



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN POLÍTICA, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN
FAMILIAR

FACTORES FAMILIARES DE RIESGOS QUE AFECTAN EL CUIDADO DE LA
SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS MAYORES CON ENFERMEDAD DE DIABETES
DEL CENTRO DE SALUD DE CHILIBRE EN PERÍODO 2022- 2024.

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN POLÍTICAS, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR

POR:

ELSY E. GONZÁLEZ

4-718-1596

PROFESORA ASESORA:

MAGÍSTRA ADELA MONTEZA

PANAMÁ, 2024

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, en primer lugar, a Dios Todopoderoso, cuya guía y fortaleza me han acompañado a lo largo de este arduo camino.

A mi amado esposo, cuyo inquebrantable apoyo, paciencia y comprensión han sido esenciales para mí, este logro es tanto tuyo como mío.

A mis queridos hijos, cuya inspiración y amor constante han sido mi aliento diario.

A mis padres, por su amor incondicional, su apoyo incesante y sus innumerables sacrificios.

A mi familia extendida y amigos, por su aliento y compañía en cada paso de este viaje.

Con mi eterno amor

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios Todopoderoso por ser mi guía y mi fortaleza a lo largo de este increíble viaje. Sin Su infinita misericordia y Su luz que ilumina mi camino, no hubiera sido posible alcanzar este logro significativo en mi vida. A Él le debo todo lo que soy y todo lo que he logrado.

A mis profesores, mentores y asesora, expreso mi más profundo agradecimiento por compartir su conocimiento y su sabiduría. Su dedicación y su pasión por la enseñanza han dejado una huella imborrable en mi formación académica y profesional. Gracias por guiarme y por desafiarme a ser la mejor versión de mí misma.

A mis compañeros de clase, ha sido un honor recorrer este camino junto a ustedes. Las experiencias compartidas, las largas noches de estudio y las innumerables horas de debate y aprendizaje han enriquecido mi vida de formas inimaginables. Les deseo a todos un futuro lleno de éxitos y satisfacciones.

Finalmente, agradezco a todas las personas y entidades que, de una u otra manera, han contribuido a mi formación durante estos años. Cada gesto, cada palabra y cada acto de bondad han sido significativos en la culminación de mi maestría en familia.

Gracias

RESUMEN

La investigación realizada con los adultos mayores con enfermedad de diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre, tiene el objetivo señalar los factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor con enfermedad de diabetes, identificar las características socioeconómicas, poder señalar los factores familiares de riesgos que afectan su cuidado y reconocer la percepción que tienen los adultos mayores participantes del estudio sobre el apoyo que reciben de sus familiares; con el propósito de elaborar una propuesta de intervención familiar para adultos mayores con enfermedad de diabetes en riesgo de desprotección. Se trata de un diseño no experimental, descriptivo de tipo transversal con enfoque cuantitativo. Su enfoque cuantitativo utiliza datos estadísticos de 55 personas de un muestreo no probabilístico a conveniencia. Se aplicó un instrumento tipo cuestionario de 28 ítems abiertos y cerrados.

Sus conclusiones enfatizan que las características económicas, donde resalta el desafío financiero para hacerle frente al tratamiento, las dietas especiales y gastos de movilización. Así mismo los factores familiares de riesgo evidenciaron como los niveles de educación y comunicación pueden afectar negativamente el manejo de la enfermedad. En síntesis, la capacitación familiar es un aspecto importante en cuanto a la toma de decisión informada, para lograr la participación activa con respecto a la comunicación abierta y el apoyo mutuo, los cuales son esenciales para el bienestar del adulto mayor con diabetes.

Palabras claves: Adulto Mayor, Diabetes, desprotección, comunicación, apoyo familiar, capacitación.

ABSTRACT

The research carried out with older adults with diabetes treated at the Chilibre Health Center has the objective of pointing out the family risk factors that affect the health care of older adults with diabetes, identifying the socioeconomic characteristics, point out the family risk factors that affect their care and recognize the perception that the older adults participating in the study have about the support they receive from their family members; with the purpose of developing a family intervention proposal for older adults with diabetes at risk of lack of protection. It is a non-experimental, descriptive, cross-sectional design with a quantitative approach. Its quantitative approach uses statistical data from 55 people from a non-probabilistic convenience sampling. A questionnaire-type instrument of 28 open and closed items was applied. Their conclusions emphasize that the economic characteristics, where the financial challenge to face the treatment, special diets and mobilization expenses stands out. Likewise, family risk factors showed how levels of education and communication can negatively affect the management of the disease. In summary, family training is an important aspect in terms of informed decision making, to achieve active participation with respect to open communication and mutual support, which are essential for the well-being of older adults with diabetes.

Keywords: Older Adult, Diabetes, lack of protection, communication, family support, training.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iii
INDICE GENERAL.....	iv
INDICE DE FIGURAS.....	vii
INDICE DE TABLAS.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES.....	5
1.1 Antecedentes de la Investigación.....	5
1.2 Planteamiento del Problema.....	9
1.2.1. Situación Actual del Problema.....	10
1.3 Objetivos.....	12
1.3.1. Objetivo General.....	12
1.3.2. Objetivos Específicos.....	12
1.4 Justificación.....	13
1.5 Cuadro de Cobertura.....	14
1.6 Limitaciones.....	16
1.7 Delimitación.....	17
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Adulto Mayor.....	19
2.2. Aspectos Generales de los Modelos de Intervención Familiar.....	20

2.2.1. Conceptualización.....	23
2.2.2. Características.....	28
2.2.3. Niveles de Intervención.....	30
2.3 La Situación de Riesgo de Desprotección en los Adultos Mayores.....	32
2.4. Principios de la Actuación Administrativa.....	33
2.5 Necesidades del Adulto Mayor con Enfermedad de Diabetes como referente principal de la Intervención.....	34
2.6 Máxima Implicación y Protagonismo de las Familias en la Intervención del Adulto Mayor con Enfermedad de Diabetes.....	36
2.7 Pautas Generales de Actuación.....	37
2.7.1. Importancia de la Intervención Directa al Adulto Mayor con Enfermedad de Diabetes.....	38
2.7.2. Roles de Apoyo y Control.....	39
2.7.3. Trabajos en Red.....	40
2.7.4. Principios Básicos en la Toma de Decisiones.....	41
2.7.5. Situaciones de Urgencia.....	42
2.8. Proceso de Intervención en las Familias del Adulto Mayor con Enfermedad de Diabetes.....	43
2.8.1. Derivación y Presentación a la Familia.....	44
2.9. Actuación de las Entidades sobre Riesgo de Desprotección.....	45
2.10. Situaciones de Desprotección Moderada.....	47
2.11. Marco Legal.....	48
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	51

3.1 Tipo de Investigación.....	51
3.2 Población.....	52
3.3 Muestra.....	53
3.4 Descripción del Instrumento.....	54
3.5 Procedimiento de la Investigación.....	55
3.6 Metodología.....	55
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	60
4.1 Análisis de Resultados.....	60
4.2 Presentación de los Resultados.....	60
CAPÍTULO V. PROPUESTA.....	89
5.1 Datos Preliminares.....	90
5.2 Presentación.....	90
5.3 Modelo de Intervención.....	91
5.4 Justificación.....	92
5.5. Objetivos.....	93
5.6. Prodecimiento, Métodos y Técnicas.....	94
5.7. Desarrollo.....	98
5.8. Actividades.....	100
CONCLUSIONES.....	113
RECOMENDACIONES.....	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
ANEXOS.....	121

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Edad.....	61
Figura 2: Sexo.....	62
Figura 3: Estado Civil.....	63
Figura 4: Nivel Educativo.....	64
Figura 5: Situación económica actual.....	65
Figura 6: Ingreso mensual.....	66
Figura 7: Lugar de nacimiento.....	67
Figura 8: Residencia actual.....	68
Figura 9: Religión que profesa.....	69
Figura 10: Tipo de vivienda.....	70
Figura 11: Con quién vive en casa.....	71
Figura 12: Sufraga los gastos del hogar.....	72
Figura 13: Cuánto destina para los gastos del hogar.....	73
Figura 14: Cómo es la comunicación en la familia.....	74
Figura 15: Está satisfecho en la forma que la familia se comunica entre sí.....	75
Figura 16: Cada qué tiempo se comunican.....	76
Figura 17: Considera que escucha activamente a su familia.....	77
Figura 18: En el entorno familiar se expresan sentimientos e ideas Abiertamente.....	78
Figura 19: Disfruta pasar tiempo con su familia.....	79
Figura 20: Los miembros de su familia resuelven tranquilamente los problemas.....	80

Figura 21: Quién lo acompaña a las citas médicas o controles.....	81
Figura 22: En las 24 horas del día siempre hay alguien pendiente de su cuidado.....	82
Figura 23: Se considera usted importante para su familia.....	83
Figura 24: Está satisfecho con el apoyo que le brinda su familia.....	84
Figura 25: Qué tipo de apoyo recibe de su familia.....	85
Figura 26: Considera que su familia se preocupa por su condición de salud.....	86
Figura 27: Siente que su familia le brinda cariño y afecto.....	87
Figura 28: Su familia lo anima a seguir adelante independientemente de su enfermedad.....	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad.....	60
Tabla 2: Sexo.....	61
Tabla 3: Estado Civil.....	62
Tabla 4: Nivel Educativo.....	63
Tabla 5: Situación económica actual.....	64
Tabla 6: Ingreso mensual.....	65
Tabla 7: Lugar de nacimiento.....	66
Tabla 8: Residencia actual.....	67
Tabla 9: Religión que profesa.....	68
Tabla 10: Tipo de vivienda.....	69
Tabla 11: Con quién vive en casa.....	70
Tabla 12: Sufraga los gastos del hogar.....	71
Tabla 13: Cuánto destina para los gastos del hogar.....	72
Tabla 14: Cómo es la comunicación en la familia.....	73
Tabla 15: Está satisfecho en la forma que la familia se comunican entre sí.....	74
Tabla 16: Cada qué tiempo se comunican.....	75
Tabla 17: Considera que escucha activamente a su familia.....	76
Tabla 18: En el entorno familiar se expresan sentimientos e ideas Abiertamente.....	77
Tabla 19: Disfruta pasar tiempo con su familia.....	78
Tabla 20: Los miembros de su familia resuelven tranquilamente los problemas.....	79

Tabla 21: Quién lo acompaña a las citas médicas o controles.....	80
Tabla 22: En las 24 horas del día siempre hay alguien pendiente de su cuidado.....	81
Tabla 23: Se considera usted importante para su familia.....	82
Tabla 24: Está satisfecho con el apoyo que le brinda su familia.....	83
Tabla 25: Qué tipo de apoyo recibe de su familia.....	84
Tabla 26: Considera que su familia se preocupa por su condición de salud.....	85
Tabla 27: Siente que su familia le brinda cariño y afecto.....	86
Tabla 28: Su familia lo anima a seguir adelante independientemente de su enfermedad.....	87

INTRODUCCIÓN

La diabetes una de las enfermedades más responsables de la aparición y complicaciones desencadenantes de enfermedades cardiovasculares, renales, cerebrales. Estas enfermedades representan un evidente problema para la población adulta, afectando el envejecimiento de más del tercio de la población, con aproximadamente el 70% de las muertes en los adultos mayores según fuentes de la Organización Mundial de la Salud.

Con respecto al tema, se ha elaborado este proyecto de tesis: “Factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor con enfermedad de diabetes del Centro de Salud de Chilibre en periodo 2022-2024”, presentada como requisito para optar por el grado de Maestría en Políticas, Promoción e Intervención Familiar, como parte del Programa de Maestría en Política, Promoción e Intervención Familiar de la Facultad de Administración Pública de la Universidad de Panamá.

En el primer capítulo se expone la situación de riesgo de desprotección en los adultos mayores con enfermedad de diabetes como referente principal de la intervención familiar, se avoca al análisis de las condiciones de vulnerabilidad social.

La temática se centra en las preocupaciones que se producen cuando hay una situación de crisis el entorno familiar que se prevé y que pueden afectar negativamente o limitar de forma significativa a la capacidad de proporcionar un cuidado y atención adecuada, cuyo objetivo general se centra en la recomendación para la resolución de los factores

familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor con enfermedad de diabetes.

El segundo capítulo redefine un marco teórico expuesto a través de la conceptualización de los modelos de intervención familiar, como parte del método de trabajo social que se desarrollan en una relación de ayuda y asistencia a individuos en situación de riesgos. Además, se analizan los niveles de participación de la intervención familiar, presentando referencias y aportaciones relacionadas sobre el tema del acompañamiento en adultos mayores, su impacto y la incidencia en los modelos de intervención familiar donde circunscribe el referente social.

El tercer capítulo es el marco metodológico presenta el diseño y estructura de la investigación, exponiendo un diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo, ya que se indagó en el tema, mediante el análisis y proyección de los señalamientos sobre la intervención familiar y los factores de riesgo que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor con enfermedad de diabetes, con enfoque cuantitativo, ya que presenta características necesarias para la evaluación.

El tipo de muestreo utilizado es un muestreo por conveniencia (no probabilístico), donde el investigador entrevistará a los adultos mayores, conforme van llegando al Centro de Salud para su atención hasta completar los 55 participantes; desde el 11 de marzo al 25 de abril de 2022.

El cuarto capítulo presenta los resultados de un cuestionario diseñado con el objetivo de adquirir información respecto a los *Factores Familiares de Riesgos que afectan el cuidado de la salud, de los adultos y adultas mayores con diabetes, desde la óptica del paciente del Centro de Salud de Chilibre.*

El quinto capítulo desarrolla el aporte investigativo desde la propuesta: *Programa de integración y apoyo familiar de adultos y adultas mayores con diabetes para mejorar su situación de salud*, la cual consiste en brindarle atención integral a un grupo determinado de 55 familias de adultos mayores con enfermedad de diabetes y así poder lograr el bienestar Psicosocial, físico y emocional del paciente con diabetes, promoviendo la integración, el apoyo y las buenas relaciones familiares.

CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES

CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES

1.1. Antecedentes de la Investigación

Al describir la situación de riesgo de desprotección en los adultos mayores con enfermedad de diabetes como referente principal de la intervención familiar, se avoca al análisis de las condiciones de vulnerabilidad social. Siendo así, son muchas las situaciones que determinan estas consideraciones que van desde la carencia de recursos personales, económicos del entorno familiar y comunitarios, hasta el acceso a las políticas de protección del Estado.

Señala Katia Leonor de la Paz en el reporte de su investigación Factores de Riesgo en los Adultos mayores con Diabetes Mellitus (2012), que la diabetes, es tipificada como una enfermedad metabólica, de estadio permanente, de origen complejo y multicausal que interrumpe el adecuado manejo del organismo de ciertos nutrientes como azúcares, proteínas y grasas, debido a la afectación de la glándula pancreática que no produce suficiente insulina, o cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina producida de un modo eficaz; lo que representa un alto riesgo para la vida de quienes la padecen.

Especialistas de la Organización Mundial de la Salud, manifestaron que, en el año 2014, a nivel mundial existían alrededor de 422 millones de diabéticos cifra que se cree aumentará a 551.8 millones para el año 2030, de no tomarse las medidas pertinentes para evitar la propagación de la enfermedad. Esta misma Organización (OMS), en su informe Mundial sobre Diabetes, del año 2015, indico que, a nivel mundial, 183 millones de personas tienen la enfermedad y carecen de diagnóstico. No obstante; debido a las de nuevas tecnologías en el campo de la medicina, el aumento de esperanza de vida de

los diabéticos se ha incrementado, la proporción de adultos mayores, más que cualquiera otro grupo de edad en casi todos los países.

La literatura indica que hay buenas pruebas de que una gran proporción de casos de diabetes y sus factores de riesgo se pueden prevenir con una dieta saludable, actividad física regular, mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el tabaco. Pero estas medidas, a menudo no se ponen en práctica. Son necesarias acciones coordinadas de política internacional y nacional para reducir la exposición a los factores de riesgo conocidos de la diabetes y mejorar el acceso a la atención oportuna.

Para la Doctora en Ciencias de la Educación Judith Cristina Martínez-Royert en su investigación *Calidad de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II* (2021)

“El nivel de afectación que los adultos mayores presentan depende de la buena, mala o ausente actividad física que hayan realizado durante su vida. Otros posibles cambios que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores, es la aparición de enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo II (DMT II), hipertensión arterial, y otras que pueden afectar de manera significativa su estilo y calidad de vida”.

Lo que significa, que los recursos de intervención que se necesitan con estos casos también deben ser diferentes en cuanto a su nivel de especialización e intensidad. De ahí, que el presente estudio *Factores Familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud de adultos y adultas mayores con enfermedad de diabetes del Centro de Salud de Chilibre en período 2022 – 2024*, fue dirigido fundamentalmente, a tratar de conocer el perfil de las familias y adultos-adultas mayores con enfermedad de diabetes y los posibles factores familiares de riesgos.

En ese escenario aparece la familia como factor principal del tejido social y es a través de la intervención, la forma responsable de hacerle frente a los problemas de riesgo para la protección del adulto mayor, lo cual representa el eje vertebral para la consecución de los servicios sociales cuyos objetivos están dirigidos evitar la vulnerabilidad social y a asegurar el bienestar de todos sus miembros.

Para Nancy Guerrero y María Clara Yépez Ch. (2021) de la Universidad de Nariño, Pasto de Colombia: “Se define como vulnerabilidad social, la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales”.

Sin embargo, los casos de vulnerabilidad y desprotección en adultos no establecen un grupo homogéneo, pues exhiben diferentes niveles de gravedad en cuanto a la peligrosidad para la integridad física y psicológica, diferentes a otros niveles de complejidad en los factores que provocan y mantienen la situación de desprotección.

En otro orden de ideas, Reyes Casares Ordóñez (2017), en su tesis doctoral titulada *La intervención desarrollada por los equipos de tratamientos familiar: perfiles familiares atendidos y análisis de la implementación del programa*, señala que: “Esta tarea de orientar a la familia, es asumida y realizada en España por un sistema público desde la década de los 80, el cual ha evolucionado mucho hasta la actualidad. Es evidente que la concepción que la sociedad y sus administraciones tienen de la familia ha experimentado importantes cambios y las respuestas de ayer ya no se ajustan a las necesidades de la familia y los adultos mayores”.

Las personas mayores presentan tasas más altas de discapacidad que ponen de manifiesto la acumulación de riesgos para la salud en el transcurso de toda su vida. Así lo plantean las investigadoras Yapu Anze, Roxana Mabel; Mora Gutiérrez, Elva y Cano, Marina, de la Universidad Nacional de Cuyo en su trabajo de grado denominado “La familia en el cuidado y acompañamiento del adulto mayor durante el proceso de envejecimiento” cuando indican que: El proceso del envejecimiento en los seres humanos, trae en algunos casos cambios bruscos en rutina cotidiana de la familia, por ello el afrontamiento ya sea de la persona o su familia a veces llega a ser desinteresada, los roles en la familia cambian, tomando así distintas responsabilidades en el ámbito familiar, ese padre o madre de familia, puede pasar, debido a determinados factores, de ser el jefe/a de familia a tener algún grado de dependencia y en algunos casos dependencia total de sus hijos, que desde nuestro punto de vista conlleva la pérdida de la independencia, autonomía.

Además, con la pérdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función social, así como la familiar, se produce cierto aislamiento social, igualmente suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones del anciano. Recordemos que la dependencia y el deterioro físico y psíquico, más que la muerte en si misma constituye el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del anciano.

Lo anterior sitúa el análisis de los factores de riesgos que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor en una responsabilidad familiar, al ser un hecho que cambia el entorno social; por ello, puede ser entendida de formas diferentes no solo en razón del tiempo, sino también por las diferentes costumbres que en ella prevalecen. Instaura dentro de su estructura, valores y normas que les permitirán convivir de una forma más llevadera,

buscando la protección en los derechos fundamentales de los miembros que la componen.

El estudio titulado “Riesgo Familiar total en Familias con Personas Mayores” desarrollado por investigadoras Velásquez Gutiérrez, Vilma Florisa; Amaya-Rey, María Consuelo del Pilar, de la Universidad Nacional de Colombia: Hacen referencia que el fenómeno del envejecimiento desde lo social muestra en América Latina y el Caribe dos características preocupantes, por un lado, un ritmo más acelerado históricamente en países en vías de desarrollo que en los países de mayor crecimiento económico y social puntualizando un contexto caracterizado por una persistente desigualdad entre los recursos de la población, y por otro lado, un débil progreso institucional, sobre todo en los sistemas de protección social de baja cobertura y calidad, lo que conlleva una sobrecarga peligrosa para la familia que, junto con asumir las necesidades de las personas de edad avanzada, se compromete con los vacíos derivados de la imperceptible presencia de las instituciones sociales como dispositivos de protección y cohesión. Situación que no es ajena en nuestro país.

1.2. Planteamiento del Problema

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que perturba a muchas personas, por eso la intervención familiar para tratar el problema del riesgo de desprotección, es parte de la solución para afrontar dificultades y situaciones que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor. Una información nueva internacional ha demostrado notoriamente que la coexistencia de diabetes tiene un mayor impacto negativo sobre la calidad de vida en comparación con la depresión por sí sola, o con otras enfermedades

crónicas. El tema se centra en las preocupaciones que se producen cuando hay una situación de crisis, inadecuadamente manejada en el ámbito familiar, pueden afectar negativamente o limitar de forma significativa a la capacidad de proporcionar cuidado y atención adecuada.

Estos tipos de problemas requieren del desarrollo de un proceso de cambio planificado, analizando el entorno que comprende el individuo y su modo de vida, y las relaciones a lo interno del seno familiar, y con los grupos primarios y secundarios con los que se relacionan, donde se abarca lo comunitario, entendido como un sistema dinámico en conexión con otros sistemas y con la sociedad global.

En ese contexto, y tomando como referencias las expectativas que trae este tipo de estudios, surgen las siguientes interrogantes

- ❖ ¿Qué connotaciones traería la situación de riesgo de desprotección en los adultos y adultas mayores con enfermedad de diabetes?
- ❖ ¿Cómo abordar el problema de los adultos y adultas mayores con enfermedad de diabetes al momento de proporcionar un cuidado y atención adecuada?
- ❖ ¿Cuáles son los factores de riesgos de desprotección que afectan a los adultos y adultas mayores de 60 años y más con diagnósticos de diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre?

1.2.1. Situación Actual del Problema

Actualmente, vemos que cada cierto tiempo organismos regentes de los derechos humanos como se presenta en el Informe Mundial sobre Diabetes de la Organización Mundial de la Salud, tratan de establecer patrones basados en los comportamientos

sociales, modelos de normalidad y disfuncionalidad de sus miembros, lo que hoy nos parece normal, ayer no nos lo parecía. Este momento social es el que tendremos como punto de referencia en nuestro ámbito de actuación, que hoy nos ocupa.

Según expertos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2018): A través de un *Curso de Prevención y Atención de Factores de Riesgo en Adultos Mayores*, se busca advertir cómo nuestras representaciones sociales, tienen repercusiones en las formas en que tratamos a nuestros adultos mayores y ello, a su vez, impacta en la autoestima y construcción de sus capacidades. Así mismo, contribuye al desarrollo de factores de protección, y a la capacidad de reconocer elementos de riesgo en la vida de los adultos mayores. Para lograrlo es necesario visibilizar la distribución del poder, es decir identificar cuáles son los procesos de toma de decisiones desde el entorno familiar, buscando transformar el ambiente de una sociedad más solidaria.

Por otra parte, estas estrategias y políticas sociales, buscan marcar las pautas, delimitar los campos de actuación, así como los recursos que permitirán ejercer los derechos y las obligaciones de los Estados; al igual que los recursos con los que contamos para poder intervenir. Los técnicos, desde las instituciones públicas y particulares, pondrán en marcha los diferentes tipos de esquemas que pueden ir dirigidos a tratamientos de prevención y/o rehabilitación, programas de recuperación y de incorporación a otros ambientes más positivos y motivadores.

Por consiguiente, la calidad de vida de los pacientes diabéticos se vuelve cada vez más importante la preservación de la misma por medio de la prevención y tratamiento de la

enfermedad, para comprender este concepto, se consideran dos grandes grupos: calidad global y calidad específica para una enfermedad.

El objetivo principal de los programas de intervención familiar es la aspiración a una vida digna y a quienes van dirigidos nuestros programas vivan con toda su plenitud y lucidez posibles, y los técnicos que los dirigen han de hacer lo posible, con el fin de que pueda ser una realidad.

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General

- ❖ Señalar los factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud de adultos y adultas mayores con enfermedad de diabetes del Centro de Salud de Chilibre en período 2022-2024.

1.3.2. Objetivos Específicos

- ❖ Identificar las características socioeconómicas de los adultos y adultas mayores con diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre.
- ❖ Señalar los factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud de los adultos y adultas mayores con diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre.
- ❖ Reconocer la percepción que tienen los adultos y adultas mayores con diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre con respecto al apoyo familiar que reciben.
- ❖ Elaborar una propuesta de integración y apoyo familiar de adultos y adultas mayores con enfermedad de diabetes.

1.4. Justificación

La familia no es solo el cimiento de toda sociedad, sino que es la sociedad misma. En ella, se generan conflictos que contribuyen o no al crecimiento de ésta; estableciendo las bases en la cohesión de todos sus miembros a través de las normas y valores que de ella nacen.

Por lo antes expuesto, se diseñó este proyecto que responde a los contenidos curriculares de la Maestría en Políticas, Promoción e Intervención Familiar de la Facultad de Administración Pública en la Universidad de Panamá.

En él se destaca lo importante que es aprender a convivir y consolidar los lazos sanguíneos desde la intervención familiar, lo cual nos lleva a reflexionar sobre la implementación de una investigación que involucra los factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud de los adultos y adultas mayores con enfermedad de diabetes.

El objetivo y alcance investigativo se centra en facilitar el aprendizaje en el cuidado integral de la población adulta mayor, consolidando una diversidad de factores, entre los cuales está; el estilo de vida, vivienda, satisfacción con el trabajo, la situación económica, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, la criminalidad, entre otros que la componen la esfera social y que influyen el desarrollo humano de una comunidad.

1.5. Cuadro de Cobertura

Objetivos Específicos	Áreas de Análisis	Variables	Indicadores	Preguntas de Investigación
Identificar las características socioeconómicas de los adultos y adultas mayores con diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre	Aspectos socioeconómicos	Edad	Años cumplidos	Edad
		Sexo	Condición Biológica	Sexo
		Estado Civil	Estatus legal	Estado Civil
		Estudio	Años cursados	¿Cuál es su nivel educativo?
		Situación Económica	Estatus Laboral	¿Cuál es su situación Económica actual?
		Ingreso familiar	Ingreso mensual	¿Cuál es su ingreso mensual?
		Lugar de procedencia	Lugar donde nació.	Lugar de Nacimiento
		Lugar de residencia	Lugar donde reside	Residencia Actual
		Tipo de vivienda	Adquisición de vivienda	Tipo de vivienda
		Religión	Actualmente Religión que profesa	Religión que profesa

Objetivos Específicos	Áreas de Análisis	Variables	Indicadores	Preguntas de Investigación
<p>Señalar los factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud de los adultos y adultas mayores con diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre</p>	<p>Factores familiares de riesgos que inciden en el cuidado de la salud en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Chilibre.</p>	<p>Manejo del recurso económico</p> <p>Comunicación familiar</p> <p>Compromiso familiar.</p>	<p>Gastos destinados</p> <p>Modo de comunicación</p> <p>Tiempo de comunicación</p> <p>Atención de Sentimientos</p> <p>Disposición</p>	<p>¿Es usted el encargado de sufragar los gastos</p> <p>¿Cuánto destina usted para los gastos del hogar?</p> <p>¿Cómo considera usted que es la comunicación en la familia?</p> <p>¿Usted como miembro de la familia está satisfecho con la forma en que se comunican entre sí?</p> <p>¿Cada que tiempo se comunican?</p> <p>¿Te consideras una persona que escucha activamente a su familia?</p> <p>¿En su entorno familiar se expresan sentimientos e ideas abiertamente?</p> <p>¿Disfruta pasar tiempo con su familia?</p> <p>¿Los miembros de su familia resuelven tranquilamente los problemas?</p> <p>¿Quién lo acompaña a sus citas médicas o a sus controles?</p> <p>¿En las 24 horas del día siempre hay alguien pendiente a su cuidado?</p>

Objetivos específicos	Áreas de Análisis	Variables	Indicadores	Preguntas de investigación
Reconocer la percepción que tienen los adultos y adultas mayores con diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre con respecto al apoyo familiar que reciben.	Percepción que tienen los adultos y adultas mayores con diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre con respecto al apoyo familiar que reciben.	Apoyo Familiar	Tipos de Apoyo Familiar Económico Emocional Logístico	<p>¿Está usted satisfecho con el apoyo que le brinda su familia?</p> <p>¿Qué tipo de apoyo recibe?</p> <p>¿Considera usted que su familia se preocupa por su condición?</p> <p>¿Siente usted que su familia le brinda cariño y afecto?</p> <p>¿Su familia lo anima a seguir adelante independientemente de su enfermedad?</p>

1.6. Limitaciones

Los límites de esta investigación son el producto de la generación de una estrategia que tiene en cuenta las variables para evaluar los factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor con enfermedad de diabetes.

- ❖ Hay que considerar que una de las limitaciones del estudio puede ser el número de unidades de análisis que se utilice, porque es importante tener en cuenta que la muestra no sea tan pequeña, encontrar conexiones significativas en los datos sería un reto, ya que las estadísticas suelen requerir un tamaño de muestra mayor para garantizar una representación justa.

- ❖ Nuestra investigación se limita a la caracterización de los aspectos socioeconómicos, los factores familiares de riesgos y a describir la percepción sobre el apoyo familiar que reciben.
- ❖ Otra limitante que se mantiene con este estudio es la escasa información de estudios científicos en la República de Panamá que serían un marco referente.

El contenido investigativo se fundamenta en la intervención familiar para adultos mayores en riesgo de desprotección. Por tanto, la importancia de la evaluación de resultados y la búsqueda permanente de la mejora de la calidad en los proyectos de intervención familiar, deben buscar de forma permanente la mejora en la eficacia y calidad de sus servicios y actuaciones. Para ello, han de contar con sistemas fiables de recogida de información que les permitan a las autoridades y entes responsables de los servicios de protección de la población de la tercera edad, monitorizar sus actuaciones, evaluar los resultados obtenidos, y disponer de datos que les ayuden a buscar y desarrollar recursos, procedimientos e instrumentos cada vez más eficaces.

1.7. Delimitaciones

Partiendo que la familia es el cimiento de la sociedad, esta investigación va dirigida en primera instancia a los miembros de familias, desde un modelo de interconexión frente a los problemas que representa la desatención de los adultos mayores con enfermedad de diabetes. Por otro lado, a nivel de investigación, avanzar en el estudio sobre variables relacionadas con la propuesta, desde un programa de intervención, y el desarrollo de las competencias profesionales.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Adulto Mayor:

Extendemos esta definición, el envejecimiento es consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares, celulares, transcurrido a lo largo de los años que conlleva al descenso gradual de las discapacidades físicas y mentales, provocando un aumento de riesgos de padecer enfermedades y finalmente la muerte. (OMS. 2018).

Especialistas en la materia concuerdan que el envejecimiento es un proceso continuo, e irreversible de múltiples transformaciones biopsicosociales a lo largo del curso vital. Estos cambios están relacionados con la toma de decisiones acumuladas del individuo, pero, además, por las condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas del entorno en que se desarrollan las personas y que, en conjunto, permiten determinan el bienestar y un buen funcionamiento físico y mental o pérdidas y enfermedad. En virtud de lo anterior, el envejecimiento no sólo comprende los inevitables efectos biológicos y fisiológicos ocasionados por los daños moleculares y celulares, sino la adaptación progresiva a nuevos roles y posiciones sociales, transiciones vitales y con manifestaciones diferentes de una persona a otra.

La literatura destaca diferentes etapas del envejecimiento. Presentamos a la autora Rodríguez Mañasa, L (2001): *Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad*, quien señala lo siguiente:

- ❖ “Envejecimiento primario sería el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad.

- ❖ Envejecimiento secundario: Hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que se producen a lo largo del tiempo de vida del ser y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario”.

2.2. Aspectos Generales de los Modelos de Intervención Familiar

La comunicación familiar es un proceso donde intervienen la interrelación entre personas, intercambio eficaz de ideas y sentimientos, sin estos elementos es cuesta arriba percibir el verdadero sentido de comunicarse. La familia representa un conjunto de seres humanos, donde se están presentes el desarrollo de la confianza, la autovaloración, habilidades sociales, por lo que una franca y sincera comunicación familiar, debe prevalecer el respeto y la honestidad.

En un escenario general, la comunicación familiar es la constante interacción entre los miembros de una familia en todos los niveles. Podemos decir entonces que la familia está en constante estado de transformación lo cual hace que para ciertos sectores esté en crisis.

Algunas actividades sociales nos ayudan a comprender aspectos significativos del comportamiento de la población adulta mayor.

Teoría de la Actividad, desarrollada por el gerontólogo, Robert J. Havighurst en 1961. Sostiene que las personas mayores se les privan de algunos papeles, y los que les quedan no están claramente definidos. La persona mayor alcanza un estado de anomia (la persona carece de relaciones significativas con los demás). En esta situación si nuevos papeles no reemplazan a los anteriores la anomia tiende a interiorizarse y la persona mayor se convierte en individuo inadaptado y alienado, no solo de la situación sino también de sí mismo. Dentro de esta teoría, una vejez lograda supone un descubrimiento de nuevos papeles que sustituyan a los anteriores o de nuevos medios de conservar los antiguos. La teoría de la actividad describe cómo el proceso de envejecimiento de las personas es más satisfactorio cuantas más actividades sociales realiza el individuo.

Teoría del Medio Social (Gubrium, 1973) Mantiene que el comportamiento en la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales. Evidentemente existe una influencia sobre el nivel de actividad en la persona mayor ejercida por tres factores primordiales para satisfacer esta necesidad (la sociabilidad) que son: la salud, el dinero, y los apoyos sociales. Sin embargo, estos tres factores, que son susceptibles de influir en el grado de actividad dando satisfacción a esta necesidad, suelen ser desfavorables en la vejez.

Para los investigadores Castro Martín, T; & Seiz Puyuelo (2021), *La Transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica*. Señalan que en los últimos años ha habido cambios en las estructuras familiares su aspecto demográfico, organizativo de lo cual parece ser responsables entre otros factores: la inserción de la

mujer en el ámbito laboral, la permanencia prolongada de los hijos en casa de los padres y los intentos de instalar en la dinámica familiar un estilo democrático.

Según la Doctora Elena Guillén: *et al. (2017), de la Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de Badajoz en España*: Debemos de ser conscientes de que ciertos factores se encuentren con frecuencia presentes en las familias donde tiene lugar los malos tratos, ello no significa que la presencia de esos factores siempre tenga como resultado el abuso o la negligencia.

Este tipo de intervención trata pues de un proceso de cambio planificado en el entorno que engloba al individuo y a su mundo de relaciones que comprende a la persona y a los grupos primarios y secundarios con los que se relaciona. Abarca lo comunitario, entendido como un sistema dinámico en conexión con otros sistemas y con la sociedad global.

Para la Doctora María Pilar Quicios García de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y de la Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social Iberoamericana: La labor que los servicios sociales despliegan con la infancia y la adolescencia que se encuentra en situación de riesgo. Unas veces por el devenir de su propia vida y otras veces empujadas por una deficiente educación familiar invisible a la sociedad.

Entre uno y otro caso los servicios sociales no hacen distinciones. Atienden, asisten y educan a los usuarios que lo necesitan con el anhelo de formar ciudadanos autónomos, independientes y comprometidos con la sociedad. (Quicios, 2021).

Por lo antes planteado, se hace necesario la intervención protectora por parte de la persona o entidad que detecta, y en otros casos, a la comunicación o notificación al ámbito que puede proporcionar esta intervención (sanitaria, policial) o a la entidad con competencia en protección de adultos mayores.

La iniciativa de este proyecto de tesis va dirigida a proporcionar estrategias para la atención de este tipo de problemas, estableciendo un ordenamiento a través de un modelo de intervención familiar para evitar riesgos que afectan el cuidado de la salud del adulto y adulta mayor con enfermedad de diabetes, que sirva para restituirles su derecho a pertenecer a una familia. Crear los mecanismos necesarios para los adultos mayores que han sido privados del cuidado familiar y sean acogidos como medida de protección temporal con su familia ampliada, no consanguínea, familia acogida externa y por último el recibimiento institucional en albergues.

2.2.1. Conceptualización

Los modelos de intervención familiar, son parte del método de trabajo social que se desarrollan en una relación de ayuda y asistencia a individuos en situación de riesgos, en las que ambas partes asumen ciertos acuerdos que les permiten alcanzar la solución planificada. Sin embargo; para poder trabajar con las familias, es necesario tener una visión amplia, teniendo en cuenta información teórica.

La intervención familiar surge de la Teoría General de Sistemas y la Cibernética, pues es de ésta que se crean los distintos modelos como el intergeneracional.

Las doctoras María de la Paz Donoso Díaz y Paulina Saldías Guerra (2019), de la Universidad de Costa Rica sostienen que: Estas múltiples exigencias a la familia se traducen en situaciones de conflicto o riesgo familiar, y es aquí donde se visualiza la intervención familiar. Los problemas se convierten en los motivos de consulta social, por los cuales llegan los “*usuarios o familias*” a consultar a través de una ayuda profesional.

Lo cierto es que la asistencia o la intervención familiar no pueden ser consideradas un patrimonio de ningún modelo. Cada modelo ha ampliado los instrumentos técnicos en su dirección de auxiliar a los diferentes miembros de las familias.

Por lo tanto, para cumplir con los objetivos propuestos, se requiere centrar esta aportación bajo la mirada del psicoanálisis y de la orientación sistémica, siendo las dos principales escuelas que han aportado la teoría y la práctica para el auxilio psicológico alrededor del entorno familiar.

Para tales fines, conceptualizaremos los diferentes modelos de intervención familiar:

❖ Modelo psicoanalítico:

Lo más importante a conocer del modelo psicoanalítico es que tiene su base en la Teoría de Relaciones Objetables. Moreno (1994) explica su aplicación en la intervención familiar de la siguiente forma: “*El estudio psicoanalítico del origen y naturaleza de las relaciones interpersonales y de las estructuras intrapsíquicas que se originan de las relaciones pasadas, y que continúan influyendo en las relaciones presentes*”.

En el modelo psicoanalítico se habla de una construcción de identidad del yo y de cómo éste debe separarse de la identidad de los padres. Entonces, el enfoque está dirigido

hacia la reconstrucción de la personalidad, la interacción desde la realidad actual y el alivio de las crisis que estén presentes.

❖ Modelo Creativo-Conductual

Esta intervención se basa en los principios de la teoría del aprendizaje a través de la aplicación de técnicas utilizadas en la terapia individual al tratamiento de dificultades familiares. Tiene su base en el condicionamiento operante y busca modificar dos factores del comportamiento observable: el de la situación y el de la historia anterior.

Este modelo reconoce los pensamientos y las emociones, y considera que las conductas problemáticas de las familias son causadas por un aprendizaje mal realizado o un uso indebido de refuerzos y castigos. Cuando en la familia ocurren problemas como fallas en la comunicación o conductas aversivas, la interacción familiar reacciona volviendo el ambiente más aversivo. Por tanto, en esta intervención el terapeuta asume que él influye en la familia y que es influido por ella, así que les provee de destrezas y habilidades para mejorar la interacción.

❖ Modelo Humanista

El modelo humanista comparte una serie de valores y maneja técnicas de intervención variadas pero complementarias. Este modelo se basa en la teoría centrada en la persona de Carl Rogers, la terapia Gestalt de Perl, el Análisis Transaccional de Berne y la terapia familiar de Virginia Satir.

No hay una teoría humanista familiar como tal, sino que se aplican los principios de la teoría humanista individual y se acomodan a la familia. Para los humanistas, la familia es el sistema social primario y la fuente que facilita o dificulta el desarrollo. La intervención

humanista busca hacer un análisis desde los procesos internos y de comunicación (visible o no) de las personas.

❖ Modelo Intergeneracional

Este enfoque fue impulsado por Murray Bowen y se centra en comprender procesos intergeneracionales. Sostiene que los conflictos son heredados de generaciones más atrás. La teoría analiza la configuración de los sistemas familiares y el papel que cada individuo juega en ellos, pero utiliza algunas ideas psicoanalíticas. Aquí entran conceptos como “triangulación y proceso de transmisión multigeneracional”.

La terapia consiste en destriangular (resolver vinculaciones desorganizadas) relaciones de su familia y asumir las emociones propias. La terapia utiliza un genograma, que es una representación gráfica de los lazos familiares que contiene información importante sobre la familia.

❖ Modelo Estructural

El modelo estructural surge de formas psicodinámicas tradicionales para comprender a la familia, y sostiene que la principal problemática en la familia se debe a la falta de estructuras claras entre miembros y problemas en la jerarquía y relación de los mismos. Esta teoría fue desarrollada por Salvador Minuchin y estudia al hombre en su contexto social. Aquí se utiliza un mapa familiar como guía de trabajo donde se observa la organización familiar. El objetivo de este enfoque es alterar la estructura familiar disfuncional para resolver un síntoma, es decir, reorganizar a la familia y adecuarla a las condiciones actuales y las necesidades de las mismas.

❖ Modelo Estratégico

La terapia estratégica se basa en la Teoría General de Sistemas y en la Cibernética. Habla del análisis de secuencias repetitivas de conductas y patrones de comunicación, por lo que tiene una base importante en la Teoría de la Comunicación, principalmente desarrollada por Paul Watzlawick. La teoría busca analizar qué es lo que expresa el síntoma y en qué forma comunica a la familia, pero también analiza cómo es que este síntoma se mantiene. Por otro lado, busca la organización jerárquica adecuada y la resolución del síntoma a través de la instauración de nuevas secuencias de interacción y la reorganización jerárquica.

Su principal objetivo, además de los ya mencionados, es ayudar a los pacientes a sobrellevar una crisis determinada en una etapa de la vida de una persona para pasar a la siguiente. Aquí entra el Modelo Breve que se centra en el problema y sus soluciones, mismo que busca la redefinición de la familia. Las técnicas incluyen preguntas sobre proyección hacia el futuro, el trabajo sobre excepciones y el uso de escalas. Las tareas se llevan a cabo creando con la familia una meta específica y buscando formas de llegar a ella.

❖ Modelo Sistémico

El modelo sistémico también está basado en la Teoría General de Sistemas y fue desarrollado por la escuela de Milán. Este enfoque busca un modelo que pueda aplicarse a grandes sectores con independencia entre los contenidos de cada uno. El modelo sistémico estudia la red de relaciones familiares existentes.

Por otro lado, el modelo busca entender cómo funciona internamente el sistema de acuerdo a su interacción con el exterior, especialmente con el terapeuta, quien por la

naturaleza de la terapia termina formando parte del sistema. El modelo considera que la familia es un sistema que tendrá pautas de acción específicas de acuerdo a sus propias características, por lo que se busca localizar estas pautas de acción y cambiarlas cuando son disfuncionales. Uno de los objetivos es ayudar a que la familia alcance la aceptación y diversifique emociones compartidas.

Éstos son los modelos principales que existen dentro de la psicología familiar y su tratamiento de acompañamiento en personas de condición de riesgo.

2.2.2. Características

En algunas ocasiones la intervención familiar se caracteriza por la escasa conciencia del problema, por la falta de motivación para el cambio e incluso por el temor y la desconfianza. Siendo así, las características de modelos de intervención familiar deben destacar el trabajo que se realiza con las personas en riesgo de desprotección social y en este caso de adultos mayores con enfermedad de diabetes. Es muy importante en primera instancia, para determinar las características de los modelos de intervención, tener una visión científica para que de esta manera poder quitar los enfoques subjetivos, en ocasiones influenciados por las experiencias negativas vividas dentro del seno familiar.

Según los especialistas del Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales de Zaragoza: Durante toda esta fase es muy importante seguir trabajando la implicación activa de la familia para que se sienta parte del proceso y siga aceptando la intervención. Así mismo la coordinación con profesionales de otros recursos/servicios que atienden a la familia, permite una intervención global e inclusiva. (IASS, 2020)

Dentro de las principales características que tienen los modelos de intervención familiar, presentamos:

- ❖ Desarrollan intervenciones dentro del entorno familiar con la temporalidad e intensidad que se estime en cada caso.
- ❖ Aseguran el bienestar de la persona afectada, supervisando el cuidado recibido en el domicilio familiar.
- ❖ Mantienen una relación directa y cotidiana con la familia, estableciendo una adecuada alianza de trabajo que favorezca la intervención.
- ❖ Ejercen como figura de apoyo hacia los diferentes miembros de la familia, detectando las necesidades que pudieran surgir.
- ❖ Intervienen con la flexibilidad suficiente para adaptarse al nivel, cultura y demandas concretas de cada familia.
- ❖ Involucran de forma progresiva a la familia para que asuma sus funciones y responsabilidades, evitando la dependencia de los profesionales.
- ❖ Detectan precozmente aquellas problemáticas que aparezcan en la familia y que no hayan sido detectadas en la fase de diagnóstico.
- ❖ Proporcionan las herramientas y estrategias a los miembros de la familia con el fin de evitar, en la medida de lo posible, mayor grado de deterioro.
- ❖ Recaban información permanentemente, a través del contacto directo tanto con la familia como con otros servicios o personas en contacto con ésta, sobre la situación familiar que pueda completar el diagnóstico realizado y así planificar de forma adecuada la intervención familiar.

- ❖ Fomentan la toma de conciencia de la problemática y estimular la motivación para el cambio.

2.2.3. Niveles de Intervención

En nuestra sociedad, la familia cumple una función dirigida a la preparación de sus miembros desde los roles sociales, valores y el desarrollo profesional, siendo este tipo de socialización las que permiten que los adolescentes se conviertan en partes proactivas de la sociedad. Aun así, la familia no siempre está preparada para cumplir con éxito el papel en la formación de género que le corresponde.

Para ahondar en los niveles de participación de la intervención familiar, se deben de presentar aportaciones relacionadas sobre el tema del acompañamiento en adultos mayores, su impacto y la incidencia en los modelos de intervención familiar donde circunscribe el referente social.

Dentro de los grandes cambios existentes en el contexto actual se encuentra las dificultades de conciliar un reordenamiento de los roles y responsabilidades sociales. Bajo estos diseños, presentamos los niveles sobre la intervención familiar en la construcción de conductas y su impacto en los factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor con enfermedad de diabetes, como parte de los antecedentes científicos de la investigación.

- ❖ Nivel 1: Mínimo Enfasis

En este nivel se enfatiza la relación médico-paciente y se comunica con la familia y el adulto mayor, sólo por razones prácticas o médico legales de las implicaciones de la enfermedad.

❖ Nivel 2: Información y Consejería Informativa

Este nivel de desataca la importancia de la familia en la asistencia sanitaria y busca el apoyo familiar como soporte del individuo. El profesional recibe información del individuo y su contexto familiar y proporciona consejos de salud a la familia para que tome sus decisiones para el cuidado de uno de sus integrantes o del grupo familiar.

❖ Nivel 3: Sentimientos y Apoyo Emocional, Consejería en Crisis

El profesional comprende el desarrollo normal de la familia y el modo en que el individuo y la familia reaccionan al estrés producido por un evento crítico o acúmulo de tensiones en uno de sus integrantes o en el grupo familiar. En este nivel es importante el asesoramiento de los profesionales de Trabajo Social.

❖ Nivel 4: Evaluación Funcional e Intervención Planificada

A partir de un análisis estructurado de la dinámica familiar basado en el enfoque sistémico, desarrolla intervenciones planificadas y seguimiento. En consecuencia, las recomendaciones para la familia son una respuesta específica a la “lectura” detallada de su realidad, aunque con aproximaciones fundamentalmente cognitivas.

❖ Nivel 5: Terapia Familiar

Desarrollada por personal con entrenamiento exclusivo y que empleando herramientas psicoterapéuticas intentar modificar las estructuras de las familias disfuncionales.

2.3. La Situación de Riesgo de Desprotección en los Adultos Mayores

La situación de riesgo de desprotección en los adultos mayores, generalmente se manifiesta por sus condiciones biológicas y sociales, lo cual se consideran vulnerables, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por los recursos personales, económicos, del entorno, familiar, comunitario, y de acceso a los servicios de salud.

Para los especialistas de la Organización Mundial de la Salud: Las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo. (OMS, 2017).

Según datos de la UNESCO: La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. De acuerdo este dato, se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema

nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia, la diabetes y la depresión, son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Esta desprotección puede traducirse en la falta del cuidado y atención necesarios, en la no satisfacción de las necesidades básicas, e incluso, en los casos más extremos, en la existencia de maltrato en sus múltiples variables. Además, nos podemos encontrar ante situaciones en que dicha desprotección suponga un riesgo para la vida y por lo tanto requiera de una intervención inminente por nuestra parte.

2.4. Principios de la Actuación Administrativa.

Para garantizar los derechos y el bienestar de los adultos mayores, se ha ido adoptando y conformando una estructura sustentada en un marco de principios basados en la actuación administrativa, dando cobertura a los distintos servicios.

Tras lo expuesto, los principios de la actuación administrativa tienen como objetivo orientar y dirigir el proceso de intervención, resumiendo los pasos y directrices fundamentales de las tareas que lo componen.

Para Victoria Hidalgo, Ester Herrera, Lucía Jiménez de la Universidad de Sevilla y Javier Pérez de la Universidad de Jaén: Esta forma de concebir la intervención familiar conlleva asimismo que los procesos de apoyo que suponen estas actuaciones requieran necesariamente de la colaboración y la reflexión activa de las figuras parentales dentro del entorno familiar, otorgándoles un papel protagonista en la definición de sus propios modelos educativos y con el objetivo último de fortalecer, proporcionarles las

competencias y los recursos necesarios para que cumplan adecuadamente, y con su autonomía con sus responsabilidades educativas. (Hidalgo, 2021). Por lo tanto, los propósitos de fundamentar la actuación de dirigir el entorno familiar, es ofrecer indicaciones útiles para estructurar, orientar y evaluar el proceso de la intervención.

De forma más específica, los principios de la actuación administrativa pretenden:

- ❖ Orientar a los equipos de intervención en la valoración de riesgos de adultos mayores y recursos de la familia.
- ❖ Ofrecer directrices claras para conseguir una relación de colaboración con los adultos mayores (*familias y menores*), con otros servicios y entidades involucradas en la intervención.
- ❖ Guiar a las familias en las tareas principales del proceso de acompañamiento: valoración de la familia, definición de objetivos de intervención, diseño de actuaciones técnicas, evaluación de progresos y toma de decisiones.
- ❖ Orientar a los profesionales de Trabajo Social en la utilización de estrategias técnicas en intervención familiar.

2.5. Necesidades del Adulto Mayor con Enfermedad de Diabetes como Referente Principal de la Intervención.

Para suplir las necesidades del adulto mayor con enfermedad de diabetes, debe de aplicarse la continuidad en los procesos de intervención familiar a través de prácticas que contribuyan a mejorar el tratamiento y estilo de vida.

Se trata de un seguimiento a la conducta del adulto mayor, mediante una valoración de la enfermedad y la medición del conocimiento desde un proceso de injerencia en las actividades del adulto mayor con diabetes y a su cuidador primario, mediante una valoración de enfermería inicial y la medición del conocimiento de la enfermedad a través del Cuestionario de Conocimiento en Diabetes-24 y estilo de vida, con el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos. De igual manera, la identificación de necesidades con la taxonomía NANDA, lo cual va a permitir intervenciones de tipo informacional, de relación y gestión basadas en la continuidad del cuidado. Las intervenciones educativas deben ser ejecutadas en sesiones periódicas, bajo consentimiento informado de los participantes, a través de una metodología interactiva. La efectividad debe ser evaluada con una valoración final de la persona con diabetes y el cuidador.

Según los expertos de la OPS / OMS, atender las necesidades del adulto mayor tiene como objetivo estimular y apoyar la adopción de medidas efectivas para la vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, particularmente en países de ingresos bajos y medianos. Con este fin, la OPS / OMS:

- ❖ Proporciona directrices científicas para la prevención de las principales enfermedades no transmisibles, incluida la diabetes;
- ❖ Desarrolla normas y estándares para el diagnóstico y la atención de la diabetes;
- ❖ Crea conciencia sobre la epidemia mundial de diabetes, con motivo del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre)
- ❖ Realiza vigilancia de la diabetes y sus factores de riesgo.

El Informe mundial de la OMS sobre la diabetes ofrece una descripción general de la carga de la diabetes, las intervenciones disponibles para prevenir y controlar la diabetes y recomendaciones para los gobiernos, las personas, la sociedad civil y el sector privado. Se observó un incremento del nivel de conocimientos de la enfermedad y una mejora en el estilo de vida, de la persona con DT2 y su cuidador, en los dominios: Nutrición, actividad física, emociones y adherencia terapéutica.

2.6. Máxima Implicación y Protagonismo de las Familias en la Intervención del Adulto Mayor con Enfermedad de Diabetes.

La diabetes es una enfermedad frecuente en los ancianos, ya que su prevalencia aumenta con la edad. A los 75 años, aproximadamente el 20 % de la población la padece y el 44 % de los diabéticos tienen más de 65 años. (OMS, 2017).

A estas cifras contribuye el envejecimiento de la población mundial, pues las estadísticas reflejan que para mediados del siglo XXI el 16 % de la población mundial será anciana, lo que contrasta con el hecho de que en 1950 solamente el 5 % alcanzaba los 65 años. Datos epidemiológicos recientes señalan que la DM es la quinta enfermedad más frecuente, tras la artrosis, la hipertensión arterial (HTA), las cataratas y las enfermedades cardiovasculares. Por ende, la implicación y protagonismo de las familias en la intervención del adulto mayor con enfermedad de diabetes radica en cuidar la salud para personas con este desorden, es controlarlo, manteniendo los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles a los normales.

Orietta Mendizábal y Bismarck Pinto de la Universidad Católica Boliviana, señalan que: La diabetes afecta a la persona, pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, a su vez, repercute en el control de la diabetes. La enfermedad no sólo afecta a lo estrictamente endocrinológico, sino que repercute sobre toda la persona, en todas sus dimensiones: biológica, psicológica y social. (Mendizábal, 2016).

En síntesis, la familia y la diabetes pueden influirse mutuamente. Es decir, la afección altera la vida familiar y le impone nuevos y permanentes desafíos y cambios, en tanto que el tipo y la calidad de relación de familia que practique la persona enferma condicionan una mejor tolerancia y adaptación al tratamiento diabetológico.

2.7. Pautas Generales de Actuación.

En el entorno de las pautas generales de actuación a través de la intervención familiar, lo importante es proveer de un contexto que apoye los logros necesarios para todos sus miembros individuales. Estas pautas de actuación van encaminadas sobre todo a la protección y supervivencia de cada uno de ellos y de la familia como tal, y a la adaptación al sistema social donde se mueve y la transmisión del mapa de creencias particulares de cada familia. Así vemos que toda familia presenta un grado de cohesión que le permite mantenerse unida y generar un sentimiento de pertenencia grupal. Tiene, además, una capacidad de adaptación a sistemas sociales más amplios que proveen a sus miembros de socialización y facilita la diferenciación individual

Para Roberto Secades Villa, miembro del Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo: Las nuevas dinámicas y modelos familiares generan nuevas

realidades que han de tenerse en cuenta en el campo de la prevención de las drogodependencias para poder dar respuesta a sus necesidades. Su reciente aparición justificaría la escasez de literatura que aborde este tema de forma específica. (Secades, 2011).

Por último, a través de las pautas generales de actuación, la familia transmite no sólo una herencia genética, sino también una mezcla comunicacional y de creencias, la estructura familiar es un conjunto de pautas funcionales que organizan la manera en que se relacionan los miembros de la misma. Intercambios comunicacionales repetitivos forman pautas, reglas sobre cuando, como y con quien relacionarse y estas reglas se organizan equilibradamente.

2.7.1. Importancia de la Intervención Directa al Adulto Mayor con Enfermedad de Diabetes.

La importancia de la intervención directa al adulto mayor con enfermedad de diabetes se manifiesta a través de la calidad de vida de la persona. Dependerá en gran medida de la adquisición de comportamientos adecuados frente a los esquemas atencionales y asistencias médicas.

Esto va evitar al máximo cualquier tipo de trastornos y problemas que se dan en la vida cotidiana. Enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes constituye un reto importante para la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar.

Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud, y la adquisición de nuevos comportamientos que resulte una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir.

La diabetes es una enfermedad que podría ser prevenida, en algunos casos, a partir de hábitos y comportamientos saludables, los cuales forman parte de un adecuado estilo de vida.

Según Víctor T. Pérez Martínez, Máster en Longevidad Satisfactoria en la Universidad de La Habana: Se hace necesario, entonces, el estudio de la respuesta adaptativa a la enfermedad (*entendiendo como tal, el grado de adecuación psicosocial de la conducta, estado emocional y valoración del paciente con relación a su enfermedad*) en este grupo de edades, ya que ello nos permitirá identificar tempranamente hábitos no saludables y conductas de riesgo que pudieran interferir con el adecuado cumplimiento del tratamiento y el control metabólico, para desarrollar, posteriormente, estrategias certeras de intervención que permitan elevar la calidad de vida del paciente diabético en edad geriátrica (Pérez, 2018).

2.7.2. Roles de Apoyo y Control.

Los roles de apoyo y control al adulto mayor pueden entenderse como el conjunto de actividades dirigidas a reducir los problemas ocasionados por las enfermedades o trastornos en el individuo mediante la intervención precoz en cada una de las fases de evolución del problema de salud. En consecuencia, para los que utilizan este tipo de

clasificación, la prevención a través del rol y control, no es sólo impedir que se produzca una enfermedad o trastorno (*prevención primaria*), sino que también puede significar que si se instaura una enfermedad o trastorno debemos intervenir cuanto antes para que sus consecuencias se reduzcan tanto como sea posible, o bien mejorar la reinserción de los enfermos en su entorno natural y evitar los peligros de la cronificación (prevención terciaria).

2.7.3. Trabajos en Red

La promoción de la información a través de las redes es clave para el presente y futuro de nuestra sociedad. La promoción de datos desde las plataformas virtuales requiere la atención a casos en desprotección o conflicto, pero también la promoción de acciones preventivas. La familia, la comunidad, el centro educativo, de salud o servicios sociales son actores protagonistas en este tipo de comunicación. Su atención requiere una acción colaborativa y coordinada de trabajo con un enfoque compartido que contribuya a su bienestar integral.

La metodología de trabajo en red cuenta ya con larga trayectoria en la intervención familiar, pero lo importante sería desarrollar las siguientes interrogantes:

- ❖ ¿Cómo promoverla?
- ❖ ¿Quién debe liderarla?
- ❖ ¿Qué contenido trabajar?
- ❖ ¿Cómo consolidarla?

En Panamá, a través de la Defensoría del Pueblo se mantiene una línea rápida 127, el asistente virtual Memo en la página web, entre otras herramientas que permiten que los adultos mayores puedan poner su queja y evitar su traslado hasta la sede principal o algunas de las oficinas regionales, recordando que el 15 de junio se celebra el “Día Mundial de la Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez”, detalló la delegada de la Unidad Especializada de Adultos Mayores.

Para la Licenciada Claudia Verónica Salvi de la Universidad de La Plata en Argentina: La activación de las redes generen efectivamente en las personas y sus grupos la posibilidad de reapropiación de sus problemas, volviéndose protagonistas activos en la resolución de los mismos, requiere de profesionales con una formación que incluya el reconocimiento de las dinámicas vinculares, sostenedoras de las problemáticas, así como aquellas que permitan la construcción de alternativas saludables a las mismas. (Salvi, 2014).

2.7.4. Principios Básicos en la Toma de Decisiones.

Actualmente muchas decisiones en un entorno social se toman sin considerar explícitamente las etapas de ese proceso o los métodos cuantitativos y cualitativos existentes en las distintas ramas, y que las tradiciones, los hábitos, las costumbres, la propia intuición y experiencia, desempeñan una función importante en la forma en que los problemas se solucionan.

Dentro de los principios básicos para la toma de decisiones, podemos mencionar:

- ❖ Identificar claramente los objetivos

- ❖ Plantear los problemas de forma realista
- ❖ Atender sólo a la información relevante
- ❖ Reconocer la incertidumbre y gestionarla
- ❖ Ser creativo y generar alternativas
- ❖ Tener en cuenta que las decisiones tienen consecuencias
- ❖ Ser consciente de que no todo es racionalidad

2.7.5. Situaciones de Urgencia

Desde las situaciones de urgencia se ponen de manifiesto las conductas, los procesos mentales y emocionales que influyen cuando la vida se nos pone del revés, interrumpiéndose nuestra normalidad por una situación de peligro impactante para nosotros y los que nos rodean.

En ocasiones las reacciones antes las situaciones críticas, pueden derivar en problemáticas mayores que las emanadas propiamente por el evento desencadenante. Así mismo, la actitud que adoptemos ante el peligro, el riesgo, la crisis, podrá incrementar o disminuir la gravedad de la misma o inclusive regular, posponer o evitar su aparición, teniendo aquí un gran peso el factor humano.

Así lo plantea María Blanca López, Máster en reinserción laboral y rehabilitación de enfermos mentales: En ocasiones las reacciones antes las situaciones críticas, pueden derivar en problemáticas mayores que las derivadas propiamente por el evento desencadenante. Por consiguiente, la actitud que adoptemos ante el peligro, el riesgo, la crisis, podrá incrementar o disminuir la gravedad de la misma o inclusive regular,

posponer o evitar su aparición, teniendo aquí un gran peso el factor humano. (López, 2018).

2.8. Proceso de Intervención en las Familias del Adulto Mayor con Enfermedad de Diabetes.

El proceso de intervención familiar en los adultos mayores que presentan alguna afección aguda o crónica en diferente grado de gravedad de la enfermedad de diabetes, requiere de la atención de profesionales de diversas ramas que evalúen la condición requerida para un acompañamiento familiar.

En ese contexto la Licenciada en Enfermería Vanessa Estefany Aguilar de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, refiere: Las relaciones con la familia cambian, en una primera etapa, cuando el anciano es independiente, ayuda a los hijos y actúa de cuidador de los nietos; en una segunda etapa, cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten y la familia se enfrenta a la disyuntiva de analizar qué opciones existen y puede utilizar para dar cobertura a las necesidades que el anciano presenta. (Aguilar, 2017).

Además, el apoyo de las acciones de cuidado de ayuda o suplencia, que le brindan los familiares al adulto mayor con diagnóstico de diabetes, está dividido en las dimensiones física, emocional y social; siendo la familia el principal ente cuidador que influenciará en el cuidado del adulto mayor con las creencias, cultura, hábitos y costumbres que ésta pueda presentar.

2.8.1. Derivación y Presentación a la Familia.

La derivación y presentación a la familia frente a situaciones de riesgo social en los adultos mayores se fundamenta en que los cambios del concepto y formas reales de las familias se insertan dentro de determinadas transformaciones globales de la sociedad, entre las que destacan las consecuencias que la dinámica poblacional tiene sobre la estructura y composición por edades de las familias.

En esta línea de ideas, Sala Raúl Prebisch, especialista de la CEPAL, manifiesta que: A partir del incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad se derivan algunas consecuencias importantes para la relación entre familia y envejecimiento.

En primer lugar, el aumento de la expectativa de vida extiende la vida de los individuos en su etapa adulta y avanzada. Esto tiene consecuencia en el incremento del tiempo dedicado a ciertos roles (*hijos, abuelos, madre, padre, entre otros*), a las actividades personales, profesionales y de ocio; junto con una prolongación de edad de inicio de la viudez.

En segundo lugar, la disminución de la fecundidad tiene efectos significativos al reducir el número de miembros de la familia potenciales dadores de apoyos en la edad avanzada, así como genera una tendencia a la disminución de hogares jóvenes y un aumento de los hogares con y de personas mayores. (Prebisch, 2021). De igual manera, el autor señala que esta situación plantea nuevos desafíos a las políticas de familia y a las nuevas políticas de envejecimiento que se están implementando en la región.

Una revisión rápida de estos retos da cuenta de la urgente necesidad de considerar el tema de la intervención familiar en adultos mayores con enfermedad de diabetes, como un asunto relevante para el quehacer público y privado, en particular en relación a la capacidad de las familias de brindar apoyo y cuidado a las personas de edad avanzada y a la voluntad de los gobiernos de cumplir con las disposiciones internacionales existentes en la materia y de los cuales son signatarios una buena parte de los países de la región.

2.9. Actuación de las Entidades sobre Riesgo de Desprotección.

A través del Estado, los adultos mayores tienen derechos como al acceso a la salud, educación, tener una vivienda, pertenecer a entorno familiar entre otros. Además, estas personas, pertenecen al grupo de población vulnerable y como tal, tienen leyes que los protegen como la Ley 36 del 2 de agosto de 2016, modificada por la Ley 149 del 24 de abril de 2020, la cual está dirigida a mantener a estas personas dentro del seno familiar y como última opción llevarlo a una casa de retiro para su cuidado.

En ese rol, El Ministerio de Salud (MINSAL) durante el año 2023, más de 300 casos de maltrato al adulto mayor han sido registrados; así lo reveló la directora general de Salud Pública del MINSAL, Melva Cruz, durante el foro intersectorial en conmemoración al día mundial contra el abuso y maltrato en la vejez

Según la Licenciada Gabriela Arosemena, Delegada de Derechos Humanos de la Unidad Especializada de Adultos Mayores de la Defensoría del Pueblo: Los adultos mayores tienen derechos como al acceso a la salud, educación, tener una vivienda, pertenecer al

entorno familiar entre otros, “*como entidad buscamos promover que las personas reencuentren el valor de los adultos mayores, ellos no son personas de segunda o tercera categoría*”. (Arosemena, 2023).

Otras entidades que incluyen en sus normativas protección riesgos en Panamá:

- ❖ CSS Caja de Seguro Social
- ❖ DEPA Departamento de protección de alimentos
- ❖ DIGESA Dirección General de Salud
- ❖ ENT Enfermedades crónicas no transmisibles
- ❖ INDICASAT Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología de Panamá
- ❖ MEDUCA Ministerio de Educación
- ❖ MIDA Ministerio de Desarrollo Agropecuario
- ❖ MIDES Ministerio de Desarrollo Social
- ❖ MINSALSA Ministerio de Salud
- ❖ MITRADEL Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral
- ❖ MIVIOT Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial
- ❖ OMS Organización Mundial de la Salud
- ❖ OPS Organización Panamericana de la Salud
- ❖ PAI Programa Ampliado de Inmunización
- ❖ PAM Personas Adultas Mayores
- ❖ PNJPYTE Programa Nacional de Jubilados, Pensionados y Tercera Edad
- ❖ PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- ❖ SENADIS Secretaría Nacional de Discapacidad

2.10. Situaciones de Desprotección Moderada

En diferentes países centroamericanos, las situaciones de desprotección de los adultos mayores presentan un sistema asistencial nula o baja capacidad para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria de forma autónoma. La propia experiencia profesional, así como la literatura acumulada durante décadas de atención, concluyen inequívocamente en la afirmación de la proporcionalidad existente entre una situación de dependencia de tercera persona y el riesgo inherente a que puedan darse situaciones de desprotección.

En este sentido, Ruth Balza Iglesias y otros especialistas del Servicio Cántabro de Salud indican que: Los adultos mayores necesitan protección, ya que dependen de otras personas para satisfacer sus necesidades y para su supervivencia y bienestar. Los familiares directos son la fuente principal de protección y el recurso normal para cubrir sus necesidades básicas. Pero es imposible que los familiares puedan atender directamente todas y cada una de las necesidades de los adultos mayores referentes a los cuidados físicos, médicos, estimulación cognitiva, supervisión, entre otras. Para ello, deben de contar con sistemas de apoyo informales (familiares, amistades) y formales (servicios sanitarios, social) que les ayudan, complementan y si es necesario pueden sustituirles temporalmente en el cumplimiento de sus responsabilidades parentales. (Balza, 2020)

Esta idea se palpa claramente en colectivos de personas con discapacidad, generalmente personas mayores con problemas de salud. Esta desprotección puede

traducirse en la falta del cuidado y atención necesarios, en la no satisfacción de las necesidades básicas, e incluso, en los casos más extremos, en la existencia de maltrato en sus múltiples variables.

Además, nos podemos encontrar ante situaciones en que dicha desprotección suponga un riesgo para la vida y por lo tanto requiera de una intervención inminente por nuestra parte. Se hace preciso definir y delimitar los indicadores, que nos sirvan para esclarecer y enfocar la intervención familiar necesaria en cada caso, partiendo de la premisa de la existencia de un riesgo leve inherente a toda situación de dependencia.

2.11. Marco Legal

- ❖ Norma Técnico Administrativa de la Organización Mundial de la Salud OMS para la atención integral del adulto y adulto mayor 2018.
- ❖ Ley 36 del 2 de agosto de 2016, modificada por la Ley 149 del 24 de abril de 2020.
- ❖ Plan Estratégico Nacional para La Prevención y El Control Integral de Las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores De Riesgo-2012-2025.
- ❖ Guía Médica De Atención Integral Del Adulto Mayor, 2011
- ❖ Guía para la Atención Integral de las Personas con Diabetes Mellitus, 2009
- ❖ Resolución Ministerial sobre receta prolongada.
- ❖ Pasaporte Para Una Vida Saludable.
- ❖ Guías alimentarias para Población Adulta Mayor
- ❖ Indicadores de Seguridad del paciente.

- ❖ Guías para educación de pacientes: Nutrición, adulto mayor, enfermedades Transmisibles.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

El término metodología hace referencia al modo en que enfocamos los problemas y buscamos respuestas. Implica la reflexión sobre cómo obtener conocimiento, qué se debe hacer y cómo realizarlo. Los propósitos, supuestos e intereses determinan la metodología a seguir en una investigación. (Sánchez, 2015, p.21).

3.1. Tipo de Investigación

Se trata de un diseño no experimental, descriptivo de tipo transversal con enfoque cuantitativo, ya que presenta características necesarias para la evaluación de los *“Factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor con enfermedad de diabetes que asisten al Centro de salud de Chilibre 2022- 2024.*

Se hizo énfasis en los métodos destinados a reconocer los aspectos concernientes a la intervención familiar.

El Doctor Luis García de la Rosa: Define metodología cuantitativa en su libro *“Proyecto de Investigación”*: Para que exista metodología cuantitativa debe haber claridad entre los elementos de investigación desde donde se inicia hasta donde termina, el abordaje de los datos es estático, se le asigna significado numérico. (García la Rosa, 2001).

En cuanto a su alcance, la investigación es de tipo descriptiva, ya que se indagó en el tema, mediante el análisis y proyección de los señalamientos sobre la intervención familiar y los factores de riesgo que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor con enfermedad de diabetes.

En otro orden de ideas, el especialista en Metodología de la investigación Naresh Malhotra (2008), define investigación descriptiva en su libro *Investigación de mercados*: “La investigación descriptiva, es el tipo de investigación concluyente que tiene como objetivo principal la descripción de algo, generalmente las características o funciones del problema en cuestión”.

Esta investigación es de tipo transversal puesto que los datos que se recolectaron forman parte de los procesos de intervención y acompañamiento familiar, es decir, se trata de la exploración inicial en un momento específico.

3.2. Población

El medio estadístico no tiene sentido si no se considera su relación en el entorno donde se realiza la investigación. Por consiguiente, es necesario entender los conceptos de población y muestra para lograr comprender mejor su significado en los diferentes tipos de investigación.

Para los metodólogos Iván Hurtado León y Josefina Toro Garrido: La población se compone de todos los elementos que van a ser estudiados y a quienes podrán ser generalizados los resultados de la investigación, una vez concluida ésta, para lo que es necesario que la muestra con la cual se trabaje sea representativa. (Hurtado León & Toro Garrido, 2001). No obstante, en esta investigación la población a la que está dirigida la toma de datos forma parte los adultos mayores con diabetes mellitus que se atienden en el Centro de Salud de Chilibre.

Criterios de Inclusión:

- ❖ Hombres y mujeres de 60 años y más con diagnóstico de diabetes.
- ❖ Que estén conscientes y orientados en tiempo, persona y lugar, con capacidad de responder preguntas.
- ❖ Adultos mayores diabéticos que son atendidos en el Centro Salud de Chilibre.
- ❖ Que muestren interés en participar.

Criterios de Exclusión:

- ❖ Hombres y mujeres con diabetes por debajo de la edad de 60 años.
- ❖ Hombres y mujeres adultos mayores desorientados y con dificultad para responder preguntas.
- ❖ Adultos mayores diabéticos que no son atendidos en el Centro de Salud de Chilibre.
- ❖ Adultos mayores diabéticos que son atendidos en el Centro Salud de Chilibre y no muestren interés en participar del estudio.

3.3. Muestra

La muestra representa el conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado.

En esta investigación se presenta una observación de tipo no probabilística y tiene el objetivo es analizar y clasificar la información obtenida para tener los mejores resultados.

Con fundamento en la teoría condensada de la revisión documental que dio origen al

marco teórico de la investigación, se elaboró el instrumento de medición de entrevista y cuestionario que en total suman 28 Ítems.

El tipo de muestreo permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos, conforme van llegando al Centro de Salud para su atención hasta completar los 55 participantes. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

3.4. Descripción del Instrumento

Un instrumento de recolección es válido cuando mide de alguna manera, aquello que trata de medir libre de distorsiones sistemáticas. Para procurar una validez cuantitativa se realizará la matriz categorial, considerando, conceptualización, categorías e indicadores. De igual manera, un examen de su viabilidad debería concentrarse, en gran medida, en la consistencia observable entre las metas (*objetivos*) y los recursos dispuestos para alcanzarlos en los instrumentos que contienen el compromiso de las partes involucradas.

Se realizó la validación del instrumento por medio de la aplicación de 5 encuestas piloto, que permitió evaluar y ajustar el instrumento garantizando la validez y fiabilidad antes de su implementación.

3.5. Procedimiento de la Investigación

Cualquier análisis sobre su procedimiento, lógicamente requiere comenzar con una clara identificación de los objetivos establecidos y de la estrategia de acompañamiento familiar en el cuidado de la salud del adulto mayor con enfermedad de diabetes.

❖ Estimadores para la Proporción

Estos sujetos fueron medidos por medio de la técnica de entrevista, donde se le cuestionó con preguntas abiertas y cerradas su opinión acerca de los factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud del adulto mayor.

❖ Estimadores para la Media

La muestra consistió en aplicar una encuesta a un grupo de 55 pacientes diabéticos que son atendidos en el Centro Salud de Chilibre.

3.6. Metodología

Para fundamentar los métodos a desarrollar en esta investigación fue necesario tomar en cuenta tres pasos indispensables para obtener resultados positivos en nuestra investigación:

- ❖ Establecimiento de los objetivos de la investigación
- ❖ Determinación de la población o universo a estudiar
- ❖ Identificación de la información a recolectar

En este sentido, el Doctor Luis García De la Rosa. Define metodología cuantitativa en su libro *“Proyecto de Investigación”*: Para que exista metodología cuantitativa debe haber claridad entre los elementos de investigación desde donde se inicia hasta donde termina, el abordaje de los datos es estático, se le asigna significado numérico. (García La Rosa, 2001)

En cuanto a la metodología desarrollada para la valoración y exposición de los datos, sugirió una serie de lecciones:

- ❖ Escogencia y Análisis de la Propuesta: Elaborar el proyecto en tres fases la primera de ella y la más sencilla es la propuesta a continuación, se presenta el contenido de este documento, en el cual se plantean los aspectos más relevantes de una investigación. El propósito de la propuesta es analizarla, aprobarla y dar vía libre para la investigación.
- ❖ Descripción del Problema: Lo primero que nos interesa es conocer, saber, lo que será investigado: Por qué, para qué, cual es el valor o la importancia del hecho o fenómeno a investigar. Si la investigación a realizar tiene criterios de prioridad, novedad, oportunidad, conformismo o comportamiento. Formular un problema es caracterizarlo, definirlo, enmarcarlo teóricamente.
- ❖ La Formulación del Problema: Es la estructuración de toda la investigación, de tal forma que uno de sus componentes resulte parte de un todo y que ese todo forme un cuerpo que tenga lógica de investigación. Se debe, por lo tanto, sintetizar la cuestión proyectada para investigar, generalmente a través de una interrogante.

- ❖ **Objetivos:** Presupone el logro esperado para las respuestas expresadas en el problema. Es el propósito de la investigación, responde a la pregunta: *¿Para qué? ¿Qué se busca con la investigación?* Un objetivo debe redactarse con verbos en infinitivo que se puedan evaluar, verificar, refutar en un momento dado.
- ❖ **Justificación de la Propuesta:** Una vez que se ha seleccionado el tema de investigación, definido por el planteamiento del problema y establecidos los objetivos, se debe indicar las motivaciones que llevan al investigador a desarrollar el proyecto. Para ello, se debe responder a la pregunta de: *¿Por qué se investiga? ¿Para quién es importante la investigación?*
- ❖ **Tipo de Investigación:** Definir qué tipo de investigación se adelantará. Cuantitativa o cualitativa, exploratoria, descriptiva o causal.
- ❖ **Marco de Referencia:** Fundamentación teórica dentro de la cual se enmarca la investigación.
- ❖ **Metodología:** Sistema y método que se utiliza para la recolección de información, si se hace trabajo de campo, encuestas, entrevistas, información primaria y/o información secundaria.
- ❖ **Recursos Necesarios:** Reportar recursos materiales, técnicos, humanos y financieros. Hacer un presupuesto detallado.

- ❖ Cronograma de Actividades: Fechas estimadas para la culminación de la propuesta. (*Pueden reajustarse durante el desarrollo del proyecto si existe justificación*).

CAPÍTULO IV.
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS
RESULTADOS

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis de los resultados

El análisis e interpretación de los datos se realizó a través de una tabulación en tablas, para luego determinar el porcentaje de cada cifra de las respuestas suministradas por las unidades muestrales en el respectivo instrumento. Además, los datos se presentan por medio de figuras tabuladas escritas empleando métodos gráficos, numéricos, estadísticos y teóricos.

4.2. presentación de los resultados

A. Características socioeconómica de la población objeto de estudio:

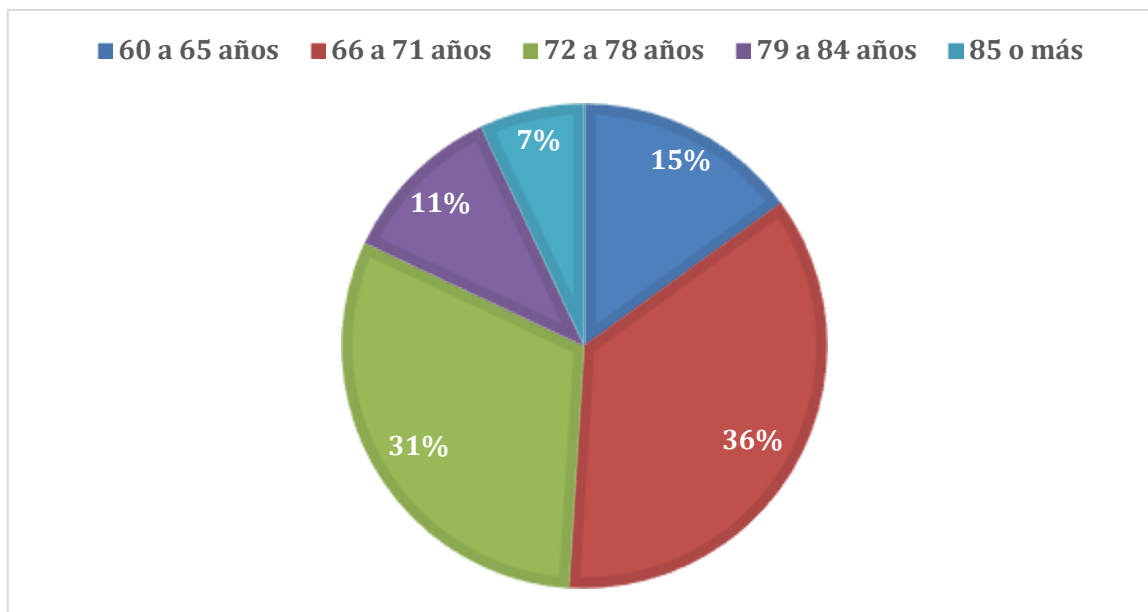
Tabla 1.

Distribución de los adultos mayores con enfermedad de diabetes del Centro de Salud de Chilibre, según rango de edad.

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
60 a 65 años	8	15%
66 a 71 años	20	36%
72 a 78 años	17	31%
79 a 84 años	6	11%
85 o más	4	7%
Total	55	100%

Figura 1.

Gráfica de pastel porcentual de los adultos mayores con enfermedad de diabetes del Centro de Salud de Chilibre, según rango de edad.



Se puede apreciar que del total de participantes del estudio, 37 equivalentes el 67.0% se concentran en el rango de edades de 66 a 78 años de edad, lo que resulta ser muy significativo en función del manejo y atención que debe ser proporcionados, por el equipo de salud y familiares.

Tabla 2.

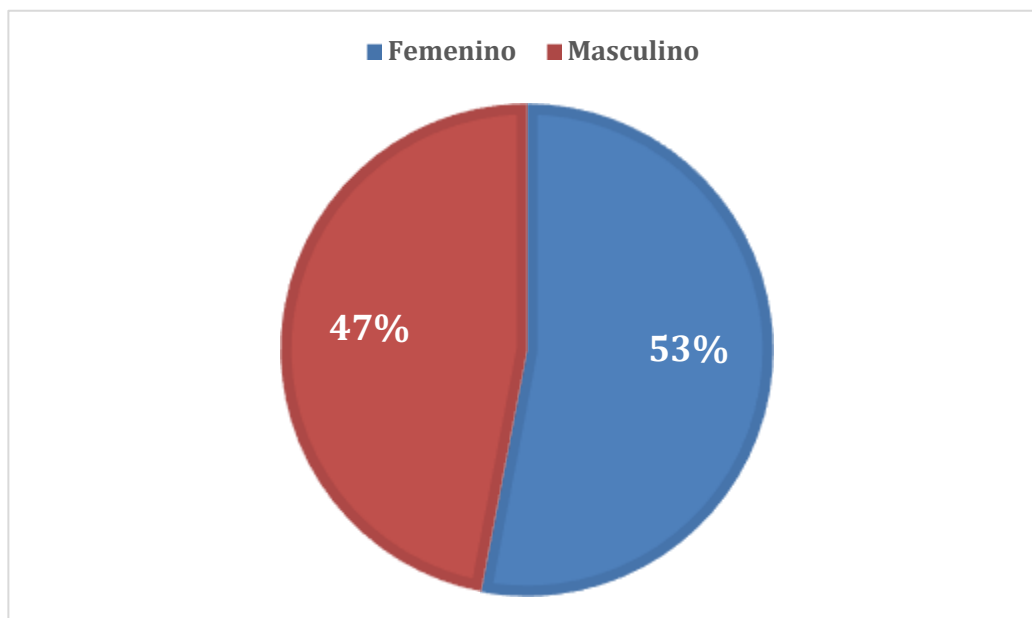
Característica de la población objeto de estudio, según el sexo.

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Femenino	29	53%
Masculino	26	47%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 2:

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según el sexo.



Los valores obtenidos muestran que la población total es de 55 personas adultas mayores, el 53% pertenece al sexo femenino, mientras un 47% pertenece al sexo masculino, sobresaliendo así la población femenina, así se totaliza el 100% de la población objeto de estudio.

Tabla 3.

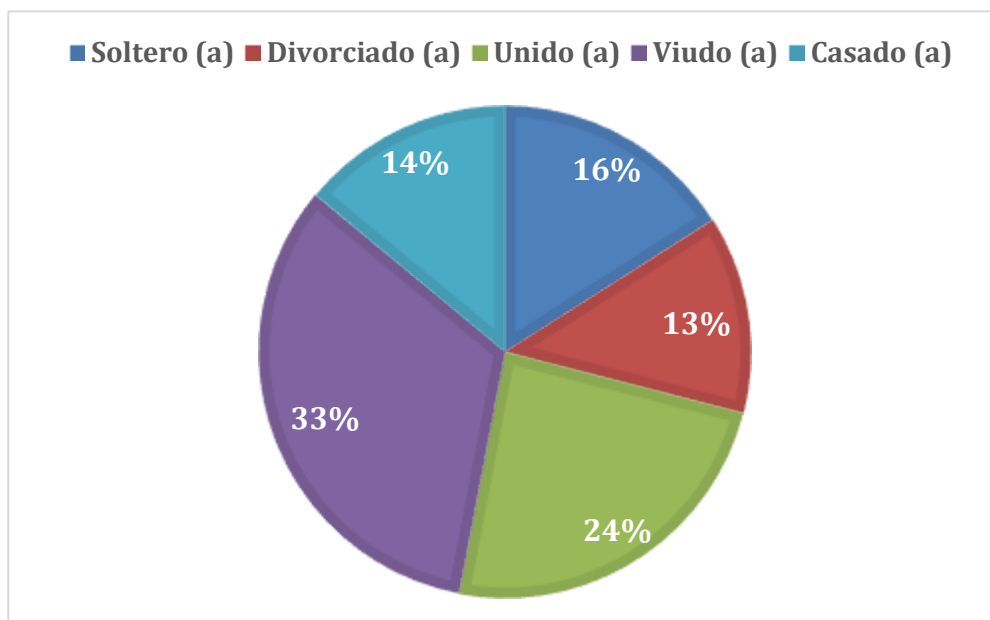
Característica de la población objeto de estudio, según el estado civil

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Soltero (a)	9	16%
Divorciado (a)	7	13%
Unido (a)	13	24%
Viudo (a)	18	33%
Casado (a)	8	14%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 3.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según el estado civil.



Con relación al estado civil de los participantes, se observa que el 62% no tienen pareja (solteros, divorciados y viudos), lo que representa un llamado de atención a la situación de estos adultos mayores, toda vez que las relaciones con la familia cambian, cuando el vínculo de la pareja se disuelve y aparecen problemas de salud, se limita el dar cobertura a las necesidades que el adulto mayor presenta.

Tabla 4.

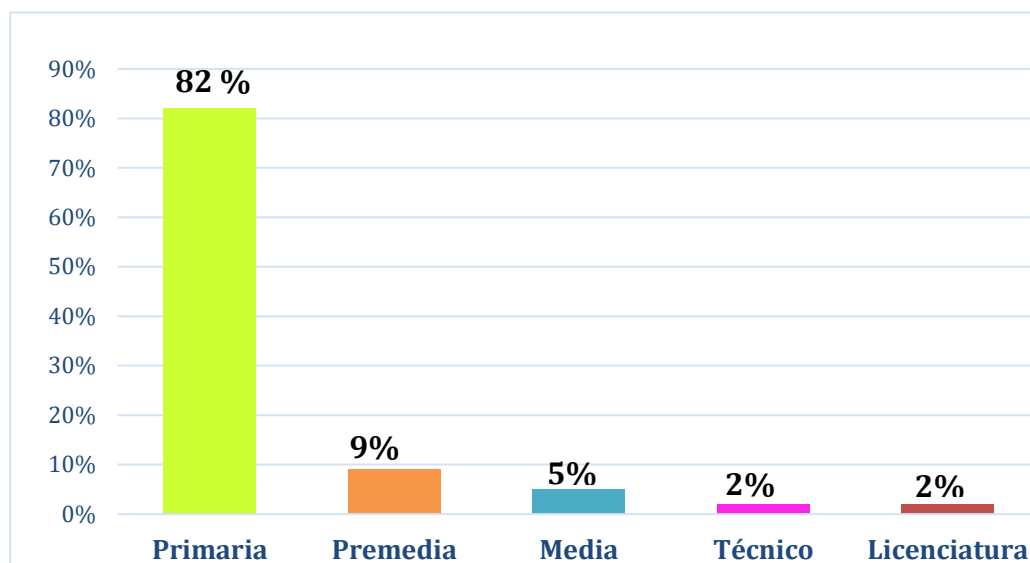
Característica de la población objeto de estudio, según el nivel educativo

NIVEL EDUCATIVO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Primaria	45	82%
Premedia	5	9%
Media	3	5%
Técnico	1	2%
Licenciatura	1	2%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 4.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según nivel educativo.



Los valores obtenidos muestran que el 82% de la población encuestada tiene un nivel académico de Primaria, a su vez 14% alcanzaron entre Premedia y Media, y los niveles técnicos y de licenciatura reflejan un 2% cada uno; por lo que la educación en salud y familiar, debe ser diseñada de acuerdo a esta realidad.

Tabla 5.

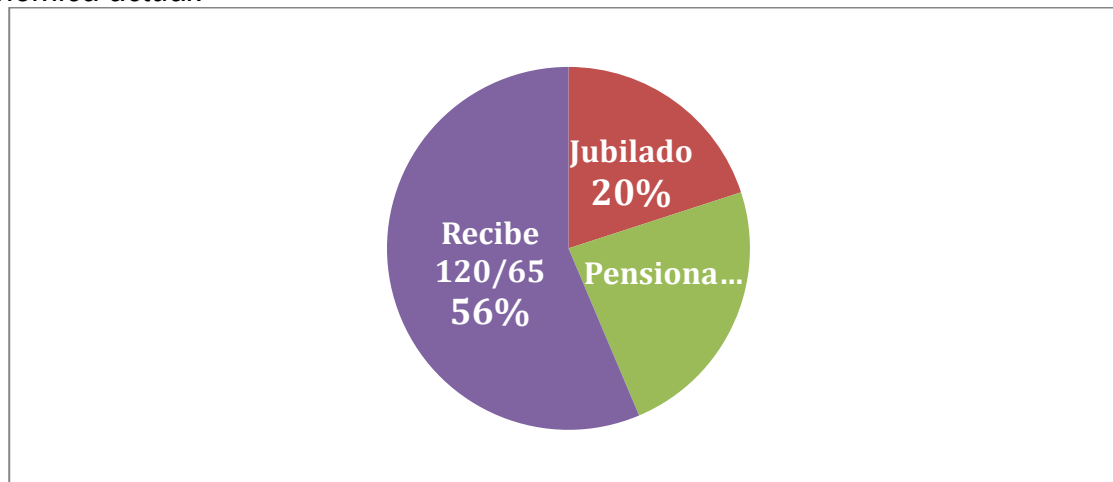
Característica de la población objeto de estudio, según situación económica actual.

SITUACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Jubilado	11	20%
Pensionado	13	24%
Recibe 120/65	31	56%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 5.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según situación económica actual.



Los valores muestran que el un 44% de la población participante del estudio poseen ingresos propios, producto de pensiones y jubilaciones provenientes de la Caja de Seguro Social. Sin embargo, resulta inquietante el 56% de esta población son dependientes del programa de transferencia monetaria denominado 120 para los 65 años, lo cual representa una gran incertidumbre su permanencia. Por otra parte la capacidad económica para satisfacer sus necesidades y requerimientos médicos y de alimentación especial por su diagnóstico de diabetes, se ve reducido.

Tabla 6.

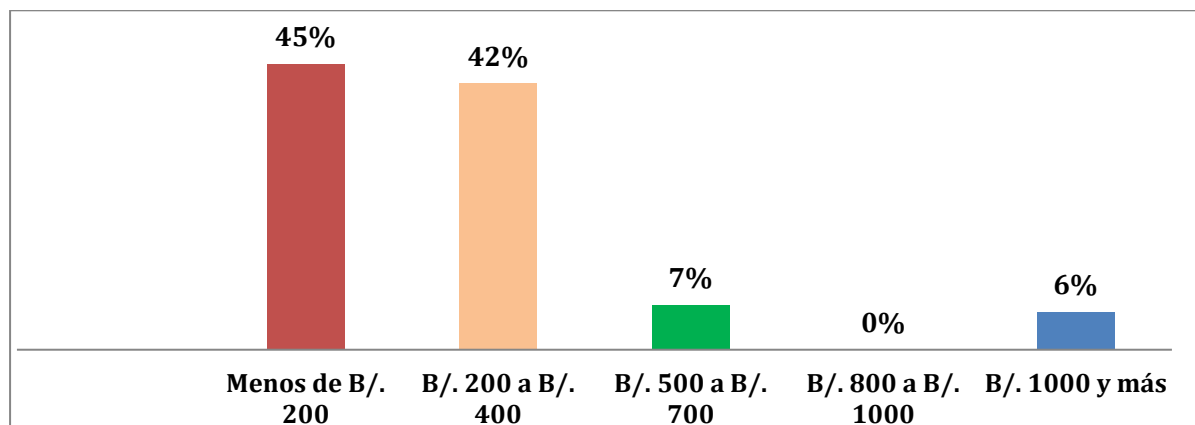
Característica de la población objeto de estudio, según el rango de ingreso mensual.

INGRESO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Menos de B/. 200	25	45%
B/. 200 a B/. 400	23	42%
B/. 500 a B/. 700	4	7%
B/. 800 a B/. 1000	0	0%
B/. 1000 y más	3	6%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 6.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según rango de ingreso mensual.



Se puede apreciar que, del total de participantes del estudio, el 87% tienen ingresos por debajo de los B/.401.00, en contraste con el 7% que está entre los B/. 500.00 y 700.00 y solo el 6% supera el rango de B/. 1,000.00 y más. Esta situación evidencia aún más, la carencia en que se desenvuelven estos adultos mayores para la satisfacción de sus necesidades.

Tabla 7.

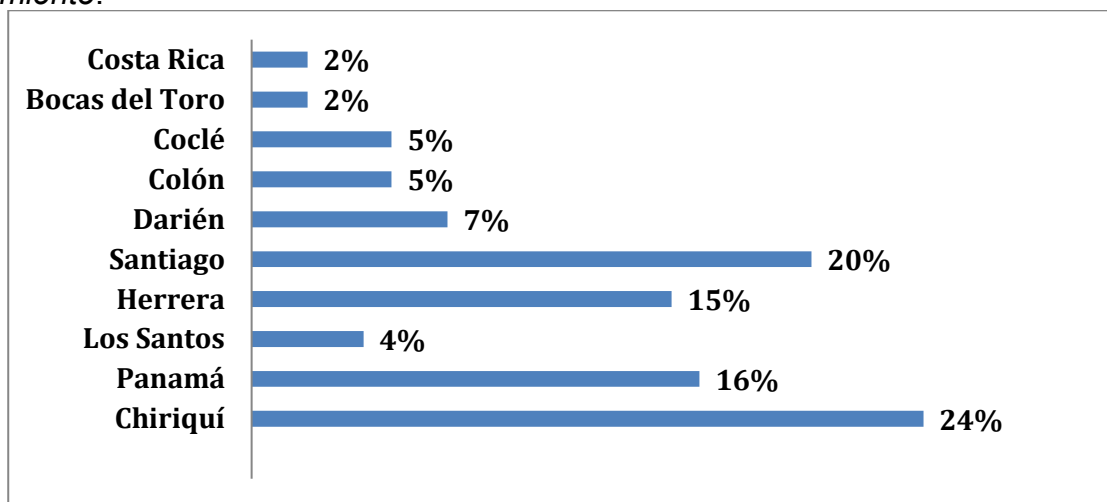
Característica de la población objeto de estudio, según lugar de nacimiento.

LUGAR	CANTIDAD	PORCENTAJE
Chiriquí	13	24%
Panamá	9	16%
Los Santos	2	4%
Herrera	8	15%
Santiago	11	20%
Darién	4	7%
Colón	3	5%
Coclé	3	5%
Bocas del Toro	1	2%
Costa Rica	1	2%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 7.

Gráfica de barra porcentual de la población objeto de estudio, según lugar de nacimiento.



Los porcentajes muestran que el 84% de la población objeto de estudio han emigrado de otras áreas geográficas y sólo el 16% son nacidos en la provincia de Panamá, en la cual se encuentra el corregimiento de Chilibre. Este dato es importante para el manejo de los patrones culturales e idiosincrasia de estos adultos mayores.

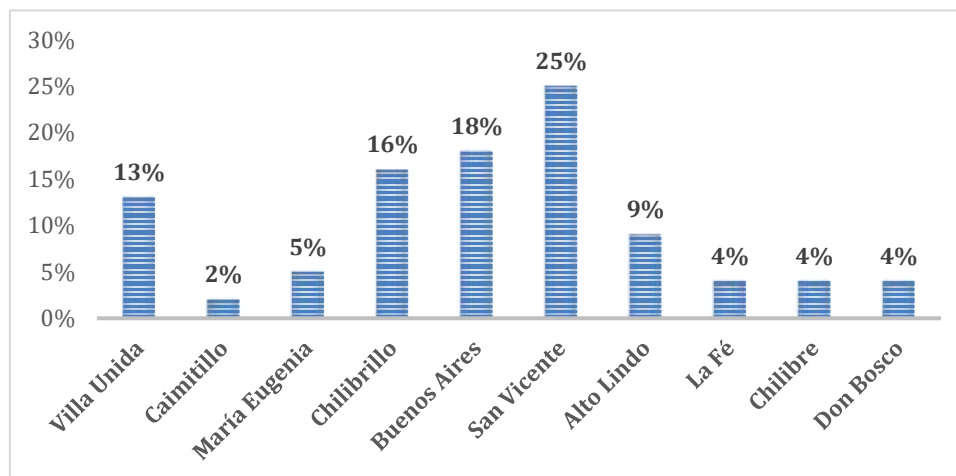
Tabla 8.

Característica de la población objeto de estudio, según lugar de residencia actual.

RESIDENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Villa Unida	7	13%
Caimitillo	1	2 %
María Eugenia	3	5%
Chilibrillo	9	16%
Buenos Aires	10	18%
San Vicente	14	25%
Alto Lindo	5	9%
La Fé	2	4%
Chilibre	2	4%
Don Bosco	2	4%
Total	55	100%

Figura 8.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según lugar de residencia actual.



La información estadísticas representada en cuadro y gráfica porcentual, muestra las áreas residenciales de mayor concentración de la población objeto de estudio destacando San Vicente con el 25%, seguido de Buenos Aires con el 18%, Chilibrillo con el 16% y Villa Unida con el 13%, lo que permite identificar el contexto sociocultural y ambiental en que los participantes se desenvuelven.

Tabla 9.

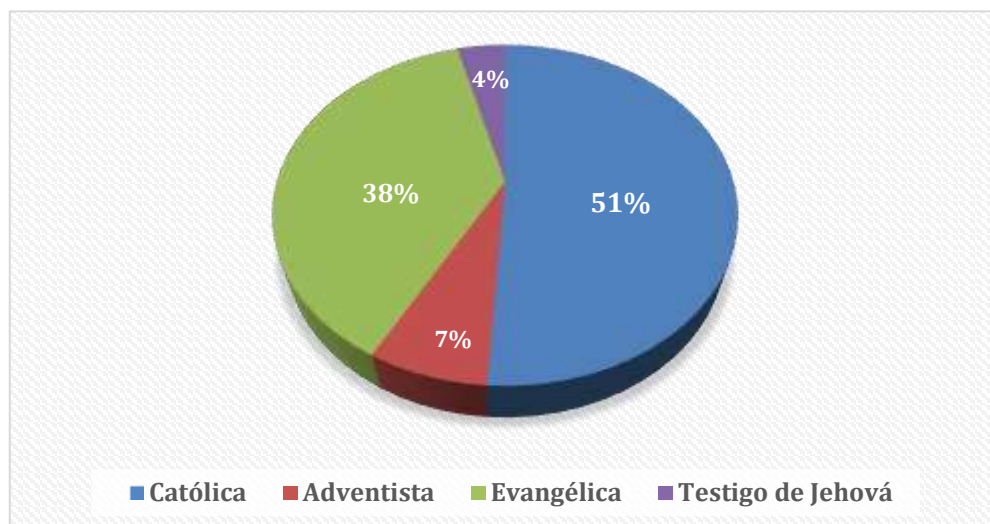
Característica de la población objeto de estudio, según la religión que profesan.

RELIGIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Católica	28	51%
Adventista	4	7%
Evangélica	21	38%
Testigo de Jehová	2	4%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 9.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según la religión que profesan.



Los valores indican que el 51% de la población objeto de estudio profesan la religión católica, seguida por la religión Evangélica con el 38%, el 7% son Adventista y los Testigos de Jehová representan el 4%. Lo relevante es que todos están vinculados a organizaciones religiosas que pueden favorecer el manejo emocional, espiritual y de soporte en la atención de otros tipos de necesidades de ser necesario.

Tabla 10.

Característica de la población objeto de estudio, según el tipo de vivienda.

VIVIENDA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Alquilada	1	2%
Propia	44	80%
Cedida	10	18%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 10.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según tipo de vivienda.



De acuerdo a las cifras obtenidas, resulta muy significativo que el 98% posean una vivienda que les brinda seguridad, ya sea esta de tipo propia o cedida en contraste de una persona equivalente al 2% cuya vivienda es alquilada.

B. Factores familiares de Riesgo que Afectan el Cuidado de la Salud de los Adultos Mayores Atendidos en el Centro de Salud de Chilibre.

Tabla 11.

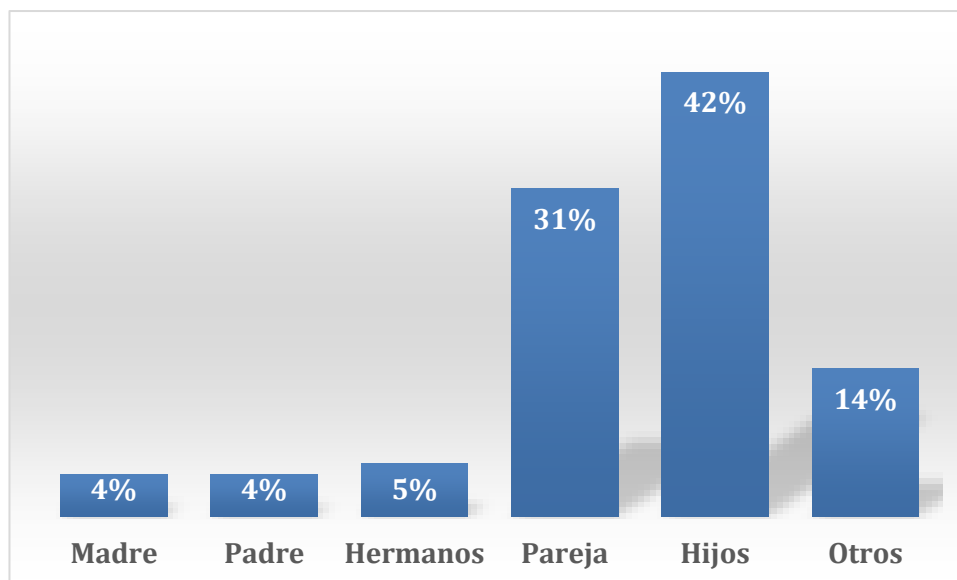
Característica del grupo familiar de la población objeto de estudio, según con quién vive en su casa.

PERSONAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Madre	2	4%
Padre	2	4%
Hermanos	3	5%
Pareja	17	31%
Hijos	23	42%
Otros	8	14%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 11.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según personas con quien vive en su casa.



El 42% de los participantes señaló que viven con sus hijos, seguido del 31% que conviven con su pareja. No obstante, las cifras reflejan que el 13% reside con parientes dentro el primer y segundo grado de consanguinidad que también son adultos mayores con necesidades que resolver y por último el 14% conviven con amigos u otro tipo de parientes.

Tabla 12.

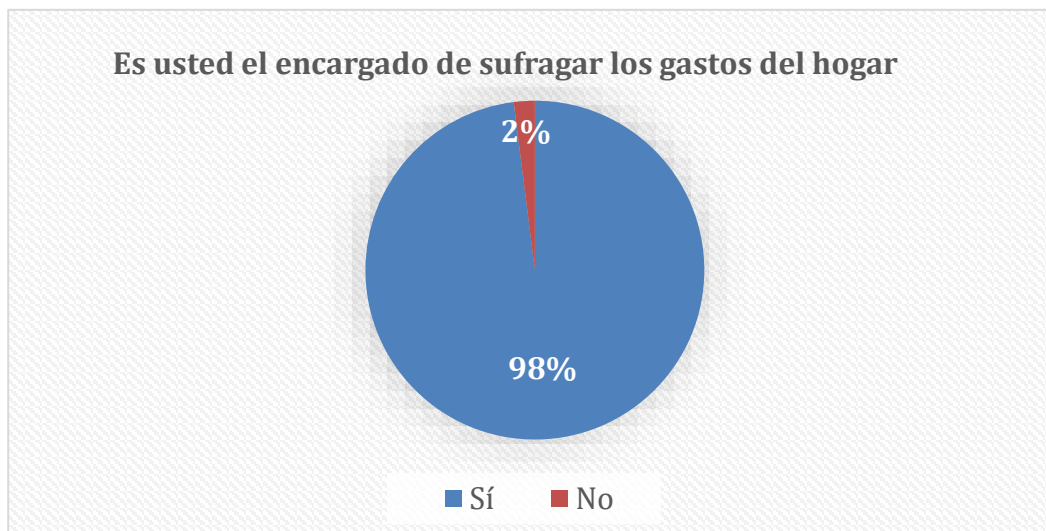
Característica de la población objeto de estudio, según es usted el encargado de sufragar los gastos del hogar.

APORTACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sí	54	98%
No	1	2%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 12.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, es usted el encargado de sufragar los gastos del hogar.



De los 55 adultos mayores participantes del estudio, el 98% señaló que ellos llevan la responsabilidad de cubrir los gastos del hogar y solo el 2% indicó que no tiene esa responsabilidad. Lo cual indica que con los ingresos que generan deben sufragar todos los gastos del hogar.

Tabla 13.

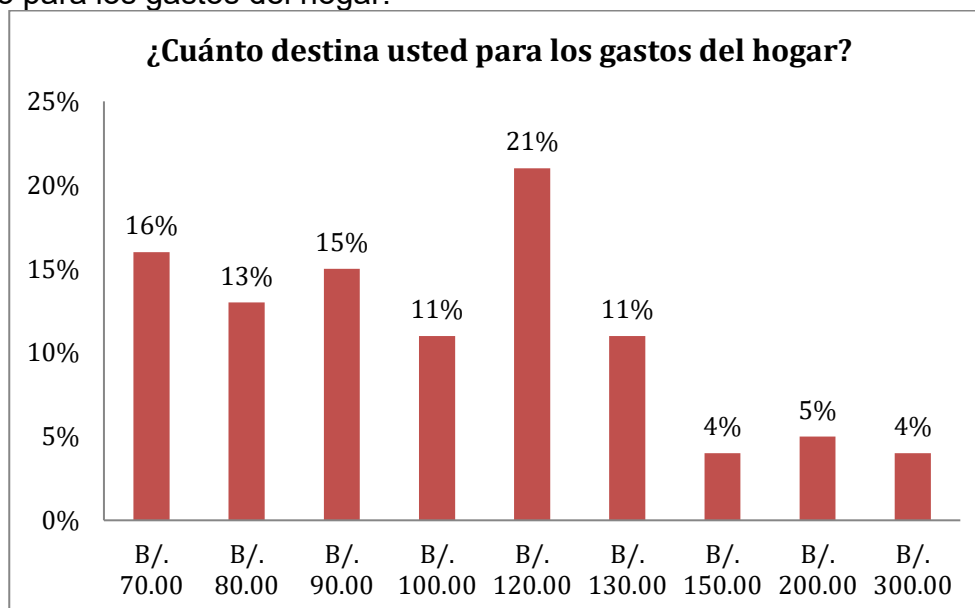
Características de la población objeto de estudio, según dinero destinado para los gastos del hogar.

GASTOS DEL HOGAR	CANTIDAD	PORCENTAJE
B/. 70.00	9	16%
B/. 80.00	7	13%
B/. 90.00	8	15%
B/. 100.00	6	11%
B/. 120.00	12	21%
B/. 130.00	6	11%
B/. 150.00	2	4%
B/. 200.00	3	5%
B/. 300.00	2	4%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 13.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según dinero destinado para los gastos del hogar.



Los datos obtenidos revelan que el 87% de los participantes destinan entre B/. 70.00 a B/. 130.00 para cubrir los gastos del hogar, mientras que el 13% restante destinan de B/.150.00 a B/. 300.00 (incluyendo pago de servicios básicos, alimentación, medicamentos, productos de limpieza...). Cabe destacar que de acuerdo al MEF y la ACODECO, el costo de la canasta básica familiar para abril de 2024 se encuentra en B/.332.55; por lo tanto, ninguno de los participantes cubre la misma.

Tabla 14.

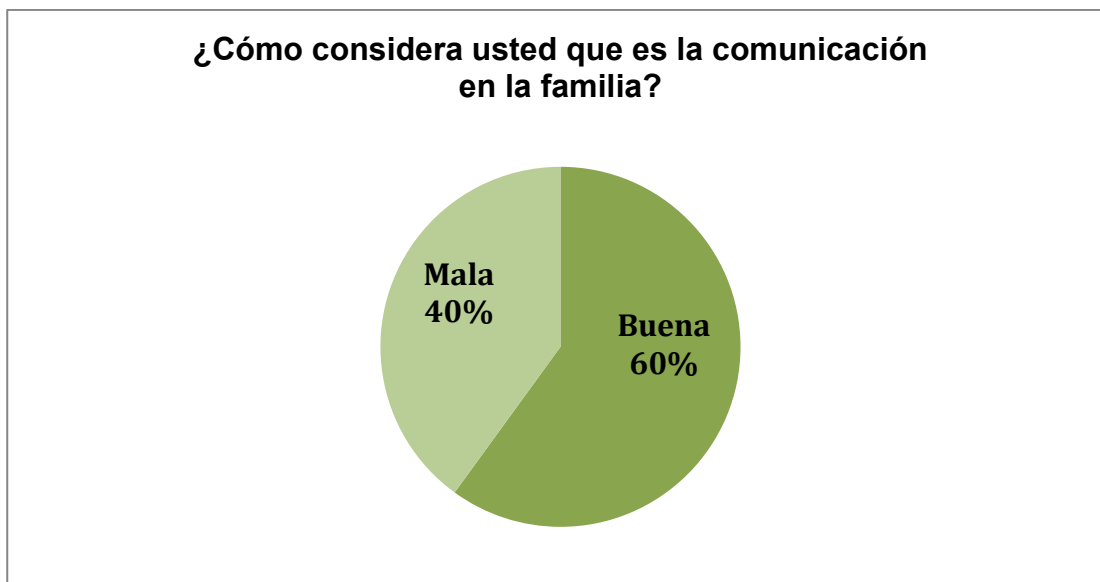
Característica de la población objeto de estudio, según cómo considera que es la comunicación en la familia.

COMUNICACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Buena	33	60%
Mala	22	40%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 14:

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según cómo considera que es la comunicación en la familia.



Del total de los participantes, el 60% consideran que las relaciones familiares son buenas vs el 40% que las catalogan como mala, lo que marca un camino para el manejo y tratamiento de las relaciones familiar

Tabla 15.

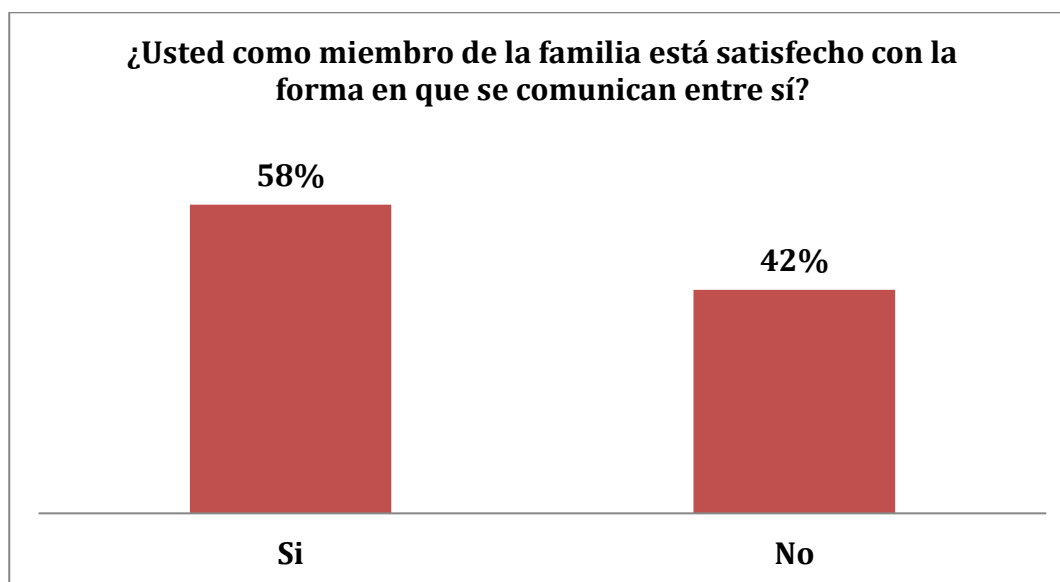
Características de la población objeto de estudio, según la satisfacción de la forma en que se comunican entre sí los miembros de la familia.

SATISFACCIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	32	58%
No	23	42%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 15.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según la satisfacción de la forma en que se comunican entre sí, los miembros de la familia.



El 58% de los participantes del estudio, manifestaron sentirse satisfecho con la forma en que se comunican entre sí los miembros de la familia, mientras que el 42% manifestaron no estar satisfechos, es preciso reconocer que la comunicación y el apoyo familiar es fundamental ya que proporciona una red de apoyo donde los miembros de la familia pueden expresar sus emociones, resolver situaciones, compartir preocupaciones, buscar consuelo y orientación.

Tabla 16.

Características de la población objeto de estudio, según cada que tiempo se comunican.

FRECUENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Pocas veces	8	15%
Muchas veces	37	67%
Siempre	10	18%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 16.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según cada que tiempo se comunican.



El 67% de los encuestados indican mantener una comunicación frecuente, el 18% señala comunicarse siempre, mientras que el 15% informa no comunicarse con regularidad lo que nos arroja un indicativo positivo en cuanto a la comunicación entre los entrevistados.

Tabla 17.

Características de la población objeto de estudio, según si te consideras una persona que escucha activamente a su familia.

ESCUCHA ACTIVA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sí	50	91%
No	5	9%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 17.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según si te consideras una persona que escucha activamente a su familia.



En cuanto al porcentaje estadístico proporcionado en esta gráfica, podemos concluir que el 91% de los encuestados escuchan activamente a sus familias, mientras que el 9% manifestaron un rechazo a la misma, por lo tanto, esto quiere decir que la mayoría de los adultos mayores con diabetes mantiene una escucha activa por lo que es alentador, ya que están dispuestos a escuchar y aprender, lo que puede ser beneficioso para su bienestar general a la vez puede ayudarles a comprender mejor su condición, seguir las indicaciones médicas y adoptar hábitos saludables.

Tabla 18.

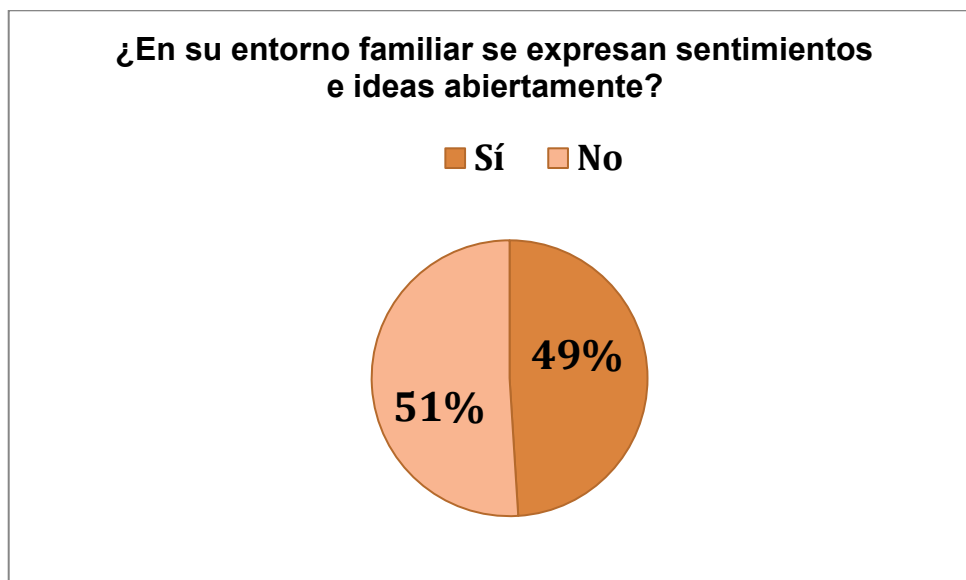
Características de la población objeto de estudio, según si en su entorno familiar se expresan sentimientos e ideas abiertamente.

EXPRESAN IDEAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sí	27	49%
No	28	51%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 18.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según si en su entorno familiar se expresan sentimientos e ideas abiertamente.



De acuerdo a las cifras obtenidas, se observa una división casi equitativa en las respuestas de los participantes donde el 49%, casi la mitad de los encuestados sienten que en su entorno familiar se expresan sentimientos e ideas de manera abierta. Esto sugiere que estas personas perciben un ambiente de comunicación abierta y honesta, la cual es positivo para su bienestar emocional y manejo de la enfermedad. El 51% un poco más de la mitad de los encuestados no sienten que en su entorno familiar se expresen sentimientos e ideas abiertamente. Esto puede indicar la presencia de barreras de comunicación, falta de confianza o un ambiente menos propicio para la expresión emocional.

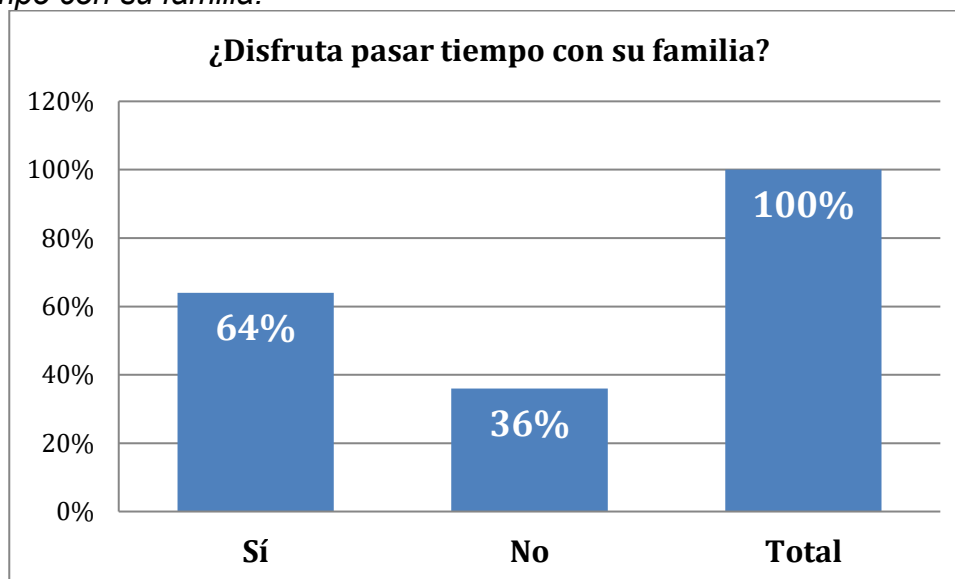
Tabla 19.

Características de la población objeto de estudio, según si disfruta pasar tiempo con su familia.

TIEMPO EN FAMILIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sí	35	64%
No	20	36%
Total	55	100%

Figura 19.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según si disfruta pasar tiempo con su familia.



Los valores muestran que el 64% de los encuestados siendo la mayoría, los mismos indican disfrutar pasar tiempo con su familia, mientras que el 36% respondieron no disfrutar pasar tiempo con su familia. Dichos resultados manifiestan que la mayoría de los entrevistados valoran las interacciones familiares y encuentran satisfacción en ella, mientras que el resto manifestaron lo contrario esto podría deberse a diversas razones, como la salud, la dinámica familiar o las preferencias personales.

Tabla 20.

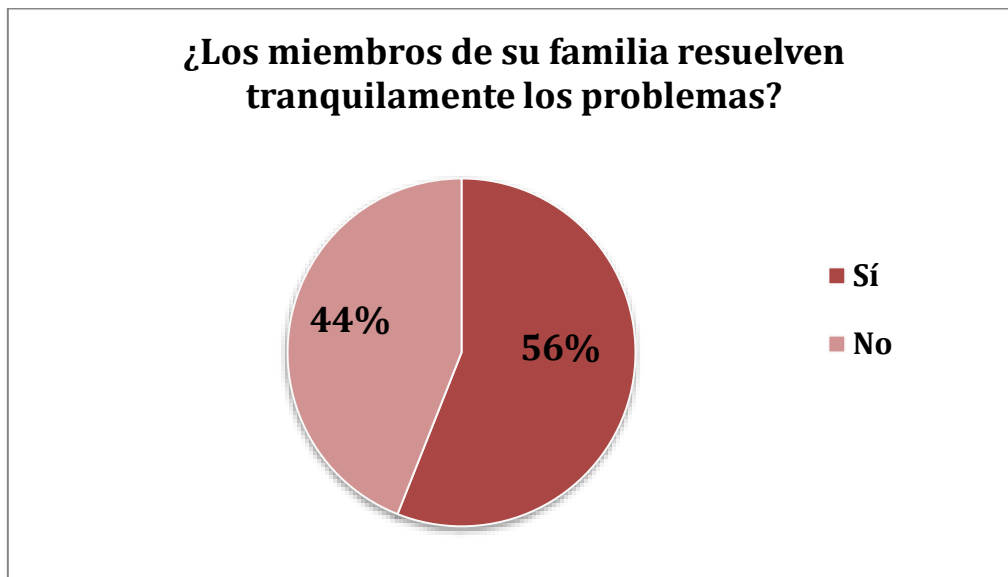
Características de la población objeto de estudio, según si los miembros de su familia resuelven tranquilamente los problemas.

RESUELVEN PROBLEMAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sí	31	56%
No	24	44%
Total	55	100%

Fuente: Ely González

Figura 20.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según si los miembros de su familia resuelven tranquilamente los problemas.



El 56% de los encuestados afirmó que resuelven tranquilamente los problemas. Es decir que una mayoría significativa de esta población maneja las dificultades de manera calmada y reflexiva. Por otro lado, el 44% respondió que no resuelve los problemas tranquilamente, esto podría deberse a factores como el estrés, la salud o la personalidad.

Tabla 21.

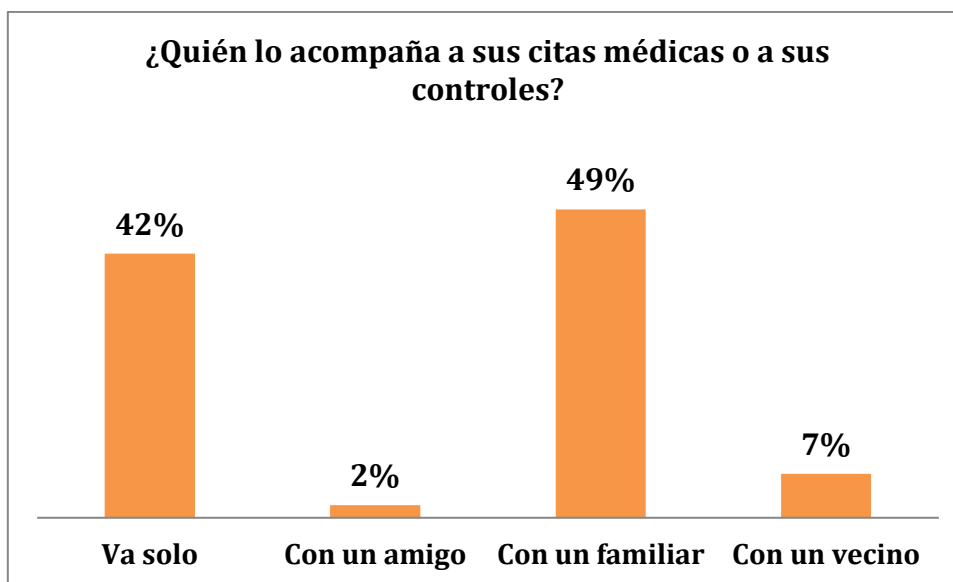
Características de la población objeto de estudio, según quién lo acompaña a sus citas médicas o a sus controles.

ACOMPANANTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Va solo	23	42%
Con un amigo	1	2%
Con un familiar	27	49%
Con un vecino	4	7%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 21.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según quién lo acompaña a sus citas médicas o a sus controles.



Los valores indican que el 49% de la población objeto de estudio, afirmó asistir a sus citas médicas con un familiar, lo que señala que la mayoría prefiere contar con el apoyo de un ser querido durante las consultas. El 42% respondió que asiste solo a sus citas. Esto podría deberse a la independencia o a la falta de disponibilidad de familiares o amigos.

Un 9% mencionó que asiste con un vecino y amigo. Por lo que podría indicar una red de apoyo más amplia en la comunidad.

Tabla 22.

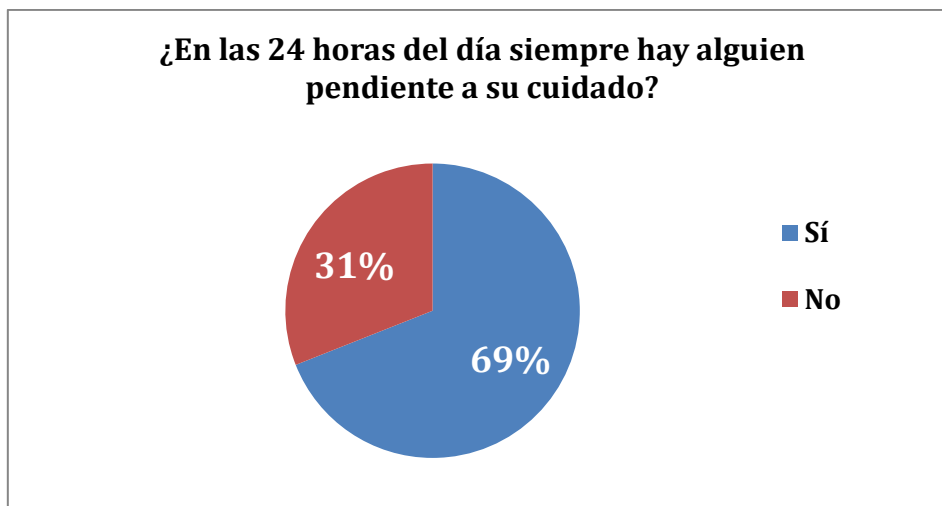
Características de la población objeto de estudio, según si en las 24 horas del día siempre hay alguien pendiente a su cuidado.

PENDIENTE A SU CUIDADO	A	SU	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sí			38	69%
No			17	31%
Total			55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 22.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según si en las 24 horas del día siempre hay alguien pendiente a su cuidado



Del total de los participantes, el 69% de los participantes afirmó que siempre hay alguien pendiente a su cuidado durante todo el día, mientras que el 31% respondió que no tienen a alguien pendiente a su cuidado en todo momento. Estos datos reflejan que la mayoría de los adultos mayores con diabetes valoran y reciben apoyo continuo en su cuidado, es necesario mencionar la importancia de promover programas de apoyos enfocados en proporcionar recursos para aquellos que no tienen cuidadores constantes, como servicios de atención domiciliaria o redes de apoyo comunitario.

C. Percepción que Tienen los Adultos y Adultas Mayores con Diabetes Atendidos en el Centro de Salud de Chilibre con Respecto al Apoyo Familiar que Reciben.

Tabla 23.

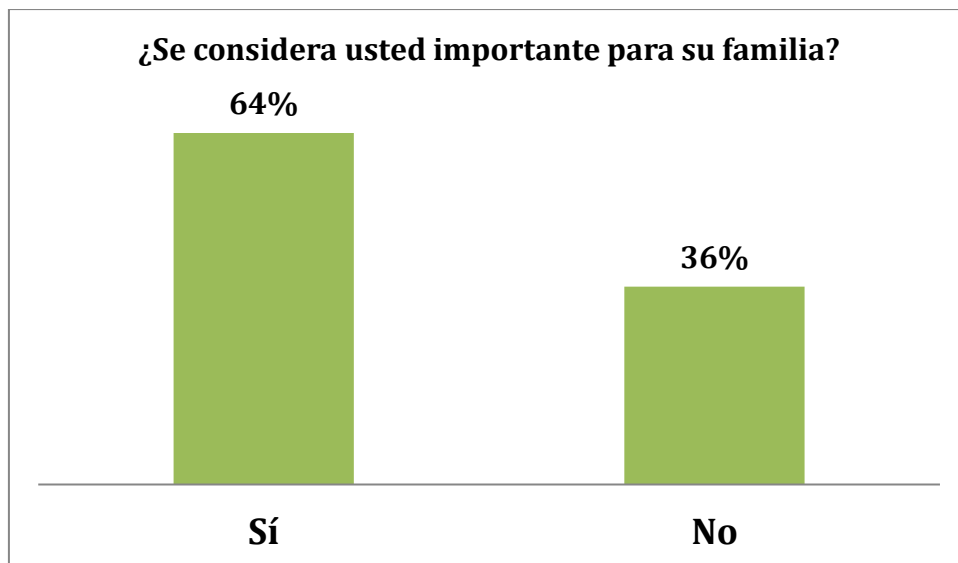
Características de la población objeto de estudio, según se considera usted importante para su familia.

IMPORTANTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sí	35	64%
No	20	36%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 23.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según se considera usted importante para su familia.



De la población encuestada el 64% respondió si considerarse importante para su familia, por lo que manifiestan tener una autoimagen positiva y se sienten valorados. Por otro lado, el 36% respondió que no se considera importante para su familia, esto podría estar relacionado con factores como la autoestima, la dinámica familiar o las experiencias personales.

Tabla 24.

Características de la población objeto de estudio, según si está satisfecho con el apoyo que le brinda su familia.

SATISFECHO CON EL APOYO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sí	29	53%
No	26	47%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 24.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según si está satisfecho con el apoyo que le brinda su familia.



Los valores obtenidos muestran que la mayoría de los participantes el 53% se sienten satisfechos con el apoyo que reciben de sus familiares, Sin embargo, un porcentaje significativo 47% no está satisfecho, lo que podría indicar área de mejora en el apoyo familiar.

Tabla 25.

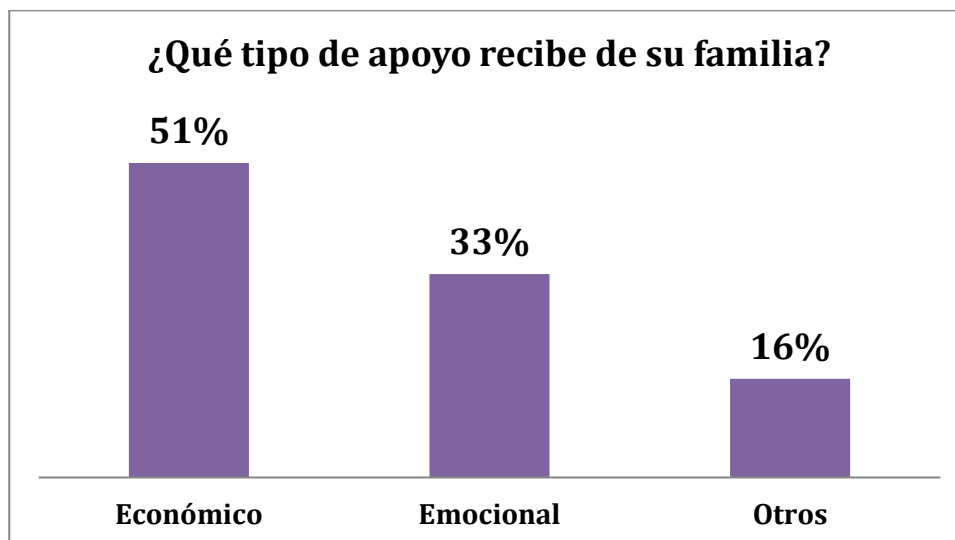
Características de la población objeto de estudio, según tipo de apoyo que recibe de su familia

TIPO DE APOYO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Económico	28	51%
Emocional	18	33%
Otros	9	16%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 25.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según tipo de apoyo que recibe de su familia.



Los resultados obtenidos indican que el 51% de los encuestados reciben apoyo económico de sus familiares. Esto podría incluir ayuda financiera para gastos médicos, alimentos o Vivienda. El 33% manifiestan recibir apoyo emocional, esto implica que sus familiares les brindan consuelo, comprensión y apoyo psicológico, mientras que el 16% restante menciona otro tipo de apoyo (En la gestión de la enfermedad, apoyo nutricional, apoyo en la actividad física, apoyo en la educación sobre la diabetes).

Tabla 26.

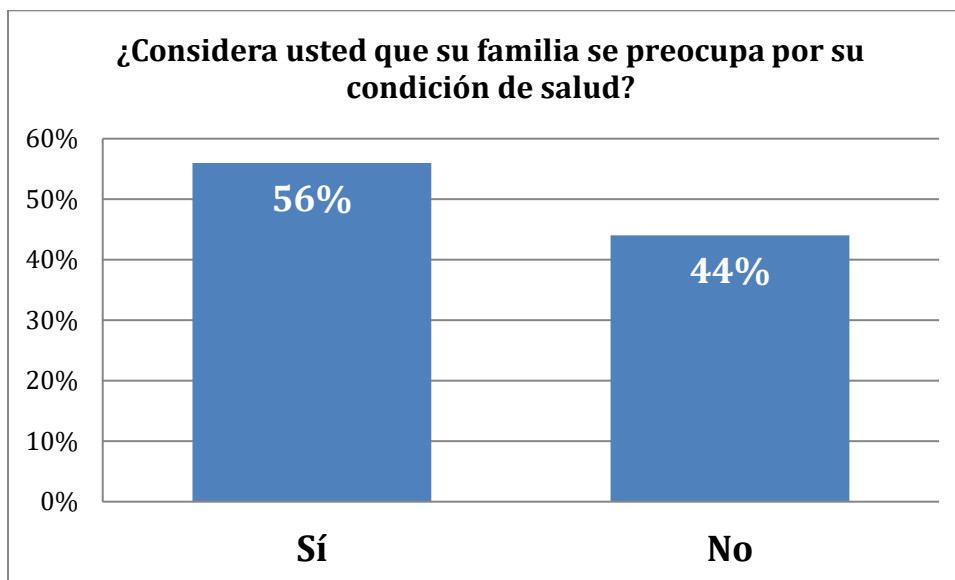
Características de la población objeto de estudio, según si considera que su familia se preocupa por su condición de salud.

PREOCUPACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sí	31	56%
No	24	44%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 26.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según si considera que su familia se preocupa por su condición de salud.



La mayoría de la población participante el 56% consideran que su familia si se preocupa por su condición de salud, sin embargo; un porcentaje significativo 44% no comparte esta percepción, lo que podría indicar una falta de comunicación o comprensión entre la familia y el adulto mayor con diabetes.

Tabla 27.

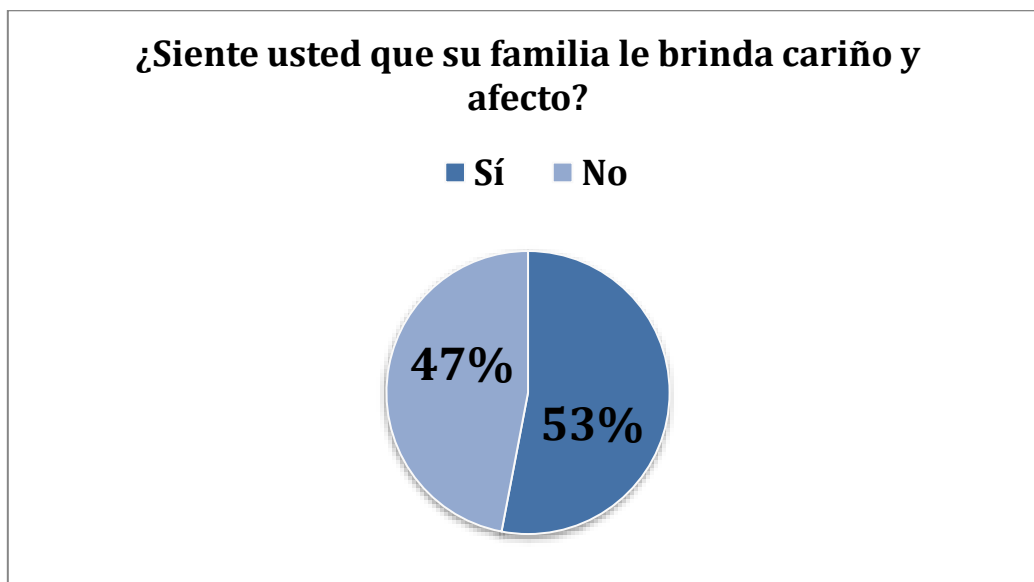
Características de la población objeto de estudio, según si siente que su familia le brinda cariño y afecto.

BRINDAR AFECTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sí	29	53%
No	26	47%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 27.

Gráfica de pastel porcentual de la población objeto de estudio, según si siente que su familia le brinda cariño y afecto.



Se puede apreciar que del total de participantes del estudio el 53% sienten que su familia sí les Brinda cariño y afecto, mientras que el 47% respondieron que no perciben ese nivel de cariño, lo que podría indicar una brecha en la comunicación emocional o en las expresiones afectivas familiares.

Tabla 28.

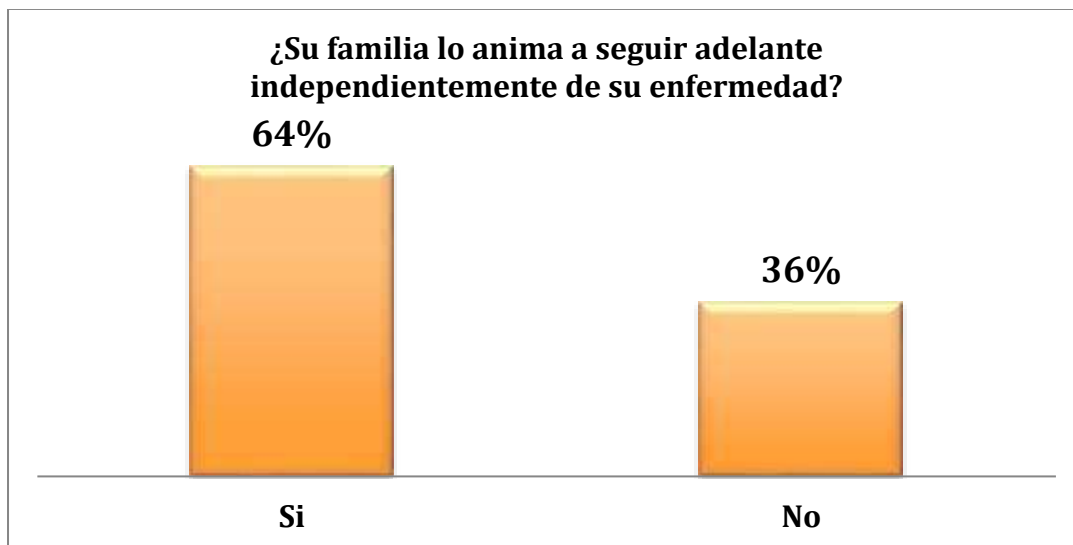
Características de la población objeto de estudio, según si siente que su familia lo anima a seguir adelante independientemente de su enfermedad.

SEGUIR ADELANTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	35	64%
No	20	36%
Total	55	100%

Fuente: Elsy González

Figura 28.

Gráfica de columna porcentual de la población objeto de estudio, según si siente que su familia lo anima a seguir adelante independientemente de su enfermedad



En cuanto al porcentaje estadístico proporcionado en esta gráfica, podemos señalar que el 64% de los encuestados sienten que su familia sí los anima a seguir adelante, independientemente de su enfermedad, por lo que experimentan un apoyo alentador por parte de su familia. Por otro lado, el 36% manifiesta no percibir ese nivel de animación, lo cual indica una falta de motivación o comprensión por parte de algunos familiares.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1. Datos Preliminares

- ❖ *Título:* Programa de integración y apoyo familiar de adultos y adultas mayores con diabetes para mejorar su situación de salud.
- ❖ *Beneficiados:* 55 Familias de pacientes de 60 años y más con diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre.
- ❖ *Ubicación:* Centro de Salud de Chilibre, Corregimiento de Chilibre, Distrito Panamá, Provincia de Panamá,
- ❖ *Tiempo estimado:* La duración de este programa es de 6 meses.
- ❖ *Investigadora Responsable:* Lic. Elsy E. González A.

5.2. Presentación

La propuesta *“Programa de integración y apoyo familiar de adultos y adultas mayores con diabetes para mejorar su situación de salud”*: Consiste en brindarle atención integral a un grupo determinado de 55 familias de adultos mayores con enfermedad de diabetes y así poder lograr el bienestar Psicosocial, físico y emocional del paciente con diabetes, promoviendo la integración, el apoyo y las buenas relaciones familiares. Dicho programa se desarrollará en el Centro de Salud de Chilibre Corregimiento de Chilibre, Distrito de Panamá.

Por otra parte, podemos decir que es muy importante el rol de la familia y de amigos ya que desempeñan un papel fundamental en el manejo de la enfermedad de la diabetes. Ofrecen apoyo emocional y práctico, como recordar la toma de medicamentos o controlar los niveles de glucosa entre otros aspectos relevantes.

Es importante señalar que es normal que los cuidadores experimenten sentimientos como preocupación, impotencia, culpa o confusión. Comunicar sus necesidades y preocupaciones es esencial para mantener un equilibrio entre el cuidado del adulto mayor con diabetes y el del propio bienestar del cuidador/a.

Cabe destacar que dicho programa tomará en cuenta todo lo referente a la estructura y dinámica familiar. El adulto mayor con diabetes se enfrenta a retos de la vida familiar que le permiten desarrollar o adquirir nuevas habilidades conectándose juntamente con su familia.

Dicho lo anterior, es de suma importancia intervenir, en las fases con los integrantes de las familias en el diagnóstico y análisis de los casos, talleres, visitas, evaluaciones y así ejecutar el plan de acción durante el acompañamiento familiar.

5.3. Modelo de Intervención

El modelo sistémico también está basado en la Teoría General de Sistemas y fue desarrollado por la escuela de Milán, dicho modelo estudia la red de relaciones familiares existentes.

Por otro lado, el modelo busca entender cómo funciona internamente el sistema familiar de acuerdo a su interacción con el exterior, especialmente con el terapeuta, quien por la naturaleza de la terapia termina formando parte del sistema. El modelo considera que la familia es un sistema que tendrá pautas de acción específicas de acuerdo a sus propias características, por lo que se busca localizar estas pautas de acción y cambiarlas cuando

son disfuncionales. Uno de los objetivos es ayudar a que la familia alcance la aceptación y diversifique emociones compartidas.

La metodología que seguirá el programa de intervención será dinámica, grupal y flexible. Se cree que la mejor forma de trabajar con las familias y con la disposición de suministrarle todas las sesiones para transmitirles la importancia del apoyo familiar y de su integración siendo cada uno agente multiplicador, para poner en práctica todo lo aprendido en las actividades

5.4. Justificación

La importancia de realizar esta propuesta sobre el tema planteado nos orienta a profundizar en el impacto que tiene el apoyo y la integración familiar en los adultos mayores con diabetes, lo cual nos lleva a trascender en el estudio en cuanto a los roles y estructura familiar.

En muchas familias, las cuales probablemente no hayan consolidado su crecimiento como distinción, los adultos mayores son menospreciados, subestimados y hasta relegados. Muchos de ellos son olvidados por sus familiares, en donde necesitan del apoyo de un pariente que les proporcione los cuidados necesarios, dado que, debido al proceso fisiológico de envejecimiento son demandantes de vastos cuidados por parte de la familia.

Para minimizar estos conflictos sociales, se utilizan procedimientos de apoyo a familias cuyo objetivo es preservar la integridad de la familia. Se trata de instruir a la familia para

dar una correcta atención al adulto mayor, desarrollando pautas de atención básica y prácticas educativas adecuadas, así como capacitar a la familia para enfrentarse a situaciones de crisis.

Todos estos componentes describen una propuesta clara sobre la comunicación constante que deben tener los miembros del hogar. Con la derivación de los principales problemas que presentan las personas adultas mayores con enfermedad de diabetes, los integrantes de la familia requieren de conocimientos y experticias para el establecimiento del apoyo y la integración familiar.

5.5. Objetivos

Objetivo General

- ❖ Lograr la integración y el apoyo familiar del adulto mayor con diabetes, promoviendo el autocuidado, la adherencia al tratamiento, comunicación, el manejo del estrés y el compromiso familiar para obtener así las herramientas necesarias que van a contribuir en mejorar la calidad de vida tanto del adulto mayor como del cuidador/a.

Objetivos Específicos

- ❖ Capacitar a los familiares para que ayuden al adulto mayor con el autocuidado, como la monitorización de la glucosa, la administración de medicamentos y el seguimiento de las citas médicas.
- ❖ Proporcionar herramientas para manejar el estrés relacionado con la diabetes.
- ❖ Fomentar la comunicación abierta y el apoyo emocional entre los miembros de la familia.

- ❖ Promover las relaciones familiares a través de actividades recreativas, culturales, que favorezcan la convivencia familiar y social.

5.6. Procedimiento, Métodos y Técnicas

Entre los procedimientos para la propuesta, se encuentran:

1. Identificación de Participantes:

- ❖ Realizar una convocatoria interna para identificar a los adultos mayores con diabetes de 60 años y más interesados en participar en el programa.
- ❖ Solicitar información relevante sobre los adultos mayores con enfermedad de diabetes.

2. Diagnóstico Inicial:

- ❖ Realizar entrevistas individuales con cada participante para comprender mejor su situación, necesidades y desafíos.
- ❖ Utilizar cuestionarios y herramientas de evaluación para obtener información más detallada sobre su situación de salud, bienestar emocional, y el compromiso de sus familiares.

3. Diseño y Adaptación del Programa:

- ❖ Diseñar un programa personalizado que se ajuste a las necesidades de los participantes.
- ❖ Adaptar los contenidos, actividades y talleres a las características y condiciones de salud de los adultos mayores con diabetes y sus familiares.

4. Implementación de Actividades y Talleres:

- Utilizar métodos participativos, como dinámicas grupales, talleres, charlas, y ejercicios prácticos, para fomentar la participación activa de los involucrados.
- Utilizar técnicas de aprendizaje experiencial, como estudios de caso y simulaciones, para facilitar la comprensión y aplicación de los conocimientos adquiridos.

5. Apoyo Individualizado:

- ❖ Proporcionar sesiones de asesoramiento y seguimiento individual a cada participante para abordar sus necesidades específicas y brindar orientación personalizada.
- ❖ Utilizar técnicas de escucha activa y empatía para crear un ambiente de confianza y comprensión.

6. Recursos Necesarios:

Recursos Humanos:

- ❖ Facilitadores y especialistas en trabajo social, psicólogos, enfermeras con experiencia en el tema de la diabetes en adultos mayores.
- ❖ Personal de apoyo administrativo para la gestión logística y organizativa del programa.
- ❖ Profesionales con experiencia en el ámbito socio-familiar, capacitados para brindar orientación y apoyo a las familias de adultos mayores con diabetes.
- ❖ Colaboradores externos, como representantes de instituciones de salud, que puedan brindar charlas y compartir buenas prácticas.

Recursos Materiales:

- ❖ Espacios físicos adecuados para la realización de las sesiones de capacitación y las actividades grupales.
- ❖ Equipamiento audiovisual (proyectores, pantallas, equipos de sonido) para facilitar la presentación de materiales didácticos y audiovisuales durante las sesiones.
- ❖ Materiales didácticos impresos, como guías de capacitación, manuales de apoyo y folletos informativos.
- ❖ Recursos tecnológicos, como computadoras y conexión a internet, para la investigación y acceso a recursos en línea relacionados con la diabetes. Materiales de papelería, como hojas, bolígrafos, marcadores, para las actividades grupales y ejercicios prácticos.

Recursos Financieros:

- ❖ Presupuesto para personal especializado y facilitadores externos (de ser necesario).
- ❖ Fondos para la adquisición de materiales didácticos, equipamiento audiovisual y recursos tecnológicos.
- ❖ Recursos para la gestión logística, como espacios, transporte, alimentación y otros gastos asociados a la realización de las sesiones de capacitación y actividades grupales.

- ❖ Posibilidad de acceder a financiamiento externo, a través de organismos gubernamentales, entidades no gubernamentales o fundaciones que apoyen proyectos y programas sociales.

Es importante destacar que los recursos necesarios pueden variar dependiendo del alcance y la magnitud del programa de capacitación y apoyo, así como de los acuerdos y convenios establecidos con instituciones y organizaciones colaboradoras. Se recomienda realizar un análisis detallado de los recursos disponibles y buscar la obtención de financiamiento adecuado para asegurar la viabilidad y el éxito del programa.

Monitoreo y Evaluación:

- ❖ Realizar seguimiento continuo del progreso de los participantes a través de registros y evaluaciones periódicas.
- ❖ Utilizar métodos de evaluación, como cuestionarios, entrevistas y grupos focales, para recopilar retroalimentación sobre la efectividad y relevancia del programa.

Ajustes y Mejora Continua:

- ❖ Utilizar los resultados de la evaluación y el seguimiento para realizar ajustes en el programa y mejorar su efectividad.
- ❖ Realizar reuniones periódicas encargado del programa para analizar los resultados y tomar decisiones basadas en evidencias.

Seguimiento a Largo Plazo:

- ❖ Mantener contacto con los participantes después de finalizado el programa para brindar apoyo continuo y asegurar la aplicación de las habilidades y conocimientos adquiridos.

Los procedimientos descritos se enfocan en garantizar una implementación efectiva del programa, utilizando métodos participativos y técnicas de apoyo individualizado para maximizar el impacto en los adultos mayores con enfermedad de diabetes y sus familiares

5.7. Desarrollo

La propuesta tiene aspectos que cumple elementos, que pueden identificarse así:

1. Diagnóstico de Necesidades:

- ❖ Realizar un diagnóstico detallado de las necesidades de los adultos mayores con diabetes, a través de encuestas, entrevistas y grupos focales.
- ❖ Identificar los factores familiares de riesgos que inciden en el cuidado del adulto mayor con diabetes.

2. Diseño del Programa:

- ❖ Basado en los resultados del diagnóstico, diseñar un programa integral que aborde las necesidades identificadas.
- ❖ Definir los objetivos generales y específicos del programa, estableciendo metas claras y alcanzables.

3. Selección de Actividades y Talleres:

- ❖ Seleccionar actividades y talleres relevantes que aborden temas como el autocuidado de la diabetes, comunicación efectiva, manejo del estrés, entre otros.

- ❖ Adaptar las actividades a las necesidades de los adultos mayores con diabetes considerando su salud física, niveles de energía y fatiga, control de glucosa, entre otros.

4. Recursos Necesarios:

- ❖ Identificar los recursos necesarios para implementar el programa, como personal capacitado en trabajo social, psicología y áreas relacionadas.
- ❖ Establecer alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones de salud, para brindar apoyo adicional y acceso a recursos.

5. Planificación del Tiempo:

- ❖ Elaborar un plan de actividades detallado, distribuyendo las actividades y talleres a lo largo de los seis meses del programa.
- ❖ Considerar los horarios de los participantes y buscar el horario que se ajuste a la participación en las actividades.

6. Implementación del Programa:

- ❖ Iniciar la implementación del programa, brindando los talleres y actividades planificados.
- ❖ Proporcionar seguimiento y apoyo continuo a los participantes, ofreciendo espacios de consulta y orientación.

7. Evaluación y Seguimiento:

- ❖ Realizar evaluaciones periódicas para medir el impacto del programa en los participantes.

- ❖ Recopilar retroalimentación de los adultos mayores y sus familiares para identificar áreas de mejora y ajustar el programa según sea necesario.

8. Evaluación a Largo Plazo:

- ❖ Establecer un sistema de evaluación a largo plazo, que abarque todo el año, para medir el impacto sostenido del programa en la vida de los participantes.
- ❖ Monitorear el bienestar de los adultos mayores con diabetes y sus familiares.

9. Mejora Continua:

- ❖ Utilizar los resultados de las evaluaciones y el seguimiento para realizar ajustes y mejoras en el programa a medida que avanza.
- ❖ Incorporar nuevos enfoques y técnicas basados en las necesidades y desafíos identificados durante la implementación.

La implementación de este programa busca brindar apoyo integral a los adultos mayores con diabetes, fortaleciendo su bienestar emocional, autocuidado, comunicación familiar y compromiso familiar. A través de una evaluación continua, se asegura la efectividad y relevancia de la propuesta a lo largo del tiempo.

5.8. Actividades

En muchas familias, las cuales probablemente no hayan consolidado su crecimiento como distinción, los adultos mayores son menospreciados, subestimados y hasta relegados. Muchos de ellos son olvidados por sus familiares, en donde necesitan del apoyo de un pariente que les proporcione los cuidados necesarios, dado que, debido al

proceso fisiológico de envejecimiento son demandantes de vastos cuidados por parte de la familia. Reconociendo esta realidad, presentamos el programa, diseñado para brindar herramientas y recursos que fortalezcan su bienestar emocional y familiar.

Sesión 1: Introducción y Conocimiento del Grupo

- ❖ Actividad: Dinámica de presentación y formación de vínculos.

En esta actividad, los participantes tendrán la oportunidad de presentarse compartiendo su nombre, intereses y algo divertido o inusual sobre sí mismos. Luego, se les pedirá que formen grupos de dos personas donde deberán responder una lista de preguntas relacionadas con la diabetes, la salud y el bienestar. El objetivo es crear un ambiente relajado, establecer conexiones entre los participantes al igual fomentar la comunicación y el trabajo en equipo.

- ❖ Taller 1: Etapas del Envejecimiento y su Importancia

En este taller se brindará información sobre las diferentes etapas del envejecimiento, Pre-vejez (55 a 65 años), Vejez (66 a 85 años), Ancianidad (86 años en adelante), lo cual permitirá a los familiares de los adultos mayores con diabetes comprender las características de cada etapa del envejecimiento ya que cada persona vive estas etapas de manera única, y las trayectorias pueden variar. Lo importante es adaptarse y cuidar tanto la salud física como la emocional.

- ❖ Taller 2: Cambios Biológicos del Envejecimiento.

Se abordará la importancia de los cambios biológicos a medida que envejecemos experimentamos los mismos aunados a los cambios emocionales y sociales. La adaptación a los cambios es clave para mantener una actitud positiva.

Sesión 2: Importancia de la Enfermedad de la Diabetes

❖ Actividad 1: Qué tanto conoces de la diabetes?

Los integrantes podrán participar de manera voluntaria y exponer cuanto conocen de la enfermedad de la diabetes, además, si desean nos pueden brindar su experiencia vivida con la enfermedad. Esto nos ayudará a medir los conocimientos que tengan los adultos mayores y sus familiares con respecto a la enfermedad de la diabetes y poder así reforzar y ampliar sus conocimientos.

❖ Taller 1: Educación de La Diabetes

Se proporcionará información básica de la enfermedad Qué es la diabetes, sus tipos (la diabetes tipo 1 y tipo 2), y como afecta al cuerpo, además describe los síntomas comunes y la importancia del diagnóstico temprano. Es crucial abordar este tema con sus familias ya que la misma puede proporcionar apoyo emocional y práctico al adulto mayor con diabetes.

❖ Taller 2: Manejo de la Diabetes

Se instruirá sobre el autocontrol diario, incluyendo la monitorización de la glucosa en sangre, la alimentación saludable y la actividad física, por otro lado, se destaca la

importancia de seguir el plan de tratamiento recomendado por su médico. La educación familiar puede ayudar a prevenir complicaciones relacionadas con la diabetes.

Sesión 3: Autocuidado

❖ Actividad 1: Conversación Consciente

En esta actividad se organizan grupos, donde los miembros pueden compartir sus experiencias y aprender nuevos hábitos de cuidado personal entre otros.

❖ Taller 1: Alimentación Saludable.

Se proporcionará información sobre los principios básicos de una dieta equilibrada y variada para controlar la glucosa en sangre, además proporcionar consejos prácticos para mantener una buena salud en los adultos mayores con diabetes.

❖ Taller 2: Ejercicio Físico.

En este taller se enfocará en enseñar ejercicios de bajo impacto, como caminar, entrenamientos o Yoga, al igual fomentar la actividad física regular, para mejorar la salud cardiovascular y la sensibilidad a la insulina.

Sesión 4: Comunicación Efectiva y Empatía

❖ Actividad 1: Ejercicio de escucha activa y comunicación no verbal.

En esta actividad, se realizarán ejercicios apropiados para mejorar la escucha activa y la comunicación no verbal. Los participantes se dividirán en parejas y practicarán técnicas como el contacto visual, el lenguaje corporal abierto y la repetición para demostrar

comprensión. El objetivo es fomentar la comunicación efectiva y fortalecer la empatía en las interacciones con los familiares de los adultos mayores con diabetes.

❖ Taller 1: Técnicas de Comunicación Asertiva.

Se brindarán herramientas prácticas para la comunicación asertiva y la expresión de emociones de manera respetuosa. Los participantes aprenderán a establecer límites claros, expresar sus necesidades y escuchar activamente las necesidades de los demás. Se hará énfasis en la empatía y la comprensión en las interacciones con los familiares de los adultos mayores con diabetes.

❖ Taller 2: Promoción de la Empatía en la Comunicación.

Se explorarán estrategias para fortalecer la empatía en la comunicación con los familiares de los adultos mayores con diabetes. Se realizarán actividades prácticas que permitan a los participantes ponerse en el lugar del otro y comprender sus perspectivas y emociones. Se promoverá la sensibilidad y el respeto hacia las experiencias únicas de cada familiar de los adultos mayores con diabetes. Además, se brindará a los participantes herramientas concretas para mejorar su comunicación. Al practicar la escucha activa, la comunicación no verbal y las técnicas de comunicación asertiva, podrán establecer una comunicación más efectiva y empática.

Sesión 5: Manejo del Estrés y Apoyo Emocional

❖ Actividad 1. Técnicas de Relajación

Se enseñarán técnicas de relajación y respiración profunda para ayudar a los participantes a reducir el estrés y la ansiedad. Se realizarán ejercicios prácticos de

relajación muscular progresiva y se guiará a los participantes a través de diferentes técnicas de respiración para promover la calma y el bienestar emocional.

❖ Taller 1: Técnicas para Manejo del Estrés.

En este taller, se ofrecen técnicas de relajación para manejar el estrés, como la meditación o la atención plena lo cual ayudara al adulto mayor con diabetes como a los familiares a mantener una actitud positiva ante el manejo de la enfermedad, ya que el estrés puede afectar los niveles de azúcar en sangre, por lo que aprender a manejarlo es esencial.

❖ Taller 2: Importancia del Apoyo Emocional

Se enfatizará sobre el impacto emocional de vivir con diabetes. La familia desempeña un papel crucial en el apoyo emocional práctico y comprensión mutua de los adultos mayores con diabetes.

Sesión 6: Evaluación y Seguimiento

❖ Actividad 1: Preguntas y Respuestas

Se organiza una sesión de preguntas y respuestas sobre los temas clave abordados durante el programa. Se dividen los participantes en equipos y el equipo con más respuestas correctas se premiará.

❖ Taller 1: Repaso de los Temas y Aprendizajes

Se realizará un repaso de los temas abordados a lo largo del programa de capacitación. Se brindará a los participantes la oportunidad de reflexionar sobre los conceptos,

herramientas y habilidades adquiridas durante las sesiones anteriores. Se hará énfasis en los aspectos más relevantes y significativos, permitiendo a los participantes consolidar y afianzar sus conocimientos.

❖ Taller 2: Evaluación del Programa y Planificación de Acciones Futuras

Se realizará una evaluación y se proporcionará un cuestionario a los integrantes para recopilar sus respuestas y comentarios sobre la efectividad de las sesiones. Los participantes tendrán la oportunidad de expresar los conocimientos adquiridos, además, podríamos resaltar los logros y proponer áreas de mejora para futuros programas similares.

Cuadro del desarrollo de la propuesta

Sesión	Actividades	Recursos	Tiempo estimado
<p>Sesión 1 Introducción y conocimiento del grupo</p>	<p>Actividad 1: Dinámica de presentación y formación de vínculos.</p> <p>Taller 1. Etapas del envejecimiento y su importancia</p> <p>Taller 2. Cambios biológicos del envejecimiento</p>	<p>Presentaciones de imágenes visuales e información sobre el envejecimiento.</p> <p>Materiales de escritura (hojas de papel, bolígrafos, pizarra o papelógrafo).</p>	<p>Mes 1</p>
<p>Sesión 2 Importancia de la enfermedad de la diabetes</p>	<p>Actividad 1: Qué tanto conoces de la diabetes?</p> <p>Taller 1. Educación de la diabetes</p> <p>Taller 2. Manejo de la diabetes</p>	<p>Presentación visual e información de la importancia de la diabetes</p> <p>hojas de trabajo, bolígrafos.</p>	<p>Mes 2</p>
<p>Sesión 3 Autocuidado</p>	<p>Actividad 1: conversación consciente</p> <p>Taller 1. Alimentación saludable</p> <p>Taller 2. Ejercicio físico</p>	<p>Presentaciones de imágenes visuales e información del Autocuidado.</p> <p>Materiales de escritura (hojas de papel, bolígrafos, pizarra o papelógrafo).</p>	<p>Mes 3</p>

<p>Sesión 4 Comunicación Efectiva y Empatía</p>	<p>Actividad 1. Ejercicios de escucha activa y comunicación no verbal</p> <p>Taller: Técnicas de comunicación asertiva</p> <p>Taller 2. Promoción de la empatía en la comunicación</p>	<p>Presentación visual con técnicas de comunicación asertiva y la empatía</p> <p>Hojas de papel, bolígrafos, pizarra o papelógrafo; materiales sobre técnicas de comunicación</p>	<p>Mes 4</p>
<p>Sesión 5 Manejo del Estrés y Apoyo Emocional</p>	<p>Actividad 1: Técnicas de Relajación</p> <p>Taller: 1 Técnicas para manejo del estrés.</p> <p>Taller 2. Importancia del apoyo emocional</p>	<p>Presentación visual con consejos para el manejo del estrés y apoyo emocional</p> <p>Colchonetas o almohadillas, música relajante, material de escritura.</p>	<p>Mes 5</p>
<p>Sesión 6 Evaluación y Seguimiento</p>	<p>Actividad 1. Preguntas y respuestas</p> <p>Actividad 2. Cierre y reflexión</p> <p>Taller 1: Repaso de los temas y aprendizajes.</p> <p>Taller 2: Evaluación del programa y Planificación de acciones futuras.</p>	<p>Hojas de papel, bolígrafos, pizarra o papelógrafo.</p>	<p>Mes 6</p>

Después de las 6 sesiones del programa, se dará inicio a un período de evaluación durante un año, que permitirá recopilar información sobre los resultados y el impacto a largo plazo de la capacitación. Durante este período, se llevarán a cabo diferentes métodos de evaluación, como encuestas, entrevistas o seguimiento de casos, para evaluar la aplicación de los conocimientos y habilidades adquiridas, así como el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes y sus familiares.

Es importante destacar que los tiempos y la duración de las sesiones son flexibles y pueden adaptarse según las necesidades y disponibilidad de los participantes y la institución. Además, se debe contar con un equipo capacitado y recursos adecuados para facilitar las actividades y talleres de manera efectiva. Igualmente, la evaluación es fundamental para determinar la efectividad del programa Integración y apoyo familiar de adultos mayores con diabetes para mejorar su situación de salud.

A continuación, se presentan algunos aspectos que podrían considerarse en la evaluación:

1. Evaluación de Conocimientos Adquiridos: Se puede realizar una evaluación al final de cada sesión para medir el nivel de comprensión y retención de los participantes sobre los temas abordados. Esto permitirá identificar las áreas en las que se requiere refuerzo y ajustar el enfoque de la capacitación en futuras sesiones.
2. Evaluación de la Aplicación de Habilidades: Es importante evaluar la capacidad de los adultos mayores con diabetes y sus familiares para aplicar las habilidades aprendidas en su vida cotidiana. Se pueden utilizar estudios de caso o situaciones

prácticas para evaluar cómo utilizan las herramientas y estrategias enseñadas durante el programa.

3. Evaluación del Impacto en el Bienestar: Se pueden utilizar cuestionarios o encuestas para evaluar el impacto del programa en el bienestar de los adultos mayores con diabetes y sus familiares. Se pueden incluir preguntas relacionadas con el manejo de la enfermedad de la diabetes y el estrés, mejora de la comunicación y el compromiso familiar etc.
4. Evaluación del Cumplimiento de Objetivos: Se deben revisar los objetivos establecidos al inicio del programa y evaluar en qué medida se han alcanzado. Esto permitirá determinar si las actividades y talleres propuestos han sido efectivos para lograr los resultados esperados.
5. Evaluación del Proceso de Capacitación: Es importante recopilar comentarios y opiniones de los participantes sobre la organización, el contenido y la metodología del programa de capacitación. Esto ayudará a identificar áreas de mejora y realizar ajustes para futuras implementaciones.

La evaluación debe realizarse periódicamente a lo largo del programa y también desarrollar una evaluación final al término del año de implementación. Esto proporcionará una visión global del impacto a largo plazo y permitirá realizar ajustes necesarios para mejorar futuras ediciones. Es decir, durante todo el año, el proceso de

evaluación deberá ser continuo para medir el impacto y la efectividad del programa en los adultos mayores y sus. Algunas acciones de evaluación a considerar, pueden ser:

1. Encuestas de Inicio: antes de iniciar el programa, se puede administrar una encuesta inicial para recopilar información sobre las expectativas y necesidades de los involucrados.
2. Evaluación de las Actividades y Talleres: después de cada actividad o taller, se puede solicitar a los integrantes que evalúen su experiencia y proporcionen comentarios sobre la relevancia, utilidad y efectividad de la sesión.
3. Seguimiento Individualizado: realizar entrevistas a los participantes para evaluar su progreso, identificar áreas de mejora y brindar apoyo adicional si es necesario.
4. Encuestas de Satisfacción: al finalizar el programa, se puede hacer una encuesta de satisfacción para recopilar opiniones generales sobre el programa y obtener información valiosa para futuras mejoras.
5. Seguimiento a largo Plazo: mantener contacto con los participantes después del programa para evaluar el impacto, a largo plazo en su bienestar emocional, habilidades de cuidado y compromiso familiar.

Es muy importante utilizar los resultados de la evaluación para hacer ajustes y mejoras continuas en el programa, con el objetivo de garantizar su efectividad y adaptación a las necesidades cambiantes de los adultos mayores con diabetes y sus familiares.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en la investigación: *“Factores familiares de riesgos que afectan el cuidado de la salud del adulto y adulta mayor con enfermedad de diabetes del Centro de Salud de Chilibre período 2022-2024”*, presentado como requisito para optar por el grado de Maestría en Políticas, Promoción e Intervención Familiar, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- ❖ Los adultos y adultas mayores con diabetes atendidos en el Centro de Salud de Chilibre son principalmente mujeres viudas de 66 a 71 años, con educación primaria, ingresos mensuales menores a doscientos (200.00) dólares y beneficiarios del programa 120/65. La mayoría viven en la comunidad de San Vicente, la religión que prevalece es la católica, tienen vivienda propia y residen con sus hijos. Estas condiciones socioeconómicas limitan el acceso a una adecuada alimentación y medicamentos, complicando el manejo de la diabetes y generando estrés adicional en el hogar.

- ❖ Los resultados indican que la mayoría de los adultos y adultas mayores con diabetes reciben apoyo significativo de sus familias, quienes los acompañan a sus citas médicas. La buena comunicación y la resolución tranquila de problemas dentro de la familia contribuyen positivamente al bienestar de los adultos y adultas mayores. Sin embargo, la falta de expresión abierta de sentimientos puede limitar la efectividad de esta comunicación.

- ❖ La población estudiada percibe alto nivel de apoyo familiar. La mayoría se siente importante para sus familias y está satisfecha con el apoyo recibido, tanto emocional como económico. Este apoyo incluye preocupación por su salud, afecto, cariño y motivación para seguir adelante.

RECOMENDACIONES

El trabajo de investigación se enfocó en analizar la derivación de los principales problemas que presentan las personas adultas mayores con enfermedad de diabetes, y los factores de intervención de los miembros de la familia, el requerimiento de conocimientos y experticias para el establecimiento del acompañamiento familiar. Tras lo analizado y expuesto, por lo que recomiendo:

- ❖ Promover actividades con los adultos y adultas mayores y sus familiares, sobre manejo terapéutico de la diabetes de manera que mejore la salud física, psicológica y social, para así mantener la autonomía e independencia del adulto mayor.
- ❖ Diseñar campañas educativas sobre la importancia del cuidado de la salud en adultos y adultas mayores con diabetes, promoviendo actividades comunitarias que integren a todos los miembros de la familia.
- ❖ Establecer grupos de apoyo para familiares de pacientes con enfermedad de diabetes, liderados por profesionales en Trabajo Social.
- ❖ Se le recomienda al equipo multidisciplinario elaborar un directorio de los recursos institucionales gubernamentales y no gubernamentales existentes que puedan brindar el apoyo a los programas de intervención familiar.

- ❖ La Implementación de la Propuesta “Programa de integración y apoyo familiar de adultos y adultas mayores con diabetes para mejorar su situación de salud”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, V. (3 de Agosto de 2017). *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*.
Obtenido de Apoyo familiar en adultos mayores que asisten al programa de diabetes de un hospital del MINSA en Lima. 2017:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/>
- Arosemena, G. (2023). *Aumentan quejas por posible vulneración a los derechos de los adultos mayores*. Panamá: Nodo de Transparencia de la Defensoría del Pueblo.
- Balza, R. (2020). *Detección y notificación de desprotección*. Cantabria: ICASS.
- Casares, R. (16 de Septiembre de 2017). *Dialnet*. Obtenido de La intervención desarrollada por los equipos de tratamiento familiar: <https://dialnet.unirioja.es/se>
- Díaz, D. (2015). Toma de decisiones: el imperativo diario de la vida en la organización moderna. *Revista ACIMED*, 1. Obtenido de Toma de decisiones: el imperativo diario de la vida en la organización moderna.
- Díaz, M. d. (2019). Modelo De Intervención Para El Trabajo Social Familiar. *Revista de la Universidad de Costa Rica*, 1-6.
- Guerrero, N. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Revista Universidad y Salud*, 121-167.
- Guillén, E. (2017). Intervención familiar en situación de riesgo. *INFAD Revista de Psicología*, 112-129.

- Hidalgo, V. (20 de Septiembre de 2021). *Programa de Integración Familiar PIF*.
Obtenido de Manual técnico para su implementación y evaluación:
<https://www.serviciosocialescantabria.org/>
- Hurtado León & Toro Garrido, 2001: *Proyecto de investigación*. Caracas: El Juego Ciencia.
- IASS. (2020). *Protocolo de actuación para la intervención familiar*. Zaragoza: Instituto Arangonez de Servicios Sociales.
- López, M. B. (2018). Taller: 'Intervención en crisis: Familia y menores en situación de riesgo'. *Revista del Centro de Formación y Atención Colegial*, 1.
- Martínez, J. (2021). Calidad de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. *Revista salud-Uninorte*, 302-315.
- Medina, G. (17 de Enero de 2019). *La comunicación familiar: definición, características y más*. Obtenido de Definición de La comunicación familiar:
<https://casateyveras.com/c-convivencia/comunicacion-familiar/>
- Mendizábal, O. (2016). Estructura familiar y diabetes. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*.
- OMS. (4 de Diciembre de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de La salud mental y los adultos mayores: <https://www.who.int/es>
- Palacio, P. A. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño:.
PSICOESPACIOS, 175.
- Paz, A. d. (2012). Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *Revista Medisan*, 112-145.

Pérez, V. (2018). Estrategia de intervención dirigida al mejoramiento de la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los senescentes para mejorar su calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11-24.

Prebisch, S. (2021). *Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada*. Santiago de Chile: CEPAL.

Quicios, M. (2021). La desprotección invisible, nueva raíz del riesgo social infantil y juvenil. *Revista Universitaria Pedagogía Social*, 117-129.

Rodríguez, Mañasa. L (2001). Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 24-25.

Salvi, C. V. (16 de Septiembre de 2014). *Universidad Nacional de La Plata*. . Obtenido de Herramientas para trabajar con familia y redes:

<https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/>

Secades, R. (11 de Octubre de 2011). *Dirección de Comunicación de la Diputación de Barcelona*. Obtenido de Guía para promover la implicación y la participación de la familia en os programas preventivos:

www.prevencionbasadaenlaevidencia.net

UNESCO. (2018). *Prevención y atención de factores de riesgos en niñas, niños y adolescentes*. Lima: Editorial Horizontes.

Velásquez, V. (2022). Riesgo Familiar Total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundinamarca, Colombia). *Revista Salud-Uninorte*, 125-231.

Yapu, R. (16 de Diciembre de 2016). *Universidad de Cuyo*. Obtenido de La familia en el Cuidado y Acompañamiento del Adulto Mayor durante el proceso de Envejecimiento: <https://core.ac.uk/>

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN POLÍTICA, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN
FAMILIAR

La aplicación del presente cuestionario tiene el objetivo de adquirir información respecto a los Factores Familiares de Riesgos que afectan el cuidado de la salud, de los adultos mayores con diabetes, desde la óptica del paciente del Centro de Salud de Chilibre.

Solicitamos su colaboración en responder a las preguntas formuladas para el desarrollo de este Trabajo de Graduación. Se agradece su cooperación y voluntad garantizándole confiabilidad y reserva de la información entregada, lo cual será importante aporte para nuestra profesión.

CUESTIONARIO**I. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES.****1. Edad**

60 a 65 años _____ 66 a 71 años _____ 72 a 78 _____ 79 a 84 _____ 85 o más _____

2. Sexo

Femenino _____ Masculino _____

3. Estado civil

Soltero (a) _____ Divorciado (a) _____ Unido (a) _____ Viudo (a) _____ Casado (a) _____

4. ¿Cuál es su nivel educativo?

Primaria _____, Premedia _____, Media _____ Técnico _____,

Licenciatura _____, Postgrado _____, Ninguno _____.

5. ¿Cuál es su situación económica actual?

Jubilado _____ Pensionado _____ Recibe el subsidio de 120/65 _____ Otros _____

6. ¿Cuál es su ingreso mensual?

Menos de B/.200 _____ B/. 200 a B/.400 _____ B/. 500 a B/. 700 _____

B/. 800 a B/. 1000 _____ B/. 1000 y más _____

7. Lugar de nacimiento

_____ Provincia o país.

8. Residencia actual

9. Religión que profesa: Católica ___ adventista ___ Evangélica ___ Testigo de Jehová ___
 Otra (especifique) _____

10. Tipo de vivienda

Alquilada ___ Propia ___ Cedida ___ Otros _____

11. ¿Con quién vive en su casa?

Madre ___ Padre ___ Hermanos ___ Tíos ___ Pareja ___ Hijos ___ Otros ___

II. FACTORES FAMILIARES DE RIESGOS QUE AFECTAN AL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES.

12. ¿Es usted el encargado de sufragar los gastos del hogar?

Sí _____ No _____

13. ¿Cuánto destina usted para los gastos del hogar?

Alimentación _____ Vestido _____ Vivienda _____ Limpieza _____

Salud _____ Transporte _____ Educación _____ Personal _____

14. ¿Cómo considera usted que es la comunicación en la familia?

Buena _____ Mala _____

15. ¿Usted como miembro de la familia está satisfecho con la forma en que se comunican entre sí?

Sí _____ No _____

16. ¿Cada que tiempo se comunican?

Pocas veces ___ Muchas veces ___ Siempre _____

17. ¿Usted sabe escuchar a su familia?

Sí _____ No _____

18. ¿En su entorno familiar se expresan sentimientos e ideas abiertamente?

Sí _____ No _____

19. ¿Disfruta pasar tiempo con su familia?

Sí _____ No _____

20. ¿Los miembros de su familia resuelven tranquilamente los problemas

Sí _____ No _____

21. ¿Quién lo acompaña a sus citas médicas o a sus controles?

Va solo _____ Con un amigo _____ Con un familiar _____ Con un vecino _____

22. ¿En las 24 horas del día siempre hay alguien pendiente a su cuidado?

Sí _____ No _____

Si su respuesta fue positiva diga quien lo acompaña _____

III. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES CON RESPECTO AL APOYO FAMILIAR QUE RECIBEN.

23 ¿Se considera usted importante para su familia?

Sí _____ No _____

Si su respuesta es no porque _____

24 ¿Está usted satisfecho con el apoyo que le brinda su familia?

Sí _____ No _____

Si su respuesta es no porque _____

25. ¿Qué tipo de apoyo recibe de su familia?

Económico _____ Emocional _____ otros (Gestión de la enfermedad, apoyo nutricional, apoyo en la actividad física, apoyo en la educación sobre la diabetes) _____

26. ¿Considera usted que su familia se preocupa por su condición de salud?

Sí _____ No _____

27. ¿Siente usted que su familia le brinda cariño y afecto?

Sí _____ No _____

28. ¿Su familia lo anima a seguir adelante independientemente de su enfermedad?

Sí _____ No _____

ANEXO 2**Universidad de Panamá****Vicerrectoría de Investigación y Postgrado****Facultad de Administración Pública.****Maestría en Políticas, Promoción e Intervención Familiar****Consentimiento Informado para Investigaciones Sociales.**

Yo _____, con cédula de identidad personal _____ declaro que he sido invitado(a) a participar en la investigación _____

_____ objetivo principal es

Certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto a mi Participación en esta investigación.

Estoy consciente que la información que he proporcionado puede ser empleada única y exclusivamente para la elaboración de una investigación académica, para elaborar propuestas que incidan en la solución de la problemática que se presenta en las entidades públicas, privadas y familiares.

Autorizo el uso de la información para los fines aquí señalados, respetando la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada.

 Firma