

**PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN: “PROGRAMA CUIDANDO AL CUIDADOR DE
LAS PERSONAS MAYORES” EN EL MUNICIPIO DE CALDAS ANTIOQUIA, 2023**

ESTUDIANTES

**ANDRES EDUARDO MENA LEMOS
DIANA SOLEDAD PINO
GREISY ALEXANDRA ECHEVERRY PABA
YULIET LINDELY MONTOYA TANGARIFE**

ASESOR

**SEBASTIÁN BEDOYA MEJÍA
DOCENTE FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2023**

Agradecimientos

Para este proyecto los agradecimientos son primero a Dios por permitirnos el logro y terminación de esta especialización a cada uno de nosotros, a nuestras familias, por la paciencia de esperarnos en los tiempos que no pudimos compartir con ellos y ayudarnos en el reto de superación, pues es un logro más que aporta a nuestra formación y al fortalecimiento del conocimiento, el cual nos hace seres humanos más sensibles y humanos cuyas bases servirán a mejorar la salud y bienestar de muchas Personas Mayores para el mundo y en especial a las Personas Mayores del Municipio de Caldas.

Agradecer a la Universidad CES por aportar a nuestra formación, a los docentes que nos han servido de guía como mentores inspiradores a seguir con nuestro compromiso y aprendizaje, al docente asesor de este proyecto Sebastián Bedoya Mejía quien, con su apoyo constante, su excelente gestión y conocimiento logramos hacer este proyecto realidad. Agradecer a la secretaría de Salud, al Centro vida Gerontológico y a los cuidadores de las Personas Mayores del Municipio de Caldas por su aceptación y participación incondicional para la materialización de este proyecto investigativo.

Tabla de contenido

Tabla de contenido	3
Listado de tablas	5
Listado de figuras	5
Resumen	7
1 Formulación del problema	8
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Justificación	1
1.3 Pregunta de investigación	3
2 Marco teórico	4
2.1 Antecedentes	4
2.1.1 Cuidador	4
2.1.1.1 Riesgos de los cuidadores	5
2.1.1.2 Factores de exposición	6
2.1.1.3 Definiciones de cuidador.....	6
2.1.1.4 Cuidador en salud	7
2.1.1.5 2.3.4. Clasificación cuidador	7
2.1.1.6 Carga del cuidador	8
2.1.1.7 Necesidades de atención al cuidador	9
2.1.2 Centros de cuidado	9
2.1.2.1 Centro de Bienestar del Adulto Mayor “Centro Vida” del Municipio de Caldas, Antioquia.	10
2.1.2.2 Componentes de los centros de cuidado	10
2.1.3 Personas Mayores.....	11
2.1.3.1 Cuidado de la Persona Mayor.....	12
2.1.4 Factores de riesgo del Adulto Mayor.....	12
2.1.5 Programas de cuidadores.....	12
2.1.5.1 Cuidando a los cuidadores de las Personas Mayores. Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica.....	14
2.1.5.2 Cuidando al cuidador: Programa cuídate para cuidar	14
2.1.5.3 Cuidando al cuidador: Programa INFOSA (Información, formación y apoyo social al cuidador de personas mayores dependientes).....	15
2.2 Marco conceptual	15
2.3 Marco normativo	18
2.3.1 Internacionales	18

2.3.2	Nacionales	18
2.3.3	Locales	19
2.4	Marco contextual.....	19
3	Objetivos.....	21
3.1	Objetivo general.....	21
3.2	Objetivos específicos	21
4	Metodología.....	22
4.1	Tipo y enfoque de estudio	22
4.2	Población	22
4.2.1	Población de estudio.....	22
4.2.2	Criterios de inclusión.....	22
4.2.3	Criterios de exclusión	22
4.3	Muestra.....	22
4.4	Variables.....	23
4.5	Tabla de variables	23
4.6	Instrumentos y fuentes de información	27
4.7	Análisis de la información.....	27
4.8	Control de errores y sesgos	27
4.8.1	Sesgo de información.....	28
4.8.2	Sesgo del instrumento.	28
5	Consideraciones éticas	29
6	Resultados.....	30
6.1	Caracterización social y demográficamente a las personas cuidadoras de los Adultos Mayores sujetos de cuidado.....	30
6.2	Identificación de los principales factores relacionados con la carga subjetiva del cuidador.	36
6.3	Propuesta de implementación del programa cuidando al cuidador.....	41
6.3.1	Análisis del contexto identificado en el territorio	41
6.3.2	Propuesta de implementación y acciones a desarrollar en el territorio	45
7	Bibliografía.....	53
8	Anexos	60
8.1	Directorio red de apoyo del municipio	60
8.2	Guía del proceso de entrevista.....	61
8.3	Consentimiento informado.	64

Listado de tablas

Tabla 1. Matriz del problema.....	10
Tabla 2. Localidad.....	19
Tabla 3. Variables sociodemográficas.....	23
Tabla 4. Calidad de vida.....	24
Tabla 5. Agregar las variables Zarit.....	26
Tabla 6. Características Sociodemográficas de los cuidadores de las Personas Mayores.....	30
Tabla 7. Característica de las viviendas de los cuidadores.....	30
Tabla 8. Apoyo social funcional.....	31
Tabla 9. Descripción de dependencia percibida por el cuidador para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales del sujeto de cuidado.....	32
Tabla 10. Nivel de dependencia del sujeto de cuidado y las características del cuidador en su rol de cuidado.....	33
Tabla 11. Escala de carga del cuidador de Zarit.....	34
Tabla 12. Caracterización sociodemográfica según el grado de sobrecarga del cuidador.....	37
Tabla 13. Condiciones de vivienda y saneamiento básico según el grado de sobrecarga.....	38
Tabla 14. Vínculos de cuidado y redes de apoyo según el grado de sobrecarga.....	39
Tabla 15. Demanda del cuidado según el grado de sobrecarga.....	39
Tabla 16. Condiciones para la práctica del cuidado según el grado de sobrecarga.....	40

Listado de figuras

Figura 1. Diagrama sagital de relación entre variables dependientes e independientes.....	23
Figura 2. Sobrecarga del cuidador.....	35
Figura 3. Modelo de autocuidado para los cuidadores de las Personas Mayores del municipio de Caldas, Antioquia, 2023.....	45
Figura 4. Recomendaciones para realizar en cada uno de los 4 momentos encontrados.....	46

Abreviaturas

ABC: actividades básicas cotidianas

CEPAL: Comisión Económica Para América Latina Caribe

CIOMS: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

CPSAM: Centro de Protección Social al Adulto Mayor

EAPB: Empresa Administradora de Planes de beneficios

EPS: Entidad Promotora de Salud

INFOSA: Información, formación y apoyo social al cuidador de Personas Mayores dependientes

IPS: Institución prestadora de Salud

MIA: Modelo Integral de Atención

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

PM: Persona Mayor

RIAS: ruta integrada de atención en salud

SISBEN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

ZARIT: instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes.

SSSA: Secretaría Seccional de Salud de Antioquia

RAE: Real Academia Española

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

HABEAS DATA: acción constitucional que puede ejercer cualquier persona incluida en un registro de datos para acceder al mismo y recabar la información que le afecte, así como para solicitar su eliminación o corrección si tal información fuera falsa o estuviera desactualizada.

Resumen

Introducción: desde 1950 la población mundial ha experimentado cambios significativos en el tamaño y la composición de sus grupos por edades debido a la mejora en las condiciones de bienestar, el avance de la ciencia, la tecnología y la medicina basada en evidencia (1), viéndose representados en el aumento considerable de la esperanza de vida y en la mejora generalizada de la longevidad. La mirada de cuidado al cuidador es una necesidad mundial, por su trabajo de vital importancia para la salud pública y el trabajo decente, con o sin remuneración. El desafío es para los gobiernos, la sociedad, los empresarios, los sindicatos y la familia que deberán implantar políticas que mejoren el trabajo de cuidado se plantea un **Objetivo** para diseñar una propuesta de implementación del programa “Cuidando al cuidador de las Personas Mayores” en el municipio de Caldas - Antioquia, 2023. **Metodología:** Estudio cuantitativo de tipo transversal con intensión analítica y ámbito en el municipio de Caldas, Antioquia, con una muestra conformada por veinte nueve (29) cuidadores empíricos principales de Personas Mayores en situación de dependencia inscritos en el programa Centro Vida del municipio. **Resultados:** El 37,9% de los cuidadores presenta algún grado de sobrecarga subjetiva del cuidado. El 79,31% de los cuidadores se identificaron con el género femenino, el 88.9% de los cuidadores sin sobrecarga ya que cuentan con una red de apoyo para el cuidado mientras que el 50% de los cuidadores que tienen algún grado de sobrecarga no cuentan con tal apoyo (valor de p e intervalos de confianza). El 83.3% de los cuidadores con sobrecarga y el 61.1% de los que no tienen sobrecarga aseguran no contar con los conocimientos necesarios y suficientes para brindar el cuidado a las Personas Mayores de una manera eficaz. **Conclusión:** Con respecto a la demanda del cuidado según el grado de sobrecarga, se evidencia que, el 50% de los cuidadores que tienen algún grado de sobrecarga consideran que la demanda del cuidado es alta, el 16.7% moderada y el 25% baja, mientras que, los cuidadores sin sobrecarga consideran la demanda de cuidado como alta en un 50%, moderada en un 27.8% y baja en un 16.7%. Los sujetos de cuidado de los cuidadores con algún grado de sobrecarga requieren apoyo en cuanto a algunas actividades de la vida diaria, ayuda para la administración de medicamentos y acompañamiento emocional.

Palabras Claves: Carga del Cuidador, cuidador de la Persona Mayor, salud del anciano.

1 Formulación del problema

1.1 Planteamiento del problema

Desde 1950 la población mundial ha experimentado cambios significativos en el tamaño y la composición de sus grupos por edades debido a la mejora en las condiciones de bienestar, el avance de la ciencia, la tecnología y la medicina basada en evidencia (1), viéndose representados en el aumento considerable de la esperanza de vida y en la mejora generalizada de la longevidad. Esta situación no es ajena a países como Colombia, cuyo índice de fecundidad pasó de 3.08 a 1,81 hijos por cada mujer entre 1985 y 2018 (2), y la proporción de población Adulta Mayor pasó del 6,9% al 13,8% entre 1985 y 2020 (3), por lo que es evidente que Colombia es un país en transición demográfica que ha envejecido y que continuará haciéndolo hasta alcanzar una proporción superior al 16% para 2030 según proyecciones realizadas por la CELADE, la División de Desarrollo Social de la CEPAL (2).

El acelerado crecimiento de la población Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) mayor en condiciones de dependencia ha tenido implicaciones sociales y económicas expresadas en el desmejoramiento de su calidad de vida, que se expresa en altas tasas de pobreza, dado que el 75.3% de ellos se ubica en los niveles I y II del SISBEN. Siendo la mayor población Adulta Mayor de sexo femenino, que la población de sexo masculino, para el 2008 el porcentaje de sexo masculino era de 45.0% y de sexo femenino el 55.0%, y ya comparando con el año 2011 la población masculina sube 1.3% y la femenina baja este mismo 1.3% (4).

La población total del municipio de Caldas para el año 2020 es de 83.423 de las cuales 13.514 personas son mayores de 60 años y representan el 16.1% de la población según grupo señor con 5.874 hombres y 7.640 mujeres estando ubicados tanto en área urbana como rural y con un índice de dependencia económica mayor de 16.71% (5).

A nivel nacional tenemos que un 39% de la población mayor de 60 años con discapacidad y según el CIE 10 el 28.4% son enfermedades del sistema circulatorio, el 10.2% enfermedades endócrinas nutricionales y metabólicas, el 9.7% enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, el 8.4% del sistema genitourinarios, el 7.2% del sistema digestivo, el 6.1% enfermedades del ojo, enfermedades del sistema respiratorio 5.9%, trastornos mentales y del comportamiento 4.5%, enfermedades del sistema nervioso 3.9%, 15.6% otras enfermedades (6). En el municipio de Caldas escogimos 29 cuidadores para exponer la propuesta de cuidando al cuidador de las Personas Mayores. Ellos cuidan a una población aproximada de 40 adultos, durante los siete días de la semana. Y aunque según la resolución 8333 de la secretaria de Salud Departamental del 21 de octubre de 2004, debe haber un cuidador por cada 12 Personas Mayores, si hacemos un cálculo de numero de cuidadores institucionalizados, se requiere más de 500 cuidadores, pero como la mayoría no está institucionalizada el requerimiento es mucho mayor porque en promedio un cuidador cuida a una Persona Mayor al día.

En cuanto al contexto familiar en el municipio está en promedio compuesta por cuatro miembros, la población de Caldas es de 83.423 habitantes, se infiere que hay 21.846 familias y de este número cada 3.5 familias tienen un Adulto Mayor de 60 años con algún grado de discapacidad que requiere cuidador. No se referencia una remuneración del cuidador familiar, no se cuenta con un entrenamiento adecuado, lo que conlleva a un deterioro de la salud del cuidador y, posiblemente, una mala atención de la persona sujeto del cuidado. Las condiciones de salud y garantías prestacionales ni de salud del cuidador no asalariado son inadecuadas ya que no cuentan con ninguna protección de salud, ni fondo de pensiones y por eso no tienen incapacidades, ni otras prestaciones sociales.

Con el programa para los cuidadores de las Personas Mayores se deben implementar estrategias que promuevan la Promoción y el mantenimiento de su salud, pues dedicarse al cuidado permanente y prolongado conlleva a tener aparición de las alteraciones y deterioro de enfermedades físicas, enfermedad mental como la depresión, aislamiento social, pérdida de la familia o pareja, abandono de los hijos, conflictos familiares, dificultades económicas y el abandono de su propio cuidado. Además; su labor no se limita al acompañamiento sino también a la ejecución de tareas del hogar de las cuales depende la persona a su cuidado por lo que es, necesario re direccionar los esfuerzos gubernamentales y de la sociedad civil para que las políticas públicas de envejecimiento y vejez estén centradas en el cuidado no solo de las personas mayores, sino también de los cuidadores.

Las personas cuidadoras de Personas Mayores cobra fuerza cuando se evidencia que la asistencia del Estado no es suficiente para dar respuesta a las necesidades de atención o supervisión de las Personas Mayores con dependencia en las actividades de la vida diaria (7), los problemas de cobertura en protección social y la carencia de programas de atención acordes a las características y necesidades se constituyen en enormes vacíos que obligan a las redes de apoyo a asumir responsabilidades que a veces exceden su capacidad de respuesta.

En los pocos estudios que van dirigidos al entendimiento de quienes cuidan a la población adulta se ha identificado que regularmente son los mismos familiares quienes asumen este rol, siendo la familia el principal núcleo de la sociedad y la principal red de apoyo social (8), lo cual no solo supone un reto para las familias sino también para la sociedad en general, ya que para ser cuidador no solo se asume un compromiso con el otro sino también consigo mismo (9). Dentro de este ámbito han sido las mujeres quienes mayoritariamente han asumido esta tarea. Las diferencias de género no sólo son evidentes en la proporción de mujeres y hombres que asumen el papel de personas cuidadoras, también existen diferencias en las propias características del cuidado que prestan. Las mujeres cuidadoras asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención básicos e instrumentales, y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia. Aunque la vejez no debe ser asociada directamente con la presencia de discapacidad, el deterioro asociado al proceso de envejecimiento en algunos individuos obliga a pensar en la forma en que las personas cuidadoras están dando respuesta a las necesidades de cuidado de la persona a su cargo, además de considerar las consecuencias que para la salud física, emocional y social de las

personas que cuidan puede significar el enfrentarse al cuidado de una persona dependiente sin el conocimiento, guía y apoyo necesarios.

Este envejecimiento se da en un contexto de desigualdades y niveles bajos de desarrollo económico en comparación con otros países e incluso continentes (10), asimismo, representa un aumento de la prevalencia en enfermedades crónicas no transmisibles, degenerativas e incapacitantes (11) por lo que supone grandes retos desde la esfera política, económica, social y cultural, pues la vejez al igual que la primera infancia, requieren de especial protección y cuidado por la vulnerabilidad inherente en los extremos de la vida (12). Necesidad que surge de la pérdida, en el caso de las Personas Mayores, de la autonomía para realizar las actividades funcionales de la vida diaria, la cual puede ser secundaria a la disminución progresiva de la capacidad funcional o a la presencia de discapacidades (13).

Si bien la vejez no es directamente proporcional a la presencia de discapacidad (13), el proceso de envejecimiento en algunos casos sí genera la necesidad de pensar en la forma en que las personas cuidadoras están dando respuesta a las necesidades de cuidado de la persona a su cargo, por lo que una vez entredicha la correlación que existe entre la edad y la necesidad de cuidado, es necesario volcar la mirada hacia los cuidadores de ese grupo poblacional, pues juegan un papel fundamental en las dinámicas sociales de estos grandes cambios sociodemográficos (6) al ser en primera medida los garantes de su bienestar. Esto a su vez, supone un gran efecto en el ejercicio del rol que a largo plazo tiene el potencial de convertirse en negativo y en un mayor impacto en el sistema de salud desde una mirada económica, pues para el sistema el cuidador se visualiza como el dador de cuidado y también como sujeto de cuidado (14).

Tabla 1. Matriz del problema

Problema	A quién afecta	Dónde se localiza	Por qué es importante (efectos)	Cómo se explica (causas)
Sobrecarga del cuidador.	Cuidadores primarios	Caldas - Antioquia	Ansiedad Depresión Enfermedades cardiovasculares	Falta de capacitación Cuidadores informales, bajos ingresos socio-económicos, dependencia, edad avanzada Falta de red de apoyo
Enfermedades Crónicas	Cuidadores primarios	Caldas - Antioquia	Aumenta el riesgo de mortalidad, afectación emocional, sobre costo al sistema de salud, alta probabilidad de abandono al Adulto Mayor, sobrecarga al cuidador, afectación emocional, disminución de los ingresos	Edad, Sexo, antecedentes familiares, raza, estrés, La ingesta o toma de medicamento, falta de personal capacitado o entrenado baja accesibilidad a los servicios de salud, Tabaquismo, Sedentarismo – obesidad y alcohol.
Ansiedad	Cuidadores primarios	Caldas - Antioquia	Afectación emocional, sobre costo al sistema de salud, afectación a la población. sobrecarga al cuidador	Soledad Carga laboral Problemas económicos Poco apoyo emocional

1.2 Justificación

El aumento de la expectativa de vida es un gran logro en el crecimiento de las Personas Mayores a nivel mundial, y con ello la demanda sociosanitaria de cuidado. La directora de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), Carissa F, expresa que “para muchos esto viene acompañado por enfermedades crónicas y discapacidad que, en muchos casos, afectan la capacidad de las personas de ser autosuficientes”(15).

La mirada de cuidado al cuidador es una necesidad mundial, por su trabajo de vital importancia para la salud pública y el trabajo decente, con o sin remuneración. El desafío es para los gobiernos, la sociedad, los empresarios, los sindicatos y la familia que deberán implantar políticas que mejoren el trabajo de cuidado. “Si no se afrontan de manera adecuada, los déficits actuales en la prestación de servicios de cuidado y su calidad crearán una grave e insostenible crisis del cuidado a nivel mundial y aumentarán más aún la desigualdad de género en el trabajo y los determinantes sociales” según expresa Carissa (16).

En diferentes estudios sobre el cuidador informal de Personas Mayores, en artículos publicados entre 1997-2014, se encontró que “hasta un 22% de las Personas Mayores de 65 años requerirían de un cuidador o acompañante que los apoye en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD)”(17).

El análisis de la situación de salud (ASIS) del municipio de Caldas, se encontró que las principales discapacidades son las físicas con un 24,90% y las del sistema nervioso con un 26,33%, con una mayor prevalencia en personas entre los 55 años y más (18). Situación que incide en un alto número de cuidadores informales a los cuales se les debe prestar atención de cuidado por el alto riesgo de desmejorar su salud por el rol desempeñado. La literatura muestra que el cuidador principal está en riesgo de presentar depresión, sobre carga, alteración del sueño, trastornos nerviosos, disfunción social, enfermedades osteomusculares, ansiedad, soledad, situaciones de aislamiento, y hasta perder el sentido a la vida misma.

Teniendo en cuenta lo anterior y el alto índice de personas mayores del municipio de Caldas, esta investigación busca hacer una propuesta de implementación de programa Cuidando al Cuidador de Personas Mayores. La propuesta implica dejar caracterizados a un número significativo de cuidadores a los cuales se les aplicará encuesta sociodemográfica, encuesta de calidad de vida y test de Zarit, los cuales serán analizados para identificar características y necesidades de los cuidadores de Personas Mayores de Caldas y a su vez, emitir concepto o propuesta de intervención, en temas de prevención y mantenimiento de su salud a través del autocuidado.

Con esta investigación nos damos cuenta de que la mayoría de las personas que cuidan son informales y, a la fecha, se desconoce si existe una red de apoyo o una academia formativa, que fortalezca el rol de cuidador informal; Además, el proyecto se beneficiará aproximadamente 6.114 Personas Mayores de 60 años con alguna discapacidad y, a su vez, para mejorar las condiciones laborales y sociales de los cuidadores. Con la formación de los cuidadores se contribuye a identificar y a mejorar las competencias de cuidado de las Personas Mayores.

También se busca implementar una adecuada atención con profesionales o personas idóneas con conocimientos técnicos en cuanto al manejo de actividades de desarrollo físico, mental y social hacia la Persona Mayor, se disminuirá los riesgos geriátricos identificados como los, “grandes síndromes geriátricos, también conocidos como “los 4 gigantes de la Geriátrica incluyen: inmovilidad, inestabilidad-caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo” (19).

El objetivo es caracterizar y dejar un programa para capacitar y dar pautas de cuidado y autocuidado a los cuidadores formales que incluya al esparcimiento, fomento de coach para el cuidador, carga laboral, apoyo en salud mental y otras actividades.

Caldas desde el Plan de Desarrollo “Caldas Territorio Transformador año 2020 – 2023”, en el componente 8 población con discapacidad y Adulto Mayor contempla dos indicadores que apuntan al tema de los cuidadores de forma indirecta, como estrategias para la intervención integral a las personas mayores y en situación de discapacidad (20). Y aportar a la “generación de la ruta de atención intersectorial para el Adulto Mayor y en situación de discapacidad, sus familias y cuidadores, con el fin de incluirlos dentro de la oferta programática sectorial”.

Al indagar sobre las acciones realizadas por la secretaria de salud dependencia encargada de los programas sociales, discapacidad y Adulto Mayor del municipio de Caldas, en el tema de cuidadores, manifiestan que el municipio no cuenta con un programa dirigido a los cuidadores y que ambos programas tienen la necesidad de acompañar y fortalecer a los cuidadores.

En el momento se tiene identificado 29 personas cuidadoras de Personas Mayores, y se tiende a aumentar la cifra al iniciar el proceso de caracterización y CENSO. Los 29 cuidadores identificados comparten algunas características principales entre ellas: parentesco con el sujeto de cuidado, casi nunca descansan, ninguno ha recibido información sobre cuidado y todos son cuidadores principales, además ninguno tiene la capacidad de pago para una institución.

Las Personas Mayores del municipio de Caldas, en un alto porcentaje no cuentan con recursos para contratar a una persona o pagar una institución idónea con capacidad locativa para el cuidado, razón por la cual esta labor es delegada a un familiar sin la formación necesaria para cumplir con el rol de cuidador. Uno de los propósitos y/o estrategias con el programa cuidando al cuidador es dejar una propuesta clara y definida en formación y así generar conocimiento e ideas para la orientación y la atención en cuidados. Si los cuidadores no están bien cuidados y apoyados, pueden sufrir estrés, agotamiento y problemas de salud, lo que puede llevar a una reducción en la calidad del cuidado que proporcionan a la Persona Mayor y, en última instancia, a la disminución de su calidad de vida.

Los cuidadores de Personas Mayores se dedican tiempo completo a su papel de cuidador, lo que hace que tengan menos tiempo y recursos para cuidar de su propia salud y bienestar. El cuidado de una Persona Mayor puede ser una tarea emocional y físicamente exigente, y los cuidadores pueden experimentar estrés, ansiedad y depresión como resultado. También pueden tener dificultades financieras si necesitan dejar de trabajar o reducir su carga laboral para cuidar de alguien.

Cuidar a las Personas Mayores implica proporcionar apoyo emocional, educación, recursos y servicios de apoyo para ayudar a los cuidadores a manejar la carga emocional y física del cuidado.

Ante la demanda de cuidado de las Personas Mayores del municipio de Caldas, la necesidad de los cuidadores de hacer bien su rol, y ante los lineamientos de la Política Pública de envejecimiento humano y vejez se debe velar por una atención integral de las Personas Mayores. Es necesario implementar el programa, para brindar herramientas, recursos y oportunidades para continuar prestando cuidados sin comprometer su propio desarrollo personal, como también fomentar la corresponsabilidad familiar y amiga ante la demanda de cuidado.

Los estudios muestran que ser cuidador informal por la responsabilidad y muchas horas dedicadas al cuidado de su familiar enfermo, se asocia a resultados negativos para la salud, como un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, niveles más bajos de bienestar subjetivo y salud física de los no cuidadores. “Con frecuencia experimentan altos niveles de estrés, ansiedad, depresión y agotamiento, poca interacción social y cambios en su dinámica familiar. Todo lo anterior puede poner en peligro el bienestar físico, psicológico, emocional y funcional de los cuidadores.”(21).

1.3 Pregunta de investigación

¿Cómo se pueden mejorar las condiciones de salud del cuidador de las Personas Mayores de acuerdo a las necesidades identificadas?

2 Marco teórico

2.1 Antecedentes

En 1996 y como respuesta a las demandas del país con el cambio del perfil epidemiológico, se propone una nueva área de trabajo que responda al fenómeno creciente de cronicidad. Así se conforma el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico, reunido por intereses de desarrollo de la docencia, la investigación y la extensión universitaria. Sus integrantes con formación en niñez, cuidado del adulto, Gerontología, familia y gerencia propusieron a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia la creación de una nueva área de estudio para hacer énfasis e investigación en el cuidado del paciente crónico y su familia (22).

Entre 1996 y 2005, se realizaron 72 estudios en el área, en los que se han mirado aspectos de los cuidadores en el ámbito nacional e internacional. Según ellos, se caracteriza por evidenciar quiénes son los cuidadores: género, edad, estado civil, escolaridad, estrato, forma de inicio, tiempo de experiencia, horas al día y ayuda/carga con que cuentan, igual que el nivel de funcionalidad de la persona a su cargo. Se han identificado las problemáticas familiares y personales, las experiencias vividas, los sistemas de soporte, la calidad de vida y se ha avanzado de manera importante en los aspectos conceptuales (22).

Este modelo ha sido construido con base en la observación sistemática de los cuidadores, y teniendo en cuenta sus características y la forma como ellos responden a diferentes intervenciones convencionales e innovadoras de apoyo para el desarrollo de habilidades de cuidado que se ha venido implementando entre el 2003 y el 2007 (22).

El modelo de cuidado a los cuidadores de personas con enfermedad crónica, fue diseñado en respuesta a los hallazgos identificados en múltiples investigaciones de la sublínea de cuidado al paciente crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y, en especial, aquellas que documentan la necesidad de apoyo por parte de los cuidadores familiares (treinta y siete trabajos de grado del Programa de Enfermería, un trabajo final de la Especialización en Salud Familiar y diez Tesis de Maestría en Enfermería en Área de Énfasis en Cuidado al paciente crónico y Salud Familiar de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia) (22).

Su objetivo es responder a la búsqueda de alternativas de cuidado para los cuidadores Latinoamericanos de personas con enfermedad crónica que mientras apoyen la construcción de conocimiento, permitan dar respuestas a sus necesidades múltiples y particulares. Para el proceso se ha incluido la evidencia disponible en el ámbito mundial (22).

2.1.1 Cuidador

Es la persona que acompaña y apoya a otra en un proceso, generalmente, enfermedad o discapacidad. Es quien ejerce el rol de apoyo a la persona cuidada, tanto en sus actividades instrumentales, como en sus acciones de la vida diaria y que, además, realiza la supervisión de las conductas del individuo a su cargo, su estado de salud, emocional, necesidades elementales y

todo aquello que éste pueda necesitar en su adaptación entorno y a su condición progresiva de incapacidad o de deterioro cognitivo (22).

El perfil demográfico del cuidador de los Adultos Mayores de la ciudad de Medellín en el 2010, fue el de personas de sexo femenino, con edad promedio de 54 años, con predominio de estar unidos, el 53.5% de los cuidadores está casado o conviven en unión libre y son hijas o esposas de los cuidados, cuyo nivel educativo más alto es de bachiller. El 57,7% manifiestan dedicarse a las labores del hogar, sin embargo, en cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se evidencia que el 64,4% se encuentra en el régimen contributivo y solo el 30,8% dice tener ingresos (2).

En cuanto a las características sociales de los cuidadores se evidenció que residen principalmente en las comunas de Belén, San Javier y La América, con un 34,9% viviendo en estrato 3, según en la estratificación socioeconómica de sus viviendas, seguido de los estratos 2 y 4. El número promedio de personas que conforman el hogar del cuidador primario del Adulto Mayor es de 3,84 personas, siendo el número más frecuente de dos habitantes y tienen en promedio 2,17 hijos (2).

Un estudio realizado en el municipio de Envigado a 135 cuidadores para el año 2003 evidenció que todos los cuidadores eran mujeres, se presentaron en igual proporción en cuanto a su estado civil ya que el 38,5% eran casadas o solteras, el 51,3 % tienen hijos, con relación a la edad, el rango estuvo entre los 32 y 75 años; siendo los grupos de edad más representativos el de 41 a 50 y el de 51 a 60 años, la edad promedio correspondió a 53,9 años, el 89,7% de las cuidadoras vivían en la misma vivienda con el Adulto Mayor, el 92 ,2% vivían en los estratos 2 y 3 y en cuanto a sus ingresos el 89,7% solo contaba con un ingreso familiar mensual igual o menor a dos salarios mínimos legales vigentes, acentuando que el 61,5% solamente disponía de un salario mínimo legal vigente, aunque este estudio no representa a toda la población colombiana (2).

2.1.1.1 Riesgos de los cuidadores

Los cuidadores de pacientes dependientes están sometidos a circunstancias estresantes que los pueden conducir al agotamiento. Tal sobrecarga sentida por los cuidadores repercute negativamente en su salud; de hecho, se ha descrito un incremento de la ansiedad y la depresión, así como una mayor vulnerabilidad y mortalidad cuando se trata de cuidadores de edad avanzada; también tiene un efecto directo en la persona a la que se cuida, y se relaciona con mayores tasas de institucionalización del paciente, con su deterioro funcional y con una mayor mortalidad (2).

El síndrome de sobrecarga del cuidador se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico ya que la persona tiene que afrontar súbitamente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía, por lo que pierde su independencia, desatiende sus tareas y abandona su proyecto de vida, lo que se traduce en importantes cambios en las relaciones familiares, sociales y laborales, e incluso en la situación económica (2).

La persona que funge como cuidador de un familiar con dependencia severa debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés que se deriva del cuidado, lo que acarrea su agotamiento por la frecuente falta de apoyo de otros miembros de la familia, quienes en muchas ocasiones actúan como jueces y afectan con ello los vínculos afectivos (2).

La depresión es una de las enfermedades que suelen estar asociadas al síndrome de sobrecarga, constituyendo un cuadro complejo que incluye síntomas anímicos tales como la tristeza y ansiedad, que están presentes en la mayoría de los casos, así como sintomatología motivacional, como anhedonia, pérdida de la autoestima, pesimismo, pensamientos reiterados de muerte, dificultades para mantener la atención, alteraciones en los patrones del sueño o disminución del apetito, los que provocan un deterioro funcional en el individuo (2).

También se observa en los cuidadores una sintomatología ansiosa caracterizada por preocupación excesiva y una serie de síntomas somáticos, tales como irritabilidad, inquietud, impaciencia, tensión muscular, taquicardia, opresión precordial, disnea, náusea, sudoración, sofocamiento, parestesias y temblores (2).

2.1.1.2 Factores de exposición

Se identifican variables sociodemográficas que tienen una asociación estadísticamente significativa con el estado de salud regular del cuidador, como: estrato socioeconómico bajo, escolaridad y la edad mayor del cuidador. Es probable que haya una relación directa entre las dos primeras variables, pero no por eso ambas dejan de ser un factor de riesgo para el estado de salud de los cuidadores (23).

El cuidador sobrecargado es el más joven, es decir, a menor edad, más carga, lo que pudiera explicarse por el hecho de que la persona joven recién comienza su vida laboral, y la asunción de un nuevo rol que debe armonizar con otras tareas, supone una fuente incesante de estrés, por lo que la carga es mayor (23).

Cuando el paciente es dependiente, es 2,26 veces más probable que el cuidador presente carga, no es así cuando es dependiente parcial. Quiere decir que a medida que aumenta la dependencia del paciente, es mayor la carga (23).

Según el paciente tiene menos capacidad de validez, el cuidador debe realizar más tareas. Por otra parte, la imagen acerca de la persona cuidada, que la mayor parte de las veces es un familiar muy allegado, se desmorona por la pérdida de capacidades y de autonomía del enfermo, lo que provoca sentimientos y emociones negativos que pueden repercutir en la carga (23).

También es 3,15 veces más probable que el cuidador tenga carga cuando padece enfermedades, que cuando no las padece. Por otra parte, es 13,48 más probable que el cuidador tenga carga cuando la familia es disfuncional que cuando no lo es (23).

En relación con la depresión, es 18,89 veces más la probabilidad de que el cuidador tenga carga cuando tiene depresión que cuando no la tiene. Es 1,84 más probable que el cuidador tenga carga cuando el paciente presenta trastorno de conducta que cuando no lo presenta (23).

2.1.1.3 Definiciones de cuidador

Una persona que brinda apoyo y asistencia a alguien que necesita ayuda en su vida diaria debido a una discapacidad, enfermedad o vejez. Pueden ser familiares, amigos o profesionales de la salud y su papel es proporcionar una variedad de cuidados, que pueden incluir la ayuda con las actividades básicas de la vida diaria (como bañarse, vestirse y comer), la administración de medicamentos, el apoyo emocional y la gestión de la atención médica del individuo a su cargo. El cuidado puede ser a tiempo completo o parcial, según las necesidades del receptor del cuidado.

Los cuidadores desempeñan un papel fundamental en el apoyo a las personas que necesitan cuidados y a menudo sacrifican su tiempo, energía y recursos para garantizar que el individuo a su cargo tenga una buena calidad de vida (24).

En el contexto histórico, el cuidado, desde su origen se ha definido como un acto de cada ser humano cuya preocupación es una serie de necesidades fisiológicas y placenteras, que promueve la vida y lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte. Se perfila alrededor de dos ejes que nacen juntos, coexisten y se complementan: el bien y el mal. El bien es todo aquello que hace vivir y el mal corresponde a la enfermedad y la muerte. El bien debe estar sobre el mal, negando su existencia (24).

El principio de todos los cuidados ha sido vinculado, históricamente, con las funciones desarrolladas para mantener la vida y el bienestar, lo cual origina las prácticas de cuidado cotidiano, desarrollados por la mujer en el hogar, con sus hijos, con ella misma y con el hombre/compañero. La aplicación del cuidado corresponde al reconocimiento de una función social, aquella que se elabora alrededor de la fecundidad, que participa de forma directa en las situaciones que contribuyen al mantenimiento y desarrollo de la vida (24).

2.1.1.4 Cuidador en salud

La labor que realizan los cuidadores de Personas Mayores se da en contextos donde la falta de recursos económicos y de capacitación para llevar a cabo esta labor, es un desafío para las familias. El cuidado implica para la familia y cuidadores una situación compleja y cambiante, que es necesario abordar desde una perspectiva multidimensional, siendo la formación la base fundamental para el cuidado tanto a los adultos mayores como para los cuidadores, es imprescindible desde lo técnico, ya que se debe conocer los conceptos propios de la fisiología del envejecimiento. El cuidador es aquella persona que busca garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria (25).

2.1.1.5 2.3.4. Clasificación cuidador

Con el fin de clasificar los tipos de cuidadores en diferentes documentos se encontró que:

- **Cuidador formal:** es quien adopta una capacitación teórico-práctica desde una concepción bio-psico-social de la vejez y del envejecimiento en interacción con su ambiente, que apunta a crear habilidades de autovaloración y autocuidado, desenvuelve prácticas, habilidades a través de las tareas habituales como cuidador domiciliario toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan (4).
- **Cuidador informal:** personificados habitualmente por familiares, amigos o vecinos, no disponen de capacitación, muchas veces no perciben remuneración, o si las perciben son insuficientes, tienen una elevada responsabilidad afectiva y con asiduidad no tienen límite de horario. Dentro de este grupo suelen identificarse el cuidador principal (cónyuge o familiar femenino más próximo) y los cuidadores secundarios que no tienen la central responsabilidad del cuidado del Adulto Mayor, sino que secundan al principal (4).

- **Cuidador principal:** en esta categoría entraría la persona que más se ocupa del cuidado de un familiar. La relación es muy estrecha y habitualmente vive en el domicilio de la persona. El cuidador principal es el que suele tener mayor implicación con la persona a su cuidado. En este caso el cuidador principal puede ser un profesional o un familiar de la persona dependiente, en función de las necesidades específicas en cada caso (4).

Esta formación se realiza desde una mirada interdisciplinaria de la vejez y el envejecimiento. Apunta a la apropiación de conocimientos y prácticas, destinadas a promover la autonomía de las personas mayores, a través del acompañamiento, apoyo y sustitución (en el caso que la situación lo requiera) en las actividades de la vida cotidiana.

2.1.1.6 Carga del cuidador

Debido al aumento de los ancianos y de las enfermedades crónicas, el interés por los cuidadores ha crecido últimamente, reportando una pobre percepción de su salud y se ha demostrado que tienen una baja respuesta inmunológica, lo cual conlleva a padecer de comorbilidades, siendo más frecuentes la diabetes mellitus, el dolor crónico, los trastornos cardiovasculares y los reumáticos. La carga laboral afecta de manera significativa la prestación de servicios de larga estancia, así como la calidad de vida de los cuidadores (26).

El concepto de carga laboral se remonta a 1963 y con mayor énfasis desde 1998 cuando se definió carga objetiva, como la actividad física y la carga subjetiva como la exposición a situaciones estresantes y reacciones emocionales tanto en las dificultades como en las recompensas (27).

Los cuidadores pueden enfrentar muchos desafíos y problemas en el desempeño de su papel, algunos de los cuales incluyen:

1. Carga física y emocional: el cuidado puede ser una tarea exigente y agotadora física y emocionalmente. Los cuidadores pueden experimentar estrés, fatiga, ansiedad y depresión.
2. Falta de tiempo personal: los cuidadores a menudo dedican la mayor parte de su tiempo al cuidado de la persona a su cargo, lo que puede hacer que tengan menos tiempo para sus propias necesidades personales, como el trabajo, la educación, las relaciones y el ocio.
3. Falta de apoyo: los cuidadores pueden sentir que no tienen suficiente apoyo de familiares, amigos o profesionales de la salud en su rol de cuidador.
4. Problemas financieros: los cuidadores pueden enfrentar dificultades financieras debido a la reducción o pérdida de ingresos si tienen que reducir su carga de trabajo o dejar de trabajar por completo para cuidar a alguien.
5. Problemas de salud del cuidador: los cuidadores pueden descuidar su propia salud debido a la atención constante a la persona a su cargo, lo que puede aumentar su riesgo de enfermedades crónicas y agravar las condiciones de salud preexistentes.
6. Dificultades para coordinar la atención: los cuidadores pueden enfrentar problemas para coordinar la atención médica y los servicios de apoyo para la persona a su cargo, lo que puede ser estresante y abrumador (3).

En relación con la población se identifican que:

- Problemas de salud física y mental de la Persona Mayor: pueden tener una o más condiciones de salud crónicas que requieren atención constante y apoyo, como la enfermedad de Alzheimer, la artritis, la diabetes, la enfermedad cardíaca y la depresión.

- Necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria: las personas mayores pueden necesitar ayuda en las actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer y usar el baño.
- Problemas de movilidad: las personas mayores pueden tener dificultades para caminar, lo que puede requerir ayuda con la movilidad y la prevención de caídas.
- Aislamiento social: las personas mayores pueden experimentar aislamiento social debido a la pérdida de amigos y familiares y a la disminución de la movilidad, lo que puede tener un impacto negativo en su salud mental y física.
- Problemas de comunicación: las Personas Mayores pueden tener dificultades para comunicarse debido a la pérdida de audición, problemas de visión o problemas cognitivos, lo que puede dificultar la comprensión de sus necesidades.
- Carga financiera: el cuidado de las Personas Mayores puede ser costoso, lo que puede resultar en una carga financiera para el cuidador (3).

2.1.1.7 Necesidades de atención al cuidador

Se debe prestar especial atención al cuidador —la mayoría de las mujeres—, con una edad media superior a los 65 años. El cuidador se siente solo, sin apoyo, triste. Oscila entre la irritabilidad y la culpa. Casi siempre está cansado, deprimido o sometido permanentemente al estrés emocional. Percibe sentimientos contradictorios de los que se avergüenza porque cree que es el único que los sufre. Las emociones van desde la preocupación al rechazo, resentimiento, hostilidad, frustración. El cuidador se siente perdido y desconcertado (28).

Se debe trabajar con el cuidador, marcando que no existen sentimientos “correctos”. Mostrar de dónde proceden esas emociones y por qué son así. El fastidio y la irritación pueden ser comprensibles y no es una persona despreciable por sentirlos. Habitualmente les alivia compartir sus inquietudes y temores con otras personas que se hallan en la misma situación, les permite compartir ideas, comprobar que otros sufren problemas semejantes, calmar sentimientos de culpa y conocer recursos. El sentimiento de culpa a veces aparece en el análisis de lo que se hizo o dejó de hacer en el pasado; el grado de paciencia que se muestra, si se siente vergüenza por la forma de comportarse en público (28).

Es conveniente que el cuidador pase algún tiempo fuera del ámbito de la persona cuidada. Saber que va a disponer de este tiempo para sí mismo, le ayudará a soportar la situación. Es una vocación emocional imprescindible para poder dar lo mejor de sí. Se le debe señalar que la única forma de que pueda entregarse a los demás es encontrarse bien él mismo y sentirse a gusto. En el equilibrio del cuidador va a influir la personalidad previa, relación afectiva que se mantenía o mantiene con la persona a la que se cuida, ritmo de trabajo, nivel de formación, alteraciones de conducta que se muestran, conflictos personales y salud física.

2.1.2 Centros de cuidado

Hasta 1967, los mal denominados “Asilos”, fueron financiados por la acción filantrópica de la comunidad y las comunidades religiosas, que en general fueron también las promotoras de su creación, y como tal su funcionamiento era apoyado económicamente por la Beneficencia de Antioquia, que como se recuerda también financiaba los hospitales (29).

En 1975 con la creación del Sistema Nacional de Salud, los Asilos se denominaron Centros de Bienestar del Anciano y fueron clasificados como entidades vinculadas al sistema de salud, en consecuencia, al igual que los hospitales, el Servicio Seccional, una vez cumplidos los requisitos

exigidos, les entregaba los recursos para su funcionamiento, situación que todavía genera la creencia de que el pasivo prestacional del personal de estas instituciones corresponde pagarlo a la SSSA (29).

La Ley 10 de 1990, reorganizó el Sistema Nacional de Salud, descentralizando la administración de los servicios de salud a cada ente territorial y asignó a las administraciones municipales la responsabilidad de la construcción y mantenimiento de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (29).

2.1.2.1 Centro de Bienestar del Adulto Mayor “Centro Vida” del Municipio de Caldas, Antioquia.

Es una estructura física que nació en el año 2010 con recursos de estampilla de Adulto Mayor de la Gobernación de Antioquia, el municipio de Caldas y la comunidad general, con el objetivo de atender a las Personas Mayores en situación de vulnerabilidad económica, social y de salud física. El programa ofrece durante el día, un espacio propicio para el esparcimiento, rehabilitación, actividad física, cultural y recreativa de los Adultos Mayores, con un acompañamiento integral de un equipo psicosocial (30).

Centro vida está ubicado en la vereda la Corrala parte baja del municipio de Caldas y cumple con los estándares de calidad de servicio y habilitación, y una planta física totalmente dotada con capacidad de atención para 120 Adultos Mayores en situación de vulnerabilidad, los cuales son previamente evaluados por un equipo de profesionales para realizar su adecuado proceso de intervención e ingreso a los programas que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la población (30).

2.1.2.2 Componentes de los centros de cuidado

- **Institucional:** son todas aquellas acciones que se orientan a la satisfacción de las necesidades básicas y fundamentales de los adultos mayores residentes en los Centros de Protección Social (CPSAM), antes denominados Centros de Bienestar del Anciano (CBA) y Centros Geronto-geriátricos, actualmente denominados Instituciones de Atención, con servicios tales como alimentación, vestido, techo, salud, afecto, seguridad, acompañamiento, socialización, integración, participación, entre otras (27).
- **Ambulatorio:** Programas de Puertas Abiertas (PROPA), programas diurnos, clubes de ancianos, etc. ahora Centros Vida o Centros de Vida, en los cuales los Adultos Mayores y ancianos, se reúnen durante el día o parte del día, para desarrollar actividades de tipo ocupacional, productivo, recreativo, de salud, de proyección comunitaria y cultural, de acuerdo con los intereses de cada grupo y a las características y recursos del municipio donde se desarrollen (31).
- **Comunitario:** se define como el conjunto de acciones realizadas en y con la comunidad para asumir individual y colectivamente el proceso de envejecimiento, a través de la conformación de redes de apoyo familiar, redes de apoyo domiciliario, capacitación de líderes gerontológicos, orientación gerontológica educativa y Cabildos de Adultos Mayores (31).

2.1.3 Personas Mayores

Son aquella persona que cuenta con 60 años o más según la ley 1251 de 2008. Las personas Adultas Mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro (31). El Adulto Mayor a través de la historia ha sido: anciano, viejo, tercera edad, segunda mitad de la vida, geronte, Adulto Mayor, etc. Cada uno de estos términos tuvo un contexto histórico y social que permitió su nacimiento. Con el fin de entender como se ha abordado en el tiempo el concepto de las Personas Mayores se hace un recuento de estas:

- **Anciano:** es un vocablo traducido de la Biblia, que denota todos los atributos relacionados con la sabiduría, que los hebreos les asignaban a las personas mayores (6). Pero actualmente en nuestra sociedad, a esta palabra se le otorga el significado de lo viejo.
- **Viejo:** tiene del latín "vetulus", que significa de cierta edad, y también una de las acepciones tiene que ver con algo en desuso o denigrado (27).
- **Tercera Edad:** el concepto nace en Francia en 1961, con el fin de mostrar la posibilidad de una nueva etapa por vivir, desarrollando una imagen de vejez activa, autónoma e insertada socialmente (27). Este concepto está relacionado con la incorporación de los adultos mayores a nuevas políticas sociales, en el período de desarrollo del Estado de Bienestar. Segunda mitad de la vida: Este concepto nació en Estados Unidos y responde a una perspectiva ética y se encuadra dentro de la nueva división de los roles, que suceden en este período de la vida. Tiene en cuenta la posibilidad de implementar nuevos proyectos personales y vivir de una manera más distendida y relajada.
- **Geronte:** es un término que se utiliza para designar a aquellas personas que ya se encuentran en lo que se conoce normalmente como "tercera edad". La palabra Geronte proviene del idioma griego, en el cual el término Gerón significaba "anciano". Si bien el concepto de Geronte no se utiliza tan comúnmente en el lenguaje oral e informal, es esta palabra la que da origen a otras palabras relacionadas tales como geriátrico, lugar donde residen los ancianos (31).
- **Adulto Mayor:** nace con la intención de ser la síntesis del paradigma social actual que asocia el compromiso con el descanso y reposo. Esto se refiere a la posibilidad de conjugar el ocio con la capacidad de decidir, crear, producir y elegir, que determina la autonomía de una persona (31).
- **Envejecimiento individual:** es un proceso continuo e irreversible que comienza desde el momento de la concepción hasta la muerte. La edad no es más que uno de los parámetros, por demás arbitrarios, utilizados para clasificar o definir quién es viejo y quién no, sin embargo, no se pueden desconocer otros aspectos propios del envejecimiento que tienen que ver con cambios fisiológicos, psicológicos y sociales (32).

2.1.3.1 Cuidado de la Persona Mayor

El envejecimiento poblacional propone la necesidad de provocar un gran número de cambios, que registren a reformular y potenciar los servicios sociales y sanitarios de modo que resulten óptimos, adecuados, suficientes y de calidad para la población mayor. Este envejecimiento configura de por sí escenarios que involucran el diseño de nuevas estrategias de acción exhaustivas y la readecuación de los apoyos informales como de los formales (28).

La necesidad de cuidado en las edades más adelantadas no es asunto nuevo: en todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a las necesidades de cuidado ha experimentado valiosos cambios (29).

Así, el cuidado se ha creado en un problema moderno por las particularidades del entorno actual, que los desafía a profundizar en este tema, repensando estrategias y readecuando características y potencialidades, que impacten en una mejor calidad de vida de los ancianos.

2.1.4 Factores de riesgo del Adulto Mayor

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una mayor susceptibilidad. Esta pérdida de función conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad.

Es posible observar en los adultos mayores:

- 1 Mayor vulnerabilidad a la presencia de enfermedad y muerte.
- 2 Mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, artrosis, entre otras)
- 3 Manifestaciones clínicas diferentes frente a las enfermedades (menor sensibilidad al dolor agudo, confusión, ausencia de fiebre frente a las infecciones)
- 4 Mayor tiempo para la recuperación de la normalidad después de un proceso agudo de enfermedad.
- 5 Cambios en la composición y la función corporal que afectan la cinética y la dinámica de los fármacos (descenso de masa muscular y agua corporal total, aumento de la grasa corporal, deterioro de la función renal, alteración de la sensibilidad de receptores tisulares) lo que lleva a que tengan reacciones adversas frente a ciertos fármacos en dosis terapéuticas (33).

2.1.5 Programas de cuidadores

En la actualidad, existen diferentes programas con enfoque al cuidador, estos programas tienen como objetivo cuidar y fortalecer las habilidades del cuidador de personas parcial o completamente dependientes, sin embargo, con misiones y visiones diferentes, entre ellos están los siguientes:

- **Cuidado local:** es una línea de inversión de los presupuestos locales para fortalecer, articular e institucionalizar iniciativas de cuidado en las 20 localidades de Bogotá. Esta línea de inversión local es una apuesta de la Secretaría Distrital de Gobierno con el fin de potencializar y ampliar el sistema de cuidado. Además, mostrar los esfuerzos

interinstitucionales en pro de dinamizar la atención para cuidadoras, cuidadores y personas que requieren este servicio en la ciudad (10).

- **Cuidador Experto:** Se enmarca dentro de una línea de prevención y atención a la cronicidad para promover un cambio de hábitos que mejoren su calidad de vida y la convivencia con la persona que cuidan (11).
- **Servicios de respiro:** Los servicios de respiro le permiten disfrutar de un descanso de sus tareas de cuidador. El descanso puede ser de algunas horas, varios días o incluso varias semanas. Es posible que este tipo de ayuda se ofrezca en el hogar. También se puede ofrecer en los centros de cuidado de día para adultos, las instituciones de vida asistida y los hogares de ancianos (12).
- **Grupos de apoyo:** Estos grupos brindan a los cuidadores la oportunidad de conectarse con otros cuidadores que pueden estar pasando por situaciones similares y proporcionar apoyo emocional y consejos prácticos (13).
- **Servicios de asesoramiento:** los servicios de asesoramiento ofrecen apoyo emocional y consejos prácticos sobre cómo manejar el estrés y otros problemas que pueden surgir en el cuidado de Personas Mayores (6).
- **Formación y educación:** los programas de formación y educación brindan a los cuidadores herramientas y habilidades para cuidar adecuadamente a una Persona Mayor, incluyendo la prevención de caídas, la administración de medicamentos y la gestión de la conducta problemática (14).
- **Servicios de referencia y recursos:** estos programas ofrecen información y recursos a los cuidadores para ayudarles a encontrar servicios y programas que puedan necesitar, como servicios de ayuda a domicilio, servicios de transporte y programas de asistencia financiera (15).
- **Asistencia financiera:** Los programas de asistencia financiera ofrecen ayuda financiera a los cuidadores que puedan necesitar ayuda para cubrir los gastos relacionados con el cuidado de una persona mayor, como la compra de suministros médicos, la contratación de servicios de ayuda a domicilio y la modificación del hogar para adaptarlo a las necesidades de la Persona Mayor (16).
- **Programas y servicios para cuidadores:** Las personas dedicadas al cuidado familiar brindan un apoyo crucial para el cuidado de los veteranos. El Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), reconoce que quienes prestan servicios de cuidados familiares dentro de un hogar pueden contribuir a mejorar la salud y bienestar de los Veteranos que están bajo el cuidado del VA (17).

Así mismo, se hace énfasis en los siguientes tres programas que actualmente se desarrollan en respuesta a las necesidades identificadas en diferentes lugares del mundo, donde se encontró un estado de salud y una habilidad de cuidado deficiente en cuidadores de personas dependientes o parcialmente:

2.1.5.1 Cuidando a los cuidadores de las Personas Mayores. Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica

Este programa fue diseñado basado en la evidencia disponible, en la experiencia y en los aportes investigativos del Grupo de Cuidado al Paciente Crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia entre 1996 y 2004. Una vez se contó con su primera versión, se sometió a una prueba inicial con cuidadores y a una revisión y asesoría de expertos internacionales con base en lo cual se hizo un refinamiento del mismo (19).

El programa se ofrece a los cuidadores principales de personas con enfermedad crónica que contactan el servicio de manera directa o por remisión de profesionales, asociaciones u otros servicios. Dura 10 semanas y recibe una media de veinte cuidadores a la vez. Las personas que contactan el programa una vez han comenzado son convocados cuando se abre el ciclo nuevamente (19).

El programa espera que el cuidador descubra su experiencia de cuidado y la analice, que identifique sus potenciales y limitaciones, que identifique las ganancias que el proceso de ser cuidador le genera y que se empodere dentro de su rol. El programa consta de una sesión de inducción general y tres módulos, el 1° para fortalecer el conocimiento, el 2° para fortalecer el valor y el 3° para fortalecer la paciencia. Una vez finalizado el usuario puede reiniciar si lo requiere o entra en un plan de apoyo permanente para atender nuevas situaciones de cuidado o de vida que no se contemplan en las generalidades incluidas. El apoyo se da por demanda y de manera continua o esporádica en forma presencial, telefónica o virtual (19).

2.1.5.2 Cuidando al cuidador: Programa cuídate para cuidar

Para instituciones de salud pública como clínicas, hospitales y centros de salud es cada vez más clara la importancia que tienen los programas de humanización para la cualificación de los servicios de salud física que ofertan a la comunidad. En consonancia con lo que indica Bárbara Ross (2012), estos programas buscan impactar a todos los actores que participan en el sector salud, personal de salud, pacientes y sus familiares, aunque es en los dos primeros actores mencionados en quienes se suele centrar las propuestas de intervención en humanización, descuidándose de esa manera la atención que también se les debería brindar a quienes son cuidadores de las personas enfermas internas en las instituciones de salud pública (21).

Varias investigaciones con familiares de enfermos evidencian problemas de salud del cuidador primario (familiares), como diversas afectaciones en su salud física y emocional por descuido de su salud y de sus asuntos personales por dedicar su tiempo y energía a su familiar enfermo. De ahí la importancia de diseñar programas de intervención psicosocial que propicien la disminución de la sobrecarga emocional que padecen quienes acompañan a los enfermos (21).

En este escrito se da cuenta de un programa de intervención psicosocial dirigido a familiares de pacientes enfermos, internos en diferentes servicios hospitalizados de una clínica en la ciudad de Cali, para abordar las problemáticas de salud mental de estos cuidadores y favorecer el reconocimiento, expresión y gestión de emociones positivas y negativas, generadas en el proceso de atención. Se socializaron con los asistentes temas relacionados con el cuidado personal, proyección a futuro, duelo, entre otros, que permitió a los cuidadores disminuir los niveles estrés

y de sobrecarga emocional a través de la facilitación de expresión, reconocimiento y gestión de emociones y sentimientos (21).

La humanización de los servicios de salud es actualmente una prioridad establecida desde todos los ámbitos, y esta debe trabajarse con todas las personas que componen el sistema de salud: En este trabajo se les dio gran importancia a los cuidadores como actores que deben ser cuidados y a quienes se les deben transmitir estrategias de autocuidado (21).

2.1.5.3 Cuidando al cuidador: Programa INFOSA (Información, formación y apoyo social al cuidador de personas mayores dependientes)

El cuidado de la Persona Mayor dependiente con problemas crónicos de salud se asume, en la mayoría de los casos, por los miembros de la familia o por cuidadores principales. Las principales tareas de estos cuidadores incluyen el mantenimiento de la autonomía del anciano, contribuir al control de su enfermedad y facilitar su permanencia en el entorno familiar. No obstante, muchos cuidadores deben realizar este trabajo sin recibir una formación adecuada, lo que suele ser una fuente de estrés. INFOSA (Programa de Información, Formación y Apoyo Social al Cuidador de Personas Mayores Dependientes) es una iniciativa innovadora que ofrece un programa dirigido a mejorar los conocimientos y habilidades de los cuidadores, a la vez que fomenta su autocuidado (34).

INFOSA tiene como lema “Cuidando al cuidador” y responde a las necesidades de los propios cuidadores principales. Este programa parte del gran interés del personal de Enfermería de clínica por la mejora asistencial dispensada a las Personas Mayores con problemas crónicos. Aprovecha el ingreso de la Persona Mayor dependiente en nuestro hospital, para formar a su cuidador, mediante su participación activa en este programa. Se enfoca fundamentalmente en suministrar información, formación y apoyo social a los cuidadores de Personas Mayores dependientes (34).

INFOSA introduce contenidos y desarrolla metodologías que, desde el rigor científico, van dirigidos al cuidado personalizado. Mediante un folleto introductorio y una serie de videos, desarrolla una guía práctica de recomendaciones en temas relevantes para la actividad de cuidado como son la nutrición, higiene, movilización y administración de medicamentos. Además, durante el programa el personal de enfermería ayuda al cuidador a mejorar su propio autocuidado para que afronte con éxito, y sin estrés innecesario, el cuidado que realiza (34).

2.2 Marco conceptual

- **Carga laboral:** es el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral (35).
- **Sobrecarga laboral:** designar de forma constante y desproporcionada una cantidad excesiva de tareas a un trabajador (36).
- **Cuidador experto:** es un voluntario con capacidad de autocuidado y ausencia de discapacidades psicofísicas, con empatía, interés por ayudar, alta motivación y fuertes habilidades comunicativas (37).

- **Cuidador remunerado:** es realizado por trabajadores y trabajadoras del cuidado a cambio de una remuneración o beneficio. Estos comprenden una gran diversidad de trabajadores de los servicios personales, como el personal de enfermería, el personal médico, y los trabajadores y trabajadoras del cuidado personal (38).
- **Cuidador no remunerado:** consiste en la prestación de cuidados por parte de cuidadoras y cuidadores sin recibir una retribución económica a cambio. La prestación de cuidados no remunerada se considera un trabajo, por lo que es una dimensión fundamental del mundo del trabajo (38).
- **Curso de vida:** según la OMS/ OPS el curso de vida lo considera como la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, y las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida (33). Es el enfoque que aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior (39).
- **Longevo:** según la real academia española (RAE), longevo es toda persona que alcanza una edad muy avanzada. También, sobrepasa la esperanza de vida al nacer en una determinada nación, época o contexto socio histórico concreto (40).
- **Vejez:** la vejez, representa una construcción social y biográfica del último momento del curso vital y comprende las últimas décadas de la vida de un individuo, con un punto final marcado por la muerte, cuyo avance se produce en función de las identidades de género, las experiencias vitales, los eventos cruciales y las transiciones afrontadas durante la trayectoria de vida (41).
- **Autonomía:** capacidad de los sujetos de derecho para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás dentro de los límites que la ley señala (42).
- **Discapacidad:** son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás (43).
- **Capacidad funcional:** se define como la competencia que tiene la persona para realizar las actividades diarias sin la necesidad de supervisión o de ayuda. Debido a la progresiva pérdida de funcionalidad, las personas mayores pueden requerir ayuda para realizar dichas actividades (44).
- **Dependencia moderada:** considerada cuando la persona dependiente necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria, como mínimo una vez al día o tiene necesidad de ayuda intermitente o limitada por su autonomía personal (45).

- **Dependencia severa:** considerada cuando la persona dependiente necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero que no requiere la presencia permanente de un cuidador, o necesita una ayuda extensa para su autonomía personal (45).
- **Gran dependencia:** considerada cuando la persona dependiente necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia continuada y necesaria de otra persona (45).
- **Dependencia física:** cuando la persona pierde el control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del entorno. Algunos ejemplos son la esclerosis múltiple, o las consecuencias producidas por un traumatismo cerebral (45).
- **Dependencia psíquica o mental:** cuando la persona pierde la capacidad de resolver sus problemas y de tomar decisiones. Por ejemplo: retraso mental, enfermedad de Alzheimer, etc (45).
- **Dependencia sensorial:** es un tipo de dependencia debida a alteraciones en alguno de los sentidos: la vista y el oído, fundamentalmente. Esta alteración repercute en la capacidad de la persona para desarrollarse en su vida cotidiana (desplazamientos, leer, realizar las tareas domésticas, conducir, trabajar, etc.) (45).
- **Dependencia mixta:** generalmente se inicia a partir de una enfermedad que provoca problemas de diversa índole, como dependencia física por afectación de la movilidad asociada a problemas sensoriales, problemas de habla, dificultades para tragar y de comunicación. Dos ejemplos serían la parálisis cerebral o la enfermedad de Parkinson (45).
- **Persona sujeta de cuidado:** quien presenta dependencia funcional permanente, por razones de salud, discapacidad y/o edad (46).
- **Dependencia funcional:** es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (46).
- **Red de apoyo:** conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Las redes pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación activa en el fortalecimiento de las sociedades (45).
- **Síndromes Geriátricos:** se refiere a las formas de presentación más frecuentes de las enfermedades en el Adulto Mayor. Se debe a condiciones de salud multifactoriales, propias del paciente anciano. Esos ocurren como consecuencia de los efectos de la acumulación de deterioros en múltiples sistemas volviendo a una persona vulnerable ante las demandas fisiológicas o patológicas, incluyendo los procedimientos quirúrgicos (45).

2.3 Marco normativo

Para efectos de esta intervención se consideró aquellos instrumentos jurídicos, contenidos en leyes, normas, decretos, resoluciones, planes y programas que fundamentan las razones de cuidar al cuidador de Personas Mayores para mejorar la calidad de vida del cuidador y del sujeto de cuidado.

2.3.1 Internacionales

1. Asamblea Mundial en Viena, Australia, sobre el Envejecimiento y Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento del 26 julio a 6 de agosto de 1982 (47).
2. Estados Unidos: El "Acta de Alivio de Cuidado para los Cuidadores" (Caregiver Relief Act) de 2013, reconoce y apoya a los cuidadores de personas mayores, proporcionándoles recursos y servicios de apoyo, incluyendo programas de respiro, servicios de consejería y asistencia financiera (48).
3. España: La "Ley de Dependencia" (Ley 39/2006) de 2006 reconoce los derechos de las personas dependientes y establece servicios y recursos para el cuidado de estas personas, incluyendo servicios de respiro y apoyo a los cuidadores (49).
4. Argentina: La "Ley Nacional de Cuidado Domiciliario" (Ley 26.899) de 2013 reconoce el trabajo de los cuidadores de personas mayores y establece un marco legal para su trabajo, incluyendo derechos laborales y servicios de capacitación y apoyo (50).
5. México: El "Programa de Apoyo al Bienestar del Adulto Mayor" establecido en 2019, proporciona apoyo financiero y servicios de respiro para los cuidadores de personas mayores, así como otros servicios y recursos para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores(51).

2.3.2 Nacionales

1. Ley 1251 de 2008: por la cual se dictan normas de "Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores" (52).
2. Ley 1753 de 2015: esta ley establece la política de atención integral en salud y se enfoca en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud y el fortalecimiento de la atención primaria en salud, lo que puede incluir servicios y apoyo para los cuidadores (53).
3. Resolución 4505 de 2012: Esta resolución establece la guía técnica para la atención integral de la salud del adulto mayor, en la que se establecen lineamientos para la atención y cuidado de las personas mayores y se reconoce el papel de los cuidadores y su importancia en la atención integral (54).
4. Decreto 681 del 02 de mayo del 2022: se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 sobre la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031 (55).
5. Decreto 780 de 2016: este decreto establece las condiciones de trabajo para los cuidadores familiares remunerados, estableciendo derechos laborales para las personas que se dedican al cuidado de familiares en situación de dependencia (56).

6. Decreto 3039 de 2017: este decreto establece la política pública para el envejecimiento activo y saludable en Colombia, y entre sus objetivos se encuentra la promoción y el fortalecimiento de los servicios de apoyo para los cuidadores de personas mayores (57).
7. Ley 1413 del 11 de noviembre de 2010, que regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales para medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para definir e implementar políticas públicas (58).
8. Ley estatutaria 1618 del año 2013, Por medio del cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad (59).
9. Resolución 005928 del año 2016 Por medio del cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad (60).
10. Ley 2055 del año 2020, Por medio de la cual se aprueba la «convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las Personas Mayores», adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015 (61).
11. Ley 39 del año 2016, 14 de diciembre: regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas (62).

2.3.3 Locales

1. Ley 1821 de 2016: esta ley establece la política nacional para el cuidado y la atención integral de las personas con enfermedades raras, y entre sus objetivos se encuentra el reconocimiento del papel de los cuidadores de personas con enfermedades raras y el desarrollo de programas de apoyo y asesoramiento para estos cuidadores (63).
2. Decreto 755 de 2019: este decreto regula el Programa de Apoyo al Adulto Mayor en Antioquia, que incluye la prestación de servicios y apoyo para los cuidadores de Personas Mayores, como servicios de respiro y asesoramiento (64).

2.4 Marco contextual

Caldas-Antioquia está al sur del Valle de Aburrá, rodeado de colinas y montañas que corresponden al relieve de la cordillera central de los Andes, y sus tierras se riegan por corrientes de aguas entre las que sobresale el Río Aburrá (hoy río Medellín), que lo atraviesa de sur a norte. Limita por el norte con los municipios de Caldas, Sabaneta y Envigado, por el este con el municipio de El Retiro, por el sur con los municipios de Santa Bárbara y Fredonia, y por el oeste con los municipios de Amagá y Angelópolis (65).

Tabla 2. Localidad

Municipio	Extensión Urbana		Extensión Rural		Extensión Total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Caldas	1,85Km2	1,40%	133,15	98,60%	135	100%

Fuente: Plan de Desarrollo Municipio de Caldas- Antioquia 2020- 2023

El municipio se ubica a 22 km de la capital Medellín y a una altura de 1.750 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura promedio de 19 °C. Cuenta con una superficie de 135 km² de los cuales el 1,85 km² corresponde a la zona urbana y 133,15 km² a la rural. Este municipio hace parte del proceso de conurbación del área metropolitana de la ciudad de Medellín. En esta localidad se encuentra el Alto de San Miguel, que es el sitio donde nace el río Medellín(65). El acceso al municipio se hace a través de la Carretera Medellín-Caldas, por la variante que se extiende desde la autopista sur hasta la vereda Primavera, en donde continúa por la troncal del Suroeste hacia los municipios del sur del departamento, y por la carretera Panamericana hacia el sur del país (65).

El río Medellín es la principal corriente del municipio y en él vierten sus aguas quebradas como: La Miel, que nace en La Romera; La Valeria, que nace en el alto del Romeral y la que quebrada La Clara que nace en el alto de San Miguel y da origen al río Medellín. Como principales alturas se encuentran: Altos de Minas (2.650), Marvé y Chamuscado; La Romera (en límites con El Retiro, Envigado y Sabaneta) donde se encuentran los 15 altos de San Miguel, San Antonio, Morro Gil, La Miel y Santa Isabel; La Cuchilla Romeral (en límites con Angelópolis), donde se encuentran los altos de Cardal, La Paja, Malpaso, La Lejía, El Raizal y El Roble (65). Al sur del municipio de Caldas - Antioquia se encuentra la cordillera Chamuscado en límites con Fredonia y Santa Bárbara.

En ella están ubicadas las alturas, Alto de Minas, Marvé y Chamuscado. En la cordillera Romera que separa a Caldas - Antioquia de El Retiro, Envigado y Sabaneta por el oriente, se encuentran el Alto San Miguel, San Antonio, Morro Gil, La Miel y Santa Isabel. Por el occidente en la Cuchilla Romeral en límites con Angelópolis, se encuentran los Altos del Cardal, La Paja, Malpaso, La Lejía, El Raizal y El Roble (65).

Zona urbana del municipio de Caldas.

Está constituido por las áreas del territorio municipal destinadas a usos urbanos por el Esquema de Ordenamiento Territorial¹. En la cabecera municipal de Caldas - Antioquia se encuentran los siguientes barrios: Barrios Unidos, Los Cerezos, Cristo Rey, Olaya Herrera, La Docena, La Inmaculada, Felipe Echavarría Numero 1, Felipe Echavarría Numero 2, La Chuscala, La Planta, Las Margaritas, La Acuarela y/o la Rivera, Zona Centro, Andalucía, El Socorro, Juan XXIII, Villa Capri, Fundadores, Centenario, Mandalay, La Playita, Bellavista, el Pombal, la Buena Esperanza, El revenidero, 25 barrios en total. Los estratos que predominan en el municipio son: 1, 2 y 3 y sus principales servicios de acueducto, alcantarillado y energía son prestados por Empresas Públicas de Medellín (65).

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Diseñar una propuesta para la implementación del programa “cuidando al cuidador de las personas mayores” en el municipio de Caldas Antioquia, 2023.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar social y demográficamente a las personas cuidadoras de los adultos mayores sujetos de cuidado.
- Identificar los principales factores relacionados con la carga subjetiva del cuidador.
- Proponer una propuesta de implementación del programa cuidando al cuidador.

4 Metodología

4.1 Tipo y enfoque de estudio

El enfoque de este estudio es cuantitativo de tipo transversal con intensión analítica y el ámbito es el Municipio de Caldas en el Departamento de Antioquia, para conocer las características biopsicosociales de los cuidadores y la sustentación para la implementación del Programa Cuidando al Cuidador de la Persona Mayor en este territorio.

4.2 Población

La población de estudio estuvo conformada por veinte nueve (29) cuidadores empíricos principales de Personas Mayores en situación de dependencia inscritos en el programa Centro Vida Gerontológico del Municipio de Caldas, Antioquia.

4.2.1 Población de estudio.

Como población de estudio se tomó a los cuidadores primarios de personas dependientes de los centros de cuidado a las Personas Mayores y que hacen parte del programa cuidadores del municipio de Caldas 2023.

4.2.2 Criterios de inclusión

- Ser cuidador primario de una o más Personas Mayores de 60 años con dependencia parcial o total para realizar actividades básicas de la vida diaria.
- Que el (los) sujeto (s) de cuidado estén inscritos en el Programa Centro Vida del municipio de Caldas, Antioquia.
- Que el cuidador Primario sea mayor de 18 años.
- Que las personas participantes residan en la zona urbana o rural del municipio de Caldas Antioquia.
- Que deseen hacer parte de la investigación y firmen el consentimiento informado y tratamiento de datos personales Habeas Data.
- Que tenga capacidad de entendimiento y expresión oral para responder las respuestas.

4.2.3 Criterios de exclusión

- Ser un cuidador de persona menor de 60 años.
- Ser un cuidador formal, técnico o profesional.
- Ser un cuidador de la población Adulta Mayor que haga parte de otro programa Gerontológico del Municipio de Caldas, Antioquia.
- Ser un cuidador que manifieste tener inconvenientes para contestar la encuesta.

4.3 Muestra

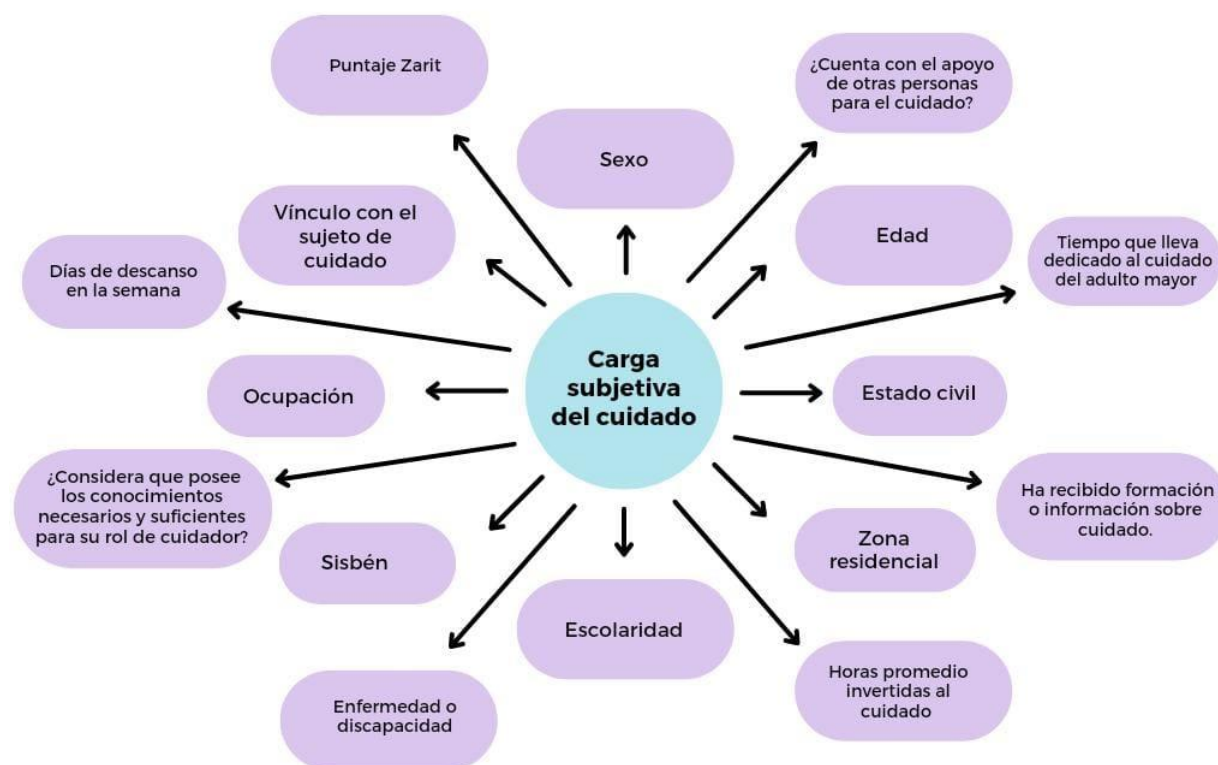
Este estudio utilizó la técnica de muestra a conveniencia ya que permitió la objetividad del trabajo de manera más rápida. La selección de los participantes cuidadores fue a través de la base de datos del programa Gerontológico del municipio de Caldas. La muestra a conveniencia fue de

veintinueve (29) cuidadores de la población Adulta Mayor beneficiaria del programa, los cuales fueron caracterizados según variables sociodemográficas, psicológicas y comportamentales.

4.4 Variables

La variable de desenlace del estudio es cuantitativa y cualitativa de tipo transversal con análisis bivariado y enfoque de intervención.

Figura 1. Diagrama sagital de relación entre variables dependientes e independientes.



4.5 Tabla de variables

En la tabla de variables se identifican cada una de ellas analizadas, de acuerdo al número, variable, tipo, definición, naturaleza, nivel de medición, unidad de medida, categoría y valores.

Tabla 3. Variables sociodemográficas

Número de variable	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías / Valores / Unidad de medida
1	Sexo	Condición con la que se identifica el individuo	Cualitativa	Nominal	Hombre/Mujer/otro
2	Edad	Edad cronológica del cuidador	Cualitativa		Años
3	Estado Civil	Condición del cuidador de su estado civil determinada por sus relaciones de familia,	Cualitativa	Nominal	1.soltero/a 2.casado/ 3.unión libre

Número de variable	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías / Valores / Unidad de medida
		prevenientes del matrimonio o parentesco			4. divorciado/ separado 5. viudo
7	Afiliación al SGSSS	Contributivo/Subsidiado	Cualitativa	Nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Vinculado 4. Ninguna
8	Zona residencial	Zona rural o urbana	Cualitativa	Nominal	1. urbano 2. Rural 3. Rural disperso
11	Nivel de Escolaridad	Grado de escolaridad	Cualitativa	Ordinal	1. Ninguno 2. Primaria completa 3. Primaria: incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Técnica / tecnológica 7. Universidad completa 8. Universidad incompleta 9. Posgrado
12	Sisbén	Grupo de SISBEN	Cualitativa	Ordinal	
13	Ocupación / oficio	Actividad laboral actual	Cualitativa		1. Ama de casa 2. Pensionado /jubilado 3. Empleado obrero medio tiempo 4. Empleado obrero tiempo completo 5. Estudiante 6. Desempleado

Tabla 4. Calidad de vida

Número de variable	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías / Valores
1	Condiciones de la Vivienda	propia, prestada, arrendada	Cualitativa	Nominal		1. propia 2. prestada, 3. arrendada
2	Tipo de Vivienda	casa, apartamento, rancho.	Cualitativa			
3	Estado de Vivienda	bueno, regular, malo	Cualitativa			
4	Vínculo con el sujeto de cuidado	parentesco con el sujeto de cuidado:	Cualitativa	Nominal		1. Padres 2. Hermanos 3. Abuelos 4. Tíos 5. Primos 6. Otros
5	¿Cuenta con el apoyo de otras personas para el cuidado?:	red familiar o amiga que realiza apoyo al cuidador	Cualitativa	Nominal		1. Red familiar 2. Red institucional 3. Red comunitaria

Número de variable	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías / Valores
6	Demanda de cuidado	Muy alta____ Alta _____ Moderada____ Baja_____	Cualitativa	Nominal		1. Muy alta 2. Alta 3. Moderada 4. Baja
7	Horas promedio que realiza cuidado al día	Cantidad de horas que realiza cuidado	cuantitativa	Nominal		1. 8 horas 2. 12 horas 3. 24 horas 4. otro ____ cuantas _____
8	Días que practica el cuidado	Cantidad de días a la semana que realiza cuidado	Cuantitativa	Nominal		1. Un día a la semana. 2. Dos días a la semana. 3. Más de 3 días a la semana
9	¿Tiene alguna enfermedad o discapacidad? ¿Cuál?	Enfermedades del cuidador	Cualitativa	Nominal		1. Sí _____ 2. No _____
10	¿Realiza otras actividades diferentes al cuidado? ¿Cuáles?	Actividades que realiza diferentes a cuidado	Cualitativa	Nominal		1. Si 2. no
11	Ha recibido formación o información sobre cuidado.	Información recibida por alguna entidad sobre cómo cuidar al cuidador.	Cualitativa	Nominal		1. sí 2. no
12	¿Considera que posee los conocimientos necesarios y suficientes para su rol de cuidador?	Conocimientos para el rol de cuidador	Cualitativa	Nominal		1. sí 2. no
13	¿Cuántas personas tienen a su cuidado?	Número de personas que cuida	Cuantitativa	Nominal		1. Entre uno y dos 2. Entre dos y tres 3. ¿Otro __cuántos? ____
14	Tiempo que lleva dedicado al cuidado del adulto mayor	Tiempo de ser cuidador	Cuantitativa	Nominal		1. Entre uno y dos años 2. Entre dos y tres años 3. otro __ cuantos? ____

Número de variable	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías / Valores
15	¿Cuenta con días de descanso en la semana?	Número de días de descanso a la semana	Cuantitativa	Nominal		1. sí 2. no
16	Puntaje test de Zarit	Puntaje de la escala Zarit	Cuantitativa	Nominal		

Tabla 5. Agregar las variables Zarit.

	Preguntas	Nunca (0)	Rara vez (1)	Algunas veces (2)	Bastantes veces (3)	Casi siempre (4)
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Siente que por el tiempo que dedica a su familiar ya no tiene 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 encargarse del 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?					
PUNTUACIÓN TOTAL						

Puntuación: Nunca, (1) Rara vez, (2) Algunas veces, (3) Bastantes veces, (4) Casi siempre

4.6 Instrumentos y fuentes de información

En el proceso de recolección de la información se realizó utilizando:

Escala de Zarit: instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes (66).

- Base de datos del programa gerontológico Centro Vida.
- Base de datos de variables sociodemográficas.
- Entrevista informal basada en las siguientes preguntas orientadoras:

4.7 Análisis de la información

Para dar cumplimiento con el primer objetivo establecido en esta investigación, se tabuló la información a través de tablas de frecuencias, gráficos de pastel o de barras, de acuerdo a cada una de las variables, caracterizando así social y demográficamente a las personas cuidadoras de los Adultos Mayores sujetos de cuidado, asimismo se realizó el análisis mediante técnicas cualitativas como la entrevista y la triangulación de esa información.

Con el fin de identificar los principales factores relacionados con la carga subjetiva del cuidador, se analizó la escala ZARIT mediante promedios y desviación estándar, asimismo, se realizó comparación de medias utilizando la prueba student o udemanwiner de acuerdo a la normalidad de las variables. Los participantes se clasificaron como cuidador con carga o sin carga y se realizó un análisis bivariado para comparar si esta carga era significativa con las variables independientes a través de la prueba chi cuadrado de independencia y para evaluar el efecto se calculó razones de prevalencia.

Con el fin de proponer una propuesta de implementación del programa cuidando al cuidador, de acuerdo a cada uno de los objetivos anteriores y a la percepción de los cuidadores se desarrolló un modelo basado de investigación cualitativa y cuantitativa con el fin de obtener la información lo más real y verídica posible, con los menores sesgos de la información para así entregar las mejores recomendaciones posibles de las condiciones de salud de los cuidadores de las Personas Mayores del Municipio de Caldas.

4.8 Control de errores y sesgos

El control de sesgos dentro de una investigación es uno de los aspectos más importantes y de mayor atención, pues son los que garantizan la prevención de errores y de posibles complicaciones en el futuro.

Sesgo de selección

Para el control de los sesgos de selección se estableció una metodología basada en la consolidación del grupo participante con características similares acordes a la población de enfoque de la investigación con criterios de inclusión y exclusión, igualmente en la selección y construcción de la variable independiente y la clasificación de las variables dependientes. Se realizó una prueba piloto para validar la pertinencia y claridad de las preguntas construidas para la encuesta.

4.8.1 Sesgo de información

El sesgo de información se puede presentar al momento de realizar las preguntas de la encuesta a los participantes o en la aplicación del instrumento dado que pueden mentir. Para el control de este sesgo se aplicó un consentimiento informado el cual permitió brindarle la tranquilidad al participante para responder con confianza y tranquilidad, teniendo en cuenta el principio de confidencialidad. Asimismo, tanto el instrumento de valoración como la entrevista fueron aplicados por los investigadores principales, los cuales están capacitados para la recolección y manejo de la información.

4.8.2 Sesgo del instrumento.

En cuanto al instrumento se evitó las preguntas con doble negación que pudieran brindar una interpretación errada y que se desviarán del interés principal de la investigación. Lo anterior se validó a través de la prueba piloto. Las pruebas de medición utilizadas son estandarizadas cuya sensibilidad permite detectar la presencia de la variable en estudio, para mayor objetividad del proceso.

4.8.4 Prueba piloto

Con lo que respecta a la investigación de proyecto se realizó una la prueba piloto en la cual se tomaron seis cuidadores primarios de otras zonas o municipios los cuales no hacían parte de la investigación ni parte de la muestra, se les solicitó previo la firma del consentimiento informado y se les aplicó la encuesta para verificar la viabilidad, estructura y formulación de las preguntas realizadas en las encuestas, con el fin de verificar que fueran adecuadas, entendibles y dieran una información sin sesgos y que no tocaran temas sensibles a la población lo que nos permitió el reajuste de los cuestionarios y de esta manera ejecutar a tiempo el proyecto.

5 Consideraciones éticas

El proyecto para implementar un programa para el cuidador de las Personas Mayores del municipio de Caldas busca obtener preguntas basadas en el conocimiento de las personas para asumir el cuidado a personas vulnerables que requieren cuidado parcial o total. Contemplamos las consideraciones, principios y valores éticos para la investigación biomédica preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas–CIOMS (67) y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (Colombia). Para este proyecto investigativo se contemplan los principios éticos cuenta la declaración de Helsinki la declaración donde se velará por la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en esta investigación o propuesta educativa (68).

También. se contó con aprobación del Comité de Ética de la Universidad CES y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 esta investigación se clasifica sin riesgo alguno que ponga en riesgo la vida de las personas o su integridad, dado que empleó como técnica de recolección la encuesta en la cual no se realizó ninguna intervención de las variables a analizar ni se trataron aspectos sensitivos de la conducta.

PRINCIPIOS ÉTICOS

Los principios de beneficencia y no maleficencia son la base principal de este estudio, cuya finalidad es identificar las condiciones de salud de los participantes para proponer estrategias que maximicen los beneficios y minimicen los daños identificados. Se garantiza el respeto, la dignidad humana y la autonomía de los participantes al participar de manera voluntaria y libre, lo cual queda evidenciado a través del consentimiento informado de cada participante (68).

6 Resultados

6.1 Caracterización social y demográficamente a las personas cuidadoras de los Adultos Mayores sujetos de cuidado.

De acuerdo a la caracterización social y demográfica de los cuidadores de las Personas Mayores del municipio de Caldas en el cual participaron 29 personas, se identificaron con género femenino el 79,31%, así mismo se identificó que la mayoría de los encuestados estaban solteros con un 62,7%. A nivel académico se encontró que el 100% de los cuidadores tienen algún grado de estudio, de los cuales el 27,59% tienen primaria completa, el 41,38% tienen secundaria y el 31,03% tienen estudios superiores con tecnología o pregrado, a nivel ocupacional el 72,41% son cuidadores sin ningún tipo de remuneración y tan solo el 3,45% se encuentra trabajando actualmente (Tabla 6).

Tabla 6. Características Sociodemográficas de los cuidadores de las Personas Mayores

Variables		Participantes	%
Género	Masculino	6	20.69
	Femenino	23	79.31
Estado Civil	Casada	8	27.59
	Soltero	18	62.07
	Unión Libre	3	10.34
EPS de Afiliación	Coosalud	1	3.45
	Nueva EPS	1	3.45
	Red vital	1	3.45
	Salud Total	3	10.34
	Savia Salud	5	17.24
	Sumi medical	1	3.45
	Sura	17	58.62
Nivel Escolaridad	Primaria	8	27.59
	Secundaria	12	41.38
	Tecnóloga	6	20.69
	Universitaria	3	10.34
Ocupación	Cuidadoras sin remuneración	21	72,41
	No reporta	1	3.45
	Pensionada	5	17.24
	Taxista	1	3.45
	Vida religiosa	1	3.45

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7, se describe la vivienda de los cuidadores y las características de las mismas, el 68,97% manifestó que la vivienda es propia y el 82,76% el tipo de vivienda es casa. De las personas encuestadas el 10,34% refiere que la vivienda está en un estado regular, el 96,55% manifiesta que cuentan con alcantarillado y el 100% de las viviendas cuentan con energía eléctrica y recolección de basura, es de analizar que el 17,24% manifestó que no cuentan con agua potable.

Tabla 7. Característica de las viviendas de los cuidadores

Variables	Participantes	Porcentaje
Vivienda	Sin dato	1 3.45
	Arrendada	8 27.59
	Propia	20 68.97
Tipo vivienda	Apartamento	5 17.24
	Casa	24 82.76
Estado vivienda	Bueno	26 89.66
	Regular	3 10.34
Tiene Alcantarillado	No	1 3.45
	Si	28 96.55
Acueducto	No	1 3.45
	Si	28 96.55
Energía Eléctrica	Si	29 100.00
Agua Potable	No	5 17.24
	Si	24 82.76
Recolección Basuras	Si	29 100.00
Piso tierra	No	29 100.00
Piso cemento	Si	29 100.00
Piso madera	No	29 100.00
Internet	No	7 24.14
	Si	22 75.86
Televisor	No	2 6.90
	Si	27 93.10
Teléfono	No	5 17.24
	Si	24 82.76
Radio	No	8 27.59
	Si	21 72.41

En la tabla 8, se describe el apoyo social funcional, donde a nivel global el 96,55% son cuidadores principales y el 93,10% tiene un vínculo familiar con la persona mayor sujeta de cuidado y el 27,59% de los cuidadores no cuentan con el apoyo de otras personas para el cuidado de la Persona Mayor a cargo.

Tabla 8. Apoyo social funcional

Variables	Participantes	Porcentaje
Cuidador principal	No	1 3.45
	Si	28 96.55
Vinculo Parentesco	Familiar	27 93.10
	Amiga	2 6.90
Cuenta con el apoyo de otras personas para el cuidado	No	8 27.59
	Si	21 72.41
¿Quién?	Sin dato	3 10.34
	Amiga	1 3.45
	Familiar	18 62.07
	N/A	8 27.59

En la tabla 9, se describe la dependencia percibida por el cuidador de la Persona Mayor en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se evidenció una mayor

dependencia en tres actividades básicas, movilidad con un 68,97%, vestirse un 55,17% y bañarse el 55,17%. En las actividades básicas instrumentales (ABI), el 79,31% de las personas mayores requieren apoyo emocional y un 72,41% requieren apoyo para la toma del medicamento.

Tabla 9. Descripción de dependencia percibida por el cuidador para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales del sujeto de cuidado.

	Variables	Participantes	Porcentaje
Bañarse	No	13	44.83
	Si	16	55.17
Vestirse	No	13	44.83
	Si	16	55.17
Alimentarse	No	24	82.76
	Si	5	17.24
Cambio de pañal	No	18	62.07
	Si	11	37.93
Uso sanitario	No	23	79.31
	Si	6	20.69
Subir bajar escaleras	No	10	34.48
	Si	19	65.52
Movilidad	No	9	31.03
	Si	20	68.97
Administrar medicamentos	No	8	27.59
	Si	21	72.41
Cambios de posición en la cama	No	23	79.31
	Si	6	20.69
Manejo heridas	No	27	93.10
	Si	2	6.90
Acompañamiento emocional	No	6	20.69
	Si	23	79.31
Aseo personal	No	17	58.62
	Si	12	41.38

En la tabla 10, se describe el nivel de dependencia y las características del cuidador en su rol de cuidado. En cuanto a la percepción de demanda de cuidado se encuentra que el 55,17% considera que la demanda de cuidado es alta, el 82,76% manifestaron un promedio mayor o igual a 11 horas dedicadas al cuidado, solo el 10,34% manifestó tener un día de descanso el otro 89,66% manifestó no tener ningún día de descanso, y el 44,83% manifestó llevar más de cinco años dedicado al cuidado de la persona mayor. El 55,17% de los cuidadores manifestaron tener alguna enfermedad o discapacidad, el 86,21% manifestó no realizar otras actividades diferentes al cuidado.

En cuanto a la formación para ejercer el rol de cuidador el 75,86% manifestó que no han recibido formación sobre cuidado de la Persona Mayor y en cuanto a la pregunta ¿cuentan con supervisión por un profesional en el cuidado de la Persona Mayor? El 55,17% respondió que sí, pero relacionaron estas supervisiones con las recomendaciones dadas por un médico en los momentos de las consultas del sujeto de cuidado.

Llama la atención que el 72,41% considera que no posee los conocimientos necesarios y suficientes para ejercer el rol de cuidado.

Tabla 10.. Nivel de dependencia del sujeto de cuidado y las características del cuidador en su rol de cuidado.

Variables		Participantes	Porcentaje
Percepción del Cuidado	Demanda del Alta	16	55,17
	Baja	6	20.69
	Moderada	7	24.14
Promedio horas cuidado	≥11 horas	24	82.70
	≤10 horas	5	17,30
Días practica cuidado	<7	3	10.34
	7	26	89.66
Tiempo que lleva dedicado al cuidado	<5 años	16	55.17
	>5 años	13	44.83
Tiene usted alguna discapacidad enfermedad	Sin dato	2	6.90
	Si	16	55.17
	No	11	37.93
Días Descansos	0-1 día	27	93.10
	2-3 días	3	10.34
Realiza otras actividades diferentes al cuidado	No	25	86.21
	Si	4	13.79
Ha recibido formación e información específica sobre el cuidado	No	22	75.86
	Si	7	24.14
¿Tipo?	Sin formación	22	75.86
	Curso	2	6.90
	Recomendaciones	5	17.24
Cuenta con supervisión profesional en el cuidado al adulto	No	13	44.83
	Si	16	55.17
Considera que posee los conocimientos necesarios y suficientes	No	21	72.41
	Si	8	27.59
Tiene bajo su cuidado a más de una persona	No	23	79.31
	Si	6	20.69
Hace cuanto tiempo realiza la práctica de cuidado	Entre 6-10 años	18	62.07
	Entre 1 -5 años	11	37.93
¿Por qué practica el cuidado?	Sin dato	27	93.10
	15 años porque me nace, por vocación, por amor	1	3.45
	No hay quien realice el cuidado	1	3.45

En la tabla 11, se analiza la escala de Zarit aplicada a los cuidadores de las Personas Mayores. A nivel general el test arroja que solo el 13,8% tiene algún tipo de sobrecarga intensa o leve y el 86,21% de los cuidadores no tienen sobrecarga, sin embargo, llama la atención que en la pregunta 22 de Zarit, “*en general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?*” el 34,48% de los cuidadores respondió que sí. Además, el 37,93% de los cuidadores sienten que ya no disponen de tiempo suficiente para su autocuidado, el 41,38% siente temor por el futuro de su familiar. El 82,75% de los cuidadores sienten que el sujeto de cuidado depende del cuidador para

realizar las actividades básicas de la vida diaria, y el 20,68% siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar. Por último, el 10,35% de los cuidadores sienten que serán incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo.

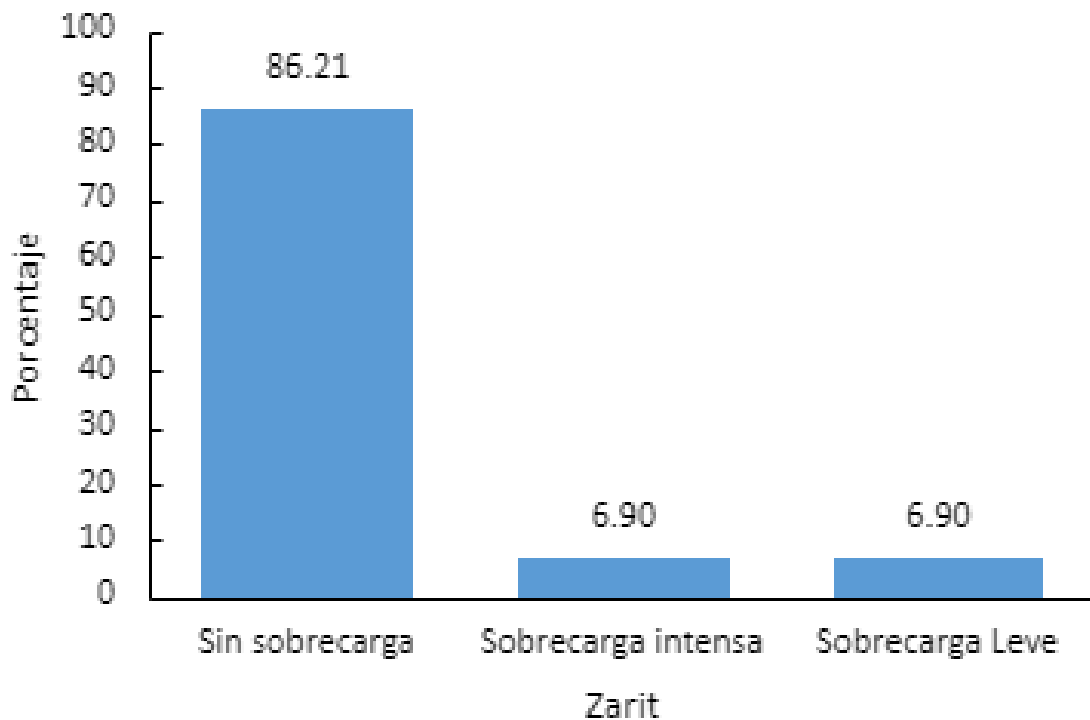
Tabla 11. Escala de carga del cuidador de Zarit

Variab les	Participantes	Porcentaje
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	Nunca	10 34.48
	Algunas Veces	10 34.48
	Bastantes Veces	3 10.34
	Casi Siempre	6 20.69
¿Siente que por el tiempo que dedica a su familiar ya no tiene tiempo suficiente para usted?	Nunca	9 31.03
	Rara vez	6 20.69
	Algunas Veces	3 10.34
	Bastantes Veces	5 17.24
	Casi Siempre	6 20.69
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender otras responsabilidades?	Nunca	10 34.48
	Rara vez	6 20.69
	Algunas Veces	7 24.14
	Bastantes Veces	2 6.90
	Casi Siempre	4 13.79
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	Nunca	29 100.00
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	Nunca	23 79.31
	Rara vez	4 13.79
	Algunas Veces	2 6.90
¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familiar?	Nunca	21 72.41
	Rara vez	1 3.45
	Algunas Veces	4 13.79
	Bastantes Veces	3 10.34
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	Nunca	9 31.03
	Rara vez	1 3.45
	Algunas Veces	7 24.14
	Bastantes Veces	8 27.59
	Casi Siempre	4 13.79
¿Siente que su familiar depende de usted?	Nunca	3 10.34
	Rara vez	2 6.90
	Algunas Veces	3 10.34
	Bastantes Veces	9 31.03
	Casi Siempre	12 41.38
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	Nunca	23 79.31
	Rara vez	5 17.24
	Algunas Veces	1 3.45
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	Nunca	17 58.62
	Rara vez	2 6.90
	Algunas Veces	4 13.79
	Bastantes Veces	3 10.34
	Casi Siempre	3 10.34
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	Nunca	17 58.62
	Rara vez	1 3.45
	Algunas Veces	7 24.14
	Bastantes Veces	1 3.45
	Casi Siempre	3 10.34
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar?	Nunca	19 65.52
	Algunas Veces	6 20.69
	Bastantes Veces	2 6.90

	Casi Siempre	2	6.90
¿Se siente incómodo para invitar a casa amigos a causa de su familiar?	Nunca	26	89.66
	Algunas Veces	1	3.45
	Casi Siempre	2	6.90
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar?	Nunca	10	34.48
	Rara vez	1	3.45
	Algunas Veces	5	17.24
	Bastantes Veces	4	13.79
	Casi Siempre	9	31.03
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar?	Nunca	9	31.03
	Rara vez	5	17.24
	Algunas Veces	5	17.24
	Bastantes Veces	5	17.24
	Casi Siempre	5	17.24
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	Nunca	23	79.31
	Rara vez	1	3.45
	Algunas Veces	2	6.90
	Bastantes Veces	2	6.90
	Casi Siempre	1	3.45
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	Nunca	20	68.97
	Rara vez	3	10.34
	Algunas Veces	3	10.34
	Bastantes Veces	1	3.45
	Casi Siempre	2	6.90
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	Nunca	16	55.17
	Rara vez	6	20.69
	Algunas Veces	6	20.69
	Casi Siempre	1	3.45
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	Nunca	24	82.76
	Rara vez	2	6.90
	Algunas Veces	2	6.90
	Casi Siempre	1	3.45
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	Nunca	13	44.83
	Rara vez	3	10.34
	Algunas Veces	8	27.59
	Bastantes Veces	2	6.90
	Casi Siempre	3	10.34
¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	Nunca	12	41.38
	Rara vez	2	6.90
	Algunas Veces	8	27.59
	Bastantes Veces	3	10.34
	Casi Siempre	4	13.79
En general ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar a su familiar?	Nunca	12	41.38
	Rara vez	7	24.14
	Algunas Veces	4	13.79
	Casi Siempre	6	20.69

Es importante mencionar que específicamente analizando las categorías de la escala Zarit se encontró que el 86.21% de las personas puntuaron sin sobre carga, aunque llama la atención que las categorías individuales en algunos casos es lo contrario.

Figura 2. Sobrecarga del cuidador



6.2 Identificación de los principales factores relacionados con la carga subjetiva del cuidador.

La caracterización sociodemográfica y la carga subjetiva de los cuidadores un 66.7% de las personas tienen algún grado de sobrecarga de cuidador y corresponde al género femenino, el 25% de las personas son de género masculino, mientras que el 83.3% (15) quienes están sin sobrecarga son del género femenino y el 16.7% son de género masculino. Con relación al estado civil se encontró que un 66.7% tienen algún grado de sobrecarga y están solteros, el 16.7% casados y el 8.3% en unión libre, asimismo, el 55.6% de los cuidadores sin sobrecarga están solteros, el 33.3% son casados y el 11.1% se encuentran en unión libre.

En cuanto al aseguramiento y la afiliación al sistema de seguridad social en salud se encontró que un 66.7% de los cuidadores que tienen alguna manifestación de sobrecarga en el cuidado están afiliados al régimen contributivo como EPS Sura con un 8.3%, Salud Total, Savia Salud y Sumi medical, un 50% de los afiliados no tienen sobrecarga y tienen régimen contributivo como Sura, seguida de Savia Salud con un 22.2%, Salud Total con 11.1% y finalmente Coosalud, Nueva EPS y Red Vital en un 5.6% cada una. Cuando analizamos en el nivel de escolaridad encontramos que el 41.7% de los cuidadores tienen algún grado de sobrecarga alcanzaron a realizar la primaria completa, el 25% secundaria, el 16.7% tienen niveles de pregrado y el 8.3% no cuentan con una tecnología, llama la atención que aquellos cuidadores sin sobrecarga 50% con secundaria completa, 27.8% una tecnología, un pregrado el 5.6% y el 16.7% tienen primaria.

Llama la atención que 41.7% de los cuidadores con algún grado de sobrecarga se dedican a labores del hogar al igual que el 55.6% de los que están sin sobrecarga, el 50% de quienes tienen algún tipo de sobrecarga y el otro 44.4% se dedican a otras ocupaciones respectivamente.

Tabla 12... Caracterización sociodemográfica según el grado de sobrecarga del cuidador

Variables	Sobrecarga				X ²	Valor p	
	Algún grado de sobrecarga (24 o más)		Sin sobrecarga (menos de 24 puntos)				
	n	%	n	%			
Genero	Masculino	3	25.0%	3	16.7%	0.46	0.49
	Femenino	8	66.7%	15	83.3%		
Estado Civil	Casada	2	16.7%	6	33.3%	5.63	0.68
	Soltero	8	66.7%	10	55.6%		
	Unión libre	1	8.3%	2	11.1%		
EPS de afiliación	Coosalud	0	0.0%	1	5.6%	4.78	0.57
	Nueva EPS	0	0.0%	1	5.6%		
	Red vital	0	0.0%	1	5.6%		
	Salud Total	1	8.3%	2	11.1%		
	Savia Salud	1	8.3%	4	22.2%		
	Sumi medical	1	8.3%	0	0.0%		
	Sura	8	66.7%	9	50.0%		
Nivel escolaridad	Primaria	5	41.7%	3	16.7%	7.975	0.092
	Secundaria	3	25.0%	9	50.0%		
	Tecnología	1	8.3%	5	27.8%		
	Pregrado	2	16.7%	1	5.6%		
Ocupación	Ama de casa	5	41.7%	10	55.6%	7.21	0.61
	Otros	6	50.0%	8	44.4%		

Se evidencian las condiciones de vivienda y saneamiento básico de los cuidadores con relación al grado de sobrecarga, siendo así el 75% de los cuidadores con algún grado de sobrecarga se encuentran en vivienda propia, y de estos el 61.1% manifiestan que no tienen sobrecarga del cuidador.

En cuanto al tipo de vivienda un 83.3% viven en las casas de los cuidadores y manifiestan algún grado de sobrecarga, un 77.8% de los cuidadores sin sobrecarga, un 8.3% manifiesta sobre carga del cuidador y el 22.2% respectivamente cuentan con apartamento. Al indagar por el estado de la vivienda se encuentran en buen estado y cuentan con los servicios básicos como agua potable, energía, alcantarillado, mayoría refirió que los servicios básicos son buenos. De este estudio un 83.3% tiene algún grado de sobrecarga y 88.9% sin sobrecarga, a su vez que el 8.3% y el 11.1% afirman un estado regular de la vivienda ya que en algunas veredas no cuentan con acueducto y aún tiene agua de nacimiento sin tratamiento por las Empresa públicas del Municipio.

En cuanto al saneamiento básico, la mayoría de los cuidadores con algún grado de sobrecarga tienen alcantarillado (91.7%), acueducto (83.3%) y agua potable (66.7%), además de las telecomunicaciones, tienen conexión a internet (66.7%), televisión (91.7%), teléfono (66.7%) y radio (75%). Los cuidadores sin sobrecarga también cuentan con alcantarillado (94.4%), acueducto (100%), agua potable (88.9%), conexión a internet (77.8%), televisión (88.9%), teléfono (88.9%) y radio (66.7%). El 25 % de los cuidadores con algún grado de sobrecarga sin

agua potable y el 8,3 % con servicio de acueducto, así como el 5,6 % de los cuidadores sin sobrecarga que no tienen servicio de alcantarillado y el 11.1 % que no tienen agua potable.

Tabla 13. Condiciones de vivienda y saneamiento básico según el grado de sobrecarga

Variables	Sobrecarga				X ²	Valor p	
	Algún grado de sobrecarga (24 o más)		Sin sobrecarga (menos de 24 puntos)				
	n	%	n	%			
Vivienda	Sin dato	1	8.3%	0	0.0%	5.61	0.13
	Arrendada	1	8.3%	7	38.9%		
	Propia	9	75.0%	11	61.1%		
Tipo de vivienda	Apartamento	1	8.3%	4	22.2%	0.83	0.36
	Casa	10	83.3%	14	77.8%		
Estado de vivienda	Bueno	10	83.3%	16	88.9%	0.03	0.86
	Regular	1	8.3%	2	11.1%		
Alcantarillado	No	0	0.0%	1	5.6%	0.63	0.42
	Si	11	91.7%	17	94.4%		
Acueducto	No	1	8.3%	0	0.0%	1.69	0.19
	Si	10	83.3%	18	100.0%		
Agua potable	No	3	25.0%	2	11.1%	1.25	0.26
	Si	8	66.7%	16	88.9%		
Internet	No	3	25.0%	4	22.2%	0.10	0.75
	Si	8	66.7%	14	77.8%		
Televisor	No	0	0.0%	2	11.1%	1.31	0.25
	Si	11	91.7%	16	88.9%		
Teléfono	No	3	25.0%	2	11.1%	1.25	0.26
	Si	8	66.7%	16	88.9%		
Radio	No	2	16.7%	6	33.3%	0.78	0.37
	Si	9	75.0%	12	66.7%		

Se observan los vínculos de cuidado y el funcionamiento de las redes de apoyo de los cuidadores sobre su grado de sobrecarga, pues evidencia que todos los cuidadores con algún grado son cuidadores principales de los sujetos de cuidado, igual que el 94.4% de los que no lo tienen, mientras que solo el 5.6% no lo son principales. En ese sentido, el 83.3% de los cuidadores con sobrecarga son familiares del sujeto de cuidado y el 8.3% tiene una relación de amistad, por su parte, la mayoría de los que no lo tienen son familiares (94.4%).

Resulta relevante la red de apoyo de los cuidadores con relación a la sobrecarga de estos, ya que el 88.9% de los cuidadores sin sobrecarga manifiestan contar con apoyo de otras personas para el cuidado mientras que el 50% de los cuidadores que tienen algún grado de sobrecarga no cuentan con tal apoyo, lo cual es estadísticamente significativo a la luz del objetivo de este estudio dado que su valor de p fue menor 0,05.

Tabla 14.. Vínculos de cuidado y redes de apoyo según el grado de sobrecarga

Variables		Sobrecarga				X2	Valor p
		Algún grado de sobrecarga (24 o más)		Sin sobrecarga (menos de 24 puntos)			
		n	%	n	%		
Cuidador principal	No	0	0.0%	1	5.6%	2.28	0.51
	si	11	91.7%	17	94.4%		
Vinculo parentesco	Familiar	10	83.3%	17	94.4%	12.28	0.5
	Amiga	1	8.3%	1	5.6%		
Cuenta con apoyo de otras personas para el cuidado	No	6	50.0%	2	11.1%	6.58	0.03
	si	5	41.7%	16	88.9%		

En cuanto a la demanda del cuidado según el grado de sobrecarga, en la tabla 10 se evidencia que, el 50 % de los cuidadores con algún grado de sobrecarga consideran que la demanda es alta, el 16.7 % moderada y el 25 % baja, mientras que los cuidadores sin sobrecarga consideran alta un 50 %, moderada un 27.8% y baja un 16.7 %.

Los sujetos de cuidado de los cuidadores con algún grado de sobrecarga requieren apoyo en cuanto al baño (58.3%), vestimenta (50%), subir y bajar escaleras (66.7%), movilidad (75%), administración de medicamentos (58.3%) y acompañamiento emocional (58.3%). Situación que es similar en los cuidadores sin sobrecarga en relación a la vestimenta (55.6%), subir y bajar escaleras (61.1%), movilidad (61.1%), administrar medicamentos (77.8%) y acompañamiento emocional (88.9%).

Tabla 15.. Demanda del cuidado según el grado de sobrecarga

Variables		Sobrecarga				X2	Valor p
		Algún grado de sobrecarga (24 o más)		Sin sobrecarga (menos de 24 puntos)			
		n	%	n	%		
Bañarse	No	4	33.3%	9	50.0%	6.15	0.29
	Si	7	58.3%	9	50.0%		
Vestirse	No	5	41.7%	8	44.4%	4.52	0.47
	Si	6	50.0%	10	55.6%		
Alimentarse	No	8	66.7%	16	88.9%	2.06	0.72
	Si	3	25.0%	2	11.1%		
Cambio de pañal	No	6	50.0%	12	66.7%	3.27	0.51
	Si	5	41.7%	6	33.3%		
Uso sanitario	No	9	75.0%	14	77.8%	3.80	0.43
	Si	2	16.7%	4	22.2%		
Subir y bajar escaleras	No	3	25.0%	7	38.9%	2.19	0.70
	Si	8	66.7%	11	61.1%		
Movilidad	No	2	16.7%	7	38.9%	2.63	0.62
	Si	9	75.0%	11	61.1%		
	No	4	33.3%	4	22.2%	3.81	0.57

Administrar medicamentos	Si	7	58.3%	14	77.8%		
Cambios de posición en la cama	No	9	75.0%	14	77.8%	2.17	0.82
	Si	2	16.7%	4	22.2%		
Manejo heridas	No	10	83.3%	17	94.4%	0.99	0.80
	Si	1	8.3%	1	5.6%		
Acompañamiento emocional	No	4	33.3%	2	11.1%	5.99	0.42
	Si	7	58.3%	16	88.9%		
Aseo personal	No	5	41.7%	12	66.7%	3.25	0.51
	Si	6	50.0%	6	33.3%		
Red apoyo cuidado	Sin dato	1	8.3%	0	0.0%	4.32	0.63
	Familiar de sujeto de cuidado	8	66.7%	16	88.9%		
	No	2	16.7%	2	11.1%		
Percepción Demanda del Cuidado	Sin dato	0	0.0%	1	5.6%	2.93	0.71
	Alta	6	50.0%	9	50.0%		
	Baja	3	25.0%	3	16.7%		
	Moderada	2	16.7%	5	27.8%		

En cuanto a las condiciones para ejercer el cuidado, el 100% de ambos grupos de estudio son cuidadores informales cuya labor no es remunerada, el 83.3% de los cuidadores con algún grado de sobrecarga dedican más de 11 horas diarias al cuidado del Adulto Mayor al igual que los cuidadores sin sobrecarga (77.8%). El 83.3% de quienes tienen algún grado de sobrecarga y el 88.9% de quienes no tienen sobrecarga ejercen el cuidado durante los siete (7) días de la semana respectivamente. En ese mismo sentido, el 50% de quienes llevan más de 5 años ejerciendo los cuidados tienen algún grado de sobrecarga, mientras que el 61.1% de quienes no tienen sobrecarga llevan menos de 5 años ejerciendo la práctica. Más del 50% de ambos grupos manifiesta tener alguna enfermedad o discapacidad, lo que a la luz de este estudio resulta relevante teniendo en cuenta la gestión del riesgo del cuidador, sumado a que, la totalidad de los cuidadores con algún grado de sobrecarga tienen un promedio de descanso de menos de 1 día, al igual que el 88.9% de los cuidadores sin sobrecarga. La totalidad de quienes tienen algún grado de sobrecarga y el 94.4% de quienes no tienen sobrecarga se dedican únicamente al cuidado y manifiestan no realizar otras actividades. Llama la atención que, el 16.7% y el 22.2% de quienes tienen y no tienen sobrecarga respectivamente tienen a su cargo más de un sujeto de cuidado.

Con relación a la formación que se requiere para brindar los cuidados necesarios a los Adultos Mayores, el total de los cuidadores que tienen algún grado de sobrecarga y el 77.8% de los que no tienen sobrecarga manifiestan no haber recibido ningún tipo de formación para el ejercicio de su labor y solo el 22.2% manifiestan haberla recibido en algún momento relacionadas con cursos y recomendaciones provistas por el sistema de salud, asimismo, más de la mitad de ambos grupos reconocen tener acompañamiento y supervisión profesional en el ejercicio de su labor, sin embargo, el 83.3% de los cuidadores con sobrecarga y el 61.1% de los que no tienen aseguran no contar con los conocimientos necesarios y suficientes para brindar el cuidado al Adulto Mayor de una manera eficaz.

Tabla 16.. Condiciones para la práctica del cuidado según el grado de sobrecarga.

Variables	Sobrecarga				X2	Valor p	
	Algún grado de sobrecarga (24 o más)		Sin sobrecarga (menos de 24 puntos)				
	n	%	n	%			
Promedio horas cuidado	≥11 horas	10	83.3%	14	77.8%	5.85	0.55
	≤10 horas	1	8.3%	4	22.2%		
días practica cuidado	<7	1	8.3%	2	11.1%	0.74	0.69
	7	10	83.3%	16	88.9%		
Tiempo que lleva dedicado al cuidado	<5 años	5	41.7%	11	61.1%	7.90	0.54
	>5 años	6	50.0%	7	38.9%		
Tiene usted alguna discapacidad/enfermedad	Sin dato	1	8.3%	1	5.6%	4.23	0.64
	no	4	33.3%	7	38.9%		
	Si	6	50.0%	10	55.6%		
días de descansos	0 - 1 día	11	91.7%	16	88.9%	2.16	0.70
	2 - 3 días	0	0.0%	2	11.1%		
Realiza otras actividades diferentes al cuidado	No	11	91.7%	17	94.4%	IND	IND
	Si	0	0.0%	1	5.6%		
Ha recibido formación e información específica sobre el cuidado	No	11	91.7%	14	77.8%	7.76	0.35
	Si	0	0.0%	4	22.2%		
Tipo	Sin formación	7	58.3%	15	83.3%	7.55	0.47
	Curso	0	0.0%	2	11.1%		
	Recomendaciones	3	25.0%	2	11.1%		
Cuenta con supervisión profesional en el cuidado al adulto	No	5	41.7%	8	44.4%	0.00	0.95
	Si	6	50.0%	10	55.6%		
Considera que posee los conocimientos necesarios y suficientes	No	10	83.3%	11	61.1%	3.03	0.08
	Si	1	8.3%	7	38.9%		
Tiene bajo su cuidado a múltiples personas	No	9	75.0%	14	77.8%	0.75	0.68
	Si	2	16.7%	4	22.2%		

6.3 Propuesta de implementación del programa cuidando al cuidador.

6.3.1 Análisis del contexto identificado en el territorio

En el análisis del contexto específicamente de los cuidadores se encontraron cuatro grandes componentes (Autocuidado, Formación, Salud y Corresponsabilidad), los cuales se deben de abordar de manera integral e integrada, se realizaron 17 entrevistas semiestructuradas con la participación de diez (10) cuidadores y siete (7) líderes Gerontológicos y Cabildantes, entre ellos el 60% son mujeres, y es de anotar que los líderes conocen el territorio y contexto de las Personas Mayores, en cuanto a los cuidadores entrevistados el 100% viven con el sujeto de cuidado, tienen algún vínculo familiar, son cuidadores principales y no son remunerados.

1. Autocuidado

Los participantes manifiestan que desde que asumieron el rol de cuidadores han adquirido responsabilidades abrumadoras y agotadoras, las cuales los han llevado a enfrentarse a

situaciones de estrés y adquirir nuevos hábitos como fumar, distanciamiento con la familia, la pareja y a su vez, poca relación social y con el entorno. Por otro lado, algunos de ellos expresan ver la situación de manera positiva, pues alrededor del cuidado hay unión familiar, aceptación de la situación, amor y responsabilidad. El factor tiempo es el más común entre los participantes, debido a que la mayoría de este es invertida en el cuidado de la Persona Mayor, dejando así a un lado las actividades propias como el auto cuidado, el fortalecimiento de las relaciones sociales, familiares y el disfrute de actividades de ocio y esparcimiento.

Para mejorar las situaciones estresantes o desafiantes que se puedan presentar mientras se cuida a una Persona Mayor, los participantes coinciden en que enfocarse en el sistema de valores y creencias les permite tener paciencia, calma y fe. A su vez, consideran que es necesario entablar conversaciones que permitan el desahogo, la liberación y el aconsejar, como también salir a caminar, descansar, leer, asistir a terapia y practicar yoga les favorece en gran medida. Por su parte, consideran que la gratitud y el amor es la cualidad y el aliento que les motiva a cuidar, sin embargo, se requiere establecer límites, tomar decisiones saludables, delegar funciones, aceptar los sentimientos, las circunstancias y solucionar los problemas para fortalecer más las prácticas de autocuidado y mejorar la calidad de vida, tanto del cuidador como del sujeto de cuidado.

Conclusión:

Si bien se evidencia que de diversas maneras los cuidadores intentan ver positivamente las condiciones en las que desarrollan las labores de cuidado, también se vislumbra que requieren un acompañamiento continuo en el fortalecimiento de sus prácticas de autocuidado, las cuales no son una prioridad debido a la falta de tiempo y de condiciones que permitan verse a sí mismos más allá de la labor que realizan y entenderse como sujetos primarios que también requieren cuidado y atención. Lo anterior, aunado a que no cuentan con una red de apoyo sólida en la cual buscar ayuda en los momentos que lo requieran, es clave para entender las labores de cuidado como un agente estresor en los cuidadores de las Personas Mayores en el Municipio de Caldas. Los caldeños y los entes de salud deberán reconocer la importancia que tienen los cuidadores de Personas Mayores dentro el desarrollo de la economía.

2. Formación

De acuerdo a los resultados obtenidos, los cuidadores coinciden en que el conocimiento general de las enfermedades que padece cada sujeto de cuidado y el manejo de las mismas son los temas transversales que se requieren saber para brindar un cuidado integral y de calidad en cuanto a la alimentación saludable, uso y administración adecuada de medicamentos e higiene. Asimismo, consideran relevante saber de primeros auxilios, de ejercicios pasivos para quienes tienen movilidad reducida y contar con los conocimientos necesarios para movilizarlos sin poner en riesgo su seguridad ni la de sí mismos, pues una mala postura supone un riesgo físico latente al que están expuestos si no se realizan de manera correcta.

En cuanto a la vocación y habilidades sociales enfatizaron en asistir a constantes talleres de relaciones humanas pues esto fortalecerá su quehacer profesional, a su vez, en el trato afectivo, amor y tolerancia hacia la Persona Mayor.

Conclusión

Favorecer la formación de quienes dedican gran parte de su vida al cuidado de otro es un reto para el sistema de salud y sus diferentes actores, ya que, si se les brindan las herramientas necesarias en cuanto a conocimiento y manejo del sujeto de cuidado se está abordando de manera integral al individuo, a la familia y a su entorno, sin reducir esta formación a un ambiente técnico científico de difícil acceso y más bien desde la cercanía del conocimiento popular, de manera que así puedan empoderarse y sentirse con mayores capacidades para ejercer el rol de cuidado, las cuales pueden minimizar en gran medida la carga que supone cuidar.

3. Salud

Los cuidadores de las Personas mayores según la categoría de salud se ha visto interrumpida en cuanto a la inasistencia a las citas médicas, en la mayoría de las veces por ausencia de la red de apoyo para cubrir las responsabilidades que asume el cuidador, situación relacionada con el mantenimiento de la salud del cuidador primario que por falta de apoyo se ve afectada la salud en especial el control de las enfermedades de base cómo son las citas de psicología, internista, cardiología, psiquiatría, otras razones por las que faltan a control o citas es por no delegar o no pedir apoyo a otro familiar o amigo, por depresión, por no dejar sola a la persona sujeto de cuidado ya que su nivel de dependencia es alto, y sumado a eso se tiene un vínculo familiar, (madre, padre, esposo, hermana) y prefieren descuidar la salud propia que dejar solo la persona sujeta de cuidado.

Los cuidadores de las Personas Mayores tienen mayor riesgo de padecer o sentir más dolencias desde que asumen el rol de cuidador, pues la mayoría de las personas han manifestado que han padecido o padecen algún tipo de dolencia o enfermedad como la depresión, estrés, cansancio mental, desgaste físico, problemas fisiológicos como dolores de cabeza, tensión arterial alta, osteomusculares, sentimientos de soledad, falta de amor, falta de escucha y espacios de esparcimiento, hábitos alimentarios no saludables, falta de empleo y solicitan más oportunidades para ellos. En análisis de los participantes los problemas de salud más comunes que enfrentan son a nivel mental, el 58,82% manifestó tener alguna percepción negativa de su salud mental, seguido del agotamiento físico, con un 41,18%.

Los cuidadores manifiestan la importancia de tener actividades que les mejoren la salud mental, contar con un profesional del área de psicología, una red de apoyo, tener espacios de esparcimiento de ocio y tiempo libre, talleres de aprendizaje de cursos educativos para la vida, mejorar el hábito para una alimentación saludable y tener un descanso adecuado.

Conclusión:

Se puede concluir que a nivel de salud los cuidadores de las Personas Mayores del municipio de Caldas presentan alteraciones psicológicas y emocionales específicamente, niveles de estrés, depresión y ansiedad, a nivel físico se encontró que hay cansancio lo que genera agotamiento físico, por otra parte, la falta de redes de apoyo hace que los cuidadores trabajen largos periodos sin descanso, no asistan a las citas médicas y sus estados de salud desmejoren.

Por consiguiente, la Administración Municipal y las entidades de salud deben asumir el reto de general políticas de cuidado al cuidador, ya que es una necesidad de mejorar condiciones de vida y una necesidad del mercado laboral.

4. Corresponsabilidad

La participación institucional, Municipal u otras entidades involucradas para el cuidado tanto al cuidador como a las Personas Mayores se hace notable las expectativas que se tienen y esperan una colaboración con una corresponsabilidad en temas básicos como apoyos económicos, tener agua potable, pues llama la atención que aun en el Municipio de Caldas aun falten veredas por tener agua potable, apoyo para la seguridad alimentaria, subsidios al transporte de las veredas, subsidios para mejoramiento de viviendas, mejor acceso y oportunidad al sistema de salud mejorando así las citas médicas y atención con mejor tiempo, solicitaron activar las rutas y programas del Adulto Mayor, así mismo mejorar la caracterización de la población para identificación de las necesidades, contar con talleres formativos de cuidado, un trato humanizado en los servicios de salud.

En relación al autocuidado una de las categorías que emergió fueron las redes de apoyo, en función de **¿quién cuidaría del cuidador en caso de enfermar?**, en este sentido se encontró que en su gran mayoría contestaban que su círculo familiar más cercano (hijos, hijas y hermanos), llama la atención que cinco personas manifestaron que se irían a un lugar de reposo, una persona refirió que no tiene a nadie que lo cuide, esto conlleva entonces a que se deben de fortalecer estrategias que garanticen el cuidado de personas solitarias que con el paso del tiempo puedan gozar sus últimos días con una buena calidad de vida.

La corresponsabilidad es un actividad que es compartida con familia, entidades públicas por políticas públicas, es de ahí donde se encuentran obstáculos que impiden que la corresponsabilidad sea asumida por unos pocos participantes del cuidado, siendo el obstáculo una categoría relevante para el cuidado de la persona sujeto de cuidado como es el manejo para cuando la persona se le debe hacer o ayudar para las actividades de la vida diaria como es el moverse, vestirse, desplazamientos, cambios de posición de pañal, ayudas para la marcha, todo esto va relacionado con falta de conocimiento, de educación que está ligado al proceso de la fisiología del envejecimiento y la evolución de la enfermedad, pobreza, falta de tiempo , carga laboral, desempleo.

Conclusión:

Se puede concluir que los cuidadores de las Personas Mayores del municipio de Caldas no cuentan con una red de apoyo fortalecida que realice acompañamiento y apoyo significativo a los cuidadores y sus familias, situación que agudiza las enfermedades crónicas, con problemas osteomusculares graves, pérdidas familiares, soledad, abandono e inmersos en problemas de adicciones terminando también siendo personas sujetas de cuidado.

Las necesidades más relevantes que salen a flote en este proyecto investigativo están el fortalecer la política pública de cuidado de Adulto Mayor, proteger al cuidador con temas educativos formales y fortalecer temas como:

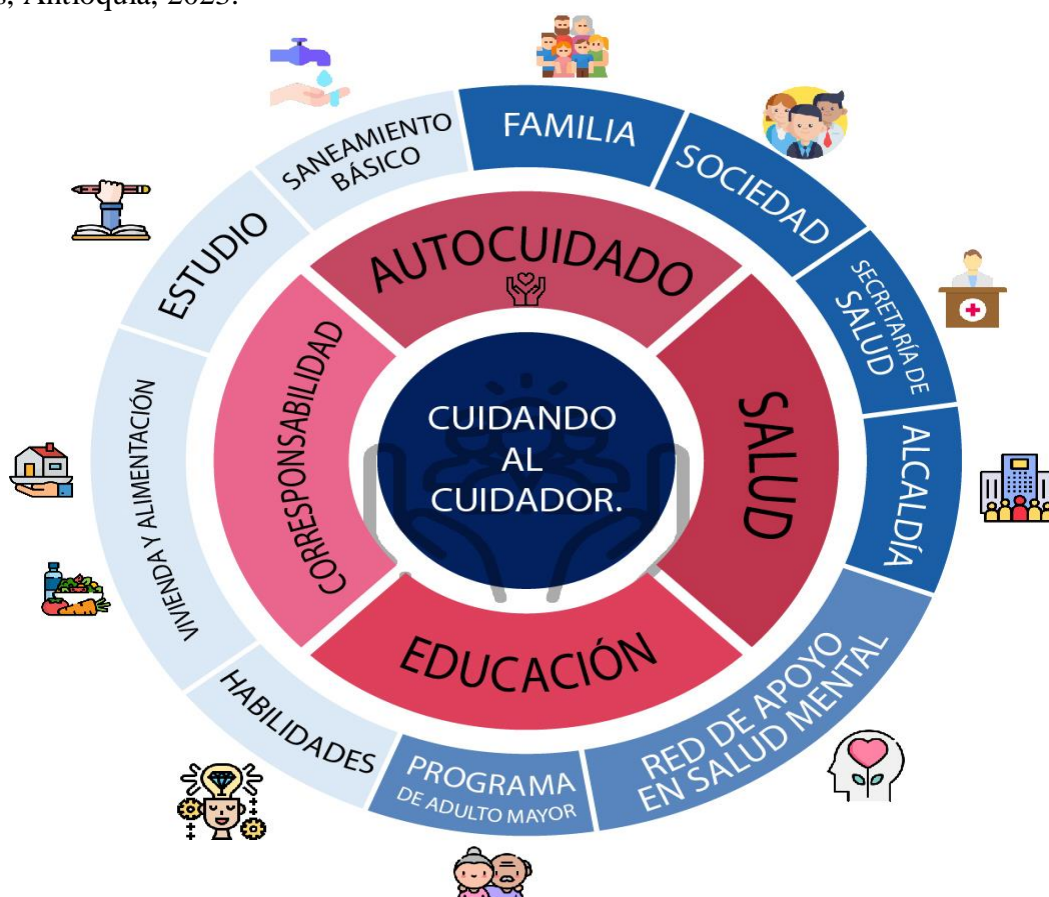
- Temas de salud del proceso de envejecimiento.
- Talleres para la vida.
- Fortalecer y crear las redes de Cuidado y salud mental.
- Apoyo económico.
- Plan de vida.

Llama la atención que muchos de las personas cuidadores manifiestan no tener quien los cuide a futuro y terminarían estando solo, o en hogares de reposo.

6.3.2 Propuesta de implementación y acciones a desarrollar en el territorio

La corresponsabilidad del cuidado al cuidador de Personas Mayores es una necesidad de todos, en este desafío del mundo longevo, la gráfica número uno, muestra las cuatro dimensiones de la investigación como ejes importantes a intervenir de forma articulada con todos los actores.

Figura 3. Modelo de autocuidado para los cuidadores de las personas mayores del municipio de Caldas, Antioquia, 2023.



De acuerdo a la problemática identificada del cuidado al cuidador de Personas Mayores sugerimos incorporar e intervenir las dimensiones encontradas en la investigación como pilares al cuidado del cuidador, ellas son:

- **Autocuidado**

Por medio de esta dimensión se busca contribuir al autocuidado como acción esencial que debe estar inmersa en todos los momentos de la vida de los seres humanos, a hora bien, teniendo en cuenta el bienestar de los cuidadores es necesario brindar herramientas para su autocuidado en: Adherencia de estilos de vida saludables, manejo de estrés, control de las emociones, organización de tiempo y actividades de rutina, fortalecimiento del desarrollo personal, fomentar el proyecto de vida, orientar a la toma de decisiones para cuidar la salud física y mental, aprender a delegar en otros familiares el apoyo con el sujeto de cuidado, fortalecer las redes sociales (amigos, vecinos, y familiares), aceptar el rol de cuidador como oportunidad de aprendizaje

- **Formación**

La dimensión de formación es una estrategia enfocada en educar a los cuidadores informales de las Personas Mayores del municipio de Caldas, con el objetivo de empoderamiento del cuidador, disminuir el nivel de dependencia de las Personas Mayores y mejorar la calidad de vida de ambas partes.

Los temas propuestos por los cuidadores coinciden entre ellos, según sus necesidades para brindar un cuidado integral y con calidad, en cuanto a la alimentación saludable, uso y administración adecuada de medicamentos e higiene, primeros auxilios, ejercicios pasivos para quienes tienen movilidad reducida, movilización segura. En cuanto a la vocación y habilidades sociales enfatizaron en asistir a talleres de relaciones humanas pues esto fortalecerá su quehacer profesional, a su vez, en el trato afectivo, amor y tolerancia hacia a la Persona Mayor.

- **Salud**

Ser cuidador de Personas Mayores, se puede convertir en un factor de riesgo para la salud del cuidador por todas las dinámicas de la vida, el trabajo la economía, la dinámica familiar, la relación de pareja el ocio y el tiempo libre. La dimensión salud busca reducir los factores de riesgo de los cuidadores de las Personas Mayores teniendo en cuenta la salud mental desde la atención psicosocial, psicoterapia, control de enfermedades y toma de medicamentos en caso de requerirlos, de igual manera se debe buscar mejorar la salud física, a través de descansos adecuados del cuidador, fortalecimiento de redes de apoyo y el fomento de hábitos saludables. Tomar medidas para prevenir y aliviar el estrés de los cuidadores ayuda a prevenir problemas de salud graves del cuidador y sujeto de cuidado.

- **Corresponsabilidad**

Esta dimensión busca fomentar la corresponsabilidad entre los diferentes actores, reconociendo que la familia es la fuente principal de apoyo social, seguido de la comunidad y el estado, las redes de apoyo permiten una redistribución de cargas y un mejor goce de calidad de vida del cuidador principal y el sujeto de cuidado.

Las acciones recomendadas para el logro de esta dimensión son:

1. Fortalecer las redes de apoyo, que realice acompañamiento y apoyo significativo a los cuidadores y sus familias,
2. Fortalecer la política pública de envejecimiento humano y vejez y el cuidado de los cuidadores.
3. Fortalecer al cuidador con temas educativos como: enfermedades en la vejez, talleres para la vida, redes de cuidado y salud mental, apoyo económico y plan de vida.

En la siguiente tabla se resumen las intervenciones o necesidades identificadas a desarrollar por el municipio.

Figura 4. Recomendaciones para realizar en cada uno de los 4 momentos encontrados.



Discusión

Este programa cuidando al cuidador de las Personas Mayores del Municipio de caldas, nos dio pautas para proponer acciones de intervención claras, viables, factibles y asequibles de implementar y que beneficiarán a los cuidadores primarios tanto formales como informales del Municipio. Para esto se dejan las recomendaciones en los temas específicos según las necesidades manifestadas por los encuestados que participaron de la investigación como:

Principales hallazgos:

- **Sobrecarga:** según los resultados de los encuestados el grado de sobrecarga de los cuidadores de personas Mayores del municipio de caldas, y que la mayoría de cuidador es femenina comparamos con otros estudios investigativos realizado en otras pacientes como enfermedad de Parkinson, realizada por la Universidad de Ciencias aplicadas obtienen como resultados que “cuidadores informales de pacientes con esta patología tiene sobrecarga donde se ve afectada la calidad de vida, del sueño y carga mental” (69).

Según las experiencias relatadas por algunos de los participantes diversas situaciones de familia se ven involucradas directa e indirectamente en los casos de la vida familiar y quienes terminan asumiendo el rol del cuidador, y a su vez desempeñan otros oficios dentro del mismo núcleo de familia, esto les ha generado algunas responsabilidades adicionales e incluso les ha generado conflicto familiar, pues no encuentran una red de apoyo que les ayude a tomar decisiones y asuman la priorización de necesidades el **entorno** y la persona cuidadora, creando así una responsabilidad unilateral; La aceptación del proceso de cuidar y las diversas demandas emocionales, psicológicas, fisiológicas y económicas demandan mayor atención de la persona cuidadora donde se ve afectada la calidad de vida, la salud mental, los problemas fisiopatologías, soledad, depresiones entre otros problemas que se quedan guardados solo por no afectar al otro o no tener una red de apoyo para ayudar con el cuidado y disminuir la carga del cuidador primario. Si se activará una red solidaria, educar a la familia, contar con instituciones que presten el servicio y con la creación de estrategias y una evaluación oportuna se generaría unas respuestas oportunas de bienestar, tranquilidad y goce pudiendo tener el disfrute de una vida con calidad entre el cuidador, familia y el sujeto de cuidado.

- **Talleres de formación:** la necesidad de formar al cuidador de las personas mayores del Municipio no es ajena a investigaciones ya planteadas por el ministerio y con normatividad que ampara la apuesta ya que es viable, factible y pertinente, los resultados de esta investigación nos muestran la importancia de dejarle a la comunidad las bases necesaria y un instrumento que sirva como soporte adicional para apoyar lo que la normatividad y las políticas públicas muestran para que se cumplan y así ejecutarlas, es decir que la Participación Social junto con el Ministerio de Salud, las EAPB y los Entes locales del municipio de manera inmediata busquen la forma de implementar las estrategias formativas, encaminadas a que los cuidadores y las personas sujetos de cuidado se formen y conozcan los derechos y deberes, Participación social en salud, programas, proyectos en salud mental preventiva, rutas de atención y mecanismos para la exigibilidad de derechos en el territorio, fomentando el desarrollo de capacidades para involucrar a las personas en las decisiones que promuevan la

sana salud física, y mental y la participación con incidencia de desarrollo autonomía para las actividades y desarrollo social sostenible.

- **Salud mental – problemas psicológicos. La Ley 1616 de 2013** define la promoción de la Salud Mental como “una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano”. (Lineamientos para la Gestión Integrada en Salud Mental, 2016), ya que se presentan las acciones específicas a desarrollar con los cuidadores de personas con trastorno mental y/o enfermedades crónicas discapacitantes en promoción de la salud mental **del cuidador de personas mayor** con enfermedades crónicas y/o trastornos mentales discapacitantes por medio de realizar procesos de formación para que la persona cuidadora y la persona sujeta de cuidado conozcan la enfermedad mental y su abordaje.

Sensibilizar a la persona cuidadora, sobre los recursos comunitarios con los que cuenta en el territorio en materia de salud mental. Informar sobre las rutas integrales de atención en salud, especialmente sobre los problemas y trastornos mentales en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud.

Caracterizar a la persona sujeto de cuidado y su familia, y ayudar para el establecimiento de roles y acuerdos para el cuidado de la persona que lo requiere explicando las causas, naturaleza y tratamientos de la enfermedad mental y/o enfermedad crónica que padece la persona sujeta de cuidado y dejar información sobre los recursos comunitarios y rutas con las que cuenta en el municipio en conjunto con el hospital y las EAPB e incluso con los centros del adulto mayor.

Promover acciones con los cuidadores de las Personas Mayores para que fortalezcan el autocuidado, a través de:

1. Desarrollo personal y proyecto de vida.
2. Estilos de vida saludables ejercicio y recreación
3. Manejo del estrés
4. Fortalecimiento de factores protectores hacia el control de problemas y trastornos mentales de tal manera que pueda distribuir tareas asociadas al cuidado con otros miembros de la familia.
5. Canalización a programas de promoción y prevención de salud mental y a rutas integrales de atención en salud e Informar a las personas cuidadoras y personas sujetos de cuidado, sobre rutas de atención y mecanismos que permitan reducir barreras de acceso al SGSSS y a los servicios en salud mental.
6. Fomentar el desarrollo de capacidades para involucrar a las personas cuidadoras y sujetas de cuidado en las decisiones que afecten su salud.
7. Realizar acciones intersectoriales para vincular a persona cuidadora a procesos educativos formales y no formales (46).

- **Políticas públicas del adulto mayor:** según la resolución 518 de 2015, la gestión de la salud pública “se constituye en un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas, y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, Gestión de la Salud Pública. Con el propósito de alcanzar los resultados en salud” (Resolución 518 de 2015) A continuación se describen los procesos para la gestión de la salud pública, descritos en la resolución, sumado a las acciones que desde el orden nacional y local deben desarrollarse para la inclusión de las personas cuidadoras y las personas sujeto de cuidado con trastorno mental y/o enfermedades crónicas discapacitantes, algunas de las actividades o competencias a ejecutar por los actores enmarcadas en la política de salud pública y apuntan al desarrollo del estudio del municipio de caldas son (46):

La Constitución Política en conjunto con el Ministerio de salud y protección social secretarías departamentales y/o distritales de salud secretarías municipales de salud entidad y las EAPB promuevan las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptar medidas en favor de grupos discriminados o marginados, conforme se establece en el artículo 13 de la constitución política. En el artículo 47 se estipula que " El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran (46).

Garantizar la inclusión social de la persona cuidadora y sujeto de cuidado: Incentivar políticas para la educación formal y no formal que incluyan a las personas cuidadoras y personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. Implementar acciones enfocadas en las poblaciones vulnerables, con el objetivo de fomentar la gestión de empleo para la productividad, orientación ocupacional, protección y seguridad en el trabajo, prevención de enfermedades profesionales, riesgos psicosociales, riesgos profesionales e inclusión laboral a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes (46).

Articulación de acciones en el territorio con las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2020 - 2030 y dimensión prioritaria convivencia y salud mental: se deberá promover a nivel territorial, de acuerdo a competencias específicas y necesidades, la salud mental y la prevención y atención de los problemas y trastornos mentales, visibilizando a las poblaciones en condición de vulnerabilidad (46).

Gestión del conocimiento: Conocer el Sistema Nacional de Cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, implementando acciones en los territorios, que den respuesta a las necesidades de cuidado. Promover procesos investigativos tendientes a conocer las dinámicas propias del cuidado de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes, buscando visibilizar la labor de la persona cuidadora y generar acciones tendientes a la promoción, prevención, protección de sus derechos, así como los de la persona sujeto de cuidado. Promover espacios para la investigación cualitativa y creación de nuevos conocimientos a partir de las experiencias de implementación de las diferentes estrategias y acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas cuidadoras (46).

- **Redes de apoyo:** en cuanto a las redes de apoyo el estudio concluyo que los cuidadores de las personas mayores perciben las redes de apoyo formales e informales como necesarias para su bienestar físico, espiritual y emocional, además, identifican la re significación del trabajo como una opción de vida desde sus capacidades instrumentales, la espiritualidad hace parte y los fortalece a lo largo de sus vidas y al interior de sus familias como un valor importante que incluso han dejado de hacer por dedicarse al cuidado (70). Mismas necesidades identificadas con el proyecto investigativo de cuando al cuidador de las personas mayores de la institución centro vida del municipio de caldas, donde hacen énfasis en tener ayuda desde las áreas Psicología, Medicina, trabajo social,
- **Corresponsabilidad de las instituciones:** “en Colombia, la formulación e implementación de políticas públicas locales le apuestan a la disminución de la pobreza como uno de los objetivos de la Agenda 2030, dentro de las cuales se encuentra la reciente actualización de la “Política colombiana de envejecimiento y vejez”, que tiene dentro de sus propósitos la erradicación del hambre y la pobreza extrema en colectivos y en adultos mayores. Sin embargo, en corresponsabilidad con el Estado y la comunidad, **la familia es considerada la institución más importante para el adulto mayor en la contribución de su pleno desarrollo.** Las investigaciones realizadas sobre familia como principal red social de apoyo, se caracterizan en su mayoría por ser de orden cuantitativo, por lo cual han permitido conocer el número de personas que la integran y su satisfacción hacia la misma, sin embargo, estas no han profundizado en la percepción del Adulto Mayor como principal actor del envejecimiento como fenómeno social, en conocer su definición acerca de esta etapa, las necesidades que experimenta y el grado de representatividad que pueden tener los diferentes actores en su proceso fisiológico de envejecimiento” (70).

Las encuestas realizadas a los cuidadores de las Personas Mayores del municipio de caldas nos muestran una necesidad urgente de activar otras entidades corresponsables del bienestar de los cuidadores y los adultos ya que las políticas públicas como corresponsables de cuidado tanto a cuidador como al sujeto de cuidado y entre las necesidades más relevantes con los diferentes actores, reconociendo que la base principal y fuente de apoyo social es la Red Familiar y Comunitaria, y proponiendo una redistribución de cargas dentro del entorno familiar, con el propósito de construir relaciones equitativas, en las relaciones, roles y tareas en torno al cuidado les sean definidas por los integrantes de su familia independientemente de su identidad de género.

Conclusión más importante:

Para lograr el objetivo y llevar a cabo esta propuesta de cuidando al cuidador de las Personas Mayores se deben fortalecer en el municipio e incluso a nivel de territorios los servicios integrados en salud y en salud mental con la implementación de estrategias como las rutas integrales de atención en salud, que contribuyan positivamente a visibilizar la labor del cuidador e impactando directamente en los entornos en donde se desarrolla la vida cotidiana de la persona cuidadora y quien requiere del cuidado. En ese sentido, se busca que en el entorno hogar, se activen redes sociales e institucionales logrando:

- Brindar soporte emocional sobre el afrontamiento de la enfermedad.

- Recibir atención psicosocial.
- Sensibilizar frente a: principales funciones a realizar en torno al cuidado de la persona sujeto de cuidado con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas.
- Adherencia al tratamiento
- Prácticas para fortalecer la salud tanto de la persona cuidadora como de la persona sujeto de cuidado.
- Informar sobre las rutas integrales de atención en salud, cuando identifiquen problemas de salud y trastornos mentales en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS. Promover acciones con la persona cuidadora que fortalezcan el autocuidado, desarrollo personal, proyecto de vida.
- Estilos de vida saludables como ocio y tiempo libre, ejercicio y manejo del estrés
- Factores protectores hacia el control de problemas y trastornos mentales
- Organización de la cotidianidad de tal manera que puedan distribuir tareas asociadas al cuidado con otros miembros de la familia.
- Los cuidadores informales de las Personas Mayores en Colombia no están en una agrupación reconocida que los acoja, no tienen una normatividad por política Pública que los cubra y proteja y no se les brinda ningún tipo de protección en ningún nivel económico, educativo, ni redes de apoyo comunitarias ni gubernamentales. El envejecimiento según los expertos en demografía y sociedad para el 2050 se espera una población envejecida y es emergente empezar a crear mesas de trabajo y juntas con el fin de potenciar y lanzar proyectos de ley que protejan tanto a la Persona Mayor como a sus cuidadores.

7 Bibliografía

1. Contenidos M y. UNAL-Cuidando-a-los-cuidadores-repositorio [Internet]. Studenta. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://es.studenta.com/content/116928053/unal-cuidando-a-los-cuidadores-repositorio>
2. Cardona Arango D, Segura Cardona ÁM, Berbesí Fernández DY, Ordoñez Molina J, Agudelo Martínez A. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. Investigaciones Andina [Internet]. abril de 2011 [citado 13 de marzo de 2023];13(22):178-93. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-81462011000100007&lng=e&nrm=iso&tlng=es
3. Gómez SC, Ferrer JG, Rigla FR. La sobrecarga de las personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
4. Tipos de Cuidadores: Quién Puede Serlo | Club de Cuidadores [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.clubdecuidadores.com/blog/tipos-de-cuidadores>
5. CROEM. Carga de trabajo: Definición de carga física y mental [Internet]. 2023 [citado 7 de junio de 2023]. Disponible en: <https://portal.croem.es/prevergo/formativo/2.pdf>
6. Soluciones prácticas para combatir el estrés de las personas encargadas del cuidado [Internet]. Mayo Clinic. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/caregiver-stress/art-20044784>
7. Gobernación de Antioquia. Adulto Mayor [Internet]. [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/programas-y-proyectos/salud-publica/item/147-adulto-mayor>
8. Apertura del nuevo centro de acogida para el adulto mayor en situación de calle. » Alcaldía de Caldas [Internet]. Alcaldía de Caldas. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://caldasantioquia.gov.co/noticias/apertura-del-nuevo-centro-de-acogida-para-el-adulto-mayor-en-situacion-de-calle/>
9. promoción y prevención adulto mayor [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/prevencion.htm
10. Alcaldía mayor de Bogotá D.C. ‘Cuidado Local’, el programa que le da una mano a las y los cuidadores de Bogotá [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gobiernobogota.gov.co/noticias/nivel-central/cuidado-local-programa-le-da-mano-las-y-los-cuidadores-bogota>
11. Web A. Fundació ACE inaugura el Programa Cuidador Expert [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacioace.com/index.php/es/noticias/formacion/fundacio-ace-inaugura-programa-cuidador-experto.html>

12. Recursos Educativos Sirviendo a Cuidadores en Español. Los servicios de Respiro: Dar un Descanso al Cuidador [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.stroke.cindrr.research.va.gov/es/hojas_informativas/recursos_comunitarios/servicios_respiro.asp
13. Tipos de grupos de apoyo especialmente para ti [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/prestar-cuidado/info-2021/grupos-de-apoyo-para-cuidadores.html>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Cuidador institucional de personas adultas mayores: Características, situación actual y redes de apoyo. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/cuidador-institucional-personas-adultos-mayores.pdf>
15. Mheducation. Recursos y servicios para personas en situación de dependencia: informacional cuidador informal. 2023; Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448171667.pdf>
16. Ayudas para pagar por servicios de cuidados en el hogar [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/donde-comenzar/info-2016/contratar-servicio-cuidados-casa.html>
17. Va caregiver support. Programa de Servicios Generales de Apoyo al Cuidador del Departamento de Asuntos del Veterano. marzo de 2022; Disponible en: https://www.caregiver.va.gov/pdfs/FactSheets/PGCSS_FactSheet_Spanish.pdf
18. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Análisis de la situación de salud [Internet]. 2022 [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dssa.gov.co/images/asis/fichas/2022/Caldas.pdf>
19. Barrera Ortiz L, Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B. «Cuidando a los Cuidadores»: Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. Index de Enfermería [Internet]. 2006 [citado 8 de junio de 2023];15(52-53):54-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962006000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Administración municipal de Caldas. Plan de desarrollo 2020-2023 Caldas territorio transformador [Internet]. 2020 [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: https://caldasantioquia.gov.co/wp-content/uploads/2021/05/bd874-plan_desarrollo_caldas_2020_2023.pdf
21. Obando L, Galeano M, Rivera M. Cuidando al cuidador: programa cuidate para cuidar [Internet]. 2020 [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/dk8c5/pdf/obando-9786287501621-04.pdf>
22. Encolombia. Antecedentes del Modelo de Cuidado de Cuidadores de Personas con Enfermedad Crónica [Internet]. encolombia.com. 2014 [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-112/temalibrehacialaconstrucciondeunmodelo1/>

23. Cardona Arango D, Segura Cardona ÁM, Berbesí Fernández DY, Ordoñez Molina J, Agudelo Martínez A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES DEL CUIDADOR EN ADULTOS MAYORES. Investigaciones Andina [Internet]. abril de 2011 [citado 13 de marzo de 2023];13(22):178-93. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-81462011000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
24. Salud del cuidador [Internet]. National Library of Medicine; [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/caregiverhealth.html>
25. Zuluaga M, Galeano M, Giraldo C. Significados del cuidado construidos por cuidadores de personas mayores. Ciencia y Cuidado; 2021.
26. Ramírez VJA, del Río BR, Russell MER, López CGF. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicología y salud [Internet]. 2008;18(2):237-45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118209.pdf>
27. Pérez DOS. Proyecto de mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor residente en la fundación hogar geriátrico luz de esperanza (FUNDELUZ). 2012;148. Disponible en: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2012/144348.pdf>
28. Gallardo P, Rojas M. El rol del cuidador en el adulto mayor. 2016; Disponible en: <http://ediunc.bdigital.uncu.edu.ar/8544>
29. Iacub R. Proyectar la vida: el desafío de los mayores [Internet]. Ediciones Manantial; 2001. 236 p. Disponible en: https://books.google.co.cr/books?id=UKC_kdbc_F4C&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false
30. Jornada de educación vial en Centro Vida » Alcaldía de Caldas [Internet]. Alcaldía de Caldas. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://caldasantioquia.gov.co/noticias/jornada-de-educacion-vial-en-centro-vida/>
31. Envejecimiento y Vejez [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
32. Nieto Antolínez Eco ML, Alonso Palacio LM. ¿ Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? Revista Salud Uninorte. 2007;23(2):292-301.
33. OPS/OMS | El Abordaje de Curso de Vida [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13903:the-healthy-life-course-approach&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
34. El proyecto INFOSA | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. Clínic Barcelona. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/vida-saludable/cuidando-al-cuidador/el-proyecto-infosa>

35. Instituto Navarro de Salud Laboral. Riesgos por carga, física o mental, de trabajo [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/74D4E0EE-0BD0-43E1-91BC-235B883C85B1/0/m2ud3.pdf>
36. Mutua Intercomarcal. La sobrecarga laboral, el obstáculo de la productividad [Internet]. 2016 [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.mutua-intercomarcal.com/portal/noticia/2370/La-sobrecarga-laboral--el-obstaculo-de-la-productividad>
37. Cuidar en primera persona – AQuAS Blog [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://blog.aquas.cat/2017/11/02/cuidador-experto/?lang=es>
38. Organización Internacional del Trabajo. El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633168.pdf
39. Ministerio de Protección a la Salud Pública Social. ABECÉ enfoque de curso de vida [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>
40. ASALE R, RAE. longevo, longeva | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/longevo>
41. Envejecimiento y Vejez [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
42. RAE. Definición de autonomía de la voluntad - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE [Internet]. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://dpej.rae.es/lema/autonom%C3%ADa-de-la-voluntad>
43. Discapacidad - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
44. Roure Murillo R, Escobar Bravo MÁ, Jürschik Giménez P, Roure Murillo R, Escobar Bravo MÁ, Jürschik Giménez P. Capacidad funcional en personas mayores de 65 años de la Región Sanitaria de Lleida atendidas en domicilio. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 13 de junio de 2023];30(2):56-60. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2019000200056&lng=es&nrm=iso&tlng=es
45. Grados de dependencia [Internet]. 2013 [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/autonomia/preguntas-frecuentes/grados-de-dependencia>

46. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de cuidado a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes.
47. Nations U. Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena 1982 | Naciones Unidas [Internet]. United Nations. United Nations; [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/ageing/vienna1982>
48. Lourdes G. Calidad de vida los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionarios [Internet]. [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB_TESIS.pdf
49. BOE-A-2006-21990 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. [Internet]. [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
50. Argentina.gob.ar. Guía de recomendaciones para la contratación de Cuidadores y Cuidadoras [Internet]. Argentina.gob.ar. 2020 [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/registrocuidadores/guaderecomendaciones>
51. Naciones Unidas CEPAL. Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (2019-) [Internet]. [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://dds.cepal.org/bpsnc/programa?id=173>
52. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
53. Ley 1753 de 2015 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61933>
54. Ministerio de Salud y Protección Social. Abecé resolución 4505 [Internet]. [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/abece-resolucion-4505.pdf>
55. - Gestor Normativo - Función Pública. Decreto 681 de 2022 [Internet]. 2022 [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=186407>
56. Sector Salud y Protección Social - Gestor Normativo - Función Pública. Decreto 780 de 2016 [Internet]. 2023 [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>
57. Ministerio de protección social. Decreto 3039 de 2007 [Internet]. 2007. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF

58. Ley 1413 de 2010 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40764>
59. Ministerio de Salud y Protección Social. Balance proceso reglamentario. Ley Estatutaria 1618 de 2013. 2017; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/documento-balance-1618-2013-240517.pdf>
60. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolucion 5928 de 2016 [Internet]. 2016 [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5928-de-2016.pdf>
61. Gestor Normativo - Función Pública. Ley 2055 de 2020 [Internet]. [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981>
62. Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes y memoria democratica. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. [Internet]. [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
63. Gestor Normativo - Función Pública. Ley 1821 de 2016 [Internet]. 2016 [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=78874>
64. Gestor Normativo - Función Pública. Decreto 755 de 2019 [Internet]. 2019 [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=92452>
65. Ubicación » Alcaldía de Caldas [Internet]. Alcaldía de Caldas. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://caldasantioquia.gov.co/municipio/ubicacion/>
66. Álvarez L, González AM, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. Gaceta Sanitaria [Internet]. diciembre de 2008 [citado 13 de junio de 2023];22(6):618-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112008000600020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
67. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [Internet]. 2002 [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf
68. Asociación medica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2023 [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

69. Cubillos Castillo AT. Carga de cuidadores informales de pacientes con diagnóstico de Parkinson. 2018 [citado 13 de junio de 2023]; Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/1178>
70. Elvia R, Diaz R, Camilo V. Redes sociales de apoyo formales e informales para la reducción de pobreza del adulto mayor y su familia [Internet]. 2022. Disponible en: [file:///C:/Users/ASOPERCHO/Downloads/ART+4+\(10\).pdf](file:///C:/Users/ASOPERCHO/Downloads/ART+4+(10).pdf)
71. m2ud3.pdf [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/74D4E0EE-0BD0-43E1-91BC-235B883C85B1/0/m2ud3.pdf>

8 Anexos

8.1 Directorio red de apoyo del municipio



Institución	Teléfono
Secretaría de Salud	3788500
Red de apoyo en salud mental	3234165603
Comisaría de Familia	3788500 ext. 120
Comando de Policía	3030600
ESE Hospital San Vicente de Paúl Caldas	3036881 - 3786300
Personera	3788500 ext. 121
Red de apoyo salud mental Comfama	604 3607080 ext. 1
Programa Adulto Mayor	3037353

8.2 Guía del proceso de entrevista

Introducción: somos un grupo de estudiantes conformado por 4 profesionales de distintas áreas como Nutricionista, Enfermeras y Gerontóloga de la Universidad CES que están terminando el Posgrado en Gerencia de la Salud Pública, actualmente estamos realizando un proyecto investigativo para la implementación del Programa Cuidando al Cuidador de las Personas Mayores del municipio de Caldas, tiene como objetivo identificar fortalezas o debilidades de los cuidadores y posterior a los resultados dejar una propuesta al Programa para ser implementado por la secretaria de Salud u otra entidad que lo requiera.

Al estar ejecutando el trabajo de campo y el grupo investigativo se encontrase con un caso de fallecimiento o duelo de un cuidador, debe ser prudente, dar las condolencias y hacer el acompañamiento u orientación pertinente identificada y ofrecer la red de apoyo con la que cuenta el municipio. La secretaria de Salud a través del Programa Adulto Mayor ha realizado algunos acercamientos a los cuidadores, los cuales han permitido identificar algunos puntos a trabajar y/o mejorar en el tema.

Nosotros como estudiantes y equipo investigativo de la Universidad CES, queremos dar continuidad al programa por medio de unas preguntas las cuales nos permitirán conocer las características de los cuidadores de las Personas Mayores del municipio de Caldas y queremos indagar un poco más sobre qué opina usted y que recomendaría en relación a las siguientes preguntas.

 <p>UNIVERSIDAD CES <i>Un compromiso con la excelencia</i></p>	PROPUESTA PROGRAMA CUIDANDO AL CUIDADOR DE LAS PERSONAS MAYORES	 <p>Alcaldía de Caldas Antioquia <i>Caldas, nuestro propósito</i></p>
--	--	--

Fecha: D ___ M ___ A _____

Nombre completo: _____

Rol: Cuidador de Persona Mayor ___ Líder ___ Comunidad General ___

Teléfono: _____ Dirección _____

Dimensiones: Carga subjetiva

1. ¿Cuál considera usted que es el principal obstáculo que enfrenta un cuidador para ejercer el cuidado de la Persona Mayor?
2. ¿Nos puede informar cómo se ha sentido de su estado de salud, o si siente que ha tenido alguna dolencia o enfermedad desde que es cuidador?, ¿me puede ampliar la respuesta?
3. ¿A la luz de lo que me cuenta, como podrían mejorar sus condiciones de salud para realizar el cuidado de la persona mayor?

Dimensión: educación

Cuéntenos cuál cree que debe de ser la participación que deben de tener las entidades del municipio para mejorar las condiciones de salud (física como mental) de los cuidadores que cuidan a las personas mayores. (ejemplo alcaldía, EPS, Hospital, o alguien de salud o de educación)

4. Qué esperas de las entidades del municipio para mejorar las condiciones de salud (Física como mental) del cuidador de las personas mayores, (ejemplo alcaldía, EPS, Hospital, o alguien de salud o de educación)
5. Cuéntanos cuales crees que pueden ser los temas de educación que debe de tener un cuidador para el cuidado de las personas mayores.
6. Cuáles deberían de ser los temas elementales que debe de saber un cuidador para el cuidado de las personas mayores.
7. Cuáles crees que son las motivaciones que debe de tener un cuidador para el cuidado de una persona mayor.

Dimensión: psicosocial

8. Desde su percepción, experiencia como es el vínculo afectivo, emocional o de amistad del cuidador con la familia del cuidador, con sus amigos y con sus vecinos.

Familia	Buena ___	Excelente ___	Regular ___	Mala ___
Amigos	Buena ___	Excelente ___	Regular ___	Mala ___
Vecinos	Buena ___	Excelente ___	Regular ___	Mala ___

Nos quieres contar por qué...

Familia:

Amigos:

Vecinos

9. Que acciones realizaría o recomendaría referente al cuidado de la salud mental del cuidador que cuida a una persona mayor.
-
-

10. ¿Quién te cuidaría en caso de enfermarse?

11. ¿Usted considera que siendo cuidador ha adquirido otros hábitos diferentes a los que tenía antes de serlo? - ¿Cuáles son esos hábitos adquiridos o perdido, dejado de hacer? - ¿Nos puedes contar algunos hábitos (positivos o negativos) que considera que puede tener un cuidador, de las personas mayores?

Dimensión de Salud

12. Cuéntanos cual plan tienes para mejorar las situaciones estresantes o desafiantes que puedan surgir mientras cuidas a alguien o que se le pueden presentar a un cuidador de la persona mayor.

13. Cuéntanos cuales son los problemas de salud más frecuente o comunes que puede tener un cuidador que cuida a las personas mayores.

14. ¿Ha tenido que cancelar o faltar a citas médicas? ¿por qué? Si no es cuidado colocar no aplica.

8.3 Consentimiento informado.

Consentimiento informado autorización de uso datos e imagen.

Dando cumplimiento a Ley 1581 de 2012 Nivel Nacional "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Yo _____ identificado (a) con número de documento _____, autorizo a la Universidad CES a que actúen bajo su expresa autorización, a tratar mis datos personales y del mismo modo, concedo, a los arriba indicados, el derecho de grabar, tomar cualquier fotografía, video, entrevista, palabras o cita textual.

De la misma manera, una vez me ha sido informado el derecho y el deber que tengo como usuario.

Para constancia se firma en Caldas, Antioquia a los ____ días del mes _____ del año _____

Nombre y apellidos

Firma

CC _____ de _____

Firma

CC. _____ de _____