relacionarse adecuadamente con los otros y para con los otros, evitar el riesgo de dominación, ya que esto significa que no ha cuidado de sí y es esclavo de sus propios deseos. Sostiene Foucault que:

“Si cuidáis de vosotros como es debido, si sabéis ontológicamente lo que sois, si sabéis también de lo que sois capaces, ... si sabéis cuáles son las cosas de las que debéis dudar y de las

que no debéis hacerlo, si sabéis lo que es conveniente esperar y cuáles son, y por el contrario, las cosas que nos ha de ser completamente diferentes, si sabéis en fin que no debes tener miedo a la muerte, pues bien si sabéis todo esto no podéis en este momento abusar de vuestro poder sobre los otros” (Foucault M. 2007, p.62)

En síntesis, quien cuida de sí mismo, sobre lo que hace, sobre el lugar que ocupa entre los demás hasta el punto de saber cuáles son sus deberes, llegará a tener una relación adecuada con el grupo social al que pertenece.

Con base en lo anterior, el cuidador debe desarrollar su propia conciencia de sí misma/o tanto como persona para poder encauzar la conciencia de la persona que cuida, con el objeto de reconocer su existencia y la posibilidad de llegar a ser a través del tiempo como una idea infinita (Bruzzzone D. 2015).

Estos cuidados deben implicar el análisis y repensar el sentido ético del cuidar, Milton Mayeroff, filósofo norteamericano existencialista (1925–1979), en su obra *El cuidado humano* afirma que los valores morales están inmersos en el proceso de cuidar y crecer, cuando se cuida a otro, se crece, quien cuida se auto determina, al seleccionar los valores e ideales que fundamentan su experiencia.

La característica fundamental del cuidado es el origen de la vida, la dignidad de la misma que conlleva al respeto y a la búsqueda del bienestar, por ello el cuidado humano es ayudar a otro a crecer, independientemente de quien sea.

Según Mayeroff el cuidado significa compasión, aprecio, empatía, conocimiento de sí y de otros, significa ser capaz de sentir desde adentro, lo que la otra persona siente y determinar qué requiere para crecer. El alcance moral del cuidado es la ética de la responsabilidad, enfatiza que los valores se descubren en el cuidado y se articulan con las respuestas humanas del ser.

A partir de las anteriores conceptualizaciones se tomará el cuidado como la forma en que existimos y coexistimos con los otros desde el cuidado de sí mismo y el del otro en torno a la libertad del ser y no una lucha de abuso de poder, cuidar al otro en su existencia desde la libertad, pero resignificando su existencia desde el valor que cada uno posee.

Comprender la relación de cuidado desde esta visión implica entender los seres humanos implicados desde su existencia desde las experiencias vividas en su ciclo vital, es decir comprenderlo desde las dimensiones, social, cognitiva, espiritual, estética, corporal, socioafectiva, productiva, entendiendo cada una de la siguiente manera, la manera como vivimos con el mundo en torno a relación, cultura, cosmogonías, desde lo cognitivo la sabiduría que existe en mi proceso de ciclo vital la virtud del ser pensante, aprendiz y trasmisor de conocimiento, desde lo espiritual a manera cómo me conecto con mi ser, el ser creyente dogmático y con la naturaleza respetando los valores, desde lo estético la manera como se interrelacionan mis sentidos sensoriales, olor, tacto, visual, auditivos desde mi esencia en el existir con el mundo, desde lo corporal la manera como mi corporalidad física, gestual e interpretativa del mundo se fusiona con mi estadio biológico y fundamento mi hacer, desde lo socioafectivo en la manera como siento lo que vivo y como me involucro en voluntad, iniciativa autorrealización y auto trascendencia (Bruzzone D 2009). Con los pares que comparto desde emociones y sentimientos, desde lo productivo visto en la forma como se produce saberes sentires y sus diversas formas de producir.

Lo anterior conlleva a pensar los aspectos negativos como positivos en esta interrelación, las transferencias culturales, como también la pérdida de saberes ancestrales en la nueva generación, las sobrecargas de cuidador, como el maltrato en la relación, el abuso de poder, como la falta de

corresponsabilidad familiar entre otros son factores que deben ser analizados desde los actores para la transformación de estos procesos.

3.2.3 Pedagogías emergentes

Las pedagogías emergentes nacen como una ruptura a la politización de la educación (Orrego I, 2018), aquella educación vista desde estados de poder y soberanía para el control del ser humano, que genera grandes cantidades de masas disciplinadas (Foucault M, 1998) pero sin postura crítica, es a partir de ahí que las pedagogías emergentes subyacen desde vertientes:

Desde el interior del sistema donde buscan innovar los contenidos, desde el exterior del sistema y desde interior o desde el exterior respondiendo a necesidades puntuales, contextuales situadas ya que ponen en tensión los contenidos tradicionales, dan respuesta desde el contexto mismo, generan conflicto entre el sujeto y contexto, potencializando las dimensiones antropológicas, epistémicas, éticas, políticas y dandola visión del ser no completo sino en potencia.

Según Javier Martínez pensar en pedagogía emergente implica tener en cuenta, el rol del docente como facilitador, la tecnología, la experiencia, el reconocimiento de la educación, el perfil del docente y educar es tarea de toda la sociedad. Es a partir de ahí que invita a una reflexión en torno a la manera como nos hemos educado, a esta impersonalidad de la educación, aquella vista como una adquisición de conocimiento y no como una educación transpersonal, aquella que va desde lo más íntimo, pero puesto a la función de una sociedad es en esta relación dual de mi ser que me educo.

Si bien el autor invita a decidir qué es importante aprender y cómo hacerlo, a preparar a niños y jóvenes para aprender permanentemente, ya que no se puede seguir enseñando lo mismo y de la misma manera y continuar lanzando al mercado jóvenes con un título, pero sin conocimientos

prácticos. Debido a los altos índices de la tecnología y su competencia en la sociedad deben aprender a pensar y a tomar las decisiones adecuadas de manera crítica, es así como la pedagogía emergente debe invitar a la innovación una dada desde el interior del sistema.

Es a partir de allí que suscita la premisa si optamos por mantener el sistema actual y tratamos de mejorarlo, o buscamos un camino innovador.

Dentro de las pedagogías más destacadas incluidas la investigación se encontró:

3.2.3.1 Pedagogía crítica.

La principal figura de esta práctica es el educador brasileño Paulo Freire, quien desarrolló un programa de alfabetización de los oprimidos y divulgó con éxito creciente sus ideas por todo el mundo. Es un modelo de quiebre con modelos de dominación y en relación muchas veces con las prácticas de resistencia a la opresión.

Sus postulados principales son:

1. Es necesario desarrollar una pedagogía de la pregunta. Los profesores contestan preguntas que los alumnos no han hecho.
 2. Mi visión de la alfabetización va más allá del ba,be,bi,bo,bu. Porque implica una comprensión crítica de la realidad social, política y económica en la que está el alfabetizado.
 3. Enseñar exige: Respeto al saber de los educandos; corporización de las palabras por el ejemplo; respeto a la autonomía del educando; seguridad, capacidad y generosidad; saber escuchar.
 4. Nadie es, si se prohíbe que otros sean.
 5. La pedagogía del oprimido, deja de ser del oprimido y pasa a ser la pedagogía de los hombres en proceso de permanente liberación.
-

6. No hay palabra verdadera que sea unión inquebrantable entre acción y reflexión. Decir la palabra verdadera es transformar el mundo.
7. Decir que los hombres son personas y como personas son libres y no hacer nada para lograr concretamente que esta afirmación sea objetiva, es una farsa.
8. Estudiar no es un acto de consumir ideas, sino de crearlas y recrearlas.
9. Solo educadores autoritarios niegan la solidaridad entre el acto de educar y el acto de ser educados.
10. Todos sabemos algo y todos ignoramos algo. Por eso, aprendemos siempre.
11. La cultura no es atributo exclusivo de la burguesía; los llamados "ignorantes" son hombres y mujeres cultos a los que se les ha negado el derecho de expresarse y por ello son sometidos a vivir en una "cultura del silencio".
12. Alfabetizarse no es aprender a repetir palabras, sino a decir "su" palabra.
13. Defendemos el proceso revolucionario como una acción cultural dialogada, conjuntamente con el acceso al poder, en el esfuerzo serio y profundo de concientización.
14. La ciencia y la tecnología, deben estar al servicio de la liberación permanente de la humanización del hombre.

Desde esta perspectiva la investigación se base en el modelo de la liberación y emancipación del ser oprimido no desde el inicio de un proceso lector sino desde una pedagogía dialogante, pensante, sintiente, que se exprese en la correlación del convivir, de esta relación del cuidado que tiene tanto elementos positivos como negativos, pero que oprime y requiere ser liberada desde el aprendizaje mismo.

3.2.3.2 Pedagogías Interculturales/intergeneracionales.

La interculturalidad o también se podría llamar educación intergeneracional, considerada según Catherine Walsh desde 3 ejes fundamentales: racial, funcional y crítica.

Si bien, la interculturalidad es vista desde el contacto o intercambio entre culturas o grupos etarios, desde saberes, prácticas, valores, tradiciones; es también considerada desde el reconocimiento de la diversidad, de la diferencia cultural, para lograr la inclusión a la estructura social, convirtiéndose en una estrategia de dominación por medio del diálogo, convivencia y tolerancia. Estos dos conceptos son válidos para comprender la interculturalidad, es válido repensar en una interculturalidad crítica que permita vencer esta colonialidad vista en la relación del cuidado, aquella lucha jerárquica del poder sobre el otro, desarraigando sus valores, esto evidenciado que el problema radica en lo racial, colonial y estructural.

Esta interculturalidad crítica emerge como un llamado al ser colonizado que ha sufrido históricamente y ha sido sometido y subalternado, luchando por una refundación social que implica desmontar la matriz colonial desde el poder, el saber, el ser, el estar y el vivir.

Es esta propuesta emergente de la colonialidad, la que nos da luz en este entramado de historia desmotivadora que subyace desde el sufrimiento y la dominación y nos conlleva a crear apuestas de otro tipo, propuestas como las pedagógicas y educativa para propiciar procesos donde el ser se resignifique desde su espíritu, en la relación de con los otros en torno al cuidado y como su conocimiento cultural para propiciar espacios de transformación desde sí mismo y su comunidad son actos de trascendencia que se pueden generar en los espacios familiares para dicha resignificación en todos los agentes involucrados, tomando el acto social como aquella fuente de producción, de desarrollo y no un ámbito económico a satisfacer.

3.2.3.3 Pedagogía de las Alturas.

Parte del análisis del pensamiento de Victor Frankl, se basa en una “psicología de las alturas” capaz de superar las contradicciones y los reduccionismos de la psicología de lo profundo; extrae de la experiencia del educador el valor ejemplar de una existencia vivida en la búsqueda de sentido; se vuelve posible gracias al principio motivacional de la autotrascendencia; se convierte en sostén de la proyectualidad existencial aún en las “situaciones límite” de la vida.

Está antropológicamente fundada sobre el análisis existencial como comprensión del significado de la existencia personal; está centrada en la “afinación de la conciencia”, asume como fin específico el desarrollar la responsabilidad y la capacidad de decidir; se traduce en el estilo metodológico del diálogo socrático y finalmente está conformada por un amor educativo que se transforma en la capacidad de aceptar al otro por lo que es y de descubrir al mismo tiempo sus posibilidades de crecimiento y de cambio.

En este orden de ideas “El significado de la educación consiste entonces en azuzar continuamente la voluntad de sentido, en suscitar las preguntas existenciales de fondo evitando caer en la radicalidad, y sobretodo en formar la capacidad de valorar y de elegir, siendo la decisión la llave de acceso a una existencia auténtica y con sentido” (Bruzzone D. 2008. p.33)

Es a partir de lo anterior que se debe pensar en una pedagogía vista desde el ser, desde su transpersonalidad, desde la conciencia aquella que se moviliza desde la autotrascendencia y la autorrealización como formas de existir en el conocimiento con los otros.

3.2.3.4 Pedagogía de la Felicidad.

Creada por José de Souza Silva en contraposición a la educación para el desarrollo donde los oprimidos no deben aprender formas de adaptarse al sistema, de manejarse dentro del sistema, sino que deben derrocarlo, abriendo espacios fértiles para la emergencia de sistemas alternativos al que queremos superar.

Apoyado en el paradigma ancestral del “buen vivir” / “vivir bien” que significa: vivir “la vida plena”, o vivir “la vida en plenitud”, que se interpretó como el sueño colectivo de “ser feliz en la diferencia”, unidad-diversidad de la biosfera se busca una sociedad justa, igualitaria, pacífica y solidaria, su objetivo principal es “ convivir en armonía,vivir la vida plena , decolonizar la pedagogía funcionalista” (silva J.2013).

Propone una Educación para la vida, formar ciudadanos que piensen crítica y propositivamente, formar ciudadanos hacia un corazón solidario, ética de la educación para combatir la desigualdad, con Mente libre, construcción de una educación pensada en los demás, construir un camino biocéntrico y espiritual hacia otro futuro relevante para la vida humana, “ser feliz” como fin es contextual, interactivo y ético, derecho a ser felices en la diferencia que requiere emoción, pasión y compromiso.

Para la presente investigación es de vital importancia la educación domiciliaria, vista desde una manera situada y cooperativa en los agentes, desde esa postura es de resaltar el siguiente concepto:

3.2.3.5 Educación en el hogar - Home Schooling³.

La educación en el hogar inicia sobre 1976 John Caldwell Holt tras realizar un aporte a una crítica de la década iniciada por Iván Illich y Harold Bennet sobre la educación obligatoria, tales hechos lo llevaron a crear el libro *insteadofEducation: WaysToHelp People Do ThingsBetter*.el cual generó motivación en los padres de la comunidad para la educación en el hogar de sus hijos, posterior a esto creo la publicación de una revista dedicada a la educación en el hogar llamada *GrowingWithoutSchooling*.⁴

³ Término utilizado en los países de idioma inglés.

⁴ Tomado de <https://web.archive.org/web/20071215100253/http://www.hsc.org/professionals/briefhistory>

Uno de los postulados filosóficos de esta manera educar implica reconocer *"Básicamente... el animal humano es un animal de aprendizaje; nos gusta aprender; somos buenos en eso; no es necesario que se nos muestre cómo hacerlo. Lo que mata el proceso es la gente que interfiere con él o trata de regularlo o controlarlo."*(Holt, 1980)⁵ así mismo manifestó que la educación en el hogar no debe ser vista como un tipo de respuesta a lo deficiente de las escuelas, el hogar es la base adecuada para el inicio en la exploración del mundo que entendemos como aprendizaje o educación, por tal motivo para esta investigación el aprendizaje desde y para los actores asilados en domicilios por la relación de cuidado en el domicilio, educación dirigida a toda la familia que hace parte del cuidado en casa.

3.2.3 El buen vivir

Para adentrarnos en este amplio concepto del “buen vivir” superando el antropocentrismo desde la búsqueda de conocimientos que intervengan desde el saber la realidad, pero un saber orientado a la decolonialidad, es decir a la autorrealización de aquel oprimido, que construya este saber al poder, ser, estar y vivir de una manera crítica e integral.

En concreto el Buen Vivir es:

“La satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir supone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno -visto como un ser humano universal y particular a la vez-

⁵ Palabras de entrevista en 1980, Marlene Bumgarner, una madre educadora en el hogar, recibió al autor John Holt en su casa mientras estaba en California para una gira de conferencias. Mientras jugaba en el jardín con sus dos hijos, John y Dona Ana, lo entrevistó para la revista bimestral *Mothering*.

valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a un otro)". Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013, Ecuador.

De acuerdo a lo anterior es válido resaltar algunos principios del “buen vivir” (Orrego I,2018) que aportan a la construcción del repensar los modelos de la sociedad y el desarrollo que busca el modelo a proponer.

- a) *El sumakKawsay , se trata de un proceso que supone la imposibilidad de una planificación económica absoluta, pues se medía por las relaciones que la entretienen tanto como por los vínculos afectivos y relacionales; por otra al ser dinámico el buen vivir toma distancia de la imposición hegemónica de un desarrollo que se impuso como debe ser*
 - b) *La vida incluye y supera lo biológico, por lo que cualquier acto a la calidad de vida de otros seres transgrede la vida de los demás.*
 - c) *El buen vivir critica por un lado la modernidad y propone por otro lado una construcción social, cultural y política.*
 - d) *No permite la mercantilización de las relaciones sociales ni la educación de bienes a mercancía.*
 - e) *El buen vivir propone una economía con ausencia de acumulación, lo que a su vez elimina la determinación del sujeto humano a la competencia.*
 - f) *La sustentabilidad, más que una sostenibilidad, lo sustentable es aquello relacionado con dar “buenas razones “no aquello que se sostiene para sí mismo*
 - g) *Propone la pedagogía de la felicidad, como el acto de vivir en plenitud y realización en la interacción de tu entorno.*
 - h) *El buen vivir implica un reordenamiento de la relación de poder y la eliminación de todo tipo de superioridad basada en la raza el poder y la riqueza*
-

3.3 Marco legal

De acuerdo política actual para el adulto mayor se encuentra, que en Diciembre de 2007 el Ministerio de la Protección Social elaboró el documento Política Nacional de Envejecimiento y vejez 2007 - 2019, enmarcado en cuatro aspectos: el envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral (Ministerio de la Protección Social, 2007).

En noviembre de 2008 el Congreso de Colombia aprobó la Ley 1251 "por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores".

En enero de 2010 se iniciaron en Bogotá las sesiones de la Mesa de Trabajo de la sociedad civil sobre Envejecimiento y Vejez, convocada y coordinada por la Confederación Colombiana de ONG y la Fundación Cepsiger, la cual busca incidir en políticas públicas. El documento Diálogos sobre envejecimiento y vejez recoge la memoria de actividades y propuestas de dicha reunión.

En agosto de 2010 la Alcaldía Mayor de Bogotá presentó la Política Pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025, la cual busca "garantizar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores, sin distingo alguno". Al finalizar el 2011 presentó el plan de acción para ejecutar dicha política y estableció un comité operativo para su seguimiento. En mayo de 2012, en Costa Rica, representantes de la sociedad civil colombiana participaron como observadores en la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, cuyo objetivo fue identificar acciones clave en materia de derechos humanos y protección social de las personas adultas mayores en la región. Como representante del gobierno de Colombia estuvo una funcionaria de la Cancillería colombiana, quien hizo la lectura de un documento sobre aspectos relacionados con envejecimiento y vejez en el país. Colombia fue signataria de la declaración final de esta reunión, la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2012). El 11 de junio de 2011, mediante la Ley 1450 se expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014, Prosperidad para Todos, el cual alude al envejecimiento y la vejez, considerando: programas que, con enfoque diferencial, se orienten a personas adultas mayores en condiciones de pobreza, incluyendo a adultos mayores gitanos, indígenas y afro descendientes; alfabetización de adultos; y mecanismos de protección a la vejez.

En el tercer capítulo, "Crecimiento sostenible y competitividad", se refiere a la necesidad de "tener en cuenta que los cambios demográficos indican que las personas son ahora más longevas, lo que implica que requieren de ingresos adicionales y de servicios específicos para su bienestar en esta etapa de la vida".

En la primera parte del capítulo IV: "Igualdad de oportunidades para la prosperidad social" se afirma que En el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 entendemos la educación como un proceso continuo que comienza en las primeras etapas de vida y termina en la tercera edad. Constituye, como tal, un proceso evolutivo que constantemente se adapta a un entorno cambiante.

Al aludir a estrategias en salud y salud pública, se afirma en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 que será necesario desarrollar una política para lograr un envejecimiento sano y una vejez activa, que deberá considerar los cambios y retos demográficos de la sociedad y estrategias que permitan articular y coordinar acciones intersectoriales, con apropiación de la misma en los ámbitos sociales, económicos y culturales (estrategia 1, literal b). En el plan de desarrollo 2014-2018 el gobierno nacional incluye un apartado catalogado "Envejecimiento" en el capítulo XII consistencia macroeconómica, en su apartado A, denominado transición económica en Colombia, plantea las estadísticas previas vistas en el contexto social de este proyecto y las proyecciones de estos hechos.

En torno a los cuidadores Colombia ha propuestos la ley 1413 de 2010 y 1753 de 2015, conocido como las leyes de economía de cuidado, reconoce la importancia que representa en la económica el trabajo de hogar no remunerado, es decir el servicio doméstico, personales y de cuidados generados y consumidos dentro del propio hogar, para los que no se percibe retribución económica directa. crea la comisión multisectorial de economía del cuidado para que defina la inclusión del trabajo del hogar no remunerado en las cuentas nacionales, la segunda ley ordena al gobierno y con el apoyo de las organizaciones sociales, la academia y el sector privado, crear las bases institucionales, técnicas y económicas para desarrollar el sistema nacional de cuidados.

4. Metodología

En concordancia con los objetivos de la investigación, Se propone una investigación cualitativa la cual se enfoca en “comprender los fenómenos, explotándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014) desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente. Se basa en el análisis de discursos y temas, así como en la búsqueda de sus posibles significados Se ha seleccionado el diseño de estudio enfoque fenomenológico ya que pretende describir y entender la relación del cuidado domiciliario en la vejez desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.

Por su parte, es un diseño cuyos resultados están representados en categorías del proceso o fenómeno y sus vínculos.

Entre las características que motivaron la selección de este diseño se encuentran:



a) El investigador produce una explicación general, proceso, acción o interacciones desarrolladas en un contexto concreto. Es un proceso que se nutre con la perspectiva de diversos participantes (Morse et al., 2016).

b) Se trabaja de manera práctica, es sensible a las expresiones de los individuos del contexto estudiado, y puede representar toda la complejidad descubierta en el proceso, lo cual la dota de una comprensión sólida (Glaser,2017).

Ahora bien, dada la naturaleza del problema de investigación, se basa en el análisis de discursos y temas, así como en la búsqueda de sus posibles significados. El rol del investigador es confiar en la intuición, imaginación y en las estructuras universales para lograr aprender la experiencia de los participantes además contextualizar las experiencias en términos de su temporalidad (momento en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas que las vivieron) y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).

Esta investigación parte de la fenomenología empírica que se enfoca menos en la interpretación del investigador y más en describir las experiencias de los participantes. Wertz et al. (2011), a continuación, se describen los pasos que se seguirán en el desarrollo de la metodología del estudio:

- a) Determinar y definir el problema o fenómeno a estudiar,
 - b) Recopilar los datos sobre las experiencias de diversos participantes con respecto al mismo,
 - c) Analizar los comportamientos y narrativas personales para tener un panorama general de las experiencias.
 - d) Identificar las unidades de significado y generar categorías, temas y patrones, detectando citas o unidades clave
-

e) Elaborar una descripción genérica de las experiencias y su estructura (condiciones en las cuales ocurrieron, las situaciones que las rodean y el contexto)

f) Desarrollar una narrativa que combina las descripciones y la estructura a fin de transmitir la esencia de la experiencia en cuanto al fenómeno estudiado (categorías, temas y elementos comunes: ¿qué cuestiones comparten las narrativas?) y las diferentes apreciaciones, valoraciones u opiniones sobre éste (categorías y elementos distintivos).

Para la presente investigación se realizó a través de 4 fases, observaciones y talleres vivenciales en el domicilio, la población muestra se encontraba ubicada en localidad de Fontibón de la ciudad de Bogotá y contó con 41 cuidadores de personas mayores y sus cuidados, de las cuales 40 culminaron el proceso debido a razones de salud o fallecimiento. Estas personas estaban encargadas del cuidado no remunerado y no vinculado a un servicio de atención profesional, las personas cuidadas requerían ayuda en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. Todos los participantes fueron seleccionados por la investigadora, con consentimiento informado y hacen parte del programa de atención domiciliaria desde terapia ocupacional. Se respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (actualizada en 2000) y con la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia. El estudio consideró los aspectos éticos referentes al costo-beneficio, el consentimiento informado, la participación voluntaria y el manejo confidencial de la información.

Dentro de las Fases diferenciales se encuentran las siguientes

Fase 0

Se realiza un abordaje inicial posterior a la observación directa realizada por la investigadora en sus formas habituales de convivir, a partir de allí se aplica el Test Proyectivo de Casa, Arbol y Persona (HTP).El propósito principal es medir aspectos de la personalidad del evaluado a través

de la interpretación de sus dibujos y las respuestas a las preguntas que se le van realizando durante el proceso. De esta manera poder categorizar los rasgos inconscientes en los procesos relacionales con el otro en su entorno domiciliario de cuidado y las proyecciones a su ser y sentir desde el auto concepto, como también evidenciar si existen rasgos de enfermedades mentales relevantes que obstaculicen el proceso y la veracidad de los datos.

Fase 1

Caracterización inicial y establecimiento de línea de base mediante reuniones grupales y visitas domiciliarias, en las cuales se aplicaron instrumentos; en esta fase se determinó el perfil de los participantes y los conocimientos y habilidades que poseían, así como el nivel de sobrecarga, el nivel de dependencia y la calidad de vida de los cuidados y sus cuidadores, se aplica el test de sobrecarga de Zarit, escala de Barthel, cuestionario de salud sf-36, cuestionario de la calidad de vida.

Fase 2

Implementación del taller vivencial de formación en la relación cuidador cuidado, adaptado al nivel de escolaridad de los cuidadores; teniendo en cuenta que los participantes fueron adultos, se optó por privilegiar el desarrollo de talleres participativos con técnicas demostrativas y expositivas, desde narrativas, experiencias y la interrelación de su entorno frente al ciclo vital. En lo que a materiales hace referencia, se emplearon videos, láminas, objetos reales, diapositivas en Power Point, modelos, actividades propias de la vida diaria, experiencias etc.

Fase 3

Medición de línea de base final mediante la realización de nuevas visitas domiciliarias al finalizar el curso, durante las cuales se realizaron nuevas evaluaciones que incluyen calidad de

vida, dependencia y satisfacción con el programa. Para la evaluación se utilizaron los instrumentos descritos a continuación.

Tabla 3

Descripción de encuestas

Nombre	Descripción del Instrumento
Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit	<p>Valora el grado de sobrecarga percibida por el cuidador, es un instrumento que permite valorar el grado de carga, incluyendo diferentes aspectos relevantes. Permite valorar 10 actividades básicas de la vida diaria (baño, vestido, aseo, uso del retrete, deambulaci3n, traslados, uso de escaleras, micci3n, deposici3n y alimentaci3n) dependiendo de la necesidad de ayuda en cada una de ellas.</p>
Índice de Barthel	<p>Permite solicitarle a la persona que indique las actividades en las que participa cada media hora en un d3a laboral. Tras enumerar las actividades, la persona indica si la actividad es de trabajo, una tarea de la vida diaria, de recreaci3n o de descanso.</p>
Cuestionario ocupacional	

Encuesta de satisfacción de los participantes	Incluyó preguntas con relación a aspectos como contenidos, metodologías y logística. Su objetivo fue evaluar la satisfacción de los participantes y el impacto del programa en su continuidad.
---	--

Descripción de instrumentos.

Fase 4

Análisis y construcción de resultados: en esta última fase se analizó la información recolectada en las fases uno dos y tres. y se crea la explicación del fenómeno desde los sentires de los participantes.

La Implementación del taller vivencial de formación se desarrolló en 12 sesiones teórico-prácticas en las cuales se abordaron temas referentes al cuidado y atención al adulto mayor, estos temas respondieron a los intereses de los participantes y a la condición de salud de las personas cuidadas; como guía base a este taller se realizó una adaptación a la Guía de atención a las personas cuidadoras, elaborada por el SESPA en colaboración con el Instituto Asturiano de la Mujer, tiene como objetivo ser una herramienta de apoyo para el desarrollo del Servicio de Educación para la Salud a Personas Cuidadoras, la guía se adaptó teniendo en cuenta las observaciones previas, nivel de escolaridad, y la participación activa del taller para el cuidador y el cuidado.

Tabla 4
Talleres vivenciales.

Sesión 1 Vejez, envejecimiento, ¿quién cuida a quién?

Sesión 2	Los cuidados que presta la persona cuidadora y las cosas que tolera el que cuida. ¿En qué consiste cuidar?
Sesión 3	Dime lo que piensas y te diré cómo te sientes: Modelo de Situación, Pensamientos, Sentimientos
Sesión 4	¿Quién tiene la verdad? La lucha de poder en el hogar
Sesión 5	La comunicación interpersonal- intrapersonal
Sesión 6	Quien soy y qué hago
Sesión 7	Correlación- con trascendencia y autodeterminación
Sesión 8	Respuestas humanas, tolerancia solidaridad, amor
Sesión 9	Ocupación-vocación-productividad
Sesión 10	Cuidar la propia salud. Recursos Sociales- prevención y promoción
Sesión 11	Redes de apoyo y ambientes saludables
Sesión 12	Proyecto de vida

Elaborada por la investigadora.

5. Resultados e interpretación

Todos los resultados fueron digitados en una base de datos en Excel desde un proceso cuantitativo, el taller fue interrelacionado en una matriz que permite ver las dimensiones en el marco de análisis desde 3 posturas, adulto mayor, cuidador, relación de cuidar, relación educativa y buen vivir.

Dentro de la observación realizada se puede evidenciar que la relación del cuidado se da en viviendas (apartamentos y/o casas) de 2 a 3 habitaciones. Para el caso de los apartamentos cuentan con 1,2 o 3 habitaciones y en casas de 1 y 2 pisos, las escaleras se ven como limitantes para los desplazamientos de los adultos mayores y sus cuidadores, las relaciones en su mayoría son exigentes desde los cuidadores a adultos mayores para realizar alguna actividad, se ve como inútil y estresante la actividad de contemplación del adulto mayor

manifiesta que no hacen nada; estos hechos anteriores desencadenan relaciones conflictivas de poder en el domicilio. Por su parte el adulto mayor en ocasiones es grosero, arrogante no se involucra en las actividades así las pueda hacer, manifiesta todo el tiempo exacerbación de síntomas y exageración de estos como excusa para la asistencia total o la no cooperación en actividades de ABC y AVD⁶.

Frente a la arquitectura de los apartamentos los espacios son muy estrechos y en la mayoría de ellos hay acumulaciones de años, lo que genera apego pero que no facilita los desplazamientos dentro del hogar, poseen comedores muy grandes que abarcan los espacios necesarios, se recomendó para estos casos favorecer el punto equilibrio arquitectónico con los inmuebles tenientes, por otro lado la acumulación de periódico es un factor común para casi todos los domicilios con la necesidad de leer sobre lo que pasa en el mundo, el radio para el adulto mayor es una fuente de motivación y para el cuidador la televisión y el uso del celular, se observa que no comparten saberes y la manera en que se cuida es a través de la asistencia en alimentación, vestido y autocuidado.

La siguiente tabla muestra las características generales y el perfil completo de los cuidadores y adultos; esta indica que, en su mayoría, el cuidado está a cargo de mujeres con estudios superiores técnicos y déficit socioeconómico por la no participación activa productiva. En su gran mayoría se trata de hijas que comparten el domicilio con la persona mayor, se encuentra frente adulto mayor y cuidador, similitud en las variables sobre enfermedad o discapacidad predominando para los dos, físicas, cognitivas, sistémicas. La edad promedio del adulto mayor es de 69 y la edad promedio del cuidado es de 53, siendo estos próximos a entrar en la etapa de la vejez.

⁶ABC: Actividades básicas cotidianas y AVD: actividades de la vida diaria

Tabla 5

Características generales y el perfil completo de los cuidadores y adultos.

Perfil	Porcentaje adulto mayor	Porcentaje cuidador
GÉNERO		
Femenino	43%	91%
masculino	57%	9%
Edad(media)	69,3	53.8
ESCOLARIDAD		
Primaria incompleta	41%	6%
Primaria completa	16%	9%
Secundaria incompleta	15%	13%
Secundaria completa	12%	33%
Técnico-tecnólogo	10%	33%
No reporta	6%	2%
ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
1	65%	10%
2	23%	77%
3	12%	13%
PARENTESCO		

cónyuge	17%
Hijo/a	72%
Yerno o nuera	3%
Tía	3%
otro	9%

ACTIVIDAD PROFESIONAL

Trabaja fuera de casa	3%	12%
Trabaja desde su casa	6%	12%
No trabaja (busca empleo)	65%	70%
Pensionado	26%	6%

Viven juntos

Si	86%
No	12%
No reporta	2%

ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD QUE POSEEN

Movilidad	30%	27.2%
respiratoria	6%	18.1%
sistémicas	16%	27.2%
cognitivas	32%	24.2%
sensoriales	16%	3%

Datos obtenidos en el trabajo de campo (Elaborada por la investigadora).

Frente al índice de sobrecarga inicial arrojado se evidenció que antes del taller tanto el cuidador como el adulto mayor emergen sentires que indican un nivel en mayor y menor proporción respectivamente.

Para el cuidador los índices de mayor sobrecarga se encuentran desde las categorías de dependencia total en la relación del cuidado, responsabilidad única al asumir el cuidado, economía del hogar y frustración al sentir que puede hacer más por la persona cuidada.

El adulto mayor por su parte manifiesta en relación al cuidado sentires en torno al proceso emocional, al sentirse enfadado por compartir cuidado con el otro, tener miedo de lo que espera a la persona que lo cuida, no tener intimidad, como a su vez la preocupación por la situación económica es latente y su sentir por la incapacidad que tiene de cuidar a su familiar como lo hacía en su ciclo vital; un resultado interesante arrojó que considera que debería hacer más por el cuidador y debería cuidar y colaborar más en la acción del cuidado.

Tabla 6

Cuestionario de sobrecarga de Zarit adaptado para adulto mayor.

Ítem del cuestionario de sobrecarga de Zarit adaptado para adulto mayor	Pre Cuidadores	post	pre	post
		Cuidadores	Adulto mayor	Adulto mayor
1. ¿Cree que su familia le pide o da más ayuda de la que realmente necesita?	71%	75%	32.5%	17%

2. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	73%	52%	20%	25%
3. ¿Se siente agobiado entre cuidar/ o hacerle caso a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo/casa/personales o en su familia?	65.3%	56%	56%	43%
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	8%	8%	41%	23%
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	16%	14%	72%	44%
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	21%	21%	67%	51%
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro le depara a su familiar?	76.2%	62%	76.2%	56%
8. ¿Cree que su familiar depende de usted?	100%	72%	23.2%	21%
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	37%	27%	47%	31%
10. ¿Cree que su salud se ha resentido por	48%	42%	24.2%	27%

cuidar a su familiar?				
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	65%	53%	80%	71%
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	60%	53%	32%	34%
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	23%	21%	5%	5%
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona	79%	69%	17%	17%
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	90%	81%	90%	83%
16. ¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho más tiempo?	27%	20%	85%	72%
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad/cuidado de su	49%	38%	61%	52%

familiar?				
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a alguien?	25%	23%	15%	15%
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	61%	45%	81%	61%
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	86%	45%	86%	56%
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	77%	77%	83%	83%
22. globalmente ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	69%	56%	46%	23%

Datos obtenidos en el trabajo de campo (Elaborada por la investigadora).

Frente a los resultados posteriores al taller se evidencia que los cuidadores como adultos mayores consideran que deberían cuidar mejor su familiar, pero a su vez disminuye la sobrecarga emocional del adulto mayor y aumentó su independencia y ayuda mutua, razón por la cual los índices se reflejan en la encuesta. Esto repercute en la relación de cuidado, si bien una relación en el cuidar está enfocada a respetar los espacios la intimidad, la percepción frente a la dependencia total del cuidado disminuyó, como a su vez, aumentó el porcentaje en el indicador donde el adulto mayor le pide más ayuda de la que necesita. Un gran preocupante en los dos actores sigue siendo la condición económica del mantenimiento.

A continuación, se explicarán los hallazgos en el taller vivencial en torno a las experiencias de los encuentros.

Taller 1, Vejez, envejecimiento, cuidador ¿quién cuida a quién?, este taller se realizó a partir de preguntas abiertas exploratorias, referente a ¿qué es la vejez?, ¿qué es el envejecimiento?, ¿Quién es el que me acompaña, un cuidador? ¿Quién cuida a quién?, los imaginarios de toda la familia.

El objetivo era propiciar espacios de reflexión y re significación frente a los hallazgos presentes en los conceptos de vejez, cuidado y cuidador.

A partir de este taller se evidenció cómo los conceptos de vejez y envejecimiento son imaginarios y mitos de la sociedad. Frente a la pregunta qué es la vejez las respuestas como, “*la vejez es cuando uno ya no puede hacer las cosas y está muy malito*”, “*uno se vuelve viejo cuando se enferma de la cabeza y no se acuerda de nada, ahí es cuando uno sabe que es viejo*”, “*la vejez es cuando uno se vuelve amargado por todo*”, “*estar viejo es cuando uno ya cumple muchos años y no puede trabajar*”, “*la vejez es cuando se le arruga la piel se vuelve feo, no puede hacer nada y no le gusta salir, hablar, ni saludar*”

De este taller emergieron sentires en torno a imaginarios presentes de manera negativa en la vejez en la manera como utilizan abreviaturas para maltratarlos excluirlos y negar derechos, razón por la cual parte del resultado de este taller es crear una adecuada nominación para los agentes involucrados. los adultos mayores manifiestan que los términos viejos, anciano, son denigrantes y excluyentes, consideran que el término cuidador los estigmatiza e impone labores en torno al cuidado u obligaciones concernientes a la salud, en la cual ellos no están capacitados, por lo que manifiestan considerar los siguientes nombres para sentirse identificados y no excluidos.

Tabla 7

Concepto por edad del adulto mayor y cuidador

Edad del adulto mayor	Nombre	Nombre de Cuidador
60 y 70 años	Adulto mayor	Compañero de vida
71 y 80 años	Adulto sabio	Compañero de vida
81 en adelante	Gran adulto	Compañero de vida

Datos obtenidos en el trabajo de campo (Elaborada por la investigadora).

Dado lo anterior y debido a la necesidad de resignificar conceptos es pertinente, pensar de qué manera estos sentires pueden incidir en las transformaciones en tornos a lo imaginarios negativos que se encuentran en la sociedad.

Los resultados de los talleres restantes serán presentados desde la siguiente matriz, ya que permite evidenciar el sentir de los agentes como la percepción en torno a la relación, los procesos educativos y el buen vivir, de acuerdo a las dimensiones en las que se relacionan a lo largo de la vida.

Tabla 8

Análisis de resultados

Dimen- siones	Cuidado- adulto mayor	Cuidador	Relación de cuidar	educación en la vejez	Buen vivir
	Considera que	Se evidencia	Aislamiento	Consideran	No se

SOCI AL	<p>es un ser insertivo laboralmente por ende no puede aportar a la sociedad, manifiesta ser una carga para el otro y para sí mismo. Manifiesta que no es posible tener amigos y redes a esa edad ya que nadie se acuerda de él o ella.</p>	<p>frustración en los procesos relacionales originarios: Perdida de proceso productivo A sumisión del rol frente a conflictos familiares Reestructuración jerárquica de la participación en el hogar Aislamiento de su red de apoyo por el cuidado permanente domiciliario</p>	<p>domiciliario por falta reconocimiento de capacidades de los involucrados como falta de sentido de realización y autodeterminación Ven el cuidador como un deber social, ya que si el me cuido a mi yo lo debo cuidar a él desde un sentido sanitario</p>	<p>a nivel social no pueden aportar a la comunidad y que de esa manera ellos no poseen habilidades para construir procesos educativos sociales que promuevan sus habilidades, no para aprender cosas nuevas, porque la sociedad no valora los conocimientos que poseen.</p>	<p>promueve un buen vivir en torno a la interrelación de la sociedad, el aislamiento la falta de equilibrio entre lo interno y externo del ser social individual como a su vez de la relación colectiva del cuidar, no posee validez más que un proceso de espera para la culminación del ciclo vital</p>
COGN ITIVA	<p>Manifiesta que debido a todo lo que sabe, a la sociedad no le interesa tenerlo en cuenta, las diferentes generaciones no le dan el valor a lo que piensan y sabe y muchas veces es pasado por alto, hasta el</p>	<p>Considera que posee el dominio, toma de decisión y su saber en muchas ocasiones es el único y la verdad absoluta, como también es de resaltar que el cuidador posee en su gran mayoría una capacidad cognitiva normal para orientar y potencializar procesos desde su rol de cuidar, es tal vez esta premisa la</p>	<p>Debido a las capacitaciones médicas o procesos ofrecidos por parte de las entidades de salud, el conocimiento y sus procesos ontológicos se tornan poco hegemónicos en la</p>	<p>Se evidencia la intención y necesidad de construir saberes en torno al arte de cuidar, desde la autorrealización y la trascendencia, donde la comprensión del convivir desde el conocimiento</p>	<p>El desequilibrio es evidente frente a paradigmas y situaciones en torno al concepto funcional del adulto mayor, por ende, propiciar un</p>

<p>ESPIRITUAL</p>	<p>punto de que l mismo considera que su saber no es valioso, en ocasiones</p> <p>El adulto mayor se encuentra más ligado al campo espiritual en la medida que el creer, en el final de la etapa de vida, la vida y la muerte desde una visión de temor y inseguridad y desequilibrio, permite los cuestionamientos de su quehacer y trayectoria en el mundo, esta dimensión es casi la esencia de la existencia del ser en su ejecución diaria</p>	<p>que deslumbra en acciones negativas frente al acto de cuidar y desviabiliza procesos constructores.</p> <p>La dimensión espiritual vista desde el encuentro consigo mismo y desde una funciona de solidaridad con el otro en el acto de cuidar emerge como sentir del cuidador, es un acto compasivo donde el apego al ser y no a su esencia es un proceso cambiante dependiendo de la relación interpersonal, se encuentra que el proceso espiritual y de trascendencia de la esencia del ser se deposita en el adulto mayor pero no ingiere en el cuidador desde la introspección del que cuida</p>	<p>construcción de procesos socioeducativos que promuevan el empoderamiento de las partes</p> <p>Espiritualidad desde el acto del ser centrado en el adulto mayor, desde los niveles de compasión, e incluso pesar por la etapa final, desde el concepto y el temor a la muerte y al desapego y el desarraigo en las funciones que tengo hacia el otro, así pues, la espiritualidad es más una relación de transferencia emocional del acto de cuidar al otro.</p>	<p>o del otro y con el otro permita la promoción de espacio que minimicen problemáticas existentes en esta dimensión.</p> <p>Las tradiciones orales frente al rezar, orar y cómo se transfiere esos hábitos desde el adulto mayor al cuidador potencian el empoderamiento del adulto mayor dentro de procesos educativos espirituales religiosos en el entorno con sus miembros de la familia, por otro lado, las relaciones de cuidado carecen de esa armonía espiritual y ese sentir de</p>	<p>equilibrio desde apuestas educativas y tras personales fomentan la participación activa en estos espacios</p> <p>Es aquí donde el potenciar espacios sensoriales desde sus procesos auditivos táctiles, perceptuales, visuales, prestan gran importancia en el momento encontrarse con el contexto, con el entorno que te trasmite y vive desde ya para una construcción de comunidad en el arte de cuidar.</p>
--------------------------	---	--	--	---	--

ESTÉTICA	<p>Los hallazgos frente a esta dimensión muestran cómo el concepto de estética visto desde las propuestas e ideologías de la sociedad, afectan la autoestima del adulto mayor, al manifestar que son arrugados, feos, que incluso carecen de armonía visual y consideran que emanan olores a vejez que impiden que haya acercamientos con sus familiares</p>	<p>Por otro lado, el cuidador considera la estética un ítem importante en su funcionaba como cuidador, pero una ética vista desde la manera como realizo y acomodo al otro para que se vea agradable al contexto, o como lo mantengo limpio para que de esa manera se sienta que puede ser aceptado, por otro lado la manera como se ve el cuidador denota desolación, falta de autoestima y falta de preocupación por su bienestar</p>	<p>La relación de cuidar en el campo estético demuestra dos sentires diferentes como a su vez la concepción errónea al evidenciar el ítem de belleza desde las apariencias físicas y no desde la esencia y trascendencia del ser humano</p>	<p>la existencia del otro desde la esencia, se evidencia un respeto más no un construcción de esta dimensión.</p>	<p>Descolonizar un pensamiento estético en un mundo donde la imagen presta vital importancia es tal vez un reto en el buen vivir, es así que construir imágenes e imaginarios en torno a la esencia del acto de cuidar es tal vez la apuesta que se pretenda para resignificar y encontrar la esencia del ser desde su propia imagen</p> <p>Esta dimensión</p>
	<p>A nivel corporal se</p>	<p>Por otro lado, el cuidador aprende a</p>	<p>Frente a la relación de</p>	<p>Desde una perspectiva</p>	<p>Esta dimensión</p>

CORP ORAL	<p>evidencia gran dificultad en que el adulto mayor comprende y acepta los cambios de su cuerpo de tipo fisiológico, las enfermedades el deterioro físico en la realización de actividades, como asumen un duelo frente a proceso de enfermedades nuevas sean simples o graves, como las gripas, las erupciones cutáneas, son desencadenantes de desconocimiento preocupación y desesperación. El manejo del cuerpo dentro de la relación de su entorno es algo que se evidencia con necesidad de aprender y re significar.</p>	<p>reconocer su cuerpo y el desgaste físico energético y osteomuscular que demanda al ejercer la ayuda asistencial, los cambios y enfermedades físicas el sentido del dolor, del cuidado de sí mismo es algo a lo que no prestan atención en el acto de cuidar</p>	<p>cuidado se evidencia una sobrecarga debido a la inactividad del adulto mayor frente al reconocimiento y miedo a hacer actividades y la sobrecarga del sentido de asistencia por parte del cuidador,</p>	<p>del modelo médico de desarrollo es de vital importancia enseñar, capacitar y hablar claro desde la parte médica al adulto mayor en consulta como a su vez promover y prevenir desde una educación social para la salud la mejor forma de cuidar los aspectos relacionados a su corporalidad Ayudastécnicas entre otros.</p>	<p>es tal vez la que se encuentra en mayor grado de desequilibrio proponer y capacitar en una educación para la salud desde una apuesta de equilibrio con el entorno y reconocimiento de sí mismo es tal vez el más grande paradigma que se debe vencer desde y para fortalecer la interacción con el contexto de forma armoniosa</p>
SOCI AFEC TIVA	<p>El sentir del adulto mayor en espacios de interacción socio afectiva, evidencian que son visto como</p>	<p>Manifiestan la dificultad de concretar adecuados espacios de interacción socioafectiva, el cuidador manifiesta</p>	<p>La relación de cuidado se encuentran sesgados por patrones de crianza vistos a nivel</p>	<p>En esta dimensión la educación debe ser orientada a establecer lazos</p>	<p>Desde una postura ontogenética y antropológica, el ser humano</p>

<p>una carga a la familia por la cual deben cuidar, que no los quieren no los respetan, las agresiones son parte de los hábitos y rutinas al negarse a realizar cosas que el cuidador le dice, no son efectivos a excepción de las personas menores, niños o personas externas.</p>	<p>la frustración, rabia y desasosiego frente a actividades o acciones realizada para el bienestar del adulto mayor por el cual él se niega, no existen acercamientos afectivos como los abrazos o, muestras de afecto físico, ya que manifiestan que al adulto mayor no le gustan o que su composición jerárquica no le permite llegar a esos lazos de unión fraterna.</p>	<p>familiar, es así que el afecto e traducido desde un plato de comida, a una asistencia en vestido , pero carecer de un sentido verdadero de valor solidario, amor propio, los espacios de interrelación esta destinados a ser asistenciales, de esta manera en clara la lucha de poder y jerarquización presente en la relación del cuidar, ya que nos encontramos con adultos mayores con proceso autoritarios y machistas que limitan el cuidado de la mujer y lo desvalorizan.</p>	<p>fraternos entre el reconocimiento de otro y la necesidades propias de la existencia, es así como el compartir de saberes, de emociones y la comunicación asertiva debe ser la mejor manera que podamos construir una visión de convivir</p>	<p>dentro de su esencia debe buscar proceso de autorrealización-autodeterminación y auto trascendencia es pues así que en esta medida el equilibrio para el buen vivir no radica en la forma cómo esta construcción se realiza de manera individual si no como a atreves del desarrollo humano , el sentido de la vida buscamos una enajenación de la verdad que permite co-construir en la relación de cuidar adecuadas maneras de fomentar una co</p>
---	---	---	--	---

**PRO
DUCTI
VA**

El adulto mayor posee una visión de productividad desde las dinámicas concurrentes, es pues así que considera que no es un ser productivo útil ligado a un sustento de economía, es así como el califica su productividad en escala muy baja.

Por otro lado, el adulto mayor siente que su productividad ha sido obstruida por el acto de cuidar, se evidencia, desesperación al no poseer el dinero para sus necesidades, el acto no de cuidar no llena su concepto productivo.

La educación en torno a la productividad, se caracteriza en la relación como el cuidador asume actividades de índole cognitivo físico a lo cual el adulto mayor se niega, como la productividad es vista también de la manera en cómo se hacen o no se hacen las cosas y funciones dentro del hogar, a su vez los problemas en torno a el manejo del dinero la dificultad para cubrir deseos y necesidad conlleva a relaciones conflictivas y

Educar en torno a la manera como el ser humano construye el sentido y ser de su existencia en el mundo desde la productividad vistas en la interrelación de sentidos en armonía con el contexto, vistos desde la integración de saberes y culturas que se van perdiendo con el tiempo, es tal vez romper otro paradigma entorno a la educación social, el encuentro de sí mismos en su envejecimiento colectivo

realización y un trascendencia de los involucrados

La manera en como ser humano puede apropiarse y producir sentires, afecto, esencia y generar en las otras transformaciones humanas es tal vez el gran rol del adulto mayor al cual se debe enfrentar, educar en torno a un empoderamiento de saberes colectivos construidos en el acto de cuidar

conceptos
erróneos en
torno a la
productividad

Datos obtenidos en el trabajo de campo (Elaborada por la investigadora).

Este sentir en torno a los talleres permite evidenciar las situaciones por las que atraviesan la vejez desde el cuidado domiciliario. El taller vivencial permitió resignificar conceptos y procesos en torno a cada temática para fortalecer la relación cuidador cuidado en la vejez.

Taller 2, Los cuidados que presta la persona cuidadora y las cosas que tolera el que cuida.
¿En qué consiste cuidar, el objetivo de este taller era propiciar espacios de reflexión y re significación sobre el cuidado y su proceso relación en la co -construcción de una convivencia en el hogar?

El taller se realizó a partir de una actividad de roles, en torno al cuidado desde el doméstico, frente a asistencia en salud, asistencia económica, asistencia, crisis y sus sentires en torno a preguntas orientadoras ¿Qué tipo de cuidado realizo? ¿Qué tolero y que doy frente a ese cuidado? ¿En qué consistirá la forma de cuidar?, ¿Y es suficiente ese cuidado para un buen vivir?

La dinámica arrojó hallazgos frente a las relaciones de poder que se ejercen en el cuidado, manifiestan que solo el cuidador es quien ejerce un cuidado, lo ven como un ser superior quien manda, humilla y degrada al otro, los cuidados se ven desde procesos socio sanitarios frente a la satisfacción de necesidad básicas de supervivencia y asistencia en la capacidad dentro del hogar, el autocuidado no está contemplado en los aspectos ni del adulto mayor ni del cuidado, consideran que no es suficiente este cuidado para vivir una envejecimiento competente ni un buen vivir.

Se logra evidenciar la mirada del cuidado desde un enfoque colectivo, a través de la apuesta teórica realizada por la investigadora con anterioridad, se da desde el existir en el mundo y con el mundo, donde se respeta la libertad, autonomía y autorrealización con el otro, sin abusar del poder. A partir de lo anterior surgieron procesos emocionales frente a la necesidad que el otro lo identifique y que el otro piense que, así como se cuida de él se cuida de sí mismo. Esta relación colectiva fomenta espacios de corresponsabilidad que suscita en un mecanismo de integración familiar de apropiación del cuidado desde esferas diferentes a los imaginarios existentes en los involucrados y propicia espacios de armonía y plenitud. Como resultado se realizó un acercamiento en torno a estrategias diferentes de cuidar a otros, desde la socioafectividad, desde los intereses en común y desde la visión del respeto y la cooperación con el otro en entornos domiciliarios del cuidado.

Taller 3, Dime lo que piensas y te diré cómo te sientes, Modelo de Situación, Pensamientos, Sentimiento, el objetivo de este taller, era comprender la relación que existe entre situación, pensamiento, sentimientos y comportamiento y aprender a cambiar los pensamientos inadecuados por pensamientos adaptativos.

El contenido de este taller fue enfocado a promover el modelo de Situación - Pensamiento - Sentimiento, pasos para manejar el malestar, maneras negativas de pensar, cómo reemplazar los pensamientos negativos por otros más positivos, este taller se realizó desde narrativas en torno a experiencias gratificantes y negativas en el cuidado y el análisis de cada una de ellas.

Este taller arrojó la comunicación como componente principal a intervenir, la comunicación agresiva autoritaria como a falta de comunicación y no decir el cómo me siento genera en la relación cuidador cuidado el aumento de estresores, se promueve la comunicación desde el sentir y el ser, se promueven frases como “yo desearía que” “yo me siento mal cuando realizas...” “a

mí me gustaría que tu...” y se crearon espacios de significación en torno a estos , en algunos casos la relación de poder es tan fuerte que no le permite realizar un proceso de empatía con el otro y crea relaciones conflictivas y frustradas que incluso llegan a pensar en el suicidio como mecanismo de salida. Para estas personas se planteó la necesidad de una intervención psicológica y psiquiátrica por el riesgo latente en la relación, como el cambio de cuidador y tiempo fuera. Parte de los resultados de este taller emergieron frases propuestas por ellos para mejorar los espacios de comunicación en casa.

Taller 4, ¿Quién tiene la verdad? La lucha de poder en el hogar, el objetivo de este taller es resignificar las relaciones familiares, en torno a una jefatura compartida y un estilo educativo democrático.

El contenido de este taller tocó principalmente los miembros de la familia, la organización jefaturas, el estilo educativo de la familia y la verdad como relativa y absoluta.

Se realizó a través de procesos proyectivos del test de HTP, se pidió a todos que realizaran el dibujo y en torno a este narrar una historia de cómo es la relación y porque se da, se evidencia la repetición de patrones machistas y autoritarios. Se realiza invitación de aplicar en la relación un modelo educativo democrático donde los involucrados asuman un rol dentro del hogar y promueven experiencias significativas para el reconocimiento desde la familia, se crean estrategias cooperativas en torno a las funciones dentro del hogar, los saberes colectivos y la escucha del otro.

Taller 5, La comunicación interpersonal- intrapersonal, el objetivo del taller era reflexionar sobre la importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales, identificar formas de expresión de la comunicación no verbal, conocer los diferentes estilos de comunicación: pasiva, agresiva, asertiva, mejorar las habilidades en el proceso de comunicación interpersonal. Aplicar

la comunicación asertiva a situaciones concretas. Generar límites al cuidado}, Saber decir NO y solicitar ayuda.

Dentro de los contenidos propuestos se trabajaron sobre los tipos de comunicación: verbal y no verbal, factores que facilitan y dificultan la comunicación, estilos de comunicación: agresiva, pasiva, asertiva, habilidades para mejorar la comunicación, cómo poner límites al cuidado. Saber decir NO, pedir ayuda de forma eficaz.

Se denotan en este taller la comunicación agresiva como parte de patrón autoritario comunicativo, para ejercer obediencia en el cuidado, a su vez la comunicación agresiva en respuesta a la interacción previa. Frente a la comunicación no verbal los gestos más comunes fueron, las malas caras, los golpes a elementos como mesa, las actitudes irrespetuosas (despectivas) con los hombros o manos.

Se utilizó la promoción de la comunicación asertiva y personal, se implementó vocabulario de práctica, yo deseo, yo quisiera, a mí me gustaría, para realizar el ejercicio con la persona más cercana, donde se logró generar nivel de conciencia frente a esta actividad fuera alto. El reconocimiento del maltrato al otro, como la voluntad de generar un cambio fueron los sentires arrojados en este taller lo que llevo a establecer frases en común acuerdo para formar maneras asertivas de pedir ayuda en el hogar, propia de cada dialecto y de los miembros que hacen parte de este.

Taller 6, Quien soy y que hago, el objetivo de este taller era identificar y reforzar la identidad de los participantes desde la diversidad con el otro, las características físicas, biológicas, individuales, posturas políticas, contextuales, intereses y habilidades particulares.

Esta actividad se inició con un proceso cartográfico como un proceso de identificación; frente al otro a través de campañas y elecciones de identidad, el mostraba quien era y trataba de

demostrar eso desde experiencias vividas a través de una campaña electoral, donde proponía como desde esa identidad podía cuidar al otro. De esta manera se evidencia la dificultad de pensar en ellos mismo, la poca habilidad de reconocimiento de su ser en la existencia, y la capacidad de priorizar acciones encaminadas a esto, a partir de esto se promovió la tolerancia, el respeto por la diversidad y el apoyo de la diferencia.

Taller 7, Correalacion- cotrascendencia y autodeterminación, el objetivo de este taller era resignificar la relación del cuidado desde un proceso de correlación, trascendencia y autodeterminación.

Los contenidos tratados son, mi voluntad como factor de decisión, qué puedo dejar en el mundo, como me relaciono con el otro para compartir mis vivencias y orientar desde mi saber las experiencias colectivas de los dos de una manera armónica y plena.

La metodología de este taller fue a través de comparto mi saber, método utilizado como proceso dialogizante con el otro desde una pedagogía transpersonal; aquella que me permite realizar trasferencia, de mi saber en libertad no en imposición, la actividad arrojó resultados en torno a la desculturización de saber, costumbres en torno a las actividades de la vida diaria, al uso de la tecnología como factor aislado y perturbador en la relación del cuidado, además los diversos saberes ocultos permitieron crear saber colectivos al ser apropiados desde su decisión y voluntad, es así como un gusto por la música colombiana para un adulto mayor, despertó la virtud del compañero de vida en volver a tocar la guitarra, uniéndose en espacios de acercamiento, construcción colectiva y trascendencia.

Taller 8, Respuestas humanas: tolerancia solidaridad, amor, estrés, etc, el objetivo de este taller era identificar, reflexionar y resignificar las situaciones de respuestas humanas en la relación del cuidado domiciliario.

Dentro de los contenidos se muestran cuáles son las repuestas humanas a las situaciones generadoras de la casa, desde lo negativo como lo positivo y su incidencia en el buen vivir en el cuidado.

En las respuestas positivas del cuidado se observan con mayor frecuencia, la paciencia, el compromiso, el sentido de ayuda, la responsabilidad con el otro, la asistencia, dentro de las respuestas negativas más características se encontraron el estrés, la somatización de emociones y por ende enfermedades, como dolores musculares, cefaleas, problemas digestivos, pérdida de cabello, depresión asociado a sobrecarga.

Dentro de las estrategias a abordar esta problemática se propone de manera colectiva dedicar más tiempo para el cuidado de sí mismo, fortalecer la dimensión estética y espacios de relajación, como también continuar con los procesos de comunicación asertiva y actividades de identidad compartidas en la relación del cuidado.

Taller 9, ocupación, vocación, productividad, el objetivo de este taller era fortalecer la visión de ocupación, las diversas formas de producir y los procesos de vocación necesarios para la actividad.

Este taller se realizó desde una plenaria sobre lo que se entiende como ocupación, donde surgen imaginarios en torno a actividades socioeconómicas, en torno a la edad y las faltas de capacidad o pérdida progresiva de la misma, como también la falta de interés en encontrar procesos vocacionales conjuntos.

Posteriormente se realiza desde una intervención a partir de talleres vocacionales, la escogencia del taller surgió de los intereses, saberes y la selección del grupo. En uno se realiza taller de bordado, en conjunto con propuestas tecnológicas, donde el adulto mayor y el cuidador se involucran en las diversas formas de aprender técnicas nuevas para nutrir el saber existente, se

evidencia la capacidad con el otro de crear espacios de participación productiva de acuerdo a los intereses. Es importante para este taller realizar el empalme con las nuevas tecnologías e ir involucrándola en el envejecimiento actual y de futuras generaciones.

La visión de la productividad es abarcada desde la manera como me encuentro con el otro desde sentires, la quietud del adulto mayor no implica que no produzca, al contrario, produce pensamientos, emociones, sensaciones y desde ese punto es válido empezar a pensar el envejecimiento no como producir socioeconómico si no como productor de armonía, sabiduría y plenitud.

Taller 10, Cuidar la propia salud. Recursos Sociales- prevención y promoción, el objetivo de este taller era preparar al adulto mayor y cuidador desde la importancia de la promoción y el mantenimiento de habilidades residuales y la prevención de enfermedades futuras.

El contenido de este taller se enfocó en la promoción y adquisición de adecuados hábitos y rutinas en torno a la salud, física, mental, emocional, alimentarias. De esta manera se encontraron muchos referentes en torno a la negación de realizar alguna actividad física, debido a la poca habilidad de comprender la importancia del mantenimiento del proceso biológico, y a experiencias anteriores en torno la imposición de algunas entidades de salud en lo que tiene que hacer para no morir pronto.

Surgen actividades de tipo cooperativo, desde la comunidad y a partir de propuestas autóctonas de vivencias, como juegos, tejo, rana, triqui, baile, fueron alternativas para promover la salud que generan gran impacto en la comunidad. Dentro de las propuestas a estos talleres la comunidad concluye que deben hacer actividades consentido orientada a los gustos e interés y que involucren a todos los miembros porque la prevención de la salud no es algo solamente del adulto mayor si no de todas las personas que viven y envejecen.

Taller 11, Redes de apoyo y ambientes saludables, el objetivo de este taller era propiciar participación de la comunidad con los diversos grupos focales y cuidadores, redes de apoyo vecinal y familiar.

Parte de la metodología emergió desde un proceso de gestión de ellos con las comunidades, en el conjunto donde viven, donde indagaron sobre las necesidades y se pusieron al servicio del conjunto, la administración, desde sus saberes y profesiones, como resultado a esto fueron integrados y reconocidos socialmente.

Otra didáctica que se incremento fue la cercanía de familiares como también con los demás cuidadores que hacían parte del programa, donde les permitió compartir experiencias vivencias e identificarse como agentes sociales desde procesos informáticos en redes sociales, encontrarse con el otro estar en contacto, impacto en las relaciones y en la forma como esos seres se sienten acompañados.

A partir de allí el reconocimiento desde lo social y dentro de una red de apoyo implicó que el nivel de aislamiento en el hogar para los dos agentes se disminuyera cobrando sentido fuera de este desde una participación activa, a su vez esto logró la disminución de estresores en torno su aspecto emocional y en fortalecimiento de la relación del cuidado, como resultado de esta propuesta emergió una salida recreativa para las familias y los cuidadores que hacían parte de la capacitación.

Taller 12, proyecto de vida, el objetivo de este taller era sintetizar todos los temas vistos con anterioridad desde lo personal a lo colectivo, un proyecto de vida emergente de metas e intereses que impacten el buen vivir de los actores.

El contenido surge de la necesidad para comprender que es un proyecto de vida, lo que se desea hacer, porqué, para qué, con quien y en que incide lo que hago en la comunidad.

La mayoría de personas no poseen una planificación en torno a su futuro, se les dificulta pensar en una meta a corto o mediano plazo ya que asocian una muerte futura, pérdidas o enfermedad permanente futuras, de esta manera piensan en una planificación como acciones para generar felicidad momentánea. Desde esta perspectiva se reflexionó frente a la trascendencia en torno a lo aprendido, costumbres, saberes, que mueren con ellos o que no construyen con el otro, dado esto se creó una lista de aquello que identificaron en la familia como único y factor de identidad y se crean metas en torno a estos procesos, replicándolos con la familia y con los más pequeños, quienes fortalecieron los lazos y la identidad de las personas mayores y sus cuidadores.

Dentro de estas actividades se evidenciaron, platos típicos, saberes vocacionales, lugares memorables entre otros.

Posterior a la culminación de talleres se realizó la escala de Barthel la cual midió el nivel de dependencia (Índice de Barthel) en la persona adulta mayor. Se evidencia que este aspecto disminuyó de forma significativa. Los resultados del pre y post en esta prueba se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 9
Dependencia (Índice de Barthel)

Nivel de dependencia	Pre taller	Post taller
Dependencia total	3	2
Dependencia severa	4	3
Dependencia moderada	10	8
Dependencia escasa	2	4
Independiente	2	4

Datos obtenidos en el trabajo de campo (Elaborada por la investigadora).

Los resultados permiten evidenciar que el adulto mayor disminuyó la dependencia e incluso para los de dependencia física moderada y total. Estos cambios producto de iniciativas por construir con el otro repercutieron al disminuir el nivel de sobrecarga e incluso la disposición en la acción de re significar la relación; también se evidencia la toma de conciencia de los adultos mayores sobre las cosas que pueden realizar y su incidencia de esto en todas las dimensiones del ciclo de vida.

Con respecto al porcentaje de tiempo que los cuidadores y adultos mayores dedican, a lo largo del día, a sus diferentes ocupaciones o actividades. En este sentido, la aplicación del cuestionario ocupacional antes y después de la participación en el curso permitió conocer el cambio vivenciado. Se encontró que en promedio las personas disminuyeron el porcentaje de tiempo dedicado a actividades de su vida diaria y aumentaron el porcentaje de tiempo dedicado a actividades de descanso y recreación. Esta información se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 10

Tabla de ocupación pre-post taller

Ocupación	Pre taller	Post taller
Trabajo	30 minutos	2 horas
Vida diaria	18 horas	12 horas 30 minutos
Recreación	2 horas 30 minutos	3 horas
Descanso en el día	2 horas 30 minutos	3 horas 30 minutos
Actividad de cuidado	30 minutos o menos	3 horas

compartidas

Datos obtenidos en el trabajo de campo (Elaborada por la investigadora).

De acuerdo a la tabla anterior se puede evidenciar que para las personas participantes del taller y pertenecientes a una relación cuidador cuidado en el domicilio, los aportes permitieron re significar rutinas y a su vez la corresponsabilidad de funciones en el hogar lo que permitió un desempeño diario encaminado al incremento de actividades generadoras de bienestar como lo son el descanso, la actividad de cuidado compartido, es decir el incremento de actividades con el otros desde vivencias y saberes encontrados y la disminución de tiempo en actividades de la vida diaria, únicamente las necesarias de mantenimiento desde unas funciones compartidas.

Para finalizar el test HTP evidenció como las relaciones interpersonales en el dibujo familiar y personal del inicio del taller aluden ubicaciones más cercanas en los miembros de la familia, trazos suaves que indican disminución de agresión y la resignificación del concepto de vejez ya que los resultados iniciales en el test proyectivo evidenciaban, trazos gruesos fuerte y reteñidos que indicaron relaciones conflictivas. El adulto mayor se dibujaba fuera de su entorno familiar, aislado por su lado el cuidador se dibujaba primero indicando relación de poder jerárquico, sus indicaciones corporales en el dibujo para ambos agentes denotaban aislamiento dificultades en procesos sociales y emocionales.

Por último, la encuesta final de satisfacción arrojó un nivel de gratitud y satisfacción en torno a la manera como se construyeron diversas formas de asumir el cuidado con el otro y desde las acciones, habilidades de cada quien, manifiestan sentirse reconocidos, identificado con la persona que cuida, como también manifestaron que “ya no poseían miedo al cuidar del otro, ya que saben cómo hacerlo”.

Otras de las conclusiones del taller, es darse cuenta de la importancia que tienen ellos como personas, como seres sabios, como todo este saber lo pueden compartir con el otro desde diversas formas de interrelación.

Consideraron que el reconocimiento de sí mismo antes de cuidar es importante, *“yo debo saber quién soy, los gustos, disgustos, conocimientos sobre el cuidar”* dijo un participante cuidador, por otro lado *“yo debo entender que el hecho de que yo tenga más años no significa que sea un bruto, alguien que no pueda ayudar y que no me debo dejar vencer por lo que la gente dice o por lo que yo veo en el espejo, puedo tener amigos nuevos y ayudar a las personas también”*.

Las personas adultas mayores como cuidadores manifestaron que no se estaba realizando un cuidado en torno al buen vivir, ellos intentaban cuidar a las personas desde lo que sabían y le habían enseñado sus papás pero no sabían que cuidar al otro también era dejarlo que hiciera las cosas que podía, entendieron que cada uno debe hacer uso de las capacidades que posee, que no porque se tenga algún tipo de limitación, el cuidador tiene la razón absoluta y se ejerce opresión en el otro, *“no puedo pasar por encima de mi papá, porque él también me cuida, él también se preocupa por mí y yo no lo sentía así”* *“debemos generar espacios donde se converse, donde se digan las cosas sin dejar pasar los problemas pero desde una forma educada o como dice la doctora asertiva”* expresan cuidadores, por otro lado *“yo me sentía frustrado y con rabia porque el todo el tiempo me vigilaba me decía que tenía que hacer y que no, yo ya estoy muy viejo para eso y en ocasiones no me portaba bien, pero después de los acuerdos y de organizar un horario, el libro de comunicación, repartirnos las cosas de la casa y pues saber cómo debo hacer los ejercicios y porque, entendí que él estaba preocupado por mí y que lo que hacía era porque me quiere y no quiere que me ponga más enfermo de mis piernas”* expreso un adulto mayor.

Por otro lado, un miembro de la familia menor edad manifiesta “ *no sabía que mi abuelito sabía tantas cosas, ni que mi mamá había aprendido, además cocinan muy rico, cantan, arreglan cosas juntos, yo siento que ahora ellos están felices y por eso me gusta estar más tiempo aquí en la casa con ellos*”, “ *es verdad que el celular nos ha alejado porque no le dábamos el uso para estar juntos, yo cada vez que me peleaba con mi hermano por mi mamá lo utilizaba y me encerraba, pero aprendí que puedo involucrarlo para aprender cosas nuevas juntos, para hablar con las personas, amigos pero no como herramienta para escaparme y volverme más amargado*”, dice hija que comparte cuidado con otros.

Dentro de los hallazgos también se denotaron que el conocimiento de la comunidad y interacción con la misma, llevo a reforzar procesos identitarios y construcciones colectivas vistas desde expresiones como “*yo no sabía que aquí en el conjunto necesitan una persona para ayudar en la luz o en el parque de los niños y arreglarlos, a mí me gusto saber que yo puedo hacer algo útil, además a mi hija la buscaron para que recogiera unos niños de una ruta, y los niños hasta nos hacen reír y nos quieren, eso también no lo pagan con eso nos ayudamos*”.

Para finalizar una familia manifiesta que “*el compromiso de todos es generar a lo largo de toda la vida espacios, no esperar hasta que este viejo, si no aprovechar para cuidar y cuidarse desde una manera sana desde que son pequeños y poder hablar de estas cosas que se construyen en la familia que son solo de nosotros, para evitar que esto tan bonito se pierda*” y otro añade “ *ahora si nos sentimos felices, siento que todo tiene un horizonte*” manifiesta un adulto mayor, “ *pero debe ser un compromiso de todos seguir así, seguir pensando que somos capaces y no dejarnos vencer que por el dolor de aquí de allá no exagerar y poner todo de nuestra parte para que sigamos así tranquilos y contentos*”.

Dentro de las prospectivas se evidencia el deseo de seguir empoderando a la comunidad en estos temas y necesidades emergentes en la relación, como también profundizar en la visión de muerte y su planificación.

Actualmente el grupo de cuidadores continua, pero desde un empoderamiento de ellos a través de la comunicación en redes, de las salidas y de continuar con la voluntad de buscar su bienestar a partir de todo lo enseñado.

Dentro de los hallazgos se pensó a futuro en continuar con un proceso formador a partir de los siguientes ejes temáticos, para dar respuestas a las problemáticas encontradas y las necesidades resultantes.

Tabla 11

Aproximaciones futuras.

Ejes temáticos	Temas
Dimensión ocupacional	Interés y habilidades residuales. Proyecto de vida (lo que me faltó por vivir, sueños vs realidades) a corto plazo cambiante Entrenamiento en ABC y avd. Actividades productivas Actividades vocacionales Actividades espirituales Hábitos y rutinas de ocupacionales Gestión y autogestión
Dimensión cognitiva	Capacitación a cuidador en los casos de dependencia continua. Fortalecimiento de dispositivos básicos de aprendizaje y dispositivos cognitivos superiores de su historia de vida y su cotidianidad. Construyendo identidades a través de la cultura. Hábitos y rutinas de ejercicios cognitivos

Dimensión psicosocial	Re significación de imaginarios en el cuidado. El ciclo vital- desarrollo vital, sentido de la muerte. Comunicación y sistema relacional, tipo de comunicación, relaciones afectivas, apego. Redes, aislamiento, exclusión Emocionalidad y espiritualidad. Trascendencia y cotrascendencia Redes y sistemas, tics Prevención Promoción
Dimensión corporal	Estética, olor, sabor, sentir existir Hábitos y rutinas saludables

Datos obtenidos en el trabajo de campo (Elaborada por la investigadora).

Desde las pedagogías emergentes, la educación no debe ser orientada en virtud a esos dos caminos, si bien objetivo en lo educativo es propender por brindar bases para que el ser humano encuentre un lugar en la sociedad desde esos saberes impuestos o inculcados, se debe pensar un poco en la individualidad, aquella memoria histórica de cada ser, aquella necesidad y saber que alberga el sentir en el trascurso de su ciclo vital, aquello interno que lo mueve y lo identifica para hacer cambios en lo que los rodea. Pero que está ligado siempre a algo que siente, es decir pensar lo educativo desde una autorrealización – autotrascendencia, que conjugue en una correalización y cotrascendencia .

De esta manera una pedagogía emergente debe fundamentarse en laco-construcción colectiva desde la relación en la interacción misma, el objetivo principal debe ser fortalecer la relación que se dan en torno al aprendizaje colectivo cooperativo que facilita la educación, es así como un intercambio de saberes, es de vital importancia y debe caracterizarse por poseer 3 elementos importantes, una construcción en todos los ciclos vitales y con todo los miembro de la familia (intergeneracional), emerger del domicilio e impactar en las redes de las personas que involucre

(educación en casa) y fomentar espacios de aprendizaje significativos desde las dimensiones, necesidades y sentires de los individuos para la re significación.

La didáctica de las pedagogías emergentes debe estar pensada desde la memoria histórica de los actores y desde las necesidades propias del aprendizaje, de esta manera la apropiación del aprendizaje de manera colectiva adquiere identidad y surgen procesos innovadores que propendan en mejoras a la relación.

La pedagogía emergente debe orientarse al buen vivir, vinculado con el contexto se pueda seguir aprendiendo, seguir sintiéndose vivo con lo que se hace, seguir teniendo plenitud y de esta manera generando plenitud en los otros, debe ser una relación orientado al buen vivir.

El ser humano debe reconocer que el saber se encuentra con el otro desde las experiencias en nuestra existencia y se armoniza con mi necesidad y mi interés oculto que generan aprendizajes humanos colectivos realizantes trascendentes, sintientes contruidos desde valores culturales, sociales, emocionales y lejanos aquella lucha de poder, ver la pedagogía emergente de esta manera implica que así la tecnología se encuentre en este nuevo camino el ser que se construye posee la habilidad para involucrarlo en la manera que genere buen vivir en su proceso educativo, esto no debería ser preocupante, más si la manera como esta sociedad va a enajenarse de la verdad y co-construir una “verdad nuestra” en esos espacios de convivir.

6. Conclusiones

- Se evidencia que las teorías en torno al envejecimiento y a la vejez, responden a los imaginarios propios vistos en la práctica, la teoría de la inactividad, del aislamiento, del envejecimiento desde procesos biológicos, son teorías que apoyan los pensamientos de la sociedad desde una categorización negativo y repercute en la forma como la cultura visualiza y excluye el envejecimiento. Estas apuestas son apuestas en las que se debe convertir y re contextualizar, para generar una teoría en torno al envejecimiento desde una transferencia de saber y un fortalecimiento de la identidad del otro a través de la construcción en torno al ciclo de vida.
 - Los imaginarios existentes en la población muestran evidencia falta de conocimiento en torno al envejecimiento activo y el envejecimiento competente desde sus experiencias domiciliarias, puede ser debido a desinformación, falta de promulgación por parte de gobierno, falta de acciones de impacto en la promoción del mismo en las localidades donde se encuentran, como también falta de iniciativa en comprender como se puede vivir la vejez.
 - En los hallazgos en torno la vejez, se denota la necesidad de propiciar otro término al adulto mayor desde sus perspectivas, ya que, viejo, anciano, sienten que son excluyentes y determinan la manera como la sociedad los ve, como a su vez el cuidador siente que al llamarse de esa manera lo ven como un enfermo y la manera como lo juzgan y le exigen desde los procesos de salud, no es congruente con lo que el sabe.
 - La resignificación de la relación cuidador cuidado en el domicilio, es importante en la medida en que se construye desde los sentires de los involucrados, esta debe realizarse desde una apuesta educativa, situada y liberadora que implique la visión de los seres de manera individual como colectiva, como también la contraposición con lo observado en la relación en el domicilio. De esta manera el aprendizaje colaborativo permite generar en los actores respuestas innovadoras
-

propias de sus culturas y desde las necesidades que cada familia contiene, es así como la política pública debe pensarse desde estos hallazgos y desde estos sentires, para generar programas que realmente orienten, generen en los actores un proceso de identificación, corresponsabilidad y participación en la transformación de esta necesidad.

- Es de resaltar que la apropiación de dicho taller en la vida de las personas involucradas permitió dar cambios significativos en aquellos procesos donde se encontraban dificultades si bien en su gran mayoría las personas estaban dispuestas a aprender se encontraba resistencia en la manera como compartían una actividad, cedían las acciones de poder y fomentaban una relación cooperativa desde el aprendizaje mutuo, es así que la definición propuesta en la fundamentación teórica sobre M Foucault es una alternativa significativa y pertinente como punto de partida en la educación en torno al cuidado en el domicilio .

- Pensar en una pedagogía emergente llamada inicialmente “pedagogía de la relación en el cuidado” debe fundamentarse en la co-construcción colectiva desde la relación del cuidar, su objetivo principal debe ser, fortalecer la relación cuidador cuidado en la vejez desde una construcción colectiva y de saberes en torno a procesos emancipatorios que mejoren el buen vivir en los involucrados. Esta pedagogía debe caracterizarse por poseer 3 elementos importantes, una construcción en todos los ciclos vitales y con todos los miembros de la familia (intergeneracional), emerger del domicilio e impactar en las redes de las personas que involucre (educación encasa) y fomentar espacios de aprendizaje significativos desde las dimensiones, necesidades y sentires de los individuos para la resignificación del acto de cuidar.

- La didáctica de “la pedagogía de la relación en el cuidado” debe estar pensada desde la memoria histórica de los actores y desde las necesidades propias del aprendizaje, de esta manera

la apropiación del aprendizaje de manera colectiva adquiere identidad y surgen procesos innovadores que propendan en mejoras a la relación.

- El factor socioeconómico es de gran preocupación, debido a la mayoría de la población no reciben ingresos, los adultos mayores no poseen pensión y el cuidador no trabaja. El taller 9, 11 y 12, denoto la importancia de la gestión y la autogestión para fortalecer este proceso debido a la promoción del reconocimiento en redes y su identidad como ser sabedor en interacción con la comunidad; género en ellos acciones de emprendimiento visibles en actividades productivas, gestionadas desde la misma comunidad y dentro de las cuales se encontraron, el cuidado de niños, el compartir de saberes de platos típicos, entre otras. Lo que llevo al reconcomiendo en la comunidad desde su ser, saber y hacer.
 - Se sugiere pensar y considerar como desde la política se pueden generar espacios de emprendimiento, para promover en ellos la capacidad de potencializar la gestión y autogestión en las redes, desde actividades productivas domiciliarias y los saberes que posee el núcleo familiar que se encuentra en la relación de cuidado domiciliario.
 - El estudio fenomenológico empírico y la metodología propuesta permitió detallar el sentir de la población, las necesidades, problemáticas y propiciar procesos de aprendizaje desde la memoria histórica en los ciclos vitales, los imaginarios creando un aprendizaje significativo, la afinación de la conciencia y el buen vivir como resultado de esta experiencia.
 - Se debe pensar a futuro con continuar talleres comunitarios que promuevan lo aprendido lo realicen las personas involucradas con otros pares que presenten estas necesidades, así como su vez abarcar otros temas como la muerte.
 - Se debe pensar en un envejecimiento colectivo, y eso implica educar en torno al envejecimiento de manera intergeneracional probablemente la corresponsabilidad en el cuidado
-

frente a dependencias severas o enfermedades sea un cuidado compartido y no solo involucre a un miembro de la familia, ya que la familia posee aprendizajes previos sólidos y significativos que redunde en una cultura en torno al envejecimiento.

- Si bien no podemos detener las consecuencias biológicas del ciclo de vida, si es posible hacer que esta se planifique , organice y resignifique en torno a las diversas formas de convivir en la vejez, el domicilio, los hogares geriátricos, los hogares gerontológicos no deben ser la única manera en la que ubiquemos a los adultos mayores, el aislamiento no es una manera de promover el buen vivir ni de crear conciencia en torno a esto, se deben pensar en escenarios diversos y congruentes a las necesidades que arroja este proyecto, un ejemplo es vincular los adultos mayores dentro de entornos educativos institucionales desde la primera infancia; donde puedan compartir saberes culturales y permitan afianzar desde las experiencias familiares las identidades familiares, desde el reconocimiento desde su ser.
 - La labor del cuidador debe ser valorada y respetada, un cuidador no debe ser segregado por los demás familiares ni por un proceso de salud cuando se lucha por el derecho del otro, o ese compañero de vida como ellos lo llamaron en los talleres; debe adquirir mayor significado por la labor y el sentido del cuidar. Ser cuidador debe ser un orgullo y un reto en el que todos quieren participar, pero todo esto depende en la manera como eduquemos el entorno, como se respete al otro en su diferencia y se incluya desde los diversos saberes; además, como se asume el auto- cuidado y mi identidad en construcción con lo que hago. De esta manera se abarca la visión de un cuidado y envejecimiento colectivo y no individual pensado desde los actores y para los actores, con gran sentido transformador.
-
- |

7. Referencias Bibliográficas

- Acosta, A. (2013). *El Buen Vivir: SumakKawsay, una oportunidad para imaginar otros mundos*. Barcelona: Icaria.
- Agudo s, (8 de agosto del 2008), La educación social y las personas mayores: reconstruyendo identidades, recuperado de [<http://www.eduso.net/res/?b=11&c=100&n=314>].
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2010). Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025. Bogotá: Secretaría Distrital de Integración Social.
- Arias, C. (2009). Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina. En: Huenchuan S. Roqué M. Arias C. Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis? (pp.29-68). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Arias, C., & Pavón, M. (2012). La autoeficacia en el proceso de envejecimiento.
- Asociación Interdisciplinaria de Gerontología - AIG de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas - FNUAP y Fundación Santillana para Iberoamérica (2003). Colombia envejece. Vámonos preparando. Implicaciones e impacto del envejecimiento demográfico. Última consulta: 31 de enero de 2018: <http://fundacioncepsiger.org/nuevosite/wpcontent/uploads/2012/09/Colombia-envejece-1-octubre-2003-version-revisada.pdf>
- Bernstein, B., Santomé, T., & Manzano, P. (1998). *Pedagogía, control simbólico e identidad: teoría, investigación y crítica* (No. 316.74: 37). Morata.
- Bruzzone, D. (2008). *Pedagogía de las alturas. Logoterapia y educación*. Ediciones Lag.
-

- Bruzzone, D. (2010). *Hacerse persona, un enfoque fenomenológico*. Ediciones lagBruzzone, D.
- (2011). *Afinar la conciencia. Educación y búsqueda de sentido a partir de Viktor E. Frankl*. Ediciones san pablo.
- . Cardona D, Segura A, Berbesí D, Agudelo M. (2013) Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *RevFacNac Salud Pública*.; (pp.30-39).
- CELADE-CEPAL (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Comer, J. P. (1984). Home-school relationships as they affect the academic success of children. *Education and urbansociety*, 16(3), 323-337.
- Fajardo, M. y Rincón, M. J. (2003). Demografía del envejecimiento y sus implicaciones en sectores claves de la sociedad colombiana (pp. 57-102). En L. Wartenberg (Comp.). *La cátedra abierta en población 2000-2001*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (Roger G.J. 2010).
- Fernández-Ballesteros, R. (2002): *Envejecer bien*. R. Fernández-Ballesteros (Dir.). *Vivir con Vitalidad Vol.1.*. Madrid: Pirámide.
- Fores A. y subías E. (2014) *pedagogías emergentes 14 preguntas para el debate, Hacia donde vamos con las pedagogías emergentes*
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. p.62)
-
- |

Fundación “La Caixa”. (2008) Un cuidador. Dos vidas. Programa de atención a la dependencia.

Apoyo al cuidador familiar. Barcelona. Disponible en:

<http://www.aspacegi.org/upload/Un%20Cuidador.%20Dos%20vidas.pdf>.

Giraldo CI, Franco GM, Correa LS, Salazar MO, Tamayo AM. (2005) Cuidadores familiares de ancianos: Quienes son y cómo asumen este rol. *RevFacNac Salud Pública.*; (pp.7-15).

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación.

Kellaghan, T., Sloane, K., Alvarez, B., & Bloom, B. S. (1993). *The home environment and school learning: Promoting parental involvement in the education of children*. Jossey-Bass.

MartínezM; Chamorro E. (2011), historia de la enfermería. Editorials.a. elsevier españa

Ministerio de Comunicaciones y Centro de Psicología Gerontológica – CEPISIGER (2004)

Envejecimiento, Comunicación y política, Bogotá, D. C., Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social-Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016).

Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. Colombia. 476p.

Ministerio de Salud y Protección Social-Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016).

Encuesta SABE Colombia: Cuidado y personas cuidadoras familiares. PREGRAF IMPRESORES S.A.S Bogotá, D.C. Colombia. 72p.

Navarro, S. H. (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina* (Vol. 51). United Nations Publications.

- Orrego I (2016). pedagogíapraxeológica y social: hacia otra educación, Educación para el desarrollo en zapatos latinoamericanos: apuestas ético-epistémicas para una educación social y crítica, cap. 7 (p.p180-256).
- Orrego I, (2018), Seminario pedagogías emergentes, maestría en innovaciones sociales en educación, Uniminuto, Bogotá.
- Pinquart M, Sorensen S. (2007) Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B PsycholSciSocSic.* ;(pp.126-137).
- Rodríguez, P (2013), La atención integral centrada en la persona. Colección “Papeles de la Escuelas Domiciliarias, Madrid.
- Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A. L., & Ramírez-Pérez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 11(4), 145-153.
- Rogero CJ. (2010) Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMSERSO.
- Rogero-García, Jesús. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, (pp. 47-50).
- Souza J. (2013), Pedagogías decoloniales, pedagogía de la felicidad, tomo 1 (pág. 469- 509)
-
- |

- Swap, S. M. (1993). *Developing Home-School Partnerships: From Concepts to Practice*. Teachers' College Press, Columbia University, 1234 Amsterdam Avenue, New York, NY 10027 (cloth--ISBN-0-8077-3231-1).
- Viveros Madariaga, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. CEPAL
- Walsh, C. (2013). Lo pedagógico y lo decolonial. Entretejiendo caminos. C. Walsh, *Pedagogías decoloniales*. Quito: Abya-Yala.
- Walsh, C. (2009). Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des) de el in-surgir, re-existir y re-vivir. *Entre Palabras. Facultad Humanidades y Ciencias de la Educación (4)* Recuperado de: <http://www.compitecuador.org/wp-content/uploads/2017/09/Interculturaliad-y-decolonialidad.pdf>.
- Zamarrón, M. D. (2007). Envejecimiento activo. *Infocop Online*.
- Zambrano-Domínguez M, Guerra-Martín M. (2012) Formación del cuidador informal: Relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. Apachán.; (pp. 241-251).
- .

9. Anexos

9.1 Instrumentos

Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de	

	su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	



Escala de Barthel

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse.	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

9.2 Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Brenda María Pérez Martínez, de la Corporación universitaria UNIMINUTO. La meta de este estudio es, identificar alternativas pedagógicas emergentes en la relación cuidador – cuidado en la vejez, que promuevan el buen vivir.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso, como también aportar activamente en la participación de 12 taller vivenciales, donde usted podrá decir libremente su sentir en torno a la relación de cuidar en la vejez. Esto tomará aproximadamente 2 horas por cada taller y se realizara en compañía con las personas que habitan su domicilio los días domingos. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario, la entrevista y los talleres vivenciales serán codificadas usando un número concepto general, cuidador, adulto mayor y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista y participar en un taller , lo cual tomará aproximadamente _____.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

9.3 Evidencias

