

Cuidar para ser cuidado: contextos familiares de cuidado en la  
ciudad de Manizales, 2022

Nicolas Gil Santos

Universidad de Caldas

Facultad de ciencias sociales

Departamento de antropología

Manizales 2022

Cuidar para ser cuidado: contextos familiares de cuidado en  
de la ciudad de Manizales, 2022

Trabajo de grado

Nicolas Gil Santos

Director David Osorio García

Universidad de Caldas

Facultad de ciencias sociales

Departamento de antropología

Manizales 2022

## **Agradecimientos**

A Alexandra Elbakyan, por extender las fronteras del conocimiento.

A David Osorio, por dedicar sus conocimientos y parte de su tiempo a este proyecto.

A Rocío Santos, Luis Alberto Ávila, Ángel Mauricio Gil, Karoll Osorio y su familia, por su infinita generosidad.

## Índice

1	Introducción.....	7
1.1	Contexto de producción del trabajo de grado. Intereses y motivaciones .....	7
1.2	Panorama de envejecimiento demográfico.....	8
1.3	Relevancia del cuidado en el contexto de envejecimiento demográfico .....	9
1.4	Síntesis, objetivos del trabajo de grado y exposición de los siguientes apartados. ...	11
2	Antecedentes.....	13
2.1	Estrategias de búsqueda bibliográfica y de información relativa al trabajo de grado 13	
2.2	Un vistazo al cuidado en otras latitudes .....	14
2.3	Desigualdades en el acceso a servicios de cuidado en la vejez .....	18
3	Marco teórico.....	22
3.1	La perspectiva de desigualdad.....	22
3.2	Sobre la dependencia y la importancia de los cuidados .....	24
3.3	El cuidado como actividad tridimensional: La dimensión material .....	25
3.4	La dimensión emocional del cuidado .....	26
3.5	La dimensión moral del cuidado .....	28
4	Metodología.....	31
4.1	Enfoque metodológico: La teoría fundamentada (Grounded Theory) .....	31
4.2	Detalles del trabajo de campo y de la investigación.....	33
5	Resultados.....	37
5.1	Exposición de las características de los participantes .....	37
5.2	El afán de independencia.....	41
5.3	La naturaleza de los cuidados recibidos .....	43
5.4	Cuidar para ser cuidado .....	44
6	Conclusiones.....	48

7	Anexos .....	50
8	Bibliografía .....	61

### Índice de tablas

Tabla 1. Preguntas componente de cuidado IMIAS 2022.....	36
Tabla 2. Distribución por comunas de los participantes .....	38
Tabla 3. Participantes que afirman depender económicamente de alguien más .....	39
Tabla 4. Fuentes de ingresos económicos de los participantes .....	39
Tabla 5. Nivel de ingresos de los participantes de acuerdo al SMMV del año 2022 para Colombia.....	39
Tabla 6. Participantes que reconocen recibir cuidados .....	40
Tabla 7. Participantes que reconocen tener dependencia con actividades básicas de la vida diaria.....	40
Tabla 8. Persona reconocida como cuidadora y su cualidad o no de conviviente .....	41
Tabla 9. Participantes que reconocen cuidar de alguien más y su relación con dicha persona .....	41

## **Resumen**

El objetivo de la presente investigación consiste en identificar el tipo de cuidado que las personas mayores participantes del proyecto IMIAS 2022 de la ciudad de Manizales reciben. Para esto, se adoptó el enfoque de la teoría fundamentada (Grounded Theory) y se asumió el rol de encuestador en el proyecto. Se logró así un acceso directo con los participantes y fue posible generar una profundidad en el componente que la encuesta recogía sobre el cuidado. Así, se realizó un análisis de corte cualitativo sobre un contexto cuantitativo. Luego de profundizar en las características teóricas del concepto de cuidado, se encuentra que éste se divide en tres dimensiones: material, emocional y moral. Se desarrolla teóricamente cada una de las dimensiones del cuidado. Luego, con la teoría como guía, se propone identificar cada una de las dimensiones del cuidado en particular, para dar cuenta del concepto en general. Se encuentra que todos los participantes reconocen recibir cuidado, siendo la familia la protagonista. Los participantes no reconocen que el cuidado sea explicado desde una dimensión material, pues reconocen no tener condiciones incapacitantes y aun así admiten recibir cuidado. Por su parte, los participantes del proyecto asocian al cuidado a dimensiones de corte emocional y moral, como el cariño, la preocupación y la compañía. A su vez, destacan el papel de sus inversiones previas en la calidad de sus relaciones familiares como responsables de sus actuales situaciones de cuidado.

Palabras Clave:

Cuidado, Ancianos, Personas mayores, Envejecimiento, Manizales, IMIAS, Teoría Fundamentada.

## **1 Introducción**

El presente apartado está dividido en tres secciones. En la primera de ellas se busca exponer el contexto en el cual se produce la propuesta de investigación y cómo surge el interés por investigar el tema. En la segunda sección se expondrá un panorama sobre el envejecimiento demográfico y sobre la relevancia de los cuidados en la vejez. Dicha exposición pretende, además de situar al lector en el marco de la investigación, justificar la pertinencia e importancia del trabajo de grado. Para finalizar la introducción, se exponen los objetivos de la investigación y se busca hacer una síntesis y exposición de los demás apartados que componen el trabajo de grado.

### **1.1 Contexto de producción del trabajo de grado. Intereses y motivaciones**

El interés por abordar el tema de investigación surgió luego de asistir al curso “Antropología de la vejez y el envejecimiento”, orientado por el profesor David Osorio. Tanto los contenidos teóricos del curso, como la experiencia de campo en el municipio de Dorada permitieron evidenciar la pertinencia y relevancia del tema. De igual forma, fue posible reconocer una serie de problemáticas de corte social y situaciones de salud, las cuales dejaron una sensación de urgencia, piedad y reflexión personal.

La exposición a los contenidos teóricos y prácticos del curso no tardaron en ampliar la perspectiva que se tenía con respecto a la vejez y al envejecimiento. Debido a esto, no se demoró en notar el alto número de personas mayores que, fuera de las exactas cifras estadísticas, circulaban por la ciudad de Manizales. De igual forma, fue posible evidenciar cómo el tema aparecía recurrente en lecturas, noticias y, con mayor contundencia, en entornos familiares y personales. La vejez y el envejecimiento, que hasta hace poco parecían invisibles y distantes, se presentan ahora como temas actuales y pertinentes para la investigación y reflexión desde las ciencias sociales y la antropología.

Debido a esto, se tomó la decisión de integrar el semillero de investigación de desigualdades sociales de la Universidad de Caldas, dirigido por el profesor David Osorio, en el cual la vejez y el envejecimiento se trabajan como una línea de investigación activa. A su vez, se tendieron puentes con el grupo de investigación de gerontología y geriatría de la facultad de ciencias para la salud de la Universidad de Caldas, el cual venía implementando el proyecto IMIAS (International Mobility In Aging Studies) desde el año 2012 hasta el año 2016. Éste es un estudio probabilístico hecho en toda la ciudad, con más de 400 participantes. Si bien el foco del estudio es sobre cuestiones de movilidad y motricidad, en el cuestionario también se incluyen cuestiones como redes de apoyo, redes familiares, conductas de salud, enfermedades, discapacidad, información socioeconómica y cuidado.

Si bien el proyecto había llegado a su fin, el grupo de investigación planeaba implementarlo de nuevo en el año 2022, de manera independiente, haciendo ligeras modificaciones al cuestionario original, más ajustadas al contexto local y a las pretensiones académicas particulares del grupo de investigación.

Es en este contexto que, decidido a elaborar una tesis como opción de grado, se encontró conveniente colaborar con el grupo de investigación en gerontología y geriatría de la Universidad de Caldas y formar parte del grupo de encuestadores de la nueva implementación del proyecto IMIAS. Esto debido a que se podría tener una posición privilegiada de contacto directo con los participantes y sería posible reunir, de primera mano, información afín al tema del cuidado en la ciudad de Manizales.

Reconociendo el limitado alcance y difusión que un proyecto de estas magnitudes puede tener, la única pretensión del presente escrito radica en tratar de exponer de la manera más ordenada, clara y fiel posible los resultados de las búsquedas, lecturas, conversaciones y situaciones que hicieron posible este trabajo de grado.

## **1.2 Panorama de envejecimiento demográfico**

El número de personas mayores aumenta en todo el mundo. Entre las causas del fenómeno de envejecimiento demográfico se suele reconocer la disminución de la mortalidad y la natalidad (Hernandez, Herrera-Idárraga, & Gélvez, 2021). Por un lado, la gente vive más tiempo. Esto se debe a una serie de avances tecnológicos, médicos y científicos que han disminuido la mortalidad por enfermedades transmisibles, lo que ha causado un aumento en la esperanza de vida (WHO, 2005). Por otro lado, menos gente nace. Suele afirmarse que esto se debe a cambios socioculturales, como a la inserción de la mujer en el mercado laboral, hecho que causa una disminución de las tasas de fertilidad (Bloeck, Galiani, & Ibarrarán, 2017). Proyecciones poblacionales hechas por la ONU esperan que, para el año 2050, un 16% de la población sea mayor de 65 años (ONU, 2019).

El caso de América latina y el caribe resulta particular, pues si bien su población resulta ser más joven, comparada con el promedio mundial, el ritmo al que envejece esta región es más acelerado (Bloeck, Galiani, & Ibarrarán, 2017). Se estima que, para el 2030, la población con 60 años o más sea del 17%, mientras que para el 2050, una de cada cuatro de personas en la región será mayor de 60 años (Aranco, Stampini, Ibarrarán, & Medellín, 2018). A su vez, se estima que la población mayor de 75 años será de un 9% para el 2050 (CEPAL, 2007).



Actualmente, en Colombia se considera como persona mayor a todo aquel que tenga 60 años o más, y se estima que hay alrededor 6.808.641 (DANE, 2021). La situación demográfica en Colombia no es ajena a la regional, puesto que en el país hay tasas de fecundidad y mortalidad bajas, un crecimiento poblacional lento y una reducción en la población menor de 15 años, en contraste con un aumento de la población de personas mayores, lo cual ubica a Colombia dentro de la transición demográfica regional (DANE, 2021). A su vez, se espera que la población de personas mayores (65 años o más) pase de un 9,6%, en el 2021, a un 20% en el 2054 (Hernandez, Herrera-Idárraga, & Gélvez, 2021). También se pronostica un incremento en la proporción de personas mayores de 80 años, pasando de un 2% en la actualidad a un 5% en el 2047 y a un 8% en el 2070 (Hernandez, Herrera-Idárraga, & Gélvez, 2021). De acuerdo con el ritmo con el que envejece la población colombiana, algunos expertos suelen afirmar que, mientras a Suecia le tomó 85 años que la proporción de personas mayores de 60 años pasase de un 7% a un 14%, a Colombia le bastarían sólo 20 años llegar al mismo indicador (Bloeck, Galiani, & Ibararán, 2017).

En cuanto al departamento de Caldas, éste cuenta con un 18,7% de la población de personas mayores del país, siendo el segundo departamento con más personas mayores (DANE, 2021). A su vez, el índice de envejecimiento en el departamento de Caldas ha aumentado con el paso de los años, pasando de un 18,79%, en 1985, a un 97% según el último censo del 2018 (DANE, 2019). En el caso de la capital del departamento, la ciudad de Manizales, el índice de envejecimiento pasó de un 20,93%, en el año 1985, a un 115,54% en el 2018 (DANE, 2019). Desde Caldata (portal estadístico del departamento de caldas) ya se advierte el progresivo envejecimiento de la población (Caldata, 2021). Según datos del año 2021, el departamento de Caldas ocupa el segundo lugar en mayor porcentaje de personas adultas mayores, con un 19,3%, mientras se lleva el primer puesto en cuanto a índice de envejecimiento, con un 108,5% (DANE, 2021). En la publicación Misión Caldas Envejece (Curcio & Otros, 2020) se llama la atención sobre las múltiples implicaciones que acarrea un contexto de envejecimiento demográfico. A su vez, advierten que Caldas se convertirá en el departamento menos joven de todo el país.

### **1.3 Relevancia del cuidado en el contexto de envejecimiento demográfico**

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, algunos expertos en el tema sostienen que la demanda de servicios de cuidado aumentará debido al envejecimiento apresurado de la población (Hernandez, Herrera-Idárraga, & Gélvez, 2021). Sin embargo, el envejecimiento por sí mismo no implica una necesidad de cuidados. Más allá del hecho de envejecer está la cuestión del estado de

salud con el que se alcanza la vejez. Es cierto que la esperanza de vida se ha incrementado, la gente es mucho más longeva, pero la esperanza de vida saludable no se ha incrementado en la misma proporción (Hernandez, Herrera-Idárraga, & Gélvez, 2021).

De acuerdo con lo anterior, el panorama visible para América latina y el Caribe no resulta muy esperanzador. Se prevé que las personas mayores en la región serán más propensas a presentar reducciones en sus capacidades físicas y funcionales (Bloeck, Galiani, & Ibarrarán, 2017). También se pronostica un aumento de enfermedades como la obesidad y, debido a esta, un aumento de las condiciones de discapacidad en las presentes y futuras personas mayores de 65 años (Al Snih, y otros, 2010); así mismo, se suman otros problemas de salud como colesterol alto, hipertensión, artritis y diabetes, los cuales aumentan el riesgo de padecer una vejez precaria y dependiente, al tiempo que incrementa la necesidad de servicios de cuidado (Matus-López, 2015).

Por tanto, el cuidado se plantea como una necesidad en aumento, debido a que el número de personas que los necesitan para desarrollar las actividades de la vida cotidiana crece en todo el mundo (Huenchuan & Roqué, 2009).

En el caso de Colombia, un 4,07% de la población total reporta tener algún grado de discapacidad, de los cuales un 14% son personas mayores, es decir, unas 818.814 personas, aproximadamente (DANE, 2021). Para el 2018 se calculaba que había cerca de 200 mil adultos mayores que presentaban algún tipo de dificultad para sus actividades básicas de la vida diaria, y del total de personas mayores un 22% presentaba dificultades permanentes (Hernandez, Herrera-Idárraga, & Gélvez, 2021). A su vez, de acuerdo con la encuesta de calidad de vida del DANE, en el 2020 1,18 millón de personas mayores de 60 años reportaron tener alguna discapacidad, lo cual se corresponde con un 44,6% del total de personas con discapacidad y un 18,7% del total de las personas adultas mayores (DANE, 2021). A su vez, el 45,5% de las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica son personas con 60 años o más (DANE, 2021). La presencia de este tipo de enfermedades suele ser incapacitante y aumentar la necesidad de cuidados en las personas mayores. Sin embargo, dependiendo del grado de discapacidad se puede requerir o no de cuidado.

En cuanto a condiciones de salud en el departamento de Caldas, en el informe Misión Caldas envejece se reconoce una alta presencia de enfermedades no transmisibles, incidencia de condiciones de salud mental relacionadas con ansiedad y depresión, así como también malnutrición por exceso y déficit asociada a condiciones de pobreza (Curcio & Otros, 2020). Por otro lado, para el caso de la

ciudad de Manizales el porcentaje de personas con discapacidad en el grupo de 60 años o más es del 16%, lo cual contrasta con la tendencia nacional, debido a que el mayor porcentaje de población con discapacidad en Colombia se ubica entre las personas adultas mayores, con un 39% (Estrada, 2018). En cuanto al cuidado, en el informe Misión Caldas envejece se reconoce una predominante familiarización en el cuidado de las personas mayores, aunque también se identifica, con carácter de urgencia, una creciente tendencia hacia la des-familiarización del mismo (Curcio & Otros, 2020). En cuanto a la creciente oferta institucional, se suele asociar con abandono familiar, soledad y precarización emocional (Curcio & Otros, 2020). Para finalizar, en la publicación se reconoce que el contexto de envejecimiento del departamento de Caldas invita, con algún carácter de urgencia, a materializar iniciativas en materia de cuidados.

#### **1.4 Síntesis, objetivos del trabajo de grado y exposición de los siguientes apartados.**

A modo de conclusión, si se tiene en cuenta que la demografía mundial, regional y local tiende a un envejecimiento progresivo y que el cuidado se perfila como una necesidad en aumento, debido a las condiciones negativas de salud y a los niveles de dependencia que de éstas se puedan derivar, así como también a que se suele necesitar de cuidado y apoyo conforme pasen los años, el presente trabajo de grado busca profundizar con respecto al tema del cuidado, debido a la relevancia y pertinencia destacadas en la exposición.

Por lo tanto, el objetivo general del trabajo de grado es identificar el tipo de cuidado que las personas mayores participantes del proyecto IMIAS 2022 de la ciudad de Manizales reciben. Las pesquisas teóricas sobre el cuidado permitieron encontrar que éste se puede comprender a través de tres dimensiones: material, emocional y moral. De acuerdo con esto, se plantean como objetivos específicos, en consonancia con la teoría que hay sobre el cuidado, identificar cada dimensión en particular, para así dar cuenta de la categoría de cuidado en general.

En cuanto a los siguientes apartados, la lógica sobre la cual está escrito el trabajo de grado es la clásica. Esto quiere decir que el contexto, la presentación del problema, la justificación, los antecedentes, el marco teórico, la metodología, los resultados y la conclusión están separados en diferentes bloques. Se optó por este modelo debido a su sencillez y a la forma escalonada que tiene de abordar y presentar los contenidos.

A continuación, se exponen los antecedentes. En este apartado se destaca, en primer lugar, las estrategias de búsqueda de información que posibilitaron tanto la construcción del apartado de

antecedentes en particular, como el diseño de todo el proyecto. Luego, se organizan los antecedentes en dos bloques: en el primero busca dar cuenta se cómo se organiza la prestación de cuidado en otras latitudes. También, se busca exponer una serie de situaciones de desigualdad que pueden afectar el acceso de las personas mayores a cuidados.

Luego, se expone el apartado del marco teórico. En principio se presenta un panorama teórico sobre la desigualdad social. Perspectiva es transversal a toda la investigación. Luego, se expone una reflexión inicial sobre la dependencia, el cuidado y su importancia. Para finalizar, se expone un panorama teórico sobre el cuidado según lo hallado en diversas fuentes bibliográficas. La exposición sigue una lógica tridimensional del cuidado, comprendido en una dimensión moral, material y emocional.

Después, se expone el apartado de metodología. Allí se busca exponer las condiciones que rodearon al trabajo de campo, así como el diseño metodológico que se adoptó en el proyecto de investigación. Luego, se expone el apartado de resultados. En éste se busca hacer una exposición de los hallazgos de la fase de campo. En primer lugar, se hace una exposición de algunas características de los participantes, las cuales se complementan en el apartado de “anexos” con una serie de descripciones, extraídas del diario de campo de la investigación, que dan cuenta de los casos particulares de los participantes que aparecen en el apartado de resultados. Luego, se exponen tres apartados de resultados. El primero de ellos se titula “El afán de independencia” y pretende exponer cómo los participantes afirman ser personas independientes, autónomas y sin necesidad de ningún tipo de cuidado directo. La siguiente sección se titula “La naturaleza de los cuidados recibidos” y pretende exponer cómo, pese a reconocerse independientes y sin necesidad de cuidados, los participantes afirman recibir cuidado. Se pretende profundizar en la naturaleza de éstos. Para finalizar el apartado de resultados está la sección titulada “Cuidar para ser cuidado”, en la que se pretende exponer las trayectorias y circunstancias que los participantes identifican como causales y fundamentales para dar cuenta de sus actuales situaciones de cuidado.

Para finalizar el trabajo de grado, se expone el apartado de conclusiones. Allí se pretende dar cuenta una serie de reflexiones que surgieron a en el curso de la investigación, así como dar cuenta de los objetivos de la misma.

## **2 Antecedentes**

El presente apartado está dividido en tres secciones. En la primera de ellas se exponen las estrategias de búsqueda y recopilación de documentos, artículos de investigación y demás publicaciones académicas que constituyeron el bloque bibliográfico de referencias que permitieron construir la propuesta de investigación: marco de referencia conceptual, antecedentes y problema de investigación. En la segunda sección se pretende hacer una exposición del cuidado utilizando la triada familia-estado-mercado como guía para presentar el tipo de cuidado que reciben las personas mayores diferentes partes del mundo. Para finalizar, teniendo en cuenta que el proyecto de investigación surge al interior del semillero de desigualdades sociales, y ésta se adopta como una perspectiva transversal a toda la investigación, se pretende exponer cómo algunas situaciones de desigualdad obstaculizan el acceso a cuidados en diferentes partes del mundo.

### **2.1 Estrategias de búsqueda bibliográfica y de información relativa al trabajo de grado**

Para construir la propuesta de investigación y los apartados del trabajo de grado anteriores a la etapa de campo se optó por realizar una extensa búsqueda bibliográfica que permitiera forjar, en principio, un marco teórico del cuidado que guiara la investigación. Una vez familiarizado con el concepto, se acudió a fuentes bibliográficas que permitieran forjar un panorama en torno a los antecedentes que respaldaran la investigación, así como también a las fuentes que permitieran un correcto planteamiento del problema de investigación y una justificación pertinente.

Para la búsqueda se acudió a más de 6 bases de datos académicas, repositorios institucionales universitarios y publicaciones de organizaciones y diferentes entidades, así como también diversas fuentes bibliográficas afines, las cuales se iban develando a medida que se profundizaba en el tema de cuidado. Las búsquedas se realizaron tanto en inglés como en español, con el fin de lograr un alcance lo más amplio posible. Para lograr mayor precisión con los motores de búsqueda, se optó por refinarlos con palabras clave afines a la investigación, tomadas del tesoro de la UNESCO, tales como: Old Age, Aging, Social Inequality, Care, Care for the Aged y Elder Care, entre otras; también se realizaron filtros con ayuda de operadores lógicos, como: AB=, AND, OR, NOT, NOT AB=, AND AB=, entre otros. Los resultados de las búsquedas fueron en su mayoría artículos de investigación. Éstos viraron en torno a disciplinas de la salud, como la enfermería, geriatría y medicina; también a disciplinas sociales, como la sociología, la antropología y el trabajo social, para converger en disciplinas como la gerontología y los Ageing Studies.

Se optó por revisar uno por uno los textos y extraer de ellos los puntos de interés, para luego ser incluidos en una matriz conceptual y en una matriz de análisis. Se encontraron coincidencias, similitudes y relaciones entre los fragmentos que permitieron construir una guía conceptual y teórica e introducirse a ciertas discusiones que se reúnen en torno al cuidado.

## **2.2 Un vistazo al cuidado en otras latitudes**

Algunos autores proponen que la provisión de servicios de cuidado debería tener la estructura de un diamante (Razavi, 2007), en la que la familia, el estado y el mercado logren una articularse para proveer los cuidados que las personas mayores necesitan (Huenchuan S. , 2009). La estructura de diamante fue propuesta con el fin de aliviar las cargas de cuidado, pues tradicionalmente se suele asociar la responsabilidad por el cuidado de las personas mayores a la familia.

De acuerdo con lo anterior, Chomik (2014) identifica que, para el caso de Australia, la mayoría de personas mayores prefieren el cuidado familiar, optando por envejecer en sus hogares y en compañía de familiares. A su vez, Sigurdardottir y otros (2012), revelan que, pese a que Islandia cuenta con un sistema de cuidado universal, existe una mayoría de personas mayores que identifican a sus familiares como principales cuidadores, al tiempo que admiten preferir la alternativa de cuidado familiar, incluso en hipotéticas situaciones de mayor dependencia. En este mismo sentido, Zhu (2015) llama la atención, para el caso de China, acerca de la baja disposición de las personas mayores a recibir cuidados por parte de no familiares, mientras logra identificar una baja disposición, a su vez, de los familiares, principalmente mujeres, a cuidar de sus padres mayores.

En este mismo sentido, la preferencia por el cuidado que se provee en entornos familiares puede deberse a varios motivos, pero, para el caso de Colombia, suele destacarse el componente afectivo, entendido como apoyo emocional, así como una creencia de que al interior de la familia habrá mayor comprensión y paciencia ante situaciones de dependencia acentuada (Fundación Saldarriaga Concha, 2015). Pese a las preferencias por los cuidados familiares, Feinberg y Spillman (2019) hacen notar cómo, para el caso de Los Estados Unidos, muchas familias no cuentan con un miembro que no trabaje y que preste los servicios de cuidado a tiempo completo a sus familiares más envejecidos y dependientes, mientras destaca situaciones donde muchas personas (principalmente mujeres) deben compaginar la responsabilidad de cuidado familiar con su propio empleo remunerado, asumiendo riesgos profesionales y económicos, debido a los altos costes económicos y de tiempo que implica el cuidado.

En cuanto al mercado, éste surge como una opción destinada a cubrir la demanda de cuidados. Esta alternativa se liga directamente al nivel de ingresos de la persona. Para el caso de Colombia, se encuentra que las personas mayores con ingresos más altos prefieren opciones de cuidado institucional, especializado, privado y de calidad, acorde con sus capacidades económicas (Fundación Saldarriaga Concha, 2015). Sin embargo, la iniciativa privada acarrea costes que muchas personas no son capaces de soportar. En este mismo sentido, a la necesidad de cuidados por malas condiciones de salud se puede sumar el alto nivel de informalidad laboral de la población mayor en algunas latitudes, lo cual influye en que éstos tiendan a carecer de independencia económica, a tener una baja cobertura de seguridad social y dificultades en el acceso a servicios de cuidado particulares (Hernandez, Herrera-Idárraga, & Gélvez, 2021). Debido a esto, Farné, Rodríguez y Ríos (2017) identifican a la solidaridad intrafamiliar e intergeneracional como la estrategia usual que garantiza la estabilidad de ingresos para los adultos mayores en Colombia. Esto hace que, debido a las malas situaciones económicas, el cuidado familiar eclipse al cuidado que pueda proveer el sector del mercado privado.

Por otro lado, se atribuye al estado la responsabilidad de garantizar los servicios de cuidado como parte de políticas públicas (Huenchuan & Rodriguez, 2015). Esto debido a que, se suele afirmar que, los cuidados son de carácter universal, propios de la condición humana y deberían incluirse dentro de los servicios sociales. La población sobre la que se focalizan los servicios de cuidado no necesariamente suele ser la de adultos mayores. El criterio que suelen tener más en cuenta los diferentes países a la hora de elegir a los beneficiarios de servicios de cuidados suele ser el nivel de dependencia que padezca la persona (Cafagna, y otros, 2019). Éste suele medirse considerando las dificultades que presenta una persona para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, entre las que se destacan la alimentación, continencia, uso del sanitario, vestido, baño, cocinar, realizar las compras, labores domésticas, limpieza de casa, lavado de ropa, movilización en interiores y exteriores, administración de gastos personales, toma de medicamentos, entre otras (Chumpitaz & Moreno, 2016).

Con base en lo anterior, y teniendo en cuenta el grado de dependencia de la persona, se sabe que en la mayoría de países los Estados ofrecen los siguientes servicios: servicios en residencias a largo plazo, orientados a personas con grados muy altos de dependencia; servicios en el domicilio, orientados a niveles de dependencia severa, moderada o leve; servicios de centro día, orientados a niveles de dependencia leves o sin dependencia; servicio de teleasistencia, orientado a niveles de

dependencia leves, moderadas o a pacientes con enfermedades crónicas y servicios orientados al apoyo de los cuidadores no remunerados (Cafagna, y otros, 2019).

En algunos países los Estados optan ya sea por transferencias y pagos a la persona o a los responsables de su cuidado, o por prestar los servicios de cuidado en especie (Bloeck, Galiani, & Ibarrarán, 2017). La prevalencia de transferencias monetarias a las familias responde a la creencia de que la familia tiene un mejor conocimiento de sus propias necesidades y correspondientes asignaciones, a la vez que promueven la libre elección de las personas mayores con dependencia y sus familiares de escoger entre diferentes tipos de cuidado y cuidadores, con el fin de otorgar y promover la autonomía de las personas (Da Roit & Le Biham, 2010). Por otro lado, los beneficios en especie se prefieren ya que puede permitir que una administración pública haga control de calidad y verifique que el beneficiario reciba los cuidados correspondientes (Bloeck, Galiani, & Ibarrarán, 2017).

En este sentido, Japón y Corea del Sur cuentan con un sistema de cuidados público y universal, asociado a un programa de seguro social institucional, el cual prioriza los cuidados en especie, es decir que el sistema de cuidados toma una parte de las tareas de cuidado que normalmente harían los familiares. Esto debido a que ha identificado que los sistemas de transferencias monetarias refuerzan los roles tradicionales de cuidado familiar y femenino (Campbell, Ikegami, & Gibson, 2010).

Para el caso europeo, Da Roit y Le Biham (2010) identifican tres modelos diferentes de cuidados, en los cuales hay una mayor presencia de cuidado por dinero o transferencias en metálico, así como una mayor presencia del mercado como proveedor de cuidados (Da Roit & Le Biham, 2010). El primer modelo comprende la forma de servicios sociales, de gestión pública, con países como Suecia y Holanda de referentes, los cuales se caracterizan por un mercado de cuidados casi enteramente formal, provistos por el sistema público, con poca pero emergente presencia de transferencias en metálico, en el que el cuidado familiar o informal tiene el carácter de voluntario y remunerado, así como también por poseer un carácter generoso e inclusivo (Da Roit & Le Biham, 2010). El segundo modelo comprende el caso de Francia, en donde se da un sistema de pago por cuidado o cash-for-care (transferencias y pagos en metálico) regulado por los servicios sociales, el cual se caracteriza por intentar formalizar y reconocer los cuidados de carácter informal, con un paulatino retiro de los cuidados familiares, sustituidos por recursos formales y regulados de trabajo doméstico (Da Roit & Le Biham, 2010). El tercer modelo comprende transferencias de dinero poco reguladas, se da en Austria, Alemania e Italia, y se caracteriza por tener el sistema de transferencias y dinero por



cuidado como eje principal del sistema de cuidados a personas con dependencia, con capacidad para elegir entre las transferencias de dinero o incentivos financieros (Da Roit & Le Biham, 2010).

Con respecto a esto, Bazo y Ancizu (2004), teniendo como objetivo comparar los servicios de cuidado disponibles para los adultos mayores en 6 países distintos, ofrecidos por la familia, servicios públicos, sector servicios y voluntariado, identificaron como principales tareas de apoyo y cuidado a las tareas domésticas, transporte, compra y cuidado personal. Concluyen que, entre más amplia y accesible sea la gama de servicios ofertados, las familias tienden a involucrarse menos en el cuidado directo, permitiéndoles prestar atención a aspectos socioemocionales y de calidad en el cuidado (Bazo & Ancizu, 2004).

En el caso de Latinoamérica, se debe reconocer que todos los países, de una u otra forma, se han preocupado por el tema de los cuidados, ya que cuentan con leyes, instituciones o programas destinados a los cuidados de las personas mayores.

El sistema de cuidados uruguayo dio inicio en el 2015 y ha sido pionero. Está orientado a toda población en situación de dependencia funcional; dentro de la gama de servicios ofrecidos a adultos mayores están: teleasistencia, destinada a mayores de 70 años; servicios en centros de día, de acceso gratuito para mayores de 65 años y servicios de asistentes personales en domicilio, durante 80 horas mensuales y destinados a mayores de 80 años; los servicios descritos están orientados a personas mayores con dependencia moderada, leve y severa según corresponda (Cafagna, y otros, 2019).

En este mismo sentido, otros dos países que han hecho avances en materia de sistema de cuidados han sido Argentina y Chile. Para el 2016 se creó el sistema nacional de apoyo y cuidados llamado Chile cuida, el cual está orientado a coordinar las diferentes ofertas de cuidado disponibles en algunas comunas, así como también a proveer servicios de cuidado a la población con dependencia, entre los cuales se incluyen servicios de asistencia personal a domicilio destinados a toda persona mayor de 18 años que presente un grado de dependencia severa o moderada y que hagan parte del 60% de hogares más vulnerables, de acuerdo con el registro nacional de hogares (Cafagna, y otros, 2019). En el caso argentino se conoce al sistema de cuidados como PAMI, el cual está orientado a ofrecer servicios sociosanitarios a adultos mayores y entre los que se incluye atención a la dependencia. Entre los servicios que ofrece el PAMI se encuentra el servicio de clubes y centros día, integración geriátrica, subsidios económicos y subsidios de atención a domicilio (Cafagna, y otros, 2019).

El caso colombiano va en consonancia con la región, puesto que el cuidado de la población mayor cuenta con amparo constitucional y legal (artículo 46 de la constitución política, ley 1251 de 2008, ley 1315 de 2009, ley 1413 de 2010), así como también con un sistema nacional de cuidado en proceso de desarrollo (SINACU). Este sistema busca ante todo desarrollar la corresponsabilidad en la provisión de cuidados de personas con dependencia entre los diferentes responsables, como son las familias, el estado, el mercado y la comunidad (Flórez, Martínez, & Aranco, 2019). No obstante, dicho sistema se encuentra a día de hoy en desarrollo. La iniciativa estatal más aproximada va de la mano de la promoción de centros de larga estadía y centros de protección al anciano, en los cuales se brinda servicios gratuitos a la tercera edad y cuenta con financiación pública a partir de una estampilla como principal recaudo (Flórez, Martínez, & Aranco, 2019).

### **2.3 Desigualdades en el acceso a servicios de cuidado en la vejez**

El acceso a cuidados puede verse afectado por variables como el género. En este sentido, Mondal y Bidisha (2020) detectaron diferencias entre los gastos de hospitalización de hombres y mujeres mayores. Los autores se refieren a que las necesidades sanitarias de las mujeres mayores tienen menor prioridad en los hogares y ello se deriva de un menor poder de decisión. Los autores afirman que un mayor gasto en salud va ligado a un mayor bienestar. A su vez, teniendo en cuenta que conforme más edad se tiene se es más propenso a enfermedades, se espera un mayor gasto en salud. Sin embargo, y pese a que la proporción de mujeres adultas mayores es superior a la de hombres, resultan ser las necesidades de atención médica de las mujeres mayores las que se colocan en el extremo inferior de la lista de prioridades en los hogares de la India. Sumado a lo anterior, la longevidad en las mujeres mayores suele desembocar en viudez, y ésta en privación económica, la cual también da cuenta de los bajos gasto hospitalarios.

Por el contrario, Jang y Kawachi (2019) identifican que, para el caso surcoreano, llegar a edades avanzadas siendo hombre representa una desventaja en materia de acceso a cuidados. Los autores identifican una brecha de género en detrimento de los hombres mayores, los cuales tienen menos probabilidades de recibir cuidado de cualquier naturaleza, sean formales o informales. A su vez, el estado civil determina en gran medida el acceso a cuidados en la vejez, puesto que suelen ser los cónyuges los principales cuidadores. Luego del cónyuge los hijos son los principales proveedores de cuidados de la vejez, pero éstos suelen proveer más cuidados a las mujeres mayores que a los hombres. La situación económica también juega un papel importante, puesto que aquellos que cuentan con ingresos altos son más propensos a recibir cuidados formales o informales, mientras en

el caso contrario las probabilidades de cuidado formal se reducen; más reducidas aún si se depende de cuidados familiares informales y se es hombre, con bajos ingresos, soltero o viudo.

De acuerdo con lo anterior, Ebimgbo, Chukwu y Okoye (2021), indagaron sobre las situaciones de cuidado de un grupo de personas mayores en Nigeria, en contextos familiares. Tratando de dar cuenta de posibles brechas de género, pero los resultados no arrojaron tal situación. Puesto que se trataba de contextos y situaciones en las que las personas dependen de los miembros de su familia para recibir cuidado y apoyo económico, se encontró que las familias trataban siempre de cuidar de sus miembros más envejecidos. Sin embargo, se encontró que las participantes mujeres recibieron más apoyo económico, emocional y material, y participaron más en actividades sociales que los participantes masculinos.

Por otro lado, Channon, Andrade, Noronha, Leone y Dilip (2012) comparan datos de la India y Brasil con el fin de evaluar las desigualdades según la riqueza y las diferencias en la recepción de cuidados hospitalarios y las hospitalizaciones (estancias). Los autores reconocen que ante una prevalencia de enfermedades crónicas en las edades más avanzadas habría mayor demanda y gasto de medicamentos y servicios de cuidado hospitalario. Sin embargo, concluyen que las personas con mayor nivel educativo y seguro médico tienen más probabilidades de recibir cuidados; además, los adultos mayores con ingresos más altos tienen más probabilidades de recibir atención preventiva; por el contrario, los más pobres tienen más probabilidad de recibir atención de urgencias. Esto representa un problema, puesto que anula cualquier tipo de salud preventiva y, como consecuencia, hace más probable enfermedades o situaciones de alta dependencia, lo cual disminuye la calidad de vida en la vejez.

El nivel socioeconómico resulta ser una de las variables con mayor peso a la hora de determinar el acceso a servicios de cuidado. En este sentido, Sánchez, Pérez, y Martínez (2021) analizan las situaciones de desigualdad que pueden experimentar los adultos mayores en situación de dependencia a la hora de acceder a servicios de cuidado en España, teniendo en cuenta el nivel de ingresos y utilizando datos de la encuesta sobre salud, envejecimiento y jubilación en Europa. El estudio concluye que hay dificultades tanto cualitativas como cuantitativas en el acceso a cuidados formales para adultos mayores en España, siendo la población con recursos intermedios la más vulnerable en este sentido, debido a que estos sectores, que no logran subsidios ni pueden costear servicios privados de cuidado, se enfrentan muchas veces a jornadas sobrecargadas por las actividades de cuidado que prestan a sus familiares.

En el caso de Portugal, São José (2012) captó trayectorias y narrativas de cuidado a partir de una serie de entrevistas hechas tanto a cuidadores como a receptores de cuidado. Desde un punto de vista socioeconómico, los resultados muestran que hay divisiones entre personas ricas y pobres en los cuidados; las primeras tienden a estar más marcadas por una presencia del mercado de cuidados familiarizados, que puede traducirse como cuidado a domicilio hecho por un tercero en calidad de residente, mientras las segundas se basan en los cuidados familiares tradicionales.

A su vez, Lamb (2019) destaca cómo se estigmatiza la vejez y la dependencia de cuidados no sólo entre la población mayor en particular, sino también entre la sociedad en general. Realizando una serie de entrevistas a adultos mayores de los Estados Unidos, concluyó que la desigualdad de ingresos y riqueza influye en la manera en que las personas se relacionan con un envejecimiento saludable. Puesto que los participantes con menores ingresos a menudo asumen con impotencia la imposibilidad de lograr una vejez independiente y saludable, en contraste con los participantes más ricos, los cuales se acercan más al estándar de envejecimiento exitoso y saludable.

Por otro lado, El caso de China resulta llamativo puesto que, debido a una serie de políticas de control natal, las cuales derivaron en la implementación de la política de hijo único, se presenta como uno de los países más envejecidos de la actualidad (Hu, Si, & Li, 2020). Tal y como sucede en otros países, el envejecimiento chino se acompaña de una alta presencia de enfermedades crónicas, por lo que se estima que hasta el 70% de los adultos mayores chinos presentan alguna de éstas. También existe una desigualdad en contra de los más pobres, en los que las necesidades de cuidado son más urgentes, toda vez que son la población que menos capacidad tiene de pagar por cuidado; además, se encuentra que factores tales como los ingresos familiares, el envejecimiento, nivel educativo y experiencia en la infancia son relevantes a la hora de explicar las desigualdades en el acceso a servicios de cuidado. A su vez, Hu, Li, Wang y Shi (2020) se proponen indagar con respecto a las características de las personas mayores que reciben cuidados formales a domicilio y comunitarios, también denominados cuidados formales, debido a que provienen de políticas estatales o bien responden a iniciativa privada (mercado de cuidado). Identifica que, pese a que la discapacidad es un predictor a la hora de recibir cuidados, muchos de los que efectivamente los reciben no padecen ninguna; también se identificó que las fuentes de pago de los cuidados dependen de la edad de las personas, así como también de su grado de escolaridad, condiciones de vida y grado de discapacidad.

Por otro lado, Fang (2020) se centra en una población en particular, aquellos adultos mayores (shidu) cuyos hijos (únicos, debido a la política de estado) fallecieron y que, dada su condición de

vejez, se encuentran vulnerables. Estos padres muchas veces no son tenidos en cuenta por políticas gubernamentales o por la misma sociedad. El estudio es de corte cualitativo y se hace a partir de entrevistas, hechas tanto a padres shidu como a cuidadores profesionales. Afirma que, si bien hay un gran despliegue estatal y de mercado en materia de cuidados, el cuidado de las personas mayores sigue dependiendo de los hijos adultos, siendo éstos el principal recurso para una vejez segura (Fang, 2020).

### **3 Marco teórico**

El siguiente apartado está dividido en tres secciones. En todas ellas se busca exponer un panorama y una serie de discusiones de corte teórico alrededor del concepto de cuidado. La primera sección está destinada a exponer la perspectiva de desigualdad, la cual es transversal a la investigación. Luego, se expone un panorama sobre la dependencia y la importancia del cuidado. Para finalizar, se presenta el contenido teórico alusivo al cuidado. Éste se compone de tres dimensiones: moral, emocional y material. Para cada una de ellas se busca dejar en claro a qué se refiere, es decir qué comprende, cómo se define y bajo qué circunstancias se reconoce a cada dimensión. También se busca incluir algunos antecedentes o discusiones presentes al interior de cada dimensión, es decir, desde qué nociones teóricas o desde qué antecedentes pueden comprenderse.

#### **3.1 La perspectiva de desigualdad**

La desigualdad social no supone una teoría definida. Por otro lado, ésta se presenta como una perspectiva, la cual guía, fundamenta y sobre la que se apoya la investigación. Con respecto a la desigualdad social y las ciencias sociales, Rehbein (2018) hace unas apreciaciones que vale la pena mencionar. En primer término, comenta que la desigualdad se suele asociar con una distribución desigual de recursos, especialmente el dinero, el capital económico o los medios de producción. Esta visión ubica a la economía por encima de los demás aspectos de la sociedad. No obstante, y en aras de ser más precisos con el término, la desigualdad puede entenderse en la medida en que se sostiene en estructuras sociales que privilegian el acceso a bienes, prácticas y posiciones socialmente más valoradas de algunos grupos sociales por sobre otros. Es más, Rehbein plantea que dichas estructuras originan las desigualdades.

Con respecto a lo anterior, es posible diferenciar entre clase económica y social, siendo ésta última la fundamental y originadora de las desigualdades. Si bien el desarrollo de los sistemas económicos capitalistas implica movilidad socioeconómica, esto no elimina las desigualdades, puesto que la clase social y la tradición establecen líneas y límites a la movilidad social y al acceso a oportunidades. La reproducción de las desigualdades termina siendo legitimada por el mérito, en la medida en que los individuos compiten en un escenario de aparente igualdad, pero las posiciones de clase elevada privilegian el acceso a las posiciones más valoradas, puesto que son quienes cumplen con los criterios establecidos por el mérito y la competencia, tienen mayores posibilidades de ser los mejor capacitados para ocupar las posiciones más privilegiadas (Rehbein, 2018).

A su vez, el enfoque de interseccionalidad afirma que existen otras condiciones que pueden dar lugar a situaciones de desigualdad, como el género, la etnicidad, el color de la piel, la edad, la orientación sexual, la religión, la cultura, la localización geográfica, entre otras características identitarias, las cuales se pueden combinar y determinar la posición social de una persona, así como también a experiencias particulares de opresión, desventaja, discriminación y privilegio (AWID, 2004).

La desigualdad social se reproduce con el paso de las generaciones. Sobre esto, el trabajo de Merton (1968) sobre el “Matthew effect” es destacable. Merton logra identificar un proceso de asignación diferencial de recompensas en la labor científica, el cual desemboca en una desigualdad cada vez más creciente en las trayectorias profesionales de los científicos, mediante un proceso simple: aquellos que ya gozan de prestigio reciben mayor reconocimiento que los otros que son menos prestigiosos, incluso por contribuciones similares o igual de relevantes (Saraví, 2020). Sobre esto se puede concluir que una desigualdad inicial, más o menos relevante, tiende a incrementarse en la medida en que transcurren las trayectorias de las personas, es decir, las desigualdades, ventajas y desventajas se acumulan y exacerban con el paso del tiempo. De acuerdo con lo anterior, la perspectiva de desigualdad (desde lo planteado por el Matthew effect) converge con el enfoque de curso de vida.

Este cruce de enfoques permitiría dar cuenta de la desigualdad interindividual y la acumulación de ventajas y desventajas, las cuales se extienden a lo largo del tiempo y se desarrollan a lo largo del curso de vida, manifestándose de manera más evidente en la vejez (Saraví, 2020). Bajo esta óptica, en esta etapa de la vida las desigualdades que existen con respecto a un conjunto de características determinadas, como pueden ser la salud, los ingresos, las redes sociales o de apoyo e incluso el cuidado, se explican debido a un acceso desigual a recursos, o capitales, los cuales se acumulan a lo largo del tiempo y terminan por generar las desigualdades tan marcadas en algunos contextos.

De acuerdo con la CEPAL (2016), las desigualdades que se manifiestan con más fuerza en la vejez son las relacionadas con los arreglos de convivencia familiar, el acceso a ingresos estables en forma de pensión, la salud y la autonomía física y mental. Esto plantea un reto en materia de cuidados, pues se configuran como una necesidad en contextos de alta dependencia y envejecimiento.

### **3.2 Sobre la dependencia y la importancia de los cuidados**

Con base en lo hallado y leído sobre el tema, es posible afirmar que el cuidado se presenta como una actividad que busca promover y fomentar el bienestar y la supervivencia de aquel que se encuentra en situación de vulnerabilidad o dependencia, esto hace referencia a quienes necesitan ayuda de otras personas para realizar los actos más básicos, pero a la vez esenciales, de la vida cotidiana. Al mismo tiempo que se presenta como un conjunto de actividades materiales, el cuidado incorpora una serie de actitudes mentales, tales como emociones, sentimientos y rasgos morales que se confunden y amalgaman en la práctica y, aunque se puede dar cuenta de cada dimensión por separado, resulta complejo advertir cuál de ellas es la protagonista, debido a la naturaleza relacional del concepto.

A su vez, se logra identificar una perspectiva amplia con respecto a los cuidados, la cual resalta que éstos están presentes a lo largo de la vida, por lo que todas las personas son susceptibles de prestar o recibir cuidados, y este hecho le otorga cierta centralidad e importancia en la vida social (Barnes, 2012). Esta visión contrasta y entra a debate con la expuesta en principio, ya que en ésta el acento se pone en la situación de vulnerabilidad y dependencia como condición para cuidar, mientras la perspectiva amplia de cuidado sostiene que éstas son inherentes y fundamentales para la definición del ser humano (Molinier, 2011). A su vez, se plantea la imposibilidad de llevar una vida completamente independiente, por lo que la ayuda, la asistencia y el cuidado se presentan como inevitables (Huenchuan S. , 2015).

Con respecto a esto, Kittay (2001) plantea que ninguna sociedad puede existir más allá de una generación a menos que sus integrantes dependientes, más jóvenes, sobrevivan y lleguen a la etapa de madurez adulta. Ninguna sociedad decente, sostiene Kittay, puede descuidar a quienes se tornan dependientes en el lapso de tiempo en que hay entre el nacimiento y la muerte, con situaciones como la enfermedad, incapacidad, accidentes o la vejez. Dada la posición de cuidadora absoluta, desde la que Kittay habla, no es de extrañar que reconozca el cuidado como un bien indispensable y central, sin el cual no sería posible la vida digna y el cual es en sí mismo una expresión de la dignidad de la persona (Kittay E. , 2011).

Al reconocer vulnerabilidad y dependencia en la especie humana se busca adoptar una perspectiva de cuidado cuyo foco sea la interdependencia, es decir, adoptar una ética del cuidado que disuelva las connotaciones negativas que el cuidado puede imponer a quienes lo reciben, en cuanto se les ha llegado a mover hasta la interdicción, y asumir la responsabilidad y las implicaciones



políticas, sociales y morales de acuerdo con las características vulnerables de la especie y su necesidad de cuidados. No obstante, no se considera que la perspectiva amplia de cuidado, expuesta como contraparte, implique un rebate a la perspectiva adoptada para la investigación. Por otro lado, se considera que esta perspectiva enriquece la discusión y le da mucha más importancia. La presencia de cuidados puede llegar a suponer una falta de independencia, pero éstos no implican una falta de autonomía en el receptor de cuidados. De igual manera, esta perspectiva no afecta al planteamiento de cuidado como actividad tridimensional, cuya visión será tenida en cuenta para abordar el concepto de una manera más operativa. Se considera que la visión amplia del cuidado aporta un marco ético valioso que debe ser tenido en cuenta y cuyos aportes al desarrollo de la vida personal y social, así como también a la visión del mundo deben ser destacados.

### **3.3 El cuidado como actividad tridimensional: La dimensión material**

El cuidado material hace referencia a toda actividad relacionada a la asistencia física, a saber: preparar la comida y darla, asear a la persona, asear los espacios, ayudar con el desplazamiento, cuidados de enfermería y toda actividad destinada a la atención física y a cubrir las necesidades básicas de aquel que recibe los cuidados. Sin este tipo de cuidados sería prácticamente imposible que alguno de nosotros llegase a edad adulta o autónoma y superase situaciones de discapacidad o enfermedad, ya sean temporales o permanentes (Brake, 2017). Esto debido a la alta dependencia de la especie en sus primeros años, así como también a la vulnerabilidad que le es característica, debido a un amplio número de situaciones a lo largo de su curso vital (MacIntyre, 2001).

Dentro de los cuidados materiales también es posible distinguir entre cuidados directos e indirectos, dependiendo del tipo de actividad que se realice (Carrasco, Borderías, & Torns, 2011).

En el primer caso, las actividades se realizan directamente con las personas receptoras de cuidado, por ejemplo, dar la comida, asear a la persona, labores domésticas o prestar atención médica; estas actividades suponen una atención inmediata sobre el receptor de cuidados (Durán, 2016). En cuanto a los cuidados indirectos, se entienden como aquellos que se dirigen al entorno de la persona que recibe los cuidados, por ejemplo, el trabajo doméstico, los oficios diarios, el aseo general o cocinar los alimentos. Los cuidados indirectos son tan importantes como los directos, puesto que suponen el suministro de las bases del confort, ambiente sano y seguridad para el receptor de cuidados (Durán, 2016).

Con respecto a la importancia del aspecto material del cuidado, es posible rastrear un antecedente en las nociones de reproducción social y trabajo reproductivo en Engels (1884), quien atribuye una importancia sustancial a la “producción del hombre mismo”, dentro de lo que denomina “reproducción de la vida inmediata” y que garantiza la continuidad de la especie. Se pueden asociar aquellas actividades encaminadas a preservar y promover el bienestar y la integridad de los demás, que constituyen el cuidado, como parte fundamental de la reproducción social. Éste último concepto es retomado y desarrollado por Laslett y Brenner (1989), definiéndola como: “varios tipos de trabajo, mental, manual y emocional, destinados a proporcionar los cuidados definidos histórica y socialmente, así como biológicamente, necesarios para mantener la vida existente y reproducir la siguiente generación”.

En conclusión, en su dimensión material, el cuidado resulta ser una actividad esencial en cualquier etapa del desarrollo del ser humano, puesto que implica una necesidad inminente e inevitable para toda persona, ya que cualquiera es susceptible de dar y recibir cuidados. Con el cuidado material se busca proporcionar todo aquello que compete al bienestar físico de la persona, desde garantizar su salud y supervivencia hasta proporcionar toda la comodidad posible; es necesario reconocer, a su vez, que el bienestar de la persona depende tanto de los cuidados que le aplican individualmente, como de los que recaen sobre su entorno. De acuerdo con lo anterior, el cuidar hace referencia a un conjunto de actividades, tareas y acciones concretas, las cuales contribuyen a preservar la vida, la integridad y el bienestar del otro (González, 2014).

### **3.4 La dimensión emocional del cuidado**

El cuidado emocional hace referencia a la carga subjetiva que se manifiesta en el cuidado. En ésta se pueden incluir sentimientos, emociones, afectos, desafectos y cariños involucrados en las actividades de cuidado, así como también la compañía hecha por el cuidador. Esta dimensión subjetiva se manifiesta tanto en el cuidador como en el receptor de cuidados. De hecho, esta carga de subjetividad es vista como una característica propia y fundamental en el cuidado (Carrasco, Borderías, & Torns, 2011). Cancian y Olikier (1999) ofrecen una definición de cuidado en la cual lo primero son los sentimientos, afectos y responsabilidades (Las dimensiones emocional y moral como detonantes de la práctica material del cuidado) que luego se combinan con las acciones correspondientes con las necesidades del individuo y su bienestar, es decir los cuidados materiales (Duffy, Albelda, & Hammonds, 2013). De acuerdo con lo anterior, es posible afirmar que las emociones proporcionan un impulso para la acción, por lo que comprenderlas, o por lo menos tenerlas

en cuenta, resulta esencial para entender los comportamientos (Barrett, 2006). A su vez, los individuos que participan de manera activa en cuidados, ya sea en provisión o recepción, experimentan emociones, y éstas a su vez influyen en la forma en la que se realizan los cuidados (Tilley, 2015). De acuerdo con lo anterior, el cuidado puede generar recompensas o costes emocionales, que pueden ir desde la autorrealización hasta la desesperación, que pueden motivar o socavar la prestación o recepción de cuidados (Tilley, 2015).

Si bien es posible distinguir entre aspectos materiales y emocionales, en la práctica ambas dimensiones se solapan (Brake, 2017). No obstante, el apoyo emocional y la compañía pueden ser tan importantes como los cuidados materiales, constituyendo, incluso, una necesidad por parte del receptor de cuidados, independientemente de la carga subjetiva del cuidador. Si nos situamos en contextos familiares, los vínculos emocionales en el cuidado suelen ser previos, a los que se suele sumar sentido de la responsabilidad, entre otras cualidades morales. Debido a esto se afirma que, en la familia, el cuidado exige amor y trabajo, actividad y emociones (Graham H. , 1983). La dimensión emocional prevalece en las familias, puesto que el cuidado se da por supuesto y como parte natural de las expresiones familiares, recayendo principalmente en las mujeres, como muestra de afecto, virtudes y sentimientos (Flores & Tena, 2014).

A su vez, y fuera de los contextos familiares o también llamados informales de cuidado, es posible hallar contenidos emocionales de cuidado en contextos laborales o formales. Con respecto a esto, la autora Arlie Hochschild propone el término trabajo emocional (2012). El término hace referencia a todos aquellos trabajos enfocados al servicio, en los cuales se exige un control de emociones y sentimientos, lo que implica dejar a un lado los problemas y cuestiones personales, teniendo como fin el atender de manera amable y generar una sensación de bienestar y satisfacción en los receptores del servicio (González, 2014). El trabajo emocional produce un efecto subjetivo en el otro (Carrasco, Borderías, & Torns, 2011).

Los vínculos personales que supone el cuidado, entre quien los provee y los recibe, implican altos niveles de compromiso interpersonal, llegando a producir un campo afectivo y una experiencia de las emociones inevitable entre los implicados (Tilley, 2015). Dicho vínculo puede crearse a partir de la práctica misma del cuidado, puesto que ésta supone establecer una relación de persona a persona, la cual va más allá de una relación meramente clientelar, puesto que se crean lazos afectivos producto de los espacios de contacto, cercanía e intimidad propios del cuidar (González, 2014). Así, las emociones en el cuidado no son propiedad exclusiva de los contextos familiares o al grupo más

próximo al individuo, o por lo menos no debería serlo. En palabras de Nussbaum (2014), es necesario tratar de extender la generosidad, el amor y demás emociones humanas positivas para así lograr un vínculo emocional con el grupo lo más extenso posible, lograr el sostenimiento de una sociedad decente y lograr justicia social.

### **3.5 La dimensión moral del cuidado**

El cuidado moral hace referencia a un conjunto de cualidades morales presentes en el cuidado. El cuidado, visto desde una óptica moral, puede entenderse como parte integral de un código de conducta presentado por un grupo, el cual se asume como guía de comportamiento y que es aprobado por sus miembros (Gert & Gert, 2020 ). A su vez, la moralidad se puede comprender como un conjunto de comportamientos de preocupación por el bienestar de los demás, los cuales regulan la interacción social (Bekoff & Pierce, 2009). La empatía es uno de los rasgos afines a la moralidad y al cuidado, ésta puede entenderse como la capacidad de sentir y percibir las emociones de los demás, y se le puede asociar la simpatía, la compasión, el consuelo, la ayuda y, por su puesto, al cuidado (Bekoff & Pierce, 2009). De acuerdo con lo expuesto, moral y empatía son capacidades que se concretan y toman forma en la práctica del cuidado.

En la moral se pueden distinguir diferentes tipos de deberes, entre los muchos que pueden relacionarse con el cuidado está el deber de ayuda y la acción caritativa (Gert & Gert, 2020 ). A su vez, la moralidad incluye en su núcleo comportamientos altruistas y capacidades como la empatía, el perdón, la confianza y la reciprocidad (Bekoff & Pierce, 2009). También, se asocia con el deber ser en las relaciones y situaciones que supone el cuidado, ya que éstas ponen en juego la construcción de las personas como seres morales (Hughes, 2002); esto en una doble vía, tanto por parte de los cuidadores, como por los receptores de cuidado.

De acuerdo con lo anterior, es posible hablar de cuidado moral en la medida en que haya alguien que se haga responsable por el cuidado y donde se haga evidente el sentido del deber por el cuidado del otro: en estas situaciones es posible evidenciar comportamientos como la responsabilidad, abnegación, reciprocidad, obligación y sacrificio (Martín, 2008); de igual manera, el respeto se perfila como otro de los rasgos morales que más valorado por parte de los receptores de cuidado (Hogan, 2013); además, se incluyen los sentimientos de preocupación y vigilancia por el bienestar del otro.

Con respecto a lo anterior, suelen ser los lazos de parentesco los que despiertan el sentido de obligación en el cuidado (Graham H. , 1991). A Su vez, al interior del ámbito familiar las relaciones se erigen sobre una fuerte dimensión moral, la cual imbuje al cuidado con un carácter obligatorio y desinteresado (Flores & Tena, 2014). No obstante, aún fuera de estos entornos, en donde la prestación de cuidados es remunerada y hecha por un tercero, es decir ámbitos formales, estudios hechos con cuidadores de profesión demuestran que se crea un vínculo reforzado por la atención y la preocupación (Martín, 2008).

Por su parte, la moralidad supone, en muchas ocasiones, que no se pueda escapar de la sanción en caso de incumplir alguna de sus normas (Gert & Gert, 2020 ), por lo que los imperativos morales que puede suponer el cuidado, tanto en escenarios formales como informales, pueden ocasionar situaciones de tensión. La dimensión moral del cuidado cumple un papel protagónico en la medida en que puede verse como un de los motores que impulsa a la acción de cuidar, y que la mantiene en el tiempo, a la vez que deja entre ver el tema de la responsabilidad. Con respecto a esta, en la definición de cuidado de Hochschild (1990) encontramos un énfasis claro en la responsabilidad, puesto que el cuidado se entiende como un vínculo por medio del cual, quien brinda cuidados, se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico (las dimensiones del cuidado en conjunto) para cumplir con esa responsabilidad.

A rasgos generales, puede considerarse al cuidado como una actividad o comportamiento con valor intrínseco bueno, así como propios de la naturaleza altruista y cooperativa del ser humano (Tilley, 2015). De acuerdo con lo anterior, Post (2005) concluye, luego de adelantar varias investigaciones sobre comportamientos altruistas en adultos, que es bueno ser bueno, es decir, los comportamientos altruistas (para estos efectos tener presente al cuidado) proporcionan una amplia gama de beneficios en la salud mental y física de quienes los ejercen, por lo que el altruismo es su propia recompensa. A su vez, la prestación de cuidados ha demostrado tener efectos positivos para la salud de los cuidadores, siempre y cuando no estén sometidos a cargas agobiantes de trabajo (Buyck, y otros, 2011). Sin embargo, es necesario tener presente que la calidad de la relación personal entre cuidador y receptor de cuidados influye en la forma en que se experimenta el acto de cuidar, por lo que en la medida en que las cargas (físicas y psicológicas) del cuidado sean excesivas, la experiencia de cuidar tiende a ser negativa; hecha esta salvedad, la experiencia de ayudar y satisfacer las necesidades de salud y bienestar de otra persona se percibe de manera positiva (Tilley, 2015). Sobre

esto, Kreimer (2022 ) señala que, más allá de que los comportamientos solidarios y generosos puedan incluirse en el conjunto de las virtudes éticas, éstos pueden incrementar el bienestar de la propia vida.

A su vez, si se acepta que la enfermedad es una constante en la existencia humana, resulta lógico pensar que la voluntad de cuidar se considere como una característica propia del ser humano (Gould, 1988). La especie humana, relativamente frágil y vulnerable, se caracteriza por la interdependencia, impulsada por la selección social y biológica para la cooperación, es decir, la supervivencia de la especie ha necesitado de la colaboración y el cuidado de los fuertes, débiles, sanos y enfermos (Doat, 2014). A su vez, es importante tener claro que el deber, así como también el deber con respecto a lo que está bien y lo que está mal, es decir la moral, juegan un papel importante en toda interacción social (Bekoff & Pierce, 2009).

## **4 Metodología**

Este apartado está dividido en dos secciones. En la primera se busca exponer el modelo metodológico que se adoptó para llevar a cabo la investigación. Luego, se busca hacer una exposición de las condiciones, situaciones y momentos que rodearon a la investigación y al trabajo de campo.

### **4.1 Enfoque metodológico: La teoría fundamentada (Grounded Theory)**

La TF se propone una lógica inductiva de recolección, exploración y análisis de los datos, en la que se parte del estudio de una serie de casos individuales de los cuales derivar patrones generales y, a partir de éstos, forjar categorías conceptuales (Charmaz, 2006). Sin embargo, la TF se mueve entre una lógica inductiva y abductiva. Ésta consiste en una formulación progresiva de hipótesis que expliquen de la mejor forma posible el conjunto de datos recolectados (Thornberg & Charmaz, 2014). A su vez, este enfoque se caracteriza por sus estrategias metodológicas y directrices flexibles sobre cómo llevar a cabo una investigación (Thornberg & Charmaz, Grounded theory, 2012).

Con respecto a lo anterior, la fase de campo cobró una importancia capital en el desarrollo particular de la investigación. Esto debido a que, en principio, el acercamiento a la población y la recolección de los datos se planteaban de una manera más informal y azarosa. Sin embargo, una vez se tuvo la oportunidad de formar parte de IMIAS, en calidad de encuestador, se consiguió un acercamiento mejor justificado, formal, directo y que generaba mayor confianza en los participantes, pues no era la primera vez que se practicaba este estudio y hubo un seguimiento por varios años desde el grupo de investigación en geriatría y gerontología de la Universidad de Caldas.

Que la recolección y el análisis de los datos se realicen simultáneamente, de acuerdo con las directrices de la TF (Thornberg & Charmaz, 2014) resultó benéfico en cuanto a los plazos que se debían cumplir en la labor como encuestador y como investigador. También, se tenía la expectativa de que, conforme transcurriera la fase de campo, se tendría acceso a cada vez más datos, por lo que, sumado a las notas que se tomaban en cada encuentro, a las conversaciones informales y a la información que la misma encuesta recolectaba se optó por registrar, analizar y reflexionar sobre cada encuentro en un diario de campo, que más tarde se digitalizaría con el fin de facilitar su consulta y análisis.

Por otro lado, cada nueva persona mayor con la que se tenía contacto, cada encuentro, cada encuesta realizada y cada conversación en profundidad sobre el cuidado, en el contexto de la encuesta general, permitieron engrosar un dossier de casos que, si bien en principio eran individuales,

comenzaron, poco a poco, a coincidir, a mostrarse frecuentes e incluso a homologarse. Se evidenciaron patrones, coincidencias y cómo personas mayores en situaciones tan diferentes coincidían con respecto al tema del cuidado. Las situaciones particulares, con su aumento progresivo en número, permitieron generar hipótesis e inferencias que daban cuenta de características generales.

Conforme se reunían narraciones, descripciones, comentarios y trayectorias sobre el cuidado, las categorías teóricas que guiaban las preguntas en cada encuentro cambiaron. Si bien se sostuvo la perspectiva tridimensional del cuidado en términos operativos, se evidenció que la dimensión material no era pertinente con las características y descripciones de los participantes, por lo que hubo un foco en aspectos inmateriales del cuidado, en el papel de la solidaridad intrafamiliar e intergeneracional y en las trayectorias que configuran la presencia de cuidado en la actualidad, ya que eran los aspectos más referenciados por los participantes.

Si bien es necesario reconocer que hubo toda una exploración bibliográfica y teórica previa a la fase de campo, que se hizo con el fin de realizar la propuesta inicial de investigación, la cual está fijada como requisito académico, y también con el objetivo de familiarizarse conceptualmente con el tema del cuidado en la vejez, la investigación tomó forma y sus contenidos se afinaron al momento de comenzar y realizar el trabajo de campo. Esto es importante, pues está en consonancia con los postulados de la TF en la medida en que las teorías y los datos no se descubren, sino que son contruidos por los investigadores como resultado de las interacciones con los participantes y los análisis que emergen de estas interacciones, por lo que los datos se co-construyen (Thornberg & Charmaz, Grounded theory, 2012).

A su vez, otras de las características, directrices y estrategias del enfoque de la TF se adoptaron en el desarrollo de la investigación. Por un lado, Charmaz y Thornberg (2014) afirman que el enfoque ofrecido por la TF resulta idóneo para abordar las acciones individuales y colectivas, así como también situaciones de la vida cotidiana, del entorno social y la respuesta y el afrontamiento de los cambios vitales, centrado (el investigador) en lo que las personas hacen, en los significados que les dan a sus acciones y en las situaciones en las que participan.

En este mismo sentido, desde la TF se propone a la codificación como manera de interactuar, examinar y preguntar a los datos recolectados, a la vez que consisten en "nombrar segmentos de datos con una etiqueta que simultáneamente categorice, resuma y dé cuenta de cada dato" (Charmaz, 2006). La codificación ocupó un lugar central en el análisis de la información, pues en la medida en que el



diario de campo de digitalizaba y se complementaba con las demás técnicas de recolección de información, era posible aplicar la codificación con herramientas de software, las cuales garantizaban un acceso cómodo, sencillo y preciso a los datos y sus códigos. Se plantearon tres líneas de codificación teórica, acordes con la tridimensionalidad del concepto de cuidado, pero se advirtieron otras líneas afines, complementarias y con mayor protagonismo para los participantes, como fueron la familia, las trayectorias de cuidado y la reciprocidad. Se detectó un énfasis en las características inmateriales del cuidado. A medida que se avanzaba en el análisis, se comparaba entre cada caso individual, entre los datos y los códigos con el fin de encontrar similitudes y diferencias que permitieran construir un apartado de resultados como exposición de todo el proceso de investigación, recolección y análisis de la información.

## **4.2 Detalles del trabajo de campo y de la investigación**

El proyecto IMIAS fue ejecutado por el grupo de investigación en gerontología y geriatría de la Universidad de Caldas desde en el año 2012 hasta el año 2016. Éste es un estudio longitudinal, adelantado en otras cuatro ciudades de diferentes países. Su objetivo es conocer cómo se modifica la movilidad en las personas mayores en un rango de edad de 65 a 74 años. Una de las ideas más interesantes del estudio es hacer seguimiento a sus participantes a lo largo de los años y registrar los cambios en ellos. Pese a que el estudio concluyó en el año 2016, el grupo de investigación en gerontología y geriatría se propuso darle continuidad, e implementarlo nuevamente en el año 2022. Esta vez se realizaron ligeras modificaciones en el cuestionario con el fin de ajustarse a intereses de investigación particulares. No obstante, la naturaleza cuantitativa de la encuesta se mantuvo. Entre los temas que recoge la encuesta están cuestiones de movilidad, dificultades, discapacidad, conductas de salud, enfermedades, actividad física, información socioeconómica, redes familiares y de apoyo, cuidado y victimización.

En total se realizaron 40 encuentros/encuestas. El trabajo de campo se inició el 8 de junio del 2022 y concluyó el 25 de noviembre del año 2022. Sin embargo, se decidió incluir hasta el encuentro 33. Esto debido a que, si bien la información se recolectaba y analizaba de manera conjunta, se decidió fijar un límite al número de encuentros que se iban a incluir en la muestra, con el fin de concluir de manera más cómoda con las labores de encuestador, de dedicar más tiempo al análisis de los datos recolectados en los encuentros y a adelantar la producción de la tesis de grado.

La participación en el proyecto se dio desde el rol de encuestador. Si bien hubo un acercamiento a la encuesta al momento de aplicarla, la investigación que se adelantaba en paralelo

no tuvo intenciones de llevar a cabo un análisis de corte cuantitativo. Por otro lado, la idea fue llevar a cabo un análisis de corte cualitativo que buscara profundidad en cuanto al componente de cuidado.

La variedad de temas y componentes hacía que el instrumento (la encuesta) fuera muy completo, a la vez que extenso en cuanto a su tiempo de aplicación. Si bien la encuesta estaba pensada para aplicarse en 45 minutos, la realidad es que tomaba, como mínimo, dos horas. Lejos de significar un problema, la extensión de la encuesta permitía un contacto más prolongado con los participantes, lo que se traducía en mayores probabilidades de profundizar en el tema del cuidado. Sin embargo, no fue necesario sacar el tema desde el principio, al final o mientras se abordaba un componente distinto. El breve espacio destinado al componente de cuidado fue más que suficiente, pues se utilizaban las preguntas de la encuesta como preguntas detonadoras para, según las respuestas de los participantes, profundizar en una u otra cuestión. Sobre esto es necesario resaltar una cualidad importante de la población que participó en el proyecto, y es que suelen ser muy conversadores. Esto resulta valioso, pues formular una pregunta adicional, mostrar más interés en algún detalle o simplemente dejar que la persona se exprese, sin interrumpirle, bastaba para recolectar la información necesaria para dar cuenta de los objetivos de la investigación.

Con respecto a la voluntad participativa de los encuestados, la profundidad que adrede se hacía en las cuestiones del cuidado no irrumpió en ningún momento con el ritmo de las encuestas. Es más, las preguntas, la escucha activa, el diálogo y la voluntad de conversar siempre fueron bienvenidas y agradecidas.

De acuerdo con lo anterior, el trabajo de campo consistió en contactar a los participantes, agendar un encuentro y aplicar la encuesta. Es decir, cumplir con el deber como encuestador en el proyecto. A la hora de contactarlos, se optó por acudir a la base de datos de participantes de las pasadas oleadas del estudio. Se trató de contactar vía telefónica, pero muchos de los teléfonos no estaban disponibles. Debido a esto se decidió visitar las direcciones que registraron en las bases de datos. Una vez allí el contacto se aseguraba con más probabilidades. Aun así, por directriz de los coordinadores del proyecto IMIAS, se procuraba contactar a los participantes que no tuvieran contacto telefónico o en dirección con otros participantes que pudieran conocer su paradero, así como con personas o vecinos del sector que supieran de sus movimientos. Se sostuvo una presentación formal e institucional en todo momento, introduciéndose como encuestador del proyecto y se conservaron todos los protocolos de consentimiento informado y todas las explicaciones que fueran

pertinentes. A su vez, se indicó el interés particular en el tema del cuidado, así como el estatus de estudiante tesista.

Los participantes y sus familiares se caracterizaron por su buena disposición y voluntad participativa, a la vez que demostraron gran interés en el proyecto. La mayoría manifestaron estar agradecidos por las visitas que se hicieron y se mostraron abiertos a responder o ahondar en cualquier tema o pregunta. Bien es sabido que las personas mayores suelen ser conversadoras. No obstante, aunque esta característica se hizo manifiesta, en ningún momento interfirió con la recopilación de información.

Gracias al formato de la encuesta las conversaciones tenían una guía y seguían una lógica clara. Esto permitió conservar el hilo de los relatos en cuanto se perdiera. Al tiempo, fue posible dejar que los participantes se explayaran, con la ayuda de concesiones de la palabra y preguntas que les permitieran extenderse cuando se tocaba un tema de particular interés. Se sostuvo un solo encuentro con cada participante durante el tiempo que tomara la encuesta. Es necesario aclarar esto, pues si bien se profundizó en un componente de la encuesta, debido a los intereses particulares de la investigación, no se adelantó un seguimiento. Sin embargo, los encuentros eran largos y debido al carácter conversador y abierto con el que los participantes se desempeñaron durante el cuestionario no se considera que esto represente un obstáculo para cumplir los objetivos de la investigación. A su vez, los participantes solían estar acompañados durante el tiempo de la encuesta. Lejos de suponer un vicio en la información que podrían suministrar, sus familiares eran por lo general convivientes y reconocidos por los participantes como cuidadores. Esto permitió complementar mucha de la información suministrada en los espacios de las encuestas.

A su vez, toda la información de las encuestas era consignada mediante una App de Qualtrics, en un teléfono celular. Sin embargo, durante los encuentros los participantes permitieron que se tomaran apuntes. Esto se aprovechó para consignar información afín a los intereses de la investigación. Para complementar y facilitar la consignación de la información, así como su posterior análisis, se optó por llevar un diario de campo. Allí se consignaban los detalles generales del encuentro, se trazaba un panorama y una ruta general sobre la conversación, se destacaban aspectos particulares del participante y se hacía énfasis en los contextos y situaciones de cuidado destacados en la encuesta y en la conversación general en la cual ésta estaba inmersa.

En cuanto a las preguntas formuladas, el cuestionario de IMIAS contaba con un componente de cuidado. Al llegar a éste, las preguntas se realizaban con naturalidad y, con base en las respuestas, se optaba por invitar a la persona a que profundizara o se extendiera en las respuestas del cuestionario, se hacían preguntas adicionales y se buscaba generar una conversación sobre el tema. Se incluyen las preguntas de IMIAS:

¿Tiene a alguien que cuide de usted?	Sí	No
Esa persona es	Algún miembro del hogar	
	Persona externa no empleada	
	Persona externa empleada	
¿Esa persona tiene más de 60 años?	Sí	No
¿Cuida usted de alguien?	No	
	Pareja	
	Hijos	
	Nietos	
	Otros	
Teniendo en cuenta sus condiciones económicas y familiares, si usted no pudiera vivir más de forma independiente y necesitara ayuda permanente de otra persona ¿Qué preferiría?	Vivir solo	
	Contratar a alguien para que lo cuide	
	Vivir con otro pariente o con algún amigo	
	Vivir en un hogar o centro para personas mayores	
	Vivir en casa de un hijo o hija	
	Otro	

*Tabla 1. Preguntas componente de cuidado IMIAS 2022*

Las preguntas adicionales que solían formularse eran: “¿Por qué cree que le cuidan? ¿Qué entiende por cuidado? ¿La persona que le cuida lo hace con cariño, afecto y respeto hacia usted? ¿Recibe ayuda con alguna labor doméstica?”. A su vez, los componentes de limitaciones funcionales y discapacidad permitían profundizar en cuestiones afines al cuidado material, ya que si el participante presentaba alguna de estas situaciones se podía preguntar sobre si recibía ayuda y profundizar al respecto. Si bien la presencia de discapacidades, dificultades, limitaciones o condiciones de salud no implica necesariamente que haya cuidado, este componente permitía ahondar en el tema de la investigación.

## **5 Resultados**

Este apartado está dividido en cuatro secciones. En la primera de ellas se busca hacer una exposición algunas características generales de los participantes de la investigación. Esta exposición incluirá datos estadísticos de corte descriptivo, que luego se verán complementados en los anexos, en los cuales se busca ofrecer una serie de descripciones particulares de los participantes. Con estas descripciones se busca ofrecer un panorama más amplio de las situaciones que se expondrán en los resultados y obedecen a fragmentos del diario de campo. No sobra decir que los nombres de los participantes fueron cambiados en aras de proteger su identidad y no hacer ninguna divulgación innecesaria de ésta. Luego, se introducen las tres secciones que conforman el apartado de resultados. La primera de ellas se titula “El afán de independencia”. En ésta se expone la tendencia de los participantes a reconocerse como independientes y a rechazar todo tipo de cuidado o apoyo directo. A su vez, se muestra cómo los participantes se esfuerzan por adoptar los estilos de vida activos, incluso si éstos resultan temerarios. El siguiente apartado se titula “La naturaleza de los cuidados recibidos”. En éste se pretende profundizar en la naturaleza del cuidado que los participantes reconocen recibir. Esto se debe a que, pese a que muchos reconocen ser independientes física y mentalmente, así como también a rechazar cualquier tipo de cuidado directo, los participantes respondieron afirmativamente al momento de preguntarles “¿Cuida alguien de usted?”. La tercera sección se titula “Cuidar para ser cuidado”. En ésta se busca profundizar en las experiencias y trayectorias de los participantes frente a la pregunta “¿Por qué cree que le cuidan?”. A su vez, se destaca el papel protagónico de la familia, la cual es reconocida por los participantes como principal responsable por sus cuidados.

### **5.1 Exposición de las características de los participantes**

Se busca exponer cierta información de carácter descriptivo sobre los participantes de la investigación. Se pretende generar un contexto que permita al lector ubicarse y familiarizarse con los participantes y las condiciones en las que están inmersos.

En primer lugar, se ubica a los 33 participantes, el barrio y la comuna en la que viven. Con excepción de las comunas 7 y 11, fue posible abordar a por lo menos una persona en las otras 9 comunas. Si bien esto no ubica al estudio en la totalidad del casco urbano de la ciudad, sí se logra abarcar gran parte de Manizales.

La comuna en la que se abordó a más participantes es la comuna de la fuente (6), seguida la comuna Ciudadela del Norte (5), la comuna Palogrande (4), la comuna ecoturística (4), la comuna Estación (4) y la comuna Cumanday (4).

Según el acuerdo 589 de agosto 31 de 2004 y el decreto extraordinario 0042 del 28 de febrero de 2005, en los que se fija la división territorial urbana de Manizales conforme a comunas y barrios, así como también estratos más predominantes de éstos, en la comuna de la fuente los barrios con más participantes fueron Villa Carmenza (estrato 4) y Arrayanes (estrato 3); en la comuna de la Ciudadela del Norte los barrios abordados fueron Bosques del Norte (estrato 2), Villa Hermosa (estrato 2), San Sebastián (estrato 1), La Carola (estrato 3) y Peralonso (estrato 2); en la comuna Palogrande los barrios abordados fueron Belén (estrato 5), Palermo (estrato 6) y Vizcaya (estrato 5); en la comuna ecoturística los barrios abordados fueron La Cumbre (estrato 3), La Toscana (estrato 3), Minitas (estrato 3) y Alta Suiza (estrato 4); en la comuna Estación los barrios abordados fueron Asunción (estrato 3), San Jorge (estrato 3) y Versalles (estrato 4); en la comuna Cumanday los barrios abordados fueron Campo Amor (estrato 3), Fundadores (estrato 3) y San Joaquín (estrato 3).

Comuna	Comuna atardeceres	Comuna san José	Comuna cumanday	Comuna estación	Comuna ciudadela del norte	Comuna ecoturística	Comuna palogrande	Comuna universitaria	Comuna la fuente	Total
Número de participantes abordados	2	3	4	4	5	4	4	1	6	33
Porcentajes	6.06%	9.09%	12.12%	12.12%	15.15%	12.12%	12.12%	3.03%	18.18%	100%

Tabla 2. Distribución por comunas de los participantes

En cuanto a lo económico, todos los participantes admitieron recibir ingresos de algún tipo. Sin embargo, esto no garantizó que tuvieran independencia económica. De los 33 participantes, 18 manifestaron depender económicamente de alguien más. Esto corresponde a un 51% de los participantes.

Reconoce dependencia económica	Participantes	Porcentajes
No	16	48.48 %
Sí	17	51.51 %
<b>Total Participantes</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabla 3. Participantes que afirman depender económicamente de alguien más

Fue posible identificar cinco fuentes de ingresos: subsidio de Colombia mayor (8), pensión (15), rentas y pensión (2), ayuda de familiares o amigos (6) y trabajo (2). A su vez, es necesario recordar que el subsidio de Colombia mayor rondaba, al momento de adelantar los encuentros, los \$80.000 pesos mensuales (16,70 USD). Por lo que los participantes que admitieron recibir como ingreso el subsidio de Colombia mayor reconocieron necesitar de la ayuda económica de familiares (5) o de instituciones estatales, como centros día (3) para solventar sus necesidades económicas y garantizarse un mínimo de bienestar.

Fuente de ingresos	Participantes	Porcentajes
Ayuda familia	4	12.12 %
Ayuda familia	1	3.03 %
Ayuda familia y amigos	1	3.03 %
Pensión	15	45.45 %
Rentas y pensión	2	6.06 %
Subsidio	8	24.24 %
Trabajo	2	6.06 %
<b>Total Participantes</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabla 4. Fuentes de ingresos económicos de los participantes

En cuanto al nivel de ingresos, se trazó el margen con respecto al salario mínimo mensual vigente para Colombia, el cual se ubicó, al momento de adelantar los encuentros, en un millón de pesos (208,73 USD). Se separó en tres grupos: menor al salario mínimo (16), igual al salario mínimo (5) y superior (12). El ingreso por pensión es el más recurrente, presente en un total de 17 participantes. El nivel de ingresos de los pensionados se distribuye en menor al salario mínimo (2), igual al salario mínimo (5) y superior (10).

Nivel de ingresos	Participantes	Porcentajes
menor al smmv	16	48.48 %
smmv	5	15.15 %
superior al smmv	12	36.36 %
<b>Total Participantes</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabla 5. Nivel de ingresos de los participantes de acuerdo al SMMV del año 2022 para Colombia

Con respecto a la recepción de cuidados, todos los participantes manifestaron recibir algún tipo de cuidado. La estructura de la pregunta era bastante simple “¿Tiene a alguien que cuide de

usted?” A lo que la respuesta siempre fue afirmativa. A su vez, a la hora de preguntar a los participantes si necesitaban ayuda, cuidado o apoyo con alguna actividad básica de la vida diaria, la respuesta fue negativa. Esto es significativo, pues se suele asociar al cuidado con la materialidad de la ayuda y con la dependencia.

<b>Reconoce recibir cuidados</b>	<b>Participantes</b>	<b>Porcentajes</b>
Sí	33	100%
<b>Total Participantes</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabla 6. Participantes que reconocen recibir cuidados

<b>Reconoce tener dependencia en ABVD</b>	<b>Participantes</b>	<b>Porcentajes</b>
No	33	100%
<b>Total Participantes</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabla 7. Participantes que reconocen tener dependencia con actividades básicas de la vida diaria

A su vez, las personas reconocidas como cuidadoras fueron, en su totalidad, familiares. Todos los cuidadores estaban en primer y segundo grado de consanguinidad y afinidad. Sobre esto, se destacan Hijos (16), hermanos (2) y cónyuges (15). A su vez, la convivencia no se plantea como requisito para identificar a un cuidador o admitir recibir cuidado por parte de un familiar, pues 12 participantes reconocieron recibir cuidado de familiares con los que no conviven. Por otro lado, 11 participantes admiten cuidar de alguna otra persona, todos familiares. De éstos, se destacan cónyuges (7), hermanos (1) y nietos (3).

<b>Persona cuidadora/Conviviente o No</b>	<b>Participantes</b>	<b>Porcentajes</b>
Esposa conviviente	11	33.33 %
Esposa conviviente hija no conviviente	1	3.03 %
Esposa conviviente hijo conviviente	1	3.03 %
Esposa conviviente, hijos no convivientes	1	3.03 %
Hermana conviviente	1	3.03 %
Hermana (no) conviviente	1	3.03 %



Hija conviviente	4	12.12 %
Hija conviviente e hijos (no) convivientes	2	6.06 %
Hijo (no) conviviente	1	3.03 %
Hijo conviviente	1	3.03 %
Hijo conviviente y esposa conviviente	1	3.03 %
Hijo conviviente y (no) conviviente	1	3.03 %
Hijo y nieto conviviente	1	3.03 %
Hijo (no) conviviente	2	6.06 %
Hijo conviviente	1	3.03 %
Hijos (no) convivientes	2	6.06 %
Hijos (no) convivientes nieto conviviente	1	3.03 %
<b>Total Participantes</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabla 8. Persona reconocida como cuidadora y su cualidad o no de conviviente

Participantes que reconocen cuidar de alguien	Participantes	Porcentajes
No	22	66.66 %
sí, esposa	6	18.18 %
sí, esposo	1	3.03 %
sí, hermano mayor	1	3.03 %
sí, hijo y nieto	1	3.03 %
sí, nieto	2	6.06 %
<b>Total Participantes</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabla 9. Participantes que reconocen cuidar de alguien más y su relación con dicha persona

## 5.2 El afán de independencia

En términos generales, los participantes admitieron no necesitar o recibir asistencia con actividades básicas o algún tipo de cuidado sobre sus cuerpos. Es decir, los participantes afirman no recibir cuidado material directo. Afirman que no necesitan este tipo de cuidados, pues se reconocen con la capacidad de valerse por sí mismos. Aún en situaciones en las que padecen alguna condición o enfermedad, los participantes afirman no tener condiciones incapacitantes que les impidan llevar a cabo sus actividades cotidianas.

Este es el caso de **Javier**, quien se reconoce como una persona activa e independiente. Se muestra alegre al comentar que no necesita ayuda con sus actividades cotidianas. Sin embargo, Javier manifiesta serios problemas de visión, audición y equilibrio. Debido a esto debe utilizar un bastón permanentemente. Pese a no contar con lentes o audífonos, para tratar sus otras condiciones, él reconoce que no los echa en falta y admite que todos los días camina largas distancias, desde su casa

en el barrio Campo Amor, hasta el parque Caldas, en donde se integra con amigos y donde pasa casi todo el día. Además, reconoce con orgullo que es el encargado de hacer los mandados, pues aprovecha cualquier oportunidad para salir de la casa. Su hija reprocha esta conducta y la encuentra peligrosa, pero reconoce que no puede hacer nada al respecto, pues sabe que Javier no se siente cómodo en su casa y reconoce que la actividad física puede serle de provecho.

En el mismo sentido encontramos a **Bernardo**, quien admite con orgullo seguir trabajando a pesar de su avanzada edad y sus achaques de salud. Se desempeña como jardinero. Vive en el barrio Asunción y reconoce prestar allí sus servicios, pero admite no tener inconvenientes para movilizarse al sector de la Enea, donde viven algunos clientes, y admite que suele hacerlo caminando. Sin embargo, Bernardo está diagnosticado con párkinson. Comenta que en algunas situaciones es complicado trabajar así, pero admite gusto por el trabajo y el esfuerzo físico, así como por el hecho de contar con recursos propios, pues reconoce que no le gusta depender siempre de su hija. Ella comenta, entre el asombro y el orgullo, que su padre es activo y trabajador, pero, preocupada, comenta que al párkinson se le han agregado otros diagnósticos que deberían retenerlo en casa.

A su vez, los participantes manifestaron un rechazo general hacia situaciones de discapacidad o a situaciones en las que no pudieran valerse por sí mismos. Por lo general, el rechazo confluye en la idea de quedar postrado en cama, como caso extremo; en perder la capacidad para realizar las actividades que se consideran básicas y usuales sin ningún tipo de ayuda y, en términos más cercanos a sus situaciones actuales, a la falta de actividad, a la quietud. Ésta se suele asociar con las causas principales de incapacidad y enfermedad.

Este es el caso de **Marina**, quien afirma colaborarle a su hija con labores domésticas, sobre todo preparando el almuerzo, pues reconoce que en algunas ocasiones la encuentra muy ocupada y su ayuda resulta fundamental para sacarla de algún apuro. De esta forma Marina busca ser lo más activa posible y no dejar que la pereza, la enfermedad o el bajo ánimo la dejen en cama. En el mismo sentido está **Lilia**, quien reconoció haber cuidado durante once años de su madre convaleciente. Recuerda con cariño y nostalgia la memoria de su madre, pero reconoce que no le agrada la idea de terminar en su misma posición, pues reconoce que ella no podía hacer nada por sí misma y esto le espanta. Lilia vive sola y comenta que se encarga de todas las labores domésticas como forma de estar activa y evitar caer en cama.

El rechazo a cualquier tipo de cuidado asistencial o de dependencia física, así como el afán de llevar un estilo de vida lo más activo posible, hace que algunos participantes se vean involucrados en actividades que rayan en lo temerario. Este es el caso de **Orlando**, quien es propietario de una finca ganadera en Aguadas. Reconoce que, actualmente, el trato con ganado equino y vacuno le han ocasionado más de una caída. Pese a esto, no ha tenido ningún tipo de lesión y reconoce todas esas situaciones como gajes del oficio. En el mismo sentido encontramos a **Nelson**, quien trabaja actualmente en soldadura y construcción. Admite con orgullo poseer una gran vitalidad y ser una persona activa. Al momento de conocerle tenía un pie lesionado, pues comenta que se estaba encargando de hacer la mudanza y la lavadora le cayó encima mientras la subía por las escaleras del edificio al cual se iba a mudar. De igual forma está el caso de **Héctor**, quien, al momento de conocerle, comentó que hace pocos días se había sometido a un procedimiento de extracción de pólipos en su colon. Debido a complicaciones con el procedimiento los médicos optaron por hospitalizarle, pero Héctor, incómodo con el ambiente de los hospitales, decidió dejar las instalaciones por su cuenta, no comentar nada a sus familiares y recorrer una larga distancia a pie para llegar a su casa. De acuerdo con su esposa, no era la primera vez que algo así pasaba.

### 5.3 La naturaleza de los cuidados recibidos

Si bien los participantes admitieron no necesitar ni recibir cuidados asistenciales o directos, esto no les impidió reconocer que reciben cuidado. Cuando se preguntó “¿Cuida alguien de usted?” La respuesta siempre fue afirmativa. Todos admitieron recibir cuidado al tiempo que rechazaban recibir cualquier tipo de asistencia o dependencia física y exaltaban su independencia.

En este sentido se pueden incluir los participantes más temerarios. Al momento de preguntar a **Orlando**, quien demuestra un alto grado de independencia, así como de tenacidad y resistencia, si recibía cuidado, no dudó en confirmar que sí, reconociendo a su esposa como principal cuidadora. Esto, porque comenta que ella está pendiente tanto de él como de su bienestar, procura que esté siempre bien presentado, se encarga de su alimentación y de que la casa esté bien dispuesta y reconoce la compañía y afecto que ella le brinda. En este mismo sentido encontramos a **Nelson**, quien identifica en su actual pareja a una cuidadora, al tiempo que reconoce cuidar de ella. Sobre esto comenta que hay preocupación por el bienestar, una convivencia afectiva y respetuosa y hay una sensación de compañía, respaldo, confianza y garantía de cuidado en situaciones de enfermedad. Nelson reconoce que el cuidado con su pareja es en doble vía y parte de un acuerdo tácito. En el caso de **Héctor**, cuyos actos suelen ir en contravía de su propia integridad, reconoce una figura de cuidado

en su esposa. Héctor reconoce el enojo en su esposa y, aunque su reacción es jocosa, admite que esos enojos no son producto del azar, sino que obedecen a décadas de compañía, cariño y preocupación por su salud e integridad.

A su vez, la convivencia no se presentó como el único requisito para identificar a alguien como cuidador. Este es el caso de **Lilia**, quien actualmente vive sola en un pequeño apartamento, en un tercer piso. Tiene cuatro hijos, pero ninguno vive en la ciudad. Lilia reconoce que recibe el cuidado de todos ellos. Al profundizar en esto, comenta que siente que sus hijos le cuidan porque están pendientes de ella y les preocupa su bienestar: la llaman varias veces al día; también reconoce que todos aportan económicamente para que ella logre sostener el estilo de vida independiente que lleva actualmente y, aunque admite que las visitas no son frecuentes, reconoce que suelen incluir viajes y estadías prolongadas en los hogares de sus hijos. En el mismo sentido encontramos a **Mélide**, quien vive con su nieto en una pequeña casa. Tuvo un total de nueve hijos y, pese a no convivir con ninguno de ellos, reconoce que todos le cuidan. Al ahondar más en esto afirma que todos están pendientes de ella: suelen llamar diariamente; la visitan con frecuencia, aunque reconoce que la vida adulta hace que esto no sea diario; la incluyen en planes de viaje o estancias fuera de la ciudad y se encargan de brindarle un sustento económico.

A su vez, **Rolando** admite recibir cuidado tanto de su esposa, con la que convive, como de su hija, la cual reside en el extranjero. Sobre el cuidado de su esposa, reconoce que la buena convivencia, el cariño y la preocupación es natural luego de tantos años, así como el hecho de que ella le respalde con la preparación de alimentos y de que ambos apoyen con la limpieza del hogar. Sobre el cuidado de su hija, valora que aún en la distancia se preocupe por seguir en contacto. A su vez, valora el hecho de que ella se encargue económicamente de los dos, permitiéndoles llevar un estilo de vida sin mayores preocupaciones económicas.

#### **5.4 Cuidar para ser cuidado**

La pregunta “¿Por qué cree que recibe cuidado?” irremediablemente condujo a los participantes a escudriñar en su pasado, en sus trayectorias de vida, para poder dar cuenta del cuidado que reciben en el presente.

Por un lado, algunos participantes hombres destacan cómo influyó el hecho de haber sido afectivos, respetuosos y haber mantenido un trato positivo con sus familiares en el transcurso de su vida. Este es el caso de **Rolando**, quien reconoce que fue un buen padre y admite que gracias a esto

se garantizó recibir cuidado, atención, cariño y apoyo económico por parte de su hija en la actualidad. Refiere que es necesario sembrar para recoger, en alusión a la inversión afectiva y de recursos que hizo en el pasado, la cual ahora le permite vivir una vejez sin apuros de corte económico o afectivo. También hace énfasis en que, cuando fue su responsabilidad proveer para su familia, nunca sostuvo comportamiento humillantes, denigrantes o peyorativos con sus familiares. En este mismo sentido encontramos a **Gabriel**, quien reconoce recibir cuidado por parte de sus familiares. Él admite que esto es posible gracias a que fue un buen padre: siempre proveyó para su hogar, en ningún momento maltrató o humilló a su familia, fue educado y atento. Refiere que no es suficiente con proveer si se sostienen actitudes humillantes, negativas y groseras. Comenta que no es suficiente asumir la responsabilidad si no se es cariñoso y respetuoso.

Esto permite ver cómo el cuidado recibido en el presente se configura desde el pasado. Para recibir cuidado en la vejez, en contextos familiares, es necesario hacer una inversión anterior de cariño, respeto y, a su vez, cuidado. Para dar cuenta de la actual situación de cuidado, los participantes reconocen que fue fundamental haber invertido en la calidad de las relaciones familiares.

Por otro lado, algunas participantes mujeres suelen destacar los lazos de parentesco y la afectividad que estos implican para dar cuenta del cuidado familiar que reciben en el presente. Este es el caso de **Mélide**, a quien la pregunta por los motivos que llevan a sus hijos a cuidarla le desconcertó, pues ella afirma que es natural que, al ser la mamá, sus hijos la cuiden y la quieran. En este mismo sentido encontramos a **Lilia**, a quien la pregunta no sólo desconcertó, sino que la respuesta le pareció una obviedad. Ella asume que sus hijos le tienen un cariño y afecto natural y necesario al ser su madre. Al tiempo, ella reconoce que en situaciones en las que ha estado delicada de salud la preocupación de sus hijos ha sido exagerada. Esto le permite a ella intuir el grado de preocupación y cariño que le tienen.

A su vez, algunos participantes destacan como uno de los motivos para recibir cuidado por parte de sus familiares, específicamente hijos, el hecho de haberles formado y educado, así como el hecho de haberles proveído los elementos necesarios para que se desarrollaran profesional y laboralmente. A este hecho los participantes solían referirse como sacar los hijos adelante.

Este es el caso de **Cesar**, cuyos hijos reconocen tener un gran sentimiento de gratitud hacia él. Cesar padece sordera total. Pese a tener sendos audífonos en sus oídos, no logra escuchar a menos que se le levante mucho la voz. Su mala situación auditiva se debió a que, en su trabajo como

constructor, se exponía a ruidos extremos. Tal sacrificio se hizo con tal de proveer para su esposa e hijos. Sus familiares comentan que, a pesar de las necesidades y del bajo nivel de ingresos nunca les hizo falta nada. Su gratitud es inmensa y por esto no ven con malos ojos ocuparse de su cuidado y manutención. Su sentido de obligación está respaldado en la certeza de que su padre lo dio todo por ellos, les dio una buena crianza y un buen trato. Lo reconocen y admiran como a una buena persona, al tiempo que admiran el rol de padre que desempeñó. En este mismo sentido encontramos a **Lilia**, quien reconoce haberse encargado sola de criar, mantener, educar y sacar al mercado laboral a sus cuatro hijos, los cuales viven de manera independiente. Comenta que fue algo complicado, pero cumplió con su deber como madre. Sacó a sus hijos adelante. Debido a esto, no tiene problema en afirmar que sus hijos están en deuda con ella y no siente ningún tipo de vergüenza en recibir apoyo económico de ellos. A su vez, reconoce como natural y obvio que le quieran y le cuiden.

Los casos expuestos podrían inferir que el cuidado de las personas mayores que participaron en el estudio completa un círculo de reciprocidad familiar que inició con la crianza, manutención y cariño parental.

El proyecto IMIAS se sitúa en contextos familiares. Debido a esto no es de extrañar que el papel de la familia en la provisión de cuidado sea protagónico. De hecho, todos los participantes exaltan el papel de los lazos de parentesco y familiares.

En este sentido, se destaca el caso de **Esther**. Ella vive en una gran casa con su esposo y su familia extensa. Viven allí sus hijas, nietas y sobrinas con sus respectivas familias. Cada quien tiene su espacio en la casa. De cierta forma ésta se divide en secciones que garantizan algo de privacidad, pero en términos generales hay una comunicación abierta entre todos los convivientes. Esther adoptó un estilo de vida cada vez más sedentario debido a dos situaciones: a partir del año 2020 el centro día el que solía asistir cerró sus puertas y su visión ha disminuido a causa de cataratas, las cuales siguen pendientes del procedimiento respectivo. Esther trata de ser lo más activa con labores domésticas, pero comenta como anécdota que ya varias veces confundía especias y cocinar terminaba siendo un desorden. Tiene nueve hijos y admite recibir cuidado de todos ellos. Entre las actividades y actitudes de cuidado que resalta está la comunicación, la compañía y las manifestaciones afectivas de todo tipo. Comenta que todos la quieren, todos la llaman y a todos les preocupa su bienestar. A su vez, afirma estar especialmente agradecida con todos ellos porque responden económicamente por ella y su esposo. De no ser por ellos, comenta Esther, no estaría en ningún lado. Sin embargo, admite que hay una hija, la cual vive en los bajos de la casa, la cual está mucho más pendiente que el resto y suele

hacerle visita a diario, conversan más seguido y es quien la acompaña a citas médicas. Pese a no tener una discapacidad mayor que la visual, logrando hacer por sí misma cualquier actividad básica, sus hijos y familiares no le tienen permitido salir sola. Este hecho le molesta, así como otro tipo de prohibiciones, pero Esther pasa de la indignación al enternecimiento rápidamente al recordar que lo hacen con el fin de preservar su bienestar e integridad.

En el mismo sentido encontramos a **Cesar**, quien vive en un segundo piso junto con su esposa. El segundo piso se conecta con el primero por el interior de la vivienda, aunque los accesos exteriores de ambas plantas son independientes. Allí vive uno de sus hijos, junto con su familia. Cesar lleva un estilo de vida sedentario por recomendación de sus hijos, quienes admiten no dejarle salir. Esto se debe a que, ya desde hace mucho tiempo, Cesar es sordo. Pese a llevar audífonos en ambos oídos su audición es muy deficiente. Además, su visión ha comenzado a empeorar, al igual que su equilibrio. Al detectar estas condiciones sus dos hijos acordaron medidas preventivas, con el fin de evitar accidentes. Cesar reconoce que sus dos hijos cuidan tanto de él como de su esposa. Afirma que a ambos les preocupa su bienestar y por esto no ve con malos ojos que le prohíban hacer algunas cosas. A su vez, Cesar admite que tanto él como su esposa dependen económicamente de sus dos hijos. Entre las actividades y actitudes que destaca como cuidado están las visitas, las comidas que su hijo conviviente le hace subir, la compañía que ambos le hacen, la manutención, la ayuda para movilizarse fuera de la casa para alguna cita o compromiso, el trato respetuoso y afectivo que ambos tienen y el apoyo económico que recibe por parte de ambos.

## 6 Conclusiones

En el contexto de la presente investigación, el cuidado no se presenta como una serie de actividades que una persona hace o ejecuta por o sobre otra, con el fin de promover su integridad, bienestar y salud, sino que se comprenden más como una serie de actitudes que giran alrededor de la preocupación por el bienestar de la persona. No es asistencia física, pues los participantes afirman que no la necesitan al no tener condiciones de dependencia física incapacitante, sino una sensación que tiene el receptor de cuidados de que hay alguien a quien le interesa, a quien le importa y le preocupa su bienestar, así como la sensación de que alguien le aprecia y tiene cariño; a la vez que tiene una sensación de compañía, es decir, la certeza de que hay alguien cerca o en contacto permanente. El cuidado que reciben los participantes se identifica con un conjunto de sentimiento de preocupación y actitudes de vigilancia por su bienestar. Se destacan actitudes como el estar atento y la vigilancia, acciones como el acompañamiento y sentimientos como la preocupación y el cariño. Estos aspectos del cuidado se desplazan de una dimensión eminentemente material y se ubican en un ámbito emocional, impulsado y complementado por actitudes de corte moral.

A su vez, los participantes afirmaron no recibir o si quiera necesitar de aspectos materiales y directos del cuidado. Sobre esto, los participantes se reconocen como independientes y exaltan su baja necesidad de ayuda, apoyo o cuidado material. Por otro lado, muchos participantes identifican que el cuidado material indirecto, entendido como labores domésticas, ocupa un lugar central en su bienestar. Con respecto a esto, se logró identificar una separación que, si bien no es taxativa, sí es observable, pues se notó que los participantes hombres tienden a manifestarse beneficiarios de los cuidados indirectos de sus convivientes, mientras se ocupan de ser activos y pasar su tiempo en actividades fuera de casa. Por otro lado, las participantes mujeres suelen ser quienes prestan estos cuidados a sus convivientes. Ellas se muestran motivadas a esto, pues reconocen en estas actividades una forma de mantenerse activas al interior de sus casas.

Por otro lado, se evidencia que la presencia física y la convivencia no se conciben como requisitos indispensables para que los participantes sientan que reciben cuidado. Se exalta el papel de las comunicaciones telefónicas y electrónicas como forma de sentirse acompañado y de sentir la presencia del familiar cuidador. Con respecto a lo anterior, la presencia familiar e intergeneracional se posiciona como determinante en la presencia del cuidado. A su vez, la solidaridad económica que se da entre los familiares resulta crucial en cuanto al sostenimiento económico de los miembros más envejecidos de las familias de menores recursos. Sobre esto, parte del protagonismo de la familia en



el cuidado es percibido como apoyo de corte económico. Esto podría considerarse una forma de cuidado material.

No obstante, si bien el foco del cuidado no está sobre lo material, no debe despreciarse este componente. Al momento de sostener los encuentros los participantes se mostraron con una elevada independencia, pero en situaciones donde no es así, el cuidado material no da a espera. No se pretende sostener que, debido a la estructura analítica y operativa que se derivó del concepto teórico de cuidado (tridimensional, dividido en material, emocional y moral), así como de los testimonios recogidos de los participantes en los encuentros, el cuidado material no importe. Se sostiene que, cuando las necesidades materiales están cubiertas y no se atraviesa por situación alguna de dependencia, se da prioridad a cuestiones inmateriales: emocionales y morales.

A su vez, se llama la atención sobre cómo el cuidado es destacado por los participantes, y por las personas que ellos identifican como cuidadores, como actividad de definida por la reciprocidad intergeneracional y familiar. Los participantes destacan la importancia de hacer una inversión previa en la calidad de las relaciones familiares como determinante para recibir cuidado en estos contextos.

Para finalizar, si bien la desigualdad social se adoptó como una perspectiva transversal a la investigación y se planteaba como un eje teórico y explicativo de las situaciones de cuidado de los participantes, el trabajo de campo permitió evidenciar cómo, independientemente del nivel de ingresos, estrato o cualquier variable socioeconómica, los participantes reconocen recibir cuidado por parte de algún familiar. Esto dirigió el análisis a comparar cómo, personas con características distintas, convergen en las situaciones de cuidado. Por otro lado, no se puede obviar, y mucho menos suponer, que las cuestiones socioeconómicas no juegan un papel fundamental en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. Sobre esto, el cuidado familiar podría ser un indicador, entre muchos otros, que hable en nombre de la calidad de vida y bienestar de las personas mayores.

## **7 Anexos**

Con el fin de introducir más al lector al contexto del trabajo de grado, se pretende ofrecer un conjunto de breves descripciones generales de los casos particulares de algunos participantes, los cuales fueron seleccionados para la exposición y presentación de los resultados del trabajo de grado. Las siguientes descripciones se corresponden a fragmentos del diario de campo.

### **Javier**

Javier es bastante activo, tanto física como socialmente. Suele salir a pie desde su casa hasta el parque Caldas a diario, donde tiene afirma tener un grupo de amigos. Allí, habla con gente y permanece gran parte del día. Además, suele visitar amigos y familiares en sus casas, sale a hacer mandados y compras a la tienda. Sin embargo, no puede movilizarse del todo bien. Necesita y utiliza bastón y tiene una visión muy pobre. También comenta que ha perdido mucha fuerza física y tiene un temblor en sus manos que le dificultan incluso escribir. Esto le suele suponer reproches en su núcleo familiar, puesto que afirman que no debería exponerse tanto debido su edad y su condición de salud. Vive con dos hijos y su esposa. No tiene pensión ni ningún ingreso. El único dinero que puede llegar a recibir, de vez en cuando, proviene de algún amigo. A pesar de esto Javier tiene en su casa alimentación y techo. Comenta que solía trabajar cuidando carros, como una especie de vigilante informal, pero la cuarentena acabó con esta fuente de ingresos. Suele comentar que ya nadie le daría trabajo. Cuando se toca el tema financiero se puede entrever un dejo de bajo estado de ánimo, parece agobiado por no recibir dinero alguno y depender económicamente de otros. A pesar de su movilidad reducida se resiste a recibir ayuda de cualquier tipo. Su hija comenta que hay ocasiones en las que se rehúsa a comer. Ella le reprocha que salga y se ponga a aguantar hambre. También comenta suele desanimarse y expresar tristeza.

### **Lilia**

Me contaba que vive allí hace relativamente poco tiempo. En total 9 meses. Antes solía vivir en por San José. Ahora vive en un pequeño apartamento, en un tercer piso. Aunque con demasiadas escaleras para alguien de su edad, el sitio parecía ideal para una persona. Comentó que, debido a situaciones de estrés, tuvo complicaciones cardiacas y debe evitar todo tipo de esfuerzo. Tantas escaleras parecen peligrosas, pero parece que esto no le molesta. Sin embargo, hizo que instalaran un pasamanos en las escaleras interiores, para evitar caídas y tener un punto de apoyo. Lilia no tiene pensión o ingreso de ningún tipo. Sus hijos le pagan el arriendo y le dejan una asignación mensual

que le habilita ingresos suficientes para costear lo necesario. La salud la tiene por el Sisbén, y esto ha sido resultado crucial, ya que ha podido tener acceso a tratamientos y especialistas de todo tipo. Comentó que todo lo que tenía lo dejó en su antigua casa, donde vivía con su mamá. Por 11 años cuidó de ella, quien falleció hace escasamente un mes, a los 99 años. Ella se encargaba de todo lo relacionado con el cuidado directo, ya que sus quebrantos de salud la tenían en cama, bajo cuidados paliativos. Era una viejita cuidando a otra, pensé. Al referirse a su muerte dijo “ya no está sufriendo” y ante la posibilidad de necesitar cuidados como ella se mostraba temerosa y evasiva. Los últimos meses en su antigua casa estuvieron mediados por presiones, amenazas, insultos y estrés por parte de sus hermanas, las cuales trataron de hacerle la vida imposible. Le acusaban de no cuidar bien a su mamá, entre otras cosas. Todo esto terminó causándole un ataque cardíaco. Pasó mucho tiempo en UCI, incluso en coma. Sus hijos decidieron que saliera de su casa. Adoptó un estilo de vida solitario, pero en pacífico. Esto no quiere decir que esté apartada, pues utiliza el teléfono celular con soltura y se comunica ante cualquier situación. También parece que le llaman con frecuencia e incluso sale algunos días a visitar a sus hijos en otras ciudades (siempre la recogen, la llevan y la devuelven). Tiene algunos familiares cerca de la casa, alguna amiga o conocida, tiene buena relación con sus vecinos y con el dueño. Incluso no cierra la puerta, sino que la ajusta, para que entren en cualquier momento o ante cualquier situación.

## **Orlando**

Tanto el sector, como el sitio en el que vive Orlando es de un alto poder adquisitivo. Vive en un apartamento grande de un cuarto piso, con muebles finos, fina losa, con alguien contratado para que les atiendan a él y a su esposa mientras están en el apartamento. Orlando bajó hasta el primer piso y me abrió, subió las escaleras sin problemas y las volvió a bajar y subir al momento de despedirme. Se mueve y desplaza sin ningún inconveniente. Él comenta, y su esposa le respalda en esto, que es muy activo físicamente. Su vida transita entre aguadas, donde se podría decir que vive y trabaja, ya que tiene y administra una finca y trabaja allí con ganado equino y bovino. Además, está pensionado. Todo esto le supone un alto nivel de ingresos, aunque su aspecto no lo refleje en absoluto. Viaja a Manizales por motivos de algunas citas médicas o demás casualidades. Su esposa siempre le acompaña. Se refirió a él de la siguiente forma: “este señor es un berraco, un berraco óigame. Tuvo un infarto y se recuperó y ahora sube y baja escaleras sin problemas, se levanta todos los días a las 5 de la mañana a trabajar duramente y es un berraco”. Es cierto que tuvo un infarto. Al tomarle la presión veo que es más bien baja, y esto se refleja en el frío que mantiene. Por otro lado, comenta que

debido a su trabajo con el ganado se ha caído o lo han tumbado, y a pesar de las duras caídas se levanta y ha seguido normal. Parece incluso temerario. Comenta que ayuda a una de sus hijas, la cual parece pasar por dificultades económicas. Refleja una imagen de éxito. No hace alarde de nada de esto. Es bastante reservado y humilde. No aparenta. Reconoce a su esposa como una cuidadora. Resalta que ha sido su acompañante de vida y exalta su compañía y afecto. También reconoce que sus hijas le cuidan, pero realmente ninguna vive con él, o siquiera cerca. Pero admite que siempre y cuando le quieran, estén pendientes (esto se traduce en llamadas) y demuestren interés por su bienestar él lo va a considerar cuidado.

### **Nelson**

Comenta que lleva viviendo unos años en el sector de la Ciudadela del Norte y que hace poco consiguió, tras muchos pleitos legales y civiles, el apartamento de interés social en los edificios de San Sebastián. Fue complicado, pero lo logró. Incluso le tocó tomar posesión y desalojar a quienes, ilegalmente, se habían apropiado del apartamento. Al momento de visitar el apartamento estaba todo desordenado, pues llevaba poco tiempo de mudarse. Allí estaba Nelson, quien me saludó enérgicamente y quien no aparentaba la edad que registraba, sobre todo por las actividades y hazañas que me comentó. Es una persona que aún trabaja, como soldador, en metalmecánica y construcción, principalmente en techos. Comenta que no trabaja muy seguido, pero suele tener contratos ocasionales que le permiten vivir con mayor o menor comodidad. No parece que vaya a tener acceso a pensión, entonces confía en que algunos trámites legales en gestión, así como sus trabajos ocasionales le garanticen una base económica para más adelante. También recibe el subsidio de Colombia mayor y tiene Sisbén, el cuál cubre sus necesidades de salud. Es muy activo físicamente, suele caminar mucho. No pasa un día en que no salga de la casa por cualquier cosa o motivo. Es una persona con un carácter animado y templado. Admite que es muy orgulloso y demuestra cierta suficiencia. Comentó que ha estado sometido a varias cirugías y situaciones accidentales. Su vida ha estado en riesgo en varias ocasiones. Destacó una cirugía de corazón abierto, una fractura debido a una caída contra un horno crematorio y una reciente lesión en su pie debido a que cargaba una lavadora y ésta se le resbaló. Parecía muy alegre y conforme. Vive en unión libre hace 16 años con Estela, con quien parece tener una buena convivencia y mucho afecto mutuo. El comenta que hay altercados, pero nunca hay faltas de respeto. Ella es aproximadamente 20 años menor. Comenta que se dejó de su esposa, y madre de sus hijas, hace muchos años, debido a una serie de situaciones molestas e incómodas. Ante la separación les planteó a sus hijas la oportunidad de irse con él, a

cambio de romper todo vínculo con su madre, pero se negaron, motivo por el cual Nelson optó por romper todo vínculo y relación afectiva con ellas. No les habla y comenta que si las ve por la calle se cambia de acera. Comentó que en algún momento su ex esposa lo buscó, parece que muy arrepentida, con el propósito de hacerlo volver a la casa y formalizar nuevamente el vínculo, pero él se negó y la rechazó categóricamente.

## **Bernardo**

Bernardo comenta que está enfermo de párkinson. Por el momento mantiene cierta independencia, es capaz de moverse por él mismo y hacer todas sus actividades. Sin embargo, él reconoce que puede ser una enfermedad altamente incapacitante. Comenta que aún trabaja, aunque recientemente ha tenido achaques de salud y una serie de dolores articulares, que le han obligado a hacer una pausa en sus actividades. Es jardinero. Manifiesta tener poca movilidad. Por momentos su párkinson se hacía evidente, pues movía su quijada de la nada. Sobre esto, comenta que hay situaciones en las que no puede levantarse solo de la silla o cama si lleva mucho tiempo en la misma posición, por lo que suele pedir ayuda en esas situaciones si es que hay alguien cerca. Vive con su hija, yerno y nieto. Su hija trabaja a tiempo completo, pero se las arregla para llevarle y traerle de citas y controles médicos. Bernardo tiene bastón. No lo utiliza siempre, pero afirma que es una necesidad cuando baja lomas, pues busca evitar caídas en la medida de lo posible. Bernardo no tiene pensión. Parece algo desmotivado debido a su actual situación de quietud, pues reconoce que prefiere tener su propia fuente de ingresos, ser activo y trabajar, ya que siempre estuvo acostumbrado a esto. Su hija no ve con malos ojos que él trabaje y se gane su plata, pues admite que siempre estuvo acostumbrado a esto, pero admite sentirse temerosa cuando su padre se esfuerza en momentos en los que su salud está tan delicada. Ella también reconoce que no tiene necesidad de esforzarse más de la cuenta por algunos pesos, pues en su hogar le proveen todas las comodidades. Bernardo reconoce que no requiere de cuidado permanente. Él solía asistir al centro día, pero tomó la decisión de no volver, porque afirma que es el único hombre que asistía y no podía evitar sentirse incómodo por esto. A pesar de todo le gustaba ir, porque comenta que estaba activo y participaba en varias actividades, además me mostró personalmente muchas de las manualidades que hizo, muy bonitas todas. Bernardo reconoce que están pendientes de él, hay supervisión y vigilancia. No está abandonado porque han estado muy pendientes de su salud y le corren con el médico. Cuando le pregunto por el por qué le cuidan me dice “al ser la hija algo de cariño me tendrá, por eso a lo mejor me cuidará”.

## **Marina**

Marina vive con su hija. La conversación se dio en la sala de la casa, en compañía con su hija, quien ayudaba a responder algunas de las preguntas y se sumaba de vez en cuando a la conversación. La encuesta fue fluida y sin complicaciones. Por la forma en la que transcurrió el encuentro ambas parecían ser muy unidas, pues cuando se presentaba la situación se hacían algunas chanzas y se tomaban el pelo. Aprovecharon el encuentro como si hubiera sido una visita informal con algún conocido. Me percaté de algunas dificultades para caminar (patentes a la hora de pedirle que trajera los medicamentos) puesto que su andar era pausado y arrastrado. La mayor dificultad se presentó al momento de levantarse de la silla. Sobre esto último, al momento de tocar el tema de las caídas, comentó que una importante tuvo lugar cuando trató de sentarse en un taburete de la sala y perdió el equilibrio. Aunque la situación no pasó a mayores, causó conmoción y necesitó la ayuda de la hija para levantarse. A pesar de las dificultades para moverse, lo hace por sí misma, sin ningún tipo de ayuda. Mientras hablábamos, se quejaba constantemente de la gran cantidad de medicamentos que debía tomar, situación que le agobia en lo emocional y que tampoco le hace sentir mejor físicamente. Marina afirma que trata de ser lo más independiente posible. Pese a las dificultades de movilidad que se observan, Marina manifiesta que no hay ningún tipo de dificultad para moverse, o nada fuera de lo normal, que ella considera que viene con los años. Se trata de valer por sí misma lo más que puede, así como ayudar cada vez que se siente con la disposición y energía: Sobre esto, suelen ser labores del hogar, principalmente la cocina y también mandados a la tienda. Sin embargo, comenta que no siempre lo hace, porque hay días en los que no se siente con la disposición, ánimo, fuerza, salud o no se siente lo suficientemente bien como para hacer estas cosas. Pero, también comenta que trata de ayudar siempre que pueda a su hija con estas labores, porque ella también está ocupada y la ayuda con el almuerzo, por ejemplo, le ahorra bastante tiempo. Además, comenta que quedarse quieta es peor para ella. Ella se encarga de sus labores de autocuidado. Es una persona independiente, o por lo menos se esfuerza por serlo. Sin necesidad de cuidado material directo. La relación con la hija parece buena, cordial y respetuosa. Al momento de preguntarle, reconoce en su figura a una cuidadora. Depende mucho, emocionalmente, de la presencia de su hija. Sobre esto comenta que, en ocasiones, cuando ella sale sin avisar o demora mucho, ha llegado, incluso, a salir a buscarla. Ella es su confidente, la persona con la que más habla y comparte. Manifiesta no tener amigos, pero no es una persona aislada, suele visitar a familiares que viven cerca.

## **Héctor**

Héctor es muy activo, al punto de ser temerario. Cuando le contacté me dijo que le habían hecho un procedimiento de extracción de pólipos en el colon, procedimiento que suena y es molesto o por lo menos incómodo. Esto se confirma porque comentó que dejaron hospitalizado un día. Pese a esto, me lo encuentro al otro día muy puntual para la cita de la encuesta. Me comentó que pidió que lo dejaran ir del hospital y se devolvió a pie, caminando un largo trayecto. Esto deja ver una resistencia a depender y una necesidad de demostrar independencia. Al momento de terminar la encuesta trató de bajar el solo una loza en la cual nos habían servido unas bebidas calientes, cuando al momento de bajar las escaleras pierde el equilibrio y casi cae, me di cuenta que trataba de demostrar independencia a costa de su propia integridad. Su esposa parece estar al tanto de estas situaciones, por lo que me dijo que lo regañara (a lo mejor pensaba que era médico) porque siempre se ponía a hacer cosas de las que ya no era capaz por la edad. Ante esto Héctor sólo ríe y hace gestos, les quita importancia a los reproches y trata de seguir en lo suyo, sin cambiar. Es pensionado, trabajó muchos años incluso después de recibir la pensión. Su trabajo siempre exigió de viajes entre municipio aledaños, por lo que se puede entender que no quiera permanecer quieto por mucho tiempo. Solía ser mucho más activo antes de la pandemia, pero este encierro lo aisló socialmente. Suele dedicarse a labores de jardinería, entre otras. También suele ser activo con las tecnologías, buscando ocasionalmente en internet, sobre todo remedios caseros.

## **Mélide**

Mélide me explicó que se encontraba muy contenta, pues recientemente, por una iniciativa de la alcaldía, habían renovado su cocina, dejándola integral y colocando baldosas. Afirma estar muy contenta y agradecida con el cambio, pues comparado con la situación anterior se mejoró mucho. Al hablarle por primera vez noté que la puerta de entrada tiene una reja exterior, con una malla para evitar que el gato se salga y estaba asegurada con un candado y cadenas. Ella tenía llave y me abrió con normalidad. Estaba hablando con una hija por video llamada y ella se enteró de todo. Incluso insistía en conocer detalles adicionales, cuestionaba algunas cosas e intervenía para tratar de explicar a su madre algunas cosas o darme alguna otra información. Se llama Yuli, y de los 9 hijos que tiene Mélide, la identifica como la más pendiente, pues la llama hasta 3 veces al día. No viven juntas, ella trabaja como independiente en la galería, mientras Mélide vive con un nieto, nada más. Él va al colegio, en último grado, y es su admiración. Al principio recelosa, dudosa y escéptica con la encuesta, para luego terminar en una gran confianza y un trato muy cordial, muy amable. Ella afirma

que solía sentirse sola, pues la vida juvenil de su nieto está fuera de sus capacidades, pues reconoce tener complicaciones de salud y dolencias físicas, que le suelen significar sedentarismo. Comenta que le recomendaron no hacer más de 20 minutos de actividad al día, debido a que le diagnosticaron EPOC. En cuando a su situación actual, parecía optimista y afirmaba sentirse muy bien de salud, incluso descreía del uso del oxígeno, el cual le enviaron y el cual afirmaba no estar utilizando desde hace algunos días. A la pregunta por su éxito al envejecer respondió con bastante favorabilidad, al igual que a su calidad de vida. Pese a esto, al indagar por la condición de vejez fue bastante despectiva. Afirmó que “ya uno viejo estorba en este mundo” y “consideran que todos los viejos somos unos discapacitados” a lo que concluyó que pasado el tiempo y de no ser capaz de seguir siendo independiente preferiría un ancianato. Mélide admite que le cuidan. Identifica como responsables de su cuidado a sus hijos. Cuando le pregunto por qué cree que le cuidan afirma que es “porque me quieren, porque soy su mamá”. Comenta que se encargó de ser buena madre y socorrer en todo a sus hijos. Puesto que no tiene un grado elevado de discapacidad, comenta que no necesita ningún tipo de ayuda con actividades básicas, como balarse, aunque sí comienza a ver algunas situaciones limitantes, como, por ejemplo, necesita ayuda para ponerse cierto tipo de calzado. Al preguntar qué entiende por cuidado afirma que es que estén pendiente de ella, que se preocupen y que le ayuden con lo económico. En esa medida, todos sus hijos le cuidan, puesto que todos están pendientes, todos le llaman, todos la quieren, con todos lleva una buena relación, todos le visitan y le dan vuelta. Su nieto, un menor de edad, también aporta una dosis de cuidado. Esto es porque maría no puede hacer mucho esfuerzo y él se encarga de hacer el aseo a la casa, mientras ella se encarga de hacer la comida, puesto que él no sabe cocinar y ella utiliza esto como una excusa para estar activa. Reconoce que cuida a su nieto y él la cuida a ella. También, sus hijos le tienen prohibidas ciertas actividades y ciertos espacios en la casa, amén de cuidar su integridad y por recomendación médica, como el tema del aseo. Por eso ve mermada cierta parte de sus libertades y autonomía, pero ella reconoce que esto es por preocupación por su bienestar y se lo toma a bien.

## **Rolando**

Rolando tiene casi 80 años, pero no los aparenta realmente. Vive en una casa, muy bien acomodada y muy bien dispuesta, junto con su esposa. Viven solos. Ambos llevan una relación muy cordial, pero pasada por el lente del humor, la sátira y la sana burla. Aparenta ser una convivencia muy sana, aunque reconoce que por cuestiones de comodidad duermen separados El reconoce que últimamente recibe reproches de ella porque es muy andariego y la suele dejar sola, por lo que parece



que se está esmerando, últimamente, por ser de más compañía. Ella parece mucho más enferma que él, precisamente venían del médico, a causa de una tos fuerte e inexplicable. Es muy activo con la tecnología, aunque admite que le cuesta un poco, pero hace mucho más que llamar y contestar. Es muy activo socialmente. Admite conocer y ser conocido por un gran número de personas. Suele ir a billares, beber con frecuencia (aunque admita que debe y que ha bajado bastante), salir a caminar y pasear. En términos generales es independiente. Físicamente no tiene dificultades, aunque admite que la movilidad en general le molesta más y ha pasado por experiencias de hospital. No tiene pensión, ninguno de los dos. Su única dependencia es económica. En este caso, su estilo de vida acomodado se da a causa de las remesas que su hija les envía desde España. Esto basta y sobra para llevar el ritmo y estilo de vida acomodado que llevan. No tiene necesidad de cuidados directos, de los indirectos es receptor de su esposa. Ambos se hacen compañía y conviven. Reciben ayuda económica de parte de su hija. No muestra ningún dejo de vergüenza o resignación por depender económicamente de su hija. Incluso se le ve orgulloso de esto, aunque no suele presumir de tener mucho, sí manifiesta que es a causa de su hija que vive de la forma en que lo hace. Esto puede que lo haga como fachada, para evitar tanto “pato”, pero en parte es cierto. De todas maneras, que esto sea una excusa supone que trata de no aparentar mucho y llevar un bajo perfil. A su vez suele recibir una que otra plata por parte de una nuera, de vez en cuando. Rolando hace mucho énfasis en el billar y parece que la plata que recibe trata de destinarla a esta actividad. Junto con su esposa, mantienen muy pendiente el uno del otro. Ahora más que nunca se hacen más compañía. Cuando se le pregunta por los motivos que llevan a su hija a cuidar de ellos, a mantenerlos económicamente, afirma que fue un buen padre. Nunca trató de humillar o echar en cara cuando era él quien proveía. Hubo una crianza pasada por buenos tratos, al igual que su matrimonio. “Se siembra para recoger” me repitió en varias ocasiones. En este caso se hace clara la reciprocidad en el ámbito familiar.

## **Gabriel**

Gabriel tiene casi 80 años, pero no los aparenta del todo. En términos físicos es una persona completamente independiente. Puede moverse sin ningún tipo de ayuda y según lo que comenta su hija parece ser muy andariego. Noté algo de dificultad para subir escaleras y para levantarse de la silla. Estos achaques no fueron mencionados al momento de preguntarlos, parece que no le gusta admitir algunas dificultades y trata de llevar su vida con la mayor independencia. Maneja un temperamento fuerte, rayando en lo huraño. Su tono de voz es fuerte al hablar y parece tener poco tacto. Recientemente había fallecido su esposa, a una escasa semana. Ella parecía estar en una

condición paliativa, ya en las últimas. Ella si requería de cuidados materiales directos e indirectos, pero Gabriel no se llegó a encargar de esto, en su lugar fue su hija. Ella dejó de trabajar para asumir el cuidado de su madre y, luego de su muerte, ahora cuida del padre. No parecía muy afectado por el deceso o eso mencionaba. Parece que se hace el fuerte, el rudo o simplemente no se quería abrir ante un extraño. Su hija se encarga de los cuidados indirectos, pero también es una persona ocupada a pesar de todo, por lo que, si en alguna ocasión a Gabriel le toca entrar a la cocina o limpiar, no tiene problemas en hacerlo. Reafirma su independencia siempre. Durante muchos años tuvo una tienda, y el trabajo de su vida le permitió llegar a la pensión. De este ingreso sostiene la casa, a él y a su hija. No requiere de cuidados materiales, pero su hija le hace compañía y suele encargarse del cuidado indirecto. Está pendiente de él, vigila que esté bien y se preocupa por su bienestar. Él afirma que recibe esta atención porque fue un buen padre, comenta que le dio todo a su familia y nunca llegó a causar ningún tipo de maltrato o humillación por el hecho de dar algo. Fue educado y atento con su familia. Debido a esto es que ahora ve reflejado el cuidado y la compañía. Hay una relación muy respetuosa, aunque él parece algo distante y huraño. Su hija tiene una actitud similar, pero parecen rasgos del carácter que no afectan su relación y su convivencia. Lo visitan y sacan mucho a pasear. Él parece indiferente al respecto, dice que no le molesta la soledad y que no le importa que no lo visiten o que le hagan compañía, pero lo hace desde el hecho de que sí recibe atención y presencia familiar.

## **César**

Cesar vive en el piso superior de una casa de dos pisos, aunque tienen entradas diferentes están conectadas en el interior. En el piso de abajo vive su hijo, con su familia. Junto con Cesar, arriba, vive su esposa, quien es mayor que él y está más delicada de salud. Él está totalmente sordo. Comenta que es así a causa del trabajo que hizo a lo largo de su vida, en la construcción, a causa de negligencia con el ruido al que estaba expuesto. Tiene doble audífono y aun así le cuesta bastante sostener una conversación sin llegar a los gritos. Éstos parecen ser el único modo de comunicación que usa su familia con él, porque durante la estadía de la encuesta sólo le gritaban, sólo escuchaba así. La mayor parte del tiempo está sonriente y a la expectativa cuando se le habla. Pese a presentar algunas situaciones que pueden llevar a creer que depende de sus hijos y familiares, Cesar se reconoce como una persona independiente y motrizmente capaz de llevar su día a día. Con respecto a lo anterior, Cesar reconoce con orgullo que cuida de su esposa, ya que ella padece condiciones de salud graves, ya necesita de oxígeno permanente. Al preguntar por las razones comenta que lo hace porque

valora la relación que tuvieron a lo largo de los años. Considera que fue buena esposa, madre, nuera y buena persona en general. En el momento en que la madre de Cesar quedó en cama ella la cuidó. El cuidado al que se refiere Cesar es de compañía y vigilancia. Pasan la mayor parte del tiempo juntos. Prepara algunos alimentos y asiste en algunas tareas a su esposa, pero no se cuidan de manera tan directa. De esto se encarga realmente el hijo conviviente, quien es el que cuida de ambos. Él está en contacto permanente con ellos. Les sube las comidas, está pendiente de ellos y los ayuda a moverse cuando deben salir fuera de casa. Cesar presenta algunos achaques físicos. Por ejemplo, le cuesta mantener el equilibrio y esto le ha supuesto caídas, además su visión se ha reducido bastante. Estas situaciones hacen que sus hijos no le tengan permitido salir, con el fin de evitar accidentes o males mayores. Supone una pérdida de autonomía, pero se conserva la integridad física de Cesar y esto les preocupa bastante a sus hijos. Cesar no logró pensión, aunque le llega un subsidio del gobierno que afirma manejar. No tiene los medios económicos, ni él ni su esposa, como para vivir de manera independiente, en términos económicos. Sus hijos admiten que la falta de recursos es una dificultad, pero afirman que se los tiene con todas las comodidades que se pueden permitir, y que los tienen bien. Cesar encarna, al igual que su esposa, la figura de un padre y una persona buena. Sus hijos se refieren a él como un padre que cumplió y que, así como ellos admiten que hacen con él, él les dio todo lo que pudo desde su posición económica y los sacó adelante. Le suelen visitar con mucha frecuencia y no suelen estar solos mucho tiempo. Hay mucha supervisión y preocupación. La reciprocidad surge desde el parentesco por la labor de padre, la gratitud y la estima. Parece ser una relación cordial y respetuosa a pesar de la barrera comunicativa.

## **Esther**

Esther, comparada con su esposo, está relativamente sana. Ella ha venido experimentando quietud y aislamiento por la pandemia, ya que el centro día que operaba en Gonzales estuvo cerrado y este era el principal lugar de esparcimiento y la principal red social de Esther. También tiene un problema de cataratas que dificultan moverse y por eso su familia prefiere que no salga, ya que su visión está muy mal de ambos ojos. Cuando sale es con compañía y ahora último no lo hace mucho, ya que también trata de estar pendiente de su esposo. Esther no tiene ingresos de ningún tipo, salvo por el subsidio de Colombia mayor. No tiene mayor dependencia física salvo por el tema de los ojos, que es corregible, ya que exige de ciertos trámites que se deben gestionar en la entidad de salud. Vive en una casa grande con varias subdivisiones. Allí vive su familia extensa. Ella y el marido tienen el acompañamiento, supervisión y ayuda económica de sus hijos. Tuvo 9. Aunque es sólo con una hija,

la cual vive en los bajos de la casa, con la que tiene una relación verdaderamente estrecha. Sin embargo, afirma que no hay día en que sus otros hijos no la llamen. Siempre están pendientes. No tiene una fuente de ingresos, pero ella afirma que su desempeño en el pasado como madre y cuidadora, es decir, esa inversión pasada de tiempo, energía, recursos y cariño le significan hoy en día una fuente de cuidado y de ingresos. También continúa cuidado de su marido, el cual pasa por una situación delicada de salud. Está pendiente de él y le ayuda con otras funciones del día a día. Trata de hacer lo que más puede en la casa: cocina y limpieza, pero su propia condición (de visión) le impide hacer muchas cosas bien. Ella igual se esfuerza por ocupar su tiempo y hacer y colaborar en lo que más pueda con labores domésticas. Están tan pendientes de ella que un familiar, ni siquiera directo, era un conuñado, bajó del tercer piso y yo, naturalmente, me presenta y comenté la situación, él iba de salida y, aun así, le llamó varias veces con tal de confirmar con ella, vía telefónica, la información que yo le di en persona. Comentan que eso es normal, que la cuidan mucho y están muy pendientes. Que tratan de evitar cualquier tipo de mala intención de cualquier persona o cualquier situación indeseable en general.

## 8 Bibliografía

- Al Snih, S., Graham, J., Kuo, Y., Goodwin, J., Markides, K., & Ottenbacher, K. (2010). Obesity and disability: relation among older adults living in Latin America and the Caribbean. *American journal of epidemiology*, *171*(12), 1282–1288.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo .
- AWID. (1 de Agosto de 2004). <https://www.awid.org/>. Obtenido de <https://www.awid.org/:https://www.awid.org/publications/intersectionality-tool-gender-and-economic-justice>
- Barnes, M. (2012). *Care in everyday life: An ethic of care in practice*2012. Bristol University Press.
- Barrett, L. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on Psychological Science*, 28–58.
- Bazo, M., & Ancizu, I. (2004). The role of the family and services in the maintenance of people's autonomy. *Reis*, 43-77.
- Bekoff, M., & Pierce, J. (2009). *Wild justice : the moral lives of animals*. Chicago: The University of Chicago.
- Bloeck, M., Galiani, S., & Ibararán, P. (2017). ¿Cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe? Consideraciones teóricas y de políticas. *Economía*, 1-32.
- Brake, E. (2017). Fair care: Elder care and distributive justice. *Politics, Philosophy & Economics*, 132–151.
- Buyck, J., Bonnaud, S., Boumendil, A., Andrieu, S., Bonenfant, S., & Goldberg, M. (2011). Informal caregiving and self-reported mental and physical health: Results from the Gazel Cohort Study. *Journal Information*, 1971–1979.
- Cafagna, G., Ibaran, P., Oliveri, M., Aranco, N., Medellín, N., & Stampini, M. (2019). *envejecer con cuidado: atención a la dependencia en américa latina y el caribe*. BID.
- Caldata. (2021). *Evolución de la población del departamento de Caldas*. Manizales.
- Campbell, J., Ikegami, N., & Gibson, M. (2010 ). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Aff (Millwood)*., 87-95.
- Cancian, F., & Olicker, S. (1999). *Caring and Gende*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.

- Carrasco, c., Borderías, c., & Torns, t. (2011). El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En c. Carrasco, c. Borderías, & t. Torns, *El trabajo de cuidados: HISTORIA, TEORÍA Y POLÍTICAS* (págs. 13-96). Madrid: Icaria editorial.
- CEPAL. (2007). *estimaciones y proyecciones de las poblaciones de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CEPAL. (2016). *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Santiago: Naciones unidas.
- Channon, A., Andrade, M., Noronha, K., Leone, T., & Dillip, T. (2012). Inpatient care of the elderly in Brazil and India: Assessing social inequalities. *Social Science & Medicine*, 2394–2402.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*. London: Sage.
- Chomik, R. (2014). Aged care in Australia: Part I – Policy, demand and funding. Australia: CEPAR research brief series.
- Chumpitaz, Y., & Moreno, C. (2016). Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. *Revista Enfermería Herediana*, 30-36.
- Curcio, C., & Otros. (2020). *Misión Caldas envejece*. Manizales: Universidad de Caldas.
- Da Roit, B., & Le Biham, B. (2010). Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies. *MILBANK QUARTERLY*, 286-309.
- DANE. (2019). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Obtenido de [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co).
- DANE. (2021). *Adulto mayor en Colombia: características generales*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co).
- DANE. (2021). *ADULTO MAYOR EN COLOMBIA: características generales*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co).
- DANE. (2021). *Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación*.
- Doat, D. (2014). Evolution and human uniqueness: Prehistory, disability and the unexpected anthropology of Charles Darwin. *Changing social attitudes: Disability, culture, education*, 15–25.

- Duffy, M., Albelda, R., & Hammonds, C. (2013). Counting Care Work: The Empirical and Policy Applications of Care Theory. *Social Problems*, 145–167.
- Durán, M. (2016). Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado. En E. d. Mujeres, *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (págs. 24-43). Ciudad de México: ONU MUJERES MÉXICO.
- Ebimbo, Chukwu, & Okoye. (2021). Gender differences in family support to older adults and implications for social work in south-east Nigeria. *Journal of aging studies*.
- Engels, F. (1884). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Hottingen-Zürich: Recuperado de Archivo Marx-Engels de la Sección en Español del Marxists Internet Archive (www.marxists.org), 2017.
- Estrada, C. (2018). *CARACTERIZACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN EL REGISTRO LOCAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD*. manizales: alcaldía de manizales.
- Fang, C. (2020). Dynamics of Chinese Shidu Parents' Vulnerability in Old Age –A Qualitative Study. *Population Ageing*, N/A.
- Farné, S., Rodríguez, D., & Ríos, P. (2017). Protección económica para la vejez en Colombia. *Páginas de Seguridad Social Vol 1 • n.º 1*, 93-121.
- Feinberg, L., & Spillman, B. (2019). Shifts in Family Caregiving—and a Growing Care Gap. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 73–77.
- Flores, R., & Tena, O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. *Íconos*.
- Flórez, C., Martínez, L., & Aranco, N. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia*. Banco interamericano de desarrollo.
- Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y*. Bogotá: Editorial Fundación Saldarriaga Concha.
- Gert, B., & Gert, J. (8 de Septiembre de 2020 ). <https://plato.stanford.edu>. Obtenido de <https://plato.stanford.edu>: <<https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/morality-definition/>>.

- González, L. (2014). *Trabajo de cuidado y vejez: condiciones laborales, dinámicas organizacionales y devaluación social*. Bogotá: Ediciones Uniandes,.
- Gould, S. (1988). Honorable men and women. *Natural History*, 16–20.
- Graham, H. (1983). Caring: a labour of love. En J. Finch, & D. Groves, *A Labour of Love: Women, Work, and Caring* (págs. -). Londres: Routledge & K. Paul.
- Graham, H. (1991). The Concept of Caring in Feminist Research: The Case of Domestic Service. *Sociology*, 61–78.
- Hernandez, H., Herrera-Idárraga, P., & Gélvez, T. (2021). *Los cuidados en la vejez: revisión y retos para colombia*. Bogotá: informe Quanta-cuidado y género.
- Herrera-Idárraga, P., Hernández, H., & Gélvez, T. (diciembre de 2020). CUIDADO EN COLOMBIA: CONTEXTO Y PERSPECTIVAS. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Hochschild, A. (1990). *The second shift*. EEUU: Avon Books.
- Hochschild, A. (2012). EXPLORING THE MANAGED HEART. *University of California Press*. Retrieved, 3-23.
- Hogan, B. (2013). Caring as a scripted discourse versus caring as an expression of an authentic relationship between self and other. *Issues in mental health nursing*, 375–379.
- Hu, B., Li, B., Wang, J., & Shi, C. (2020). Home and community care for older people in urban China: Receipt of services and sources of payment. *Health and social care in the community*, 225-235.
- Hu, H., Si, Y., & Li, B. (2020). Decomposing Inequality in Long-Term Care Need Among Older Adults with Chronic Diseases in China: A Life Course Perspective. *International journal of environmental research and public health*, N/A.
- Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. En C. E. (CEPAL), *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* (págs. 11-27). Santiago de Chile: Naciones Unidas.



- Huenchuan, S. (2015). El cuidado desde una perspectiva de derechos humanos. En S. Huenchuan, & R. Rodríguez, *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México*. (págs. 9-17). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Huenchuan, S., & Rodríguez, R. (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México: diagnóstico y lineamientos de política*. Mexico: CEPAL.
- Huenchuan, S., & Roqué, M. (2009). A modo de introducción: los cuidados como una necesidad en aumento. En C. E. (CEPAL), *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* (págs. 7-11). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Hughes, C. (2002). Care. En C. Hughes, *Key concepts in feminist theory and research* (págs. 106-129). Londres: SAGE Publications.
- Jang, S., & Kawachi, I. (2019). Care inequality: care received according to gender, marital status, and socioeconomic status among Korean older adults with disability. *International Journal for Equity in Health* volume, N/A.
- Kittay, E. (2001). A Feminist Public Ethic of Care Meets the New Communitarian Family Policy. *Ethics*, 523–547.
- Kittay, E. (2011). The Ethics of Care, Dependence, and Disability. *Ratio Juris*, 49-58.
- Kreimer, R. (27 de Abril de 2022 ). *Youtube*. Obtenido de Youtube: [https://www.youtube.com/watch?v=Vd\\_yJGTsd90&ab\\_channel=RoxanaKreimer](https://www.youtube.com/watch?v=Vd_yJGTsd90&ab_channel=RoxanaKreimer)
- Lamb, S. (2019). On Being (Not) Old: Agency, Self-care, and Life-course Aspirations in the United States. *Medical anthropology quarterly*, 263–281.
- Laslett, B., & Brenner, J. (1989). Gender and Social Reproduction: Historical Perspectives. *Annual Review of Sociology*, 381–404.
- MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes: Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Ediciones Paidós.
- Martín, M. (2008). Care, Women and Families. *Política y Sociedad*, 29-47.
- Matus-López, M. (2015). Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud Colectiva*, 11(4), 485-496.

- Medellín, N., Ibararán, P., Matus, M., & Stampini, M. (2018). Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Cuatro-elementos-para-dise%C3%B1ar-unsistema-de-cuidados.pdf>.
- Merton, R. (1968). The Matthew effect in science. *Science*, 56-63.
- Molinier, P. (2011). Le care à l'épreuve du travail: Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. En P. Paperman, & S. Laugier, *Le souci des autres: Éthique et politique du care*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Mondal, B., & Dubey, J. (2020). Gender discrimination in health-care expenditure: An analysis across the age-groups with special focus on the elderly. *Social Science & Medicine*, N/A.
- Nussbaum, M. (2014). *Las emociones políticas: ¿Por qué el amor es importante para la justicia?* Barcelona: Paidós.
- ONU. (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423)*. New York: United Nations.
- Post, S. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*, 66-77.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. United Nations Research Institute for Social Development.
- Rehbein, B. (2018). Teoría crítica y desigualdad social. *Tempo social*, 49-65.
- Sánchez, V., Pérez, B., & Martínez, L. (2021). El modelo español de cuidados de larga duración ante el desafío de la desigualdad. El reto de garantizar apoyos adecuados para la población dependiente más vulnerable. *Prisma Social*, 167-195.
- São José, J. (2012). A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas: complexidades, desigualdades e preferências. *Sociologia, Problemas e Práticas*, N/A.
- Saraví, G. (2020). Acumulación de desventajas en América Latina: aportes y desafíos para el estudio de la desigualdad. *Revista Latinoamericana de Población*, 228-256.

- SH, S., G, S., B, M., & ME, B. (2012). Needs and care of older people living at home in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-9.
- Thornberg, R., & Charmaz, K. (2012). Grounded theory. *Qualitative Research: An Introduction to Methods*, 41–67.
- Thornberg, R., & Charmaz, K. (2014). Grounded Theory and Theoretical Coding. En SAGE, *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (págs. 153-170). SAGE Publications.
- Tilley, L. (2015). *Theory and Practice in the Bioarchaeology of Care*. Switzerland : Springer Cham.
- WHO. (2005). *Prevención de la enfermedades crónicas : una inversión vital : panorama general*. Organización Mundial de la Salud.
- Zhu, H. (2015). Unmet needs in long-term care and their associated factors among the oldest old in China. *BMC Geriatr* , 15-46.