

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**

**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

**CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE COCLÉ**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN POLÍTICAS PROMOCIÓN E  
INTERVENCIÓN FAMILIAR**

**COMPORTAMIENTO DE LAS ÁREAS SOCIOECONOMICAS Y  
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ADULTOS(AS) MAYORES  
ENCAMADOS(AS) QUE RECIBEN LOS SERVICIOS EN LA POLICLINICA  
ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO 2013**

**JEANNETTE DEL CARMEN VÁSQUEZ VARGAS**

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA  
OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN POLÍTICAS  
PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR**

**2014**

ST

## DEDICATORIA

3 - DEL 2014

**Esta investigación se la dedico de manera muy especial a mi Dios quien me ha dado la vida la fuerza para seguir adelante**

**Con mucho amor dedico este trabajo a mis hijas(os) Yorlenie Jeannette Kathiushka Nathiel Nazareth Oscar Augusto quienes siempre han sido mi fuente de inspiración**

**De igual forma se lo dedico a una personita muy especial mi quendo nieto Diego Andrés que es mi felicidad**

**A mi quenda madre Elcira me ha inspirado para continuar siempre superándome  
A la memona de mi quendo padre Lalo quien siempre supo encauzarme para que continuara estudiando**

**A mis hermanos quienes siempre han sabido ser fuente de inspiración para ir superando obstáculos**

Ok

**A una persona muy especial José Eduardo quien siempre demostró solidandad afecto y apoyo y ha sido una persona que me ha comprendido e impulsado para no desmayar**

# **AGRADECIMIENTO**

**Hoy de manera muy especial agradezco a mi Dios por permitirme concluir este trabajo de grado y culminar esta Maestría**

**Deseo agradecer a mi asesora Magister Luz Aelyda Terán por la paciencia apoyo y orientaciones pertinentes durante todo este proceso por su disposición de ayudarme siempre**

**Al Doctor Maximino Espino por sus orientaciones oportunas por todas las sugerencias y mantener siempre las puertas abiertas para cualquier consulta o consejo durante el proceso**

**A todos mis profesores por sus atinadas enseñanzas en especial a la profesora Malvina Díaz de Ceballos quien siempre demostró solidaridad y cercanía cálida**

**Al profesor Ricaurte Tuñón por sus reflexiones oportunas**

**A mi compañera de grupo Rosa Trejos que se constituyó en una fuente de inspiración para concluir el mismo**

**A mi familia y a José Eduardo por su paciencia tolerancia quienes siempre me animaron y fueron muy comprensivos durante la realización de esta investigación que representó momentos de ausencia en la misma**

## INDICE

Pág

<b>DEDICATORIA</b>	<b>i</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iii</b>
<b>INDICE GENERAL</b>	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICAS</b>	<b>ix</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo Primero Aspectos Generales De La Investigación</b>	<b>6</b>
<b>1 1 Planteamiento del problema</b>	<b>7</b>
<b>1 2 Hipótesis de Trabajo</b>	<b>18</b>
<b>1 3 Objetivos</b>	<b>18</b>
<b>1 4 Justificación</b>	<b>19</b>
<b>1 5 Delimitación y alcance</b>	<b>21</b>
<b>Capítulo Segundo Marco Teórico</b>	<b>22</b>
<b>2 1 Significado y enfoques de familia</b>	<b>23</b>
<b>2 2 Funciones principales de la familia</b>	<b>26</b>
<b>2 3 Componentes del funcionamiento familiar</b>	<b>29</b>
<b>2 4 Teorías de funcionamiento en torno a la familia</b>	<b>35</b>
<b>2 4 1 Teoría General de Sistema</b>	<b>36</b>
<b>2 4 2 Teoría estructural del funcionamiento familiar</b>	<b>39</b>
<b>2 4 3 Teoría del ciclo vital</b>	<b>40</b>
<b>2 5 Aspectos del envejecimiento Teorías</b>	<b>43</b>
<b>2 5 1 Aspectos generales</b>	<b>43</b>

<b>2 5 2 Teorías del envejecimiento</b>	<b>50</b>
<b>2 6 Adulto(a) mayor encamado(a) Implicaciones en el detenoro social cognitivo funcional</b>	<b>52</b>
<b>2 7 Familia y Adulto(a) mayor encamado(a)</b>	<b>54</b>
<b>2 7 1 Repercusiones en la familia</b>	<b>56</b>
<b>2 7 2 Participación familiar en el cuidado del adulto(a) mayor encamado(a)</b>	<b>64</b>
<b>2 8 Normativas que protegen a los (as) adultos(as) mayores</b>	<b>68</b>
<b>2 8 1 Acciones internacionales</b>	<b>68</b>
<b>2 8 2 Constitución de la Republica de Panamá</b>	<b>72</b>
<b>2 8 3 Leyes Nacionales</b>	<b>73</b>
<b>2 8 4 Decretos Ministeriales</b>	<b>75</b>
<b>2 8 5 Resoluciones</b>	<b>76</b>
<b>2 8 6 Políticas sociales dirigidas a los(as) adultos (as) mayores</b>	<b>76</b>
<b>2 9 Instituciones con responsabilidades hacia los(as) a Adultos (as) Mayores en Panamá</b>	<b>78</b>
<b>2 9 1 MIDES</b>	<b>78</b>
<b>2 9 2 Ministerode Salud</b>	<b>79</b>
<b>2 9 3 Caja de Seguro Social</b>	<b>80</b>
<b>2 9 4 INAMU</b>	<b>82</b>
<b>2 9 5 Defensoría del Pueblo</b>	<b>83</b>
<b>2 10 Descripción del contexto y escenano de estudio</b>	<b>84</b>
<b>2 10 1 Contexto geográfico político social y económico del Distrito de Chitré</b>	<b>84</b>
<b>2 10 2 Descripción de las instalaciones médicas</b>	<b>86</b>
<b>2 10 3 Programa de Servicio de Atención Domiciliaria ( SADI)</b>	<b>86</b>
<b>2 10 4 Metodología que utiliza el personal para la atención a los adultos(as) mayores encamados</b>	<b>88</b>
<b>2 11 La intervención profesional de la y el Trabajador(a) Social</b>	<b>89</b>
<b>Capitulo Tercero Marco Metodológico</b>	<b>96</b>
<b>3 1 Tipo De Estudio</b>	<b>97</b>
<b>3 2 Población y muestra</b>	<b>97</b>

<b>3 3 Sistema de Variables</b>	<b>100</b>
<b>3 4 Diseño estadístico</b>	<b>104</b>
<b>3 5 Instrumentos de recolección de datos</b>	<b>105</b>
<b>3 6 Recolección de datos</b>	<b>106</b>
<b>3 7 Aspectos éticos</b>	<b>107</b>
<b>Capítulo Cuarto Análisis e interpretación de los hallazgos</b>	<b>108</b>
<b>4 1 Información obtenida de las características socio económicas de los(as) adultos (as) mayores encamados(as)</b>	<b>109</b>
<b>4 2 Información obtenida de las características socioeconómicas de las familias de los (as) adultos(as) mayores encamados(as)</b>	<b>121</b>
<b>4 3 Información procedente de la persona responsable del cuidado del adulto(a) mayor encamado(as)</b>	<b>134</b>
<b>4 4 Análisis de las políticas que regula la atención del adulto (a) mayor encamado(a)</b>	<b>146</b>
<b>4 5 Análisis de desafíos y perspectivas para el trabajador social</b>	<b>147</b>
<b>4 6 Entrevista a funcionarios que integran el equipo multidisciplinario del SADI</b>	<b>152</b>
<b>4 7 Relación de la opinión de la población encamada las familias y del equipo interdisciplinario de la Policía de la Caja de Seguro Social en cuanto al funcionamiento familiar</b>	<b>159</b>
<b>Capítulo Quinto Propuesta de estrategias de promoción prevención e intervención profesional para fortalecer la atención que ofrecen las familias a los(as) adultos(as) mayores encamados(as)</b>	<b>161</b>
<b>5 1 Resumen</b>	<b>162</b>
<b>5 2 Diagnóstico</b>	<b>162</b>
<b>5 3 Necesidades generales</b>	<b>165</b>
<b>5 4 Diseño de propuesta</b>	<b>167</b>
<b>5 5 Actividades</b>	<b>170</b>
<b>5 6 Recursos</b>	<b>172</b>
<b>5 7 Estimado de presupuesto preliminar</b>	<b>174</b>
<b>5 8 Tiempo</b>	<b>175</b>
<b>5 9 Cronograma</b>	<b>176</b>

<b>5 10 Responsables</b>	<b>177</b>
<b>5 11 Evaluación</b>	<b>177</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>179</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>181</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>182</b>
<b>Anexos</b>	<b>186</b>

## **INDICE DE TABLAS**

	<b>Página</b>
<b>Tabla No 1 Pacientes encamados entrevistados segun corregimiento Distrito de Chitré 2013</b>	<b>99</b>
<b>Tabla No 2 Ingreso mensual y egresos de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego segun edad Chitré 2013</b>	<b>109</b>
<b>Tabla No 3 Ingresos Egresos y Montos medianos de la ayuda de las Familias de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Chitré 2013</b>	<b>121</b>
<b>Tabla No 4 Monto de la remuneración de las personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Chitré 2013</b>	<b>141</b>
<b>Tabla No 5 Percepción de Adulto(a) mayor encamado(a) familia y equipo interdisciplinario de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego sobre el funcionamiento familiar Chitré 2013</b>	<b>159</b>

## INDICE DE GRÁFICAS

Página

<b>Gráfica No 1 Adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego por sexo Chitré 2013</b>	<b>110</b>
<b>Gráfica No 2 Adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego por estado civil Chitré 2013</b>	<b>111</b>
<b>Gráfica No 3 Adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego segun corregimiento de procedencia Chitré 2013</b>	<b>112</b>
<b>Gráfica No 4 Adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego segun estatus en la Caja de Seguro Social Chitré 2013</b>	<b>113</b>
<b>Gráfica No 5 Adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego según frecuencia de atención médica recibida Chitré 2013</b>	<b>114</b>
<b>Gráfica No 6 Adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego segun atención médica Chitré 2013</b>	<b>115</b>
<b>Gráfica No 7 Adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego según tenencia de bienes o propiedades Chitré 2013</b>	<b>116</b>
<b>Gráfica No 8 Percepción de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) sobre las dimensiones del funcionamiento familiar Chitré 2013</b>	<b>117</b>
<b>Gráfica No 9 Funcionalidad familiar segun adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>119</b>
<b>Gráfica No 10 Estrategias empleadas segun los(as) adultos(as) mayores encamados(as) por la familia para el cuidado Chitré 2013</b>	<b>120</b>
<b>Gráfica No 11 Parentesco de la persona responsable de los Adultos mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Chitré 2013</b>	<b>122</b>
<b>Gráfica No 12 Composición familiar de las familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré 2013</b>	<b>123</b>
<b>Gráfica No 13 Ayuda económica para las familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré 2013</b>	<b>124</b>
<b>Gráfica No 14 Personas e instituciones de las que reciben ayuda las familias responsables de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré 2013</b>	<b>124</b>
<b>Gráfica No 15 Tenencia de la vivienda de la familia de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré 2013</b>	<b>125</b>
<b>Gráfica No 16 Propiedad de la tierra de las familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré 2013</b>	<b>126</b>

<b>Gráfica No 17 Servicios con que cuentan las viviendas de las familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré 2013</b>	<b>127</b>
<b>Gráfica No 18 Accesos con que cuentan las viviendas de las familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré 2013</b>	<b>128</b>
<b>Gráfica No 19 Áreas en la comunidad para los(as) adultos(as) mayores encamados(as) y sus familias de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Chitré 2013</b>	<b>129</b>
<b>Gráfica No 20 Acceso a transporte público de las familias responsables de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré 2013</b>	<b>130</b>
<b>Gráfica No 21 Dimensiones de la funcionalidad familiar segun familiares de de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré 2013</b>	<b>131</b>
<b>Gráfica No 22 Funcionalidad familiar segun familiares de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré</b>	<b>133</b>
<b>Gráfica No 23 Edad de la persona responsable del cuidado de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>134</b>
<b>Gráfica No 24 Sexo de la persona responsable del cuidado de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>135</b>
<b>Gráfica No 25 Ocupación de las personas responsables del cuidado de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>136</b>
<b>Gráfica No 26 Parentesco de las personas responsables del cuidado de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>137</b>
<b>Gráfica No 27 Nivel educativo de las personas responsables del cuidado de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>138</b>
<b>Gráfica No 28 Entrenamiento de las personas responsables del cuidado de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>139</b>
<b>Gráfica No 29 Remuneración de las personas responsables del cuidado de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>140</b>
<b>Gráfica No 30 Manejo de emociones de las personas responsables del cuidado de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>142</b>
<b>Gráfica No 31 Dedicación de las personas responsables del cuidado de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>143</b>
<b>Gráfica No 32 Otras Actividades de las personas responsables del cuidado de adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>144</b>
<b>Gráfica No 33 Opinión de la familia sobre el cuidado que reciben los(as) adultos(as) mayores encamado(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>145</b>
<b>Gráfica No 34 Políticas que regulan la atención del adulto(a) mayor encamado(a) y su familia Chitré 2013</b>	<b>146</b>

<b>Gráfica No 35 Labor realizada por el/ la trabajador/a Social con los(as) adultos(as) mayores encamado(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>147</b>
<b>Gráfica No 36 Tareas que realiza el(la) Trabajadora Social con los(as) adultos(as) mayores encamado(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>149</b>
<b>Gráfica No 37 Opinión de la forma de actuar de la Trabajadora Social en el fortalecimiento de familia de los(as) adultos(as) mayores encamado(as) de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego Chitré 2013</b>	<b>151</b>
<b>Gráfica No 38 Percepción del equipo interdisciplinario del SADI sobre funcionamiento familiar de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré</b>	<b>153</b>
<b>Gráfica No 39 Funcionalidad familiar según funcionarios del equipo interdisciplinario del SADI Policlínica Roberto Ramírez de Diego Chitré 2013</b>	<b>154</b>
<b>Gráfica No 40 Políticas que regulan la atención a la población adulta mayor encamada y a su familia de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Chitré 2013</b>	<b>155</b>
<b>Gráfica No 41 Rol del (la) Trabajador(a) Social frente a las familias de los familiares de los adultos(as) mayores encamados(as) ) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Chitré 2013</b>	<b>156</b>
<b>Gráfica No 42 Tareas que realiza el (la) Trabajador(as) Social dentro del equipo multidisciplinario del SAD de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Chitré 2013</b>	<b>157</b>
<b>Gráfica No 43 Opinión del equipo del SADI de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego sobre la forma cómo debe actuar el(la) Trabajador (a) Social en el fortalecimiento de las familias de los(las) adultos(as) mayores encamados(as) Chitré 2013</b>	<b>158</b>

## RESUMEN

Se trata de un estudio diagnóstico de corte transversal descriptivo mediante un diseño no experimental para analizar el comportamiento que presentan las áreas del funcionamiento familiar y socio económico de los adultos(as) mayores encamados(as). La población estuvo constituida por 160 adultos(as) mayores encamados(as) que reciben servicios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Distrito de Chitré Provincia de Herrera. Se seleccionaron aleatoriamente 34 pacientes encamados familiares y personas responsables (uno por cada Adulto Mayor Encamado). Además se incluyó a cinco funcionarios del equipo multidisciplinario que atiende el Programa Sistema de Atención Domiciliaria Integral (SADI). Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS20). La caracterización de los adultos mayores y sus familias se realizó utilizando medidas descriptivas como la mediana (para variables cuantitativas) y porcentajes (para variables cualitativas). Los resultados se muestran mediante tablas y/o gráficas. Para la recolección de los datos se emplearon una encuesta estructurada (para el adulto mayor familia y persona responsable) y una guía de entrevista aplicada al personal que labora en el programa de Adultos(as) Mayores Encamados(as) de la Policlínica de la Caja De Seguro Social Dr. Roberto Ramírez de Diego. La validez y confiabilidad se verificaron en algunas unidades de observación que reunían las características del conjunto. Los resultados indican que los Adultos Mayores proceden mayormente de Chitré y la Arena con ingresos económicos (propios y de familiares) insuficientes para hacerle frente a sus necesidades por lo que se ven obligados a percibir ayuda de otros familiares o instituciones. En su mayoría son dueños de la tierra y la casa son asegurados o beneficiarios. Los hogares no cuentan con servicios básicos y las comunidades con transporte público ni facilidades para el cuidado y atención del adulto mayor. El adulto mayor percibe adecuadas las estrategias empleadas en su cuidado y atención. Ellos y sus familias consideran adecuado el funcionamiento familiar sin embargo manifiestan debilidades en las dimensiones de permeabilidad, cohesión y roles. Esta percepción es contraria a la del personal del SADI quienes la perciben como disfuncional señalando las debilidades en la comunicación y cohesión. Las personas responsables del adulto mayor son en su mayoría familiares del sexo femenino con niveles educativos de primaria y secundaria de 41 años o más con dedicación a tiempo completo y que no perciben remuneración. Las políticas y normativas aplicadas por la Institución para el cuidado del Adulto Mayor fueron consideradas adecuadas. Por su lado se consideró que el Trabajador Social cumple con el rol de su formación ejerciendo su papel de mediador, generador de fortalecimiento familiar y orientador.

**Palabra Clave:** Funcionamiento Familiar

## **ABSTRACT**

**This is a diagnostic study of descriptive cross-sectional cut through a non experimental design to analyze the behavior that present the family functioning and socioeconomic areas of the elderly bedridden. The population consisted of 160 elderly bedridden who receive services at the Policlínica Roberto Ramírez Diego District of Chitré Province of Herrera. 34 bedridden patients relatives and person responsible (one for each Senior Bedfast) were selected randomly. In addition five multidisciplinary team officials serving the program Sistema de Atención Domiciliaria Integral (SADI) that translates Integrated Homecare System were included. For data analysis the Statistical Package for Social Science (SPSS20) was used. Characterization of the elderly and their families was performed using descriptive measures as the median (for quantitative variables) and percentages (for qualitative variables). Results are shown using tables and / or graphs. To collect data we used a structured questionnaire (for the elderly relatives and person responsible) and an interview applied to the staff working at the elderly bedridden program of the Policlínica de la Caja De Seguro Social Dr Roberto Ramírez de Diego. The validity and reliability were verified in some observation units that met the criteria of the set. The results indicate that Older Adults come from Chitré and La Arena with insufficient income to cope with their needs so they are forced to receive help from other family members or institutions. Mostly they own the land and the house are insured or beneficiaries. The households lack basic services and public transportation and facilities for the care and treatment of the elderly are not available in the community. The elderly perceived appropriate strategies used in their care. They and their relatives consider appropriate family functioning however manifest weaknesses in the dimensions of permeability cohesion and roles. This perception is contrary to the SADI Staff who perceive it as dysfunctional pointing out weaknesses in communication and cohesion. Persons responsible for the Elderly are mostly family members females with elementary and high school education and 41 years old or more dedicated full-time and are not paid. Policies and regulations applied by the institution for the care of the Elderly were considered adequate. Also it was considered that the Social Worker fulfills its role as a mediator generator of family strengthening and advisor.**

**Keyword Family Functioning**

## **INTRODUCCIÓN**

**En la actualidad el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes del siglo XXI donde las funciones en esta población comienzan a declinar encontrándose estas personas dentro de los grupos más vulnerables de Panamá razón por la cual se hacen dependientes de sus familiares En el marco de esta consideración y como consecuencia de ello en nuestra Región de Azuero la población adulta mayor ha ido en aumento y aun más porque muchos de ellos(a) al registrar algún desvalimiento quedan dependiendo de sus familias**

**En esta dirección el estudio se orienta a la descripción del comportamiento de las áreas socioeconómicas y funcionamiento familiar de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) que reciben los servicios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego de Chitré**

**Esta investigación tiene como propósito divulgar los hallazgos encontrados en materia de este comportamiento para así formular una propuesta de estrategias de promoción prevención y atención orientada a fortalecer la capacidad formativa de atención de las familias de los adultos(as) mayores encamados (as)**

**Este documento en su contenido general cuenta con cinco capítulos El primero de ellos comprende los aspectos generales de la investigación donde se aborda el planteamiento del problema hipótesis justificación objetivos delimitación y alcance**

**En el segundo capítulo encontramos el marco teórico aspecto importantísimo que sustenta la interpretación y discusión de los datos. Éste hace referencia a todo lo relacionado a los conceptos de familia, las funciones de la familia, componentes del funcionamiento familiar, teorías de funcionamiento en torno a la familia, al envejecimiento al adulto(a) mayor encamado(a), a la participación familiar en el cuidado, normativas legales que protegen a los(as) adultos(as) mayores encamados(as), contexto geográfico, político, social y económico del distrito de Chitré, descripción del área de estudio y el rol del trabajador social en materia de intervención en el funcionamiento familiar de la población adulta mayor encamada.**

**El tercer capítulo desarrolla el marco metodológico: tipo de estudio, selección de la muestra, variables, diseño estadístico, instrumento de recolección de datos, la recolección de datos y aspectos éticos.**

**En el cuarto capítulo se consideran los resultados para desarrollar el análisis e interpretación de los hallazgos obtenidos de la aplicación de los instrumentos al adulto(a) mayor encamado(a) a la familia, a funcionarios(as) que trabajan en el equipo que atiende a la población de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego.**

**El quinto capítulo desarrolla la propuesta de estrategias de promoción, prevención e intervención profesional para fortalecer la atención que ofrecen las familias a los(as) adultos(as) mayores encamados(as).**

**Finalmente encontramos las conclusiones recomendaciones bibliografía y anexos**

**La realización de este estudio estuvo condicionada por algunas variables como dificultades para la obtención de la información institucional del equipo multidisciplinario de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego y a la dispersión de la población objeto de investigación**

**Consideramos que este estudio resulta de utilidad para los distintos sectores institucionales que trabajan el desarrollo de la promoción y atención a las familias y en particular a los(as) trabajadores sociales ya que aporta una línea de la cual se pueden derivar y profundizar investigaciones y actuaciones consecuentes**

# **CAPÍTULO PRIMERO ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1 ASPECTOS GENERALES**

### **1.1 Planteamiento del Problema**

**Panamá ha experimentado un gran crecimiento en el número de adultos mayores debido entre otras cosas al aumento de la esperanza de vida del país. Actualmente según las estadísticas de 2010 de la Contraloría General de la República hay a nivel nacional 361 364 adultos mayores de 60 años y más de los cuales 17 357 pertenecen a la provincia de Herrera. Esta cifra representa el 15.8 % del total de la población de la provincia. El distrito de Chitré cuenta con la mitad de la población de 50 684 habitantes de los cuales 7 108 que representan el 14.2% son adultos mayores. Si comparamos esta población con el número de hogares que ascienden según el Censo 2010 a 15 101 se puede inferir que cada dos hogares cuentan con un adulto mayor.**

**Este segmento de la población por su crecimiento paulatino no siempre cuenta con las condiciones necesarias para su vida plena.**

**Según lo planteado por Cayetano Martín Olalla (2006) las personas mayores se encuentran en una nueva etapa de su vida en la que deben afrontar numerosos cambios que son consecuencia del proceso de socialización que experimentan incluyendo dentro de éstos los procesos patológicos. Deben asumir las características, actitudes y comportamientos que conlleva este nuevo período y que nunca antes habían asumido.**

**Sobre los adultos mayores figuran una serie de limitaciones y prejuicios propios de las raíces culturales de cada pueblo y que se encuentran profundamente arraigadas en su historia tradiciones y creencias religiosas idiosincrasia en sus formas sui géneris de percibir y transformar la sociedad en que vive**

**Una parte significativa de los adultos(as) mayores en América Latina están desprovistos de apoyo y en consecuencia ellos dependen y seguirán dependiendo de sus familias Según la CEPAL (2002) ese apoyo familiar asume diversas formas que van desde la ayuda económica directa hasta los cuidados personales en el caso de un parente enfermo o parcialmente con discapacidad o mediante el apoyo emocional**

**Concretamente la revisión de estudios precedentes relacionados con el tema en el contexto Regional Latinoamericano y del Caribe permitió identificar investigaciones afines relacionadas con el problema objeto de estudio**

**En esta dirección Fabiana del Popolo (2001) realizó una investigación relacionada con las características socioeconómicas de las personas de edad en América Latina Plantea que un fenómeno destacable de fines del Siglo XX es el envejecimiento de la población resultado de un descenso sostenido en los niveles de fecundidad y aumento de la esperanza de vida Estos cambios muestran nuevos desafíos y modificaciones en las estructuras sociales económicas y culturales**

**El objetivo de este trabajo fue hacer un análisis comparativo de algunos aspectos de las condiciones de vida de los (as) adultos (as) mayor de los países de la región y entregar un panorama del proceso de envejecimiento y de la situación socio económica de las personas de edad. Se utiliza información basada en tabulaciones que la División de Estadística de la CEPAL preparó para la División de la Población.**

**En el año 2003 Basilia Díaz Ana Josefa Martínez y Vidalina Nuñez realizaron una investigación titulada *Características biopsicosociales en una población anciana*. El objetivo básico estaba orientado a analizar las características biopsicosociales en una población anciana.**

**La población objeto de estudio estuvo compuesta por toda la población genérica que recibió atención en el Policlínico Comunitario docente Área VI de Cienfuegos Cuba de enero a marzo del año 2000.**

**El estudio de naturaleza diagnóstica descriptiva transversal abordó el nivel funcional físico psíquico social la morbilidad la mortalidad y la atención gerontológica con el objetivo de mejorar la atención y la calidad de vida de los(as) ancianos(as) mediante una metodología que incluyó la aplicación de formularios y guía de entrevista a médicos y enfermeras de familia.**

**Los hallazgos revelan que un alto porcentaje de la población estudiada no presentó alteraciones cognitivas afectivas y la mayoría no tenía problemas económicos.**

**Se trata de un estudio orientado a describir información relacionada con las condiciones biopsicosociales en que se desenvuelven los(as) adultos(as) mayores que reciben atención geriátrica**

**La Doctora Romaira I. Ramírez realizó en el año 2004 el estudio titulado *Funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores*. Esta investigación de tipo retrospectivo y longitudinal utilizó el test FF-SII como instrumento para recolección de la información**

**Los resultados entre otros concluyeron que más de la mitad de los hogares está afectado en mayor o menor grado por el funcionamiento familiar**

**En el contexto de la realidad familiar panameña se localizaron tres estudios de corte social relacionados con la problemática de interés**

**El primero de ellos perteneciente al área de Trabajo Social fue realizado en el año 2002 por Melva Serrud de Cisneros titulado *Análisis de la atención familiar del adulto mayor dependiente en el distrito de Santiago*. El objetivo central consistió en analizar la atención familiar que recibe el la (Adulto(a) mayor dependiente en el Distrito de Santiago con miras a proponer alternativas que mejoren la calidad de vida de éstos. El de tipo descriptivo estudio se hizo con una muestra de 50 familiares cuyas principales conclusiones señalaron que la atención y ayuda que le brindan las familias es esporádica por lo que se les presentan alternativas como el servicio del Hospital Geriátrico durante el día el Centro de atención diurna de corta estancia y servicio de atención domiciliar**

**integral con la posibilidad de ofrecer atención de calidad en la armonía del hogar para beneficio de todos los involucrados**

**En el año 2008 Dirk Jaspers Fayer Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) Sandra Huenchuan Daniela González Manana Paredes Dora Arosemena consultoras del UNFPA en Panamá realizan un estudio a través de paneles integrados por expertos de cuatro países seleccionados incluyendo Panamá Chile República Dominicana y Uruguay**

**La metodología utilizada en este estudio se basa en el método Delphi modificado El enfoque es pragmático y generativo pues el escenario se fundamenta en la evolución histórica de las tendencias de la población en el conocimiento la creatividad las aspiraciones intuiciones de los y las panelistas El objetivo era entregar herramientas para incrementar la efectividad de las políticas de la vejez Las áreas de análisis fueron la seguridad económica salud y bienestar y entornos propicios y favorables Las etapas de la investigación utilizadas fueron el descubrimiento la imaginación la creación y el destino Los hallazgos señalan que las relaciones filiales se han visto debilitadas lo que afecta a las personas de edad que es en parte el origen del abandono y maltrato en la vejez**

**En el año 2011 Kenma Bedoya realiza una investigación titulada *“Condiciones psicosociales del adulto mayor que favorecen el envejecimiento saludable* El objetivo básico estaba orientado a analizar las condiciones psicosociales de adulto mayor que favorecen el envejecimiento saludable para indagar las**

**características del adulto mayor las condiciones que pueden afectar la calidad de vida las relaciones familiares que en muchas ocasiones los consideran una carga De igual forma plantea las estrategias consideradas para un envejecimiento saludable orientando las personas a mantener un estilo de vida saludable Destaca el rol de la enfermera para lograr estilos de vida saludable con la responsabilidad de orientar a las familias**

**La atención de los(as) adultos(as) encamados(as) se ha constituido en una realidad que cada vez se incrementa más en la sociedad panameña y que genera una nueva dinámica en el entorno familiar Los estudios realizados por la UNICEF y la OMS (2012) indican que la expectativa de vida en Panamá supera los 77 años de edad lo que produce la tendencia a tener en el seno familiar a miembros de edad avanzada y en consecuencia con el riesgo que requieren cuidados y atenciones especiales Según los datos de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá se señala que la población adulta panameña de 60 años y más para el censo de 2010 era de 361 364 personas candidatos potenciales a ser catalogados adultos(as) mayores con el riesgo de ser encamados(as)**

**Este aumento en la proporción de adultos mayores constituye un desafío para el Estado panameño quien debe velar por el bienestar de su población y es también un desafío al apoyo que ofrece la familia al adulto mayor que necesita cuidados especiales en un momento histórico en el que los cambios**

**demográficos y sociales han impactado la dinámica del cuidado y dado origen a nuevas necesidades familiares de tipo económicas, sociales y culturales**

**La situación descrita tiene una triple complicación**

**En primer lugar tienen que ver con la existencia o no de las políticas públicas destinadas al abordaje de la problemática que genera el incremento de la población envejeciente**

**En segundo lugar incide en el (la) adulto(a) mayor encamado(a) caracterizado por su inmovilidad física, alteraciones motrices de los órganos y sentidos que a su vez limitan su expresión debilitando su calidad de vida personal**

**En tercer lugar afecta la dinámica de la familia porque reclama una serie de cuidados y afectos que demandan mucha dedicación y entrega. La familia en ocasiones lo acepta como una responsabilidad moral y lo asumen como asunto familiar con todas las consecuencias socio-económicas, culturales de desgaste físico, emocional, de desestabilización de la vida familiar, de integración social, de convivencia, en la salud de sus miembros, en los recursos económicos y hasta en el propio modo de vida de la familia. Cada una reacciona ante los eventos familiares de forma única y particular, por ello el mismo evento puede repercutir de modo muy diferente en cada familia.**

**Esta realidad familiar afecta a todas las clases sociales y todas las áreas geográficas de la sociedad panameña sin distinción de raza, credo, político, religioso y su atención depende mucho de los patrones culturales aprendidos.**

**El riesgo en las tareas de asumir responsabilidades familiares en la atención de este(a) adulto(a) mayor encamado(a) tiende a recaer en la mayoría de los casos en el sexo femenino principalmente en las esposas hijas nietas mujeres cuidadoras lo cual se explica por la tradición cultural de una sociedad machista que ha delegado en éstas las funciones domésticas de crianza de los hijos de atención a otros miembros de la familia y produce el sacrificio en su vida personal su esparcimiento y espacio Consecuentemente le corresponde también asumir y manejar los conflictos que surgen en este nuevo contexto familiar**

**Actualmente esta situación familiar generada por la presencia de un(a) adulto(a) mayor encamado(a) no ha sido totalmente estudiada Las instituciones de salud tienden a ofrecer servicios al encamado con miras a mitigar sus dolencias pero no incluyen en sus programas a la familia como núcleo integrador y escenano socio afectivo en el que cohabita la población adulta mayor encamada Otras instituciones no se involucran en la problemática y particularmente las normativas dejan un vacío en atención a la situación expuesta**

**En esta dirección Landnel E (2001) expresa que los miembros de una familia interactúan y son influenciados unos a otros en el comportamiento pensamiento y sentimientos En este contexto se inscriben los conflictos que son susceptibles de aparecer en las relaciones familia-adulto(a) mayor**

**Estas consideraciones reflejan cómo pueden influir en el funcionamiento familiar en las relaciones un (a) paciente encamado(a) su presencia genera cambios en las interacciones familiares que llevan a situaciones de equilibrio o desequilibrio y genera crisis por la natural desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros Boyer María (2002) poniendo en riesgo el bienestar del paciente y la funcionalidad del sistema familiar**

**En su conjunto existe el consenso de que los(as) adultos mayores encamados desencadenan un desequilibrio que amenaza la armonía el orden familiar produce incertidumbre e inestabilidad emocional conductual y reclama responsabilidades**

**En síntesis se hace evidente que el funcionamiento económico social emocional y espiritual de las familias se ve afectado por la presencia de adultos (as) mayores encamados(as) relación que puede evolucionar hasta el deterioro irreversible**

**La búsqueda de soluciones a esta situación ha llevado a la familia a responsabilizar a un familiar o bien a contratar personas para que cuiden de los mismos con la tendencia a aislarlos dentro del grupo familiar y produciendo la pérdida de sentido de la familia como institución**

**El Estado por su parte a través de las agencias de salud desarrolla programas de atención consistente en la asistencia médica visitas domiciliarias realizar trámites para actualizar la fe de vida pero dejando de lado estudios y programas referentes al funcionamiento familiar**

**A pesar de estas medidas familiares y programas instruccionales persiste la crisis familiar la afectación en la distribución de roles y el desequilibrio afectivo social económico y la funcionalidad de la familia**

**Por lo expuesto sigue planteándose como necesidad el cuidado del funcionamiento de la familia en circunstancias tan especiales como es la presencia de adultos(as) mayores encamados(as) Algunos autores como Osono A y Fajardo M (2008) enfatizan en que el envejecimiento en la dinámica y funcionamiento de las familias es una de las relaciones más complejas y menos estudiadas y es por demás una de las cuestiones que no solo depende de los recursos materiales sino también de los aspectos educativos del entorno familiar**

**Aun cuando se realizan ciertos esfuerzos más de naturaleza material y asistencial a las familias no se ha logrado estudiar a profundidad el tipo de funcionamiento que operan en estas familias si son funcionales o no y qué estrategias se puede implementar a través de la intervención profesional para lograr un funcionamiento adecuado que no genere situaciones de estrés**

**abandono y crisis familiar De allí la motivación para dar respuesta a la siguiente interrogante general**

***¿Cuál es el comportamiento de las áreas socio económicas y funcionamiento familiar de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) que reciben los servicios de La Policlínica Roberto Ramírez de Diego Distrito de Chitré Provincia de Herrera?***

**Siendo las preguntas específicas las siguientes**

**¿Qué características socio económicas encontramos en la población adulta mayor encamada de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego del distrito de Chitré?**

**¿Cómo es el funcionamiento familiar de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) según las áreas seleccionadas?**

**¿Cuáles son las características socio económicas de las familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as)?**

**¿Qué características personales sociales culturales tienen las personas responsables del cuidado de los(as) adultos (as) mayores encamados(as)?**

**¿Qué estrategias utilizan en la familia para la atención del adulto/a mayor encamado/a?**

**¿Cuáles son las políticas que existen a nivel institucional en materia de atención a la población adulta mayor encamada y a sus familias?**

**¿Cuáles son los desafíos y perspectivas que se le plantean al profesional de**

**Trabajo Social frente a la problemática del funcionamiento familiar del adulto(a) mayor encamado(a)?**

## **1 2 Hipótesis de trabajo**

**Dado el carácter del diagnóstico descriptivo de la investigación no se amerita la construcción de hipótesis**

**Las conclusiones elaboradas brindan ideas que permitirán en investigaciones posteriores hacer estudios que generen hipótesis de trabajo a ser comprobadas**

## **1 3 Objetivos**

### **1 3 1 General**

- Analizar el comportamiento que presentan las áreas socio económicas y funcionamiento familiar de los adultos(as) mayores encamados(as)**
- Formular una propuesta de estrategias para la promoción prevención y atención para ofrecer a las familias y cuidadores de los adultos(as) mayores encamados(as)**

### **1 3 2 Específicos**

- Identificar las características socioeconómicas de la población adulta mayor encamada**
- Determinar las características socio económicas de las familias con pacientes mayores encamados(as)**

- **Examinar el funcionamiento familiar en la atención de los(as) adultos(as) mayores encamados**
- **Describir el perfil de las personas responsables del cuidado en las familias con pacientes adultos(as) mayores encamados(as)**
- **Identificar las estrategias de atención empleadas por la familia para el cuidado del adulto (a) mayor encamado(a)**
- **Reconocer las políticas que regulan la atención a la población adulta mayor encamada y a las familias**
- **Valorar los desafíos y perspectivas que se le presentan al profesional de Trabajo Social frente a la problemática del funcionamiento familiar de los (as) adultos(as) mayores encamados(as)**
- **Detectar las fortalezas y debilidades del funcionamiento familiar que permitan el diseño de una propuesta de formación y sensibilización para las familias y personas responsables del cuidado en la atención de los(as) adultos (as) mayores encamados(as)**

#### **1.4 Justificación**

**En atención a la precaria información sobre la realidad de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) en la provincia de Herrera se considera que el presente estudio es de interés porque sus resultados permitirán reportar información valiosa sobre el comportamiento del familiar coadyuvando a la atención adecuada del adulto(a) mayor encamado(a)**

**Particularmente la realización de este estudio en la dirección planteada se convierte en una oportunidad para reforzar la profesionalización del trabajador social con familias al generar conocimientos acerca de este grupo etario sus problemas limitaciones las afectaciones que tiene la familia que acompañan el proceso la forma de organizarse para evitar que recaiga en una sola persona el cuidado y los problemas que se generan**

**Resulta de interés además porque se convierte en un aporte que sirve al sector salud incluida la Caja de Seguro Social para las políticas de intervención familiar lo que implica el análisis de procesos que posibiliten cambios en los recursos humanos y la cooperación intersectorial**

**Consecuentemente el estudio se convierte en un aporte de la Universidad de Panamá porque contribuye a dar respuesta al eje incluido en el Plan de Desarrollo Estratégico referente a la producción y desarrollo del conocimiento por la investigación ya que responde a las líneas de investigación de postgrado relacionadas con la promoción fortalecimiento y desarrollo familiar lo que se expresa en el reconocimiento e identificación de las áreas comprometidas del funcionamiento familiar y social cuando existen adultos(as) mayores encamados(as) rediseñando estrategias para mejorar la calidad de la intervención de una manera holística fundamentada en el humanismo y la integración de la familia con el (la) paciente encamado(a) como un proceso estimulado y acompañado por las distintas instituciones**

**La relevancia social está dada por la necesidad de investigar y aportar en la atención a las distintas problemáticas que enfrenta en nuestros días la y el adulto mayor**

## **1.5 Delimitación y alcance**

**La investigación desarrolla tres fenómenos importantes en este estudio ellos son comportamiento de las áreas socio económicas funcionamiento familiar y los servicios que se ofrecen al adulto mayor encamado para los cuales se ha realizado un extensa revisión tanto bibliográfica y de infografía La información que se presenta en el estudio se recaba en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego ubicada en el corregimiento de Chitré distrito de Chitré provincia de Herrera donde se destacan programas dirigidos a los niños y niñas mujeres adolescentes adultos(as) adultos(as) mayores encamados(as)**

**Los informantes que ofrecen la información son los miembros de cada una de las 34 familias adultos(as) mayores encamados(as) y miembros del equipo multidisciplinario en los dos últimos meses de 2013 y los dos primeros meses de 2014**

**Este estudio ha sido realizado en 20 meses**



**CAPÍTULO SEGUNDO MARCO  
TEÓRICO**

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Significados y enfoques de familia**

**Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que simultáneamente con la evolución histórica ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época**

**Es un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos unidos por vínculos de consanguinidad unión matrimonio o adopción desde el punto de vista funcional y psicológico implica además compartir un mismo espacio físico desde el punto de vista sociológico no importa si se convive o no en el mismo espacio para ser considerado parte de la familia Torres Laura Ortega Patricia Gamdo Adnana Reyes Adnana (2008)**

**La definición que propone la profesora Ares P (2004) de familia entendida como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad reciprocidad y dependencia**

**Boyer M ( 2001) expresa que una familia es un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco lazos principales son de dos tipos vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente como el matrimonio que en algunas sociedades sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia y vínculos de consanguinidad como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros**

**La familia como organización básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos psicológicos y sociales y en la vida cotidiana es un espacio complejo y contradictorio Emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político económico y cultural atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización (De Jong 2000) citado por Eduardo Landriel**

**La familia es la unidad bio-psicosocial integrada por un número variable de personas ligadas por un vínculo de consanguinidad o afinidad que viven en un mismo hogar Quintero Ángela María (1997)**

**Para la Organización Mundial de la Salud familia son los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre adopción y matrimonio**

**Segun la Organización de las Naciones Unidas la familia es el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre adopción o matrimonio limitado por lo general al cabeza de familia su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos**

**En nuestra sociedad es evidente que la familia es una institución que media entre el individuo y la sociedad Los vértices de este triángulo (individuo-familia sociedad) deben estar unidos por caminos de doble sentido la integndad de un individuo por ejemplo en términos de salud favorece a la familia y beneficia a la sociedad por el contrario una sociedad enferma deteriorada económica y/o culturalmente va a afectar negativamente a la familia y a los individuos que la conforman**

**Al referirnos a la familia desde un enfoque sistémico la hace ver como un sistema en su totalidad con la finalidad de generar un proceso de desarrollo que permite su crecimiento de forma compleja**

**Puede considerarse como un sistema abierto en permanente interacción a través de un proceso socializador La misma funciona con sus propias reglas**

**En resumen la familia se considera como una institución social vital que puede expresarse en diversas formas que cumple importantes funciones sociales que transmiten valores y sirven para el desarrollo biopsicosocial de sus integrantes**

## **2 2 Funciones principales de la familia**

**Las familias deben cumplir funciones esenciales que permitan lograr un desarrollo integral de las personas en el contexto familiar en sus diferentes etapas del ciclo evolutivo y favorecer el proceso de socialización**

**La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético, morales y espirituales.**

**Las funciones se refieren a las actividades que de forma cotidiana realiza la familia, las relaciones sociales que establecen en la realización de estas actividades intra y extra-familiares y los efectos producidos por ambas.**

**Minuchin S (1999) determina que como respuesta a las necesidades de la cultura, la familia sufre cambios paralelos a los cambios que enfrenta la sociedad día a día. Ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros. De acuerdo a esto, nos habla de que las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos: el interno, la protección psico-social de sus miembros; el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.**

**Una de las características que distingue a la familia es su capacidad de integrar muchas funciones en una única fórmula de convivencia**

**Algunas de las principales funciones según Zaldívar Dionisio (2000) que la familia cumple son las siguientes**

**2.2.1 Económica** En ella cabe distinguir mantenimiento de los miembros no productivos transmisión de bienes y patrimonio (herencia patrimonial jurídica de estatus y de poder) unidad de consumo evitación de desigualtad estatal La misma garantiza en sentido general la satisfacción de las necesidades materiales individuales y colectivas matizadas por el sentido de pertenencia de cada uno de los integrantes de la familia ante las tareas del hogar

**2.2.2 Función biosocial** Es la función de reproducción donde se gesta la necesidad de descendencia y se crean condiciones para el desarrollo físico psicológico y social de sus integrantes Propicia la estabilidad conyugal de la pareja y con ello el establecimiento de patrones de conducta adecuados de fácil transmisión a los hijos a fin de garantizar la seguridad emocional y la identificación de éstos con la familia

**2.2.3 Educativa-socializadora** El objetivo generalizado es la integración de los miembros más jóvenes en el sistema establecido moralmente o jurídicamente Al respecto Nuñez Aragón E (1999) puntualiza que la familia funciona como la primera escuela donde los padres asumen el rol de maestros

**Por ello los padres deben prepararse para que aprendan a convivir valorar dialogar trabajar escuchar y a amar**

**Hoy se sigue conservando la función socializadora de la familia aunque los valores normas y modelos de comportamiento que se transmiten a través de ella se hayan transformado**

**Actualmente se discute la necesidad de transmitir a la siguiente generación roles que deben desempeñar en la sociedad y qué labor se debe realizar conjuntamente con la escuela una vez que el niño o la niña ingresa en el sistema educativo**

**2.2.4 Psicológica** Puede ir desde la satisfacción de las necesidades y deseos sexuales de los cónyuges hasta la satisfacción de la necesidad y el deseo de afecto seguridad y reconocimiento tanto para los padres como para los hijos También se incluiría el cuidado a los miembros de más edad

**2.2.5 Religiosa** (Campos Nivia 2011) Esta función requiere la formación de una conciencia moral que ayuda a capacitar al niño para que aprenda a diferenciar lo bueno y lo malo lo permitido de lo prometido lo deseable de lo posible el provecho personal de lo comunitario y dar un significado verdadero a su existencia una dimensión profunda de fe y esperanza

**En síntesis entre las funciones de la familia podemos señalar**

- **La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros**
- **La transmisión de valores éticos y culturales**
- **La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros**
- **El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital**
- **El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales( la educación para la convivencia social)**
- **La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de identidad sexual**

### **2 3 Componentes del funcionamiento familiar**

**El funcionamiento familiar se refiere al conjunto de interacciones entre los parientes o sea la condición que describe la síntesis de las relaciones internas aunque se conoce que no están aisladas de las relaciones extra familiares sino al contrano están íntimamente relacionadas entre sí**

**Se han desarrollado teorías y enfoques que profundizan aspectos del funcionamiento familiar lo que indica que no existe una teoría unitaria sobre familia Por ello es conveniente hablar de familias funcionales y disfuncionales**

**Una familia es funcional cuando las interrelaciones personales de sus miembros están matizadas por el equilibrio y la armonía emocional el respeto en las relaciones intrafamiliares además cuando se satisfacen casi todas las**

necesidades materiales afectivas culturales y educativas con la consiguientes formación y transformación de cada uno de sus integrantes Se habla de familia disfuncional cuando se afectan sus funciones la comunicación interfamiliar y las necesidades no se satisfacen no son capaces de enfrentar las crisis la unión no es productiva planteado por Zaldívar Dionisio (op crt )

El Grupo Asesor Metodológico de Estudios de la Familia (GAMEF) (2000) define el funcionamiento familiar como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia que se produce en forma sistémica y estable Condiciona el ajuste de la familia al medio social y bienestar subjetivo de sus integrantes

Macías R (1996) considera que el funcionamiento familiar se debe evaluar a través de las variables límites roles jerarquía modelos psicosexuales alianza expresión de afectos modos y normas de salud también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad desencadenar crisis agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento y en rehabilitación de cualquier situación de familia

Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia Al hablar de dinámica familiar nos estamos refinando al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión

**de sentimientos afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto**

**Vería Teresa Ortega et al (1999) señala que el funcionamiento familiar se puede medir a través de las siguientes dimensiones**

**2.3.1 Cohesión** La cohesión es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí. Es la unión familiar física y emocional para enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de tareas cotidianas.

Quando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto. Se define como la proximidad, vínculo o lazo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. Entre los indicadores a evaluar tenemos:

- Vinculación emocional
- Independencia
- Límites
- Coaliciones
- Tiempo espacio
- Amigos, adopción de decisiones, intereses y recreación

**Se puede distinguir cuatro niveles de cohesión que permiten diferenciar tipos de familias**

- **Desligadas (cohesión muy baja)**
- **Separadas (cohesión baja a moderada)**

**Las familias desligadas y separadas se caracterizan por favorecer un alto grado de autonomía y cada persona actúa libremente con escaso apego o compromiso con su familia. Sería en el área central del modelo donde los individuos logran tener una experiencia equilibrada entre la independencia y la unión**

- **Unidas (cohesión moderada a alta)**
- **Aglutinadas (cohesión muy alta)**

**Las familias unidas y aglutinadas se caracterizan porque se identifican con la familia en el sentido de una fusión psicológica y emocional y con exigencia de lealtad y consenso que frenan la independencia, individuación o diferenciación de sus miembros**

**2.3.2 Armonía** Se refiere a la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo

**2.3.3 Roles** Se refiere a las tareas que se espera que cada uno cumpla dentro de la institución familia, responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar, los cuales están definidos en parte por la cultura y en parte por la propia familia

**2 3 4 Comunicación** Se refiere a la capacidad de los miembros de la familia para transmitir sus ideas y experiencias en forma clara y directa. A través de la comunicación se intercambian mensajes con contenidos afectivos informativos y normativos. Si la comunicación se toma franca, abierta y espontánea, puede enfrentar las crisis en grupos y cada miembro acepta un papel para hacerle frente.

Las habilidades de comunicación positiva tales como escucha reflexiva, comentarios de apoyo, permiten a las parejas y a las familias compartir entre sí sus necesidades y preferencias cambiantes. Las habilidades negativas tales como dobles mensajes, dobles vínculos y críticas disminuyen la habilidad para compartir los sentimientos, restringiendo así la movilidad de la pareja o de la familia.

La comunicación comprende no sólo los contenidos verbales sino también el contenido no verbal (el tono, la postura y los gestos con los cuales las personas intercambian mensajes). Cada familia va desarrollando un estilo propio y único que opera en lo público y en lo privado.

Estos mensajes constituyen el vehículo interpersonal primario para la interrelación entre los diferentes subsistemas en que está organizada la familia. La Trabajadora Social Virginia Satir identifica cinco modelos de comunicación aprendidos en familias de origen:

➤ aplacador o conciliador

- culpador o recriminador
- distractor o impertinente
- super razonador o computador
- abierto o flexible

En mi opinión las familias deben desarrollar un sistema de comunicación efectiva ya que si existen barreras y obstáculos no se logra la cohesión familiar y la dinámica familiar se afecta

**2 3 5 Permeabilidad** Se refiere a la capacidad que posee la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones Las familias que consideran estas experiencias positivas tienen mayor posibilidad de tener un funcionamiento familiar adecuado

**2 3 6 Afectividad** Es el interés que demuestran los miembros de la familia como un todo y en forma individual en las actividades e intereses de cada miembro de la misma

Se refiere a la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas los unos a los otros

En nuestra opinión se refiere al aspecto de sentimiento y es la familia la primera escuela de la afectividad

**2 3 7 Adaptabilidad** La adaptabilidad familiar se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o

**normas de funcionamiento roles etc ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios dificultades crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos lo que provoca un aferramiento a esquemas normas roles actitudes que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática Se puede inferir que la adaptabilidad se requiere cuando en la familia se dan cambios los cuales deben ser vistos como algo natural**

**Luego de haber revisado los aspectos del funcionamiento familiar lo que me motiva seleccionar este modelo para analizar en mi trabajo de investigación es porque éste permitirá hacer un análisis de la percepción de las dimensiones de forma más amplia para así identificar las fortalezas los problemas y /o necesidades de la población objeto de estudio de una forma más efectiva**

#### **2.4 Teorías de funcionamiento en torno a la familia**

**Existen diversas teorías y enfoques que explican los fenómenos sociales y se ocupan de su evolución y la familia no ha estado ajena a estos procesos A su conceptualización han aportado diversas disciplinas tales como la lingüística el derecho la antropología la sociología la psicología y distintos enfoques el psicoanalítico el estructural-funcionalista el sistémico entre otros**

## **2 4 1 Teoría General de Sistema**

**Los aportes de la Teoría General de Sistema elaborada por Bertalanffy ( 1968) el cual es sumamente válido e importante en la comprensión y abordaje de la familia pues se constituye en un nuevo paradigma de conocimiento el cual brinda explicaciones tanto para las ciencias naturales como para las sociales y humanas posibilitando una aproximación a la interdisciplinandad El sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica con función específica nexos y relaciones que se organizan de determinada forma y acorde a una finalidad en determinadas condiciones de espacio y tiempo**

**Podríamos definir la familia desde la perspectiva sistémica como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior En esta definición se contemplan varios aspectos fundamentales de la teoría de sistemas la familia como sistema total configurado por subsistemas la familia como sistema abierto que se autorregula por reglas de interacción y finalmente la familia como sistema en constante transformación e interacción con otros sistemas**

**La familia es el espacio vital del desarrollo humano para garantizar su subsistencia Es un sistema íntimo de convivencia en el que la asistencia mutua y la red de relaciones de los miembros la definen y la determinan El sistema familiar es más que la suma de sus partes individuales Por tanto la familia como sistema será afectada por cada unidad del sistema Tan integral es esta**

**relación entre las partes y el total que si un individuo o subsistema familiar se debilita en su funcionamiento la totalidad del sistema se ve afectada De igual forma si el sistema familiar no funciona adecuadamente los síntomas de la disfunción se desplazan hacia uno de los miembros**

**Lo que diferencia a la familia de otros sistemas sociales son sus funciones esenciales la calidad e intensidad de las relaciones y la naturaleza de los sentimientos**

**En esta teoría se define**

- Sistema** Es un todo es más que la suma de sus partes individuales Por tanto la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad del sistema Cualquier cambio que tenga ocurrencia en uno de ellos produce cambios en los demás
- Suprasistema** Este se refiere al medio ambiente que lo rodea siendo el más cercano la vecindad entendida como el barrio o comunidad habitacional el más remoto como la región la nación o el mundo en general Lo que en términos concretos se expresa en lo laboral u ocupacional educativo político recreacional
- Subsistemas** Se refiere a las entidades menores a través de las cuales el sistema cumple sus funciones cada miembro de la familia se considera un subsistema integrante a su vez de otros Cada miembro de la familia pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferentes

**Entre los subsistemas tenemos**

- > Subsistema conyugal o marital formado por la pareja** Cada uno aporta su historia familiar y antecedentes personales desarrollados en su familia de origen Su función es la complementanidad
- > Subsistema parental o filial** se refiere a los padres e hijos(as) y en tal sentido se espera que los padres y madres comprendan las necesidades del desarrollo de hijos(as) y expliquen las reglas que lo imponen La función es que los(as) progenitores(as) guíen fomenten autonomía dirección control y afecto este subsistema se realiza como organización por las relaciones como padres y madres en las tareas de protección socialización de la vida de los hijos(as) construido en forma jerárquica
- > Subsistema fraternal** constituido por el grupo de pares o hermanos donde se aprenden de esta manera a negociar cooperar y competir En el subsistema fraterno hay aspectos funcionales desconocidos para los padres y madres de familia tienen reglas propias no aplicables en su presencia

**Esta teoría permite realizar una evaluación del desarrollo familiar para su intervención La familia se considera un sistema en constante transformación Por ello para las intervenciones con familias se debe conocer los patrones de interacción**

**En nuestra opinión el modelo sistémico ve a la institución familia como un todo y no permite que se fraccione e inclusive permite observar y analizar la dinámica de la misma en atención a su entorno**

#### **2 4 2 Teoría estructural del funcionamiento familiar**

**La teoría estructural del funcionamiento familiar cuyo principal exponente es Minuchin (1977) se refiere a la familia como sistema que tiene una estructura dada por los miembros que la componen y las pautas de interacción que se repiten la estructura le da forma a la organización define la estructura familiar como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia**

**Las dimensiones centrales de la estructura familiar son las normas que guían la familia los roles y las expectativas de rol de cada miembro los límites los alineamientos y la jerarquía de poder (Minuchin&Fischman 1984)**

**La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de la vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación**

**La propuesta estructural de Minuchin permite establecer el funcionamiento familiar con base al manejo de los límites. Los límites son las reglas que determinan qué miembros de la familia y de qué manera participan en las negociaciones familiares, quién participa en decisiones sobre el presupuesto familiar. Su función es proteger la diferenciación del sistema y sus subsistemas. Los límites marcan fronteras, divisiones, permiten hablar de lo que está adentro y de lo que está afuera y mantiene por tanto la identidad del sistema y su diferenciación.**

**Otro punto se refiere a la relación con los roles, éstos definen las tareas que se espera que cada uno cumpla dentro de la organización familiar y que están en parte definidos por la cultura y por el sistema patriarcal. La asignación de roles familiares es un proceso que consiste en la asignación inconsciente de roles complementarios a los miembros de la familia. La función de los roles es mantener la estabilidad del sistema familiar.**

**La jerarquía refleja el modo en que el poder y la autoridad se distribuyen dentro de la familia. Un sistema funcional se organiza jerárquicamente, el manejo y distribución de poder en la familia explica su organización jerárquica.**

### **2.4.3 Teoría del ciclo vital**

**Según Vargas Ingrid (2001) señala que la familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que en base a este contexto no**

**existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas sin embargo se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal predecible en donde la solución de las tareas de una fase anterior facilita la superación de una fase posterior**

**Cada fase del ciclo vital está precedida por una crisis de desarrollo manifiesta en aspectos desde pequeños hasta provocar cambios permanentes (tolerados o no tolerados)**

**Son numerosas las clasificaciones que se utilizan para caracterizar las distintas etapas El modelo de la Organización Mundial de la Salud divide el ciclo vital en seis etapas evolutivas**

**I Formación Matrimonio El nacimiento del primer hijo**

**II Extensión Nacimiento del primer hijo Nacimiento del último hijo**

**III Extensión completa Nacimiento del último hijo Primer hijo abandona el hogar**

**IV Contracción Primer hijo abandona el hogar Último hijo abandona el hogar**

**V Contracción completa Último hijo abandona el hogar Muerte del primer cónyuge**

**VI Disolución Muerte del primer cónyuge Muerte del cónyuge sobreviviente**

De igual forma Duvall (1977) plantea el siguiente ciclo vital familiar:

<b>Ciclo vital familiar</b>	<b>Comienzo de la familia (“nido sin usar”)</b>
<b>II</b>	Familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses)
<b>III</b>	Familias con hijos pre escolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
<b>IV</b>	Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)
<b>V</b>	Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
<b>VI</b>	Familias como “plataforma de colocación” (desde que se va el primer hijo hace que lo hace el ultimo)
<b>VII</b>	Familias maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación)
<b>VIII</b>	Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)

En la etapa número ocho, se presentan muchos agentes estresores, especialmente cuando existe decremento fisiológico, psicológico, económico y social en los miembros de la familia.

Otro estudioso, Florenzano, Ramón (1994) expone sobre las etapas por las que va pasando la familia, desde que se constituye hasta el momento de la muerte de los padres.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por tanto se reconoce que esta instancia ejerce función

protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud de la familia, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. En este ciclo, en la etapa de la vejez, la familia adquiere tareas diferentes debido a que en esta edad la obtención de recursos para satisfacer las necesidades y afectos pueden provenir de fuentes que no siempre son asimilables a aquellas en otras etapas del ciclo vital. Guzmán José M. y Huenchuan Sandra (2005)

## **2.5 Aspectos del envejecimiento Teorías**

### **2.5.1 Aspectos generales**

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes que trae profundas modificaciones. La vejez trae transformaciones personales de las condiciones físicas, de la independencia económica y funcional, la modificación de roles en la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre.

Es un proceso, pues no ocurre de forma repentina sino de manera progresiva y gradual, es una expresión de totalidad del organismo y es diferente en cada individuo.

El envejecimiento del organismo humano además de constituir una etapa normal e irreversible de la vida, es una forma muy especial del movimiento de la

**materna Es un complejo y variado proceso que depende no solamente de causas biológicas sino también de condiciones socioeconómicas en las cuales se desarrolla el individuo como ser social**

**Segun la Organización Mundial de la Salud el envejecimiento es el período de la vida en el que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hace cada vez más manifiestas en comparación con períodos anteriores Este proceso comienza en el momento de la concepción es el resultado de una disminución de la capacidad de adaptación del aumento de las probabilidades de muerte segun pasa el tiempo como consecuencia final del proceso y el hombre como especie biológica ha de vivir 100-120 años**

**La llamada tercera edad "también conocida con los términos de vejez adultez mayor o tardía ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano Se ubica alrededor de los sesenta años asociada al evento de la jubilación laboral Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los ochenta años Por ello aparecen expresiones acerca de los "viejos jóvenes o adultos mayores de las primeras décadas y de los "viejos viejos o en general se abordará como una sola etapa la del adulto mayor**

**Uno de los autores que mayor aporte ha realizado al trabajo con esta edad en Latinoamérica es el psicogeriatra argentino Salvarezza L ( 1991) al describir**

**esta etapa de la vida plantea que La vejez es un tema conflictivo no solo para el que la vive en sí mismo sino también para aquellos que sin ser viejos aun diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales de médico(a) psicólogo(a) trabajador(a) social enfermero(a) o como hijo(a) como colega como socio o como un simple participante anónimo de las multitudes que circulan por nuestras ciudades**

**La OMS (2011) señala que debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico pero también constituye un reto para la sociedad que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores así como su participación social y su seguridad**

**El envejecer o mejor el poder vivir más tiempo implica una serie de cambios psicológicos fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor Esta situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles**

**El proceso de envejecimiento incluye la percepción por parte del mismo individuo y la sociedad que le rodea de los cambios físicos que tienen lugar en él y la reacción subsiguiente a ésta tales los cambios psicológicos que influyen en los pensamientos creencias valores y comportamientos que a su vez determinan el desenvolvimiento de las personas en nuestra sociedad y las relaciones con otros individuos de distintos grupos etanos Se considera que en esta edad aumenta la invalidez discapacidad y minusvalía**

**El aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios el importante desafío de definir el significado y el rol social de los adultos mayores Este desafío implica la necesidad de realizar arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento exitoso Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aun persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado las organizaciones sociales la comunidad la familia y cada uno de los individuos**

**Existen numerosos análisis acerca de la población mayor actual a niveles regionales y mundiales**

**En 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas señaló un conjunto de principios que se deben respetar en cuanto a los adultos(as) mayores. Entre ellos se encuentran los relativos al acceso a los alimentos, al agua, a la vivienda, a los servicios de salud, mediante la provisión de ingresos, la capacitación y el apoyo familiar y comunitario. Además, se les convoca a participar en las decisiones de su jubilación, a formar asociaciones y a vivir con dignidad.**

**El estudio correspondiente al estado de la población mundial para 1998, efectuado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, reportó un aumento de las poblaciones jóvenes y adultos mayores a escala mundial y registró comportamientos interesantes entre la población adulta.**

**En 1999, el llamado Día Internacional de las Personas de Edad promovió estos principios bajo el lema "Hacia una sociedad para todas las edades", para la cual se organizaron marchas intergeneracionales en Ginebra, Londres, Nueva York y Río de Janeiro, entre otras ciudades, el día 1 de octubre.**

**La División de Población de las Naciones Unidas (2009) ha presentado un informe en el que analiza el envejecimiento de la población de más de 230 países del todo el mundo desde 1950 y realiza un set de proyecciones a medio plazo (2050) según las tendencias actuales. En ellas prevé un elevado envejecimiento global de la población mundial tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo y analiza sus posibles consecuencias socioeconómicas.**

**El mismo contiene datos actualizados de indicadores demográficos socioeconómicos y de participación en el ámbito laboral de la población de 60 años o más incluyendo referencias a las diferencias existentes entre el envejecimiento de las poblaciones rurales y urbanas. Se presentan los perfiles demográficos de cada país en el período comprendido entre 1950 y 2050 en los que se da énfasis a indicadores que atañen al envejecimiento de la población tales como el número y la proporción de la población de 60 años o más y de 80 años o más o su esperanza de vida entre otros**

**Nos encontramos ante una situación de envejecimiento global de la población sin precedentes en la historia de la humanidad en la que el porcentaje de población de 60 años o más aumenta junto a una disminución de los porcentajes de jóvenes menores de 15 años. Se calcula que para el año 2050 por primera vez a nivel mundial la población de 60 años o más superará a los jóvenes lo cual había sucedido antes en 1998 sólo en algunos países desarrollados. Este envejecimiento sin precedentes a nivel mundial se da en ambos sexos y en todos los países independientemente de su nivel de desarrollo. Según las estimaciones se pasará de un porcentaje del 8% de personas de 60 años o más que había en 1950 a uno del 21% en 2050 casi el triple en tan solo 100 años**

**El mismo presenta cuatro conclusiones principales**

- La población envejece cuando aumenta la proporción de personas de la tercera edad (es decir los mayores de 60 años o más) se acompaña de**

- **El envejecimiento de la población es profundo y tiene importantes consecuencias y repercusiones para todas las facetas de la vida humana**  
**En el ámbito económico el envejecimiento de la población tendrá un impacto en el crecimiento económico el ahorro la inversión el consumo los mercados de trabajo las pensiones los impuestos y las transferencias intergeneracionales**  
**En el ámbito social el envejecimiento de la población influye en la composición familiar y vital la demanda de vivienda las tendencias de la migración la epidemiología y la necesidad de servicios de salud**  
**En lo político el envejecimiento de la población puede alterar los patrones de voto y la representación política**
- **El envejecimiento de la población es permanente mientras la mortalidad en estas edades siga disminuyendo y la fertilidad siga siendo baja la proporción de personas de tercera edad sigue aumentando**

**En Panamá la esperanza de vida según la Organización Mundial de la Salud en el año 2007 alcanzó los 76 años según datos de la Organización de Naciones Unidas 75 8 En el año 2012 alcanzó la edad de 77 37 años las mujeres 80 33 y los hombres 74 55 Si miramos la evolución de la esperanza de vida en Panamá en los últimos años vemos que ha subido respecto a 2011 en la que fue de 77 16 años Se espera que durante el siglo XXI la población panameña sufra un proceso de envejecimiento con el aumento de la población de la tercera edad**

## **2 5 2 Teorías del envejecimiento**

**Según Gago Julieta (2010) sistematiza diversas teorías en función al envejecimiento que se presentan a continuación**

**2 5.2 1 Teorías biológicas Dada la variedad de teorías biológicas existe una diferenciación de estas en teorías basadas en factores externos y las basadas en factores internos Los de factores externos están referidos a causas externas que identifican factores del medio ambiente y que influyen en nuestra capacidad de sobrevivir a cualquier agresión externa La teoría de los factores internos señala como causa del envejecimiento un deterioro del organismo y la más señalada es la neuroendocrnológica Las teorías de envejecimiento físico tratan de explicar las causas de por qué morimos están basadas en las alteraciones y depresiones que ocurren en nuestro organismo al pasar de los años**

**2 5 2 2 Teorías Psicológicas del envejecimiento** Se refiere a los cambios que incluyen las capacidades cognitivas La memoria es la más ampliamente estudiada en el en el ámbito del envejecimiento normal Ella constituye la queja más frecuente en las personas de edad avanzada algunos aspectos de la memoria se deterioran con el paso de los años pero no todos por igual La inteligencia también disminuye con la edad Las capacidades sensorceptivas disminuyen por el envejecimiento A nivel de la emoción la motivación la personalidad existen numerosas descripciones de adultos mayores que lo califican como irritables difíciles de humor depresivos Se produce un retraimiento de su relación con el mundo exterior

En cuanto a la capacidad auditiva no percibe de manera clara las frecuencias de los sonidos

**2 5 2 3 Teorías sociológicas del envejecimiento** La sociología considera a los adultos(as) mayores como una etapa vital de creciente importancia Al respecto podemos señalar que la teoría de la modernización destaca la situación actual del adulto mayor caracterizada por ser relegado socialmente mientras que en las sociedades tradicionales él gozaba de un status elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría la teoría del funcionalismo postula que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas físicas y psicológicas que reducen la autonomía y competencia (Ortiz de la Huerta D 2005) citado por Gago Julieta de (2010)

**Teoría de la actividad** trata de explicar los problemas sociales y las causas exactas que contribuyen a la inadaptación de las personas de edad avanzada

**Teoría de la continuidad** esta teoría mantiene que la última etapa de la vida prolonga los estadios anteriores. Sostiene que las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad pero que la adaptación a las diferentes situaciones y el estilo de vida se hallan principalmente determinados por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de toda la existencia.

Se puede indicar entonces que envejecer sea la consecuencia de una serie de factores intrínsecos y extrínsecos que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte. El envejecimiento es pues un proceso universal, no ocurre en forma uniforme en los diferentes individuos de una misma especie, ni tampoco en los distintos órganos de una misma persona. Es característicamente heterogéneo.

## **2.6 Adulto(a) mayor encamado(a) implicaciones en el deterioro social cognitivo y funcional**

Orosa Fraíz (2003) plantea que al hablar de adultos(as) mayores dependientes no podemos dejar de lado el conocer las condiciones físico, psíquico y sociales que envuelven a esta población y paralelo a esto a la red formal e informal a su alrededor, donde ésta última será la que corresponde a la familia, allegados y

**personal a cargo entre otros siendo así estos los encargados directos de brindar al paciente una excelente calidad de vida**

**Roca M (2009) se refiere a las enfermedades dependientes que tienen una multiplicidad de implicaciones para su atención por cuanto no se trata de una sino de muchas y muy variadas formas de expresión (grado de limitación posibilidades de contagio cuidados específicos requeridos etc) en lo que influyen múltiples variables no sólo biomédicas sino sociales y psicológicas que pueden determinar cómo es afrontada una enfermedad crónica por una persona y su familia**

**Barandika E y Espina F J (2007) plantean que la falta de movilidad es el origen de la ausencia de independencia y autocontrol personal y es además un déficit de la calidad de vida bienestar y nivel de salud del que lo sufre El resultado final de la inmovilización es el encamamiento y /o síndrome de inmovilidad completo reconocido y englobado en la práctica clínica entre los Grandes Síndromes Geriátricos**

**Todas las personas con el paso del tiempo presentan disminución de su reserva funcional siendo más proclives a un deterioro más precoz siempre y cuando se den las circunstancias para ello como el ser portadores de patologías crónicas e invalidantes El (la) encamado(a) tiene y presenta sentimientos e intelecto y responde con pensamientos emotividad temura frustración o dolor aunque sabemos que esta respuesta de adaptación se ve mermada por su deterioro**

**El deterioro funcional puede ser la manifestación inicial de una enfermedad tanto aguda como crónica. En los adultos mayores que tienen una dependencia grave la evaluación de pequeños cambios de su situación funcional resultará más compleja que en los (as) adultos (as) mayores independientes debiendo ser utilizadas escalas de valoración geriátrica que analicen la pérdida de funcionalidad en el tiempo.**

**El deterioro cognitivo presenta igualmente una mayor frecuencia conforme aumenta la edad añadiendo una dificultad más al proceso de obtener información en la evaluación clínica. La aparición de confusión y desorientación aparece en el adulto(a) mayor dependiente.**

**Conforme aumenta el grado de dependencia los problemas sociales se acrecientan. Aspectos como la situación económica, la ubicación de vivienda, ausencia de familiares y /o amigos(as), la dificultad física para deambular, presentando como rasgos comunes en la pérdida de independencia. Echániz José (2003)**

## **2.7 Familia y Adulto (a) mayor encamado(a)**

**El envejecimiento de la población crea una serie de presiones sobre la sociedad y las familias como la necesidad de servicios médicos, hogares para adultos mayores y programas de diversa índole destinados a la población de mayor edad. La pregunta que se plantea es ¿van a vivir los adultos(as) mayores con sus descendientes? Es probable que una buena parte de ellos resida con sus**

**familias Por tanto se hace necesario tratar con los niños y las niñas el tema de la vejez para que comprendan que la etapa de los (las) adultos(as) mayores es una etapa de la vida de los seres humanos al igual que es la infancia Es conveniente fomentar en los niños y niñas el respeto y el cariño por los adultos mayores Ellos deben comprender que es importante dar a las personas mayores la posibilidad de llevar una mejor calidad de vida**

**El alcance de considerables niveles en la calidad de vida de los adultos mayores encamados depende del lugar que le dispensen las actuales condiciones y posibilidades de las familias las posibilidades de desarrollo sus funciones y el desempeño de roles de sus miembros además de condiciones materiales y simbólicas de existencia vital**

**La calidad de vida de las personas adultas mayores encamadas está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener una buena vida familiar y social El adulto mayor está condicionado a los aspectos del entorno social y económico No es lo mismo que exista un adulto(a) mayor de escasos recursos económicos a que ocurra en una familia económicamente estable se genera una crisis ya que la familia con una persona enferma requiere mayor cantidad de recursos económicos y un entorno social saludable servicios públicos y accesos en la vivienda para la movilización de la población al igual que áreas en la comunidad donde la persona pueda asistir Boyer María( 2008)**

**La familia que asuma el cuidado de un familiar deberá encargarse de satisfacer las necesidades básicas como alimentación vivienda salud comodidad espacio físico adecuado confortable y aseado Por otro lado la familia debe apoyarlo de manera tal que evite algún accidente se ofrezca la medicación adecuada se le brnde seguridad emocional que el(la) encamado/a se sienta quando protegido considerado**

**La familia debe tratar que el (la) adulto(a) mayor encamado(a) se sienta apreciado y que forma parte integrante de la misma que no se le haga sentir una carga comprendiendo sus problemas emocionales ya que la dependencia es causa de frustración irritación y preocupación Siempre se le debe apoyar para que mantenga comunicación con las otras personas de la familia desarrollando intereses sencillos que lo estimulen y le den satisfacción escuchar musica apreciar el paisaje entre otras cosas**

### **2 7 1 Repercusiones en la familia**

**La familia puede ser para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social fuente de amor satisfacción bienestar y apoyo pero también constituye fuente de insatisfacción malestar estrés y enfermedad Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional desequilibrio y descompensación del estado de salud**

**Reconocemos que la familia es una institución social de mayor permanencia en el tiempo a pesar de los cambios a los que se enfrenta y seguirá enfrentándose**

**cambios que se presentan en la esfera económica cultural social económica y que conllevan a que se vea sometida a estresores que limitan su desarrollo**

**Domínguez C (1996) hace señalamientos en cuanto a que la familia se ha entendido compartiendo responsabilidad entre sus miembros y ofreciéndose mutuamente a contraprestaciones como algo que es particular de las obligaciones familiares**

**Bazo T (2008) señala que el envejecimiento poblacional y los cambios sociales en las sociedades contemporáneas han producido una preocupación creciente sobre la continuidad de la cohesión entre las generaciones Estas preocupaciones se refieren a la solidandad entre generaciones a nivel social y familiar La familia sigue siendo la institución fundamental en el apoyo a las personas que lo necesitan y en cuyo seno se sigue practicando el intercambio de bienes y servicios como el cuidado**

**La repercusión que para el funcionamiento familiar pueda tener cualquier evento puede ser de diferentes magnitudes desde muy severa hasta leve y puede afectar diferentes áreas de la familia como puede ser su funcionamiento su integración social la convivencia la salud de sus miembros los recursos económicos y hasta el propio modo de vida de la familia Cada una reacciona ante los eventos familiares de forma única y particular por ello el mismo evento puede repercutir de modo muy diferente en una familia y en otra o en un momento u otro El impacto en los eventos en la salud familiar depende en gran**

**medida de la habilidad y capacidad que esta tenga para enfrentar los cambios o realizar los ajustes necesarios actuando en pro de una adaptación a la nueva situación**

**El enfoque sistémico de Friedeman citado por García Guillermina y otros (2007) señala que la funcionalidad familiar se refiere a la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generados de enfermedades en los miembros del sistema familiar**

**La familia se enfrenta a nuevos y difíciles retos y experimenta cambios que con frecuencia alteran la salud familiar retos cuyos efectos negativos recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar entre los que se encuentran los(as) adultos(as) mayores encamados los cuales son expuestos al abandono descuido maltrato aislamiento familiar y social**

**Un miembro de la familia en condición de dependencia en nuestro caso un (a) adulto (a) mayor requiere por parte de la familia protección cuidado solidaridad afecto y amor sin embargo la idealización de la familia como escenario de protección y cuidados puede tomar contornos de violencia y opresión Concalves Meira 2004 citada por Takase Lucía (2011)**

**La aparición de una enfermedad aguda crónica o terminal en alguno de sus miembros puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento**

**interno familiar como en su composición Podría considerarse una crisis dada la desorganización que se produce e impacta a cada uno de sus miembros**

**La familia de acuerdo a lo que plantea Quintero Ángela (1997) como sistema presenta tensión familiar producto de crisis y conflictos cuando ésta se presenta es posible que se puedan conjugar esfuerzos para resolver la crisis familiar De igual forma señala que existen crisis que afectan los sistemas familiares un ejemplo de ello es la crisis de desvalimiento que ocurre en las familias cuando uno o más de sus miembros son disfuncionales y dependientes ya que el miembro funcionalmente dependiente mantiene atada a la familia con sus exigencias de cuidado y atención Cuando la tensión es definida con claridad se torna tangible y específica y ello señala el camino hacia el cambio Al ser confusa la tensión la crisis se extiende sin necesidad y se vuelve incontrolable Al ser dispensado en la familia esta situación agota los recursos necesitando de otras personas sujeto a muchas tensiones**

**En cuanto a las crisis estructurales éstas se refieren a las crisis concurrentes en las que se exacerban de manera regular determinadas fuerzas dentro de la familia**

**Entre los sistemas familiares vulnerables a este tipo de crisis tenemos a las familias donde algún miembro sufre de enfermedades psicosomáticas entendidas éstas como la manifestación orgánica de una alteración emocional o**

**física que le impida el desarrollo y crecimiento adecuado tanto del sistema en su totalidad como de sus componentes**

**Segun Landnel Eduardo (2001) a partir del enfoque sistémico los miembros de una familia interactúan y son influenciados unos a otros en el comportamiento pensamientos y sentimientos En este contexto se inscribe la situación conflictiva que es susceptible de apañción en las relaciones de familia adultos mayores encamados La eventual fragilidad física mental que aparecen ocasiona sentimientos de pena impotencia agotamiento en los miembros de la familia**

**Las relaciones intrafamiliares están determinadas por múltiples factores unos de tipo físico matenal y otros psicológicos afectivos de los que dependen en mayor o menor medida el fortalecimiento y la armonía de las relaciones de la familia y el bienestar y la seguridad de los adultos mayores**

**Teniendo en cuenta lo anterior podemos afirmar que una familia es sabia cuando combate su estrés o sus conflictos momentáneos desde el conocimiento de los miembros que la integran donde se hace necesano la preparación de todos los convivientes**

**En la convivencia familiar la comunicación se da como un proceso de interacción social donde cada uno de sus miembros intercambia e interaccionan entre sí a partir de un sistema de señales y símbolos que cada miembro codificará y descodificará dentro de un marco conceptual referencial y operativo**

**Si cada uno de los miembros de la familia desea obtener y recibir la comunicación y la información que necesita así como evaluar sus significados tiene que hacerlo con claridad. Recibir y dar información implica el uso de formas verbales y no verbales a las que deberá estar atento cada individuo**

**Una buena comunicación favorece la legalización del conflicto permite que se disminuyan las frustraciones necesarias para el crecimiento familiar disfrutando de buenos aprendizajes para la vida admite que se repartan los espacios y el establecimiento de los límites desempeñando adecuadamente los roles lo que contribuye a la cooperación entre los miembros para la realización de las tareas asignadas a ellos de igual forma admite enfrentar positivamente las situaciones de cambio por las que necesariamente atraviesa dicha institución. Tanto es así que la familia proporciona cuidados durante largos periodos de tiempo y debe ofrecer ayuda emocional social práctica y maternal durante tiempos normales y de crisis**

**En esta etapa se producen cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico consciente e inconsciente que puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio poniendo en riesgo el manejo y bienestar del adulto mayor encamado así como la funcionalidad del sistema familiar Boyer María (2008)**

**El apoyo informal lo constituyen la familia los amigos y los vecinos que integran dicho sistema esto se fundamenta en la dedicación y cooperación que emana de los sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad**

**Como resultado directo de la mayor longevidad de las personas amén de lo expresado anteriormente encontramos en el ámbito familiar un considerable impacto Es cada vez más frecuente encontrar familias plingeneracionales que viven juntas por períodos cada vez más largos y que lo hacen en una misma unidad familiar Podemos advertir cómo estos cambios afectan la estructura familiar y las relaciones al interior de ellas Debemos señalar que la familia como unidad socioeconómica básica de la sociedad continua proporcionando aunque con diferentes grados de dificultad una amplia gama de servicios de apoyo y de atención a sus miembros senescentes El principal sistema social del adulto(a) mayor y el apoyo que recibe viene de su familia Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural económico y político de un momento dado**

**La familia del adulto mayor brinda apoyo social funcional económico o material afectivo y asistencia en diversas formas**

**La familia desempeña un importante papel en el desarrollo integral de todos sus miembros no sólo por el cuidado a las personas dependientes sino porque también es nucleo generador de hábitos la familia es el entorno en el que los**

**seres humanos aprenden interiorizan las bases del cuidado y autocuidado a personas dependientes**

**Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales el grupo de los mayores de 80 son más dependientes más aun si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados La interacción de los factores biológicos con la psicología del comportamiento y con los procesos sociológicos del envejecimiento aparece con frecuencia en los estudios realizados a la fecha La posibilidad de controlar una enfermedad está condicionada por la aptitud social para integrar a la persona enferma a un sistema de vida que le ayude a resolver sus problemas ambientales y particularmente la aptitud para desenvolverse en la actualidad De igual forma la capacidad social para integrarse varía según el individuo que envejece O P S /OMS (1985)**

**Abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del adulto (a) mayor dentro de la estructura y la dinámica familiar la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud Domínguez Tamara Epín Ana M Bayorre Héctor (2001) La dependencia es uno de los temas más críticos frente a la vejez y a la familia que envejece Afecta fuertemente la relación con los hijos y remite a replantear de la reversión de roles**

## **2.7.2 Participación familiar en el cuidado del (la) adulto(a) mayor encamado(a)**

**El cuidado de las personas adultas mayores dependientes tiene que ver con las responsabilidades, valores familiares y políticas de familia. Hoy la familia continúa llevando la carga de los cuidados de las personas adultas mayores encamadas.**

**Bazo María y Domínguez Carmen (1996) señalan que el cuidado de la persona adulta mayor enferma o dependiente en familia se asume como algo natural como una obligación en la que el afecto y cariño están presentes. Hacer frente a los cuidados a nivel familiar da lugar a situaciones complejas entre los diferentes miembros de la red en cuanto a la forma de hacer frente a la situación y respecto a quien hace frente de forma más directa a los cuidados que requieren. Se han observado procesos de negociación entre los miembros de la red familiar, procesos de asignación cuando una persona es designada para el rol de cuidadora.**

**Aunque son miembros de la familia los que generalmente ejercen la función de cuidar, suele ser una sola persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad y por tanto soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente. A esta persona que generalmente es una mujer se le denomina "cuidador (a) principal".**

**La responsabilidad de cuidar un adulto(a) mayor encamado(a) requiere que el cuidador y los otros miembros de la familia estén en perfecto estado de salud**

**El cuidador puede aceptar el papel por los siguientes motivos**

- Ayuda por amor y afecto**
- Sentimiento de obligación moral o legal**
- Beneficio económico**

**La primera es la base para asumir el rol de forma efectiva. Las otras desarrollan apatía y mala atención**

**Se denominan cuidadores informales a las personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas con discapacidad o dependientes que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria (aseo alimentación movilidad vestirse) administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud entre otras. Otros términos con los que suele aludirse a la misma actividad de cuidado de los otros son cuidadores-as familiares (a diferencia de cuidadores profesionales externos) y cuidadores principales (quien asume la responsabilidad principal)**

**El encamamiento es una condición de discapacidad que genera en las personas la necesidad de apoyos permanentes para la realización de todas sus actividades de la vida diaria tales como la alimentación los hábitos higiénicos el aseo personal entre otras. Por ello requiere de la familia que constituye la**

**institución base de la sociedad el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal para el (la) adulto(a) mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo en ausencia de otros que ya han desaparecido Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada**

**La mayor parte de las personas encamadas reciben el cuidado fuera del sistema de salud o a nivel privado de igual manera lo reciben de forma no institucional proporcionado por sus familias Diferentes estudios confirman que en general son las mujeres quienes realizan esas tareas y asumen mayoritariamente esta responsabilidad (Bazo María Teresa y Domínguez Carmen (1996)**

**Según la OPS (2004) en nuestro continente el 80 % de los cuidados de salud a familiares con enfermedades crónicas o invalidantes son realizados por las mujeres dentro del hogar Se trata de un trabajo diario exigente y agotador que se suma a las otras tareas profesionales y domésticas pero que simplemente no es reconocido como tal Sin embargo la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo junto a las modificaciones demográficas de envejecimiento de la población hace que el problema llegue a un límite alarmante que exige pensar el tema socialmente**

**Los patrones culturales tradicionales asignan a las mujeres el papel de proveedora principal de atención y cuidado a las personas dependientes (niños**

**adultos mayores y familiares con discapacidad) Las expectativas actuales de autosuficiencia de las familias siguen reforzando esta asignación desigual para hombres y mujeres**

**Los profesionales de la salud y cientistas sociales deben considerar la perspectiva de género al abordar el trabajo con cuidadores y cuidadoras de manera que se mitiguen las desigualdades o al menos no se agudicen como consecuencia del desempeño de este rol En general hoy día se aprecia una alta participación femenina en el cuidado de las personas mayores dependientes en especial hijas**

**Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de adultos mayores encamados (as) es señalada por tener generalmente como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización despersonalización abandono negligencias confusión mental medicalización exagerada y falta de afecto**

**Señala Pera Pilar (2000) que aunque las necesidades del cuidador se ha de evaluar individualmente hay algunos puntos esenciales para ofrecer apoyo a los cuidadores**

- > Proporcionar formación sobre el cuidado con el propósito de mejorar la calidad de la atención pero también para reducir el estrés**
- > Proporcionar información sobre planificación de actividades**
- > Enseñar a obtener apoyos de otras personas**

- **Identificar los problemas de salud del cuidador(a)**
- **Ofrecer apoyo emocional y estrategias para afrontar el estrés**
- **Facilitar la comunicación cuidador(a) beneficiario(a)**

## **2.8 Normativas que protegen a los (as) adultos(as) mayores**

### **2.8.1 Acciones Internacionales**

**Los derechos de las personas de edad han sido objeto de atención y preocupación de parte de la comunidad internacional. Los derechos humanos son inherentes a la calidad de ser humano. Según esta concepción toda persona ha de tener la posibilidad de gozarlos sin ninguna distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, edad u otra condición. Las garantías de los derechos humanos son establecidas por la normativa que protege a los individuos y los grupos contra las medidas que vulneran las libertades fundamentales y la dignidad.**

**En el caso de las personas mayores interesa resaltar que son titulares de derechos individuales, derechos de primera generación, pero también son titulares de derechos de grupo, derechos de segunda y tercera generación. Por lo tanto se requiere que junto con el reconocimiento de sus libertades esenciales puedan disfrutar también del ejercicio de derechos sociales de manera de lograr envejecer con seguridad y dignidad, lo que exige un papel activo del Estado, la sociedad y de sí mismas.**

Existen dos fuentes en las que se establecen directamente o por extensión derechos de las personas mayores. La primera son los instrumentos internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas y sus organismos especializados. La segunda proviene de los instrumentos de derechos humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA) y sus organismos especializados

<b>NOMBRE DE LA NORMA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>LUGAR/ FECHA</b>
<b>Declaración Universal de Derechos Humanos</b>	Proteger los derechos se plasma la igualdad y prohibición de cualquier discriminación, extensiva a las personas de edad	1948
<b>Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</b>	Estados Parte en el Pacto deben prestar atención especial a la promoción y protección de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad.	1966
<b>Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento</b>	Recomienda medidas en sectores tales como el empleo y la seguridad económica, la salud y la	Viena 1982

	<p>nutrición, la vivienda y el medio ambiente, la protección de los consumidores ancianos, la familia, la educación y el bienestar social</p>	
<p><b>Protocolo de San Salvador</b></p>	<p>Incluye normas sobre los derechos básicos de las personas mayores, que los Estados puedan garantizar progresivamente a las personas la protección, atención especial y el disfrute de derechos básicos.</p>	<p>1989</p>
<p><b>Conferencia internacional sobre el envejecimiento</b></p>	<p>Establece la orientación general para seguir aplicando el Plan de Acción</p>	<p>1992</p>
<p><b>Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo</b></p>	<p>Bases para la creación de condiciones que mejoren la calidad de vida de las personas mayores y le permitan trabajar y vivir en forma independiente</p>	<p>El Cairo, 1994</p>
<p><b>Principios de las Naciones Unidas, aprobadas en</b></p>	<p>Base de una futura convención sobre los derechos humanos a favor de las personas</p>	<p>16 de diciembre de 1991</p>

<b>Asamblea General de las Naciones Unidas</b>	de edad, que abarcan temas como: independencia, participación, cuidados, autorrealización, dignidad.	
<b>Derechos Económicos, Sociales y Culturales</b>	Toda persona tiene el derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y a la protección especial durante la ancianidad. Los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica.	1999.
<b>Resolución CE130.R19 sobre la salud y el Envejecimiento</b>	Se insta a que los Estados aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores	OPS, 2002

## **2 8 2 Constitución de la Republica de Panamá**

**En la Constitución Política de 1972 con actos reformativos de 1978 Acto Constitucional de 1983 y Acto Legislativo de 2004 incorporan algunas disposiciones específicas sobre las personas mayores en los capítulos concernientes a la familia y a la salud de nuestra población específicamente los artículos 56 63 y 109 de la Carta Magna**

**El artículo 56 se refiere a la responsabilidad del Estado de proteger la salud física mental y moral a los adultos mayores y enfermos desvalidos En el artículo 63 acápite 3 se indica que el Estado creará un organismo destinado a resguardar a la familia con el fin de proteger a los menores y ancianos y custodiar y readaptar socialmente a los abandonados desamparados en peligro moral o con desajustes de conducta**

**Mientras que el artículo 113 señala "todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad maternidad invalidez subsidio de familia vejez viudez orfandad paro forzoso accidentes de trabajo enfermedades profesionales y las demás contingencias que puedan ser objetos de previsión y seguridad social La Ley proveerá la implantación de tales servicios a medida que las necesidades lo exijan**

**Este artículo garantiza la seguridad económica a través de dos tipos de servicios: seguridad social y asistencia social. En el primer tipo de servicio el sujeto de atención es el jubilado titular del derecho a la seguridad social. En este ámbito, en el derecho comparado y también en parte de la doctrina jurídica parece predominar el concepto de vejez como invalidez, es decir, la edad es un factor determinante en la reducción o pérdida de la capacidad laboral de tal manera que la asistencia que en forma de prestación que se ofrece en la vejez es una compensación o sustitución de las rentas profesionales que deja de percibir el individuo a consecuencia de la reducción o pérdida de su capacidad a causa de la edad (Camos 2000). En el segundo tipo de servicio el sujeto de atención es el no-jubilado (dependiente, carente de recursos, entre otros) y que se encuentran fuera del sistema de seguridad social pero que deben ser rehabilitados social y económicamente. Esto nos remite al sujeto identificado en el párrafo anterior: el (la) adulto(a) mayor con escasas posibilidades de autonomía y dependiente de cuidados especiales.**

### **2.8.3 Leyes Nacionales**

**La adopción del Código de la Familia a finales del siglo pasado constituye un avance importante que refleja la preocupación del Estado de la sociedad civil y de las comunidades de velar por la familia como unidad básica de la sociedad y dentro de ella por sus miembros de edad avanzada.**

**En el artículo 569 del Código de Familia se establece que el Estado Panameño por disposición constitucional debe desarrollar políticas sociales en favor de la**

familia en particular a la que asegurará su continuidad como grupo humano de la sociedad. Lo que complementa en el artículo 571 en que señala que la participación del Estado en la organización familiar supone un orden de prioridades para la promoción de la familia en la sociedad y que en defecto o carencia del apoyo familiar deberá actuar en subsidio instituciones comunales sociales y del Estado para apoyar y fortalecer la actividad familiar.

Este Código establece disposiciones generales sobre centros hogares y albergues para menores ancianos y minusválidos (Título IV Cap I Artículos 721 a 726)

De esto se deduce que uno de los objetos de intervención del Estado es la familia y dentro de ella los más vulnerables (niños jóvenes discapacitados personas mayores mujeres). A su vez queda claramente establecido que cuando exista deterioro o insuficiencia de apoyo familiar la autoridad podrá intervenir para asegurar el bienestar de los más vulnerables lo que explica que existan leyes de protección a los(as) adultos(as) mayores tales como

La Ley 44 del 2009 modificada mediante ley 86 del 18 de noviembre de 2010 que crea el programa Especial de Transferencia económica a los adultos mayores ([www.asamblea.gob.pa/apps/seg\\_legis/PDF\\_SEG/J2010\\_P\\_239.pdf](http://www.asamblea.gob.pa/apps/seg_legis/PDF_SEG/J2010_P_239.pdf))

La ley No 6 del 16 de junio de 1987 publicada en la Gaceta Oficial No 20 827 del 22 de junio de 1987 por la cual se adoptan medidas en beneficio de los ciudadanos jubilados pensionados de la tercera y cuarta edad y se crea y

**reglamenta el impuesto de timbre denominado Paz y Seguridad Social la cual ha sufrido modificaciones por la Ley 18 de 7 agosto de 1989 por la ley 15 de 13 de julio de 1992 Por la ley 45 de 1995 la Ley 37 de 10 de julio de 2001 La Ley 14 de 2003 La Ley 51 de 2005 y la ley 30 de 2 de junio de 2008**

#### **2.8 4 Decretos Ministeriales**

**Abarcan distintas temáticas que deben contribuir a la calidad de vida de los(as) adultos(as) mayores Así tenemos**

- Decreto Ejecutivo No 664 de 23 de diciembre de 2008 por el cual se adopta y se aprueba en todas sus formas el nuevo diseño y contenido del formulario denominado Informe de Investigación por sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al menor y Adulto Mayor**
- Decreto Ejecutivo No 26 de 6 de agosto de 1999 que establece las disposiciones que reglamentan los subsidios que otorga el Estado a organizaciones sin fines de lucro y personas naturales dedicadas al desarrollo de programas sociales dirigidos a grupos vulnerables**
- Decreto Ejecutivo No 23 del 24 de junio de 1999 que crea el Consejo Nacional del Adulto(a) Mayor (CONAM) organismo de naturaleza cívica autónoma y colegiada que cuenta con la participación de aquellas instancias gubernamentales relacionadas con las acciones a favor de las personas mayores junto con otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil**

- **Decreto Ejecutivo No 3 de 28 de enero de 1999 que dicta las Normas para la apertura y funcionamiento de los Centros de Atención Diurna Hogares o Albergues para personas mayores en que se establecen los requisitos que deben cumplir las personas naturales o jurídicas que desean establecer Centros de Atención para personas adultas mayores y además faculta al Ministerio de Desarrollo Social a vigilar y supervisar el adecuado funcionamiento de estas instituciones Este Decreto se operacionaliza a través de Reglamento interno unico para los Centros de Atención Diurna Hogares o Albergues publicos y privados destinados a la atención de las personas mayores**
  
- **Decreto No 57 de 19 de junio de 1978 por el cual se establece la tercera semana del mes de noviembre como la Semana del Anciano(a) en el territorio nacional**

### **2 8 5 Resoluciones**

**Existe la Resolución No 225 del 4 de octubre de 2012 por el cual se adopta para su uso en los procedimientos de ingreso y de revalidación la encuesta de vulnerabilidad social del Adulto Mayor**

### **2 8 6 Políticas Sociales dirigidas a Adultos (as) Mayores en Panamá**

**El envejecimiento de la población afectará la dinámica de los servicios de salud y requerirá mayor investigación sobre los problemas que afectan a los mayores sus derechos y expectativas el rol de la familia y las redes sociales en su**

**cuidado atención y bienestar así como las implicaciones financieras para el sistema A mayor expectativa de vida mayor dependencia de la población adulta mayor y mayor incremento en los costos del tratamiento**

**Los ejes políticos que orientan la Política Nacional del Adulto Mayor son Seguridad Económica Salud y Bienestar Entornos Propicios y Favorables**

**En virtud de lo señalado en Panamá contamos con instituciones estatales que trabajan a favor de las políticas de los adultos (as) mayores el Ministerio de Desarrollo Social quien será el ente rector de las políticas sociales para los grupos de atención prioritaria niñez juventud mujer personas con discapacidad y personas adultas mayores dentro del contexto de la familia**

**Panamá adoptó en su Plan Estratégico 2010- 2014 la definición de las políticas estrategias y programas de acción que en su conjunto permiten al país abordar integralmente las relaciones entre población crecimiento económico y desarrollo sostenible**

**La Política Nacional a favor de la Personas Mayores en Panamá aprobada en se detalla a continuación**

- La implementación del Programa 100 a los 70 que otorga transferencias monetarias no reembolsables a 86 000 adultos mayores de setenta años o más en desventaja social y vulnerabilidad por carecer de derecho a jubilación o pensión de los cuales un 55% son mujeres y 45 % son hombres**

**Entre los avances de estas políticas tenemos Reactivación del Consejo Nacional de Adultos Mayores (CONAM) Centro de Orientación y Atención Integral Programa Red de Oportunidades**

## **2 9 2 Ministerio de Salud**

**Es la institución exclusiva y rectora de la salud en el ámbito nacional Esta institución cuenta con normas que regulan la atención de los(as) adultos(as) mayores establecidas en el Programa de Salud de la Tercera Edad Estas normas establecen actividades de promoción prevención atención y rehabilitación de las personas adultas mayores considerando los factores biopsicosociales y del ambiente El Ministerio de Salud abordará el proceso de transformación de las prestaciones sanitarias incorporando la atención en salud de las personas mayores a través de personal especializado adaptando la infraestructura y la cultura biomédica**

**Cuenta con la Coordinación Nacional de la Adulthood Mayor que está ubicada en el Departamento de Salud y Atención Integral a la Población que es una dependencia de la Dirección General de Salud Corresponde a ésta instancia la supervisión del cumplimiento de las normas dirigidas a las personas mayores de 60 años a nivel regional y local En cada región de salud existe un funcionario encargado de la coordinación y supervisión del Programa de Salud de la Tercera Edad en las Instalaciones de Salud**

1

1

➤ El mejoramiento de la atención sanitaria haciéndola más asequible apropiada y accesible para satisfacer las necesidades de las personas mayores a través del Programa de Salud de la Tercera Edad del MINSA los Servicios de Salud de la Tercera Edad de la CSS el Programa Nacional de Enfermedades Crónicas el Programa Nacional de Cuidados Paliativos estos últimos accionados conjuntamente por el MINSA y la CSS

➤ Programa de subsidios a hogares para adultas/os mayores

➤ Se crea la Universidad del Trabajo y la Tercera Edad donde el 80% de asistencia son mujeres y de ellas el 65% son adultas mayores

## **2 9 Instituciones con responsabilidades hacia los(as) adultos(as) mayores**

Existen en nuestro país instituciones con responsabilidades hacia los(as) adultos(as) mayores entre las que podemos mencionar

### **2 9 1 MIDES (Ministerio de Desarrollo Social)**

Es la institución rectora de las políticas sociales para grupos de prioridad infancia juventud mujer personas con discapacidad y personas adultas mayores

Se trazan objetivos para cumplir con las personas adultas mayores la protección de los Derechos Humanos y creación de seguridad económica acceso a los servicios de salud integrales y gozar de entornos físicos sociales culturales que potencien su desarrollo

### **2 9 3 Caja de Seguro Social**

**La CSS tiene a su cargo la administración y dirección del Régimen de Seguridad Social de conformidad con la Constitución Nacional las leyes y reglamentos pertinentes y cubre los riesgos de enfermedad maternidad invalidez orfandad auxilios de funerales accidentes del trabajo y enfermedades profesionales Esta institución protege a todas las personas que tienen acceso a los beneficios del seguro social siempre y cuando cumplan los requisitos legales establecidos para tal fin (derecho habiente)**

**La Caja de Seguro Social fue fundada por medio de la Ley 23 del 21 de marzo de 1941 Dicha Ley empezó a regir a partir del 31 de marzo de ese mismo año por lo cual el día de la Seguridad Social en Panamá se conmemora en esa fecha**

**Segun las modificaciones aprobadas a partir del primero de enero de 1995 la edad requerida para tener derecho a la pensión de jubilación sería de 57 años para las mujeres y 62 años los hombres**

**A Inicio de 2004 la Administración se centró en los ejes básicos para preservar el carácter solidario del sistema fortaleciendo las prestaciones sociales para que podamos recibir atenciones médicas independiente de cuánto cotizamos y siendo oportuno en las prestaciones económicas**

**Luego se aprueba una nueva ley No 51 del 27 de diciembre de 2005 que actualmente está vigente**

**La CSS se encarga de la población adulta mayor beneficiaria de sus programas por lo tanto su cobertura es selectiva concentrada en el sector de población adulta mayor más privilegiada de nuestro país aquel que cumplió con los requisitos para acceder a un beneficio se refiere al jubilado con derechos a los beneficios quedando un amplio margen de población adulta mayor excluida de ciertas garantías**

**En este apartado sobre seguridad social de hemos indicado que las personas mayores acceden a diferentes programas de la Caja del Seguro Social En algunos casos su acceso es directo ya que son los (as) cotizantes En otros casos acceden como beneficiarios de éstos**

**La CSS también desarrolla importantes actividades en el área de salud y promoción social**

**Desde 1985 estableció el Programa Nacional de Pensionados Jubilados y Tercera Edad respondiendo a la estrategia de la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas de adaptarse a las necesidades particulares de este grupo de población que genera una gran demanda de servicios institucionales (en especial en el tercer nivel de atención) debido al padecimiento de enfermedades predominantemente crónico degenerativas de difícil cura y altos costos de atención Entre las líneas de acción del programa tenemos**

- > Orientación a la jubilación**
- > Atención de salud integral**

- **Atención domiciliaria**
- **Formación de grupos de la tercera edad**
- **Educación a la comunidad**
- **Terapia del tiempo libre**
- **Voluntariado de Oro**
- **Juegos florales**

**La CSS ejecuta distintos subprogramas dirigidos a las personas mayores de 50 años pensionados jubilados y beneficiarios de la CSS a fin de preservar su dignidad subsistencia y salud con el fin que los mismos favorezcan un envejecimiento activo y saludable priorizando las acciones de promoción protección prevención recuperación y rehabilitación de las personas adultas mayores de modo de reducir la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas y discapacitantes al igual que la incidencia de enfermedades prevenibles**

#### **2.9.4 INAMU**

**Entre los principales objetivos del Instituto Nacional de la Mujer se encuentra coordinar los programas y proyectos dirigidos a eliminar las causas estructurales de la desigualdad entre los géneros promoviendo acciones tendientes a su reducción o eliminación**

**Además estará encargado de incrementar las acciones de información acerca de la participación y los aportes de las mujeres en el desarrollo y crecimiento**

**del país promover la equidad en el acceso Además de atender cualquier tipo de violencia que se genere en las adultas mayores énfasis en las encamadas de forma tal que se pueda garantizar la satisfacción de todas las necesidades de este grupo vulnerable**

### **2 9 5 Defensoría del Pueblo**

**La Defensoría del Pueblo de la Republica de Panamá mediante resolución fechada el 31 de agosto del 2005 crea la oficina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos de las personas adultas mayores actualmente Unidad Especializada de Adultas (os) Mayores cuyos principales objetivos detallamos a continuación**

- Promover proteger y divulgar los derechos humanos de los (as) Adultos (as) Mayores de la Republica de Panamá**
- Afrontar el fenómeno del envejecimiento y los problemas de la vejez mediante la creación y potenciación de planes programas y proyectos de prevención atención y protección que mejoren la calidad de vida del adulto mayor**
- Lograr un cambio cultural en la sociedad que signifique un mejor trato y valoración de los adultos mayores mediante acciones de sensibilización y concientización de la población panameña**
- Fortalecer la responsabilidad y la solidaridad humana fomentado los valores cívicos y morales en la familia y la comunidad en beneficio de las personas adultas mayores**

- **Garantizar el acceso de la población adulta mayor a los servicios y atención de salud educación y vivienda que contribuyan a mejorar su estado físico mental y emocional**

**La Defensoría del Pueblo atiende a los (as) adultos(as) mayores cuando son agredidos(as) por sus panentes**

## **2 10 Descripción del escenario de estudio**

### **2 10 1 Contexto geográfico político social y económico del Distrito de Chitré**

**El distrito de Chitré forma parte de la provincia de Herrera está conformado por 5 corregimientos La Arena Chitré San Juan Bautista Monagrillo Llano Bonito cuenta con una población de 50 684 habitantes donde la población de 55 años y más asciende a 9 549 que representa un 18 9% del total la población por grupo etano está dividido de la siguiente manera el 22 9% corresponde a la población menor de 15 años de edad el 67 52% a la población de 15 a 64 años de edad y el 9 80% a la población de 65 años y más**

**Al referimos al contexto social el distrito de Chitré cuenta con 15 101 viviendas de las cuales 346 viviendas poseen piso de tierra 91 sin servicio sanitario y 106 sin luz eléctrica según censo 2010 El promedio de habitantes por vivienda es de 3 3 la población no asegurada representa un 34 9 % del total situación preocupante por cuanto que dependen exclusivamente de la salud como servicio público El total de la población de 10 años y más con menos de tercer grado es de 1 996 personas y 1 183 son analfabetas (2 73%)**

**El promedio de años de estudios aprobados es de 9 4 grado por lo que se infiere que puede incidir en la calidad de vida de las familias**

**En materia de salud el Ministerio de Salud en Chitré cuenta con un hospital y cuatro centros de salud de segundo nivel y primer nivel de atención respectivamente La Caja de Seguro Social cuenta con un Hospital y una Policlínica de segundo y primer nivel de atención respectivamente donde se ofrecen servicios más especializados y concurre la población del distrito de Chitré además de la población de los otros distritos de la provincia de Herrera y Los Santos lo que significa que existe falencia para una cobertura oportuna y eficaz ya que existe falta de infraestructuras recursos humanos logísticos financieros y materiales para una atención de calidad y calidez a toda la población**

**Entre las enfermedades más frecuentes causas de muertes tenemos tumores malignos accidentes suicidios homicidios violencia y otros enfermedades cerebrovasculares infarto de miocardio diabetes enfermedades crónicas**

**En cuanto al aspecto económico según el censo 2010 la mediana de ingreso de la población ocupada es de 400 00 con un porcentaje importante de 28 51% personas que devengan ingresos de menos de 399 00 que al relacionarla con el costo de la canasta básica familiar que actualmente está en 325 26 para el distrito sin incluir el pago de bienes y otros servicios públicos se observa claramente un problema de pobreza**

## **2 10 2 Descripción de las instalaciones médicas**

**La Policlínica Roberto Ramírez de Diego según entrevista realizada a la Doctora Virginia de Vásquez(2013) Sub Directora de la institución para conocer aspectos relacionados a las instalaciones médicas manifiesta que ésta inició funciones hace 53 años al servicio de la comunidad ofreciendo atención a la población asegurada y no asegurada**

**Es la única policlínica en la provincia de Herrera que ofrece servicio al distrito de Chitré y a los otros distritos**

**Actualmente tiene una capacidad de atención para pacientes de medicina general ginecología pediatría dermatología radiología médica pardo psiquiatría neumología psicología nutrición optometría estimulación temprana servicio de enfermería completo laboratorio farmacia odontología trabajo social programa SADI entre otros**

**Su actual infraestructura no es la más adecuada para una atención oportuna y eficaz por cuanto que no ofrece las condiciones de comodidad a la población que asiste Debido a esta situación en mayo 2014 se demolió el edificio que albergaba al antiguo Hospital El Vigía y es allí donde se va a construir un nuevo edificio que albergará la Policlínica para un mejor servicio a la comunidad**

## **2 10 3 Programa de Sistema de Atención Domiciliaria Integral (SADI)**

**Es un sub programa componente del Programa de Tercera Edad que funciona desde 1985 en las Policlínicas de la Caja de Seguro Social**

**En la Policlínica Roberto Ramírez de Diego ciudad de Chitré Provincia de Herrera se inició con 11 pacientes en el año 1990 Actualmente cuenta con un personal multidisciplinario cuyo equipo está constituido por el médico general la enfermera y la trabajadora social Se cuenta además con el apoyo de farmacéuticos clínicos nutricionistas fisioterapia odontología y otros Estos servicios se brindan bajo la dirección y orientación de un médico coordinador en cada policlínica que orienta además el ambiente familiar del paciente utilizando los recursos disponibles y apropiados de las instituciones de salud de la comunidad y del hogar**

**El objetivo general del Programa es garantizar la atención integral en el hogar a los/as asegurados/as crónicos dependientes y sus familias con eficiencia eficacia y efectividad de una manera equitativa**

**Entre los objetivos específicos de este programa está**

- 1 Disminuir el período de hospitalización**
- 2 Prevenir hospitalizaciones frecuentes mediante buen control en el hogar**
- 3 Acelerar la recuperación previniendo o disminuyendo la incapacidad física a través del fomento de la independencia funcional**
- 4 Brindar al enfermo dependiente el mejor cuidado en la casa del que podría ofrecerse en el hospital**

**5 Proporcionar al enfermo un cuidado multidisciplinario satisfactorio en el ambiente hogareño y familiar**

**6 Capacitar orientar e instruir al enfermo y a sus familiares en el cumplimiento de las recomendaciones médicas infundirles el espíritu de cooperación y hacerlos conscientes de su obligación moral**

**7 Racionalizar la utilización de los servicios hospitalarios frecuentes mediante buen control en el hogar así como el costo en el cuidado de estos enfermos tanto para los familiares como para la institución**

**2 10 4 Metodología que utiliza el personal para la inscripción y atención a los (as) adultos(as) mayores encamados(as)**

**Para formar parte del Programa SADI se requiere en primera instancia ser paciente asegurado jubilado pensionado o beneficiario**

**El familiar acude al Programa e inscribir al paciente luego demostrar que es paciente asegurado o beneficiario y entregar los otros documentos copia de carné copia de cédula Puede ser refendo por un hospital de la región o cualquier hospital a nivel nacional Luego el médico y su equipo en término de 72 horas hábiles le visitan y le evalua para verificar si procede con la inscnpción y de la misma forma clasificarlo en grados**

**Segun las normas del Protocolo de Atención Programa de Pensionados Jubilados y Tercera Edad de noviembre de 2011 los pacientes son clasificados en el SADI dependiendo de su gravedad**

**Grado 1** Es el que tiene funciones físicas deterioradas **ulceras grandes** **pacientes oncológicos en fases terminales** **son visitados cada semana**

**Grado 2** Son los pacientes que están en estado intermedio entre el grado 1 y **grado 3** **los mismos son visitados cada quince días**

**Grado 3** Son los pacientes dependientes estables con **ulceras pequeñas** **sondas etc** **Los mismos son visitados cada mes**

**Grado 4** Son los pacientes estables que no tienen **ulceras ni complicaciones severas** **que dependen de un familiar o cuidador/a** **con enfermedades de Alzheimer y Parkinson** **Estos se visitan cada dos meses**

Una vez inscrito en el programa se les provee de todos los insumos **medicamentos exámenes que requiere el paciente** **Los/as cuidadores/as** **deben acudir a reuniones mensuales** **La no asistencia puede ser motivo de exclusión**

## **2.11 La intervención profesional de la y el Trabajador(a) Social**

**Plantea Archilla Sheila (1985) que el Trabajo Social es una profesión de servicios humanos dentro del sistema de bienestar social que tiene como propósito primordial ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades fisiológicas psicológicas y sociológicas** **Además es una disciplina de las ciencias sociales explicando todo el funcionamiento desde una perspectiva holística e integradora y explicándolo desde la relación de un elemento con el otro**

**El (la) Trabajador(a) Social debe dirigir sus esfuerzos mediante estrategias propuestas técnicas claramente delineadas para introducir cambios que promuevan el crecimiento personal y social de las personas ya sea impactando los procesos de interacción y solución de problemas de estos los arreglos estructurales y ambientales de la sociedad o ambos**

**El (la) Trabajador(a) Social realiza sus funciones profesionales interviniendo en el funcionamiento social de diferentes sistemas humanos a saber individuos familias comunidades organizaciones complejas y la sociedad**

**La familia es uno de pilares fundamentales en la intervención a partir del enfoque sistémico los miembros de la familia interactúan y son influenciados unos a otros en el comportamiento pensamiento sentimientos**

**La intervención en El Trabajo Social de familia nos señala Barg Liliana (2002) debe partir aceptando que no existe un modelo único de familia ni de madre ni de hijos sino familias madres padres e hijos que se relacionan de modos diversos y que esas formas de relación están estrechamente ligadas a sus historias personales de vida y de ver el mundo y que a menudo es diferente a la nuestra pensando en esa deconstrucción del modelo familiar hegemónico es decir que se requiere pensar en una metodología diferente para abordarla siguiendo siempre sus carencias y demandas pero también considerando sus derechos deseos sus recursos**

**Por otro lado se requiere planificar la intervención lo que significa identificar la organización familiar los aspectos saludables sanos y los problemas las situaciones de crisis y de ruptura los recursos vinculares y las circunstancias en que puedan superar los conflictos Barg Liliana (2003)**

**También se requiere acciones de prevención y promoción en un marco de interdisciplinaredad y de participación de todos los actores sociales El funcionamiento social familiar emerge como el principal foco de la profesión de Trabajo Social**

**Debemos como profesionales de Trabajo Social consolidar las relaciones familiares que las mismas sean más participativas democráticas**

**Carballeda Alfredo (2007) señala que uno de los roles que debe cumplir el trabajador social en el abordaje de una problemática familiar es aliviar las carencias del sistema familiar y los padecimientos de los sujetos sociales que requieran intervención De allí que considere intervención como mediación intersección ayuda o cooperación**

**La intervención del Trabajador(a) Social en el grupo familiar tiene como objetivo la mejora de alguna de las condiciones de sus miembros a través de la movilización de elementos personales y relacionales Ésta debe ser globalizadora dirigida a encauzar todos los aspectos que están distorsionados**

**y evitar atender solo uno de ellos La intervención profesional debe partir de la organización familiar**

**La atención a las familias debe considerar las necesidades y demandas familiares en las diversas etapas del ciclo vital así mismo detectar y potenciar los elementos positivos para luego determinar el tipo de intervención que se requiere**

**Se debe aplicar la ética al trabajar con familias que no solo demanda la aplicación de los principios profesionales sino también demanda estar atento a no contaminar la atención de una familia con la propia historia familiar**

**Se considera el Trabajo Social Familiar como una forma especializada de trabajo Social que considera como unidad de trabajo a la familia que pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar generando un proceso de relación de ayuda que pretende potenciar todos los recursos de la familia y las redes sociales Paz Donoso y Saldias Paulina (1998)**

**Algunas de las formas de trabajar con familias son los Grupos de Orientación Grupos Psicoeducativos y Grupos de Ayuda Mutua los cuales apuntan a ofrecer apoyo e información a las familias cuando se organizan en torno a problemas comunes**

**La dinámica del funcionamiento familiar requiere se conozcan las variables de la organización familiar la composición estructural de la familia y las etapas del ciclo de vida familiar con sus crisis transicionales y tareas de resolución**

**Se puede dar la intervención directa clarificar apoyar informar educar persuadir influir creando nuevas oportunidades estructurando una relación de trabajo con la población controlando y ejerciendo un liderazgo**

**Se considera como campo disciplinario que requiere un abordaje técnico científico y coyuntural que puede pueda abordar los factores determinantes en los cambios del tratamiento del funcionamiento familiar de los (as) adultos(as) mayores encamados(as) con connotaciones educativas de promoción prevención e intervención familiar**

**Al referirnos a la situación de fragilidad física mental emocional que presentan los (as) adultos(as) mayores encamados(as) produce culpa sentimientos de pena impotencia y agotamiento en los miembros de la familia por lo que se hace necesario la intervención a nivel de terapias familiares grupales Landriel Eduardo (2000)**

**Como campo disciplinario debe adoptar a la gerontología como área de investigación e intervención Debe efectuar un abordaje integral como prevención promoción asistencia que tienda al trabajo holístico**

**Se debe trabajar desde el ámbito de la familia es decir trabajar con la misma a fin de generar procesos de aprendizaje acerca de la vejez encamada sus problemas y limitaciones que la familia puede acompañar en esta situación Desde lo operativo se refiere a la forma cómo la familia debe organizarse para proveer los cuidados cómo deben responsabilizarse cada uno para evitar estrés violencia abandono en el grupo familiar No es solamente la provisión económica sino acompañar**

**Segun Barg Liliana (op cit) es necesario incorporar la investigación como parte elemental de la intervención con familias para hacer más viable el acompañamiento de los procesos de cambio hacia el interior de las configuraciones familiares**

**Considero oportuno esta aseveración ya que se requiere identificar todos los aspectos internos de las familias para poder planificar una intervención**

**El Trabajo Social tiene un gran reto frente a este campo de intervención el cual debe fortalecerlo con la orientación capacitación investigación y compromiso ético**

**El Trabajo Social con familias de adultos(as) mayores encamados(as) debe hacer énfasis en la importancia de promover y fortalecer relaciones familiares sanas con énfasis en la cohesión armonía comunicación permeabilidad afectividad roles adaptabilidad Se trata de ayudarlos a encontrar medios sencillos y eficaces para resolver los conflictos de tal forma que salgan**

**beneficiados ofrecer herramientas para que adquieran capacidad para vivir  
armoniosamente juntos que sean congruentes en su forma de conducirse**

## **CAPÍTULO TERCERO MARCO METODOLÓGICO**

### **3 MARCO METODOLÓGICO**

**Contempla los aspectos relacionados con el orden logístico técnico y administrativo de la investigación**

#### **3 1 Tipo de estudio**

**El presente trabajo se desarrolla en el marco del paradigma cuantitativo ya que nos basaremos en hechos observables medibles y verificables susceptibles a la descripción**

**Se trata de un estudio exploratorio descriptivo ya que describe los aspectos más relevantes del fenómeno que se estudia y de corte transversal porque se hace un corte en el tiempo y los datos son recogidos en un periodo determinado dos últimos meses de 2013 y dos primeros meses 2014 tal como ha sido definido por Polit&Hungler (2000)**

#### **3 2 Población y muestra**

##### **3 2 1 Población**

**La población estuvo constituida por 160 adultos(as) mayores encamados(as) que reciben servicios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Distrito de Chitré Provincia de Herrera de acuerdo a los registros estadísticos de la institución y sobre las familias de estos pacientes**

**También se obtiene información del personal de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Distrito de Chitré durante el período en que se realizó la investigación**

Igualmente se hizo uso de las fuentes secundarias como libros documentos prensa revistas electrónicas página web expedientes

### **3 2 2 Muestra**

El universo estuvo constituido por adultos(as) mayores encamados(as) que reciben servicios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Distrito de Chitré Provincia de Herrera procedente de los cinco corregimientos del distrito y un familiar por paciente

Para la selección de la muestra se usó muestreo aleatorio simple El marco muestral se generó a partir del listado de adultos(as) mayores proporcionado por la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Distrito de Chitré a principio del segundo trimestre del año 2013

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula correspondiente a la estimación de una proporción para una población finita dada a continuación

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 pq}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 pq}$$

Donde

N=Tamaño de la población

n=Tamaño de la muestra

$\alpha = 0.05$

$p=q=0.50$

$e=0.15$

$$n = \frac{(160)(1,96)^2(0,50)(0,50)}{(0,15)^2(160 - 1) + (1,96)^2(0,50)(0,50)} \approx 34$$

La muestra quedó constituida por 34 pacientes encamados y 34 familiares (uno por cada adulto mayor encamado).

La muestra de los/as pacientes fue proporcional a la población de cada corregimiento del distrito como se detalla a continuación:

**Tabla No. 1**

**Pacientes encamados entrevistados, según corregimiento. Distrito de Chitré, 2013.**

Corregimiento	Población atendida	Proporción	Muestra
Chitré cabecera	79	0.49	17
San Juan Bautista	14	0.09	3
Llano Bonito	21	0.13	4
Monagrillo	20	0.13	4
La Arena	26	0.16	6
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>1.00</b>	<b>34</b>

**Fuente:** Tarjetero que reposa en el Programa SADI de la Policlínica de la Caja de Seguro Social, Roberto Ramírez de Diego.

### 3.2.3. Criterios de inclusión de la muestra

#### ➤ Pacientes

Adultos Mayores que reciben servicios de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego con capacidades físicas y mentales para dar información; que consistieron

participar del estudio y que contara con familiares que le apoyen

➤ **Familias**

Familias de los adultos(as) mayores encamados(as) seleccionados para el estudio, que dieron su consentimiento para participar en la investigación.

**3.2.4. Criterios de exclusión de la muestra**

➤ **Familias**

Que no desearan participar en el estudio.

➤ **Paciente**

Que no esté en capacidad física ni mental para dar información

Que no ofreció su consentimiento para dar información

Que el paciente viva solo.

**3.3. Sistema de Variables**

**3.3.1. Definición conceptual y operacional de variables e indicadores**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS
<b>Sexo</b>	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre	Condición biológica declarado por el entrevistado	<b>Hombre Mujer</b>
<b>Edad</b>	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Edad declarada por el/la entrevistado/a	<b>56 a 101</b>

<b>Estado civil</b>	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una familia, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Estado civil declarado por el/la entrevistado/a.	<b>Soltero Casado Viudo</b>
<b>Status CSS</b>	Estado o posición de alguien dentro del marco de la Caja de Seguro Social.	Condición de Beneficiario o Asegurado declarado por el entrevistado	Asegurado Beneficiario
<b>Ingresos</b>	Recursos financieros que entran en poder de un individuo o de una familia.	Sumatoria de todos los salarios o beneficios que declara recibir el entrevistado	\$0-\$450 Adulto Mayor \$0-6650 Familiar
<b>Egresos</b>	Recursos financieros para pagar servicios y diferentes costes.	Sumatoria de todos los gastos que declara realizar el entrevistado	\$ 0 -380 Adulto Mayor \$115-1284 familiar
<b>Tenencia de la Vivienda</b>	Situación legal con respecto al lugar público o privado donde reside una persona.	Declaración del entrevistado sobre la propiedad de la vivienda donde habita	Propia Alquilada Cedida
<b>Tenencia de la Tierra</b>	Implica el derecho a poseer tierras, en lugar del simple hecho de tenerlas.	Declaración del entrevistado sobre la propiedad de la tierra donde habita	Propia Municipal Prestada
<b>Enfermedades que padece el adulto mayor</b>	Diagnósticos registrados de la alteración física, mental y social de las personas.	Declaración de las enfermedades padecidas por el entrevistado	Una Más de una
<b>Atención médica que recibe</b>	Es la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, enfermería y afines.	Declaración de los servicios médicos que recibe	Siempre En ocasiones Nunca
<b>Funcionamiento Familiar</b>	Conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican	Para la obtención de las categorías de esta variable se utilizó el	Funcional

	<p>las regularidades encontradas</p> <p>Es la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta (McCubbin y es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia (Castellón Castillo, S y Ledesma Alonso, E, 2012).</p>	<p>se evalúa a través de un instrumento de Funcionamiento familiar FF-SIL que emplea las dimensiones comunicación, armonía, efectividad, roles, adaptabilidad, permeabilidad y cohesión.</p>	<p>Moderadamente funcional</p> <p>disfuncional</p> <p>Severamente disfuncional</p>
<p><b>Estrategias que se utilizan en el cuidado del Adulto Mayor</b></p>	<p>Es un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr el cuidado del adulto (a) mayor.</p>	<p>Tiempo de comunicación</p> <p>Espacio físico</p> <p>Limpieza</p> <p>Suministro de medicamentos</p> <p>Afecto</p> <p>Atención a demandas</p> <p>Lecturas, programas.</p>	<p>Adecuadas</p> <p>No adecuadas</p>
<p><b>Parentesco de la persona responsable</b></p>	<p>Vínculo que une a las personas que descienden unas de otras o que tienen un ascendiente común, esto es, que se hallan unidas por una comunidad de sangre. la relación o unión de varias personas por virtud de la naturaleza o la ley.</p>	<p>Declaración del parentesco que une a la persona responsable con el adulto mayor</p>	<p>Hijo(a)</p> <p>Espos(a)</p> <p>Sobrino(a)</p> <p>Tío(a)</p> <p>No es pariente</p> <p>No Contestó</p>
<p><b>Composición familiar</b></p>	<p>Tipo y número de personas que conforman la familia.</p>	<p>Número de miembros que declara la familia</p>	<p>Nuclear</p> <p>Compuesta</p>
<p><b>Ayuda económica</b></p>	<p>Apoyo monetario temporales, de carácter preventivo, que se conceden a las familias para al atención de las necesidades básicas</p>	<p>Beneficios económicos que declara el entrevistado que recibe</p>	<p>Si</p> <p>No</p>
<p><b>Servicios con que cuentan las viviendas</b></p>	<p>Son condiciones de la vivienda para el entorno en el que las personas interactúan y se desarrollan.</p>	<p>Declaración de los(as) entrevistados(as)</p>	<p>Agua, luz, teléfono, alcantarillado</p>
<p><b>Accesos en la vivienda para la movilización</b></p>	<p>Espacios y áreas a las que puede acceder en la vivienda.</p>	<p>Declaración de los(as) entrevistados(as).</p>	<p>Baños, rampas, áreas de esparcimiento.</p>
<p><b>Áreas con las que cuenta la comunidad para el</b></p>	<p>Espacios físicos de la comunidad para la recreación y salud mental de</p>	<p>Declaración de los(as) entrevistados(as)</p>	<p>Si</p> <p>No</p>

<b>adulto/a mayor y su familia.</b>	la familia y adultos mayores encamados		
<b>Acceso al transporte público</b>	Disponibilidad de transporte público para la familia.	Declaración de los (as)entrevistados(as)	Si No
<b>Servicios públicos accesibles para atención del adulto (a) mayor encamado(a).</b>	Son las facilidades públicas para la atención del adulto(a) mayor encamado(a) y la familia en la comunidad.	Declaración de los (as) entrevistados(as).	Si No
<b>Ocupación</b>	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.	Declaración de los (as) entrevistados.	Trabajador(a) gubernamental Empresa privada Agricultor Ama de casa
<b>Nivel educativo</b>	Grado académico de una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa formalizada.	Declaración de los (as) entrevistados(as).	Universitaria Secundaria completa Secundaria incompleta Primaria completa Primaria incompleta
<b>Entrenamiento</b>	Adquisición de habilidades, capacidades y conocimientos como resultado de la exposición a la enseñanza de algún tipo de oficio, carrera o para el desarrollo de alguna aptitud física o mental.	Declaración de los(as) entrevistados(as)	Si No
<b>Remuneración</b>	Compensación económica que recibe un colaborador por los servicios prestados a una determinada empresa o institución, destinada a la subsistencia del trabajador y de la familia	Declaración de los(as) entrevistados(as).	Si No
<b>Manejo de Emociones</b>	Son los comportamientos, sentimientos y actitudes que asumimos frente a la aparición de un estímulo en un contexto específico.	Declaración de los(as) entrevistados(as)	Con amor Con ira, Dolor, Resignación, Lástima
<b>Dedicación a la atención</b>	Espacios de tiempo que da a una actividad. Entrega a la actividad de cuidado del paciente.	Declaración de los (as)entrevistados(as)	Tiempo Completo Tiempo Parcial

<b>Evaluación de la familia sobre el cuidado</b>	Opinión que se tiene de la forma de ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar evitar que sufra algún perjuicio.	Declaración de los(as) entrevistados(as)	Satisfactoria No satisfactoria
<b>Políticas que regula la atención del adulto mayor</b>	Pautas generales para la acción establecida por la administración a un problema o asunto. Disposiciones restringidas a distintos sectores.	Responde a necesidades Recursos Humanos Recursos materiales y logísticos Satisfacen necesidades Conocimiento de normas	Adecuadas No Adecuadas
<b>Labor que realiza el Trabajador Social</b>	Profesión que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar.	Declaración de los(as) entrevistados(as)	Adecuada No Adecuada
<b>Tareas concretas del Trabajador Social</b>	Recibe, orienta, educa a personas, familias, grupos y comunidades en la solución pacífica de sus conflictos a través de una cultura de diálogo y concertación, Facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos	Visitas domiciliarias Reuniones Orientación familiar Terapeuta social Investigación	Adecuada No Adecuada
<b>Actuación del(la) Trabajador(a) Social</b>	Es la forma como el trabajador social debe participar para el fortalecimiento de las familias a través de procesos socioeducativos de promoción prevención, mediador y orientador.	Opinión de los entrevistados	Mediador Orientador Generador del fortalecimiento familiar Canalizador de necesidades y expectativas familiares

### 3.4. Diseño estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS20) el cual sirvió para analizar la caracterización de las

**y los adultos mayores y sus familias Este análisis se realizó utilizando medidas descriptivas como la mediana (para variables cuantitativas) y porcentajes (para variables cualitativas) Los resultados se muestran mediante tablas y/o gráficas**

### **3.5 Instrumentos de recolección de datos**

**Como instrumento de recolección de datos se utiliza una encuesta dirigida a los(as) adultos(as) mayores encamados y a las familias que consta de dos partes la primera permite medir los aspectos socio demográficos y socio-familiares que se usan en el análisis de las características socio-económicas de los mismos**

**En la segunda parte de la encuesta se incluye el FF-SIL validado en Cuba en 1994 que es un instrumento para medir la percepción que el (la) adulto(a) mayor encamado(a) y las familias tienen acerca de su funcionamiento familiar y en relación con sus aspiraciones de protección y afecto**

**Se evaluarán las áreas de cohesión armonía comunicación permeabilidad afectividad roles y adaptabilidad a través de 14 reactivos permitiéndonos analizar el funcionamiento de las familias e identificar cuál de ellas de acuerdo a la puntuación obtenida se encuentra afectada con el fin de tomar acciones adecuadas para mejorar el mismo**

**Este instrumento genera puntaje entre 14 y 70 puntos los cuales se consideran así 70 a 57 puntos (familias funcionales) entre 56 a 43 puntos familias moderadamente funcionales entre 42 a 28 puntos familias disfuncionales y entre**

**27 a 14 puntos familias severamente disfuncionales**

**Otro instrumento de medición utilizado fue una guía de entrevista aplicada al personal que labora en el programa de Adultos(as) Mayores Encamados(as) de la Policlínica de la Caja De Seguro Social Dr Roberto Ramírez de Diego**

**Todos estos instrumentos fueron validados en algunas unidades de observación que reunían las características del conjunto de la población que fue seleccionada**

### **3.6 Recolección de datos**

**Los datos fueron obtenidos a través de visitas a autoridades de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego de 34 visitas domiciliarias realizadas a los (as) encamados(as) a familiares de los (as) pacientes encamados(as) ubicados en diversos corregimientos del distrito de Chitré utilizando la técnica de la entrevista se procede a obtener la información relacionada con los aspectos socioeconómicos de las familias de los(as) adultos (as) mayores encamados(as) y su funcionamiento familiar**

**De igual forma se recogen datos a través de visita y entrevista a cinco de los miembros del equipo interdisciplinario que participa en el Programa**

**Igualmente se hizo uso de las fuentes secundarias como libros documentos prensa revistas electrónicas página web expedientes**

### **3 7 Aspectos Éticos**

**Se contemplaron los principios éticos que establecen el desarrollo de la actividad investigativa en materia de familia la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá y se contemplaron los principios enunciados en la Declaración de Helsinki sobre participantes voluntarios y los cuales dan el consentimiento informado**

## **CAPÍTULO CUARTO ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS**

#### IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS

A continuación se presentan los principales hallazgos que permitieron cumplir con los objetivos propuestos.

##### 4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO ECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR ENCAMADA.

**TablaNo.2** Ingreso mensual y egresos de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego según edad, Chitré 2013.

VARIABLES	N	Mínimo	Máximo	Mediana
EDAD	34	56	101	82
INGRESO MENSUAL BRUTO	34	0	450	103
EGRESOS	34	0	380	108

La edad mediana de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) de la población estudiada de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego es de 82 años.

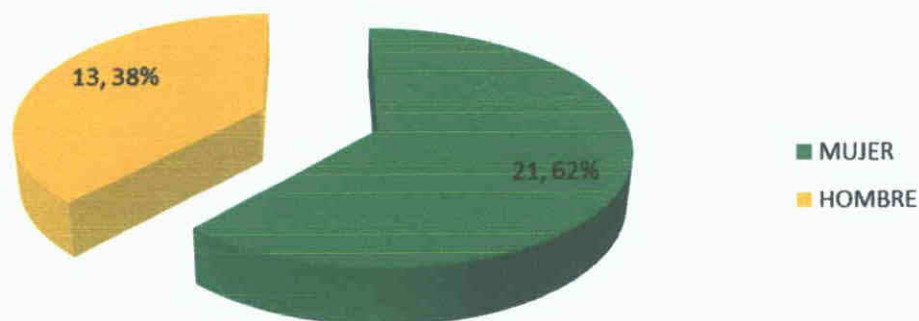
Esta edad se sustenta debido al aumento de esperanza de vida, ya que la proporción de personas mayores está aumentando.

El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. El grupo de personas muy mayores (80 y más años) son más dependientes, más aún, si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados. Este grupo se ha in-

crementado y se incrementará con ritmos más elevados que el resto de los grupos de edad. El proceso de envejecimiento contribuirá a la modificación de las relaciones entre generaciones, y a un declive poblacional a mediados del siglo XXI.

Esta población cuenta con ingresos medianos mensuales de \$103 y gastos medianos de \$107.50 (Tabla 2), lo cual denota claramente que los ingresos de los adultos mayores encamados son pocos, por lo que se puede señalar que apenas le alcanzan para cubrir los gastos de las necesidades básicas y menos les alcanza para otras actividades (recreación, medicamentos).

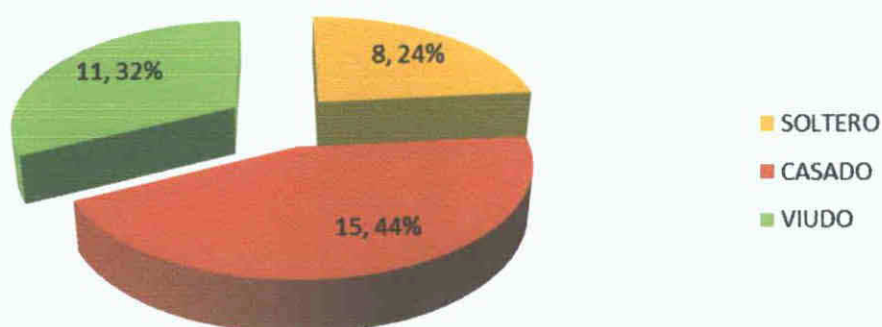
**Gráfica 1**  
**Adultos(as) Mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto**  
**Ramírez de Diego por sexo. Chitré 2013.**



El sexo en su mayoría de la población estudiada son mujeres y un bajo porcentaje hombres (Gráfica 1), se observa claramente que prevalece la mujer adulta mayor encamada, teniendo así relación con las cifras del censo de 2010 donde de la población del distrito de Chitré, la mayoría, 26,307 son mujeres y 24,

377, son hombres. De igual forma guarda relación con la esperanza de vida en Panamá en 2012, que en las mujeres fue de 80,33 años, mayor que la de los hombres que fue de 74,55 años.

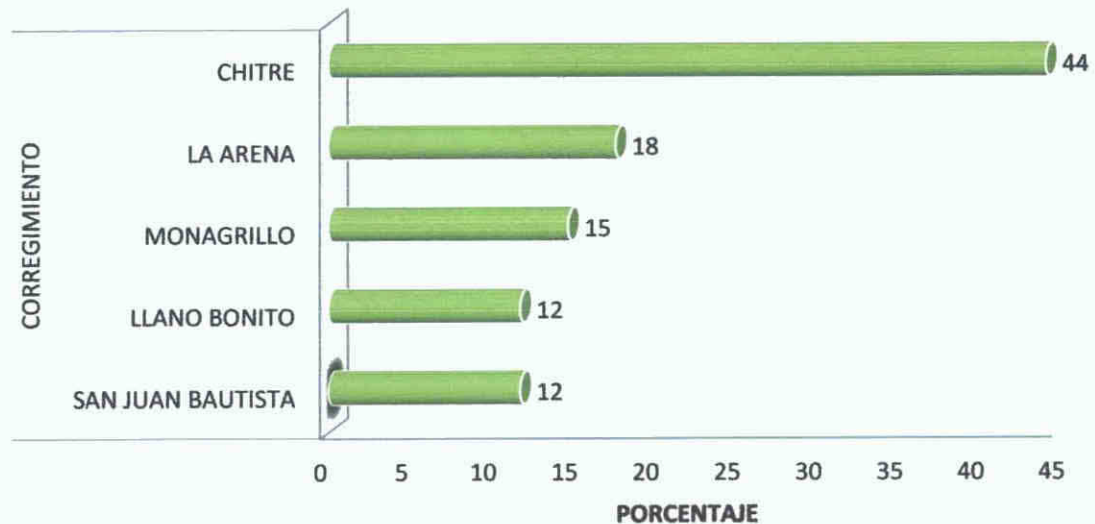
**Gráfica 2**  
**Adultos(as) Mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto**  
**Ramírez de Diego por Estado Civil. Chitré.2013.**



El 44% de la población objeto de estudio cuenta con un estado civil de casada, infiriéndose que puede fortalecer así la institución familia. También refleja un alto porcentaje como estado civil viudos y solteros lo cual que permite constatar uno de los cambios significativos por los atraviesa la familia de hoy.

Estos datos se pueden relacionar con las cifras del censo de población 2010 de Panamá donde la población mayor de 50 años y más refleja que permanecen casados entre porcentajes de 33.1 y 36.9 y viudos entre 5.6 y 29.8. Por otro lado los jóvenes de 18 a 29 años de edad y de 30 a 49 años mantienen unión libre entre el 41.7 y 57.1%. Específicamente en la provincia de Herrera un 30.4 % de la población es casada.

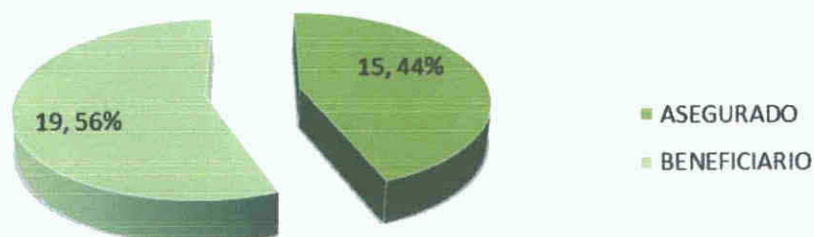
**Gráfica 3**  
**Adultos(as) Mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto**  
**Ramírez de Diego según corregimiento de procedencia Chitré 2013.**



La mayoría de los adultos (as) mayores encamados(as) pertenecen al corregimiento de Chitré luego continúa La Arena Otro grupo pertenece al corregimiento de Monagrillo y en menor porcentaje a los corregimientos de Llano Bonito y San Juan Bautista respectivamente. (Gráfica 3).

La cobertura del programa SADI se da a toda la población asegurada y beneficiaria del distrito de Chitré. Estas cifras nos permiten inferir que a pesar que la mayor población, según censo 2010, se encuentra en Monagrillo y San Juan Bautista la misma no está inscrita en el programa de Seguridad Social, quedando un amplio margen de población adulta mayor excluida de ciertas garantías de este programa.

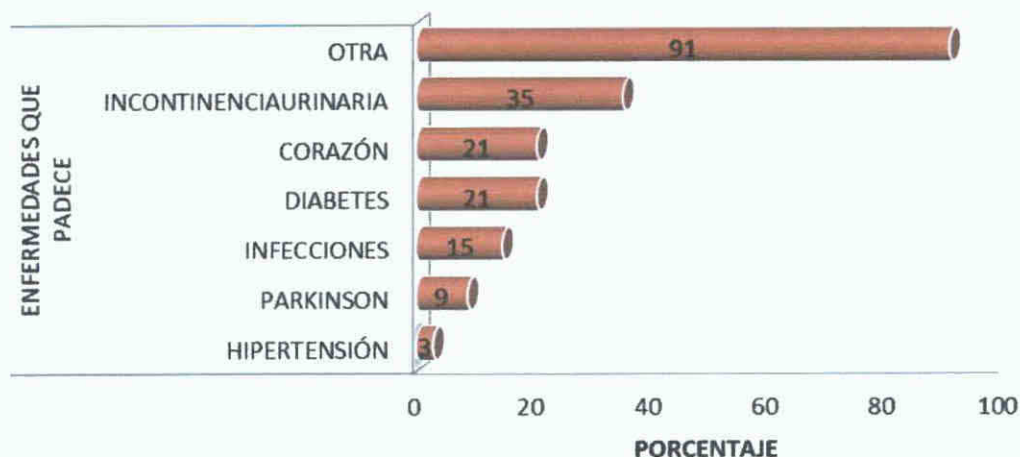
**Gráfica 4**  
**Adultos(as) Mayores Encamados(as) de la Policlínica**  
**Roberto Ramírez de Diego por estatus en la Caja de**  
**Seguro Social. Chitré 2013.**



El 56% (19) de los(as) adultos(as) mayores manifestaron son beneficiarios y el 44% (15) son asegurado(as) (Gráfica 4). Esta situación indica que la mayoría son beneficiarios(as) es decir algún familiar lo inscribió como tal: esposos(as), hijos(as). En algunos casos su acceso es directo ya que son los (as) cotizantes directos, en otros casos acceden como beneficiarios de éstos en los diferentes programas de la Caja del Seguro Social.

Esta situación presenta alguna relación ya que los censos de 2010 señalan que existe una población importante del 34.99% que no es asegurada porque no toda la población tiene una actividad económica que le permita pertenecer al programa de seguridad social, lo que permite inferir que a esta población se le limitan los servicios del programa de seguridad social. Esto da respuesta a las normas institucionales sobre los derechos básicos de las personas mayores, que los Estados puedan garantizar progresivamente a las personas la protección, atención especial y el disfrute de derechos básicos.

**Gráfica 5**  
**Adultos (as) Mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto**  
**Ramírez de Diego según enfermedades que padece (\*). Chitré**  
**2013.**



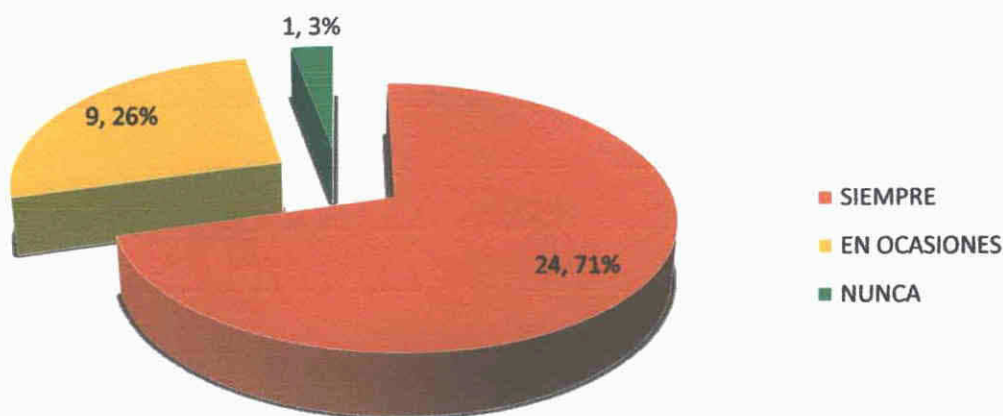
\* Valores no exclusivos

Las enfermedades reportadas fueron hipertensión (3%), párkinson (9%), infecciones (15%), diabetes (21%), corazón (21%), incontinencia urinaria (35%). Esta última, reportada con la mayor frecuencia. De igual forma, los adultos mayores reportan el padecimiento de otras enfermedades. (Gráfica 5).

Estos datos reafirman que durante el envejecimiento ocurren pérdida de funciones cognitivas, también enfermedades físicas. Esta población está más expuesta al deterioro del sistema cardiovascular, sistema genitourinario, sistema inmunológico, entre otras. Estas cifras guardan relación con las principales enfermedades asociadas a la mortalidad en Panamá como lo son las

enfermedades cardiovasculares y de infarto agudo de miocardio. La vejez no es una enfermedad, pero sí un hecho indiscutible con características específicas que conlleva a una mayor morbilidad.

**Gráfica 6**  
**Adultos(as) Mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto**  
**Ramírez de Diego según frecuencia recibida de Atención Médica**  
**Chitré 2013.**



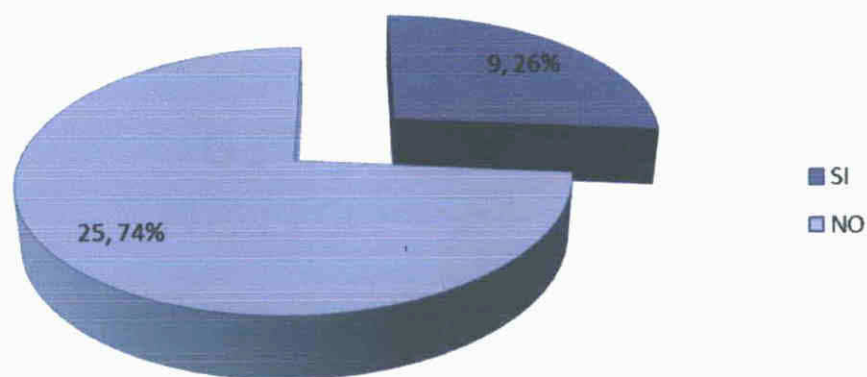
Los(as) adultos(as) mayores en su mayoría reciben atención médica siempre. Este alto porcentaje de atención se debe a que el Programa oferta una atención a la población adulta mayor ya que tiene como objetivo garantizar la atención integral en el hogar a los asegurados crónicos dependientes y sus familias con eficiencia, eficacia y efectividad de una manera equitativa.

Un porcentaje importante indica que la reciben en ocasiones y solo un 3% señala que no recibe atención médica. Esto puede tener relación con el hecho que los adultos(as) mayores encamado(as) están clasificados en grados y

dependiendo del grado en que se encuentran así es la frecuencia de la visita y también se puede relacionar con la falta de recurso humano y material limitan las acciones para garantizar la cobertura total con eficiencia, eficacia, calidez y calidad.

## SITUACIÓN ECONÓMICA

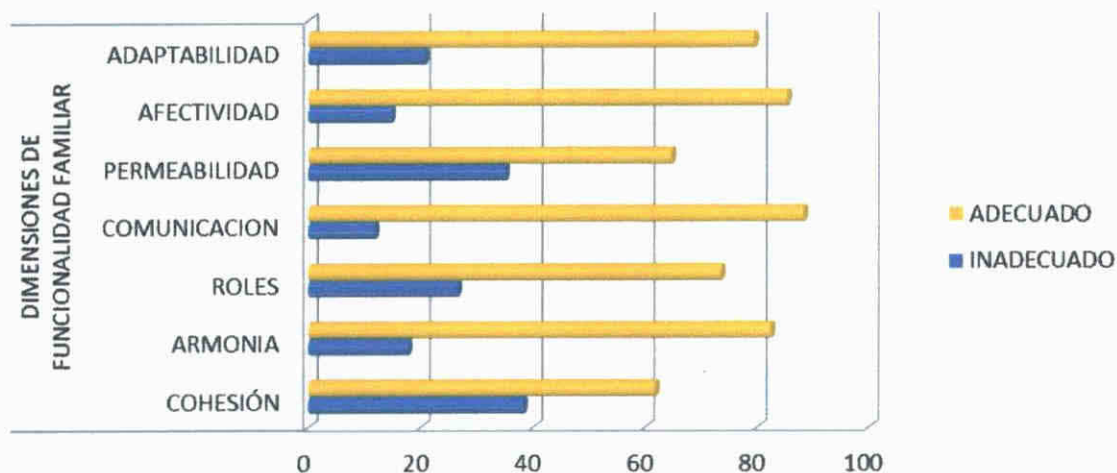
**Gráfica 7**  
**Adultos(as) Mayores encamados(as) de la Policlínica**  
**Roberto Ramírez de Diego según la tenencia de Bienes o**  
**Propiedades. Chitré 2013.**



La mayoría de los(as) Adultos (as) Mayores Encamados(as) reportaron no tener bienes o propiedades. Esta situación permite inferir que la población adulta mayor depende mucho de la familia con la que vive ya que por sí solos no cuentan con propiedades.

## FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Gráfica 8  
Percepción de los(as) Adultos(as) Mayores Encamados (as) sobre las dimensiones del funcionamiento familiar. Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2013



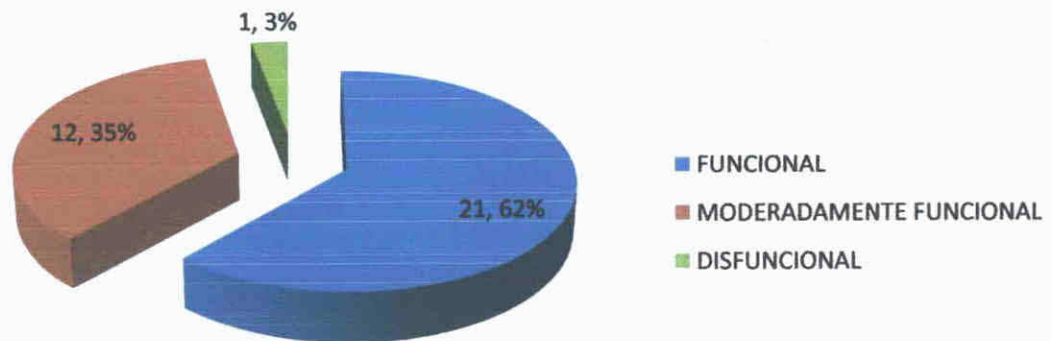
Según la percepción de los(as) adultos(a) mayores encamados(as), la comunicación, afectividad, armonía y adaptabilidad son las dimensiones que más aportan para considerar la Funcionalidad Familiar como adecuada. Las que menos contribuyeron fueron la Cohesión Roles y la Permeabilidad.

La familia constituye la institución social base de la sociedad, se considera el medio natural donde los miembros deben ofrecer protección a este grupo por la edad. De igual forma se conoce que ninguna familia es igual a otra. En la medida que las relaciones familiares sean armoniosas se garantiza la permanencia estable del adulto(a) mayor encamado(a).

**Por ello la comunicación según la percepción del adulto mayor es adecuada al igual la armonía la afectividad y adaptabilidad. Estas dimensiones son muy importantes ya que en la medida que los familiares puedan transmitir sus ideas de forma clara y desarrollen un sistema interactivo de comunicación se puede decir que se garantiza la estabilidad en la familia. La afectividad permite recibir seguridad y el amor de parte de los miembros de la familia. La armonía la se refiere a la correspondencia de intereses entre los miembros. La adaptabilidad se refiere a la forma de sobrellevar y hacer ajustes ante situaciones nuevas.**

**Según la percepción del adulto mayor la cohesión que se refiere a la unión familiar física y emocional para enfrentar situaciones y tomar decisiones obtuvo un porcentaje bajo al igual la permeabilidad que se refiere cuando la familia tiene dificultad para ponerse de acuerdo a la hora de atención y a la hora de la toma de decisiones para el adecuado acompañamiento y tratamiento. Los roles que se refiere a las responsabilidades que cumplen los miembros en el hogar aportan un porcentaje bajo al funcionamiento familiar.**

**Gráfica 9**  
**Funcionalidad Familiar según Adultos (as) Mayores encamados(as) de la**  
**Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré. 2013.**



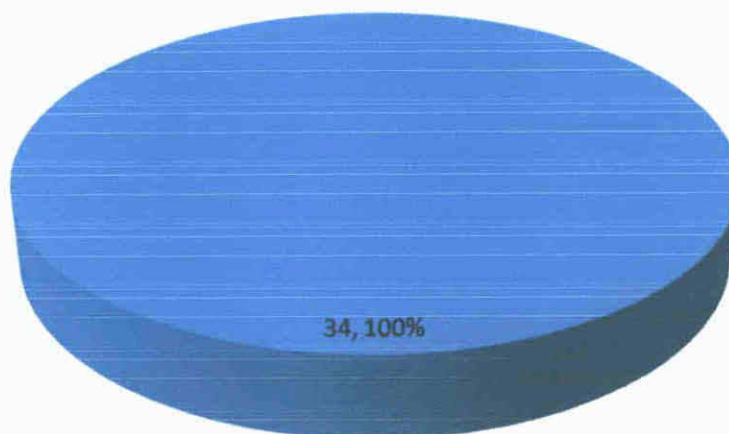
La mayoría de los Adultos(as) Mayores encamados(as) reportaron pertenecer a hogares funcionales sin embargo, resulta significativo que un 38% se encuentre en hogares moderadamente funcionales y disfuncionales (Gráfica 9). Esta situación guarda relación con aspectos tan importantes de la dinámica relacional sistémica en el grupo familiar: comunicación, cohesión, armonía, roles, adaptabilidad, afectividad y permeabilidad

El porcentaje del 38% se debe al hecho que la cohesión es baja y no se favorece el establecimiento de los vínculos familiares; Los roles no se realizan a cabalidad según lo que describe el (la) adulto(a) mayor, significa que existe dificultad para que cada familia cumpla sus responsabilidades con efectividad.

Algunas familias presentan limitaciones en cuanto a la capacidad de dar y recibir experiencias de otras familias e instituciones con situaciones similares (permeabilidad).

## **ESTRATEGIAS QUE SE UTILIZAN PARA EL CUIDADO DEL ADULTO(A) MAYOR**

**Gráfica 10**  
**Estrategias empleadas, según los(as) adultos mayores encamados(as)**  
**por la familia para el cuidado Chitré 2013.**



Las estrategias empleadas para el cuidado de los (as) adultos mayores encamados fueron catalogadas como adecuadas (Gráfica 10).

Los(as) adultos(as) mayores encamados(as) consideran que las estrategias en cuanto a su: alimentación, aseo personal, atención oportuna, afecto cariño, medicamentos, espacio físico con buena limpieza que utiliza la familia para su cuidado son adecuadas, lo que indica que el ambiente dentro del hogar es aceptable, situación indispensable para que tenga las condiciones mínimas y

satisfactorias durante su estancia en la familia, aunque es importante que estas estrategias sean utilizadas de forma permanente para garantizar la calidad en la atención. Los mismos señalan que hacen falta las actividades terapéuticas y de actividad física.

#### **4.2. CARACTERISTICAS SOCIO ECONÓMICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS ADULTOS(AS) MAYORES ENCAMADOS(AS)**

**Tabla N.3.** Ingresos, Egresos y Montos de ayudas mensuales de las familias de los Adultos(as) Mayores encamados(as), de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2013.

<b>VARIABLES</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana</b>
<b>INGRESOS</b>	34	0	6650	385
<b>EGRESOS</b>	34	115	1284	365
<b>MONTO DE LA AYUDA</b>	18	60	900	80

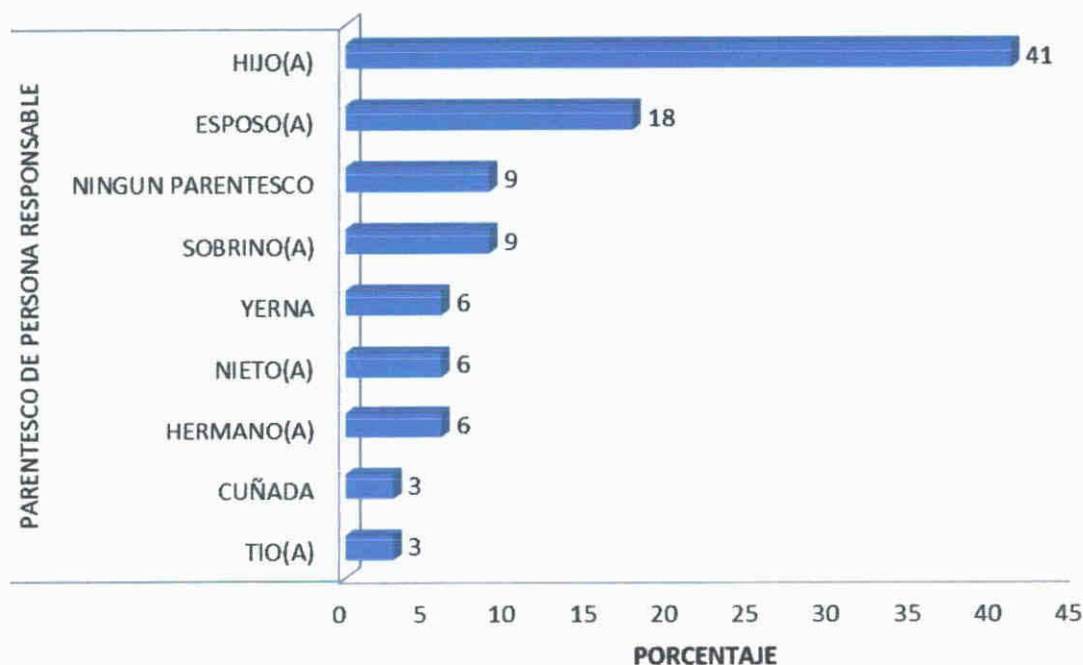
Los ingresos mensuales oscilan entre \$0 y \$6650 con promedios medianos de \$385. Los gastos reportados, por las familias, responsables de los(as) Adultos (as) Mayores Encamados(as) oscilan entre \$115 y \$ 1284, con un gasto mediano de \$365. Se reportaron ayudas entre 60 y \$900, con montos medianos de \$80 (Tabla No. 3).

Se observa en esta tabla la función económica de la familia y se deduce que la familia para que sea capaz de satisfacer las necesidades básicas y materiales de sus miembros requiere de ingresos mayores. Para el año 2013 el costo de la canasta básica familiar en Chitré era de 325.26, esta cifra sin incluir pagos de

bienes y de servicios generales como luz agua, teléfono, transporte, educación, recreación, salud, entre otros. Esta situación presenta claramente una carencia de recursos económicos para la satisfacción de todas las necesidades básicas de las familias.

De igual forma, las familias por no contar con recursos económicos suficientes solicitan y reciben ayudas económicas de otros familiares y de las Juntas Comunales de los corregimientos del distrito.

**Gráfica 11**  
**Parentesco de las personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego . Chitré 2013.**

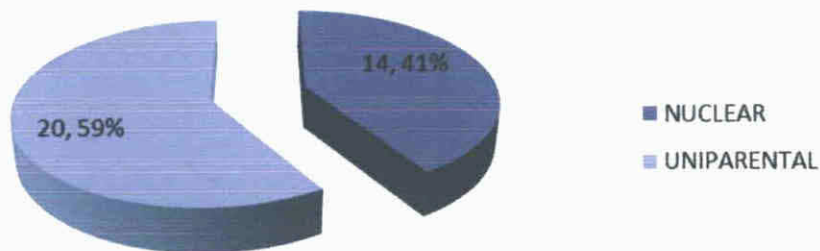


Los miembros de las familias de los (as) Adultos (as) Mayores Encamados(as) son mayormente responsables de la tutoría. Entre ellos, los hijo(as) y el

espos(a). Sólo un bajo porcentaje es realizado por personas no emparentadas con el Adulto (a) Mayor Encamado(a). Otros miembros que son responsables son hermanos(as), nietos(as), sobrinos(as), tíos(as). (Gráfica 11).

Esta responsabilidad implica que evita la institucionalización y la población adulta encamada permanece mayor tiempo con la familia, algunos aunque no sean parientes conviven con ellos.

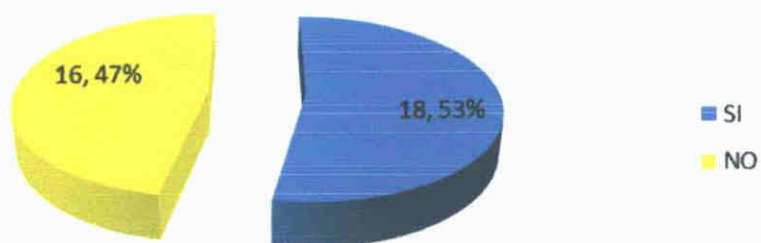
**Gráfica 12**  
**Composición Familiar de las Familias responsables de los**  
**Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto**  
**Ramírez de Diego. Chitré 2013.**



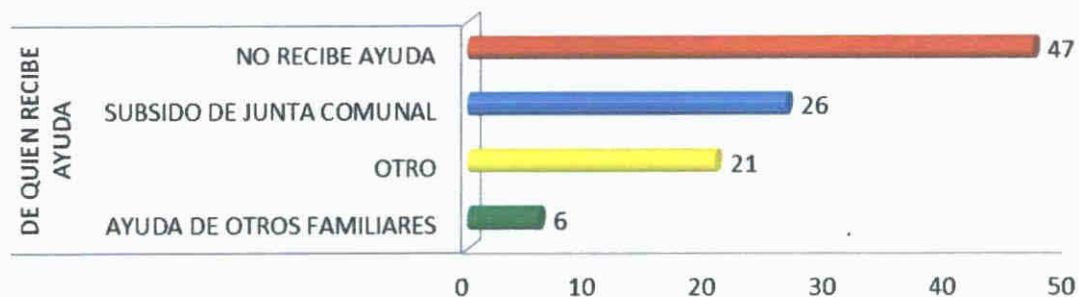
Existe un grupo significativo de las familias uniparentales (Gráfica 12). Este tipo de familias surge por desaparición de uno de los cónyuges ya sea por divorcios, separación, abandono por la pareja o fallecimiento de la pareja. Se supone que este tipo de familias sufren privaciones económicas y la mayoría son dirigidas por la mujer. El otro tipo es familia nuclear con pocos miembros y son más vulnerables a presiones internas y externas. Este tipo de familia presenta un auge creciente en las nuevas tendencias de tipologías familiares. Hoy día

reafirma uno de los principales cambios en las familias es la composición familiar por la disminución en el número de miembros debido al descenso de las tasas de natalidad. Esta situación se relaciona con el número de miembros, promedio que viven en el hogar, según censo 2010 en el distrito de Chitré, que es 3.3 personas.

**Gráfica 13**  
**Ayuda Económica para las Familias responsables de los**  
**Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto**  
**Ramírez de Diego. Chitré 2013.**



**Gráfica 14**  
**Personas e Instituciones de las que recibe ayuda las Familias**  
**responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica**  
**Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2013.**



La gran mayoría de las familias de los(as) Adultos Mayores Encamados(as) afirman recibir algún tipo de ayuda económica. Esta ayuda económica la reciben de otros familiares, de la Junta Comunal o de otra organización. (Gráficas 13 y 14). Estas ayudas económicas sirven para apoyar a las familias que no cuentan con suficientes recursos económicos. Los pocos ingresos que perciben y las necesidades de ofrecer los requerimientos mínimos a la población adulta mayor encamada hacen que estas familias soliciten a otras instancias apoyos económicos. Otro grupo importante indica que no recibe ayuda económica..

**Gráfica 15**  
**Tenencia de la vivienda de la familia de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2013.**



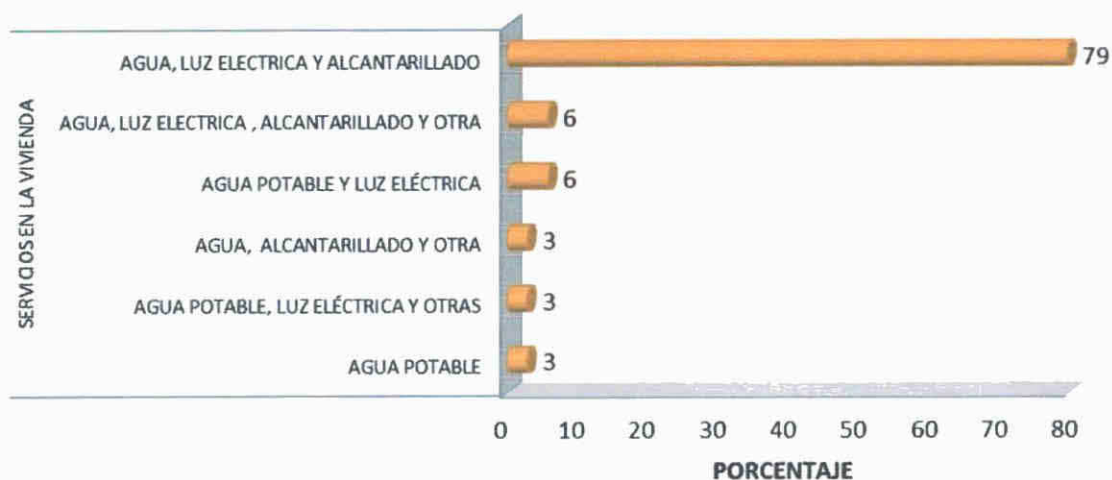
**Gráfica 16**  
**Propiedad de la tierra de las Familias responsables de los Adultos**  
**Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego.**  
**Chitré. 2013.**



La mayoría de las familias tiene casa propia (Gráfica 15), lo que puede representar una estabilidad para las familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as).

La gran mayoría de las familias, reportaron ser dueños de la tierra (Gráfica 16) lo que permite estabilidad para la familia y el (la) adulto(a) mayor encamado(a), ya que implica que puede tener una mejor calidad de vida. Esta situación de contar con tierras propias se puede deber a que la ANATI (Autoridad Nacional de Administración de Tierras), en este último período ha efectuado una gran titulación de tierras a personas de escasos recursos.

**Gráfica 17**  
**Servicios con que cuentan las viviendas de las Familias responsables de los**  
**Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego.**  
**Chitré. 2013.**



La mayoría de las familias cuenta con servicios de agua, luz eléctrica y alcantarillado (Gráfica 17). Esta situación garantiza tener las condiciones mínimas adecuadas para las familias, pero otro porcentaje también importante no posee todos los servicios de forma completa, lo que representa que la población objeto de estudio no cuente con las condiciones óptimas en las viviendas, lo que puede incidir en la calidad de vida y bienestar de la población.

**Gráfica 18**  
**Accesos con que cuenta la vivienda de las Familias responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego.Chitré .2013.**



La mayoría de las viviendas, en donde viven los (as) adultos mayores encamados(as) no cuentan con accesos básicos como baños, rampas y áreas de esparcimiento lo que incide de forma no adecuada en la calidad de vida de los adultos(as) mayores encamados(as) (Gráfica 18). Este hecho se puede relacionar con la pobreza en las familias.

Esta situación puede incidir de forma negativa ya que no les permite disfrutar de un sano esparcimiento tan importante para la salud mental de las familias y los (as) adulto (as) mayores encamados(as). Existen pocas viviendas que cuentan con baños adecuados, lo que puede afectar el aseo de la población estudiada, ya que no poseen las medidas para el tratamiento de personas con

problemas de movilidad. Un bajo porcentaje cuenta con rampas y áreas de esparcimiento.

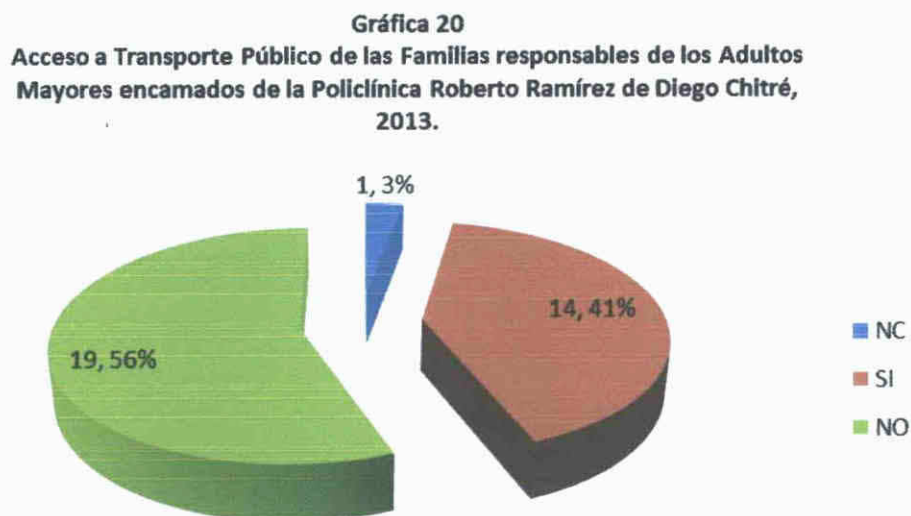
**Gráfica 19**  
**Áreas en la comunidad para los Adultos Mayores encamados y su Familia de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2013.**



La mayoría de las familias responsables de los adultos(as) mayores encamados(as) reportan que las comunidades, donde viven, no cuentan con áreas adecuadas dedicadas para la población adulta mayor encamada y su familia (Gráfica 19).

Las áreas del entorno de las viviendas de la población forman parte del suprasistema desde el punto de vista del enfoque sistémico por ende afecta a las familias ya que las mismas no cuentan con entornos propicios y saludables donde de forma tal que se sientan parte importante de la comunidad y eviten el aislamiento. Las familias no cuentan con programas que coadyuven a ofrecerle

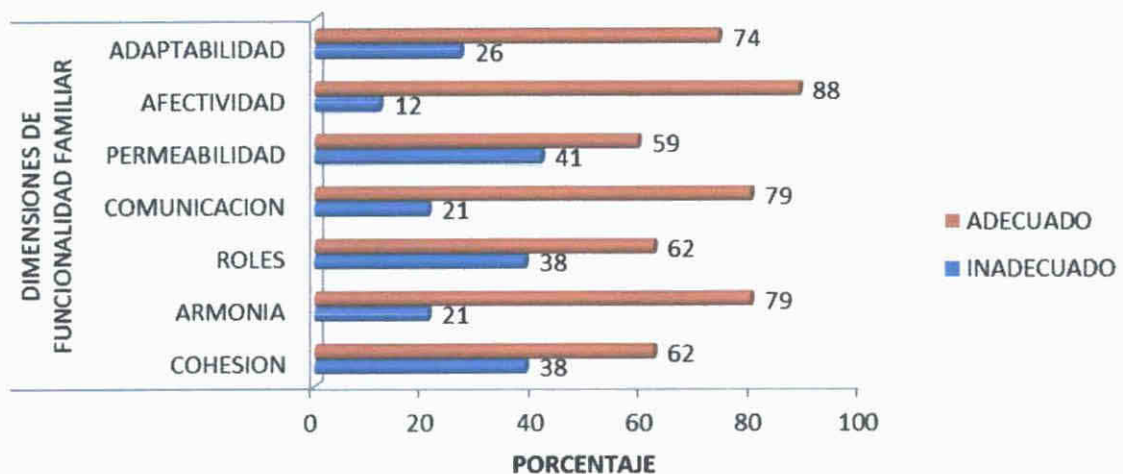
salud mental a esta población, por ello la calidad de vida puede estar influenciada por estas carencias.



La mayoría de las familias no cuentan con acceso al transporte público (Gráfica 20), lo que puede generar dificultades para el traslado del adulto(a) mayor encamado(a) y su familia. Esto confirma la carencia de transportes público colectivo y selectivo en las comunidades lo que dificulta el traslado y acceso de la población adulta mayor y su familia a recibir servicios de orientación y atención en el área de salud.

## FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

**Gráfica No 21**  
**Percepción de las dimensiones de la Funcionalidad Familiar, según los familiares de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2013.**



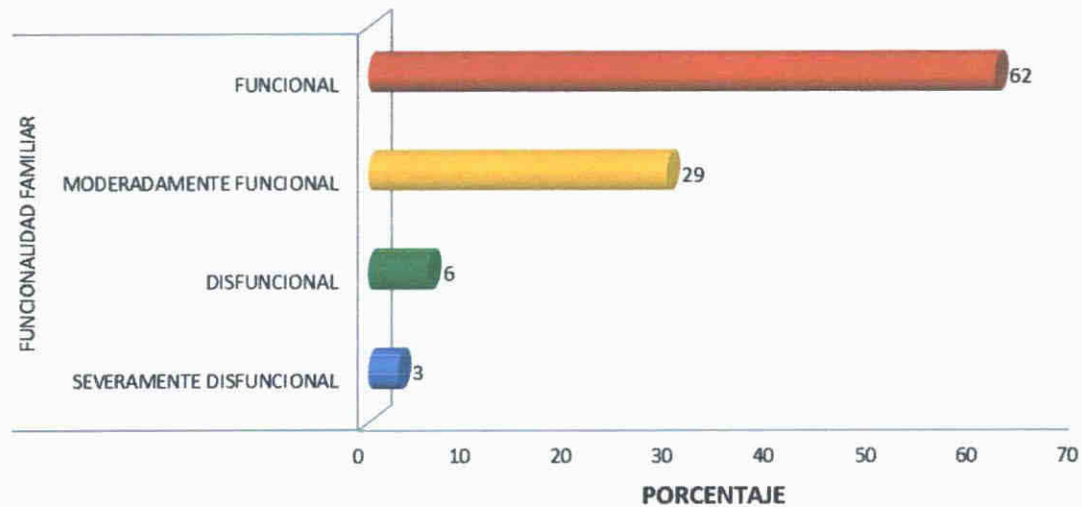
Según la percepción de los familiares, responsables de los adultos(as) mayores encamados, tenemos que la afectividad donde todos los miembros de la familia tienen la capacidad de demostrar sentimientos positivos los unos a los otros refleja un manejo adecuado. La comunicación, importante, también donde la familia es capaz de transmitir sus experiencias en forma clara y directa, refleja un alto porcentaje de funcionamiento.

La armonía por su lado nos indica que existe un alto porcentaje de las familias que presentan correspondencia entre las necesidades e intereses de la familia y la adaptabilidad demuestra que las familias tienen habilidades para cambiar las

**reglas y roles de la familia ante cualquier situación Estas dimensiones son las que más aportan para considerar la funcionalidad familiar como adecuada Las que menos contribuyen según las familias fueron la permeabilidad la cohesión y los roles respectivamente Estas últimas nos indican que las familias presentan dificultades en la cohesión es decir no se ponen de acuerdo a la hora de tomar decisiones para el tratamiento adecuado en cuanto a la permeabilidad que se refiere a la manera de dar y recibir experiencias de otras familias con situaciones similares no son ajenas a este proceso y los roles se manifiestan inadecuados pues es difícil que todos los miembros de la familia cumplan con las responsabilidades dentro del hogar**

**Por ello el sistema familiar se constituye en un centro de análisis e intervención a través de una mirada holística e integradora y vinculada al ámbito de bienestar y desarrollo social y la familia debe ser comprendida como el resultado de la interacción de múltiples y complejas dimensiones y variables en términos de proceso y contextos**

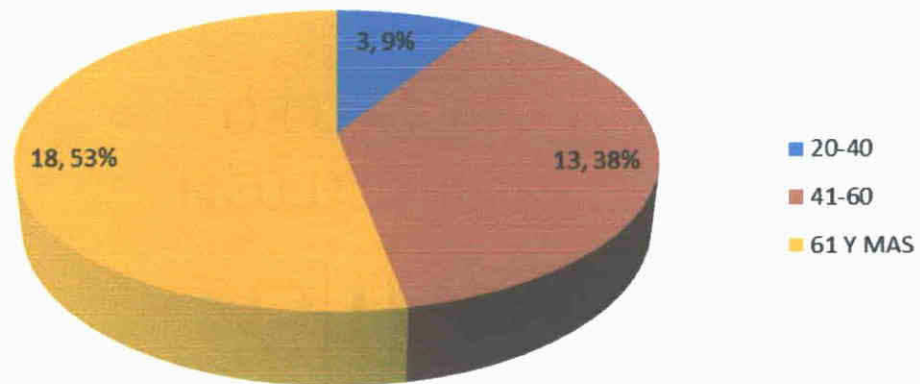
**Gráfica 22**  
**Funcionalidad Familiar de las Familias responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré. 2013.**



En opinión del 62% de las familias de los adultos (as) mayores encamados(as), consideran que el funcionamiento familiar es funcional y un 29% consideran es moderadamente funcional. Solamente un 6% se consideran a sí mismos que son disfuncionales y otro 3% reportan que son severamente disfuncionales. (Gráfica 22). Esta situación se debe a que hay variables como la permeabilidad, la cohesión y roles que se encuentran un poco bajas dentro del funcionamiento familiar. Estas dimensiones afectadas pueden afectar la calidad de atención y bienestar social de la población objeto de estudio y está relacionada a la buena voluntad que debe mantener la familia en cuanto a su fortalecimiento. Por ello se requiere reconocer siempre como se dan las interacciones en los sistemas y subsistemas familiares evaluando los aspectos saludables, sanos, situaciones de crisis y de ruptura para consolidar a la familia.

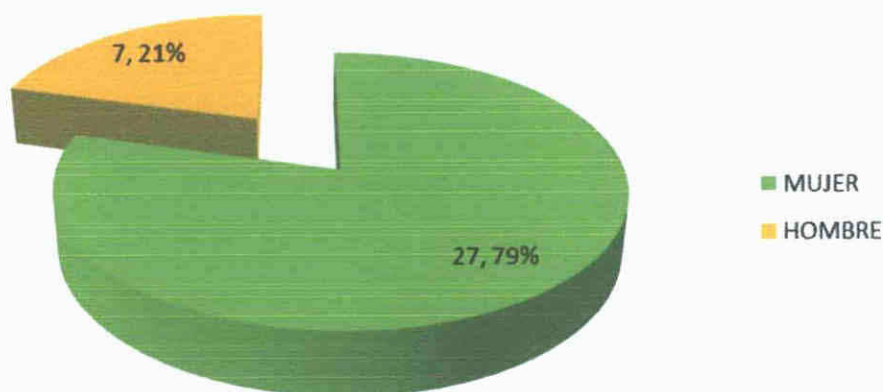
#### 4.3. PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL ADULTO(A) MAYOR ENCAMADO(A)

**Gráfica 23**  
**Edad de las personas responsables del cuidado de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré. 2013.**



La mayoría de las personas responsables del cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as) tienen 41 y más años (Gráfica 23). Es importante observar que el mayor grupo de edades de las personas cuidadoras se concentra en la población de 61 años y más, quien a su vez es un adulto(a) mayor con sus propias limitaciones, que puede afectar la calidad de la atención.

**Gráfica 24**  
**Sexo de la personas responsables del cuidado de los Adultos**  
**Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de**  
**Diego. Chitré 2013.**

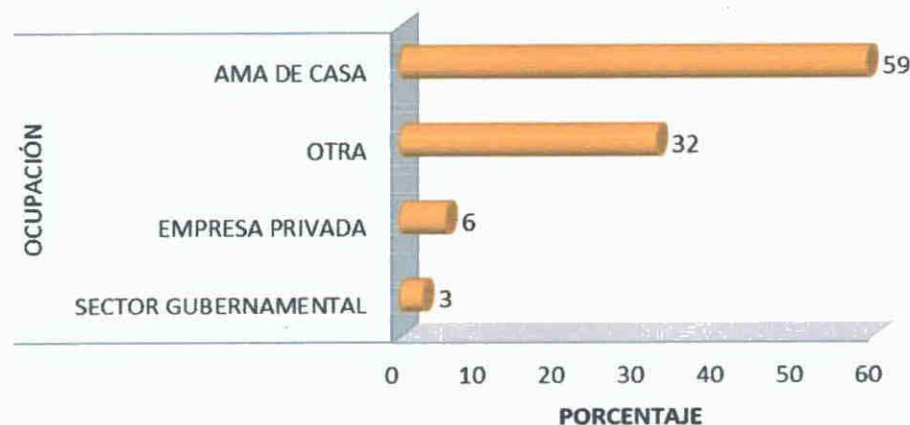


Dentro de la familia no todos asumen de igual manera el cuidado de sus adultos(as) mayores. A los miembros que ocupan la máxima responsabilidad en el cuidado se les denomina cuidadores principales. Se ha constatado que el cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada con cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

En la gráfica 24, se observa que la mayoría de las personas que cuidan a la población estudiada son mujeres quienes asumen mayoritariamente esa responsabilidad, por la construcción social que se ha mantenido siempre del rol de cuidadora porque a través de los tiempos se ha mantenido la creencia que las mujeres son las proveedoras naturales de cuidados. Estos resultados están determinados fundamentalmente, por factores culturales que le han asignado a

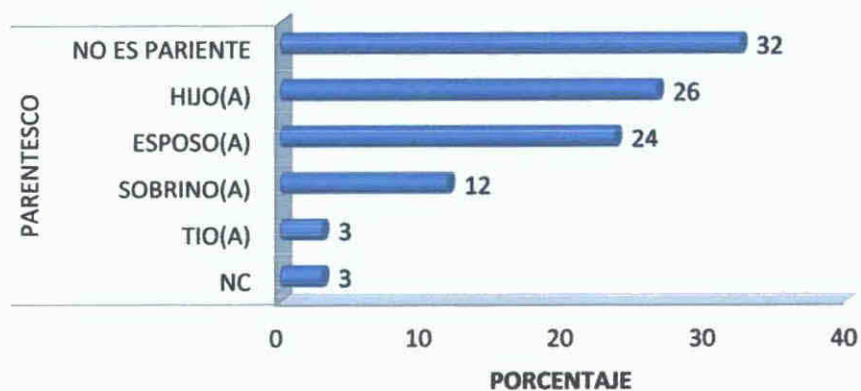
la mujer el papel de cuidar, ya que desde edades tempranas es entrenada para el cuidado de los hijos y porque a ellas se les considera más preparadas para asumir esta tarea. Esta situación trae consigo que acumulen sus actividades constituyendo muchas veces una sobrecarga física y emocional. Sin embargo la incorporación de la mujer a la vida social, entre otros factores ha llevado aparejada la presencia en aumento de los cuidadores hombres. El cuidado en el hogar se constituye en el mejor espacio para preservar la integridad, dignidad, calidad de atención de esta población.

**Gráfica 25**  
**Ocupación de las personas responsables del cuidado de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré.2013.**



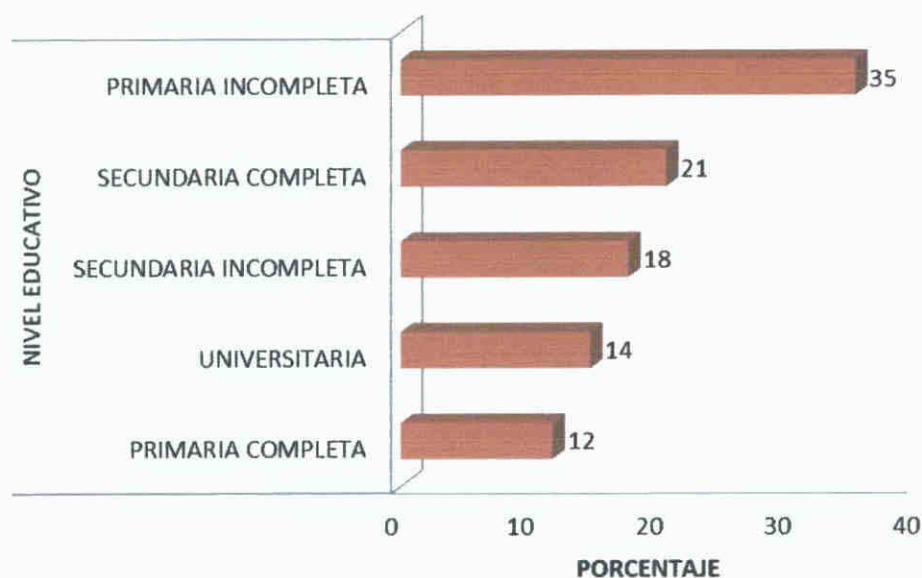
La ocupación mayoritaria que reportan las personas responsables del adulto(a) mayor encamado(a) es ama de casa (Gráfica 25) lo que reafirma que la mujer según la construcción de género se dedica al cuidado, además de las actividades domésticas exponiéndose así las cargas emocionales, sociales y psicológicas.

**Gráfica 26**  
**Parentesco de las personas responsables del cuidado**  
**de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica**  
**Roberto Ramírez de Diego. Chitré. 2013.**



En cuanto al parentesco de las personas responsables del cuidado del adulto(a) mayor encamado(a) en su gran mayoría son familiares (Gráfica 26) esposa, hija, sobrina, tía. Esta situación constata que es la mujer la designada al cuidado a través del proceso de socialización, que hace sentir a la mujer la más responsable frente a las situaciones de cuidado muchas de las cuales no reciben remuneración ninguna. La mujer queda aprisionada al lado del paciente sacrificando muchas veces su vida personal y social. Se desarrolla en el ámbito doméstico y como tal queda oculta en su familia, en la comunidad y por último como ya se ha comentado forma parte de una función adscrita a las mujeres como parte de su rol en la construcción de género.

**Gráfica 27**  
**Nivel Educativo de la personas responsables del cuidado**  
**de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica**  
**Roberto Ramírez de Diego Chitré. 2013.**

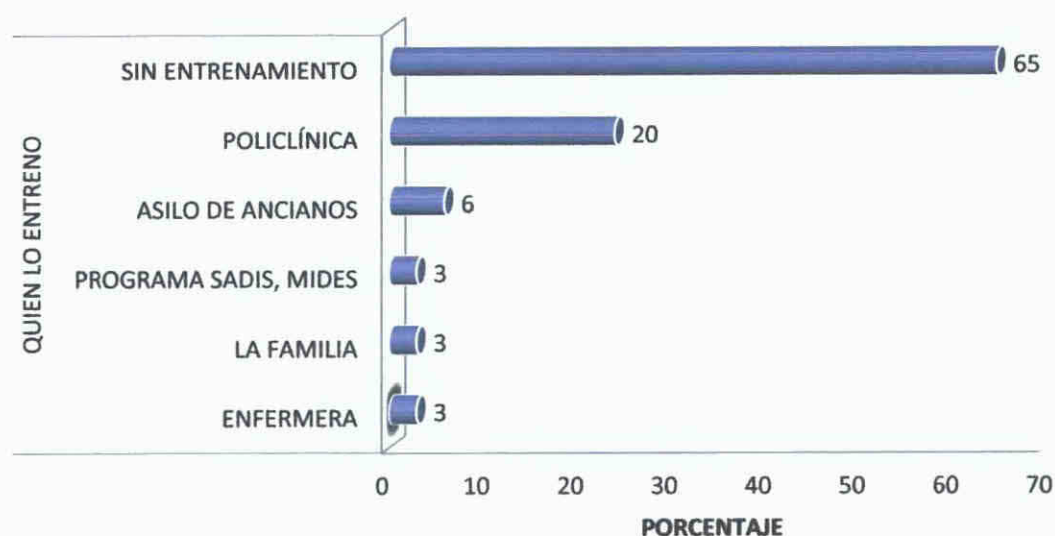


Los(as) responsables del cuidado de los(as) adultos(as) mayores encamados(as), sólo han alcanzado en su mayoría, a lo sumo, una educación primaria, otros(as) una educación secundaria y un bajo porcentaje educación universitaria (Gráfica 27).

Estas cifras revelan que la persona cuidadora posee nivel educativo bajo lo que se puede relacionar con las estadísticas del censo de 2010, realizado en Panamá, donde refleja que el promedio de grados aprobados en el distrito de Chitré es de 9.4 reflejando que no cuentan con recursos cognitivos para enfrentar el cuidado los cuales requieren mayor acceso a la información para

asumir esta labor, ya que se debe entregar conocimientos y competencias que mejoren la calidad del cuidado.

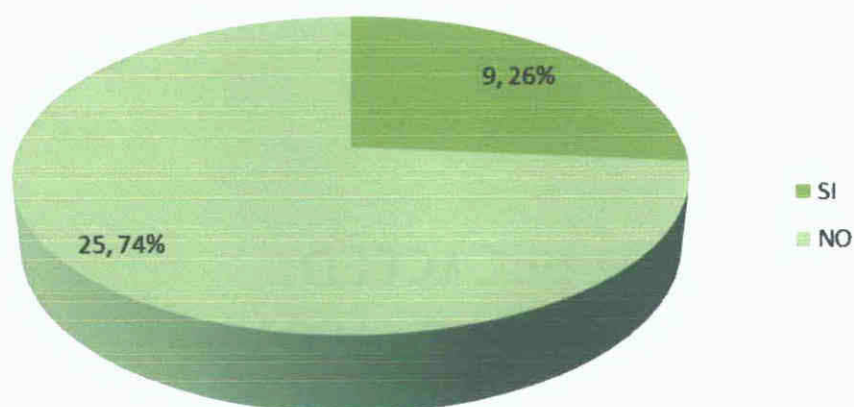
**Gráfica 28**  
**Entrenamiento de la personas responsables del cuidado de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego.Chitré 2013.**



La mayoría, (65%) de las personas cuidadoras manifiestan carencia de preparación como cuidador(a) es decir no poseen ningún entrenamiento formal para el cuidado de adultos (as) mayores encamados(as). El entrenamiento es de suma importancia para mejorar las estrategias para la prestación de servicios, con calidad y calidez, para reducir el estrés por la inseguridad de no prestar cuidados de calidad, igual le ayuda a adquirir técnicas para la movilización e higiene del(la) encamado(a)

Por ello se requiere información para que aprenda a planificar el tiempo. De allí se desprende la importancia que el cuidador(a) cuenten con una capacitación de cómo proceder y comprender a este grupo tan vulnerable y dedicar tiempo al autocuidado. Se puede relacionar que un nivel de escolaridad bajo y la ausencia de capacitación previa traen consigo dificultades para ejercer las funciones como cuidadora de forma efectiva.

**Gráfica 29**  
**Remuneración de las personas responsables del cuidado de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2013.**



La mayoría de las personas responsables del cuidado de la población adulta mayor encamada no recibe ninguna remuneración (Gráfica 29). Esta situación de no recibir remuneración afecta los niveles de pobreza que viven las familias del distrito.

Se trata de un trabajo no remunerado, el cuidado es prestado en virtud de las relaciones afectivas y de parentesco que unen a la persona dependiente y la persona cuidadora, y pertenece por tanto al terreno de lo privado.

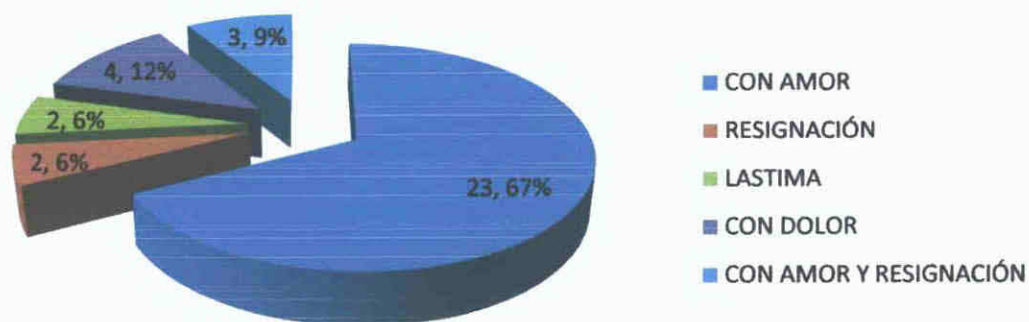
Se puede considerar que la mayoría de los(as) cuidadores(as) son informales ya que no reciben retribución económica por el cuidado que ofrecen. El cuidar se define como un fenómeno de asistencia apoyo o facilitación a otro individuo con necesidades evidentes para mejorar la condición humana o calidad de vida.

**Tabla 4.** Monto de la remuneración de las personas responsables del cuidado de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré. 2013.

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana</b>
<b>MONTO</b>	9	40	900	250.00

La remuneración, de las 9 personas responsables del adulto(a) mayor encamado(a) oscila entre \$40 y \$900, con una mediana de \$250.00. Esta mediana de ingreso no permite cubrir las necesidades básicas de los cuidadores lo que puede incidir que viva con carencias.

**Gráfica 30**  
**Manejo de Emociones de la personas responsable del cuidado de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré. 2013.**



La mayoría de los responsables de los adultos(as) mayores encamados(as), reportan realizar la labor de cuidado por amor, (en sus diversas formas actúa como importante facilitador de las relaciones interpersonales y relaciones de afecto con la persona cuidada, (Gráfica 30).

Es necesario considerar que existe un porcentaje importante que siente lástima, emoción autodestructiva, un signo de baja autoestima, la cual es una emoción que nos paraliza porque nos mantiene atrapados en una situación y no somos responsables de nuestras vidas. De igual forma realizan esta labor con resignación (en muchas ocasiones va unida a la percepción de fracaso y de impotencia), con dolor (experiencia sensorial y emocional subjetiva), generalmente desagradable es decir otras emociones que puedan generar opresión. Cuidar a un(a) adulto(a) mayor encamado significa cumplir con un

deber, aunque al mismo tiempo se cuida con cariño y afecto, como sentimiento de no defraudar las expectativas de la persona que recibe los cuidados. Esta situación de cuidado en la familia ofrece mayor seguridad emocional e intimidad evitando la institucionalización. Las emociones de los(as) cuidadores(as) es un aspecto que pudiera incidir en la calidad del cuidado ofrecido y en la carga emocional del cuidador.

**Gráfica 31**  
**Dedicación de las personas responsables del cuidado de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2013.**

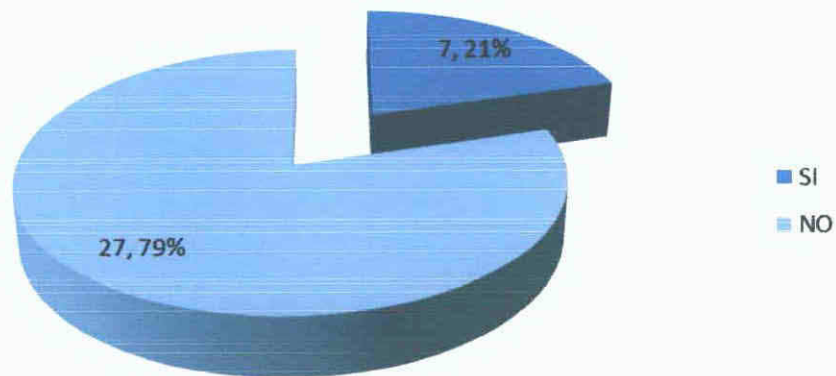


La mayoría de las personas que cuidan lo hacen a tiempo completo y no realiza otras actividades, pues no cuentan con tiempos libres. (Gráfica 31). Este cuidado a tiempo completo produce cansancio físico, trastornos del descanso y sueño, representando una sobrecarga física, social y emocional que altera el funcionamiento del cuidador y de todos los miembros de la familia ya que es una situación de crisis en la familia que se debe afrontar con capacidad, comunicación efectiva promoviendo que todos los miembros puedan

proporcionar un apoyo eficaz y efectivo para que el cuidador principal no sufra situaciones de estrés y agotamiento.

El cuidado de una persona mayor dependiente exige mucho tiempo y dedicación. Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio, a los amigos, a las relaciones familiares, al cuidado de la salud hay que destinarlo ahora a afrontar esta tarea, afectando en muchas ocasiones el estado de ánimo de las personas cuidadoras.

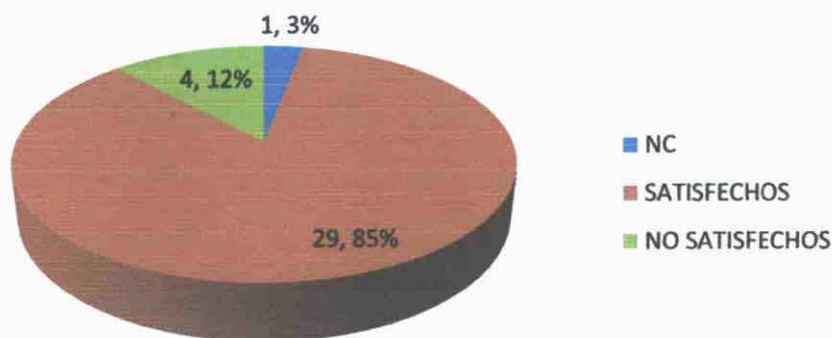
**Gráfica 32**  
**Otras Actividades de la personas responsables del cuidado de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré.2013.**



Según la gráfica 32 solamente un bajo porcentaje se dedica a otras actividades como venta de productos como autogestión para mejorar su ingreso. Un alto porcentaje se dedica solamente al cuidado. Se puede pensar que existe mayor

exclusividad en la atención por ende mejor calidad en la misma. Este aspecto de no dedicarse a otras actividades que generen ingreso puede afectar la función económica de esta persona que a su vez también forma parte de una familia.

**Gráfica 33**  
**Opinión de la familia de los Adultos Mayores encamados sobre el cuidado que reciben. Chitré.2013.**

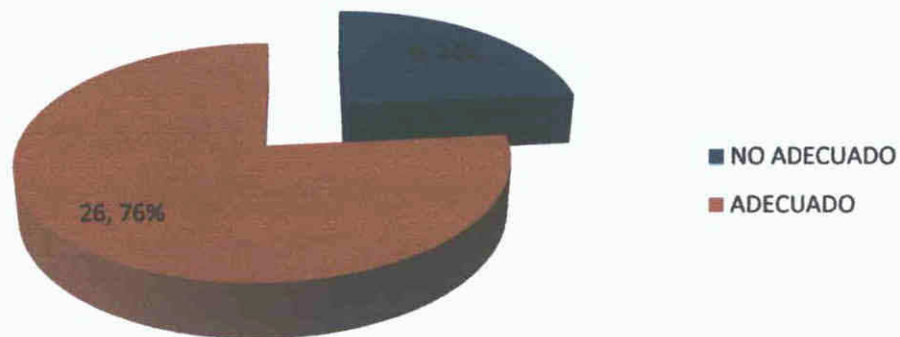


La mayoría de los miembros de la familia de los Adultos(as) Mayores encamados(as) reportan satisfacción del cuidado que recibe esta población de sus cuidadores (Gráfica 33). Sólo un bajo porcentaje señalan no estar satisfechos y un 3% que no contestó. Esto puede relacionarse con el hecho que el cuidador es familiar del adulto mayor y realizan el cuidado con gratitud y estima, dedicándose solamente a esta actividad de cuidadora. De igual forma los que reportan no estar satisfechos puede estar relacionado con el hecho que

la atención la reciben de otra persona adulta mayor, la cual presenta limitaciones para una atención oportuna y eficaz.

#### 4.4. POLÍTICAS QUE REGULAN LA ATENCIÓN DEL Y LA ADULTO (A) MAYOR ENCAMADO(A)

**Gráfica 34**  
**Políticas que regulan la atención del Adulto Mayor encamado y a su familia de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2013.**

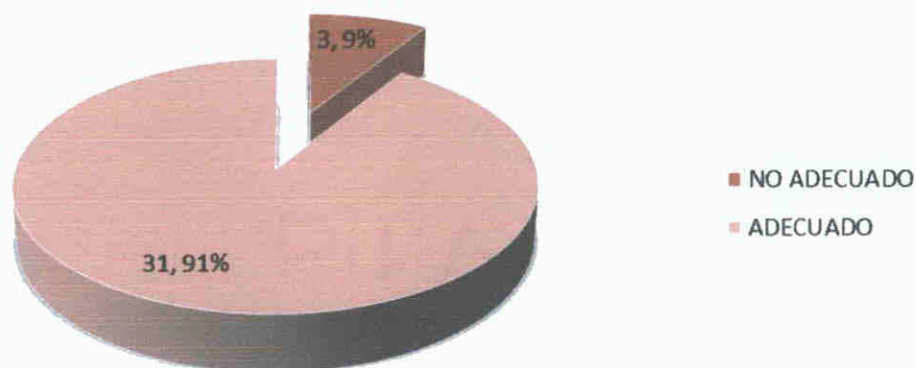


Según las familias, las Políticas de la institución de seguridad social, que regulan la atención de Adultos(as) Mayores encamados(as) y su familia son consideradas adecuadas por un 76% (26) (Gráfica 34). Esto significa que las políticas responden a las necesidades sentidas por el (la) adulto(a) mayor encamado(a) Por otro lado, el programa dispone de recursos humanos, materiales y logísticos para la atención de la población adulta mayor encamada. Además consideran en su gran mayoría que satisfacen oportunamente las necesidades de la población y expresan que conocen las normas que regulan la

atención de la población, pero de igual forma existe un 24 % que considera que no son adecuadas. Este hecho de considerarlas no adecuadas puede estar asociado a la falta de recursos humanos, materiales y logísticos que no permite satisfacer oportunamente las necesidades de la población adulta mayor encamada.

#### 4.5. DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS PARA EL TRABAJADOR SOCIAL

**Gráfica 35**  
**Labor realizada por el Trabajador (a) Social con los(as)**  
**Adultos(as) Mayores encamados (as) de la Policlínica Roberto**  
**Ramírez de Diego. Chitré 2013.**

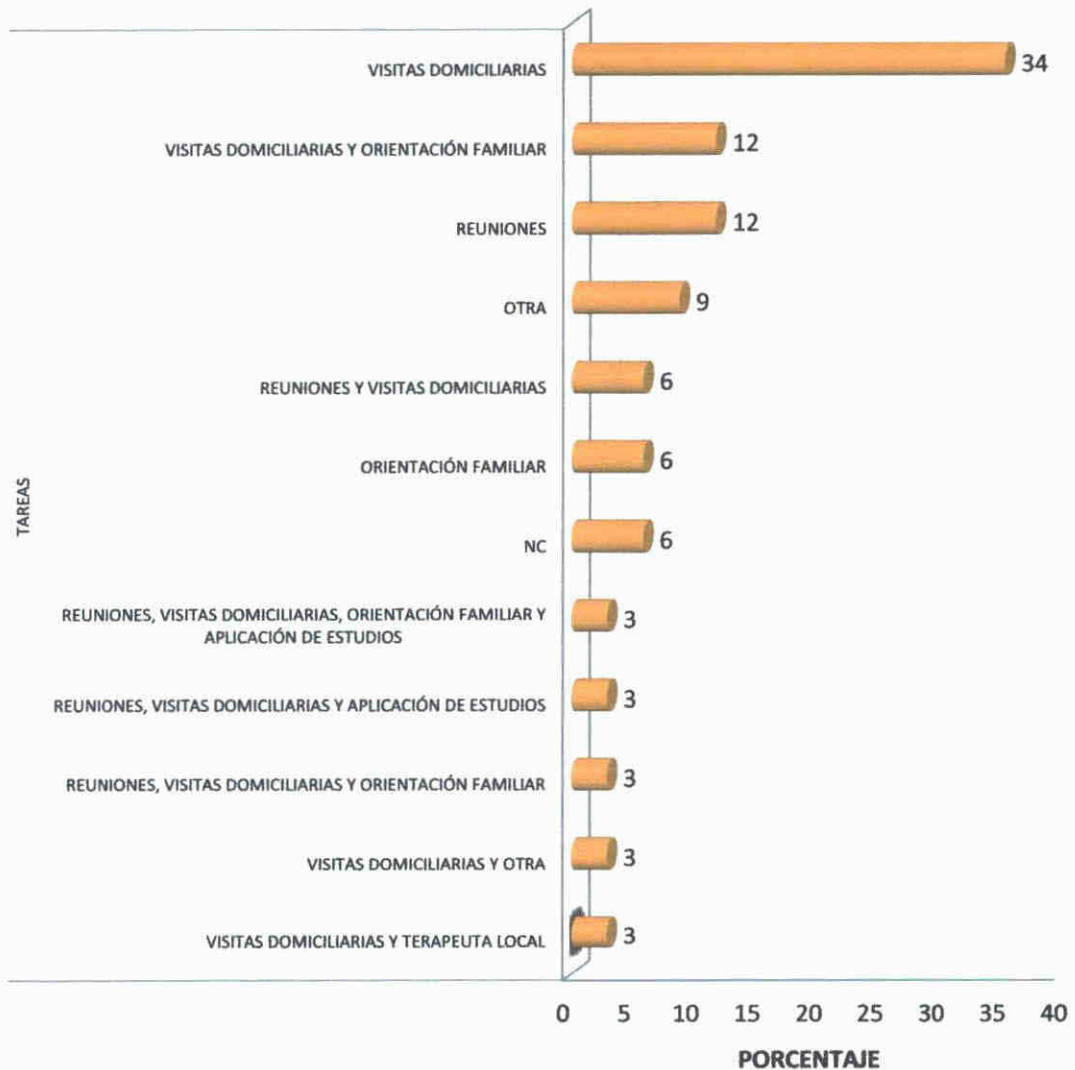


En cuanto a los desafíos y perspectivas para el Trabajador Social la mayoría de los familiares de los(as) adultos(as) mayores encamados(a) consideran que la labor realizada por Trabajador Social es adecuada (Gráfica 35). Señala un bajo porcentaje de los(as) entrevistados(as) que no es adecuado. Existen pocas

**Trabajadoras Sociales para abordar esta población ya que las pocas (3) que existen deben atender todos los programas de la Caja de Seguro Social a nivel de la Provincia de Herrera**

**En este aspecto refieren que la familia recibe servicios de orientación de este profesional y lo consideran importante en la situación del funcionamiento familiar  
Por otra parte consideran que posee un liderazgo en el desarrollo de los servicios ofrecidos a esta población**

**Gráfica36**  
**Tareas que realiza el /la Trabajador (a) Social con los Adultos**  
**Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego.**  
**Chitré 2013**

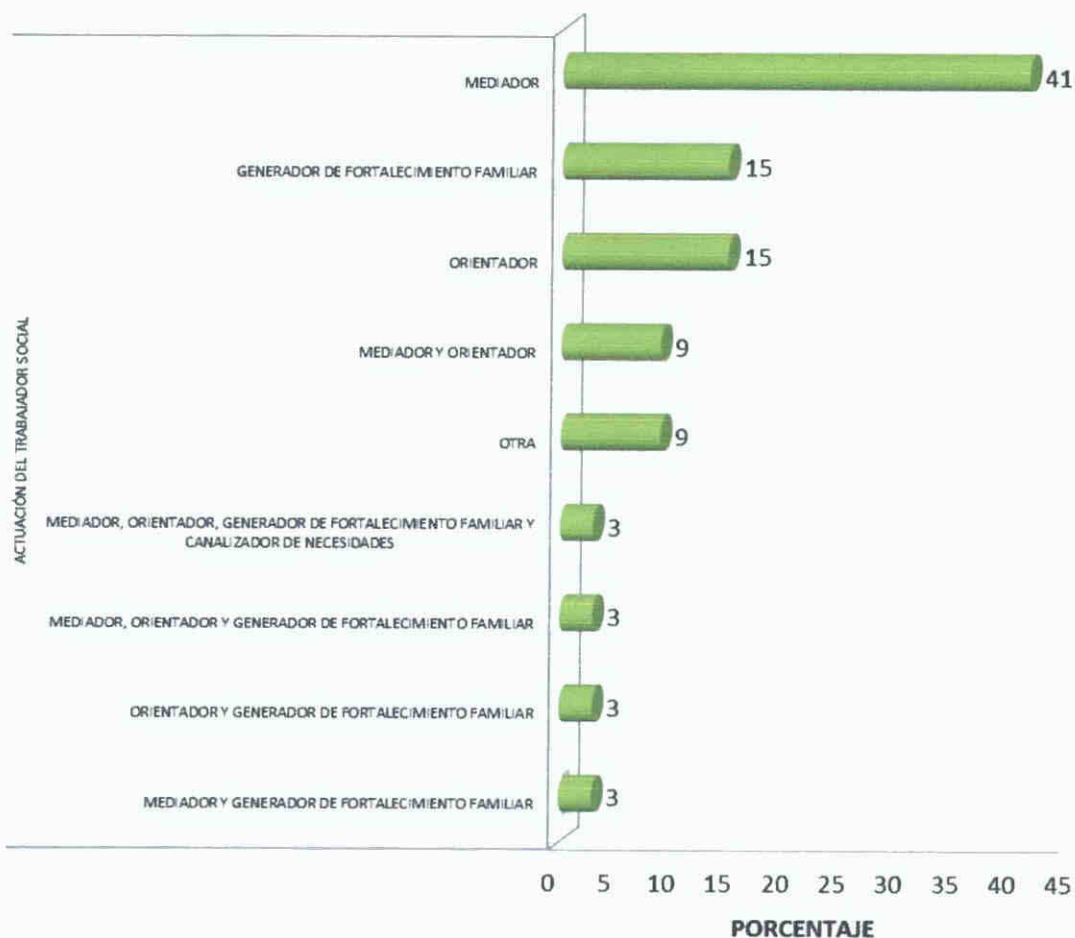


De las cinco tareas que realiza el (la) Trabajador(a) Social, refieren que las visitas domiciliarias son las que mayormente realizan, le siguen las reuniones y las visitas domiciliarias para orientación familiar respectivamente, pero en menor escala. Esta situación puede estar asociada a la falta de recursos humanos y

**maternales que algunos familiares señalan que no son los más adecuados por parte de la institución (Gráfica 36)**

**El Trabajador Social durante las visitas domiciliarias se hace necesario que atienda las familias a nivel de promoción prevención asistencia tendiendo siempre a un trabajo holístico con una visión integradora para garantizar el funcionamiento de la misma y del contexto socio cultural donde opera la familia promocionando redes de apoyo comunitarias y familiares como estrategia en la calidad de vida del individuo y su familia Las reuniones y las visitas domiciliarias con orientación familiar deben hacer énfasis en la sensibilización de las familias en relación al rol que debe desempeñar cada miembro para fortalecer a la familia**

**Gráfica 37**  
**Opinión de la forma de actuar del la Trabajadora Social en el fortalecimiento de familias de los(as) Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré. 2013.**



El Trabajador(a) Social para el fortalecimiento familiar debe actuar como mediador, como generador de fortalecimiento familiar y orientador respectivamente según la opinión de las familias como aparece en la gráfica 37. Las otras funciones de forma conjugada aparecen bien bajas lo que nos debe llevar a la reflexión del poco conocimiento que tienen las familias del rol que debe desempeñar el profesional en su intervención, ya que este profesional

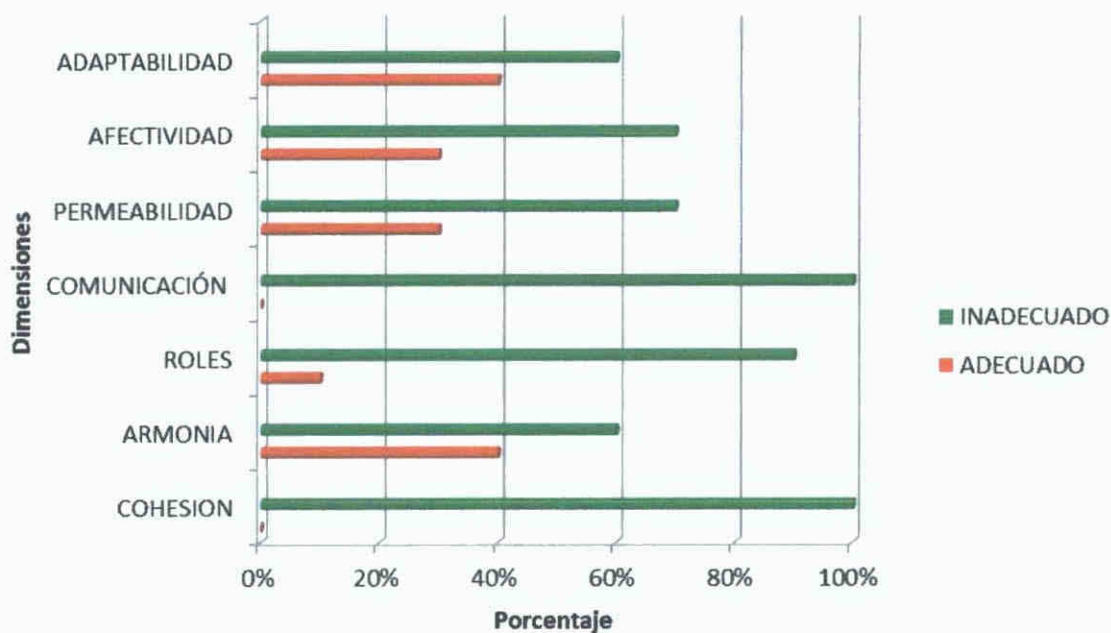
**debe educar y persuadir para subsanar las carencias de información que permitan modificar la situación de la familia**

**Existen falencias en cuanto a un rol muy importante como lo es la investigación como parte de la intervención con familias ya que las familias no lo consideraron importante de forma tal que se pueda viabilizar el acompañamiento de los procesos de cambio en el interior de las configuraciones familiares**

#### **4.6 ENTREVISTA A FUNCIONARIOS(AS) DEL PROGRAMA SADI (Sistema de Atención Domiciliaria Integral)**

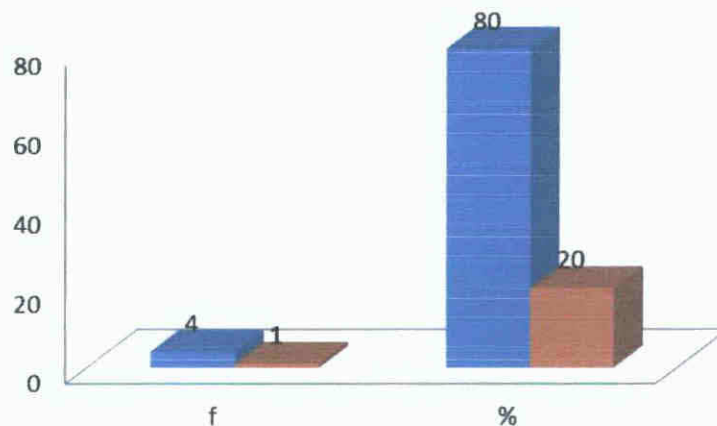
**Se aplicaron cinco guías de entrevistas a funcionarios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego que forman parte del equipo del Sistema de Atención Domiciliaria Integral. A los funcionarios que se les aplicó el instrumento fueron laboratorista, enfermera, nutricionista, trabajadora social y fisioterapeuta. Los resultados se detallan a continuación.**

**Grafica 38**  
**Percepción del equipo interdisciplinario del SADI, sobre el funcionamiento familiar de los adultos mayores encamados. Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré. 2013.**



En esta gráfica se puede observar, según la percepción de los(as) funcionarios(as) de la Policlínica la comunicación y la cohesión dentro del grupo familiar es inadecuada en un 100%. De igual forma todas las otras dimensiones del funcionamiento familiar como afectividad, permeabilidad y roles están funcionando de manera no adecuada. La armonía y la adaptabilidad la perciben que se lleva de forma regular lo que puede incidir en la atención adecuada con calidad y calidez a la población adulta mayor encamada objeto de estudio.

**Grafica 39**  
**Funcionalidad Familiar segun funcionarios del equipo interdisciplinario del SADI en la Policlínica Roberto Ramirez de Diego. Chitré 2013**



En esta gráfica se observa que de acuerdo a la percepción de las dimensiones: comunicación, roles, armonía, cohesión, afectividad, adaptabilidad, permeabilidad la mayoría de los(as) funcionarios(as) del equipo interdisciplinario del programa SADI de la Policlínica consideran que es disfuncional y un bajo porcentaje considera que es moderadamente funcional.

El hecho que estas dimensiones según el equipo interdisciplinario no sean totalmente funcional se puede dar por la falta de las redes de apoyo socio familiar en estos momentos de crisis y conflictos.

**Gráfica No. 40**  
**Políticas que regulan la atención a la población adulta mayor encamada y a su familia de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, Chitré. 2013**



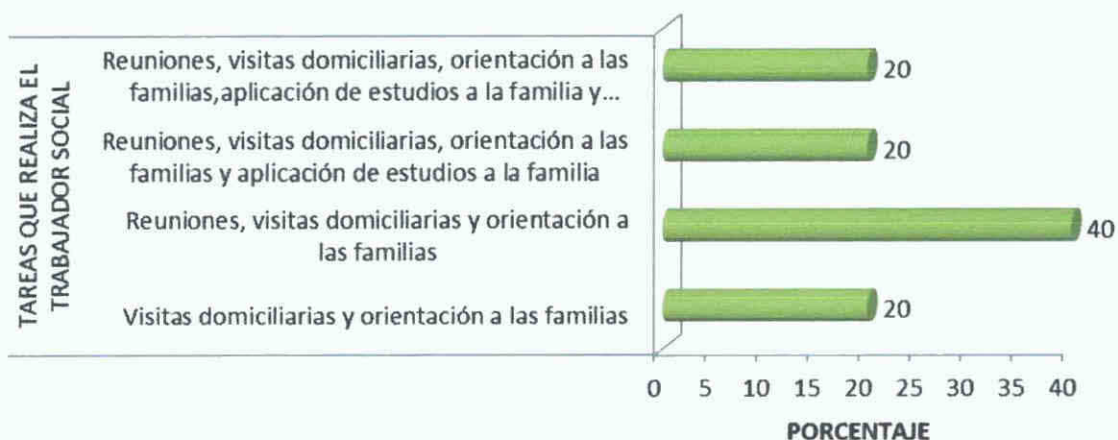
Los(as) funcionarios(as) reportan que las Políticas de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego son adecuadas en un 100% ya que el Programa de Atención Domiciliaria Integral dispone de los recursos humanos y materiales para la atención, responde y satisface las necesidades sentidas de la población adulta mayor encamada. De igual manera reconocen que existen normas y procedimientos en el Programa.

**Gráfica No. 41**  
**Rol del/la Trabajador(a) Social frente a las familias de los(as) familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré. 2013.**



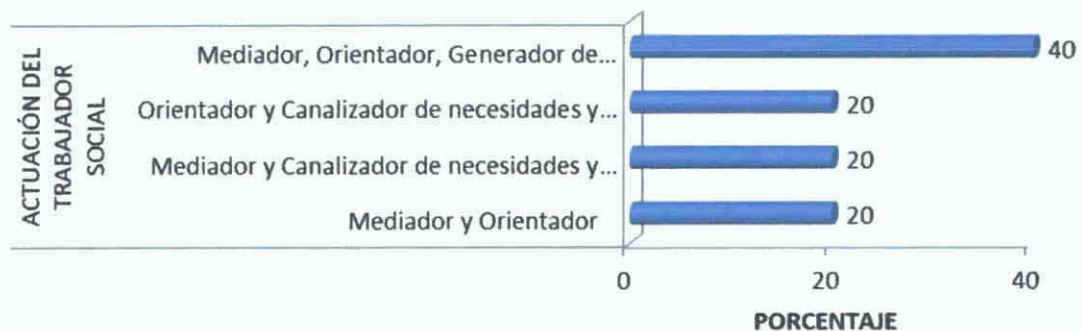
El equipo multidisciplinario reconoce que el (la) Trabajador(a) Social cumple su rol en un 100%; es decir el (la) adulto(a) mayor encamado(a) y la familia recibe los servicios de orientación, además consideran que es un profesional importante en la atención de los componentes del funcionamiento familiar. Consideran que posee un liderazgo destacado en el desarrollo de los servicios ofrecidos a esta población.

**Gráfica No.42**  
**Tareas que realiza el/la Trabajador(a) Social dentro del equipo multidisciplinario del SADI en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego.Chitré.2013**



En cuanto a las tareas concretas que ejecuta la profesional de Trabajo Social los funcionarios destacan mayormente las reuniones, visitas domiciliarias, orientación a las familias, otro porcentaje considera que realiza tareas como reuniones, visitas domiciliarias, orientación, aplicación de estudios y terapeuta social. El otro porcentaje señala que entre las tareas que realiza el/ la profesional tenemos reuniones, visitas domiciliarias, orientación, aplicación de estudios. Los mismos indican que solamente realiza las tareas de visitas domiciliarias y orientación a las familias. Esta situación permite que se reflexione sobre nuestras tareas, la cuales deben ser enfocadas siempre a promover el desarrollo humano generando igualdad de oportunidades para el desarrollo de las capacidades y habilidades de los individuos y sus familias.

**Gráfica No. 43**  
**Opinión del equipo del SADI sobre la forma cómo debe actuar el/la**  
**trabajador (a) social en el fortalecimiento de familias de los (as)**  
**adultos(as) mayores encamados(as) en la Policlínica Roberto Ramírez de**  
**Diego. Chitré 2013.**



La mayoría de los(as) funcionarios(as) consideran que el (la) profesional de Trabajo Social debe ser mediador, orientador y generador del fortalecimiento familiar. Otro grupo reporta que debe ser orientador, canalizador de necesidades y expectativas familiares. Igualmente otros consideran debe ser mediador y canalizador de necesidades y expectativas familiares y el otro 20% indica que debe ser mediador y orientador.

Estas respuestas nos indican que puede ser que no tengan claridad del rol del profesional el cual debe ser mediador, orientador, canalizador de las necesidades y expectativas familiares, generador del fortalecimiento familiar, administrador, investigador y planificador, se debe intervenir a nivel educativo,

movilizador de recursos, entre otros desde una perspectiva profesional transformadora.

#### 4.7. RELACIÓN DE LA OPINIÓN DE LA POBLACIÓN ENCAMADA, LAS FAMILIAS Y DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO, EN CUANTO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

**Tabla No.5 Percepción del (la) adulto(a) mayor encamado(a), familia y equipo interdisciplinario de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego sobre el funcionamiento familiar. Chitré, 2013.**

Dimensiones	Porcentajes de la Percepción del Funcionamiento Familiar según escala FF-SIL		
	Adulto mayor encamado	Familiar	Funcionario
Adaptabilidad	57	51	28
Permeabilidad	43	41	25
Armonía	57	56	28
Roles	45	43	7
Afectividad	58	61	18
Comunicación	60	55	7
Cohesión	42	43	7

En cuanto a la dimensión de adaptabilidad para los adultos mayores encamados y familia resulta funcional, lo que indica que la familia posee habilidad para modificar costumbres antes situaciones que se presentan , en cuanto a armonía sucede el mismo comportamiento, lo que explica que las necesidades de cada miembro de la familia son respetados por los demás, igual ocurre con la dimensión de afectividad ya que le demuestran cariño a sus

**adultos(as) mayores encamados(as) el mismo comportamiento sucede a nivel de comunicación lo que se muestra en la forma clara y directa cuando se conversan los temas familiares sin temor**

**En cuanto a las familias en relación con la dimensión de permeabilidad es disfuncional por les cuesta buscar ayuda y tomar experiencias de otras personas la dimensión de roles se evidencia baja ya que la responsabilidad la mayoría de las veces recae en una sola persona y finalmente ocurre lo mismo con la dimensión de cohesión indicador que refiere a que la situación presentada por presencia de adulto(a) mayor encamado(a) no existe una ayuda de todos los que integran la familia**

**La percepción de los funcionarios es baja en todas las dimensiones lo cual puede ser explicado por la presencia esporádica de los mismos en el seno familiar de los adultos(as) mayores encamados(as) o bien a la poca atención que le prestan al entorno socio afectivo donde se desenvuelve estos adultos**

**CAPÍTULO QUINTO PROPUESTA DE  
ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E  
INTERVENCIÓN PROFESIONAL PARA  
FORTALECER LA ATENCIÓN QUE OFRECEN LAS  
FAMILIAS A LOS(AS) ADULTOS(AS) MAYORES  
ENCAMADOS(AS)**

## **5 PROPUESTA**

### **5.1 RESUMEN**

**La propuesta consiste en el desarrollo de acciones encaminadas a fortalecer el funcionamiento familiar beneficiando a 34 familias a los (as) adultos (as) mayores encamados(as) y cuidadores(as) de la población atendida por el Programa Sistema de Atención Domiciliaria Integral en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego**

**Esta propuesta es producto del diagnóstico del funcionamiento familiar de las familias que reportaron tener adultos mayores encamados el cual permitió priorizar las principales situaciones o problemática que requieren de una mayor y mejor formación y apoyo para la atención de estos pacientes**

**La misma está encaminada a fortalecer el funcionamiento familiar de forma tal que posibilite a la familia fortalecerse en esta situación de crisis ya que el funcionamiento equilibrado de la vida familiar requiere de la interrelación armónica de todos sus miembros**

### **5.2 DIAGNÓSTICO**

**Luego de efectuar el estudio se detectó que en las familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) existen problemas del funcionamiento familiar que producen situaciones de ansiedad entre los miembros de la familia. Por otro lado la carga emocional de los(as) cuidadores(as) especialmente cuando recae**

**esta responsabilidad solo en la mujer se genera conflictos en la relación de pareja y de la dinámica de su propio núcleo familiar porque implica a juicio de algunos el descuido de otras actividades como la atención personal de los hijos y los estudios**

**Esta percepción de que las competencias domésticas son responsabilidad solo de mujeres producto de un sistema de relación patriarcal trae aparejado otros problemas de control y subordinación que profundizan las inequidades en el espacio familiar**

**Por otra parte se identifica que la mayoría de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) cuentan con una mediana de ingreso de 103 00 mensuales con una mediana de edad de la población estudiada de 82 años siendo el 56% de la población estudiada su estatus ante la Caja de Seguro Social beneficiaria**

**Según la percepción de población estudiada la comunicación (88%) afectividad (85%) la armonía (82%) y adaptabilidad (79%) son las dimensiones que mayormente aportan al funcionamiento familiar. Los roles (65%) la cohesión (60%) la permeabilidad (62%) son consideradas las dimensiones que menos contribuyen al funcionamiento familiar**

**Estas percepciones en síntesis reflejan que un 62% de la población estudiada vive en hogares funcionales pero existe un 35% que sus hogares son moderadamente funcionales y un 3% que indica que no son funcionales**

**En cuanto a la composición de las familias se puede señalar que un 59% son uniparentales un 41 % familias son de tipo nuclear Las familias poseen vivienda propia en su mayoría con los servicios de agua luz y alcantarillado Un 47 % de las viviendas de las familias donde reside la población objeto de estudio no cuenta con accesos especiales de baños rampas áreas de esparcimiento lo que afecta la calidad de vida y de bienestar de la población estudiada**

**De acuerdo a la percepción de los familiares en cuanto a las dimensiones del funcionamiento familiar la afectividad la comunicación la armonía la adaptabilidad son las dimensiones que mayormente aportan al funcionamiento familiar sin embargo la permeabilidad los roles y la cohesión aporta menos al funcionamiento familiar Según las respuestas recabadas 62% de las familias presentan un funcionamiento familiar funcional un 29% moderadamente funcional y un 6% es disfuncional y 3% severamente disfuncional Estas percepciones se contraponen a la del funcionamiento de la Policlínica dado que el 80% de la muestra de los (as) funcionarios(as) de la Policlínica que forman parte del equipo interdisciplinario consideran que en la familia el funcionamiento familiar es disfuncional y un 20% moderadamente funcional siendo desde su punto de vista muy afectada la comunicación y la cohesión dentro de la familia**

**En cuanto a la población cuidadora la mayoría se concentra en la edad de 61 años y más lo que representa que también sean adultos mayores con sus propias limitaciones el 79% de este cuidado lo realiza la mujer lo que refleja esa construcción de género que existe de que la mujer es cuidadora en el hogar**

**En cuanto a la ocupación de los (as) cuidadores(as) son amas de casa en su mayoría con un nivel educativo de primaria completa. El 65% de la población cuidadora no posee entrenamiento para el cuidado y el 74% de esta población no recibe remuneración económica**

**El 67 % de las personas entrevistadas realizan el cuidado con amor pero un 33 % siente lástima, resignación, dolor, es decir otras emociones que pueden generar opresión**

**El 79% de los(as) cuidadores(as) lo hacen a tiempo completo lo que representa una excesiva carga física y emocional generando estrés en la mayoría de los casos**

**En cuanto a las tareas del Trabajador Social las familias indican que las visitas domiciliarias es la que mayormente realizan le siguen las reuniones y las visitas domiciliarias con orientación familiar**

### **5.3 NECESIDADES GENERALES**

#### **5.3.1 Principales problemas identificados**

**La población objeto de estudio de estudio y sus familias poseen bajos ingresos económicos que no les permite satisfacer las necesidades básicas y las de medicamentos**

**Los familiares indican que existen dificultades en la cohesión es decir no se ponen de acuerdo a la hora de tomar decisiones para atender las necesidades de los(as) adultos(as) mayores al igual que los requerimientos de ayuda de los miembros que lo hacen regularmente**

**La permeabilidad se ve afectada pues no siempre hay disposición de conocer la manera de dar y recibir experiencias de otras familias y no se busca la ayuda de pares con situaciones similares lo que dificulta que se identifiquen los roles que se requieren jugar para facilitar la atención del (la) adulto(a) mayor encamado(a)**

**En las familias algunos miembros cuidan pero siempre recae en una sola persona la mayor responsabilidad por lo que se le conoce como cuidadora principal lo que produce situaciones de angustia y estrés Las mujeres asumen mayoritariamente el cuidado por la construcción social porque a través de los tiempos se ha mantenido la creencia que las mujeres son las proveedoras naturales de cuidados**

**La mayoría de las personas que cuidan no poseen ningún tipo de entrenamiento lo que puede afectar la calidad y calidez oportuna de atención y lo hacen a tiempo completo por lo que puede incidir en situaciones de estrés**

**En cuanto a las emociones de las personas que ofrecen cuidado en su mayoría lo hacen por amor pero otros sienten lástima resignación dolor es decir emociones que puedan generar opresión**

**De las situaciones encontradas consideramos que por su incidencia se debe priorizar el tema del funcionamiento familiar la preparación y entrenamiento de las personas que cuidan manejo de emociones enfatizar que el cuidado no solo es asunto de mujeres es responsabilidad de todos los miembros de la familia para procurar la promoción de la equidad de género y la ampliación del núcleo de apoyo a la persona encamada**

## **5.4 DISEÑO PROPUESTA**

### **5.4.1 Descripción de la propuesta**

**La propuesta consiste en el desarrollo de una sensibilización para las familias y cuidadores de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) en cuanto al conocimiento y manejo de las variables de cohesión armonía comunicación afectividad cohesión permeabilidad adaptabilidad y roles a desempeñar Se complementa con la orientación y manejo del desarrollo de la autoestima manejo de estrés y la deconstrucción de los estereotipos y prejuicios de género**

### **5.4.2 Fundamentación de la propuesta**

**Esta propuesta se fundamenta en que actualmente la familia se enfrenta a nuevos y difíciles retos al convivir con adultos(as) mayores encamados(as)**

**En las familias con adultos(as) mayores encamados(as) se producen cambios en las interacciones familiares impactando a cada uno de sus miembros Estos cambios o crisis pueden estar relacionados con el tránsito de las etapas del ciclo**

**vital los que son derivados del enfrentamiento a los eventos de vida y crisis que se derivan de la ocurrencia de eventos accidentales y que suelen tener un impacto muy desfavorable en la dinámica familiar produce tensión ya que un miembro funcionalmente dependiente mantiene amarrada a la familia con sus exigencias de cuidado y atención En estas familias se dan repercusiones en la comunicación armonía roles afectividad armonía permeabilidad adaptabilidad**

**De igual forma se hace necesario que se haga énfasis en los cuidados y emociones de las y los cuidadores(as) ya que se puede inferir que la estabilidad de éstos garantiza una calidad de vida en las relaciones familiares y en el cuidado de las personas encamadas**

**Es necesario propiciar la equidad de género haciendo énfasis de que el hombre y la mujer tienen la responsabilidad de propiciar los cuidados a sus pacientes y asumir con equidad las tareas domésticas cotidianas**

**Las familias requieren de la intervención del Trabajo Social desde un punto de vista integrador de la promoción prevención e intervención para tener familias equilibradas logrando el desarrollo humano y social potenciando las capacidades individuales con enfoque participativo a través de un abordaje técnico para abordar los factores determinantes en los cambios del funcionamiento familiar**

### **5 4 3 Población beneficiada**

#### **5 4 3 1 Beneficiarios directos**

La propuesta beneficiará a 34 familias a los(as) adultos (as) mayores encamados(as) a las personas cuidadoras que residen en el distrito de Chitré y además a las 34 personas que reciben atención en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego y pertenecen al programa Sistema de Atención Domiciliaria Integral

#### **5 4 3 2 Beneficiarios indirectos**

La comunidad en general

### **5.4 4 Objetivos**

#### **5 4.4 1 Objetivos General**

- Fortalecer a las familias en el funcionamiento familiar para mejorar la calidad de vida de los y las adultos(as) mayores encamadas
- Favorecer y desarrollar actitudes y acciones de integración familiar y equidad de género para una distribución de roles más equitativos y apoyar la autoayuda entrenamiento y autonomía a las personas cuidadoras

#### 5.4.4.2 Objetivos específicos

- Promover el fortalecimiento de las variables que inciden en el funcionamiento familiar.
- Estimular la participación de hombres y mujeres en el cuidado de los(as) adultos(as) mayores encamados(as).
- Proporcionar formación sobre cuidados para reducir el estrés y desarrollar autoestima en las personas cuidadoras.
- Fortalecer los roles de intervención del Trabajo Social desde el enfoque sistémico, a través de la promoción, prevención, investigación e intervención en las familias con adultos(as) mayores encamados(as).
- Demostrar la importancia del vínculo institución-familia para la aplicación de políticas institucionales de forma más efectiva.

#### 5.5. ACTIVIDADES

TALLER	CONTENIDO	OBJETIVOS	RESPONSABLES	METODOLOGÍA A UTILIZAR
TALLER No 1	<p>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p> <p>Concepto e importancia.</p> <p>Variables que inciden en el funcionamiento familiar.</p> <p>Análisis FODA del funcionamiento</p>	<p>Identifica y elabora estrategias para mejorar el funcionamiento familiar</p>	Trabajador(a) Social.	<p>Exposición Dialogada.</p> <p>Dinámicas grupales,</p> <p>Discusión de videos.</p>

	familiar-  Técnicas para mejorar el funcionamiento familiar			
TALLER No.2	EQUIDAD E IGUALDAD DE GÉNERO  Concepto e importancia  Igualdad de género en el cuidado de la población adulta mayor encamada	Analiza la socialización desigual de hombres y mujeres y valora adecuadamente la importancia de la equidad de género en el cuidado de la población adulta mayor encamada	Trabajadora Social	Exposición dialogada  Debate  Socio drama
TALLER No. 3	ESCUELA DE CUIDADORESComunicación Entrenamiento de cuidados  Manejo de Emociones  Manejo del Estrés  La autoestima  Manejo del Tiempo y Terapia al Ocio	Percibe, analiza y desarrolla estrategias para el manejo de emociones, estrés y desarrollo de autoestima	Trabajadora Social  Psicólogo  Instructor de manualidades	Exposición dialogada  Técnicas de Relajación y meditación  Curso de confección de piñatas
TALLER No. 4	EL TRABAJO SOCIAL A NIVEL FAMILIAR  Motivación  Comunicación  Grupos de ayuda  Mutua o auto ayuda  Terapias familiares	Valora y relaciona la importancia del trabajo Social y organizar grupos de autoayuda	Trabajadora Social	Debates.  Formación de grupo de autoayuda
TALLER No 5	Discusión de Políticas,	Discuten en formal grupal la	Funcionarios del equipo de la Caja	Exposición

	Normativas y responsabilidades de la institución y de las familias	y importancia de mantener una estrecha relación institución-familia.	de Seguro Social.	dialogada Discusión gupal
Convivio familiar	CONVIVENCIA FAMILIAR	Promueve la integración de las familias con situaciones de crisis	Trabajadora Social	Dinámicas Juegos
Evaluación participativa de la propuesta				
Planeación del seguimiento				

## 5.6. RECURSOS

Qué necesitamos para desarrollar las actividades	Qué es lo que ya tenemos	Qué es lo que podemos conseguir en nuestra propia comunidad			Qué es lo que nos falta por conseguir
		Dónde	Cómo	Dónde	Cómo
Recursos Humanos	Trabajadora Social	Instructor (a) de manualidades	Mediante notas		
Trabajadora Social	Psicólogo/a	INADEH			
Psicólogo	Conductor/a				
Instructor(a) de manualidades					

Recursos Materiales	Computador multimedia			Comercio	Notas para solicitar donaciones
Cartulina	cámara fotográfica,			Personas particulares	
Papel periódico,					
Goma					
Tijera					
Lapto					
Marcadores multimedia					
Cámara fotográfica					
Insumos para brindis	Parte del brindis	Comercio Donaciones		Empresas particulares	Notas para solicitar donaciones
Recursos físicos	Aulas	Colchonetas	A través de notas		
Aulas	Sillas				
Sillas	Mesas	Pandeportes			
Mesas	Tablero				
Tablero					
colchonetas					

Recursos financieros		Población beneficiaria	A través de donaciones	Instituciones públicas y privadas	Notas
----------------------	--	------------------------	------------------------	-----------------------------------	-------

## 5.7. ESTIMADO DE PRESUPUESTO PRELIMINAR

### 5.7.1. Recursos

Ítem	Detalle	Costo Total	Aporte de la institución	Aportes de la Comunidad	Otras fuentes	Aporte solicitado
1.	<b>Recurso Humano</b>					
1.1.	Instructor de manualidades	100.00			100.00 *1	
2.	<b>Recursos materiales e insumos</b>					
2.1.	Papel periódico, cartulina, goma, tijera, marcadores	68.00			68.00 *2	
2.2.	Insumos para brindis Talleres	102.00			102.00 *3	
3..	<b>Imprevisos</b>	27.00				
Total		297.00			270.00	

**Las otras fuentes se detallan a continuación**

**1 Donación de Municipio**

**\*2 Donación de Econoutiles**

**\*3 Donación de Municipio**

## **5 8 TIEMPO**

**Esta propuesta se desarrollará durante un año a partir de octubre 2014 a septiembre 2015 durante el cual se socializa la propuesta se gestionarán los recursos se desarrollarán los talleres y convivencias familiares De igual forma se harán las evaluaciones El desarrollo de las actividades será por sesiones mensuales de tres horas cada mes La convivencia familiar durará cinco horas**

## 5.9. CRONOGRAMA

Actividades	O	N	D	E	F	M	A	M	J	JI	A	S
Evaluación inicial de la propuesta	■											
Reunión de sensibilización de la propuesta con los (as) adultos(as) mayores encamados, familias, funcionarios y cuidadores.		■										
Desarrollo del Taller No.1 Fortalecimiento familiar			■									
Desarrollo del taller No. 2 Equidad de género				■								
Evaluación					■							
Desarrollo del Taller No.3 Taller Socio Educativo Escuela de Cuidadores						■	■					
Desarrollo del Taller No 4. El trabajo social a nivel familiar.								■				
Desarrollo taller No. 5 Normativas, Políticas de la Caja de Seguro Social y Responsabilidades de Familiares									■			
Convivencia Familiar										■		
Evaluación participativa											■	
Informe de Resultados												■
Planeación del seguimiento de la propuesta												■

## 5.10 RESPONSABLES

De la Coordinación: Trabajadora Social,

De la Ejecución: Trabajador (a) Social, Psicólogo(a), funcionarios de la Caja de Seguro Social, Instructor(a) de manualidades, Actores sociales.

## 5.11. EVALUACIÓN:

### 5.11.1. Aspectos a evaluar:

Los tipos de evaluación que se realizan diagnóstica / formativa.

Evaluación antes del desarrollo de la propuesta

ASPECTOS A EVALUAR	INDICADORES
Coherencia	Valorar si la propuesta responde a la política social de la institución.
Pertinencia	La propuesta responde a las necesidades presentadas.  Responde al diagnóstico.  Las actividades son adecuadas al perfil de los beneficiarios.
Relevancia	Significado de la propuesta para los beneficiarios
Eficiencia	Se logrará, las metas con el mínimo de recursos
Eficacia	Se lograrán los objetivos propuestos
Sostenibilidad	Se logrará la participación de los beneficiarios.
Efectividad	Se lograrán los resultados esperados.

## Evaluación de los procesos formativa

<b>ASPECTOS A EVALUAR</b>	<b>INDICADORES</b>
Relevancia	Los temas que se están ofreciendo cumplen con las expectativas de los beneficiarios
Eficacia	Se están logrando los objetivos
Eficiente	Se están logrando las metas con el tiempo y recursos suficientes
Pertinencia	El grado de satisfacción que manifiestan los beneficiarios: dinámicas si son adecuadas, ambiente agradable o desagradable, facilitadores interactivos, metodología participativa.
Sostenibilidad	El número de familias que están participando, la población cuidadora si está asistiendo, número de talleres que asisten.

## Evaluación Ex post o al final del desarrollo de la propuesta

<b>ASPECTOS A EVALUAR</b>	<b>INDICADORES</b>
Eficacia	Se lograron los objetivos.  Costos beneficios que produjo la propuesta. Se logró fortalecer el funcionamiento familiar de la familia y disminuir los niveles de ansiedad y la equidad de género en cuanto al cuidado.
Efectividad	Cumplió con los objetivos propuestos.
Eficiencia	Administró bien los recursos y tiempo.
Relevancia	Las actividades desarrolladas cumplieron con las expectativas de los beneficiarios.

## **CONCLUSIONES**

**Luego de finalizada la presente investigación se puede concluir**

- 1 La edad de la población adulta mayor objeto de estudio oscila entre 56 y 101 con una mediana de 82 años de edad lo que sustenta la tendencia al envejecimiento de la población relacionada a la edad promedio de la esperanza de vida en Panamá**
- 2 La mediana de ingresos de los adultos(as) mayores encamados(as) es BI 103 00 y de egresos de 108 00 lo que indica que apenas le alcanza para satisfacer las necesidades básicas que estos recursos económicos no les alcanza para la compra de medicamentos cuando lo requieren**
- 3 El estado civil de la población adulta mayor es casada coincidiendo mucho con las tendencias del estado civil de las personas de estas edades**
- 4 Las enfermedades de la población adulta mayor encamada de mayor incidencia fueron las enfermedades cardiovasculares de infarto agudo de miocardio diabetes e incontinencia urinaria lo que demuestra que la vejez es un hecho indiscutible con características específicas que conlleva a una mayor morbilidad**
- 5 Existe un alto porcentaje de la población adulta mayor encamada que señala que no recibe atención médica lo que se puede inferir de la falta de recurso humano y material para garantizar la cobertura total con eficiencia eficacia calidez y calidad**
- 6 Las familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) poseen una mediana de ingresos de BI 385 00 y de egresos de BI 365 00 esta mediana de ingreso no les permite cubrir las necesidades básicas de las familias**
- 7 Las familias son uniparentales y nucleares en su mayoría Estas familias sufren un mayor riesgo de pobreza y de dificultades sociales que los núcleos biparentales porque cuentan con menos redes de apoyo familiares**
- 8 En cuanto a la tenencia de la tierra y vivienda de las familias disponen de bienes propios que puede ser garantía de la estabilidad física del adulto(a) mayor encamado(a)**
- 9 Un grupo significativo de las viviendas en donde viven los (as) adultos mayores encamados(as) no cuentan con accesos básicos como baños rampas y áreas de esparcimiento lo cual incide en la calidad de atención y en consecuencia del bienestar de los adultos(as) mayores encamados(as)**
- 10 Las viviendas no cuenta con áreas apropiadas para el manejo de la población adulta mayor encamada tampoco cuentan con áreas en la comunidad para el sano esparcimiento del adulto(a) mayor encamado(a) y su familia La falta de transporte público accesible a esta población es otra de las dificultades que presentan las familias**
- 11 Los(as) adultos(as) mayores encamados(as) consideran que las estrategias y servicios ofrecidos por las familias tales como alimentación aseo personal atención oportuna afecto cariño medicamentos espacio físico con buena limpieza son adecuadas a sus necesidades**
- 12 Referente al funcionamiento familiar la población adulta encamada considera en cuanto las dimensiones de afectividad que se les demuestran cariño igual ocurre con la armonía pues consideran que las necesidades de cada miembro son respetadas por los demás igual comportamiento sucede a nivel de comunicación y la adaptabilidad**

también se considera funcional ya que la familia posee habilidad para modificar costumbres ante situaciones que se presentan

13 De igual forma las dimensiones de roles cohesión permeabilidad resultaron consideradas bajas por población adulta encamada

14 La percepción de las familias en cuanto al funcionamiento familiar consideran en su mayoría que es funcional en las dimensiones de afectividad comunicación la armonía y la adaptabilidad son las que mayormente aportan al funcionamiento familiar y otro porcentaje importante considera que la permeabilidad cohesión y roles son las que menos aportan por ello se puede considerar que el funcionamiento familiar es moderado

15 La percepción de los funcionarios del SADI en cuanto a las dimensiones del funcionamiento familiar de la población encamada la consideraron baja es decir que las mismas están afectadas lo cual puede ser explicado por la presencia esporádica de familiares mismos en el seno familiar de los adultos mayores encamados o bien a la poca atención que le prestan al entorno socio-afectivo donde se desenvuelve estos(as) adultos(as) Mayores encamados(as)

16 El sexo femenino con algún grado de parentesco por afinidad o consanguinidad se convierte en el (la) cuidador(a) primo(a) de los adultos(as) mayores encamados(as) los cuales se concentran en edades mayor de 61 años que a su vez se constituyen adultos(as) mayores

17 El nivel educativo de las personas responsables del cuidado es baja por lo que no cuentan con recursos cognitivos para enfrentar el cuidado

18 El (la) cuidador(a) familiar no cuenta con entrenamiento no recibe remuneración económica adecuada y en otros hay ausencia de ella La persona cuidadora cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella y no disponen de tiempo libre causando una sobrecarga física emocional y psicológica

19 La remuneración de las personas cuidadoras que reciben ingresos presentan una mediana de 250 00 que no le alcanza para cubrir los gastos de la canasta básica familiar

20 La mayoría de los (as) responsables del cuidado del adulto(a) mayor encamado(a) realiza la actividad de cuidado con una actitud de desprendimiento cariño y amor el resto un grupo significativo lo hace por sentimientos de dolor humano expresado en lástima y resignación

21 Las familias consideran que las políticas y normas de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego de Chitré en su mayoría responden a las necesidades sentidas por el (la) adulto(a) mayor encamado(a) cuentan con recursos humanos materiales y logísticos dando satisfacción oportunamente a las necesidades sentidas de la población adulta mayor encamada

22 La mayoría de las familias de adultos(as) mayores encamados(as) consideran que la labor que realiza el profesional de Trabajo Social es adecuada pero enfocada a la técnica de la visita domiciliar y a la mediación y lo importante es que se realicen investigaciones más profundas

23 Las familias y los funcionarios de la institución tiene la disposición de participar en el proyecto

## **RECOMENDACIONES**

**Luego de efectuada esta investigación se puede recomendar**

- 1 Desarrollar un sistema de atención y sensibilización continua a la familia de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) que permita fortalecer permanentemente las debilidades encontradas en el funcionamiento familiar de manera tal que se pueda mejorar la calidad de la atención a los(as) adultos(as) mayores encamados(as) y garantizar un mayor bienestar físico y mental**
- 2 Viabilizar una propuesta para fortalecer a través de módulos en los colegios a todos los niveles para integrar otros miembros de la familia y evitar la sobrecarga y el estrés en las personas cuidadoras propiciando que el hombre también se integre al cuidado**
- 3 Favorecer la creación de redes familiares de apoyo para el manejo de la población adulta encamada con amor afecto y dedicación**
- 4 Promocionar la equidad de género de forma tal que los hombres que forman parte de la familia se integre al cuidado para compartir por igual hombres y mujeres**
- 5 Desarrollar condiciones en las familias para garantizar la permanencia de la población adulta mayor encamada en su domicilio con la mejor calidad de vida posible**
- 6 Capacitar a los(as) cuidadores(as) para que estén bien entrenados (as) para la atención de la población adulta mayor encamada**
- 7 Promover la cultura de emprendimiento para las familias y cuidadores(a) de forma tal que se mejoren los ingresos familiares**
- 8 Convocar a las distintas instituciones que se dedican a desarrollar programas orientados a elevar el desarrollo familia a crear un espacio de integración de políticas que permitan la atención holística de los problemas que confrontan las familias con adultos(as) mayores encamado(as) que favorezcan entornos propicios y saludables a fin de atender su funcionamiento familiar condiciones socioeconómicas culturales y de infraestructura física de sus hogares Las instituciones vinculantes deben ser MIDES MINSA CSS y MIVIOT entre otras**
- 9 Promover ante las autoridades de salud que se mejore la atención domiciliar con más frecuencia a la población adulta mayor encamada**
- 10 Proponer la contratación de trabajadoras sociales para que puedan cumplir oportunamente con todas las tareas y roles incluyendo investigación elaboración de políticas promoción e intervención familiar de forma holística profundizando las investigaciones sociales**
- 11 Recomendar a las autoridades que construyan áreas que favorezcan la integración de la población adulta mayor en actividades socio recreativas**

## **BIBLIOGRAFÍA**

**ARES P (2002) Psicología de Familia Una aproximación a su estudio La Habana Cuba Félix Varela**

**ARCHILLA SHEILA (1985) La Perspectiva de Trabajo Social en el Funcionamiento Social y Familiar y sus Indicadores Puerto Rico 26 págs**

**BARG LILIANA (2002) La Intervención con familia Una perspectiva desde el Trabajo Social Ed Espacio Buenos Aires Argentina 142 págs**

**BEDOYA, KERIMA (2011) Condiciones psicosociales del adulto mayor que favorecen el envejecimiento saludable Universidad de Panamá Panamá**

**BERNAL C A (2006) Metodología de la Investigación México Pearson Prentice Hall**

**CARBALLEDA ALFREDO (2007) La intervención en lo social Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales Edrtonal Paidós**

**CASTELLÓN CASTILLO S Y LEDESMA ALONSO ( 2012) E El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spiritus Cuba en Contribuciones a las Ciencias Sociales**

**CASTRO A P (1995) Familiar, Sexualidad y Discapacidad La Habana**

**CERDA H (1998) Los elementos de la investigación Bogotá El Buho**

**DA SILVA J G Y RUBENS REBELATTO J (2005) Rehabilitación Geriátrica España McGraw-Hill**

**DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2004) Constitución Política de la República de Panamá**

**GOLCHER ILEANA (1995) Escriba y sustente su tesis Metodología para la Investigación Social Panamá Servicios Gráficos**

**GÓMEZ J (2002) Valoración integral de la salud del anciano Manzares Artes Gráficas**

**HERNÁNDEZ SAMPIERI R FERNÁNDEZ COLLADO C BAPTISTA LUCIO P ((2007) Metodología de la investigación México Mc Graw Hill**

**HUENCHUAN NAVARRO SANDRA (2004) Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina Chile Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía**

**MACÍAS R (1994) Antropología de la Sexualidad Humana México Migucosef**

**MINUCHIN S (1999) Familias y terapia Familiar, Barcelona España Geodisa**

**OROSAFRAIZ T (2003) La Tercera Edad y la familia La Habana Félix Varela**

**POPOLO FABIANA (2001) Características demográficas y socio económicas de las personas de edad en América Latina Chile**

**QUINTERO ÁNGELA MARÍA. (1997) Trabajo Social y procesos familiares Editorial Lumen Argentina**

**QUINTERO ÁNGELA MARÍA (2004) Trabajo Social y el enfoque sistémico Editorial Lumen Argentina**

**SALGADO A GUILLEN F Y RUPÉREZ, (2002) Manual de Geriatría España Masson**

**SALVAREZZA L (1991) Psicogeriatría Teoría y clínica Buenos Aires Paidós**

**SERRUD MELVA (2002) Análisis de la atención familiar del adulto mayor dependiente en Santiago Universidad de Panamá Panamá**

**ROJAS R (1981) Guía para realizar investigaciones sociales México**

**VON BERTALANFFYL (1976) Teoría general de los sistemas Ed México DF Fondos de Cultura Económica**

#### **Revistas**

**BAZO M (1996) Los Cuidados Familiares de Salud en Las personas Ancianos y las Políticas Sociales (en línea) Reis 43-56 Consultado el 29 de julio de julio de 2012 Disponible en [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo\\_codigo/761460](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo_codigo/761460)**

**DÍAZ BASILIA Y OTROS (2003) Características biopsicosociales en una población anciana Consultado el 14 de octubre 2012 Disponible en [scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-03192003000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-03192003000300007)**

**ROCA M (2000) La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros (en línea) Revista Salud y Vida (1 5) Consultado el 2 de agosto de 2012 Disponible en [www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=4830](http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=4830)**

**VEITÍA TERESA Y OTROS (1999) Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención en familias disfuncionales Consultado**

el 15 de octubre de 2013 Disponible en  
[www.sld.cu/revistas/enf/vol15\\_3\\_99/enf05399.pdf](http://www.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf05399.pdf)

#### **Sitio web**

**BARANDIKA E ESPINO F (2007) Atención al Anciano Encamado Bilbao Séptimo Congreso Semer Consultado el 30 de julio de 2012 Disponible en [WWW.SEMER.ES/DOC/S/CURSO\\_AUX\\_ENCAM\\_DOC](http://WWW.SEMER.ES/DOC/S/CURSO_AUX_ENCAM_DOC)**

**BOYER M La Familia Ante La Enfermedad, Salud y Familia.XIII Jornadas de Humanización de la salud Consultado el 24 de julio 2010 Disponible en [www.humanizar.es/formacion/img\\_05.com](http://www.humanizar.es/formacion/img_05.com)**

**CELADE (2008) Familia y Solidaridad Intergeneracional Escenarios futuros en Políticas de vejez en Panamá Consultado el 19 de octubre de 2012 Disponible en [www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml](http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml)**

**CEPAL (2002) Los Adultos Mayores en América Latina y el RAM Red para el Consultado el 28 de septiembre 2013 Disponible en [www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN003.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN003.pdf)**

**CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA Panamá en Cifras (En líneas) Consultado el 19 de julio de 2013 Disponible en <http://www.Contraloria.gob.pa>**

**DONOSO MARÍA Y SALDIAS PAULINA (1998) Modelo de Intervención para el Trabajo Social familiar consultado el 18 de abril de 2014 Disponible en [www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)**

**ESPIN M LEYVA E Y OTROS (2000) Cómo cuidar Mejor Consultado el 27 de diciembre de 2012 Disponible [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gencuba/como\\_cuidar\\_mejor.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gencuba/como_cuidar_mejor.pdf)**

**FERNÁNDEZ MIGUEL ANGEL El impacto de la enfermedad en la familia Consultado el 23 de julio de 2012 Disponible en [www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf](http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf)**

**GAGO JULIETA DE (2010) Teorías de Envejecimiento Tribuna del Investigador Consultado el 15 de septiembre de 2013 Disponible en [www.umed.net/rev/cccss/21/](http://www.umed.net/rev/cccss/21/)**

**LUCAS M V (2003) Compilación de Técnicas para una evolución en vejez, extraído el 24 de julio de 2012 Disponible en [www.gabinetdedepsicologia.com/downloadclinica/gerontologia.pdf](http://www.gabinetdedepsicologia.com/downloadclinica/gerontologia.pdf)**

**MONTORIO I FERNÁNDEZ MI LÓPEZ A Y SÁNCHEZ M (1998) La entrevista de carga del cuidador Utilidad y Validez del concepto de carga**

extraído el 24 de julio 2012 Disponible en [www.segg.es/page/entrevista/de/carga/del/cuidador](http://www.segg.es/page/entrevista/de/carga/del/cuidador)

**MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (2002)** Diagnóstico Nacional sobre la Situación de las Personas Mayores en Panamá consultado el 15 de octubre de 2013 Disponible en [www.eclac.org/celade/noticias/paginas/0/19650/capitulo%20V.pdf](http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/0/19650/capitulo%20V.pdf)

**OCHOA J El Adulto Mayor** Consultado el 3 de agosto de 2012 Disponible en [www.Monografias.com](http://www.Monografias.com)

**OLALLA CAYETANO MARTÍN (2006)** Sistema de acciones para la incorporación de los adultos mayores al círculo de abuelos en el sector la Silvera parroquia Chiquinquirá, Municipio la Cañada estado Zulia Venezuela Consultado el 10 de julio 2012 disponible en [www.eumed.net/rev/cccss/12/](http://www.eumed.net/rev/cccss/12/)

**OSORIO A Y FAJARDO M (2008)** Integración de los Actores Sociales en la Atención al adulto Mayor del Municipio de Manzanillo Consultado el 23 de julio de 2012 Disponible en [www.xtec.cat/mcodina3/familia/funciones-familia](http://www.xtec.cat/mcodina3/familia/funciones-familia)

**RAMÍREZ R (2004)** Funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores, Policlínico Carlos M Portuondo Marianao Consulto el 28 de septiembre de 2012 Disponible en [www.revistaciencias.com/](http://www.revistaciencias.com/) /EEEuZuZEukmZaflbKz.php

**ZALDIVAR D Funcionamiento Familiar Saludable** Consultado el 29 de julio 2010 Disponible en [www.sid.cu/galerias/pdf/pdf/sitos/Funcionamiento\\_familiar.pdf](http://www.sid.cu/galerias/pdf/pdf/sitos/Funcionamiento_familiar.pdf)

## **ANEXOS**

**Universidad de Panamá**  
**Centro Regional Universitario de Coclé**  
**Vicerrectoría de Investigación y Postgrado**  
**Maestría en Políticas Promoción e Intervención Familiar**  
**Encuesta dirigida a los(as) adultos (as) mayores encamados**

**Objetivo** Analizar el comportamiento de las áreas del funcionamiento familiar y socio económico de adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Distrito de Chitré Provincia de Herrera 2013.

**Se le agradece contestar con la mayor objetividad posible. La información es confidencial Favor marcar con una X la (s) respuesta**

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIO ECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR ENCAMADA**

1 Nombre \_\_\_\_\_ 2 Sexo F  M

3 Edad \_\_\_\_\_ Años cumplidos

4 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**5 Estado Civil**

Soltero  Unido  
 Casado  Otro Especifique \_\_\_\_\_

**6 Status ante la Caja de Seguro Social**

Asegurado  
 Beneficiario

**7 Enfermedades que padece el adulto mayor**

Diabetes  Corazón  Parkinson   
Infecciones  Incontinencia Urinaria  Otras  Especifique \_\_\_\_\_

**8 Recibe atención médica cuando no está hospitalizado?**

Siempre  En ocasiones  Nunca

9 Dirección \_\_\_\_\_

Corregimiento      Barrada o Calle      Casa #

**II SITUACIÓN ECONÓMICA**

10 Ingreso Mensual Bruto Monto \_\_\_\_\_

11 Ingreso Mensual Neto Monto \_\_\_\_\_

12 Gastos en los que incurre mensualmente

Alimentación Monto \_\_\_\_\_

Medicamentos Monto \_\_\_\_\_

Luz Monto \_\_\_\_\_

Agua Monto \_\_\_\_\_

Préstamos Personales Monto \_\_\_\_\_  Otro

Especifique \_\_\_\_\_ Monto

Ninguno

13 Cuenta con bienes o propiedades

Sí  No

13.1 En caso afirmativo señale cuáles

Ganado  Terreno  Viviendas  Cuentas bancarias  Otras

Especifique \_\_\_\_\_

**III FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

14 Situaciones	Casi Siempre	Muchas veces	A veces	Pocas Veces	Casi nunca
<b>Cohesión</b>					
1 Se toman decisiones colectivas para atender las necesidades o problemas de la familia.					
2 Los demás miembros de la familia ayudan cuando algún familiar tiene problemas					
<b>Armonía</b>					
3 Considero que en la familia predomina la armonía					
4 Los intereses y necesidades de cada					

<b>miembro de la familia son respetados por el núcleo familiar</b>					
<b>Roles</b>					
<b>5 En la familia cada miembro cumple sus roles proveedor/a, cuidador/a, disciplinador/a,</b>					
<b>6 Las tareas familiares se distribuyen de forma que nadie está sobrecargado</b>					
<b>Comunicación</b>					
<b>7 La comunicación familiar es clara, directa, sincera y agradable</b>					
<b>8 Se conversan sobre los problemas o situaciones familiares sin ningún temor</b>					
<b>Permeabilidad</b>					
<b>9 Se toman en cuenta las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes a las suyas</b>					
<b>10 Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas</b>					
<b>Afectividad</b>					
<b>11 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida diaria.</b>					
<b>12 La familia expresa sentimientos de afectos positivos hacia el adulto mayor</b>					
<b>Adaptabilidad</b>					
<b>13 Aceptamos los defectos de algún miembro de la familia y siempre tratamos de sobrellevarlos</b>					
<b>14 Han tenido que realizar modificaciones en las costumbres familiares ante las nuevas situaciones de salud del adulto mayor?</b>					

14 1 Qué modificaciones han realizado en las costumbres familiares ante las nuevas situaciones de salud del adulto mayor?

#### **IV. ESTRATEGIAS QUE SE UTILIZAN PARA EL CUIDADO DEL ADULTO(A) MAYOR**

<b>Estrategias</b>	<b>Siempre</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>15 Le ofrecen espacio físico cómodo adecuado a sus necesidades y se le proporciona la limpieza y aseo oportuno</b>				

16 Su aseo personal se realiza oportunamente tanto en la mañana como durante el día según sus necesidades				
17 La alimentación que recibe la considera adecuada y se le ofrece oportunamente				
18 Los medicamentos están dispuestos y organizados en cantidad suficiente y son administrados según lo indicado por el equipo médico que le atiende				
19 Recibe usted afecto y cariño de las personas que le atienden en la familia en la familia.				
20 Recibe atención oportuna y permanente a sus necesidades fisiológicas( baño agua, sueño)				
21 Su familia le ofrece cuidados específicos para su enfermedad o incapacidad				

Hora de inicio \_\_\_\_\_

Hora de finalización \_\_\_\_\_

Fecha de la aplicación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del encuestador(a)

**Universidad de Panamá  
Centro Regional Universitario de Coclé**

**Vicerrectoría de Investigación y Postgrado**

**Maestría en Políticas Promoción e Intervención Familiar**

**Encuesta dirigida al familiar**

**Objetivo** Analizar el comportamiento que presentan las áreas del funcionamiento familiar y socio económica de los adultos mayores encamados que reciben servicios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Distrito de Chitré Provincia de Herrera 2013.

**Se le agradece contestar con la mayor objetividad posible. La información es confidencial Favor marcar con una X la (s) respuesta**

**I CARACTERISTICAS SOCIO ECONÓMICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS ADULTOS(AS) MAYORES ENCAMADOS(AS)**

**1 Parentesco de la persona responsable del Adulto Mayor Encamado**

Padre     Madre  
 Hermano(a)     Sobrino(a)     Otro Especifique \_\_\_\_\_

**2 Composición familiar**

Nombre	Parentesco	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual

**Situación Económica**

**3 Egresos de la Familia (mensuales)**

Vivienda Monto \_\_\_\_\_     Agua Monto \_\_\_\_\_     Préstamos

Monto \_\_\_\_\_

Luz Monto \_\_\_\_\_     Teléfono Monto \_\_\_\_\_     Exámenes

Monto \_\_\_\_\_

Alimentación Monto \_\_\_\_\_     Transporte Monto \_\_\_\_\_

Consultas Médicas Monto \_\_\_\_\_     Medicamentos Monto \_\_\_\_\_

Otros Especifique \_\_\_\_\_

**4 Reciben algun tipo de ayudas económicas adicionales**

SI  NO

(Si contesto Si pasar a la siguiente pregunta, de lo contrario pasar a la 7)

**5 De quien reciben la ayuda económica**

Red de Oportunidades  Subsidio de Junta Comunal  
 Programa 100 a los 70  Ayudas de otros familiares  Otro

Especifique \_\_\_\_\_

**6 Monto de la ayuda Mensual** \_\_\_\_\_

**7 Tenencia de la vivienda.**

Propia  Prestada  Alquilada  Cedida

**8 Propiedad de la tierra**

Propia  Municipal  Prestada  Otra Especifique \_\_\_\_\_

**Entorno Social**

**9 Servicios con que cuenta la vivienda**

Agua Potable  Luz Eléctrica  Alcantarillado  Otro Especifique \_\_\_\_\_

**10 Con qué accesos cuenta La vivienda para la movilización del adulto mayor encamado**

Rampa  Baños adecuados  Áreas de esparcimiento

**11 Áreas que existen en la comunidad para que el adulto mayor y la familia pueda asistir**

Parques  Iglesias  Programas para Adultos Mayores  Otro cuáles \_\_\_\_\_

**12 Cuenta la familia con servicios publicos accesibles para la atención de adultos mayores encamados**

SI  NO  Cuales \_\_\_\_\_

**13 Existe acceso al transporte publico para el adulto mayor encamado**

SI  No

## II FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

14 Situaciones	Casi Siempre	Muchas veces	A veces	Pocas Veces	Casi nunca
<b>Cohesión</b>					
1 Se toman decisiones colectivas para atender las necesidades o problemas de la familia.					
2 Los demás miembros de la familia ayudan cuando algún familiar tiene problemas					
<b>Armonía</b>					
3 Considero que en la familia predomina la armonía					
4 Los intereses y necesidades de cada miembro de la familia son respetados por el núcleo familiar					
<b>Roles</b>					
5 En la familia cada miembro cumple sus roles, proveedor/a, cuidador/a, disciplinador/a,					
6 Las tareas familiares se distribuyen de forma que nadie está sobrecargado					
<b>Comunicación</b>					
7 La comunicación familiar es clara, directa, sincera y agradable					
8 Se conversan sobre los problemas o situaciones familiares sin ningún temor					
<b>Permeabilidad</b>					
9 Se toman en cuenta las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes a las suyas					
10 Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
<b>Afectividad</b>					
11 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida diaria.					
12 La familia expresa sentimientos de afectos positivos hacia el adulto mayor					
<b>Adaptabilidad</b>					
13 Aceptamos los defectos de algún miembro de la familia y siempre tratamos de sobrellevarlos					
14 Han realizado modificaciones en las costumbres familiares ante las nuevas situaciones de salud del adulto mayor?					

14 ¿Qué modificaciones han hecho en las costumbres familiares ante las nuevas situaciones de salud del adulto mayor?

---

### III. PERFIL DE PERSONA RESPONSABLE EN EL CUIDADO DEL ADULTO(A) MAYOR ENCAMADO(A)

15 Edad del (la) responsable

Menor de 20 años  De 21 a 40  De 41 a 60  De 61 y más

16 Sexo del (la) responsable

Femenino  Masculino

17 Ocupación de la persona encargada del adulto(a) mayor encamado(a)

Empleo en el sector gubernamental  Ama de casa  
 Empleo en empresa privada  Trabajo Agropecuario  
 Otro Especifique \_\_\_\_\_

18 Parentesco con el adulto mayor encamado \_\_\_\_\_

19 Nivel educativo del (la) responsable

Educación primaria Completa  Educación secundaria incompleta  
 Educación Primaria Incompleta  Educación secundaria completa  
 Educación universitaria  Ninguna

20 Ha participado en algún curso de entrenamiento en la atención de adultos(as) mayores encamados?

Si ha participado  No ha participado

Si ha participado señale quien se la ha ofrecido

En la Policlínica del Seguro  
 Enfermera (o)  
 Otro Especifique \_\_\_\_\_

21 Recibe usted remuneración monetaria por la atención del adulto (a) mayor encamado(a)

Si recibe  
 No recibe

Si recibe cuál es aproximadamente el monto \_\_\_\_\_ mensual

Si no recibe especifique por qué \_\_\_\_\_

22 Como maneja las emociones la persona cuidadora

Con amor  Con ira  Con dolor  Con resignación  Con lástima

23 Dedicación a la atención del paciente encamado

Dedicación de tiempo completo con días libres

Dedicación de tiempo parcial con días libres

Dedicación con turnos rotativos (7/3 3/11 11/7) y días libres

24 Se dedica a alguna otra actividad que le permite ingresos adicionales? Cuál

25 Qué opina la familia sobre el cuidado que recibe el/la paciente?

**IV POLÍTICAS QUE REGULAN LA ATENCION A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR ENCAMADA Y A SU FAMILIA (Marcar con una X)**

	Siempre	La mayoría de las veces	Pocas veces	Nunca
26 Considera usted que el programa que ofrece la Policlínica de la Caja de Seguro Social responde a las necesidades sentidas del (la adulto(a) mayor encamado(a)				
27 El programa dispone de los recursos humanos necesarios para la atención de los Adultos (as) Mayores encamados(as)				
28 El programa dispone de los recursos materiales y logísticos necesarios para la atención de los Adultos (as) Mayores encamados(as)				
29 El Programa satisface oportunamente las necesidades sentidas del (la) adulto(a) mayor encamado(a)				
30 Conoce alguna norma o política que regula la atención a adultos/as mayores				

**V DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS PARA EL TRABAJADOR SOCIAL (MARCAR CON UNA X)**

	Siempre	La mayoría de las veces	Pocas veces	Nunca
31 Recibe usted y la familia los servicios de orientación de un (a) Trabajador(a) Social				
32 Considera usted que el Trabajador(a) Social es un profesional importante en la atención a la situación del funcionamiento familiar				
33 Considera usted que el Trabajador(a) Social tiene un liderazgo destacado en el desarrollo de los servicios ofrecidos al (la) adulto(a) mayor Encamado(a)				

34 Que tareas concretas realiza el (la) Trabajador(a) Social dentro del equipo

- Reuniones   
  Visitas Domiciliares   
  Orientación a las familias  
 Aplicación de estudios a las familias   
  Terapeuta social   
  Otra Especifique \_\_\_\_\_

35 Cómo considera que debe actuar el (la) Trabajador(a) Social para el fortalecimiento de las familias del adulto(a) mayor encamado(a)

- Como mediador  Como orientador  Como generador del fortalecimiento familiar  Como canalizador de las necesidades y expectativas familiares   
 Otra  Especifique \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del encuestador (a)

Hora de inicio \_\_\_\_\_

Hora de finalización \_\_\_\_\_

**Universidad de Panamá**

**Centro Regional Universitario de Coclé**

**Vicerrectoría de Investigación y Postgrado**

**Maestría en Políticas Promoción e Intervención Familiar**

**Guía o guión de entrevista a funcionarios(as) del Programa SADI**

**Objetivo** *Analizar el comportamiento que presentan las áreas del funcionamiento familiar y socio económica de los adultos mayores encamados que reciben servicios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego Distrito de Chitré Provincia de Herrera 2013*

*Se le agradece contestar con la mayor objetividad posible La información es confidencial*

**I DATOS GENERALES**

1 Cargo que desempeña \_\_\_\_\_

2 Años de servicios \_\_\_\_\_

**II FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

**En su opinión cómo considera usted el funcionamiento familiar de los adultos mayores encamados que atiende la institución**

<b>3 Situaciones</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>A veces</b>	<b>Pocas Veces</b>	<b>Casi nunca</b>
<b>Cohesión</b> 1 Toman decisiones colectivas para atender las necesidades o problemas de la familia.					
2 Los demás miembros de la familia ayudan cuando algún familiar tiene problemas					
<b>Armonía</b> 3 Considero que en la familia predomina la armonía					
4 Los intereses y necesidades de cada miembro de la familia son respetados por el núcleo familiar					
<b>Roles</b> 5 En la familia cada miembro cumple sus roles, proveedor/a, cuidador/a, disciplinador/a,					
6 Las tareas familiares se distribuyen de forma que nadie está sobrecargado					
<b>Comunicación</b> 7 La comunicación familiar es clara, directa,					

<b>sincera y agradable</b>					
<b>8 Conversan sobre los problemas o situaciones familiares sin ningun temor</b>					
<b>Permeabilidad</b>					
<b>9 Toman en cuenta las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes a las suyas</b>					
<b>10 Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas</b>					
<b>Afectividad</b>					
<b>11 Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida diaria.</b>					
<b>12 La familia expresa sentimientos de afectos positivos hacia el adulto mayor</b>					
<b>Adaptabilidad</b>					
<b>13 Aceptan los defectos de algun miembro de la familia y siempre tratamos de sobrellevarlos</b>					
<b>14 Han realizado modificaciones en las costumbres familiares ante las nuevas situaciones de salud del adulto mayor?</b>					

3 1 Qué modificaciones han hecho en las costumbres familiares ante las nuevas situaciones de salud del adulto mayor?

**III POLÍTICAS QUE REGULAN LA ATENCION A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR ENCAMADA Y A SU FAMILIA (Marcar con una X)**

	<b>Siempre</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>4 Considera usted que el programa que ofrece la Policlínica de la Caja de Seguro Social responde a las necesidades sentidas del (la adulto(a) mayor encamado(a)</b>				
<b>5 El programa dispone de los recursos humanos necesarios para la atención de los Adultos (as) Mayores encamados(as)</b>				
<b>6 El programa dispone de los recursos materiales y logísticos necesarios para la atención de los Adultos (as) Mayores encamados(as)</b>				
<b>7 El Programa satisface oportunamente las necesidades sentidas del (la) adulto(a) mayor encamado(a)</b>				

8 Existen las normas y procedimientos que regula la atención a adultos/as mayores				
---	--	--	--	--

**IV ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL (MARCAR CON UNA X)**

	Siempre	La mayoría de las veces	Pocas veces	Nunca
9 Recibe el (la) Adulto(a) Mayor Encamado(a) y la familia los servicios de orientación de un (a) Trabajador(a) Social				
10 Considera usted que el Trabajador(a) Social es un profesional importante en la atención a la situación del funcionamiento familiar				
11 Considera usted que el Trabajador(a) Social tiene un liderazgo destacado en el desarrollo de los servicios ofrecidos al (la) adulto(a) mayor Encamado(a)				

12 Que tareas concretas realiza el (la) Trabajador(a) Social dentro del equipo

- Reuniones   
 Visitas Domiciliarias   
 Orientación a las familias  
 Aplicación de estudios a las familias   
 Terapeuta social   
 Otra

Especifique \_\_\_\_\_

13 Cómo considera que debe actuar el (la) Trabajador(a) Social para el fortalecimiento de las familias del adulto(a) mayor encamado(a)

- Como mediador  Como orientador  Como generador del fortalecimiento familiar  Como canalizador de las necesidades y expectativas familiares

Otra  Especifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del encuestador (a)

Fecha. \_\_\_\_\_

Hora de inicio \_\_\_\_\_

Hora de finalización \_\_\_\_\_

**Muchas gracias!**

## **Consentimiento Informado**

**Chitré octubre 2013**

**Respetado señor(a)**

**Mi nombre es Jeannette Vásquez Vargas estudiante de la Maestría en Políticas Promoción e Intervención Familiar Actualmente estoy realizando una investigación denominada Funcionamiento familiar y situación socio económica de las y los adultos mayores encamado(as) que reciben los servicios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego para optar por el título de Magister por lo que apelo a su buena voluntad en ofrecermme información a través de los instrumentos que serán aplicados a los adultos(as) mayores encamados(as) a los familiares y a los funcionanos del programa SADI**

**Debido a la importancia de la información solicito que a través de su firma nos autorice para obtener la información**

**Agradeciendo la atención que pueda brindar**

**Firma de la persona consentimiento informado \_\_\_\_\_**

**Fecha \_\_\_\_\_**