

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN GERENCIA DEL  
BIENESTAR SOCIAL  
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR  
DEPENDIENTE EN EL DISTRITO DE SANTIAGO**



**POR  
MELVA SERRUD DE CISNEROS**

**Tesis presentada  
como requisito para  
optar al grado de  
Maestría en Gerencia  
del Bienestar Social.**

**VERAGUAS, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**- 2002 -**

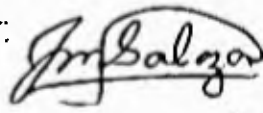
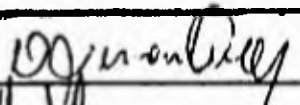
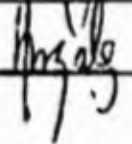
6659

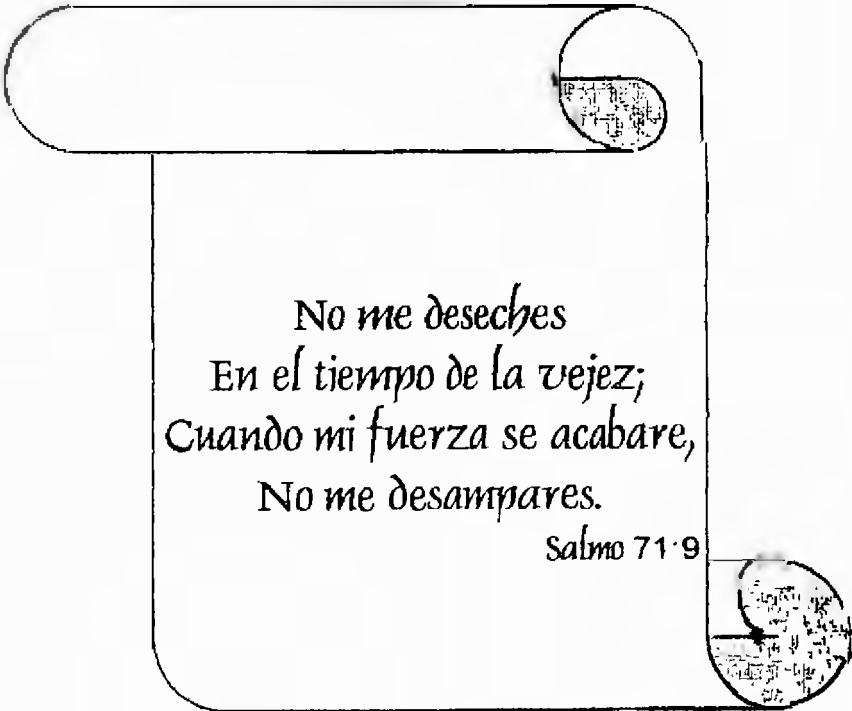
Acta del autor

TH

-4 SEP 2002

Este trabajo fue preparado bajo la asesoría del  
Profesor José Manuel Salazar y aprobado por:

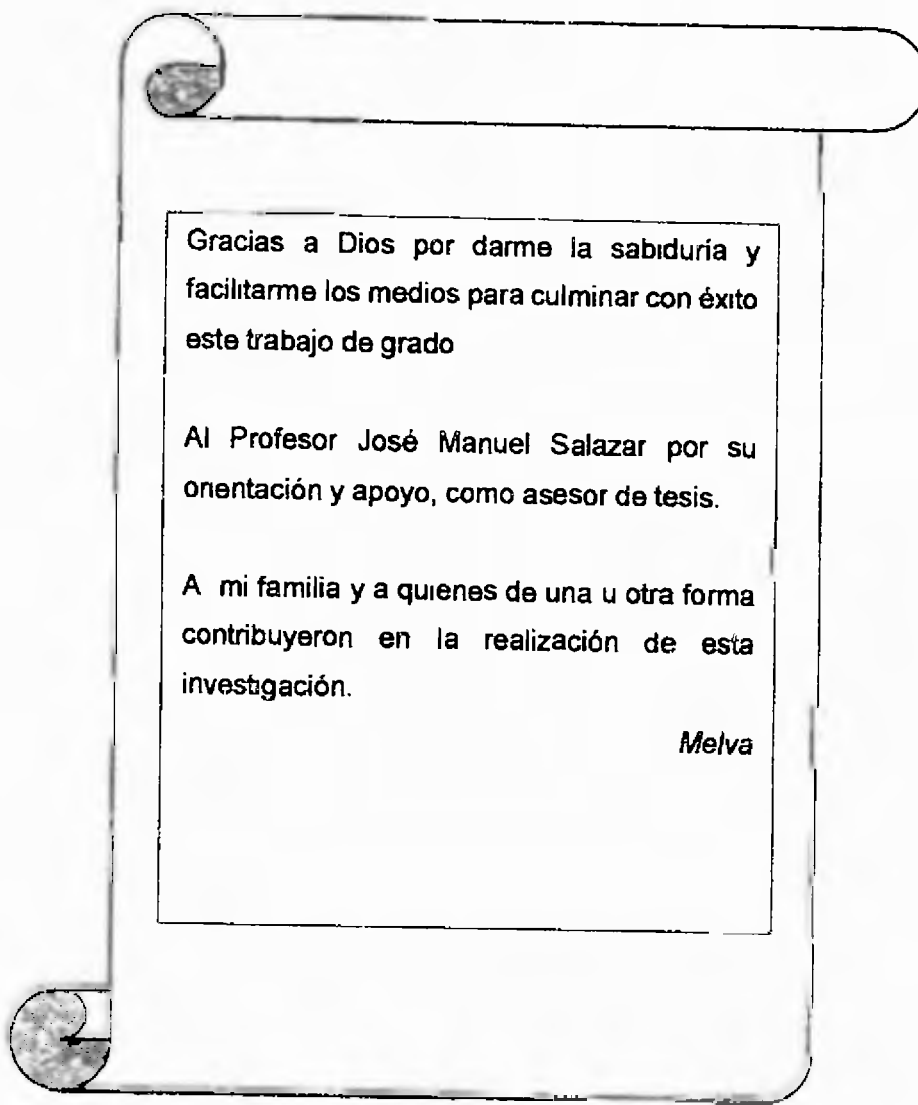
  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_



No me deseches  
En el tiempo de la vejez;  
Cuando mi fuerza se acabare,  
No me desampares.

Salmo 71·9

## **AGRADECIMIENTO**



Gracias a Dios por darme la sabiduría y  
facilitarme los medios para culminar con éxito  
este trabajo de grado

Al Profesor José Manuel Salazar por su  
orientación y apoyo, como asesor de tesis.

A mi familia y a quienes de una u otra forma  
contribuyeron en la realización de esta  
investigación.

*Melva*

## **DEDICATORIA**

Con amor a mi esposo Jaime y a quienes  
son mi orgullo y felicidad, mis hijos:

Marissa Lorena

Idis Janette

Ruth Isabel

Jaime

De igual forma a mi querida Madre, quien  
gracias a Dios, es testimonio de un  
envejecimiento exitoso y ha sido mi  
inspiración permanente.

*Melva*

## ÍNDICE

## ÍNDICE GENERAL

	Página
AGRADECIMIENTO	
DEDICATORIA	
ÍNDICE DE CUADROS	
ÍNDICE DE GRÁFICAS	
INTRODUCCIÓN.....	xv
RESUMEN .. . . .	1
SUMMARY .. . . .	2
<b>CAPÍTULO PRIMERO GENERALIDADES DEL ESTUDIO</b>	<b>3</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Justificación del estudio .. . . .	10
1.3 Objetivos .. . . .	12
1.3.1 General .. . . .	12
1.3.2 Específicos.....	12
<b>CAPÍTULO SEGUNDO: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL .</b>	<b>14</b>
2.1 Aspectos generales del envejecimiento y sus características	
demográficas .. . . .	15
2.1.1 Implicaciones biológicas.....	20
2.1.2 Implicaciones sociales .. . . .	24
2.1.3 Fortalezas .. . . .	26

	Página
2.1.4 Debilidades.....	27
2.2 El Envejecimiento en el contexto de la Familia. ....	29
2.3 Fundamentos legales que protegen al adulto mayor... ..	31
2.3.1 Declaración Universal. ... ..	31
2.3.2 Base legal Panameña .....	34
2.4 Programas Estatales dirigidos al adulto mayor.....	36
2.4.1 Ministerio de Salud.....	36
2.4.2 Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. ....	37
2.4.3 Caja de Seguro Social -Programa de Tercera Edad. ....	39
2.4.3.1 Áreas de acción del Programa de Tercera Edad.....	41
2.4.3.2 Objetivos Generales del Programa .....	43
2.4.3.3 Actividades del Programa .....	44
2.4.3.4 Servicio de Atención Domiciliaria Integral dirigido al paciente funcionalmente dependiente .....	45
2.5 Factores a considerar en el cuidado del adulto mayor dependiente . . . .	50
2.5.1 Situación económica .....	51
2.5.2 Comunicación y buenas relaciones familiares. ....	52
2.5.3. Participación familiar en la atención.....	53
2.5.4 Motivación y medio ambiente .....	54
2.5.5 Salud integral .....	55

	Página
2.5.6 Ayuda externa .....	56
2.6 Definiciones Conceptuales .....	57
<b>CAPÍTULO TERCERO: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> . . . . .	<b>62</b>
3.1 Tipo de estudio.....	63
3.2 Área de estudio... . . . . .	63
3.3 Población y muestra.....	64
3.4 Instrumentos de recolección de datos .....	65
3.4.1 Cuestionario .....	65
3.4.2 Observación .....	66
3.4.3 Recopilación documental .....	67
3.5 Plan de tabulación y análisis .. . . . .	67
<b>CAPÍTULO CUARTO: RESULTADOS DEL ESTUDIO</b> .....	<b>69</b>
4.1 Análisis e interpretación de la información . . . . .	70
4.1.1 Generalidades de la población estudiada . . . . .	70
4.1.1.1 Edad y Sexo .. . . . .	71
4.1.1.2 Estado Civil. . . . .	73
4.1.1.3 Nivel Educativo.....	75
4.1.1.4 Status del Paciente .. . . . .	77
4.1.1.5 Procedencia.....	77
4.1.2 Aspectos familiares . . . . .	80
4.1.2.1 Número de hijos vivos del paciente . . . . .	80

4.1.2.2	Con quién vive el paciente .....	82
4.1.2.3	Persona que cuida al paciente .....	84
4.1.2.4	Participación de los demás hijos y/o familiares en la atención del adulto mayor dependiente.....	86
4.1.2.5	Frecuencia con que participan los demás familiares en la atención del adulto mayor dependiente.....	88
4.1.2.6	Lugar en donde atienden al paciente .....	90
4.1.2.7	Requerimiento de ayuda para el cuidado del paciente.....	90
4.1.2.8	Factores que inciden en el cuidado del adulto mayor dependiente.....	94
4.1.3	Servicio de Atención Domiciliaria .....	95
4.1.3.1	Diagnóstico.....	97
4.1.3.2	Tiempo que tiene de estar enfermo el adulto mayor .....	100
4.1.3.3	Tiempo en que los adultos mayores han recibido el servicio de atención domiciliaria.....	101
4.1.3.4	Interés del custodio de participar del servicio de atención domiciliaria integral .....	103
4.1.4	Necesidad de ayuda externa.....	105
4.2	Propuesta para la atención del adulto mayor dependiente.....	107
4.2.1	Antecedentes .....	107
4.2.2	Planteamiento del Problema .....	108
4.2.3	Justificación.....	109

	Página
<b>4.2.4</b> Objetivos de la propuesta.....	111
<b>4 2.5</b> Demanda de los servicios.....	112
<b>4 2.6</b> Políticas.....	113
<b>4.2.7</b> Administración y Financiamiento .....	115
<b>4.2.8</b> Alternativas del Proyecto .....	116
<b>4.2.8.1</b> Creación de un Hospital de Día Geriátrico .....	116
4.2.8.1.1 Objetivos .....	117
4.2.8.1.2 Servicios.....	117
<b>4.2.8.2</b> Creación de un Centro de Atención Diurna y de Corta Estancia... ..	118
4.2.8.2.1 Objetivos .....	119
4.2.8.2.2 Servicios.....	119
4 2.8 2.3 Experiencias en proyectos similares	120
4 2 8 2.4 Recursos .. .	120
4 2.8.2.5 Costo Beneficio.. .	122
<b>4.2 8 3</b> Servicio de Atención Domiciliaria Integral ..	122
4.2.8.3.1 Objetivos... .	123
4.2 8.3.2 Servicios ... .	124
4.2.8.3.3 Experiencias en proyectos similares.....	124
4.2.8.3.4 Recursos .....	125
4 2 8 3.5 Costo Beneficio . .	127

	<b>Página</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>128</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>131</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>136</b>
<b>ANEXOS</b> . . . . .	<b>140</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

	Página
<b>Cuadro N° 1</b> Población de la República por grupo de edad, Censos Nacionales de 1960,1970,1980,1990 y 2000.....	17
<b>Cuadro N° 2</b> . Índice de envejecimiento de la población Panameña desde 1960 a 2000.....	18
<b>Cuadro N° 3</b> La esperanza de vida del Panameño desde 1975 y su proyección hasta 2004 . . . . .	20
<b>Cuadro N° 4</b> . Población adulta mayor dependiente por sexo, según grupo de edad, en la muestra estudiada del Distrito de Santiago, año 2002 . . . .	72
<b>Cuadro N° 5</b> . Estado civil del adulto mayor dependiente del Distrito de Santiago, según sexo, año 2002. . . . .	74
<b>Cuadro N° 6</b> . Número de hijos del adulto mayor dependiente en el Distrito de Santiago, según la muestra, año 2002. . . . .	81
<b>Cuadro N° 7</b> . Con quién vive el adulto mayor dependiente del Distrito de Santiago, año 2002 . . . . .	83
<b>Cuadro N° 8</b> Persona que cuida al adulto mayor dependiente del Distrito de Santiago, año 2002 . . . . .	85
<b>Cuadro N° 9</b> . Frecuencia con que participan los demás familiares en la atención del adulto mayor dependiente, Distrito de Santiago, año 2002 . . . . .	89
<b>Cuadro N° 10</b> . Factores que inciden en el cuidado del adulto mayor dependiente del Distrito de Santiago, año 2002 . . . . .	94
<b>Cuadro N° 11</b> . Clasificación de los pacientes según su condición de gravedad, en el Distrito de Santiago, año 2002 . . . . .	96
<b>Cuadro N° 12</b> . Enfermedades más frecuentes del adulto mayor dependiente del Distrito de Santiago, año 2002 . . . . .	98

<b>Cuadro Nº 13.</b> Enfermedades más frecuentes en los adultos mayores dependientes, según sexo, en el Distrito de Santiago, año 2002.....	99
<b>Cuadro Nº 14.</b> Tiempo que tiene de estar enfermo el adulto mayor dependiente en el Distrito de Santiago, año 2002.....	100
<b>Cuadro Nº 15.</b> Tiempo en que los adultos mayores han recibido el servicio de atención domiciliaria en el Distrito de Santiago, año 2002.....	102

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Página
<b>Gráfica Nº 1.</b> Nivel educativo del adulto mayor dependiente del Distrito de Santiago, año 2002.....	76
<b>Gráfica Nº 2.</b> Status del adulto mayor dependiente ante la Caja de Seguro Social, en el Distrito de Santiago, año 2002.....	78
<b>Gráfica Nº 3.</b> Lugar de procedencia del adulto mayor dependiente del Distrito de Santiago, según la muestra, año 2002.....	79
<b>Gráfica Nº 4.</b> Participación de los demás hijos y/o familiares en la atención del adulto mayor dependiente, Distrito de Santiago, año 2002.....	87
<b>Gráfica Nº 5.</b> Lugar donde atienden al adulto mayor dependiente, Distrito de Santiago, año 2002.....	91
<b>Gráfica Nº 6.</b> Requerimiento de ayuda para el cuidado del adulto mayor dependiente del Distrito de Santiago, año 2002.....	92
<b>Gráfica Nº 7.</b> Tipo de ayuda que se requiere para el cuidado del adulto mayor dependiente del Distrito de Santiago, año 2002..	93
<b>Gráfica Nº 8.</b> Interés del custodio de participar del SADI, en el Distrito de Santiago, año 2002.....	104
<b>Gráfica Nº 9.</b> Necesidad de servicios institucionales que ofrezcan cuidados al adulto mayor dependiente, durante períodos cortos, en el Distrito de Santiago.	106

## INTRODUCCIÓN

El aumento del porcentaje de personas mayores de 60 años en la población es un fenómeno universal, del cual no escapa Panamá, encontrándose estas personas dentro de los grupos más vulnerables, con mayor énfasis, aquellos que por alguna razón física o de salud se tornan dependientes de sus familiares y/o de la sociedad. Por las implicaciones bio-psico-sociales que este grupo etareo presenta, es interesante conocer la atención que recibe el adulto mayor con dependencia funcional en nuestro medio, de ahí que el tema en estudio es un **Análisis de la atención familiar del adulto mayor dependiente en el distrito de Santiago**. El mismo tiene el propósito de divulgar los hallazgos en las familias involucradas, las autoridades competentes y la comunidad en general, para encontrar alternativas de solución al problema, mediante una propuesta que conlleve a su mejoramiento.

La investigación es cualitativa y se fundamenta en el diseño descriptivo, pues presenta las características más significativas que afectan al sujeto en estudio. La población objeto de investigación está constituida por 125 pacientes registrados en el Servicio de Atención Domiciliarias del Programa de Tercera Edad de la Policlínica Doctor Horacio Díaz Gómez – Caja de Seguro Social, del Distrito de Santiago-Provincia de Veraguas.

De la cifra mencionada se extrajo una muestra conformada por 50 adultos mayores dependientes, seleccionada mediante un muestreo al azar simple, que representa el 40% de la población total.

Para recabar los datos del estudio se utilizó como instrumento básico de investigación, la técnica del cuestionario, como también la observación y la recopilación documental

El documento en su contenido general cuenta con cuatro capítulos: El primero de ellos trata las generalidades del estudio, en donde se aborda el planteamiento del problema, la justificación, el objetivo general y los específicos

En el segundo capítulo está el marco teórico – conceptual, que hace referencia a los aspectos generales del envejecimiento, características demográficas, el envejecimiento en el contexto de la familia, fundamentos legales, programas estatales dirigidos al adulto mayor, factores a considerar en el cuidado del adulto mayor y las definiciones conceptuales

El tercer capítulo desarrolla la metodología de investigación. tipo y área de estudio, población y muestra, instrumento de recolección de datos y el plan de tabulación y análisis.

En el cuarto capítulo se consideran los resultados del estudio, en donde se analizan e interpretan los datos recabados y se presenta una propuesta para la atención del adulto mayor dependiente. Finalizando el mismo con las debidas conclusiones y recomendaciones, además de una amplia referencia bibliográfica que permitirá al lector complementar la información que considere relevante

## RESUMEN

En los últimos 20 años se realizan esfuerzos por alcanzar mejores niveles de vida para el envejeciente, reconociendo así el sitio que se merecen en la sociedad. Ese constante reconocimiento involucra, además de ejecutar, evaluar los programas existentes para mejorar los servicios que se les ofrece, pues, a pesar de los intentos efectuados aún se observan muchas personas de avanzada edad que están exentas de bienestar, especialmente aquellos que dependen de sus semejantes para realizar las actividades del diario vivir. Por ello, surge el cuestionamiento: ¿La familia está brindando actualmente la atención de calidad que demanda el adulto mayor dependiente, en el Distrito de Santiago?

Esta investigación persigue analizar la calidad de atención familiar que recibe en el medio, el longevo con dependencia física, con el objetivo de proponer un modelo de atención familiar adecuado que contribuya a mejorar las condiciones de vida de ellos. Para recabar la información se aplicó un cuestionario estructurado a una muestra de 50 familiares de adultos mayores dependientes, registrados en el Programa de Visitas Domiciliarias de Tercera Edad, de la Policlínica Doctor Horacio Díaz Gómez del Distrito de Santiago, en el primer trimestre de 2002. Este instrumento contiene cuatro reactivos principales: generalidades del adulto mayor dependiente, aspectos familiares, servicio de atención domiciliaria y necesidad de ayuda externa, los mismos tienen diversas preguntas cerradas y de elección múltiple, que permiten esclarecer la interrogante anterior y arribar a los siguientes resultados: el 92% de los senescentes en estudio tienen hijos y en su mayoría (52%) son atendidos y viven con ellos; sin embargo, se observa un 26% de familiares que no tienen participación alguna en la atención. Por otro lado, aquellos que si participan, lo hacen esporádicamente, de lo que se infiere que el cuidado del paciente está bajo la responsabilidad unilateral del custodio. El 88% de éstos requieren ayuda en la atención del envejeciente y manifestaron que de existir una Institución que ofrezca este servicio, estarían anuentes a utilizarlo.

Por ser la participación familiar el factor que más incide en el cuidado del adulto mayor, se presentan tres alternativas: Hospital de día geriátrico, Centro de Atención Diurna y de Corta Estancia y Servicio de Atención Domiciliaria Integral, que facilitan al custodio la posibilidad de ofrecer una atención de calidad en armonía del hogar y para beneficio de todos los involucrados.

## SUMMARY

During the last 20 years there are carrying out efforts to reach better levels of life for the aging, recognizing, in such a way, the correct place they deserve in the society. This constant recognition involves, also to execute, to evaluate the actual programs and to improve the services that are offered by the institution, because in spite of the intents done, many people of advanced age are exempt of this well-being, especially those that depends of its similar to realize their daily activities to live. That's why the following query arises: Is the family offering the attention of quality that the dependent major adult demands at the moment, in Santiago's district?

This investigation pursues to analyze the quality of attention that receives in the family nucleus the major adult with physical dependence with the objective of proposing an appropriate model of family attention which contributes to improve the conditions of life of them. To get this information a structured questionnaire was applied to a sample of 50 relatives of dependents major adults, registered in the Program of Domiciliary Visits of Third Age of the Policlínica Doctor Horacio Díaz Gómez of Santiago's District in the first trimester of 2002. This instrument contain four main reagents: the dependent major adult's generalities, family aspects, services of domiciliary attention and necessities of external assistance; the same one have diverse closed questions of multiple choice which permits to clarify the query already mentioned and which arrive to the following results: 92% of the senescence in study have daughters or sons and in its majority (52%) are attended and live with them, however, 25% of their relatives are observed that don't have participation some in their attention. By the other hand, those relatives that participate in the attention make it sporadically, which means that the patient's care is under the responsibility of the custodian. 88% of them require some kind of help in the attention of the aged, and they declare that if there is an institution that offers this kind of service, they'll be willing to use it.

Being the family participation the most important factor in the major adult's care, there are presented three main alternatives: The Geriatric Hospital, Center of Day Attention and of Short Stay and the Service of Integral Domiciliary Attention which facilitate to the custodian the possibility of offering a quality attention in harmony of their home in benefit of all major adults involved.

**CAPÍTULO PRIMERO**  
**GENERALIDADES DEL ESTUDIO**

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sociedad ha sufrido cambios significativos, de una sociedad patriarcal, donde las personas mayores eran respetadas y veneradas, a una sociedad donde la productividad predomina por encima de la dignidad del ser humano y su valor único e irrepetible ( Álvarez (1998) ). Estos cambios traen consigo un deterioro en el status del envejeciente, que tiene sus implicaciones físicas emocionales y sociales; por ello, no hay que olvidar que existe una deuda moral con el Longevo y que es de justicia reconocer su aporte, al igual que brindarles una vejez digna.

Si bien es cierto, hace unos años no se percibía mucho interés en el tema de la senectud, en la actualidad se palpa un despertar y se realizan esfuerzos para que la familia y la comunidad en general tomen conciencia de cuán importante es la dignificación de este grupo etareo, atribuyéndole valor a la edad y la experiencia, como también considerando la necesidad de ofrecerles mayor bienestar. En este sentido, los organismos mundiales de salud ayudan a clarificar conceptos en torno a la salud en general y a la atención del geronte en particular, promoviendo condiciones favorables para ellos y un lugar digno en la sociedad.

Es conocido que el desarrollo de los países y el avance de la tecnología y las ciencias médicas traen como consecuencia la longevidad y el consiguiente aumento del porcentaje de personas mayores de 60 años en la población. Por esto, el envejecimiento poblacional es un fenómeno universal, que debe verse

como un regalo de la vida moderna. Las estadísticas demuestran que actualmente en América Latina, su proporción oscila entre el siete y nueve por ciento de la población total, con tendencia de aumento, a excepción del cono sur que ha sobrepasado el 12 % (Consejo Episcopal (1999) ), mientras que en Estados Unidos de América y Europa alcanza porcentajes mucho más elevados, del 18 al 25%, como es el caso del Japón con un 25%; lo que indica que el incremento de la población longeva, ha sido más lento en los países de América Latina. Sin embargo, las proyecciones demográficas indican que en un futuro, el mundo alcanzará cifras superiores al 30%.

Es notorio que el índice de envejecimiento, cifra que se deriva del número de personas de más de 60 años entre el total de la población, ha crecido en los últimos tiempos a nivel mundial, y Panamá no escapa de esa realidad, alcanzando en la actualidad el 8.6% de envejecimiento ( Contraloría (2000) ). Si bien es cierto; es menor que en otros países de América Latina su incremento no deja de ser un fenómeno que llame la atención.

Tradicionalmente América Latina se ha caracterizado por tener una población joven que exhibe características diferentes a los otros continentes, no obstante, debido a cambios relacionados básicamente a la mejoría del estado de salud y condiciones sanitarias, como a la disminución de la mortalidad y natalidad, se ha generado un aumento de la expectativa de vida; como es el caso de Panamá, en donde la esperanza de vida asciende los 76 años de edad y en consecuencia se observa un aumento progresivo de adultos mayores. El incremento del número de envejecientes por una parte, y la permanente

escasez de recursos por la otra, han puesto de relieve la importancia de evaluar la calidad de la atención que se brinda, dado que lograr mejorarla es también una forma de aumentar la eficiencia de los recursos.

Hay que tener presente que el envejecimiento como tal no es un problema, son los hombres y mujeres que lo convierten en problema, al desconocerlo y desligarse de la realidad, evadiendo así, el rol que les corresponde en el instante preciso. No obstante, ¿Existe preparación para enfrentar estos cambios? ¿Qué se puede hacer para enfrentarlos?. Ante este cuestionamiento es inminente entonces, planificar y hacer las previsiones necesarias para atender este fenómeno natural, en su momento. Por lo que es necesario realizar acciones que produzcan cambios en los estilos de vida, para envejecer sanamente; al igual que promover la salud del adulto mayor, elevando o mejorando las condiciones de vida física, emocional y social, para evitar o postergar en lo posible la enfermedad.

El aumento progresivo de envejecientes es un reto para todos, porque el asunto no es vivir más años solamente, sino alcanzar una edad avanzada con calidad; es decir, que está relacionada con la calidad de vida que puedan ofrecer a estos ciudadanos, la familia y las instituciones públicas o privadas. Si bien es cierto, los progresos de la ciencia médica y la tecnología pueden contribuir a mejorar la calidad y la longitud de la vida humana, son las Instituciones de Seguridad Social, de Salud y Bienestar Social, quienes deben poner esa tecnología y los recursos a disposición de la ciudadanía. Por lo tanto, a medida que el fenómeno del envejecimiento se va agudizando, se

necesita reforzar estas instituciones para ofrecer una mejor calidad en los servicios, como también sensibilizar a la familia y a la sociedad en su atención. Hay que visualizar el envejecimiento en el contexto de la totalidad de los problemas, tomando en consideración no solamente las prioridades del presente, sino también las del futuro, pues así se pueden determinar los recursos que se necesitan. No hay que olvidar que solo con una visión global, participativa y con esfuerzo constante, se podrá enfrentar la problemática.

La meta de salud con el geronte es mantenerlo activo y en su propio hogar, hasta el final, pero, esto demanda atención y servicios de calidad tanto de la familia como de las instituciones involucradas. A pesar de que la vejez no es una enfermedad, a medida que pasan los años, las enfermedades agudas y crónicas se van haciendo más notables. Por un lado, la pérdida de superar agresiones internas, contribuyen a la fragilidad y al debilitamiento del organismo, sobre todo las enfermedades crónicas, que llevan a la persona a condiciones de minusvalía y dependencia. Por el otro, en la edad muy avanzada, la declinación de la mente puede acarrear serios problemas, porque el individuo se hace dependiente y se maximizan los costos, no solo en el sentido económico, sino médico y en la derivación de conflictos familiares.

El concepto de dependencia en el sentido físico y emocional, es clave en el manejo del paciente, y es un hecho innegable que crea conflictos en la familia. ¿Qué se está haciendo en este caso? Quizás poco, porque no se dispone de los sistemas de bienestar, o porque hay otras prioridades como nación en las instituciones, o sencillamente, no estamos enteramente conscientes del

problema a nivel familiar y de la necesidad de ayudar a la familia. Además de los aspectos físicos, el anciano debe ser considerado en su complejidad social y económica, ya que la pobreza es uno de los problemas que lo aquejan principalmente, a esto hay que añadir el aislamiento social, que lo priva de apoyos emocionales y físicos.

Observando desde esta perspectiva la situación del adulto mayor, se vislumbra que la problemática crece y se constituirá por lo tanto, en uno de los problemas más graves del siglo XXI. Conscientes de que ninguna nación tiene los recursos para resolver por sí sola los problemas que genera la longevidad, para resolverlos tienen que participar necesariamente todos los sectores de la sociedad, pues es un problema general. Esta participación debe darse en todas las etapas: en la definición de los problemas, en la planificación y ejecución de los servicios; de manera integral e institucionalizada. De hecho, el Estado tiene un rol importante que cumplir, pues no solo define las necesidades y distribuye la riqueza nacional, sino que también debe orientar a los ciudadanos, con sus múltiples recursos hacia el alivio de los problemas.

En Panamá existen Instituciones que ofrecen servicios a los adultos mayores en forma diferenciada; atendiendo a la población tanto funcionalmente dependiente, como a los independientes. Una de estas Instituciones es la Caja de Seguro Social, quien a través del Programa de Jubilados, Pensionados y de Tercera Edad atiende a los grupos señalados. Este programa tiene como prioridad **promover la independencia funcional e**

**impedir o posponer la dependencia del adulto mayor ( C.S.S. (1996) ).** Sin embargo, esto no siempre puede lograrse, pues el envejecimiento, a pesar de estar determinado fundamentalmente por los estilos de vida, presenta ciertos cambios que repercuten muchas veces en el deterioro de la salud y se manifiestan en diversas formas.

Uno de los componentes fundamentales del Programa de Tercera Edad de la Caja de Seguro Social, es la Atención en el Hogar del paciente dependiente, mediante el Servicio a Domicilio. A través de este servicio, el Equipo de Salud que integra tal programa, ha detectado una cantidad de casos de adultos mayores encamados que reflejan deterioro en su calidad de vida. Los mismos presentan una serie de características que denotan hasta cierto punto descuido en su atención, tales como: desnutrición, ulceración, desmotivación, soledad, poca higiene, y muchos de ellos están sin tratamiento médico.

Dentro de este contexto surge la interrogante que orienta la **formulación del problema: ¿La Familia está brindando actualmente la atención de calidad que demanda el adulto mayor dependiente, en el distrito de Santiago?**

La motivación por conocer la realidad, más a fondo, acerca de la atención que recibe la población envejeciente, en dicha localidad, tiene la intención de promover en las familias, las fuerzas vivas de la comunidad y las autoridades competentes una atención integral adecuada.

Para medir el grado de atención se tomará en cuenta ciertas evidencias que reflejan a la vez, la calidad de vida de los pacientes. Al respecto interesa saber sobre la participación familiar en la atención : ¿quién lo atiende, cómo y dónde lo atiende?, frecuencia con que participan en la atención; los factores psico-sociales que inciden en su condición de salud, cuáles son sus requerimientos de ayuda externa, el estado físico y emocional del paciente, tiempo que tiene de estar enfermo, entre otras.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Los altos costos hospitalarios, unido a la mejor calidad de atención del paciente en su hogar y su aspecto humano, hará cada día más necesario cuidar al adulto mayor enfermo en su propia casa. Debido a que el ambiente del hogar y el grupo familiar son de vital importancia en la atención del paciente, es imprescindible sensibilizar a los familiares, sobre quienes recae el peso de la atención del enfermo, para que participen activamente en la misma, y contribuyan eficientemente, al igual que el Estado, en tal actividad.

La calidad de vida del adulto mayor dependiente ó que reposa en cama, involucra no solo ingresos económicos que permitan sufragar los costos de su enfermedad, sino otros factores, como: niveles aceptables de nutrición, un medio sano y agradable, motivación, buena comunicación y relaciones familiares adecuadas. Por esta razón, es preciso que la familia tome conciencia de su rol y adquiera compromisos serios, en relación al manejo del paciente dependiente,

a fin de ofrecerle un ambiente favorable y una calidad de atención, que le permita mayor bienestar.

Siendo que la conservación de la salud, la ayuda, los cuidados apropiados y la asistencia geriátrica, son un derecho del envejeciente y que el bienestar del paciente dependiente, no solo es responsabilidad del Estado, sino de la familia y de la sociedad en general, interesa conocer hasta qué punto la familia participa en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. De ahí la inquietud de llevar a cabo este trabajo, que permitirá confirmar si se está brindando la atención de calidad que esta población demanda. Por lo que el estudio se denomina: **Análisis de la Atención Familiar del Adulto Mayor Dependiente en el Distrito de Santiago**. El mismo es factible de realizar, pues se cuenta con el recurso humano necesario, además de un marco teórico conceptual para basar los supuestos y objetivos que orientan el mismo.

Es una necesidad sentida que en la región se conozca en toda su extensión y profundidad los rasgos característicos de dicha población: ¿cuál es el estado actual del adulto mayor dependiente?, ¿cómo está estructurada esta población?, ¿qué políticas existen en torno a ella?, ¿cuál es su condición bio-socio, familiar?, al igual que proyectar el tipo de atención que requiere la población senescente del País. Esto le da gran valor a la investigación, porque los hallazgos harán posible caracterizar con objetividad y precisión la magnitud del problema, de tal manera que los resultados pueden ser generalizados, facilitando así la planificación, el diseño de políticas e implementación de programas más efectivos, que eliminen o disminuyan los

factores de riesgo. De hecho, se tiene el propósito de divulgar los hallazgos entre las familias involucradas, las autoridades competentes y la comunidad en general, para encontrar alternativas de solución al problema, mediante una propuesta de impacto social, que conlleve a su mejoramiento.

Debido a que el estudio persigue describir, no predecir el fenómeno, el problema da lugar a una investigación descriptiva, por lo que los supuestos serán:

- **La atención del adulto mayor dependiente en el Distrito de Santiago, requiere de mayor participación familiar.**
- **La participación familiar en la atención del adulto mayor dependiente, es uno de los factores que más incide en su calidad de vida.**

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Analizar la atención familiar que recibe el adulto mayor dependiente en el Distrito de Santiago, con miras a proponer alternativas que mejoren la calidad de vida de estos.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- ❖ **Determinar el nivel de compromiso que asume la familia ante la atención del adulto mayor dependiente.**
- ❖ **Definir la participación de los programas estatales y las leyes que existen a nivel local involucrados en la problemática.**

- ❖ Describir algunas modalidades de las acciones familiares e institucionales dirigidas a la atención del adulto mayor dependiente.
- ❖ Relacionar algunos factores psico-sociales con la calidad de vida del adulto mayor dependiente.
- ❖ Identificar otros factores que inciden en la calidad de vida de la población estudiada.
- ❖ Caracterizar las condiciones medico-sociales del adulto mayor dependiente del Distrito de Santiago.
- ❖ Presentar alternativas que contribuyan a mejorar la calidad de vida del adulto mayor dependiente.
- ❖ Recomendar la implementación de las alternativas diseñadas en el trabajo, para beneficio de este grupo etéreo.

**CAPÍTULO SEGUNDO**  
**MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL**

## 2.1 ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO Y SUS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Los organismos internacionales que trabajan en beneficio de la población envejeciente, han introducido cambios para variar la imagen de estos, siendo uno de ellos los nuevos términos usados para variar el concepto peyorativo de "viejo" a adulto mayor o personas de avanzada edad. Estos términos están cobrando vigencia en el medio, pues son vocablos más dignos y apropiados por su mayor cobertura. Se espera que con el tiempo, dichos términos sustituyan los empelados hasta ahora, para designar a la gran población de mayor edad existente en el mundo entero.

La Asamblea Mundial sobre envejecimiento, convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982, establece los 60 años como límite inferior del envejecimiento. Además de la edad estimada se describe la clase de adultos mayores que se desea tener, proponiendo que el senescente se mantenga siempre en actividad, de acuerdo a sus condiciones, experiencias, capacidades creadoras y productivas, en beneficio de él mismo y de la sociedad en general.

La población de adultos mayores, es aquella a la cual todos desean llegar, y este deseo indica que es necesario, entonces, que la transición sea lo más agradable y confortable posible, para **envejecer sanamente**. Envejecer de manera saludable significa contar con cuidados médicos para los problemas de la salud y que la sociedad acepte la necesidad que tienen los longevos de reconocimiento, respeto, seguridad y de oportunidades para participar y aportar

su experiencia e interés. Para lograr este objetivo es recomendable que se defina cuanto antes que tipo de población envejeciente se quiere para el futuro, promoviendo cambios en los estilos de vida para disminuir el riesgo de enfermar y morir.

La tendencia observada en el mundo, es un ascenso en el número de personas de edad avanzada, por esto, tal incremento es considerado el fenómeno más importante que caracteriza la estructura de la población mundial en este siglo. Panamá refleja la misma situación de la región y actualmente se encuentra en pleno proceso de transición caracterizado por descensos significativos y sostenidos de la tasa de fecundidad a la par del mantenimiento de un bajo nivel de mortalidad que ha dado como resultado una disminución del ritmo de crecimiento de la población. En consecuencia se ha iniciado un cambio gradual en la composición por edad, donde la población de edad avanzada comienza a tener mayor peso relativo. (Dirección de Estadística y Censo (2000)).

Los datos estadísticos registrados en los cinco últimos Censos Nacionales de Población ( 1960, 1970, 1980, 1990, 2000 ) muestran el cambio que se viene dando en este grupo, el cual ha sido importante en su crecimiento tanto absoluto como relativo. En 1960 había 59,231 personas de esas edades, las cuales se duplicaron 20 años más tarde, cifra que a su vez se ha duplicado en dos décadas más, cuando el censo de 2000 registró 244,592 personas en dichas edades, tal y como se aprecia en el cuadro número uno.

**CUADRO N° 1****POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA POR GRUPO DE EDAD, CENSOS  
NACIONALES DE 1960, 1970, 1980, 1990 y 2000.**

<b>EDAD</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1,075,541</b>	<b>1,428,082</b>	<b>1,824,796</b>	<b>2,329,329</b>	<b>2,839,177</b>
<b>Menores de 20 años</b>	<b>574,619</b>	<b>764,638</b>	<b>919,951</b>	<b>1,060,407</b>	<b>1,178,080</b>
<b>20 a 39</b>	<b>290,602</b>	<b>382,950</b>	<b>526,016</b>	<b>736,440</b>	<b>914,088</b>
<b>40 a 59</b>	<b>151,089</b>	<b>199,350</b>	<b>256,790</b>	<b>355,999</b>	<b>502,381</b>
<b>60 y más</b>	<b>59,231</b>	<b>81,144</b>	<b>122,039</b>	<b>176,483</b>	<b>244,592</b>
<b>No declarada</b>					<b>36</b>

*Fuente: Dirección de Estadística y Censo. Año 2000.*

La población panameña a pesar de seguir siendo joven en su estructura (edad mediana de 25 años), acusa en su conjunto un leve, pero firme, proceso de envejecimiento, que se espera se acentúe en el futuro. Según el último censo, el índice de envejecimiento, en términos relativos, representa actualmente el 8.6% de la población total. Estos cambios que se han operado en el grupo estudiado, se reflejan en el cuadro número dos.

**CUADRO N° 2**

**ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA  
DESDE 1960 A 2000**

AÑOS	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS	PORCENTAJE DE ENVEJECIMIENTO
1960	1,075,541	59,231	5.5 %
1970	1,428,082	81,144	5.6 %
1980	1,824,796	122,039	6.7%
1990	2,329,329	176,483	7.5%
2000	2,839,177	244,592	8.6%

*Fuente : Dirección de Estadística y Censo. Año 2000.*

Por otro lado, en el cuadro número tres, se observa cómo ha incrementado la esperanza de vida del panameño; predominando en la totalidad del grupo envejeciente, el número de hombres sobre las mujeres, sin embargo, si se analiza por grupos de edades, a medida que asciende la edad, el número de mujeres superan a los hombres, debido a la sobremortalidad masculina en relación a la femenina, en edades más avanzadas. Se observa más expectativa de vida en el sexo femenino, quizás porque las mujeres tienen un componente más preventivo, hay mayor disposición al cambio y el hecho de que deben conservar la especie, les favorece.

Esta situación se observa en el índice de masculinidad del año 2000, en donde la población de 60 a 64 años refleja 103.1 hombres por cada 100 mujeres; no obstante entre las personas de 75 años y más de edad, esa proporción disminuye desde un 94.6% hasta un 66.3%. Para 1980 la esperanza de vida al nacer se estimaba para los hombres en 67.7 como promedio, en las mujeres alcanzaba la edad de 70.9; posteriormente, 20 años más tarde ascendió a 71 y 75 años respectivamente. Hoy en día sobrepasa los 76 años de edad en el sexo femenino y 72 años el masculino

**CUADRO N°3**  
**LA ESPERANZA DE VIDA DEL PANAMEÑO DESDE 1975 Y SU**  
**PROYECCIÓN HASTA 2004**

PERIODO	ESPERANZA DE VIDA	HOMBRE	MUJER	DIFERENCIA ENTRE SEXO
1975 - 1979	69.2	67.6	70.9	3.30
1980 - 1984	70.9	69.20	72.85	3.65
1985 - 1989	72.1	70.15	74.10	3.95
1990 - 1994	72.9	70.75	74.93	4.18
1995 - 1999	73.3	71.17	75.53	4.36
2000 - 2004	74.3	72.04	76.76	4.69

*Fuente: Dirección de Estadística y Censo. Año 2000.*

### **2.1.1 Implicaciones Biológicas**

El envejecimiento es un proceso natural que está determinado fundamentalmente por los estilos de vida. Para Fair Weather es el conjunto de procesos que contribuye a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad. Se dice que envejecemos desde que nacemos, no obstante, al hablar de envejecimiento desde el punto de vista demográfico, la

Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera esta etapa desde los 60 años de edad, a diferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que opina que es a partir de los 65 años. De hecho, el envejecimiento no es uniforme ni afecta a todos por igual, pues hay diferencia individual marcada.

Desde el punto de vista biológico el envejecimiento es un proceso normal con el que finaliza la edad adulta. Se refiere a los cambios que tienen lugar en el organismo de las personas de edad, tales como: disminución de la capacidad física y funcional, deterioro mental y exposición a enfermedades. (Philip (1996)). En muchos casos se han creado estereotipos o prejuicios por los cambios que se producen en las personas con el transcurso de los años. Entre estos prejuicios se encuentran el caracterizar a las personas como pasivas, crónicamente enfermas, sin deseos sexuales o con necesidad de atención y de cuidados constantes. Estas creencias estigmatizan a los ancianos y los condenan a la marginalidad social.

Muchas funciones fisiológicas pasan por etapas de crecimiento, maduración y mejoría. En ciertos casos, algunas funciones, aunque no todas, son afectadas por el proceso de envejecimiento. Así por ejemplo, la función del sistema inmunológico comienza a declinar. También se produce una disminución generalizada de la eficiencia de los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, nervioso, endocrino y urinario. Hoy en día se acepta que la mayoría de las personas no manifiestan alteraciones que influyen marcadamente en su funcionamiento físico, intelectual y social hasta que pasan los 80 años. Claro está que para ello se debe promocionar la salud, que no

es más que aquellas acciones que se manifiestan en cambios en el estilo de vida y que se traducen en una disminución del riesgo de enfermar y morir, y que al mismo tiempo mantiene y mejoran la salud de las personas consideradas en su totalidad.

A pesar de que con la edad los procesos se hacen más lentos y la inteligencia fluida se deteriora fácilmente, se ha demostrado que los envejecientes pueden desempeñarse intelectualmente a la par que los adultos jóvenes, pues la motivación y la práctica permite superar esa desventaja; además, porque la inteligencia cristalizada se conserva y permite analizar las situaciones en base a la experiencia. (Dr. Obaldía, (1996) ).

Así como se ejercita el cuerpo, hay que ejercitar la mente para mantenerla activa, lo que es esencial para un envejecimiento satisfactorio. Muchas personas siguen desarrollándose intelectual y emocionalmente a lo largo de su vida. Otras, tal vez la mayoría, muestran un deterioro de la actividad mental conforme avanza su edad; pierden gran parte de su atención y concentración e interés por cuanto lo rodea, se hacen menos flexibles en sus actitudes, y dejan de interesarse por aprender o vivir nuevas experiencias.

En ausencia de demencia u otra enfermedad, esta decadencia no suele ser debido al envejecimiento, sino a hábitos mentales perezosos adquiridos en el curso de los años. La conservación de la actividad mental no solo ayuda a mantener la mente preparada y despierta, sino que también ayuda a prevenir la ansiedad y la depresión que con frecuencia aqueja a personas de mayor edad (Phillips, (1996) ). Los factores de riesgo, tales como excesiva ingesta de sal,

tabaco y alcohol, altos niveles de colesterol, obesidad, alto grado de stress, falta de ejercicios físicos, entre otros, son los que inciden directamente en el estado de salud o de enfermedad y ante los cuales las personas, adoptando una actitud responsable y mejorando la calidad de vida, pueden adversar.

Aun cuando la frecuencia no es la misma en todos los países, se pueden establecer las causas más importante de morbilidad y mortalidad en los ancianos. El análisis de la información de 34 países de la Región de las Américas permite determinar que entre las causas de mortalidad más frecuente en las personas de 65 años y más, se encuentran las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebro vasculares, la diabetes, la neumonía y los accidentes. Los datos sobre morbilidad, lamentablemente son mucho más difíciles de obtener debido a la poca atención que por lo general se concede a la recolección e interpretación sistemática de este tipo de información, a pesar de su evidente importancia. No obstante, los estudios han evidenciado que existen ciertas enfermedades que están directamente relacionadas con el envejecimiento; entre las más comunes están las enfermedades cardíacas, la enfermedad de alzheimer, enfermedad de parkinson, diverticulosis, depresión, osteoporosis, fractura de cadera, constipación e incontinencia.

### 2.1.2 Implicaciones Sociales

El proceso de envejecimiento debe analizarse no solo a través de los cambios en el estado de salud de los ancianos, sino también en su contexto social, ya que ello influye en su calidad de vida. Hay dos cambios relacionados con el envejecimiento que tienen una gran importancia sobre las oportunidades sociales: el retiro laboral y la disminución de su capacidad funcional. El retiro laboral ha quedado establecido como una etapa normal del ciclo vital, pero, muchas veces afecta a los individuos en su adaptación al mismo. Cuando ocurre sin la debida preparación mental y hay un cese brusco de las actividades cotidianas, entonces se sentirá inútil y perderá todo contacto con sus compañeros de trabajo y amistades. Esta etapa de la vida cubre otros aspectos de importancia que hay que considerar, ellos son: la disminución de ingresos, de estatus, disminución de las relaciones interpersonales y familiares, la dependencia y el aislamiento social.

La desintegración de la familia por el desplazamiento de los hijos al formar sus propios hogares y la constante movilidad, han agudizado el problema de los ancianos. Aunado a esto, cuando el envejeciente pierde la posición social y económica que tenían de antaño e incluso su autoridad como cabeza de familia, pueden llegar a perder un lugar estable para vivir y sumirse en la soledad. De ahí que la Asamblea Mundial del envejecimiento en 1982 identificó la soledad como uno de los problemas más importantes de la ancianidad.

Para hacerle frente a este proceso, ¿cómo prepararse para el día de mañana?; se deben tomar las providencias necesarias para lograr una vejez exitosa, tales como:

- Desarrollar una actitud positiva ante la vida.
- Cuidar la salud física y mental.
- Practicar buena alimentación.
- Realizar actividades físicas.
- Cultivar las relaciones interpersonales y familiares.
- Prestar atención al factor económico.
- Preparar su hogar para que sea un lugar confortable y conveniente para vivir y evitar así los accidentes. ( Phillip, (1996)).

Todas las etapas de la vida llevan consigo diferentes características, roles y satisfacciones. Sin embargo, la fase de envejecimiento, a pesar de los cambios biológicos producidos por la edad, involucra un período menos estructurado y libre de obligaciones, que permite:

- Satisfacer ambiciones no cumplidas.
- Continuar su desarrollo personal.
- Iniciar nuevas actividades.
- Servir a otras personas.
- Cambiar imágenes falsas y pesimistas.
- Dedicarle mayor tiempo a la familia.

Debemos apreciar, entonces, la vejez como una continuidad de la vida, y no como el principio del fin. En la medida que le demos mejor tratamiento a todas las etapas de la vida, la última será mejor y más gratificante. Por eso hay que prepararse para esta etapa en el aspecto físico, económico, emocional y social, para que no se presenten dificultades en la transición del rol en la edad avanzada.

### **2.1.3. Fortalezas**

Hay que reconocer que siempre se ha hablado del senescente con perspectivas positivas o negativas, según la influencia cultural de cada región, país o continente; pero, se advierte en forma muy valiosa cómo la gerontología como ciencia viene dando un extraordinario aporte en favor de una concepción objetiva de esta etapa de la vida que los seres humanos deben recorrer. Esta ciencia ha hecho posible que las personas de la tercera edad tomen conciencia de su papel en su realización personal, familiar y social, al igual que ha hecho tomar conciencia a los demás sobre la necesidad de tratarles como lo que son: seres humanos en el estado de vida sea cual fuere.

Se pueden resaltar dentro de sus **fortalezas** las siguientes consideraciones:

El aumento de la organización y participación de los adultos mayores a nivel de organizaciones locales, comunales y gremiales, entre

otros, así como su creciente valor electoral ha llevado a la clase política a interesarse por la problemática de la Tercera Edad.

La tendencia a legislar en algunos países resulta promisoria

El progresivo aumento del recurso humano, preparado e involucrado en la problemática es un buen augurio, a pesar de las grandes limitaciones de recursos

La familia, con todo y sus cambios estructurales, sigue siendo la que mejor protege a los ancianos

La condición de ser países con poblaciones jóvenes permite planificar a mediano y largo plazo acciones que satisfagan las futuras necesidades de la población mayor

#### **2.1.4. Debilidades**

Con frecuencia se escucha hablar de la tercera edad en términos despectivos, buscando dar soluciones a las dificultades que se presentan en esta etapa, infortunadamente, la orientación se hace procurando favorecer a la familia o incluso a la misma sociedad, pero desconociendo el objetivo principal que es la persona de edad avanzada

Al respecto, Antonio Ordóñez Plaza comenta "Es muy importante que todo lo que se refiere a la vejez esté como parte de la familia, es peligrosísimo estudiar al anciano en el vacío, hay que tratar de que salga de ese vacío y se integre a la familia y a la sociedad" (Alvarez, (1998) )

Entre las limitaciones que afectan a este sector de la población, las hay de orden político, económico y social, que se potencian unas a otras, generando una imagen negativa de los adultos mayores. Así se encuentra:

- Ausencia de políticas y legislación específica.
- Verticalidad en la toma de decisiones y aplicación de políticas, que limitan la participación de los niveles profesionales y la comunidad, incluidos los ancianos.
- Manejo político en la dirección de los programas, con ausencia de idoneidad técnica y continuidad.
- Falta de coordinación de los Organismos y unidades involucradas, con la consecuente dispersión de esfuerzos y recursos.
- Ausencia de integración entre los diversos servicios y atención a la tercera edad, que impide la continuidad e integralidad.
- Inadecuada supervisión y control de las actividades programadas que limitan su eficiencia y eficacia.
- Implementación de políticas económicas recesivas con su consecuente disminución del gasto social, que también afecta a la tercera edad.
- Actitud negativa hacia la tercera edad de parte de la sociedad, proyectada a través de los medios de comunicación social y especialmente la televisión.

- Desaprovechamiento de las experiencias de los adultos mayores, reflejado, por ejemplo, en la limitación del acceso al mercado de trabajo a partir de cierta edad.
- La tendencia de la familia a ser cada vez más nuclear.
- La incorporación de la mujer al mercado laboral, afecta la atención y cuidado de los adultos mayores.
- Poca integración del entorno familiar.
- Falta de respeto intergeneracional y de liderazgo.
- Prestaciones económicas mínimas y solo a cotizantes de Seguro Social.
- El nivel de pobreza en este grupo etáreo es considerable.

## **2.2 EL ENVEJECIMIENTO EN EL CONTEXTO DE LA FAMILIA**

La familia desempeña un rol importante en el bienestar de los envejecientes, porque ofrece un apoyo afectivo crucial, cuya falta puede tener serias consecuencias en la calidad de vida y sobrevivencia de los acianos. Aún cuando en muchos países, en especial los más industrializados, se utilizan cada vez más los servicios institucionales y comunitarios de atención a las personas de edad avanzada, la familia sigue siendo el eje fundamental de esa atención.

La familia no ha sido inmune a los cambios sociales y políticos de la última década. Estos cambios han dado lugar a migraciones, tanto externas como internas, con aumentos notables en las poblaciones de refugiados, y al deterioro

de la estructura familiar tradicional. En esas circunstancias, la posibilidad de la familia de ser fuente primordial de apoyo a las personas ancianas, se ve seriamente disminuida. Por esto, es necesario que el Estado ayude a las familias y posibilite que sean una verdadera fuente de sostén para sus miembros más viejos o desvalidos, en especial cuando se considera que en la actualidad la mayoría de los ancianos no están amparados por los sistemas de seguridad social.

Es de importancia fundamental para todos los países que, a pesar de las presiones externas del desarrollo experimentadas por la familia, se preste atención a la situación de las personas de edad dentro de las cambiantes estructuras familiares y a la forma en que la familia puede continuar respondiendo y apoyando las necesidades de atención afectiva de sus miembros de edad. Toda mejora del bienestar general de las personas de edad debe iniciarse en el contexto de la familia. A menudo como resultado de su participación y productividad económica decreciente o ya inexistente, o por la reducción de su capacidad funcional, las personas de edad se encuentran en una situación en la que tienen que depender de los demás para satisfacer muchas de sus necesidades. Generalmente esta situación de dependencia, cada vez más acentuada, se puede apreciar como una de las características frecuentes de las personas de edad.

Tradicionalmente la institución que ha estado a cargo de los envejecientes, ha sido la familia. Esta, cualquiera que sea su forma, es por lo común una fuente importante de ayuda para la persona de edad en términos de asistencia

en la administración del hogar, como también en la atención de la salud de los mismos.

## **2.3 FUNDAMENTOS LEGALES QUE PROTEGEN AL ADULTO MAYOR**

Existe a nivel mundial, regional y nacional, fundamentos legales que protegen a la población de edad avanzada; sin embargo, este marco legal debe ser revisado para permitir el desarrollo de nuevas políticas y programas dirigidos a los envejecientes.

### **2.3.1 Declaración Universal**

En 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, respaldada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), hace respetar los derechos adquiridos por el ser humano desde su gestación hasta la muerte. Inspirados en estos Derechos Universales, en 1961, se adopta la Declaración de los Derechos de los Adultos Mayores, en Washington, por los representantes de la Asociación Internacional de Ciudadanos Ancianos y la Federación de Personas Ancianas y desde entonces, en lo referente a la vida y la dignidad humana del envejeciente, se considera lo siguiente:

1. La persona adulta mayor tiene derecho a la existencia física (o material). Esto implica:
  - a) La seguridad física y salvaguarda en tiempos de paz como en tiempos de guerra.

- b) La conservación de la salud por la ayuda y cuidados apropiados, instalaciones para la higiene, el cuidado y la asistencia geriátrica.
  - c) Una vida normal y la posibilidad de mantener contacto con la naturaleza.
2. La persona adulta mayor tiene derecho a la vida económica. Lo que supone:
- a) Un retiro capaz de permitir el mínimo vital y dar posibilidad de participar en la vida social y cultural.
  - b) Un hábitat decente y adaptado a las necesidades de las personas de la tercera edad.
  - c) La posibilidad de hacer un trabajo productivo y ejercer una actividad útil.
3. Los adultos mayores tienen derecho a la vida social. Esto comprende:
- a) La posibilidad de vivir con sus semejante, de manera que se impida la soledad.
  - b) Mantener relaciones de simpatía con los otros estadios de la sociedad.
  - c) Un Estatuto específico por parte de las autoridades: sin discriminación de raza, clase o creencia y sea cual fuere su estado físico o mental.
  - d) Una representación política, la posibilidad de colaborar con las instituciones democráticas y de participar en la elaboración de la ley.

4. Los adultos mayores tienen derecho a una existencia cultural. Lo que permite:
  - a) Libre acceso al trabajo de formación cultural.
  - b) Libre acceso a los medios de información y de noticias.
  - c) La posibilidad de ejercer una actividad recreativa y la de hacer participar a las generaciones siguientes de sus experiencias y conocimientos.
  
5. Los adultos mayores tienen derecho a la Auto economía. Lo que implica:
  - a) El derecho de estar exento de trabajos que exijan esfuerzo físico, o intelectual fuera de sus posibilidades.
  - b) La libertad de formar su propia opinión.
  - c) La posibilidad de tener su propia concepción del mundo u organizar espiritualmente su propia vida interior. (Alvarez, (1998) ).

Por su importancia, estos principios se resumen en los Derechos Internacionales de las Naciones Unidas, que a continuación se detallan:

1. Derecho de igualdad.
2. Derecho a la Salud.
3. Derecho a la Intimidad.
4. Derecho a una vivienda digna.
5. Derecho a morir dignamente.
6. Derecho a la Seguridad personal frente al maltrato.

### 2.3.2 Base Legal Panameña

La Declaración de los Derechos Humanos no tiene fuerza legal, pero, cada país está en la obligación moral de hacerlos cumplir. Panamá como Estado miembro de la ONU, los adopta en sus disposiciones legales buscando la defensa y protección de todos sus ciudadanos, y dentro de ellas se consideran los derechos del adulto mayor. Es así como la **Constitución Política De Panamá**, en el Título Tercero trata los derechos individuales y sociales. Específicamente, el Artículo 52, Capítulo 2, del Título mencionado, a la letra dice: “ el Estado protege la salud física, mental y moral de los menores y garantiza el derecho de estos a la alimentación, la salud, la educación, la seguridad y previsión social. Igualmente tendrán derecho a esta protección los ancianos y enfermos desvalidos”. En ese mismo orden en el Artículo 105 del Capítulo 6, se establece que es función del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo como parte de la comunidad tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico y social.

Por otro lado, el Libro III del **Código De La Familia**, que trata la participación del Estado en la política familiar, en el Título IV Capítulo I, se dan las disposiciones generales sobre centros, hogares y albergues para menores, ancianos y minusválidos. El Estado incentivará todas las iniciativas del sector privado, de congregaciones religiosas y de grupos cívicos nacionales o

internacionales, con miras a la creación de centros o establecimientos de asistencia, habilitación y rehabilitación para menores, ancianos y minusválidos (artículo 721).

Es importante destacar la **Ley nº 15 del 13 de junio de 1992**, pues presenta todo lo concerniente a los beneficios y derechos que tienen los jubilados, pensionados y personas de la tercera y cuarta edad. Ella recoge todas las modificaciones y adiciones hechas a la Ley Nº 6 del 16 de junio de 1987 y la Ley Nº 18 del 7 de agosto de 1989. Esta Ley decreta y regula los descuentos y tarifas especiales en el transporte público, hoteles, moteles y pensiones, restaurantes, hospitales y clínicas privadas, farmacias, prótesis, préstamos personales y comerciales, tasa de interés, impuesto de inmuebles y tasa de valorización, pasaportes, tarifa de energía eléctrica, servicio telefónico, servicio de agua, impuesto de aeropuerto, recreación, deportes y trato preferencial al adulto mayor. Además, considera las sanciones que se aplican a las personas naturales y jurídicas que se niegan a prestar los servicios en las condiciones y con las tarifas establecidas en la mencionada Ley.

Dentro de la Legislación panameña está también la **Ley nº 38 del 6 de septiembre de 2001**, Ley que modifica la Nº 27 y protege a la familia en lo relacionado a la violencia intrafamiliar, por ende, regula el trato que debe recibir todo adulto mayor como individuo, en su medio.

En términos generales, se puede advertir que todos estos derechos buscan favorecer a las personas mayores, que cumpliendo sus obligaciones dentro de la familia y de la sociedad se hacen acreedores a una serie de

derechos, claro está, que de igual manera esto conlleva a obligaciones o deberes consigo mismo, con la familia y con el contexto social al cual pertenece

## **2.4 PROGRAMAS ESTATALES DIRIGIDOS AL ADULTO MAYOR**

El Estado desempeña un papel importante en la vida de los adultos mayores, porque a través de sus sistemas de salud y de seguridad social provee a esta población los servicios necesarios y asume la responsabilidad de ayudar a las personas a superar sus problemas. El Estado intenta cumplir este papel, aun cuando en la práctica se presenten dificultades.

La Política del Estado en torno a la población envejeciente en Panamá, se enmarca básicamente en tres Instituciones, cuyos Programas persiguen la prevención, atención y rehabilitación de los mismos, para proveerles mayor bienestar; Instituciones éstas que se consideran a continuación.

### **2.4.1 Ministerio De Salud (MINSAL)**

El Ministerio de Salud promueve en su política de salud atender al individuo, familia y comunidad como un ente bio-psico-social y cultural. Entendiendo que las acciones deben estar dirigidas a las personas y al medio natural y social. Promueve la atención continuada y permanente en todas las etapas de la vida, así como en todos los ámbitos (preventivos y curativos), por el mismo equipo básico de salud. Es por esto que el Nuevo Modelo de Atención

impulsa la atención Integral del niño y la niña, del y la adolescente, del hombre y la mujer de 20 a 59 años, como de hombres y mujeres de 60 años y más con enfoque de género, familiar y comunitario. En estos momentos el MINSA está priorizando la atención de la población adulta mayor, mejorando la cobertura y la calidad de los servicios. Pretende brindar una atención integral de calidad en todo el territorio nacional que responda a las necesidades de los diferentes grupos poblacionales. Las Normas Integradas de Atención de Salud de la Gente y el Ambiente es la expresión de los lineamientos y estrategias del MINSA, referente al logro de la salud integral en función de los Nuevos Modelos de Atención Familiar, Comunitaria y Ambiental.

Panamá ha iniciado un proceso de definición, ajuste, implementación de sus políticas, estrategias, planes y programas relacionados con la vigilancia y control de la salud, como también con la prestación de los servicios; priorizando la atención de los grupos poblacionales más desprotegidos del País, como es el caso de los envejecientes, con el interés de hacer vigente la meta social **Salud igual para todos**.

#### **2.4.2 Ministerio De La Juventud, La Mujer, La Niñez Y La Familia (MINJUMNFA)**

Este Ministerio fue creado por la Ley N° 42 del 19 de noviembre de 1997, con el objetivo de impulsar el desarrollo humano por vía de la participación y la promoción de la equidad, así como la organización, administración, coordinación y ejecución de políticas planes, programas y diversas acciones tendientes al

fortalecimiento de la familia, la comunidad y los grupos de población de atención prioritaria. El MINJUMNFA procurará la integración social a través de la atención específica de los grupos prioritarios, como son la niñez, la juventud, la mujer, los adultos mayores, los discapacitados y la familia en general. Siendo una de sus funciones específicas actuar como ente rector competente para la planificación, ejecución y coordinación de las políticas y programa estatales de prevención, atención, protección, promoción y bienestar de los grupos prioritarios mencionados (Ley N°42 1997).

La estructura organizacional y de funcionamiento de este Ministerio está integrada además de los organismos superiores de dirección, administrativos y de asesoría, por siete direcciones, siendo una de ellas la Dirección Nacional del Adulto Mayor. El Artículo 23 del Capítulo VIII de la Ley en mención, faculta a la Dirección de Adultos Mayores para que planifique, promueva, organice, dirija, desarrolle, coordine, ejecute y de seguimiento a la aplicación de las políticas, programas, proyectos y acciones relativos de este grupo etareo. En ese mismo orden , el Artículo 24 asigna a tal dirección las funciones:

1. Planificar, elaborar y ejecutar programas y proyectos de prevención, orientación, atención y protección para los adultos mayores.
2. Elaborar las normas para la creación y supervisión de centros dirigidos a la asistencia, habitación y rehabilitación de los adultos mayores.
3. Dar seguimiento y evaluar los resultados de las normas legales, planes y proyectos relacionados con los adultos mayores.

- 4 Realizar cualquier otra actividad relacionada a los adultos mayores, que le atribuyan otras leyes, decretos, reglamentos o el Ministerio (Ley N° 42 1997).

El MINJUMNFA tiene la responsabilidad de coordinar acciones en los Hogares de Ancianos que existen a nivel nacional; por esto supervisa el Hogar San Juan de Dios, que funciona en Santiago de Veraguas desde 1959. El mismo tiene la capacidad para albergar de manera temporal o permanente aproximadamente 80 adultos mayores, entre hombres y mujeres, que no cuentan muchas veces con apoyo familiar; ofreciéndoles los servicios de alimentación, albergue, vestuario, lavado, aseo personal, atención médica, terapia ocupacional, medicamentos y actividades espirituales.

El hogar San Juan De Dios recibe apoyo de Instituciones Públicas y Privadas que le permiten cumplir con su labor, entre ellos el Ministerio de Salud, Lotería Nacional, Diócesis de Santiago, Corregiduría, Casinos, y donaciones de Empresas. Por otro lado, la Caja de Seguro Social ofrece atención médica y social como también de terapia física a los envejecientes que ahí viven.

#### **2.4.3 Caja De Seguro Social - Programa De Tercera Edad**

El progresivo mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo de una Medicina Preventiva, han dado como resultado una mayor expectativa de vida de los panameños, que alcanza en 2002 los 76 años. De proseguir el actual crecimiento demográfico de la población gerontológica debemos pasar del actual 8.6% de envejecimiento de nuestra población ( 244,592 mayores de 60 años) al

12.9% (506.000 personas) en el año 2020, lo que denota un incremento significativo, representando un enorme desafío para todas las estructuras del país, especialmente para el sector salud, y la Caja de Seguro Social. (Jomada Gerontológica, 2001).

Reconociendo el problema, Panamá se ha hecho signatario de los principales convenios internacionales que establecen sistemas de protección del adulto mayor, que son la Asamblea Mundial del envejecimiento de Viena en 1982 y la Declaración de Cartagena de Indias, suscrita por los Presidentes Latinoamericanos en 1992. La Caja de Seguro Social, cumpliendo a cabalidad las propuestas firmadas, concernientes al sector salud, estableció desde 1985 un programa específico para la atención del adulto mayor, comprendiendo que la estrategia de la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas tiene que adaptarse a las necesidades específicas de este grupo cada vez más numeroso, que crea gran demanda de servicios institucionales especialmente en el tercer nivel de atención que sufre de enfermedades predominantemente crónico degenerativas, de difícil cura con altos costos de atención. Esto por si solo justifica ampliamente la existencia del programa, dirigido a la promoción de la salud y la atención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad, orientado además como nivel asesor, a la planificación de los recursos en los sectores de atención del adulto mayor

### **2.4.3.1 Áreas De Acción Del Programa De Tercera Edad**

Las áreas de acción del programa están incluidas dentro de la meta "salud para todos en el año 2000" incluida en los planes internacionales de la OPS y OMS e incluyen:

#### **I. La evaluación de la situación y adopción de políticas para la atención del Adulto Mayor:**

- ❖ Desarrollo de estudios demográficos y epidemiológicos que definan la magnitud del problema del envejecimiento, permitiendo establecer proyecciones.
- ❖ Determinación de las características de la población asegurada de edad avanzada, a través de la investigación gerontológica.
- ❖ Asesoría a la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas en la adopción de una política Institucional de atención al Adulto Mayor.

#### **II. Desarrollo de la atención integral del Adulto Mayor en los**

##### **Servicios generales de la salud:**

- ❖ Desarrollo de enfoques y estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria en los diferentes niveles de atención de la institución.
- ❖ Definición de actividades por niveles de atención y categorías profesionales para el cuidado del anciano.

- ❖ Estudios para mejorar el conocimiento sobre la disponibilidad de servicios para la atención gerontológica, evaluar la calidad de vida y reorientar la atención institucional.
- ❖ Interrelacionar e incorporar a diferentes categorías profesionales e institucionales en el estudio y las respuestas alternativas a la atención del anciano.

**III. Promoción y desarrollo de programas de Acción comunitaria:**

- ❖ Desarrollo de programas educativos y recreativos para estimular y orientar enfoques de promoción de la salud, auto cuidado y atención no institucionalizada para los grupos de asegurados de edad avanzada.
- ❖ Promoción de la participación de grupos en el desarrollo de sus propias organizaciones de base, como soporte al programa de salud, utilizando la autogestión como fuente de financiamiento de sus proyectos y actividades.
- ❖ Promoción del desarrollo y coordinación de servicios de atención a las necesidades psico-sociales de los adultos mayores asegurados, tales como centros de atención diurna y servicios de visita domiciliaria.
- ❖ Asesoría a la Dirección Nacional de los servicios y Prestaciones Médicas en la adopción de una política institucional de atención al adulto mayor.

#### **IV. Desarrollo de Recursos Humanos:**

- ❖ Adiestramiento y Capacitación de los diversos profesionales multidisciplinarios que intervienen en los servicios de salud según niveles de atención.
- ❖ Preparación de Recursos Humanos especializados.
- ❖ Incorporación del enfoque de la atención primaria en la formación de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y especialistas en gerontología y geriatría.

#### **2.4.3.2 Objetivos Generales Del Programa**

- ❖ Orientar a La población de edad avanzada, para asegurar una adecuada adaptación al proceso del envejecimiento.
- ❖ Elevar el nivel de salud de la población de 60 años y más con miras a mantener la transmisión de sus experiencias a las generaciones más jóvenes.
- ❖ Promover la dignificación del adulto mayor y elevar su calidad de vida, ayudándole a disfrutar en forma óptima esta etapa de su ciclo vital.
- ❖ Coordinar los esfuerzos de diferentes departamentos y servicios de la Caja de Seguro Social, con el fin de estudiar y aliviar la compleja problemática de la edad avanzada derecho-habiente.

- ❖ Fomentar el auto cuidado en la población de adultos mayores (Caja de Seguro Social, (1996) ).

### **2.4.3.3 Actividades Del Programa**

El programa de Pensionados, Jubilados y de la Tercera Edad desarrolla diversas actividades con la población que demanda sus servicios, enfocando las mismas según el estado funcional del individuo. Es decir, labora con el adulto mayor funcionalmente independiente o con el que presente dependencia física, de manera parcial o total, en un período de tiempo transitorio o permanente.

#### **Las actividades que desarrolla son:**

- 1. Actividades de atención directa al geronte derecho-habiente:** El programa ofrece actividades dirigidas a los adultos mayores independientes y parcialmente dependientes, ellas son prevención, detección precoz, atención de morbilidad, fisioterapia profiláctica, programa de farmacovigilancia, servicios sociales (empleo del tiempo libre, asociaciones de tercera edad, voluntariado de oro). Además, atiende los envejecientes dependientes físicamente y con ellos realiza un programa especial que se explicará con más detalle, en el punto que trata el Servicio de Atención Domiciliaria.
- 2. Actividades docentes:** Estas actividades están dirigidas a la comunidad y están orientadas a las siguientes áreas: adaptación a la tercera edad, nutrición, conocimiento y cuidado de enfermedades crónicas, rehabilitación física, farmacovigilancia, participación de la comunidad en la producción de salud y

bienestar social en la población envejeciente, participación y concienciación de los jóvenes en la problemática del adulto mayor. Por otro lado, ejecuta **Actividades administrativas, de coordinación, de investigación y Administra las casas de tercera edad**

#### **2.4.3.4 Servicio de Atención Domiciliaria Integral dirigido al paciente funcionalmente dependiente**

El **Servicio de Atención Domiciliaria Integral** es un componente del programa de la Tercera Edad, mediante el cual, por evaluación previa y control posterior, se brinda a un grupo seleccionando de enfermos funcionalmente dependientes, los servicios médicos, de enfermería, fisioterapia, farmacia, nutrición, trabajo social, entre otros, bajo la dirección y orientación del médico coordinador, en el ambiente familiar del paciente, utilizando los recursos disponibles y apropiados de la institución de salud, de la comunidad y del hogar. Es importante señalar que este servicio no está dirigido a todos los gerontes, sino solo a los que por su condición de invalidez. Enfermedad crónica y dependencia física o mental, no pueden acudir a la Policlínica.

##### **Tipos de pacientes:**

**Temporales:** son aquellos enfermos con invalidez transitoria que pueden ser rehabilitados. El objetivo del servicio es hacer al usuario cada vez más independiente. Estos enfermos serán dados de alta y transferidos al servicio ambulatorio cuando se considere que se ha logrado una recuperación satisfactoria, de acuerdo con evaluaciones periódicas.

**Permanentes:** son aquellos pacientes cuya condición es tal, que están imposibilitados permanentemente para acudir a la consulta ambulatoria. El tratamiento para este grupo será integral, manteniendo al enfermo fuera del hospital.

**Seguimiento Especial:** Son aquellos pacientes que reciben una atención específica transitoria o permanente de acuerdo a su necesidad.

Los pacientes son **clasificados** según su **condición de gravedad** de la siguiente manera:

**Grado I:** Es el paciente más grave, no está estable pero aún se puede mejorar en casa. Son los más complicados, con problemas de conciencia, parálisis, cardíacos, pulmonares, ulcerados, infectados, que ameritan visitas frecuentes, inclusive diarias.

**Grado II:** Es el paciente totalmente inválido con algunas complicaciones, pero estable en la mayor parte de ella. Puede ser denominado semi-grave y amerita visita cada semana.

**Grado III:** Es el paciente inválido estable, cuyas complicaciones están compensadas. Las visitas pueden ser cada tres a cuatro semanas. Este tipo de paciente se puede programar para ser visitado por sector.

**Grado IV:** Son pacientes inválidos, bien atendidos, compensados, y estables, pero con dificultad de traslado. Se puede programar la visita cada seis a ocho semanas. (Normas del SADI, (1999) ).

**Objetivo General :**

El Servicio de Atención Domiciliaria persigue:

**Garantizar la atención de salud integral en el hogar, a los asegurados crónicos dependientes y sus familias con eficiencia, eficacia y equidad.**

**Objetivos Específicos:**

- ❖ Mejorar la calidad de vida, del paciente crónico- encamado, colaborando con su recuperación y fortaleciendo su independencia funcional.
- ❖ Disminuir la frecuencia de hospitalización de los asegurados, atendiéndole en su propio hogar.
- ❖ Proporcionar al paciente un cuidado interdisciplinario básico y especializado de óptima calidad en su propio ambiente, de acuerdo a sus necesidades.
- ❖ Proveer los medicamentos, insumos y equipos requeridos, para la atención y recuperación del paciente, evitando las hospitalizaciones a un menor costo.
- ❖ Cuidar integralmente a la familia del paciente asistido, determinando sus principales problemas bio-psicosociales.
- ❖ Desarrollar el componente comunitario de apoyo a las acciones de salud mediante la educación del paciente, de sus familiares y custodios.

El servicio de Atención Domiciliaria (SADI) se implementa de manera integral, en la ciudad metropolitana y recientemente en las ciudades de Chitré y David; en estas regiones se atiende al **paciente y su familia**, cumpliendo así todos los objetivos del Programa. En la Provincia de **Veraguas**, por limitaciones

de recursos, el servicio a domicilio tiene la modalidad de atender **solo al paciente** y está integrado por el Equipo Interdisciplinario de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez, quien clasifica los pacientes según la capacidad funcional

El tener un familiar crónicamente enfermo en casa, es una prueba y un reto que debe ser enfrentado por la familia, el equipo de salud y la comunidad; siendo la familia el ente mayormente involucrado en sus cuidados. Entendiendo, que **cuidar** significa:

1. **Satisfacer las necesidades básicas del anciano;** esto incluye:
  - ❖ La comodidad adecuada.
  - ❖ Una alimentación equilibrada.
  - ❖ Ropa limpia e higiene personal.
2. **Afrontar la incapacidad que este sufre;** lo que incluye:
  - ❖ Ayuda para realizar las actividades cotidianas y los cuidados de tipo sanitarios ( casos de inmovilidad o incontinencia).
  - ❖ Cuidados para prevenir accidentes (casos de confusión por demencia senil).
  - ❖ Dar y supervisar la medicación indicada.
3. **Mantener su actividad física y mental:**

La inmovilidad es el peligro al que se enfrenta el anciano con una incapacidad y que hace que quede confinado a una silla y por último postrado en una cama. Limita la vida del anciano y da lugar a complicaciones (úlceras) que requieren cuidados sanitarios intensivos.

#### **4. Proporcionar Seguridad Emocional al anciano:**

Para todo individuo, en sus diferentes ciclos de edades, la seguridad se constituye en una necesidad fundamental, aún más para un paciente de avanzada edad enfermo.

**Cómo cuidarlo** es otro elemento importante, en lo que podemos enfatizar lo siguiente:

- ❖ Tratar que el anciano se sienta apreciado y parte integrante de la familia.
- ❖ No permitir que llegue a sentirse como una carga.
- ❖ Tratarlo como una persona.
- ❖ Recordar que no está tratando con un niño ni con un ser inferior.
- ❖ Comprender sus problemas emocionales: la dependencia es causa de frustración, irritación y preocupación.
- ❖ No hable del anciano como si no estuviese presente. Incluso una persona que ya no tiene mucha lucidez puede entender más de lo que creemos.
- ❖ Evitar que pueda sentirse solo: busque ayuda.
- ❖ Animarlo a que haga cuánto le sea posible por sí mismo, por poco que sea y aunque ello le cueste cierto esfuerzo.
- ❖ Ayudarlo a mantenerse en comunicación con otras personas.
- ❖ Motivarlo para que se interese en una afición o tarea sencilla.
- ❖ No tomar por él decisiones sin su pleno conocimiento, comprensión y conformidad.

- ❖ Darle tiempo para que se adapte a la nueva situación de dependencia, de cambio de casa u otra circunstancia.
- ❖ Ayudarle a que conserve su orientación recordándole con cierta frecuencia el lugar donde vive, el día y el año actual y acontecimientos que se están produciendo. Es bueno tener a la vista un calendario fácil de ver con el día y la fecha.
- ❖ Desarrollar intereses sencillos que lo estimulen y le den satisfacciones: escuchar música, ver a los viejos amigos, el canto de un pájaro, apreciar el paisaje, dejarle acariciar un animal, entre otros. (Alvarez, (1998) ).

La persona de edad sufre cuando no se siente amada, cuando advierte ser un “peso” más que un don; cuando no es valorada como ser humano, lo que agudiza una crisis afectiva, psicológica, espiritual, con repercusiones tanto familiares como a nivel social; cuando es marginada de su ambiente habitual; cuando sufre de la incomprensión de aquellos que se presume la aman; cuando pierde el deseo de vivir. (Alvarez, (1998) ).

## **2.5 FACTORES A CONSIDERAR EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE**

El cuidado de una persona anciana con algún tipo de incapacidad o enfermedad puede darse en circunstancias que varían considerablemente. Puede tratarse de un miembro de la familia (cónyuge, padre o madre, abuelos, hermanos, tíos, etc), puede ser que vivan juntos o separados, que tengan ayuda de otros miembros de la familia o amigos, o que no la tenga; como también el

grado de dependencia del paciente que se cuida puede ser mayor o menor. Lo cierto es que las funciones del que asiste a un anciano enfermo, implica preparación física, mental y económica, motivación y mucha responsabilidad para el custodio. Tal función puede ser un compromiso fundamental y constante las veinticuatro horas del día, en especial cuando el paciente presenta una incapacidad grave. Esta situación puede:

- ✓ Exigir un gran sacrificio en termino de tiempo y esfuerzo.
- ✓ Someter a tensión física y emocional, intensa y continua.
- ✓ Ocasionar gastos elevados.
- ✓ Restringir seriamente las actividades y estilo de vida.

Al cuidar de un anciano hay que satisfacer sus necesidades básicas, como también afrontar cualquier incapacidad que éste pueda sufrir, mantener su actividad física y mental y proporcionarle seguridad emocional. En el cuidado hay que considerar ciertos **factores que inciden en la calidad de vida** del paciente, tales como:

### **2.5.1. Situación Económica**

Para la mayoría de la gente el retiro laboral representa un descenso brusco de sus ingresos. Este hecho es conocido por todos, pero muchas veces se menosprecia la importancia que tiene, actitud que suele comportar un gran riesgo, pues quienes la adoptan pueden encontrarse ante la necesidad de hacer reducciones en su estilo de vida cuando se llega a la edad avanzada, más aún

cuando se está enfermo. Por lo tanto, una parte importante del envejecimiento satisfactorio consiste en planear el aspecto económico con tiempo, hacer cuanto esté a su alcance para asegurarse de que en la senectud podrá permitirse el estilo de vida al que está acostumbrado, evitando así las penalidades y preocupaciones de índole económica, para él y los familiares o personas que lo atienden.

### **2.5.2 Comunicación Y Buenas Relaciones Familiares**

El ser humano solo puede desarrollarse en un ambiente de comunicación social. Esta afirmación involucra la necesidad que tiene todo individuo de compartir los problemas y ansiedades con las personas que lo rodean. Gran parte del significado de la vida llega a través de las relaciones con los demás. Son las actividades del diario vivir las que proporcionan oportunidades naturales para desarrollar diversas relaciones, pero al envejecer se reducen o interrumpen muchas de esas actividades, y así mismo lo hacen las relaciones que tenían.

La familia es de gran ayuda en la ancianidad, sin embargo, incluso las relaciones familiares pueden deteriorarse. Las personas mayores a veces se quejan, por ejemplo, de que sus hijos o parientes no los comprenden, no les hacen caso, no les visitan o incluso les tratan mal. No obstante, este tipo de problema puede evitarse en gran modo mediante un actitud abierta, positiva y una franca comunicación.

De hecho cuando la comunicación es fluida, y de doble vía, se comparte en familia y se desarrollan simultáneamente las buenas relaciones familiares y por ende una vida plena y gratificante para todos. Esto armoniza la familia y permite que el envejeciente tenga compañía, contacto, mejor atención, elementos que evitan la soledad y el aislamiento

### **2.5.3 Participación Familiar En La Atención**

Cuidar un adulto mayor con dependencia física, dentro del núcleo familiar, involucra participación de sus miembros en la atención. Todos deben colaborar de manera permanente; pero, a veces se observa que la ayuda no se da, siendo una sola persona la que asume el rol por tiempo indeterminado. Esto le trae agotamiento físico y mental al custodio, e inclusive en ocasiones hasta la enfermedad, a la vez que privaciones de actividades familiares y sociales. Para evitar tal situación, el cuidador debe ser remplazado voluntariamente por otro miembro de la familia. Por otro lado, cuando el adulto mayor está consiente de que los demás familiares no cooperan, genera sentimientos de culpa, carga, inseguridad y abandono, incidiendo en su calidad de vida.

#### **2.5.4 Motivación Y Medio Ambiente**

La motivación que tenga el custodio influirá en gran manera sus actividades y sentimiento respecto a la persona que cuida y viceversa. Dentro de los motivos para aceptar el papel de cuidador pueden destacarse: un sincero deseo de ayudar, cimentado en sentimientos de amor y afecto; un sentimiento de obligación moral o legal o por beneficio económico. La primera de ellas, es la única base para asumir el rol; pues las demás en términos generales desarrolla apatía y mala atención. Cuando los cuidados se ofrecen con desgano al cabo de cierto tiempo se convierten en una molestia, carga, o incluso en hostilidad de ambas partes.

Para que el paciente colabore en la atención requiere estar motivado, por lo que necesita un trato ameno, comunicación permanente, estímulo y demostraciones de amor de sus familiares y quien lo cuida. También es importante en su recuperación el medio que le rodea, el cual debe ser limpio, agradable, y con ciertas comodidades, pues este influye en el estado anímico del paciente, por pasar ahí la mayor parte de su tiempo. Hay que favorecer un medio ambiente acogedor con afecto y compañerismo para evitar la soledad y el aislamiento, es decir, proporcionar total confianza y seguridad, para que el anciano no se sienta una carga para su familia. Cuando los recursos lo permitan hay que tratar de que el anciano disponga de su propia habitación, arreglada a su gusto, si es posible con alguno de sus muebles.

### 2.5.5 Salud Integral

La responsabilidad continua de cuidar un anciano dependiente por tiempo prolongado, puede llegar a ser algo física y mentalmente agotador; por lo que el custodio y otros miembros de la familia deben estar en perfecto estado de salud; para ello necesitan realizarse sus controles de salud permanentemente. Es importante que el cuidador y la familia no pierda la perspectiva de que para atender al paciente debe estar sano física y mentalmente, de no ser así la atención es deficiente.

Cuando es el caso de que el paciente padece de demencia senil u otra enfermedad mental o invalidante, hay un impacto sobre el grupo familiar y esta pasa por ciertas etapas como:

- No aceptación de la enfermedad.
- Estado de angustia de la familia.
- Comportamiento irascible, de enojo.
- Fase de negación.
- Desorganización familiar, caos y separación. (Dr. Vitervo, (1999) ).

En estos casos el paciente al igual que su familia requieren ayuda externa, por lo que el apoyo del Equipo de Salud es necesaria y debe darse de manera integral e interdisciplinaria.

### 2.5.6 Ayuda Externa

El que asiste a un anciano enfermo debe tratar de preservar la armonía del hogar y la salud mental, para beneficio de todos, pensando un poco en la ayuda externa que pueda recibir si la solicita. Este aspecto es importante, porque así tanto el paciente como quien lo cuida se sentirán más aliviados. Pero, antes de hacerlo hay que explicarle al paciente el tipo de ayuda que se piensa buscar, hay que tranquilizarlo y ofrecerle apoyo emocional, de modo que no tenga temor ni se sienta abandonado.

La ayuda puede ser:

- **Otros parientes:** quienes de vez en cuando podrían compartir parte del trabajo y responsabilidad de atender al anciano.
- **Ayuda Profesional:** la información y asesoramiento oportuno son importantes, como también descargar las tareas de atención con ayuda profesional, permite al familiar tomar un respiro temporal.
- **Grupos de apoyo:** estos grupos son voluntarios y se basan en el concepto de universalización y de autoayuda, y permite al que asiste al envejeciente darse cuenta de que alguien lo escucha, lo entiende, y que no está solo con el problema. En Panamá existen grupos de familias con ancianos enfermos, o dementes, que se constituyen en un gran apoyo familiar desde el punto de vista emocional. El Programa de la Tercera Edad de la Caja de Seguro Social propicia estos grupos a través de la Asociación Nacional de

Familiar de Pacientes Encamados (ANAFAPE), con la intención de que sean auto gestores de sus propias necesidades y que el adulto mayor tenga una vida más plena.

- **Instituciones:** Las Instituciones especializadas como Hospital Abierto de asistencia diaria, Hospital geriátrico para períodos de mayor estancia, son de gran ayuda para la familia, pues le permiten a ésta, durante ciertos períodos, realizar actividades familiares, sociales y de interés recreativo que fortalecen su estado emocional y renova las fuerzas para seguir adelante con la tarea, sin descuidar el paciente, ni percibir sentimientos de culpa.

## **2.6 DEFINICIONES CONCEPTUALES**

Para los efectos de este estudio, se definen las variables principales y los siguientes conceptos :

### **↪ Adulto Mayor:**

La Organización Mundial de la Salud sugiere usar el concepto adulto mayor en vez de “viejo” para identificar a la persona que sobrepasa los sesenta años de edad. Con este término se trata de abolir la connotación peyorativa que se le da a la senectud.

**↪ Adulto Mayor Dependiente:**

Persona de edad avanzada que necesita ayuda personal para el desempeño de las actividades del diario vivir (bañarse, comer, caminar, vestirse, acompañamiento).

**↪ Atención Familiar:**

Cuidado y consideración que brinda la familia a sus miembros. Acoger favorablemente los deseos o necesidades personales del paciente.

**↪ Calidad de atención Familiar:**

Conjunto de cualidades que denotan superioridad, excelencia en el cuidado del paciente por su familia. La calidad de atención familiar involucra suplir las necesidades fisiológicas, cubrir las necesidades afectivas y de seguridad, adecuada relación familiar, buen trato y comodidades, excelente comunicación interpersonal, motivación, estímulo permanente y salud integral. Esta atención debe ser: con prontitud, en equipo, y con participación familiar integral.

**↪ Calidad de Vida:**

Concepto holístico de salud física, social, mental y espiritual. Es prevenir la enfermedad mediante estilos de vida favorables. Esto se logra con: alimentación adecuada, manejo adecuado del estrés, control de salud, ejercicio físico y motivación personal, entre otros.

**↪ Control de Salud:**

Es el examen periódico que debe realizarse el individuo como prevención primaria.

↪ **Cuidador:**

Es la persona que cuida o custodia el paciente de manera permanente.

↪ **Equipo Interdisciplinario:**

Se da cuando hay una integración de esfuerzo, una permanente colaboración entre las diferentes disciplinas que participan en una actividad. Esto constituye la base legal y ética de la atención geriátrica.

↪ **Expectativa de vida:**

Es la esperanza de vida del individuo.

↪ **Geriatria:**

Rama de la medicina que se ocupa de los aspectos preventivos, clínicos y terapéuticos de las enfermedades de la vejez, así como de la reinserción del anciano en su medio social.

↪ **Geronte:**

Procede del vocablo griego Geron, y significa viejo, anciano.

↪ **Gerontología:**

Es la ciencia que estudia la vejez en general y los caracteres y fenómenos normales de dicha edad. Abarca toda la problemática social, política, económica y sanitaria del ambiente, relativa al anciano.

↪ **Paciente dependiente:**

Paciente que necesita ayuda para realizar casi todas las actividades de la vida diaria.

↪ **Paciente encamado:**

Paciente que permanece todo el día en cama, que no puede sentarse ni deambular en ninguna forma.

↪ **Paciente independiente:**

Es el paciente autosuficiente, que no necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.

↪ **Paciente semi - dependiente:**

Paciente que requiere ayuda para realizar cualquiera acción vital.

↪ **Salud:**

La Organización Mundial de la Salud, define la Salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, no solamente la ausencia de enfermedades. Se percibe como algo que el individuo mismo moldea a lo largo de su vida mediante su conducta y modificación del medio ambiente.

↪ **Senecto:**

Se dice de la edad senil, sinónimo de vejez.

↪ **Senescente:**

Que empieza a envejecer.

↪ **Servicio De Atención Domiciliaria:**

Es un componente del Programa de la Tercera Edad, que se brinda a los enfermos funcionalmente dependientes, en su ambiente familiar, utilizando los recursos disponibles de la Caja de Seguro Social.

**↪ Servicio De Calidad:**

Conjunto de cualidades que denotan excelencia en la atención del usuario

**↪ Tercera Edad:**

La Organización de las Naciones Unidas determina la edad de sesenta años como inicio de la tercera edad. Desde el punto de vista biológico, es el proceso normal con el que finaliza la edad adulta. La Organización Mundial de la Salud tiende a reemplazar este concepto por el de adulto mayor y considera su inicio desde los 65 años de edad.

**CAPÍTULO TERCERO**  
**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

Este trabajo se fundamenta en el Diseño Descriptivo, pues presenta las características básicas del fenómeno en estudio, mediante la descripción de las variables más significativas que afectan la unidad de observación; caracterizando de esta manera la problemática y los factores relacionados. Debido a que es una investigación que describe solo el problema y plantea posible relación entre variables, se presentan hipótesis a este nivel; esperando que los hallazgos sirvan de referencia para formularlas de manera explícita posteriormente. Por lo tanto, las conclusiones no poseen poder predictivo, es decir, solo se describen los factores que están asociados con el problema en estudio, no así las causas del mismo. La investigación está orientada, principalmente, a la exploración, descripción y asociación de las diferentes variables que se supone están incidiendo en la atención y calidad de vida del Adulto Mayor dependiente, muy relacionado a su entorno familiar y social; dando lugar a futuras investigaciones.

### **3.2 ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se realiza en el área de la Salud, con los adultos mayores encamados o funcionalmente dependientes, registrados en el Programa de Visitas Domiciliares de Tercera Edad, de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez - Caja de Seguro Social, ubicada en el Distrito de Santiago, Provincia de

Veraguas, República de Panamá. Para seleccionar la población se considera la experiencia e interés particular de la investigadora, como también se toma en cuenta que el distrito señalado está dentro de la cobertura del Programa y registra un número considerable de casos de pacientes encamados, en sus variadas formas.

### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población objeto de investigación está constituida por 125 pacientes encamados o dependientes, visitados por el Equipo Técnico del Programa de Tercera Edad de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez - Caja de Seguro Social, en el primer trimestre de 2002. De la cifra mencionada, se extraerá una muestra conformada por 50 adultos mayores dependientes, seleccionada mediante un muestreo al azar simple, que representa el 40% de la población total. Por tratarse de un universo pequeño este tipo de muestreo es ventajoso, pues en él cada unidad tiene la probabilidad equitativa de ser incluida y es una forma científica de hacer inferencias válidas sobre el resto de la población. Se utilizará como marco muestral la lista de los pacientes registrados en las visitas domiciliarias, procedentes de los diferentes corregimientos del Distrito de Santiago, que estén dentro de diez kilómetros a la redonda, tal y como lo señala la norma del Programa en mención.

### 3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para estar en capacidad de describir con precisión el comportamiento de las variables en estudio, los medios de observación en este diseño requieren ser **estructurados**; por lo tanto, se utiliza como Instrumento básico de Investigación la técnica del Cuestionario estructurado. Además, se emplea la Observación y la Recopilación Documental, para complementar el proceso de recolección de datos.

#### 3.4.1 El Cuestionario

Para recabar los datos necesarios, que proporcionen respuestas al problema y contribuyan con los Objetivos de la Investigación, se aplica un Cuestionario estructurado con diversas interrogantes, a las personas que cuidan a los adultos mayores en estudio.

Con el interés de comprobar la **validez del instrumento** y someterlo a las pruebas correctivas, el formulario fue validado previamente por la Investigadora, en diez casos de adultos mayores encamados, con características semejantes a la muestra en estudio, pero, en otro distrito de la provincia. Tal ensayo permitió comprobar que el mismo puede ser utilizado con éxito posteriormente.

El cuestionario validado compila información relevante en cuatro reactivos: el primero de ellos recoge las generalidades de la población estudiada y el segundo, los aspectos familiares; el tercer reactivo va dirigido a la

atención domiciliaria que recibe el paciente; finalizando el instrumento en un cuarto reactivo que sondea la necesidad de ayuda externa, mediante una Institución de corta estancia para el cuidado de los adultos mayores dependientes.

En cuanto a la forma de las preguntas del formulario, se consideran básicamente dos categorías: las preguntas dicotómicas o de alternativas fijas en las que se contesta con un sí o un no, y las preguntas categorizadas o de elección múltiple, que le permite al sujeto elegir entre varias alternativas. A pesar que en términos generales las preguntas son cerradas, existen algunas preguntas abiertas, que facilitan libertad de respuesta, reafirmando así la opinión del encuestado.

### **3.4.2 La Observación**

Esta técnica es de mucha utilidad cuando se desea conocer aspectos del comportamiento; por lo tanto, en este caso el proceso de recolección de datos se enriqueció con la observación de las condiciones de vida de los adultos mayores dependientes y los factores familiares y ambientales asociados.

Por ser la investigadora miembro del Equipo De Salud, tuvo la oportunidad de implementar la observación participante; esto permitió hacer un registro visual del entorno del sujeto en estudio, recabando así información valiosa de tipo cualitativo. Se tomaron las medidas necesarias para que al realizar las observaciones del medio, previniera la objetividad, evitando así que los factores

irrelevantes sesgaran los datos, de tal manera que la información obtenida, complementó significativamente los resultados.

### **3.4.3 Recopilación Documental**

Para caracterizar el problema, esta técnica sirvió de base en el proceso de búsqueda, pues permitió compilar información relevante, relacionada a la temática en estudio, facilitando la elaboración del marco teórico-conceptual. Al efectuar la revisión de estadística relacionada a la problemática del adulto mayor, con énfasis en aquellos que están encamados o son dependientes desde el punto de vista funcional, hubo la limitante de escasez de información cuantitativa, en cuanto al número de adultos mayores dependiente en la provincia, debido al sub-registro existente, dado que aún hay pacientes que no utilizan el servicio de visita domiciliaria.

### **3.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Una vez recopilados los datos, se procedió a ordenar y categorizar cada uno de los reactivos que comprende el cuestionario, estableciendo así una codificación previa al proceso de tabulación. Tomando en consideración la cantidad y variedad de los reactivos, además de que la muestra es relativamente pequeña, la información codificada se procesa mediante Tabulación Manual, pero con rapidez eficiencia y precisión.

La información debidamente procesada se presenta en forma narrativa en términos absolutos y porcentuales; como también, se utiliza la representación Tabular, ordenando en cuadros y tablas la variedad de información obtenida. Para ofrecer una idea rápida de la situación y darle más atractivo a la información, la misma puede apreciarse, además, mediante diversas gráficas, con las respectivas especificaciones. El análisis e Interpretación de los datos del estudio es cualitativo y está orientado fundamentalmente a describir, clasificar, comprender e interpretar las variables estudiadas en la problemática del Adulto Mayor dependiente, atendido por el Servicio de Visitas Domiciliarias del Programa de Tercera Edad de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez – Caja de Seguro Social, en el Distrito de Santiago, de la Provincia de Veraguas.

**CAPÍTULO CUARTO**  
**RESULTADOS DEL ESTUDIO**

## **4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

### **4.1.1 Generalidades De La Población Estudiada**

En la vejez el grado y duración de dependencia son mucho menos inevitables que en la niñez. Una persona de edad avanzada, por sus condiciones físicas, puede llegar a necesitar tanto cuidado y protección como un niño pequeño, o bien no necesitarlo. Cada persona responde de diferentes maneras a la experiencia de ser dependiente. Solo una pequeña minoría se negará rotundamente a cualquier clase de ayuda, mientras que la mayoría de los ancianos se adapta a la dependencia, de tal forma, que el grado y naturaleza de su dependencia es tan importante, como lo es la relevancia de la actividad que ya no le es posible realizar. Por esto, al trabajar con personas que son cada día menos capaces de su auto-cuidado, es vital identificar las cosas diarias que son expresiones importantes para ellos y su independencia, así como posteriormente encontrar una forma para conservarlas o para escoger las mejores alternativas, de tal manera que los ancianos no dejen de estar involucrados en el manejo de su vida diaria.

El estado de dependencia debe analizarse no sólo a través del estado físico del adulto mayor, sino también en el contexto socio familiar, y emocional, ya que ello influye grandemente en su calidad de vida. Partiendo de esta condición, es por lo que se seleccionó un grupo representativo de 50 adultos mayores dependientes para analizar como son atendidos estos pacientes por

sus familiares, información que se considera en este capítulo, no sin antes haber conocido los rasgos característicos de esta población, lo que se presenta a continuación.

#### **4.1.1.1 Edad Y Sexo**

Los datos obtenidos en el estudio revelan que un 54% de los adultos mayores dependientes corresponde al sexo femenino, representando la mayoría con respecto al sexo opuesto. De este grupo se puede extraer un 26% que fluctúa entre los 80 a 89 años de edad, siguiéndole en el orden el rango de 70 a 79 años con un 12%. Respecto al sexo masculino, se observa que el grupo más representativo está constituido por un 24% y que sus edades también oscilan entre los 80 a 89 años. (Ver cuadro N° 4 ).

Como se puede apreciar, los adultos mayores en estudio, se concentran en edades relativamente avanzadas, principalmente en las mujeres, quienes tienen mayor expectativa de vida, predominando en ambos sexos el rango de edad de 80 a 89 años. Hay que hacer notar que la población estudiada parte de los 60 años de edad, siendo este rango minoritario y el menos afectado

**CUADRO N°4**

**POBLACIÓN ADULTA MAYOR DEPENDIENTE POR SEXO, SEGÚN GRUPO DE EDAD EN LA MUESTRA ESTUDIADA DEL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002**

EDAD	SEXO					
	N°	%	M		F	
			N°	%	N°	%
TOTAL	50	100	23	46	27	54
60-69	7	14	3	6	4	8
70-79	11	22	5	10	6	12
80-89	25	50	12	24	13	26
90 y más	7	14	3	6	4	8

*Fuente: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente.*

#### **4.1.1.2 Estado Civil**

En relación al estado civil de los pacientes, las cifras señalan que prevalecen los viudos con un 46%, siguiéndole en el orden los casados con un 40%; en menor cantidad están los solteros con un 8% y los divorciados con un 6%. Al analizar el estado civil según sexo, se observa que en el sexo masculino predominan los casados, mientras que en el femenino son la viudas (ver cuadro N° 5).

El hecho de que el mayor índice esté representado por los viudos es significativo, pues la pérdida de la pareja deja un vacío con implicaciones de soledad, al igual que de dependencia emocional hacia los hijos, si los tiene, o el resto de los familiares. De igual forma el grupo de los solteros y divorciados pueden percibir emociones fuertes y conflictivas aunque no siempre a nivel consciente. Un envejeciente que por un lado está perdiendo sus facultades, y por el otro no tiene familia primaria que lo atienda, enfrenta una nueva y cambiante auto-imagen.

**CUADRO N° 5**

**ESTADO CIVIL DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DEL DISTRITO DE SANTIAGO SEGÚN SEXO, AÑO 2002.**

ESTADO CIVIL	SEXO					
	N°	%	M		F	
			N°	%	N°	%
TOTAL	50	100	23	46	27	54
VIUDO	23	46	7	14	16	32
CASADO	20	40	11	22	9	18
SOLTERO	4	8	2	4	2	4
DIVORCIADO	3	6	3	6	0	0

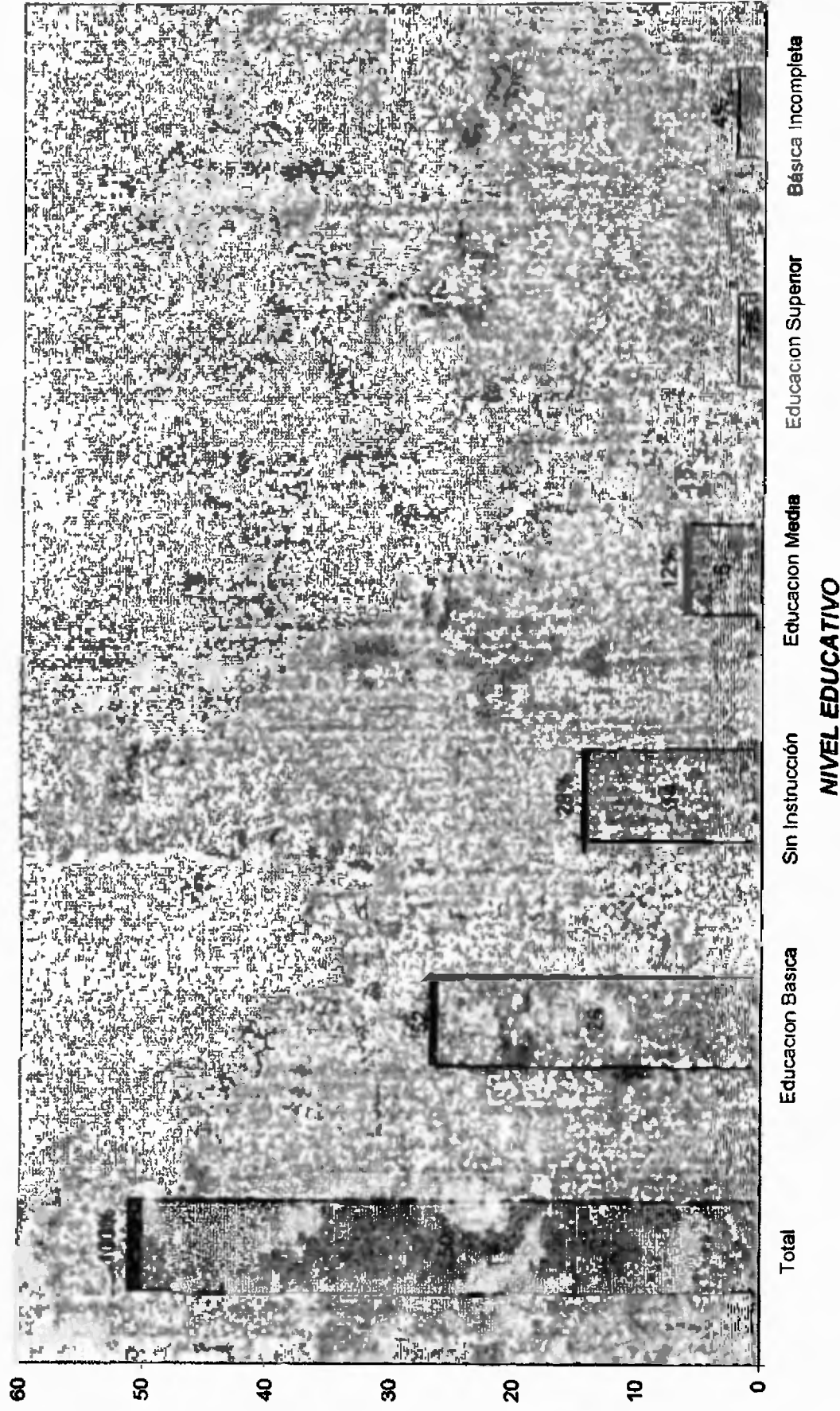
*Fuente: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente.*

#### **4.1.1.3 Nivel Educativo**

La información obtenida en el estudio señala que la población adulta mayor dependiente, en términos generales, posee un nivel de escolaridad relativamente bajo, que fluctúa entre primaria completa y ningún tipo de instrucción formal, con un 52% y 28% respectivamente. Una minoría de 12% tiene educación media, el 4% no completó los estudios primarios y un 4% asistió a la universidad. ( Ver Gráfica N° 1)

Es notable el bajo nivel académico de la muestra, de lo que se puede deducir que el nivel educativo es un factor que incide en la seguridad socio-económica del individuo, tal como se observa en los adultos mayores estudiados. El hecho de que dicha población tuviera un nivel educativo bajo los limitó y a la vez pudo inducirlos a desempeñar ocupaciones de igual índole o poco remunerativas. Por otro lado, a pesar de que en Panamá el sistema de Seguridad Social tiene gran cobertura y existen programas de jubilación, no todos los ancianos están cubiertos por ellas y la mayoría de las veces reciben pagos insuficientes para sus necesidades, aún las básicas, o para llevar una vida digna.

GRÁFICA N°1:  
 NIVEL EDUCATIVO DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE  
 DEL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.



FUENTE: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente

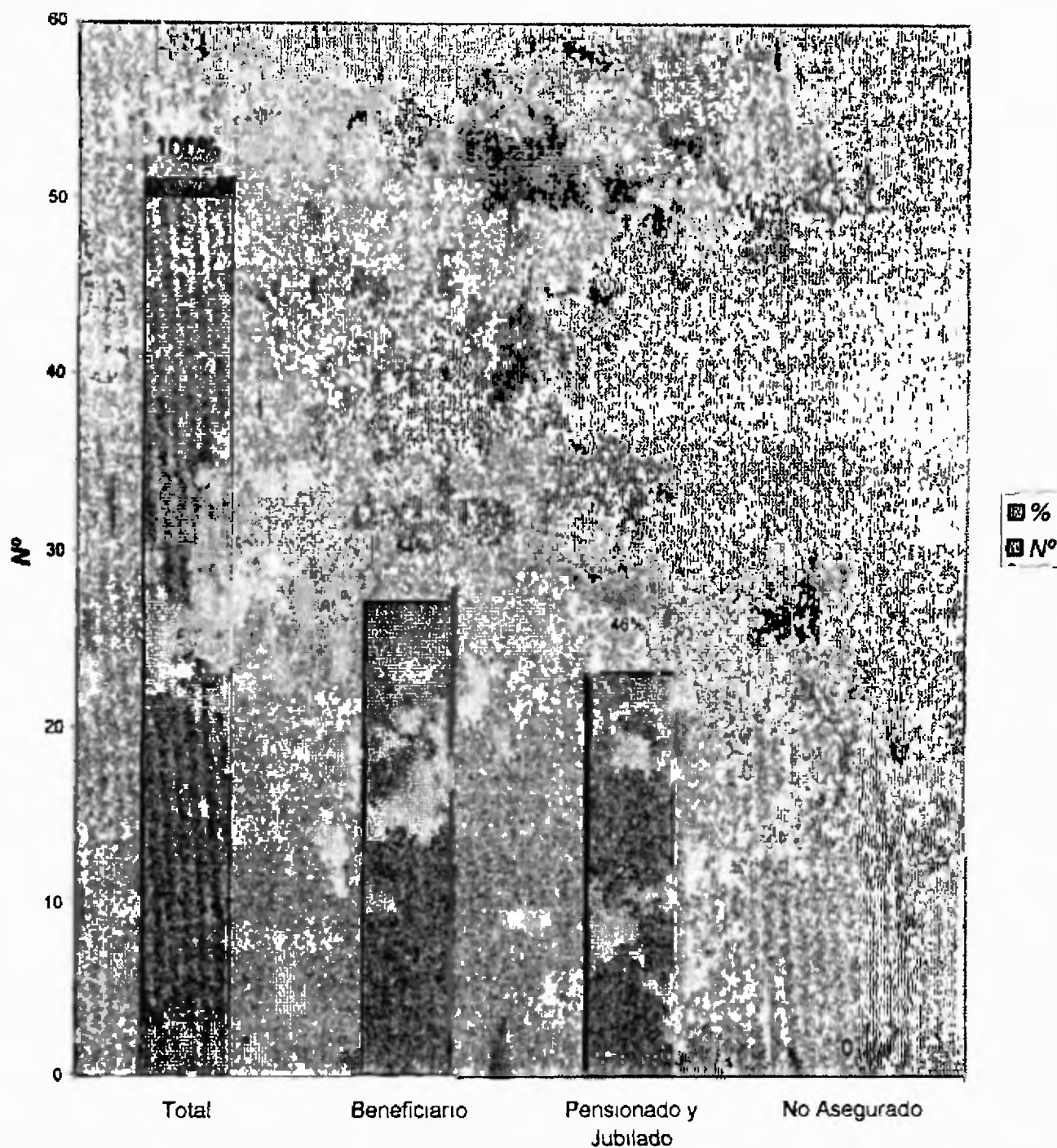
#### **4.1.1.4 Status Del Paciente**

Los pacientes visitados por el equipo de salud del programa de tercera edad, en su mayoría, el 54%, son beneficiarios, mientras que un 46% son pensionados y jubilados. Estas cifras reflejan que más de la mitad de los adultos mayores, son dependientes de sus familiares tanto física como económicamente, pues no gozan de una pensión, posterior a su retiro laboral. (Ver Gráfica N° 2)

#### **4.1.1.5 Procedencia**

Los adultos mayores dependientes atendidos por el Servicio de Atención Domiciliaria del Programa de Tercera Edad de la Policlínica Horacio Díaz Gómez, procede de diversos lugares, de los cuales el 85% corresponde al distrito de Santiago; siendo el 15% restante de los distritos de Atalaya , San Francisco y Río de Jesús. De los pacientes visitados del distrito de Santiago que fueron seleccionados en la muestra, el 66% vive en el corregimiento cabecera en diferentes calles y barriadas, entre las que se puede mencionar Alto Alfaro, Condado Del Sur, Don Bosco, Martín Grande, Martincito, La Primavera, Verdún, entre otros. Por otro lado, un 26% vive en el corregimiento de Canto de Llano, otro 6% en el corregimiento de la Peña y un 2% en la Colorada. (Ver Gráfica N° 3).

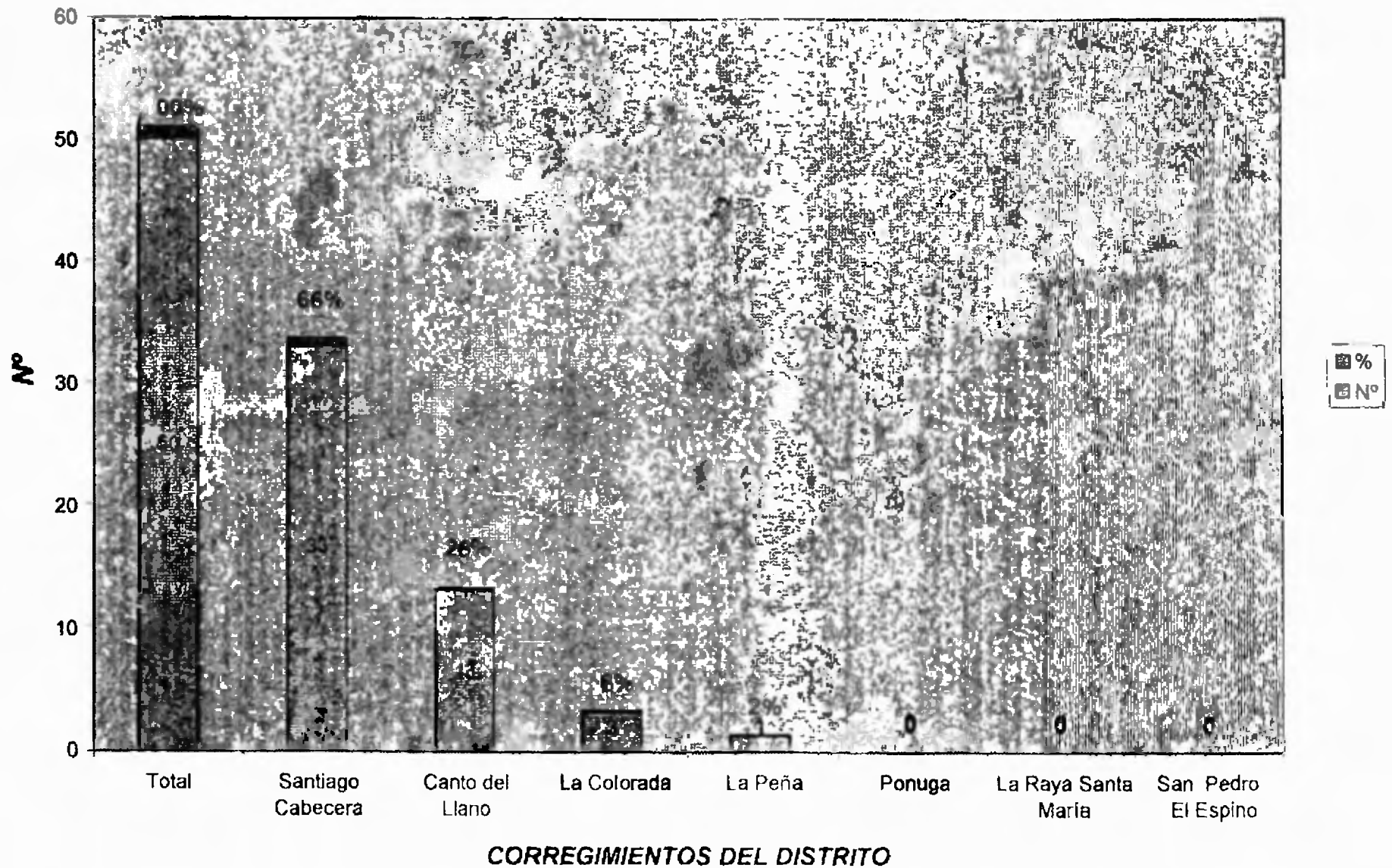
**GRÁFICA N°2:  
STATUS DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE ANTE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL,  
EN EL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.**



**STATUS ANTE C.S.S .**

FUENTE: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente

**GRÁFICA N°3:  
LUGAR DE PROCEDENCIA DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE  
DEL DISTRITO DE SANTIAGO, SEGÚN LA MUESTRA, AÑO 2002**



FUENTE Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente

#### **4.1.2 ASPECTOS FAMILIARES**

Independientemente de las diferencias de forma y conceptos de la familia, tradicionalmente se considera a las personas de edad como parte integrante de ella, por lo que se le atribuye a la familia importantes funciones y responsabilidades. En los últimos años, a raíz de cambios concomitantes en la estructura de la familia y la población de edad avanzada, han surgido otras instituciones y organizaciones, como es el caso de los asilos, para compartir o asumir parte de las funciones tradicionales de la familia; no obstante, ninguna de ellas ha demostrado ser un sustituto total y aceptable de la familia, de ahí que esta última, sigue siendo la base principal de la atención del adulto mayor. Enmarcados en esta realidad, es relevante exponer los aspectos familiares relacionados al cuidado de los adultos mayores que fueron estudiados.

##### **4.1.2.1 Número De Hijos Vivos Del Paciente**

El cuadro nº 6 refleja la cantidad de hijos que tienen con vida los adultos mayores en estudio: el 46% de la muestra tiene de 4 a 7 hijos, siguiendo en el orden hay un 24% con 1 a 3 hijos y un 14% con 8 a 9. Por otro lado, hay un reducido número de 6% que son padres y madres de 10 hijos y más. Finalmente el 8%, no tiene hijos. Las cifras demuestran que una notable mayoría, el 92% de los pacientes tienen hijos, cuya responsabilidad filial involucra el cuidado de sus progenitores, lo que es un buen augurio.

**CUADRO N° 6****NUMERO DE HIJOS DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE EN EL DISTRITO DE SANTIAGO, SEGÚN LA MUESTRA, AÑO 2002.**

N° DE HIJOS	N°	%
Total	50	100
0	4	8
1	4	8
2	4	8
3	5	10
4	7	14
5	4	8
6	6	12
7	6	12
8	5	10
9	2	4
10 y más	3	6

*Fuente: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente.*

#### **4.1.2.2 Con Quién Vive El Paciente**

El estudio muestra que más de la mitad de los adultos mayores dependientes ( 52% ), viven con sus hijos, y un 34% con sus respectivos cónyuges; el 12% restante vive con otros familiares, tales como hermana, sobrina, nieta o empleada. Únicamente el 2% vive sólo, lo que puede darse por no haber formalizado una relación de pareja o no haber tenido hijos en su momento.

A pesar de que la familia ha evolucionado, se aprecia con agrado que ella cumple su cometido en sus variadas formas. En este contexto, los datos manifiestan que una gran mayoría de los pacientes estudiados pertenecen a familias extendidas, siguiéndole en el orden los que viven en familias nucleares y aquellos que forman parte de grupos familiares de crianza. (Ver cuadro N° 7).

**CUADRO N° 7****CON QUIEN VIVE EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DEL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.**

PERSONA CON QUIEN VIVE.	N°	%
Total	50	100
Hijo(a)	26	52
Cónyuge	17	34
Hermano(a)	2	4
Nieta(o)	1	2
Sobrino	1	2
Empleada	2	4
Solo	1	2

*Fuente: Encuesta aplicada al adulto mayor dependiente.*

#### **4.1.2.3 Persona Que Cuida Al Paciente**

La experiencia de la dependencia en el adulto mayor trae consigo nuevos tipos de relaciones que pueden invadir aspectos de la vida que antes se consideraban privados. Con frecuencia son los hijos adultos que desempeñan funciones paternas con respecto a sus propios padres, y este papel inverso exige un ajuste considerable de ambas partes. Tal como se observa, en el cuadro número ocho, en donde el 50% de la muestra es atendida por los hijos. Por otro lado, existe un 34% que recibe los cuidados directamente de su cónyuge, que en ocasiones tienen edades paralelas. El 14% son atendidos por otras personas entre los que se destacan hermanos, empleados, sobrinos. Hay que enfatizar que existe un 2% que vive sólo y está al cuidado de los vecinos. Se observa entonces que, ha falta de familia inmediata, la responsabilidad pasa a parientes mas distantes, vecinos o la comunidad en general. Este aislamiento social al que por distintas razones están sujetos tales ancianos, es un factor de riesgo en sus discapacidades y les priva de importantes apoyos emocionales, físicos y muchas veces financieros.

**CUADRO N° 8****PERSONA QUE CUIDA AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DEL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.**

PERSONA QUE CUIDA AL PACIENTE	N°	%
Total	50	100
Hijo (a)	25	50
Cónyuge	17	34
Hermano(a)	2	4
Sobrino	1	2
Nieto(a)	1	2
Nuera	1	2
Empleada	2	4
Vecina	1	2

*Fuente: encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente.*

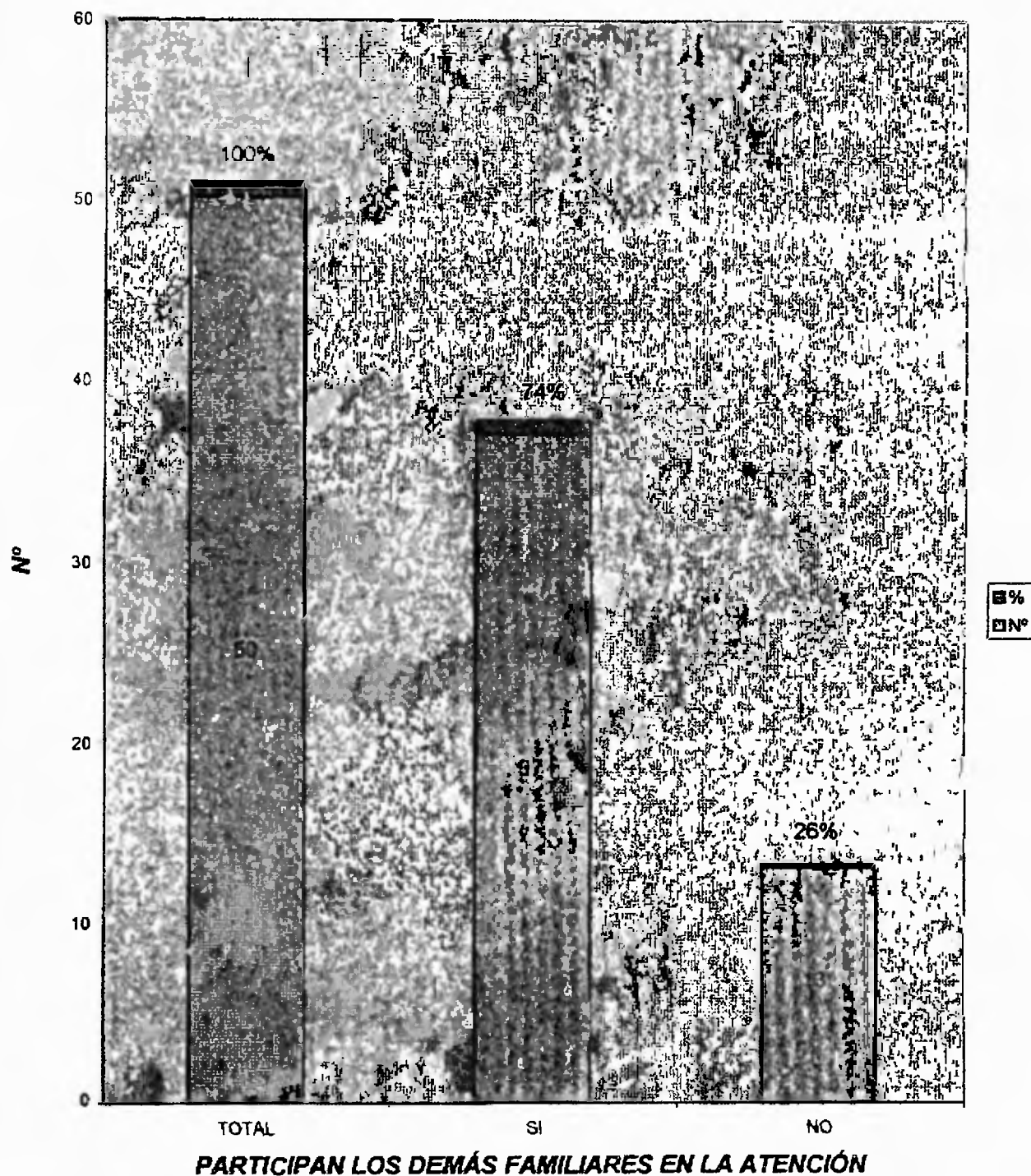
#### **4.1.2.4 Participación De Los Demás Hijos Y/O Familiares En La Atención Del Adulto Mayor Dependiente**

La participación de los miembros de la familia en la atención del adulto mayor dependiente, es indispensable para su recuperación y estado de bienestar. En muchos casos lo que se requiere para que el paciente despeje sus temores relacionados a los problemas de salud que confronta, no es atención médica costosa, sino mas bien mayor atención y reconocimiento por parte de sus familiares.

Una situación muy importante en este estudio es conocer, a través de los custodios, si los demás familiares participan en la atención de los adultos mayores dependientes. De acuerdo al 74%, los familiares sí participan en la atención; no obstante, un 26% de los pacientes no reciben el mismo tratamiento familiar. Estos últimos pacientes están al cuidado de una sola persona en quién recae toda la responsabilidad, pues los parientes más cercanos no colaboran en su atención. (Ver Gráfica N° 4).

Dicha situación, por un lado, recarga la función del cuidador, y por el otro repercute en el estado emocional del paciente, quién puede sentir inseguridad debido a la pérdida de control sobre su vida, gratitud o culpabilidad por las atenciones que recibe o frustración e impaciencia cuando parece que no lo atienden bien. Cuanto más alto sea el nivel de dependencia, es más probable que la persona se sienta indefensa y vulnerable, con sentimientos encontrados tanto para las personas que lo atienden como para aquellos que no lo hacen .

GRÁFICA N°4:  
 PARTICIPACIÓN DE LOS DEMÁS HIJOS Y/O FAMILIARES EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR  
 DEPENDIENTE, DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.



FUENTE Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente

#### **4.1.2.5 Frecuencia Con Que Participan Los Demás Familiares En la Atención Del Adulto Mayor Dependiente.**

Otras de las preguntas del aspecto familiar es conocer la frecuencia con que los demás familiares participan en la atención del paciente. En este sentido es importante señalar que un alto porcentaje (36% ) de los familiares que se involucran en la atención del adulto mayor dependiente, participan en los cuidados sólo esporádicamente. Un 18% colabora en la atención los fines de semana, mientras que un 14% lo hacen mensualmente. Finalmente el 10% nunca participa en los cuidados del paciente. (Ver cuadro N° 9).

De las cifras mencionadas, se infiere que en la realidad sólo el 18% de los demás familiares participan activamente en la atención, pues asumen diariamente su responsabilidad, aliviándole el trabajo a quién cuida el paciente de manera permanente, como transmitiéndole al envejeciente sentimientos de seguridad y afecto.

**CUADRO N° 9**

**FRECUENCIA CON QUE PARTICIPAN LOS DEMÁS FAMILIARES EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE, DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.**

FRECUENCIA DE ATENCIÓN	N°	%
Total	50	100
Diario	9	18
Semanal	9	18
Quincenal	2	4
Mensual	7	14
Esporádicamente	18	36
Nunca	5	10

*Fuente: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente.*

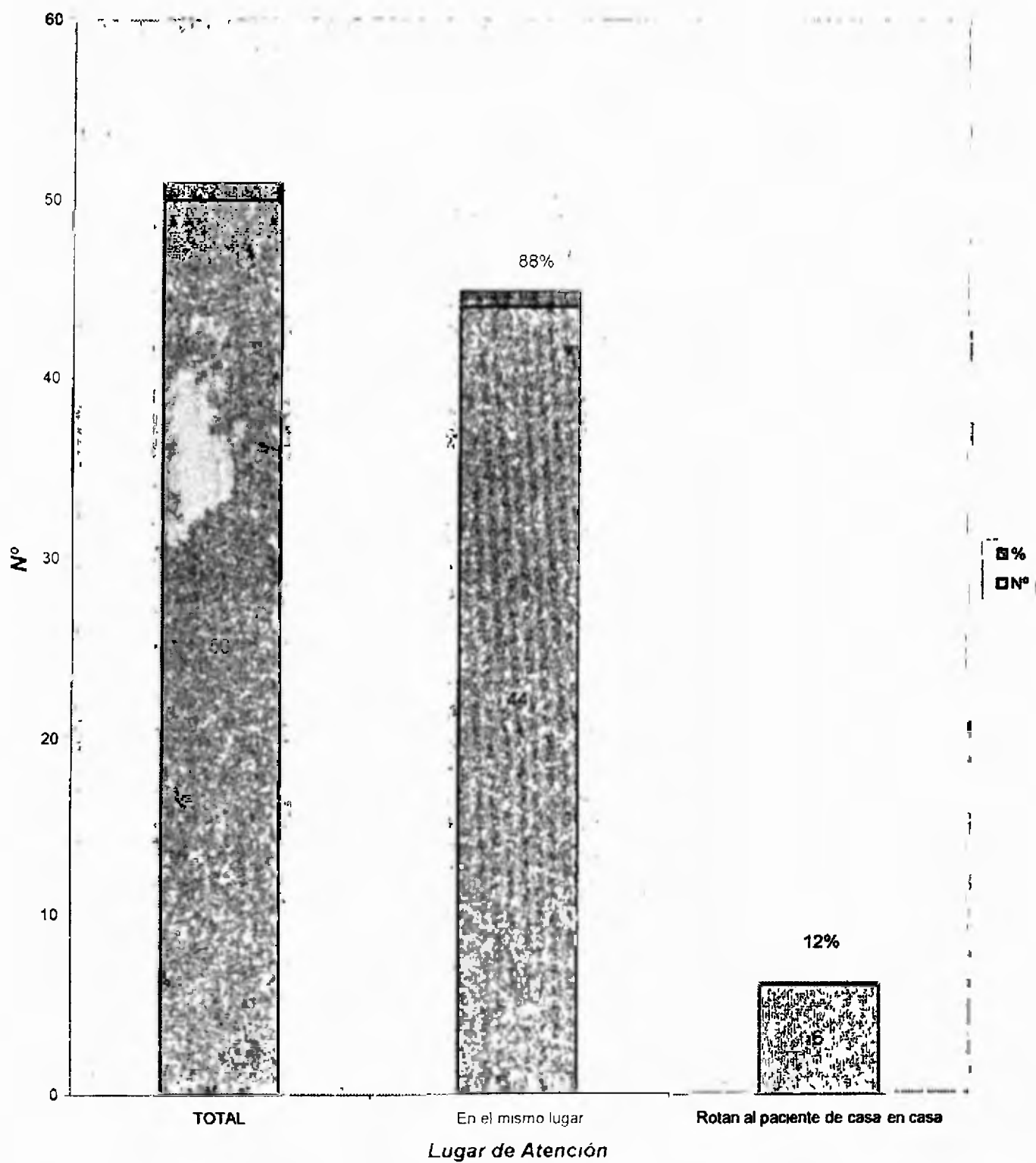
#### **4.1.2.6 Lugar En Donde Atienden Al Paciente**

Por el hecho de que una minoría de familiares participan activamente en la atención de los envejecientes enfermos, el 88% de ellos son atendidos en el mismo lugar, por el custodio. El otro 12% de los pacientes son rotados entre los diferentes familiares para su atención. Esta última modalidad facilita la labor del cuidador y abre el vínculo para que todos los familiares puedan participar en la atención. (Ver Gráfica N° 5)

#### **4.1.2.7 Requerimiento De Ayuda Para El Cuidado Del Paciente**

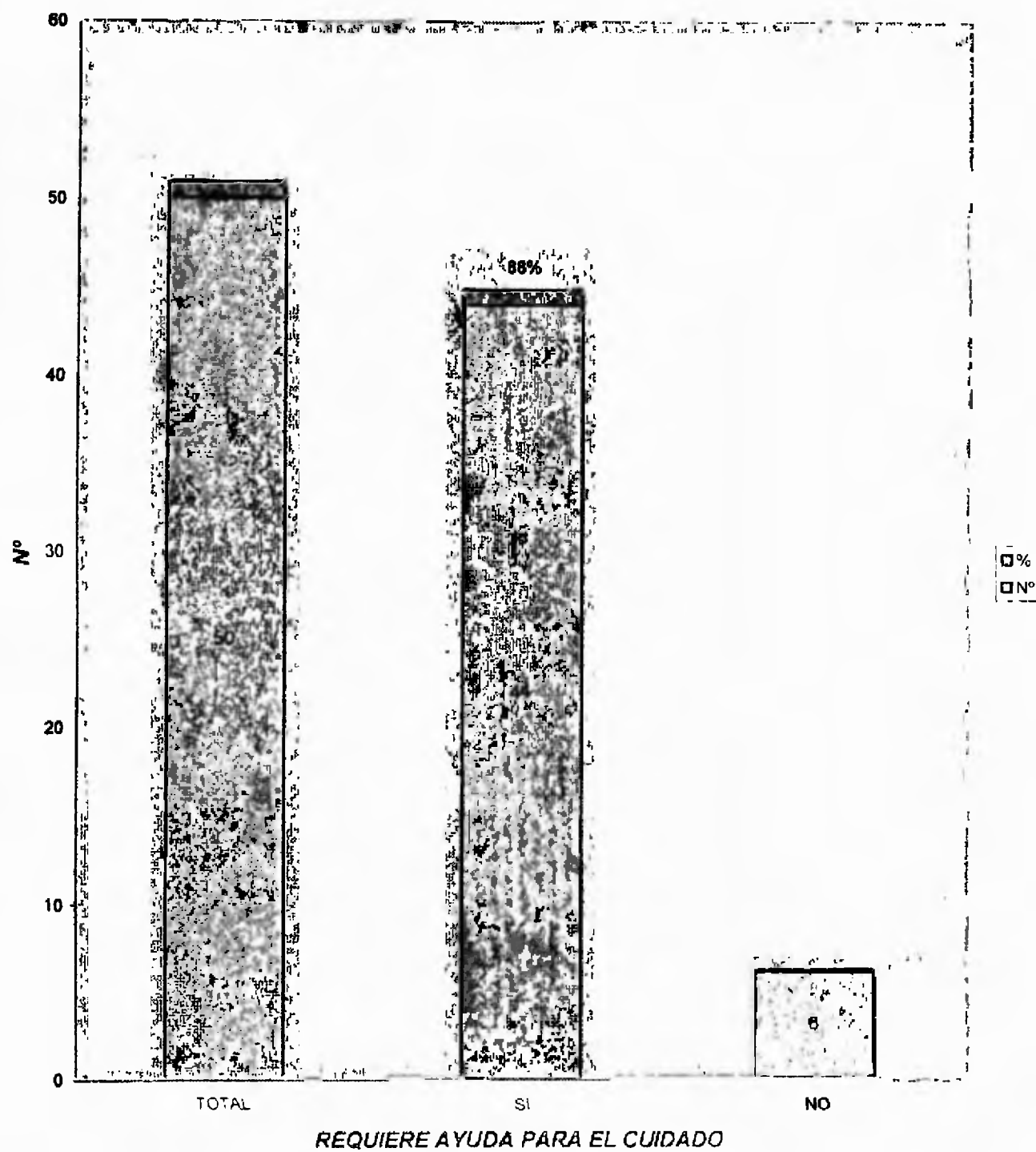
Los datos recabados manifiestan que un 88% de los custodios requieren ayuda en la atención de los envejecientes que atienden, sólo un 12% manifestó que no necesitan ayuda para la atención del paciente. (Ver Gráfica N° 6). Al preguntarles al custodio el tipo de ayuda que necesita, un 54% respondió que requieren mayor intervención de los hijos en la atención de los padres. Un 36% manifestó la necesidad de mayor cantidad de insumos ( pañales desechables, gasas, guantes, entre otros ). Un 10% de los encuestados solicita ayuda externa, tales como visitas médicas, terapia, sillas de ruedas. (Ver Gráfica N°7).

GRÁFICA N°5:  
LUGAR DONDE ATIENDEN AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE,  
DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.



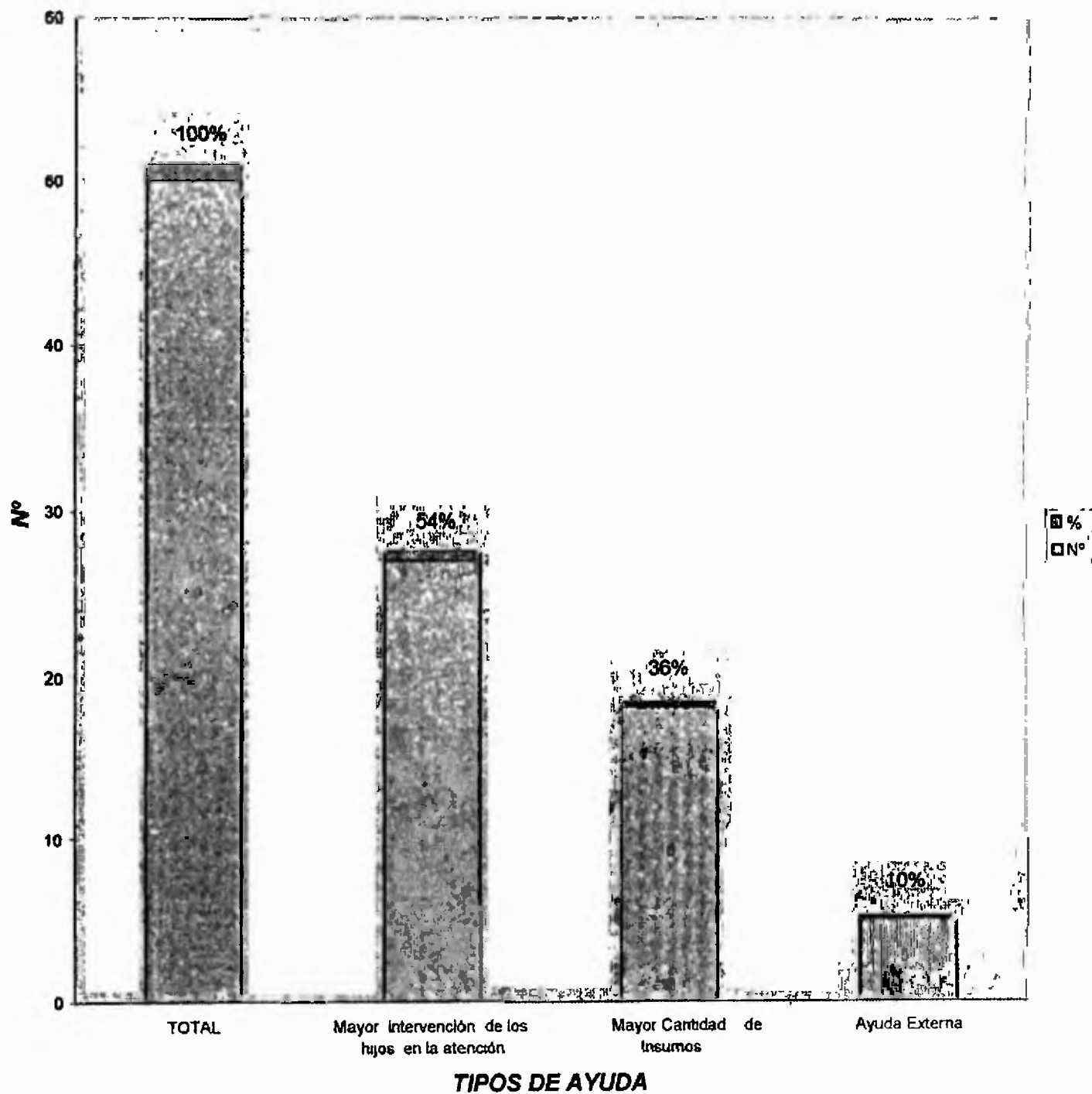
FUENTE Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente

**GRÁFICA N°6:**  
**REQUERIMIENTO DE AYUDA PARA EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR**  
**DEPENDIENTE, DEL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.**



FUENTE: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente

**GRÁFICA N°7:  
TIPO DE AYUDA QUE SE REQUIERE PARA EL CUIDADO  
DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE, DEL  
DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002**



FUENTE Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente

#### 4.1.2.8 Factores Que Inciden En El Cuidado Del Adulto Mayor Dependiente

Existen factores que inciden en la calidad de vida del adulto mayor dependiente, que deben ser considerados, pues la problemática de esta población se refleja en el ámbito tanto de salud como socio-familiar. Tomando como referencia las cifras señaladas en el cuadro número diez, se observa que la participación familiar en la atención del paciente es uno de los factores que más incide en la calidad de vida del adulto mayor dependiente, siguiéndole en el orden la economía familiar y la comunicación. Otro aspecto que el encuestado consideró relevante, fue la ayuda externa y la salud integral del envejeciente.

**CUADRO N° 10**  
**FACTORES QUE INCIDEN EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE, DEL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.**

FACTORES	Nº	%
Total	50	100
Participación familiar	14	28
Economía familiar	10	20
Comunicación	9	18
Ayuda externa	8	16
Salud integral	6	12
Motivación y medio ambiente	2	4
No contesto	1	2

*Fuente: encuesta realizada al familiar del adulto mayor dependiente.*

#### **4.1.3 SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA**

El Servicio de Atención Domiciliaria del Programa de la Tercera Edad de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez, tenía inscrito durante el primer trimestre de 2002, un total de 139 pacientes encamados o dependientes; de éstos, 125 son adultos mayores, y el restante (19) corresponde a pacientes especiales, con edades por debajo de los 60 años, pero, con enfermedades crónicas invalidantes. Hay que resaltar que este servicio, en la Institución mencionada, atiende únicamente al enfermo, no así a la persona que lo cuida, ni al resto de los miembros de la familia, tal como se hace en otras Provincias.

Según su condición de gravedad, los adultos mayores dependientes están distribuidos así: el 3% es Grado I, el 20% es Grado II, el 52% es Grado III y el 25% es Grado IV. Nótese que el mayor índice se concentra en aquellos que están totalmente inválidos, pero estables, cuyas complicaciones están compensadas, o sea los de Grado III. Seguidamente se encuentran los pacientes de IV grado de gravedad. Esto es un buen indicador, pues refleja que los pacientes que reciben el servicio, en términos generales, están compensados. (Ver cuadro N° 11).

### CUADRO N° 11

#### CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SU CONDICIÓN DE GRAVEDAD EN EL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.

CONDICIÓN DE GRAVEDAD	Nº	%
Total	125	100
Grado I	4	3
Grado II	25	20
Grado III	65	52
Grado IV	31	25

*Fuente: Registros de pacientes inscritos en el servicio de atención domiciliaria, Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez. Primer trimestre, año 2002.*

#### **4.1.3.1 Diagnóstico:**

Los registros de los adultos mayores dependientes, inscritos en el servicio de atención domiciliaria, demuestran que estos pacientes tienen, a veces, más de un diagnóstico, no obstante, se observa una gran cantidad de ellos que confrontan diagnósticos relevantes.

En términos generales las enfermedades más frecuentes como causa de atención médica fueron: Secuela de Enfermedad Cerebro Vascular con un 30.4%. En su orden le siguen los diagnósticos de Hipertensión Arterial con un 19.2%, Alzheimer (8%), Fractura de Cadera ( 7.2%), Parkinson (6.4%), Diabetes (5.6%), además, hay un menor índice de los que sufren de Artritis Reumatoidea (4.8%), Cardiopatía Aterosclerótica (4%), Cáncer de Próstata y no clasificado (3.2%). Finalmente, hay una pequeña minoría que padece de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Senilidad, ceguera, Osteoporosis, Cirrosis Hepática y Epilepsia. Al analizar esta información según sexo, se observa que los diagnósticos más frecuentes en los hombres son la enfermedad Cerebrovascular, Hipertensión Arterial, Parkinson, Cáncer de Próstata, Fractura de Cadera y Enfermedad Cerebro Vascular. Mientras que en las mujeres son las enfermedad Cerebro Vascular, Hipertensión Arterial, Alzheimer, Fractura de Cadera, Diabetes, y Artritis Reumatoidea. (Ver Cuadros N° 12 y 13)

**CUADRO N° 12**  
**ENFERMEDADES MAS FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR**  
**DEPENDIENTE, DEL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.**

	N°	%
Total	125	100
Secuela de Enfermedad Cerebro Vascular	38	30.4
Hipertensión Arterial	24	19.2
Alzheimer	10	8
Fractura de Cadera	9	7.2
Parkinson	8	6.4
Diabetes	7	5.6
Artritis Reumatoidea	6	4.8
Cardiopatía Aterosclerótica	5	4
Cáncer de Próstata y no especificado	4	3.2
Enfermedad Pulmonar Obstructiva	3	2.4
Ceguera, senilidad	3	2.4
Osteoporosis	3	2.4
Cirrosis Hepática	3	2.4
Epilepsia	2	1.6

*Fuente: Registros de pacientes inscritos en el servicio de atención domiciliaria, Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez. Primer trimestre, año 2002.*

**CUADRO N° 13**

**ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN LOS ADULTOS  
MAYORES DEPENDIENTES, SEGÚN SEXO, EN EL DISTRITO  
DE SANTIAGO, AÑO 2002.**

ENFERMEDAD	SEXO	
	FEMENINO	MASCULINO
ENFERMEDAD CEREBRO	*	*
VASCULAR		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	*	*
ALZHEIMER	*	
FRACTURA DE CADERA	*	*
DIABETES	*	*
ARTRITIS REUMATOIDEA	*	
OSTEOPOROSIS	*	
PARKINSON		*
CÁNCER DE PRÓSTATA		*
ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA		*

Fuente: Registros de pacientes inscritos en el servicio de atención domiciliaria, Pol. Dr. Horacio Díaz Gómez. Primer trimestre, año 2002.

#### 4.1.3.2 Tiempo que tiene de estar Enfermo el Adulto Mayor

Otro aspecto importante es conocer el tiempo que tiene el adulto mayor de estar enfermo. Al respecto, el 60% de los encuestados respondió que hace más de tres años padece la enfermedad; el 16% tiene dos años de estar enfermo, el 14% tiene un año, y una pequeña minoría del 10% afirma tener menos de un año. (Ver Cuadro N° 14 ). Esto refleja que el período de atención que requiere el paciente es prolongado, lo que en ocasiones es agotador.

**CUADRO N° 14**

**TIEMPO QUE TIENE DE ESTAR ENFERMO EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.**

TIEMPO DE ESTAR ENFERMO	N°	%
Total	50	100
Menos de 1 año	5	10
1 año	7	14
2 años	8	16
3 años y mas	30	60

*Fuente: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente.*

#### **4.1.3.3. Tiempo En Que Los Adultos Mayores Han Recibido El Servicio de Atención Domiciliaria**

También se les preguntó desde cuándo recibe el Servicio de Atención Domiciliaria de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez. A esta interrogante, un 32% señala que lo recibe hace más de tres años, el 24% están siendo atendidos hace dos años; un 22% es visitado hace un año, y en igual porcentaje están los visitados en menor tiempo. (Ver Cuadro N° 15).

Si bien es cierto, el porcentaje más alto (32%) representa a los pacientes atendidos hace más de tres años, esta cifra no es proporcional a la cantidad de adultos mayores que tienen más de tres años de estar enfermos; lo que indica que no se utilizaba el servicio, quizás por desconocimiento, pues a esa fecha el programa ya existía. Sin embargo, los datos también manifiestan que en los últimos tres años se ha incrementado la atención de los pacientes atendidos por el Programa de Tercera Edad mediante el Servicio a Domicilio, pues la demanda de este servicio está en aumento.

### CUADRO N° 15

#### TIEMPO EN QUE LOS ADULTOS MAYORES HAN RECIBIDO EL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, EN EL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.

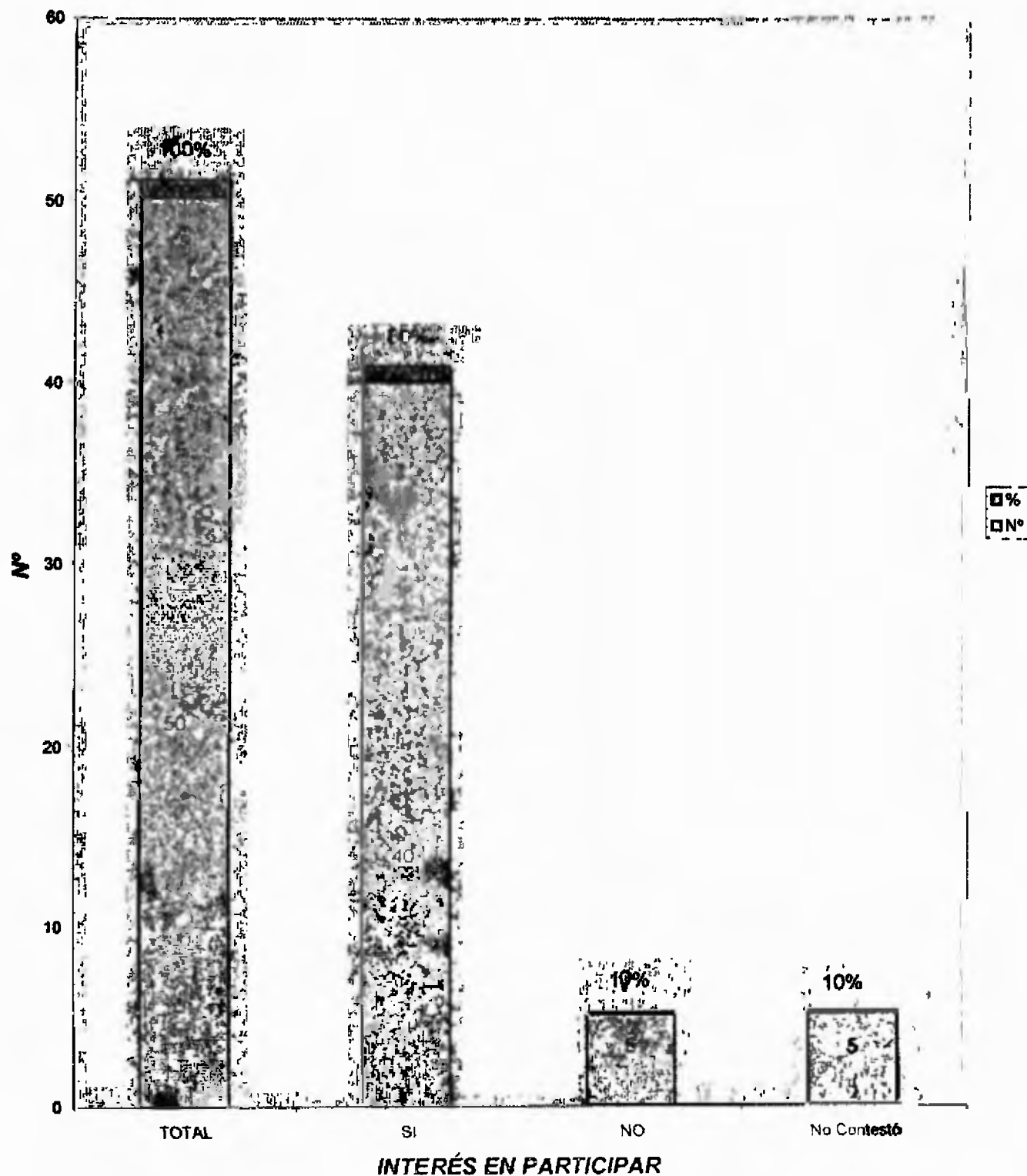
TIEMPO DE RECIBIR EL SERVICIO	N°	%
Total	50	100
Menos de 1 año	11	22
1 año	11	22
2 años	12	24
3 años y mas	16	32

*Fuente: encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente.*

#### **4.1.3.4. Interés Del Custodio De Participar Del Servicio De Atención Domiciliaria Integral**

Debido a que como se dijo anteriormente, el Servicio de Atención Domiciliaria de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez, hasta el momento, solo atiende a los pacientes dependientes, no así al custodio, ni a los familiares que viven con el enfermo; se sondea el interés del custodio para participar del Servicio de Atención Domiciliaria de manera Integral (SADI). Las respuestas arrojan lo siguiente: de acuerdo al 80% sí están interesados porque: “evitaría la salida de la persona que cuida el paciente”, “evitaría dejar el paciente solo, cuando se requiere ir al doctor”, “los demás familiares se beneficiarían”, “toda la familia sería atendida y estaría más sana”, “se ofrecería mejor calidad de atención”. El otro 20% está compartido entre los que no contestaron y los que respondieron que no, porque: “no lo cree necesario”, “tiene quien le cuide el paciente cuando desea ir al doctor”, “puede ir al Seguro Social”. (Ver Gráfica N° 8). De la cifra anterior se infiere entonces, que sería beneficioso ampliar la cobertura de atención, involucrando al custodio y demás familiares que viven con el paciente, para ofrecerles un servicio integral.

**GRÁFICA N°8:  
INTERÉS DEL CUSTODIO DE PARTICIPAR DEL SADI,  
EN EL DISTRITO DE SANTIAGO, AÑO 2002.**



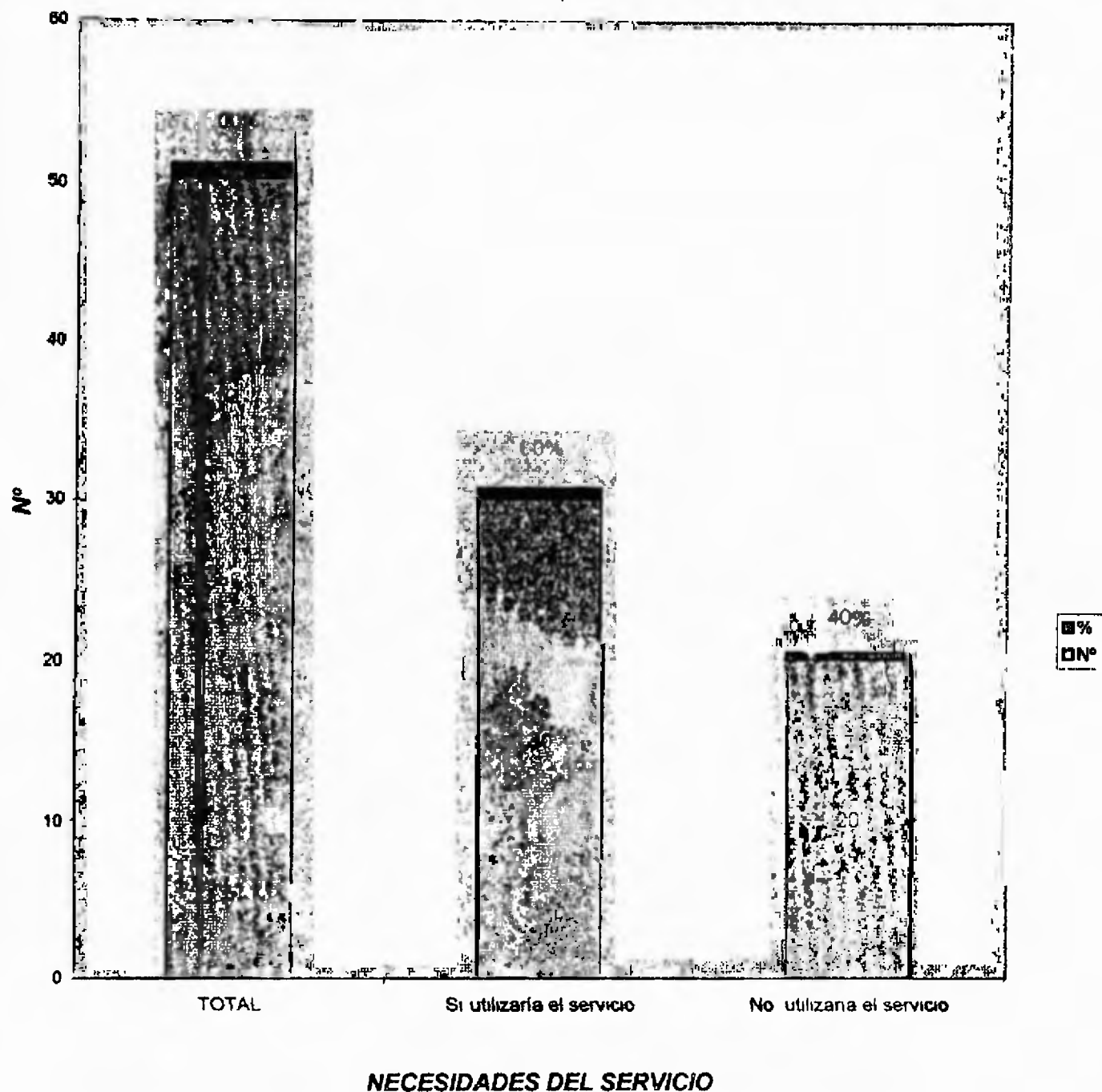
FUENTE Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente

#### **4.1.4 NECESIDAD DE AYUDA EXTERNA**

Considerando el hecho de que la familia requiere ayuda externa en la atención del envejeciente dependiente, se le preguntó al familiar si estaría de acuerdo en utilizar los servicios institucionales de cuidados al adulto mayor dependiente durante períodos cortos (diariamente o durante los fines de semana). A esta interrogante, el 60% de los encuestados afirmó que de existir una institución que ofrezca servicio de cuidado al adulto mayor, de corta estancia, ellos sí utilizarían este sistema de apoyo familiar, porque “no tienen quien les ayude cuando necesitan salir”, “ellos tienen que trabajar” y “el paciente estaría bien atendido en su ausencia”. Por su parte el 40% contestó que no harían uso de los servicios de tal Institución porque: “prefiere atender el paciente en casa”, “los hijos se turnan en la atención”, “son celosos del cuidado del paciente”, “el paciente está acostumbrado a estar en casa” y “razón personal y económica”. (Ver Gráfica N° 9).

Lo anterior refleja que una gran mayoría de pacientes y custodios, podrían beneficiarse con este tipo de servicio; pues aliviaría temporalmente la responsabilidad que implica cuidar de manera continua a un anciano dependiente, y a su vez el paciente estaría bien atendido. Claro está, que previamente habría que explicarle al adulto mayor, que la familia no pretende descargar la responsabilidad de modo definitivo y que ella volverá a cuidar de él al finalizar el período estipulado.

**GRÁFICA N°9:  
NECESIDADES DE SERVICIOS INSTITUCIONALES QUE OFREZCAN CUIDADOS AL  
ADULTO MAYOR DEPENDIENTE, DURANTE PERIODOS CORTOS, EN EL DISTRITO  
DE SANTIAGO, AÑO 2002.**



FUENTE Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor dependiente

## **4.2 PROPUESTA PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE**

### **4.2.1. Antecedentes**

La compleja situación de la población de edad avanzada en Panamá motiva su estudio y el deseo de combinar esfuerzos de todos los entes involucrados para contribuir a mejorar su problemática. Por ello, al analizar los datos recabados en torno al adulto mayor dependiente, en el Distrito de Santiago, surge la necesidad de presentar alternativas para mejorar la calidad de vida de estos. Estas alternativas están orientadas básicamente a la revisión de los recursos existentes y la creación de nuevos servicios. Por un lado, se ha comprobado que las Instituciones necesitan constantemente ser renovadas y vigorizadas para que la labor que realizan en bien de la población envejeciente sea efectiva. Por el otro, la experiencia demuestra que la responsabilidad de cuidar un paciente durante periodos prolongados es agotador, compromiso que muchas veces es asumido solo por uno de los familiares del paciente, tal y como lo reflejan los datos del estudio realizado con esta población. En base a lo anterior, se ha elaborado una propuesta que permitirá ampliar la cobertura de los servicios de salud existentes, como también facilitará a la familia el cuidado del adulto mayor dependiente en la localidad

Esta propuesta considera el problema que la sustenta, su justificación, los objetivos, Políticas de Gobierno, la demanda del servicio, formas de administración y financiamiento, las alternativas del Proyecto con sus respectivos objetivos, servicios, experiencias de proyectos similares, recursos y costo-beneficio. Las alternativas que se presentan contribuirán a que tanto el familiar como el adulto mayor se sientan apoyados y minimicen los estados de cansancio, ansiedad, sentimientos de culpa y carga, respectivamente, de tal manera que el bienestar familiar sea óptimo.

#### **4.2.2. Planteamiento Del Problema**

De acuerdo a las proyecciones demográficas la población adulta mayor de la República de Panamá, seguirá experimentando notables incrementos absolutos y relativos. Estos aumentos originarán crecientes demandas de servicios médicos y sociales para este segmento emergente de la población en todas las Provincias. En la región estudiada los ancianos presentan necesidades médicas y sociales particulares, por lo que se impone la necesidad de identificar alternativas más adecuadas, que la tradicional institucionalización a largo plazo, para incrementar el bienestar de los mismos.

El objetivo básico de su cuidado preventivo, progresivo, integral y continuado, debe ser mantenerlos con plena capacidad e independencia en el seno familiar y la comunidad, pero, las muy diversas condiciones bio- psico-sociales de estos adultos mayores, obligan a ofrecer otras alternativas para

mejorar la calidad de atención desde el núcleo familiar. Se ha reiterado que los modelos de servicios deben tener como base la atención primaria, con pronunciado énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y discapacidades. Sin embargo, no hay que olvidar que cuando el organismo declina y las enfermedades crónicas se hacen presentes, no es fácil evitar sus secuelas; en estos casos hay que rehabilitar y restituir la salud, manteniendo la dignidad dentro de la discapacidad del anciano, cosa que tampoco es fácil; pero, es deber de todos dar una óptima calidad de vida a los envejecientes que se encuentran en estas condiciones.

Hay que considerar que los recursos familiares e institucionales para dar bienestar a esta población es insuficiente, por lo que es preciso incrementar los recursos de todas las instituciones destinadas a ofrecer bienestar a dicha población. Se ha señalado que la meta es mantener al adulto mayor activo en su propio hogar, hasta el final, por lo tanto esto demanda necesariamente la revisión y creación de nuevos servicios, para ayudar a la familia a enfrentar tal situación.

#### **4.2.3. Justificación**

Los ancianos que no pueden vivir con sus familiares y que no son autosuficientes por cualquiera que sea la limitación, a menudo terminan en hogares para ancianos. Si bien es cierto hay adultos mayores institucionalizados por rechazo familiar, hay muchos que están en estas

condiciones no por rechazo, sino porque se carece de servicios que ayuden a la familia a cuidar el envejeciente. A veces, el problema es tan grande para la familia, que después de haber agotado todos los recursos, no le queda otro remedio que llevarlos contra su voluntad a una institución permanente; de ahí que con más recursos podría evitarse en parte tal situación. Esta realidad obliga a considerar a los envejecientes que están en los hogares de ancianos, como también a la gran mayoría que vive con sus familias, quienes no siempre pueden dar la atención y el apoyo que éstos requieren. Hay muchas cosas por hacer para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en general, pero, en esta ocasión, se ofrecen alternativas para aquellos que por el deterioro de su salud dependen de sus familiares y del Estado.

Los resultados del estudio realizado con los adultos mayores dependientes, atendidos por el servicio domiciliario de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez, en el Distrito de Santiago, corroboran que las acciones de atención directa de la familia hacia el anciano han variado en cantidad y calidad, pero ella aún responde al cuidado de los mismos. La gran mayoría de las familias prefieren cuidar a sus envejecientes, y de seguro, ellos prefieren quedarse en la comunidad cerca de sus familiares. Además, se percibe la necesidad que siente el custodio de ayuda externa, puesto que una gran mayoría de ellos están solos en la atención del paciente. Por otro lado, Veraguas carece de un Servicio Integral de Atención Domiciliaria; a pesar de que a nivel local el Programa de Tercera Edad ofrece la atención domiciliaria a los pacientes

funcionalmente dependientes, este servicio se ve limitado y excluye a los familiares y custodios del paciente.

Por lo anteriormente expuesto se observa que en la Provincia se adolece de efectivas soluciones a la grave problemática del senescente encamado. Es necesario entonces, perfeccionar las instituciones existentes o crear nuevos servicios dirigido al paciente recluido en su domicilio, que permitan asistir al anciano y su familia, de tal forma que se pueda preservar la relación familiar. El problema presentado es el producto de una serie de necesidades y situaciones que se pueden agrupar como socio- familiares y de recursos institucionales; todas estas necesidades justifican por sí solas las alternativas para la atención del adulto mayor dependiente y su familia, que se detallan posteriormente.

#### **4.2.4 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA**

##### **4.2.4.1 Objetivos Generales**

- ↪ Promover la salud familiar bajo un nuevo modelo y estilo de atención del adulto mayor.
- ↪ Proponer servicios de salud que mejoren las condiciones de vida del adulto mayor dependiente, y permitan a la familia desempeñarse normalmente.

#### **4.2.4.2 Objetivos Específicos**

- ↪ Promover la creación de un Hospital de día para la atención del adulto mayor dependiente que requiere supervisión y atención especializada.
- ↪ Sugerir la creación de un Centro de Atención de corta estancia para colaborar con la familia en el cuidado del adulto mayor dependiente.
- ↪ Integrar los servicios de atención domiciliaria del Programa de Tercera Edad, con el fin de atender al paciente y su familia, para incrementar el bienestar general.
- ↪ Sensibilizar a los familiares, la sociedad y las autoridades competentes de la labor que conlleva la modernización de los servicios y su rol en el cambio.

#### **4.2.5. DEMANDA DE LOS SERVICIOS**

La población afectada está integrada por los adultos mayores dependientes y los custodios, con necesidad de servicios de atención al envejeciente. Para identificar la población carente se aplicó una encuesta al custodio, según el modelo de formulario que aparece en el anexo. A la pregunta: ¿De existir una Institución que ofrezca servicios de salud para la atención del adulto mayor dependiente, durante períodos cortos, estaría Usted interesado en utilizarlos?, un 60% respondió Sí.

Con esta referencia y asumiendo que es una muestra representativa de la población objeto de estudio, se puede estimar que la población afectada está integrada por el 60%. Con la información presentada se concluye que existe una demanda de estos servicios, por lo que el mercado para el proyecto existe. Si bien es cierto, la diversificación ofrece mejor atención y los servicios como tal se hacen más sólidos; se considera necesario realizar análisis de mercado para cada uno de los servicios propuestos,

Los servicios de salud relacionados al Hospital de Día o al Centro de Atención de Corta Estancia, podrán atender a cualquier adulto mayor de la provincia que requiera el servicio, independientemente del distrito en que viva. Este proyecto se puede realizar por fases, el cual se irá incrementando según la demanda y recursos.

#### **4.2.6. POLÍTICAS**

Dado que todo proyecto debe tener coherencia con los objetivos de la Política Pública, se ha analizado el “Plan de Desarrollo Económico, Social y Financiero”, emitido por el Gobierno de la Señora Presidenta Mireya Moscoso, para el quinquenio 1999-2004. Según este Plan los Objetivos son:

##### **Objetivos de la política económica:**

Promover el crecimiento económico y de empleo manteniendo disciplina fiscal.

Establecer un balance entre los objetivos de eficiencia, reducción de precios al consumidor y promoción de la producción agropecuaria e industrial.

Lograr una sustancial reducción de la pobreza y extrema pobreza.

Incorporar a los beneficios del desarrollo a las áreas y grupos marginados.

Preparar a todos los sectores económicos para el proceso de integración al ALCA, a partir del año 2005.

**Objetivos de la política social:**

Promover un desarrollo humano sostenible y -como parte del mismo- lograr una reducción sistemática y duradera de la pobreza, la integración de los grupos excluidos del desarrollo y una distribución más justa de la riqueza.

En el marco de las políticas sociales el principal objetivo de la **Política de Salud** es “ Universalizar el acceso de los Programas de Salud Integral y mejorar la calidad de los servicios de manera que se reduzcan brechas.” Esto apunta no sólo a mejorar la calidad de vida de la población como un fin, sino a elevar la capacidad de todos los panameños para aportar provechosamente a la producción de la riqueza nacional. Para mejorar el acceso, la calidad y la gestión de los servicios de salud, se impulsará de manera coordinada entre las instituciones públicas del sector salud y los municipios, un agresivo programa de construcción ampliación, reparación y equipamiento de infraestructuras de salud.

Otro aspecto relevante que considera la Política Social es la Familia y los grupos vulnerables, como es el caso de los adultos mayores en condiciones de pobreza. Se destaca el objetivo del Gobierno por “Devolverle a la familia su condición de núcleo fundamental de la sociedad panameña”, imprimiéndoles fundamentos de ética, moral y responsabilidad paternal y filial. En base a lo anterior, se observa que esta población ha sido considerada en las estrategias nacionales y se da cabida a todo tipo de inversión que mejore la calidad de vida del panameño.

#### **4.2.7. ADMINISTRACIÓN Y FINANCIAMIENTO**

Por ser la problemática del adulto mayor competencia de todos, la sociedad en general debe involucrarse en la búsqueda de alternativas, de ahí que se considere conveniente que el proyecto sea administrado por una Fundación, la cual estará regulada por la Ley N° 25 de 12 de junio de 1995. Por la responsabilidad social que esto implica, dicha Fundación podrá canalizar los fondos necesarios a través de Instituciones Multilaterales, quienes confían sus inversiones sociales a estas organizaciones por ser más ágiles. Por otro lado, la Fundación mantendrá estrecha relación con las instituciones gubernamentales y los organismos internacionales, de tal forma que se coordinen acciones conjuntas para contribuir a un mayor bienestar del envejeciente y su familia.

#### **4.2.8. ALTERNATIVAS DEL PROYECTO**

Con una visión crítica e interesada en colaborar en la problemática mencionada, se presenta una propuesta que tiene un enfoque bilateral, lo que permite ayudar tanto al paciente como a su familia. El proyecto consiste en la creación de servicios para la atención del adulto mayor dependiente, durante períodos cortos, facilitándole así a la familia desarrollar sus actividades diarias, alejada de tensiones y privaciones. También considera ciertos ajustes que requiere el Servicio de Atención Domiciliaria de la Caja de Seguro Social, para que este se ofrezca de manera integral al paciente y su familia. De este modo, la propuesta ofrece tres alternativas de servicios, los cuales tienen diferentes áreas de intervención.

##### **4.2.8.1 Creación De Un Hospital De Día Geriátrico:**

Al evaluar las alternativas posibles para mejorar la atención del adulto mayor dependiente, se ve la posibilidad de crear un Hospital de Día para este grupo etareo. A pesar de que este tipo de Hospital no existe en Panamá, su implementación es variable en nuestro medio, por el sector público o privado. En la Provincia de Veraguas, específicamente en el distrito cabecera, se presentan condiciones para ello y se observa interés en los diferentes sectores en mejorar la atención, por lo que cabe la posibilidad que hayan organizaciones interesadas en su implementación.

El Hospital de Día Geriátrico constituye una oferta relativamente nueva. Es una opción de atención diurna que se concibe como un medio más humano y a la vez más económico de atender pacientes que no estén gravemente enfermos, pero, que necesiten una atención más especializada y supervisión frecuente. Estos centros son considerados una extensión de las salas de hospitalización, permitiendo un egreso precoz de los pacientes; igualmente pueden ser vistos como una prolongación de los servicios médicos ofrecidos por la atención primaria de salud, con el fin de evitar una hospitalización a tiempo completo.

#### **4.2.8.1.1 Objetivos.**

##### **Objetivo General:**

Establecer el servicio de atención geriátrica mediante un Hospital de Día, en la Provincia de Veraguas.

##### **Objetivos Específicos:**

- Atender al adulto mayor que por razones médicas necesite ser supervisado diariamente, en ausencia de su familia
- Contribuir con la familia en el cuidado del adulto mayor dependiente

#### **4.2.8.1.2 Servicios.**

Entre los servicios que puede brindar el Hospital de Día, a corto,

Mediano y largo plazo están:

Tratamiento médico especializado

Terapia física y ocupacional

Recreación y salud mental

Servicio de Biblioteca especializada

Docencia e Investigación.

#### **4.2.8.2 Creación De Un Centro De Atención Diurna Y De Corta Estancia**

Los Centros de atención diurna, concebidos para ancianos con capacidad para valerse por sí mismos, garantizan un apoyo a la familia, ya que estas unidades asumen el cuidado de los ancianos durante ocho a diez horas diarias, facilitando su permanencia en la comunidad y en el seno del núcleo familiar, impidiendo molestias a los familiares con vínculo laboral o escolar activo; además, es un poderoso vehículo de estimulación y socialización para el anciano, se maneja con muy poco personal y es, en general, fácilmente costeable.

Este mismo Centro puede asumir, también, la modalidad de atender por períodos cortos, como por ejemplo fines de semana, tanto a los adultos mayores autovalentes, como aquellos con algún grado de dependencia. Sería de beneficio, pues ayudaría a la familia a hacer una vida más activa con la confianza de que su pariente estará bien cuidado durante su ausencia. De igual forma esta institución contribuirá a fortalecer la calidad de vida del adulto mayor, en armonía del grupo familiar.

#### **4.2.8.2.1 Objetivos.**

##### **Objetivo General:**

Mejorar la eficiencia en el cuidado y seguridad del adulto mayor para su bienestar personal y el de la familia que lo cuida

##### **Objetivos Específicos:**

Evitar la institucionalización permanente del adulto mayor, en aquellos casos que requieren apoyo externo durante períodos cortos.

Cuidar al adulto mayor que, por razones laborales o familiares, necesita ser atendido fuera del hogar.

Alcanzar niveles de calidad en el servicio prestado para que la atención del adulto mayor sea óptima

#### **4.2.8.2.2 Servicios.**

Este Centro puede ofrecer los siguientes servicios.

- Asistencia médica y social
- Hospedaje y Alimentación
- Recreación y salud mental
- Terapia física y ocupacional
- Arreglo personal
- Compañía

#### **4.2.8.2.3 Experiencia en proyectos similares**

A lo largo y ancho del País, aún no se ha experimentado en la Administración de Hospitales de Día Geriátricos, sin embargo la experiencia de otros países ha demostrado que este servicio constituye un apoyo fundamental para mejorar la problemática del adulto mayor dependiente y su familia, pues ofrece la oportunidad de que el paciente sea atendido por personal especializado quien a la vez supervisa su tratamiento médico diariamente.

Al igual que el servicio mencionado, están los Centros Diurnos y de Corta Estancia, cuya inexistencia en Panamá también es notoria, este modelo de atención permite cuidar al adulto mayor autovalente, como también al que tiene alguna limitación física, pero que pueda ser movilizado. Ambos contribuyen en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor y su familia, pues mantiene el vínculo familiar y comunitario, ya que retorna a su hogar al final de la jornada

#### **4.2.8.2.4 Recursos:**

A continuación se esboza un listado de recurso humano, mobiliario, equipo, insumos e infraestructura que se requieren en el proyecto

**Recurso humano:**

- 1 Geriatra
- 1 Médico General
- 1 Enfermera
- 2 Auxiliares de enfermería
- 1 Asistentes de clínica
- 4 Trabajadores Manuales
- 1 Recepcionista
- 1 Gerente Social

**Material y equipo:**

- 30 Camillas
- 2 Escritorios
- 2 Archivadores
- 3 mesas grandes con capacidad de 10 sillas cada una
- 40 sillas de comedor
- 2 juegos de sala
- 1 Televisor Gigante
- 1 Equipo de sonido.
- Insumos básicos
- Artículos farmacéuticos.
- Material didáctico.

**Infraestructura:**

Para ofrecer estos dos servicios: Hospital de Día Geriátrico y Centro de Atención Diurna y de Corta Estancia, no se tiene que hacer demasiada inversión, pues el Ministerio de Salud (MINSA) tiene infraestructura ociosa en el Distrito de Santiago que podría facilitar

**4.2.8.2.5 Costo-Beneficio:**

Si se considera el ahorro que se le puede hacer al Estado, al evitar que muchos adultos mayores sean hospitalizados por tiempos prolongados, vale la pena realizar esta inversión, con el consiguiente mejoramiento de la calidad de vida del envejeciente y su familia. El medio menos costoso para el cumplimiento de la propuesta es a través de la participación social de las empresas, con responsabilidad y sensibilidad social, en forma mutuamente benéfica, para ella misma y la sociedad. Para no incurrir en muchos gastos fijos, en un principio, ambos servicios pueden iniciar en las instalaciones ociosas que tenga a bien ofrecer el MINSA, previo convenio. Dentro de este escenario, se concluye que la propuesta es viable desde el punto de vista social

**4.2.8.3 SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL**

La atención domiciliaria al adulto mayor dependiente y su familia es parte importante de los servicios institucionales del sector salud. Este servicio ofrece un cuidado interdisciplinario básico y especializado de óptima calidad en su propio ambiente, de acuerdo a sus necesidades. Atiende al asegurado

dependiente imposibilitado para concurrir a la atención ambulatoria, por presentar incapacidad física o mental, de carácter transitorio o permanente, colaborando en su recuperación personal y fortaleciendo su independencia funcional, como también al familiar o custodio de este, de tal manera que la vida en familia sea más dinámica y saludable

#### **4.2.8.3.1 Objetivos.**

##### **Objetivo General:**

Presentar alternativas de gestión que permitan mejorar y extender el Servicio de Atención Domiciliaria Integral (SADI) en Veraguas.

##### **Objetivos Específicos:**

- Ofrecer los servicios de salud integral en el hogar del adulto mayor dependiente y su familia
- Brindar a estos pacientes un cuidado interdisciplinario satisfactorio en el ambiente familiar
- Disminuir la frecuencia de hospitalizaciones del adulto mayor dependiente, atendiéndole en su propio hogar
- Atender integralmente a la familia del paciente asistido, determinando sus principales problemas bio-psico-sociales.
- Orientar al enfermo y sus familiares en el cumplimiento de las recomendaciones médico-sociales

**Servicios:**

El SADI brindara los servicios de:

- Atención domiciliaria integral para el paciente y familiares o custodios.
- Cuidado interdisciplinario básico y especializado en el propio hogar.
- Servicio de medicamentos, insumos y equipos requeridos.
- Orientación continua y permanente al paciente y familiares o custodios.
- Organización de los familiares de los pacientes funcionalmente dependientes adscritos al SADI, en capítulos locales de la Asociación Nacional de Pacientes Encamados (ANAFAPE), promoviendo la autogestión.

**Experiencias En Proyectos Similares:**

Existe la experiencia en este tipo de servicio, solo en la provincia de Panamá, Chiriquí y Herrera. En la Provincia de Veraguas el servicio se ofrece parcialmente, ya que al momento de la visita solo se atiende al paciente, quedando sin atención la familia o el custodio de este; lo que de una u otra forma limita el cuidado del adulto mayor dependiente. Dado que el servicio se está ofreciendo de cierta manera en el área, se considera factible implementarlo en todo su contexto, pues se dispone del recurso necesario; solo habría que hacer ciertos **ajustes**, tales como:

- Incorporar el familiar o custodio del adulto mayor dependiente, al Servicio de Atención Domiciliaria.

- Se requiere que el personal asignado al servicio de atención domiciliar, tenga estabilidad en tiempo y función; como también dependan de una Dirección única local y nacional.
- Extender la cobertura de atención mediante el Equipo Básico de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS).
- Trabajar de manera sectorizada, de tal forma que los Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) y los Centros de salud participen en la atención.
- Asignar de manera permanente un transporte para uso exclusivo del Equipo que atiende el SADI.
- Incrementar los materiales, equipos e insumos para el buen funcionamiento del Programa.

**Recursos Necesarios:**

**a) Recurso Básico:**

Requiere un (a) enfermero (a), un auxiliar de enfermería o asistente de clínica, con horas asignadas diariamente, de acuerdo a la demanda específica de atención del área, exclusivamente para el SADI. Además integra este equipo el conductor.

**b) Equipo Interdisciplinario:**

Lo constituye un médico de atención primaria, un (a) enfermero (a) y un (a) Trabajador (a) Social, con el apoyo de un fisioterapeuta, un farmacéutico, nutricionista, laboratorista y un auxiliar de enfermería o asistente de clínica.

**c) Equipo Especializado:**

Lo integran médicos especialistas en Geriatría, Medicina Familiar, Medicina Interna, Fisiatría y otras especialidades como Salud Mental, Epidemiología, Odontología, entre otros

**Materiales, Equipos e Insumos:****a) Transporte:**

Cada Unidad Ejecutora deberá contar con un transporte adecuado a la visita, con tiempo estipulado de acuerdo a la demanda que debe cubrir

**b) Equipos:**

Incluye el equipo necesario para tratamiento ambulatorio, tales como equipos de succión, nebulizadores, etc, que puedan facilitarse mediante préstamo temporal.

**c) Insumos:**

Los pacientes incluidos en la atención domiciliar, recibirán en el suministro regular de los insumos necesarios, tales como pañales desechables, sondas, materiales de curación, bolsas de colostomía, etc. Todos los insumos deben ser obtenidos por partida presupuestaria de cada Unidad Ejecutora.

**d) Fármacos:**

Los pacientes tendrán acceso a tratamientos farmacológicos de acuerdo a procedimientos establecidos. Además, serán inmunizados con las vacunas específicas que se requieren para su protección o recuperación

**d) Soporte Nutricional:**

Los pacientes con las debidas indicaciones recibirán ayuda nutricional.

**4.2.8.3.5 Costo-Beneficio**

Ampliar el servicio de atención domiciliaria no traerá mayores costos, porque las tareas propias serán responsabilidad del mismo equipo que actualmente las realiza, para aprovechar la vasta experiencia que los funcionarios han adquirido a través de los años; sólo que este será exclusivo para tal programa. Dicha exclusividad requiere que las actividades promocionales actuales del Programa de Tercera Edad, sean delegadas a otro Equipo Técnico de la Institución, quienes atenderán todo lo concerniente al adulto mayor sano. En este sentido el beneficio será superior, puesto que se previenen y disminuyen las hospitalizaciones y se ayuda a la familia a enfrentar desde el hogar la atención del paciente crónico.

## **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

Del análisis e interpretación de los datos se extraen las siguientes conclusiones:

- El 50% de los adultos mayores en estudio tienen edades que oscilan entre 80 y 89 años.
- El estado civil de la muestra refleja un 46% de viudos. En el mismo orden, el sexo masculino está mayormente representado por casados, a diferencia de las damas donde predominan las viudas.
- En cuanto al nivel educativo de los adultos mayores dependientes, este es relativamente bajo, pues fluctúa entre primaria completa y ningún tipo de instrucción formal, con un 52 y 28% respectivamente.
- Es notable la dependencia económica del adulto mayor investigado, pues la mayoría de ellos (54%) son beneficiarios; además, el 46% restante reciben pensiones insuficientes para sus necesidades básicas.
- El adulto mayor dependiente en su gran mayoría tiene un promedio de cuatro a ocho hijos. De igual forma, más de la mitad viven con sus hijos y son atendidos por ellos.
- El 74% de los familiares participan en la atención del adulto mayor dependiente; contrariamente a esto, el 26% de los pacientes en estudio no reciben el mismo tratamiento familiar. Estos últimos están al cuidado de una sola persona, en quien recae toda la responsabilidad.

- A pesar de que la mayoría de sus pacientes viven con sus familias, no todas las familias pueden dar la atención y apoyo que estos requieren.
- De los hijos o familiares que participan en el cuidado del adulto mayor dependiente, sólo el 18% está comprometido y se involucra activamente en la atención, pues un alto porcentaje lo hacen esporádicamente.
- El bajo nivel de participación familiar en la atención del adulto mayor, recarga la función del custodio, y repercute en el estado emocional y físico del paciente.
- Por el hecho de que una minoría de familiares participan activamente en la atención del paciente, estos (88%) son atendidos en el ambiente familiar del custodio.
- El 88% de los custodios requieren ayuda en la atención del adulto mayor dependiente; enfatizando la necesidad de mayor intervención de los hijos en la atención de los padres, siendo este uno de los factores que más incide en la calidad de vida de la población en estudio.
- El adulto mayor dependiente recibe atención domiciliaria del Programa de Tercera Edad de la Caja de Seguro Social, según su condición de gravedad y exclusivamente para él, quedando fuera del servicio el custodio que lo atiende.
- Las enfermedades más frecuentes como causa de atención médica de estos pacientes son Enfermedad Cerebro Vascular, Hipertensión Arterial, Alzheimer, Fractura de Cadera, Parkinson, Diabetes y Artritis Reumatoidea.

- El 60% de los pacientes en estudio tienen más de tres años de estar enfermos, lo que en ocasiones agobia física y emocionalmente tanto al paciente como al custodio, hecho que confirma la necesidad que tiene la familia de ayuda externa.
- La ayuda externa que requiere el custodio consiste en: mayor apoyo del resto de la familia para cuidar el paciente, atención integral del paciente y su familia en las visitas domiciliarias, mayor cantidad de insumos, un servicio de atención de corta estancia que permita al custodio atender al paciente en su ambiente familiar.
- El status del adulto mayor en nuestra sociedad no es óptimo, y la situación de ellos se agudiza al padecer una enfermedad prolongada que limite su capacidad funcional y les obligue a permanecer en cama. Esto a la vez impacta a la familia, quien demanda ayuda.
- Se requiere participación activa de las fuerzas vivas de la comunidad, que contribuyan al cuidado del adulto mayor dependiente
- Hasta el presente los esfuerzos institucionales más destacados para ayudar al adulto mayor dependiente a nivel local, han partido de la Caja de Seguro Social, no obstante, en la Provincia de Veraguas se adolece de efectivas soluciones para enfrentar la grave problemática de esta población.

## **RECOMENDACIONES**

## RECOMENDACIONES

- Mantener el adulto mayor en el seno de su propia familia y la comunidad, procurando una cultura de vida más digna y más humana.
- Evitar la institucionalización del envejeciente mediante el fortalecimiento de los lazos familiares y sociales, con la participación activa de los mismos senescentes, sus familias, los voluntarios y las fuerzas vivas de la comunidad.
- Apoyar a la familia en la atención integral de las necesidades del adulto mayor dependiente, propiciando una mayor participación familiar en el cuidado de estos.
- Revisar los servicios existentes e implementar nuevos servicios dirigidos al adulto mayor dependiente, de tal forma que se pueda ofrecer una atención de calidad, preservando la relación familiar.
- Consolidar todas las Organizaciones (voluntariados, ANAFAPE, ONG), para agilizar el acceso a donaciones de Instituciones Multilaterales que incrementen el bienestar del adulto mayor dependiente.
- Promocionar e implementar los servicios comunitarios para la atención de las necesidades sociales de los senescentes. Estos pueden ayudar a que no se de la separación entre anciano y familia, mediante una ayuda organizada, que puede provenir de cualquier persona, incluyendo a los adultos mayores.

- Revisar el marco legal para permitir el desarrollo de nuevas políticas y programas dirigidos al adulto mayor en general y al anciano funcionalmente dependiente en particular.
- Ejecutar el servicio de atención domiciliaria de los pacientes funcionalmente dependientes, en el MINSA, para garantizar la eficacia y continuidad de ese servicio a nivel local y nacional.
- Implementar el SADI en la Caja de Seguro Social de Veraguas, con recurso humano y material asignado de manera exclusiva para tal fin. Dicho personal en cada Unidad Ejecutora debe tener estabilidad en tiempo asignado y función, al igual que depender de una dirección única local y nacional.
- Considerar una partida presupuestaria en el presupuesto anual para que estos programas cumplan su cometido.
- Promover la formación de valores éticos donde se enaltezca el amor, la solidaridad y el respeto a las personas mayores, para que ellos puedan disfrutar mejor calidad de vida.
- Abordar en forma holística la problemática del adulto mayor dependiente, para que la atención del anciano sea efectiva y de calidad, llena de alegrías, esperanzas e ilusiones; por lo que la comunidad en general debe sentirse aludida en la búsqueda de soluciones.

➤ Finalmente se recomienda llevar a cabo la propuesta diseñada en el trabajo, para facilitar a la familia el cuidado del adulto mayor dependiente y propiciar el bienestar familiar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

**BIBLIOGRAFÍA**

ÁLVAREZ, W. 1998. Derechos y Deberes de la Tercera Edad. Colección Derechos Humanos, Colombia.

BADENHAUSER J.C Y OTROS. 1998. Opción preferencial por los Enfermos.. Editora Salvator, Madrid.

BERMAN, S. 1990. Atención Social y de Salud de los Ancianos en Israel. Taller para análisis de algunas experiencias de atención de los ancianos de América Latina. Argentina.

BRUSCO, A. 1999. Humanización de la Asistencia al Enfermo. Editorial Sal terrae, España.

CAMARGO, A. 1997. Vivir Feliz 100 años. Ediciones Paulinas, Brasil.

CASIDY, S. 1998. Compartir las tinieblas. Espiritualidad de la atención al Enfermo. Editorial Sal terrae, España.

CAJA DE SEGURO SOCIAL. 1996. Guía del Familiar del Paciente Encamado. Panamá.

CAJA DE SEGURO SOCIAL. 1996. Programa de Pensionados, Jubilados y de la Tercera Edad. Panamá.

CÓDIGO DE LA FAMILIA Y DEL MENOR. 2000. Undécima Edición, Editorial Mizrachi & Pujol, S.A , Panamá.

CONSEJO EPISCOPAL LATINOAMERICANO. 1999. *Adultos Mayores en América Latina y el Caribe*. Nuevas Ediciones, Bogotá.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ DE 1972. Segunda Edición, Editora Interamericana S.A, Panamá: 1995 .

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA Y CENSO. Junio 2001. *Censos Nacionales de Población y Vivienda, Resultados Finales Básicos, Volumen II*, República de Panamá.

CHÁVEZ ZALDUMBIDE, Á.P. 1994. *Metodología para la Evaluación de Impacto de Proyectos Sociales*, Universidad Central de Venezuela. Caracas.

DEVESA, C. Y BUENDÍA, C. 1991. *Proyecto para la sección de Geriatria y Gerontología*. Hospital Universitario San Juan de Dios, Colombia.

ECHEVERRI, L. 1994. *Familia y Vejez*. Editores Multiletras, Bogotá.

GACETA OFICIAL, Órgano del Estado. Panamá, República de Panamá, 24 de noviembre de 1997. N° 23,424. Ley N° 42 del 19 de noviembre de 1997.

GRACIA , E. 1998. *El Apoyo Social en la Intervención Comunitaria*. Editorial Piados, Buenos Aires.

JIMÉNEZ, A. 2001. *Viva Feliz la segunda mitad de su vida*. Colecciones Experiencias, Bogotá.

LÓPEZ, E. 1999. *Envejecer: Destino y Misión*. San Pablo, Madrid.

MINISTERIO DE SALUD.1998. Normas Integradas de Atención de Salud, de la Gente y el ambiente. Panamá.

NAVARRO, J.C. 1993. Toma de Decisiones Gerenciales: El diseño y la evaluación de programas. Ediciones IESA, Caracas.

PHILLIPS, S Y GRIFFITHS, A. 1998. Guía para un Envejecimiento Satisfactorio. Zandoz, Gran Bretaña.

ROCAMORA, A. 2000. Un Enfermo en la Familia. Ediciones San Pablo, Madrid.

SÁNCHEZ, C. 1999. Gerontología Social. Editorial Espacio, Puerto Rico.

SHUMAN, R. 1999. Vivir con una Enfermedad Crónica. Editorial Piados, Buenos Aires.

**ANEXOS**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO**  
**MAESTRÍA EN GERENCIA DEL BIENESTAR SOCIAL**  
**CUESTIONARIO**

Este cuestionario será utilizado en el trabajo de graduación de Maestría en Gerencia del Bienestar Social y tiene el objetivo de analizar la calidad de atención familiar que recibe el adulto mayor dependiente, en el distrito de Santiago. La información que usted ofrezca es relevante, por lo que se le agradece contestar objetivamente.

**INDICACIONES:** Lea detenidamente cada pregunta, luego marque con una "X" en el espacio que considere da respuesta a la interrogante formulada. Cuando la pregunta lo requiera responda brevemente en el espacio correspondiente.

**1. GENERALIDADES DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE:**

1.1 Edad \_\_\_\_\_ 1.2 Sexo: M  F  1.3 Estado Civil: Soltero  Casado   
 Viudo  Divorciado

1.4. Nivel Educativo \_\_\_\_\_

1.5 Status del paciente:

Pensionado o jubilado:  Beneficiario:  No asegurado:

1.6 Dirección: \_\_\_\_\_

**2. ASPECTOS FAMILIARES:**

2.1 Número de hijos vivos del paciente \_\_\_\_\_

## 2.2 Con quién vive el paciente

Cónyuge  hijos  hermano  Sobrino  solo

Otro  Especifique \_\_\_\_\_

## 2.3 Persona que cuida al paciente

Cónyuge  hijos  hermano  Sobrino

Otro  Especifique \_\_\_\_\_

## 2.4 Participan los demás hijos y/o familiares en la atención del paciente?

Sí  No  Por qué? \_\_\_\_\_

## 2.5 Frecuencia con que participan los demás familiares en la atención del paciente

Diariamente  Fines de semana  Quincenalmente

Mensualmente  Esporádicamente

## 2.6 Lugar en donde atienden al paciente

Rotan al paciente de casa en casa  Atienden al paciente en el mismo lugar

2.7 Requiere usted ayuda para la atención del paciente que cuida? Sí  No

De que tipo? (especifique) \_\_\_\_\_

2.8 De los siguientes factores, cuál considera Usted que afecta más al adulto mayor, que cuida?

- Economía familiar
- Comunicación y buenas relaciones familiares
- Participación familiar en la atención del paciente
- Motivación y medio ambiente
- Salud integral de la familia
- Ayuda externa

### 3. SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA:

3.1 Que tiempo tiene de estar enfermo, el adulto mayor que usted cuida?

Menos de 1 año  1 año  2 años  3 años ó más

3.2 Desde cuando recibe el servicio de atención domiciliaria?

Menos de 1 año  1 año  2 años  3 años ó más

3.3 ¿Le gustaría que el servicio de visita domiciliaria atendiera integralmente, además del paciente, a todos los miembros del hogar?

Sí  No  Porqué \_\_\_\_\_

### 4. NECESIDAD DE AYUDA EXTERNA

4.1 De existir una institución que ofrezca servicios para la atención del adulto mayor por períodos cortos (diariamente o fines de semana) estaría Usted interesado en utilizarlos?

Sí  No  Porqué: \_\_\_\_\_

Tabla 1. **POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN GRUPO DE EDAD, POR ÁREA, EN LA PROVINCIA DE VERAGUAS, REPÚBLICA DE PANAMÁ, CENSO 2002.**

<b>Edad – Grupo Quinquenal</b>	<b>Total</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>
Veraguas	209,076	59,484	149,592
Total	21,931	4,999	16,932
60-64	6,958	1,469	5,489
65-69	5,372	1,169	4.203
70-74	3,862	873	2,989
75-79	2,716	656	2,060
80-84	1,771	457	1,314
85-89	836	247	589
90-94	287	88	199
95 y más	129	40	89

Fuente: Estadística y Censo, año 2002.

Tabla 2 **POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN GRUPO DE EDAD, POR ÁREA, EN EL DISTRITO DE SANTIAGO, PROVINCIA DE VERRUGAS, CENSO 2000.**

<b>Edad – Grupo Quinquenal</b>	<b>Total</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>
Santiago	74,679	42,979	31,700
Total	6,658	3,178	3,480
60-64	2,031	944	1,087
65-69	1,514	728	786
70-74	1,173	585	588
75-79	901	414	487
80-84	581	284	297
85-89	309	153	156
90-94	101	48	53
95 y más	48	22	26

Fuente: Estadística y Censo, año 2002.