

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

TESIS:

**NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE APOYO FAMILIAR DE LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, DISTRITO DE COLÓN, PROVINCIA DE
COLÓN.**

ILKA BARSALLO

**TRABAJO COMO REQUISITO FINAL PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO
EN POLÍTICAS, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2021

57

Este trabajo ha sido aprobado por la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado en el cumplimiento de los requisitos exigidos para otorgar el Título de Maestro en Políticas, Promoción e Intervención Familiar.

Dra.

Presidenta del Jurado

Miembro del Jurado

26 ABR 2022

Miembro del Jurado

Fecha

Abregio Aulón

DEDICATORIA

En primera instancia, deseo dedicarlo a Dios todopoderoso, quien me brindó las fuerzas y la iluminación necesaria para culminar con éxito esta investigación y alcanzar esta meta, a pesar de todas las dificultades.

A mis hijos, quienes fueron un gran apoyo emocional durante todo el tiempo en que escribía esta tesis.

A mi esposo, quien me animó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir y demás familiares, quienes me apoyaron siempre estaré agradecida. Gracias. Es lindo saber que cuento con tanta gente que me estima y me quiere....

ILKA BARSALLO

AGRADECIMIENTO

La elaboración de esta tesis, no fue fácil para mí, debido a que tuve que recorrer un camino lleno de momentos buenos y malos, pero que al final disfruté por la adquisición de nuevos conocimientos.

Muestro mis más sinceros agradecimiento a Dios por brindarme la oportunidad de culminar satisfactoriamente mis estudios; a mi madre Carmen Ceballos (q.e.p.d.), por ser una motivación en mi vida; a mi esposo Inocencio Marín, por darme todo su amor y respaldo en el transcurso de la carrera; a mis hijos Jorleny Marín e Inocencio Marín, por su apoyo, motivación e inspiración en este proyecto y, en especial, a la Profesora Carmen Lassen L. por ser una guía y buena consejera desde el inicio hasta el final de mi carrera.

ILKA BARSALLO

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	V
RESUMEN	XVIII
ABSTRACT	XIX
INTRODUCCIÓN	XX

CAPÍTULO I

I.	ASPECTOS METODOLÓGICO.	2				
	1.1	Antecedentes del problema.	2			
		1.1.1	De los adultos mayores con enfermedades crónicas.	2		
			1.1.1.1	Determinantes sociales en enfermedades crónicas.	3	
			1.1.1.2	Factores de riesgo en el tiempo.	4	
				1.1.1.2.1	Alcohol.	5
				1.2.2	Tabaquismo.	6
				1.1.1.2.3	Actividad física.	8
				1.1.1.2.4	Hábitos alimenticios.	9
				1.1.1.2.5	Obesidad	10
				1.1.1.3	La vejez en cifra	11
				1.1.2	Del Centro de Salud.	14
	1.2	Planteamiento del problema.	15			
	1.3	Justificación.	19			
	1.4	Objetivos del estudio.	20			
		1.4.1	Objetivo General.	20		
		1.4.2	Objetivos Específicos.	20		
	1.5	Planteamiento de la hipótesis.	21			
	1.6	Cobertura.	21			

	1.7	Metodología.	23
	1.7.1	Descripción del escenario de la investigación.	23
	1.7.2	Diseño de la investigación.	24
	1.7.3	Selección de la población.	24
	1.7.4	Recolección, procesamiento y presentación de datos.	26

CAPÍTULO II

II.	GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.		29
	2.1	Generalidades de los adultos mayores.	29
	2.2	Rol de la familia del adulto mayor con enfermedades crónicas.	39
	2.3	Principales enfermedades crónicas que afectan la salud de los adultos mayores.	41
	2.3.1	Artritis y artrosis	42
	2.3.2	Diabetes	42
	2.3.3	Desnutrición	43
	2.3.3.1	Calórica	44
	2.3.3.2	Proteica	45
	2.3.3.3	Mixta	45
	2.3.4	Gripe	45
	2.3.4.1	Insuficiencia respiratoria	45
	2.3.4.2	Rinosinusitis	46
	2.3.4.3	Bronquitis	46
	2.3.4.4	Neumonía	47
	2.3.5	Alzheimer o demencia senil	47
	2.3.6	Parkinson	48
	2.3.7	Problemas de visuales y de audición	48
	2.3.7.1	Problemas de visión	49
	2.3.7.1.1	Presbicia.	49

			2.3.7.1.2	Catarata	49
			2.3.7.1.3	Glaucoma	49
		2.3.8	Problemas auditivos		50
		2.3.9	Hipertensión arterial		51
		2.3.10	Hipertrofia de próstata.		52
		2.3.11	Osteoporosis		54
		2.3.12	Fracturas		55
			2.3.12.1	Vertebral	55
			2.3.12.2	Cadera	56
			2.3.12.3	Antebrazo distal	57
		2.3.13	Accidente Cerebrovascular		57
		2.3.14	Infarto		59
	2.4	Envejecimiento de la población en Panamá.			60
		2.4.1	Enfermedades crónicas de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar.		76

CAPÍTULO III

III.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.			78
	3.1	Características generales de la población adulta mayor.		79
		3.1.1	Género de la población adulta mayor atendidas en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	79
		3.1.2	Edades de los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	81
		3.1.3	Los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, tienen acceso a los servicios de salud, Año 2018.	83
		3.1.4	Estado civil de los adultos mayores que son atendidos	

		en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	85
	3.2	Composición Familiar	87
	3.2.1	Cantidad de personas que conforman el núcleo familiar de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	87
	3.2.2	Edades que poseen los demás integrantes de la familia de los adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	89
	3.2.3	En el hogar de los adultos mayores se toman decisiones para cosas importantes de la familia, Año 2018.	91
	3.2.4	En la casa de los adultos mayores predomina la armonía, Año 2018.	93
	3.2.5	En casa de los adultos mayores la familia de cada uno cumple con sus responsabilidades, Año 2018.	95
	3.2.6	En casa de los adultos mayores las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana, Año 2018.	97
	3.2.7	En el hogar de los adultos mayores nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa, Año 2018.	99
	3.2.8	En casa de los adultos mayores se puede aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos, Año 2018.	101
	3.2.9	En casa de los adultos mayores tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes, Año 2018.	103
	3.2.10	En casa de los adultos mayores cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan, Año	

		2018.	105
	3.2.11	En casa de los adultos mayores se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado, Año 2018.	107
	3.2.12	En casa de los adultos mayores las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones, Año 2018.	109
	3.2.13	En casa de los adultos mayores, podemos conversar diversos temas sin temor, Año 2018.	111
	3.2.14	En casa de los adultos mayores ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas, Año 2018.	113
	3.2.15	En casa de los adultos mayores los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar, Año 2018.	115
	3.2.16	En casa de los adultos mayores, nos demostramos el cariño que nos tenemos, Año 2018.	117
	3.3	Escolaridad	119
	3.3.1	Nivel de estudio alcanzado por los adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	119
	3.3.2	Nivel de escolaridad de los hijos de los adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	121
	3.4	Vivienda	123
	3.4.1	Condición de la tenencia de la vivienda.	123
	3.4.2	Tipo de materiales utilizados en la construcción de la vivienda.	125
	3.4.3	Método que emplea para el saneamiento de la vivienda.	127

	3.4.4	Distribución del agua potable en las viviendas de los adultos mayores.	129
	3.4.5	Tipo de alumbrados de las viviendas de los adultos mayores.	131
	3.5	Salud	133
	3.5.1	Principales enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores.	133
	3.6	Necesidades urgentes de los adultos mayores.	135
	3.6.1	Tipo de necesidades, según su prioridad.	135
	3.7	Aspectos económicos y de empleo.	137
	3.7.1	Tipo de empleo de los familiares de los adultos mayores.	137
	3.7.2	Ingreso promedio semanal de los adultos mayores.	139
	3.7.3	Oficios desempeñados por los adultos mayores durante su edad productiva.	141
	3.7.4	Procedencia de los ingresos de los adultos mayores.	143
	3.8	Análisis de las preguntas elaboradas en los grupos focales.	145
	3.8.1	¿Cuál es la condición de salud de los adultos mayores con enfermedad crónica?	145
	3.8.2	¿Cuáles son las necesidades que ustedes requieren de su familia?	146
	3.8.3	¿Cuál es la dinámica familiar de sus familiares?	147
	3.8.4	¿Qué espera usted de su familia?	148

CAPÍTULO IV

IV.	CAPACITACIÓN PARA LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRONICAS.		150
	4.1	Propuesta piloto de formación a los familiares de los adultos	

		mayores con enfermedades crónicas.	150	
	4.1.1	Introducción	150	
	4.1.2	Universo	150	
	4.1.3	Propósito	153	
	4.1.4	Objetivos.	153	
		4.1.4.1	Objetivo General	153
		4.1.4.2	Objetivos Específicos	154
	4.1.5	Premisas Generales	154	
	4.1.6	Actividades	154	

CONCLUSIONES	XXI
RECOMENDACIONES	XXIV
BIBLIOGRAFÍA	XXVIII
ANEXOS	XXXIII

ÍNDICE DE CUADROS

N°.	DESCRIPCIÓN	Pág.
1	Género de la población adulta mayor atendidas en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	79
2	Edades de los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	81
3	Los Adultos Mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, tienen acceso a los servicios de salud, Año 2018.	83
4	Estado civil de los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	85
5.	Cantidad de personas que conforman el núcleo familiar de los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	87
6	Edades que poseen los demás integrantes de la familia de los adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	89
7	En el hogar de los adultos mayores se toman decisiones para cosas importantes de la familia, Año 2018.	91
8	En la casa de los adultos mayores predomina la armonía, Año 2018.	93
9	En casa de los adultos mayores, la familia de cada uno cumple con sus responsabilidades, Año 2018.	95
10	En casa de los adultos mayores, las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana, Año 2018.	97
11	En el hogar de los adultos mayores nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa, Año 2018.	99
12	En casa de los adultos mayores, se puede aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos, Año 2018.	101

13	En casa de los adultos mayores, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes, Año 2018.	103
14	En casa de los adultos mayores, cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan, Año 2018.	105
15	En casa de los adultos mayores, se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado, Año 2018.	107
16	En casa de los adultos mayores, las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones, Año 2018.	109
17	En casa de los Adultos Mayores, podemos conversar diversos temas sin temor, Año 2018.	111
18	En casa de los adultos mayores, ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas, Año 2018.	113
19	En casa de los adultos mayores, los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar, Año 2018.	115
20	En casa de los Adultos Mayores, nos demostramos el cariño que nos tenemos, Año 2018.	117
21	Nivel de estudio alcanzado por los adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	119
22	Nivel de escolaridad de los hijos de los adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	121
23	Condición de la tenencia de la vivienda de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	123
24	Tipo de materiales utilizados en la construcción de la vivienda de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	125
25	Método que utilizan en el saneamiento de su vivienda, los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en	

	la provincia de Colón, Año 2018.	127
26	Distribución del agua potable en las viviendas de los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	129
27	Tipo de alumbrado que utilizan las viviendas de los Adultos Mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	131
28	Enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	133
29	Tipo de necesidades de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	135
30	Tipo de empleo de los familiares de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	137
31	Ingreso promedio semanal de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	139
32	Oficios desempeñados por los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, durante su edad productiva, Año 2018.	141
33	Procedencia de los ingresos de los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	143

ÍNDICE DE GRÁFICAS

N°	DESCRIPCIÓN	Pág.
1	Género de la población adulta mayor atendidas en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	80
2	Edades de los Adultos Mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colon, Año 2018.	82
3	Los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, tienen acceso a los servicios de salud, Año 2018.	84
4	Estado civil de los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	86
5.	Cantidad de personas que conforman el núcleo familiar de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	88
6	Edades que poseen los demás integrantes de la familia de los adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	90
7	En el hogar de los Adultos Mayores se toman decisiones para cosas importantes de la familia, Año 2018.	92
8	En la casa de los adultos mayores predomina la armonía, Año 2018.	94
9	En casa de los adultos mayores, la familia de cada uno cumple con sus responsabilidades, Año 2018.	96
10	En casa de los adultos mayores, las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana, Año 2018.	98
11	En el hogar de los adultos mayores nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa, Año 2018.	100
12	En casa de los adultos mayores, se puede aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos, Año 2018.	102

13	En casa de los adultos mayores, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes, Año 2018.	104
14	En casa de los adultos mayores, cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan, Año 2018.	106
15	En casa de los Adultos Mayores, se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado, Año 2018.	108
16	En casa de los adultos mayores, las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones, Año 2018.	110
17	En casa de los Adultos Mayores, podemos conversar diversos temas sin temor, Año 2018.	112
18	En casa de los adultos mayores, ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas, Año 2018.	114
19	En casa de los Adultos Mayores, los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar, Año 2018.	116
20	En casa de los adultos mayores, nos demostramos el cariño que nos tenemos, Año 2018.	118
21	Nivel de estudio alcanzado por los adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	120
22	Nivel de escolaridad de los hijos de los Adultos Mayores, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	122
23	Condición de la tenencia de la vivienda de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	124
24	Tipo de materiales utilizados en la construcción de la vivienda de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	126
25	Método que utilizan en el saneamiento de su vivienda, los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en	

	la provincia de Colón, Año 2018.	128
26	Distribución del agua potable en las viviendas de los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	130
27	Tipo de alumbrado que utilizan las viviendas de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	132
28	Enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	134
29	Tipo de necesidades de los adultos mayores que se atienden en el centro de salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	136
30	Tipo de empleo de los familiares de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	138
31	Ingreso promedio semanal de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	140
32	Oficios desempeñados por los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, durante su edad productiva, Año 2018.	142
33	Procedencia de los ingresos de los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, Año 2018.	144

RESUMEN

Hoy en día las personas de la tercera edad están conscientes que para mantener una vida saludable en sus hábitos diarios; deben realizar actividad física, una buena alimentación y un control médico periódico. Es por ello, que mediante este proyecto hemos elaborado un cronograma de actividades en donde las personas de la tercera edad, no solo se ejercitaron, sino que también sociabilizaron. La acogida y su buen entusiasmo nos permitió desarrollar actividades físicas con el debido control en su ejecución para evitar lesiones o molestias, pudimos aplicar el control de su pulso y su importancia para que ellos conozcan las limitaciones en su organismo y la relajación que lo hicimos después de sus sesiones de la actividad nos permitieron notar que sus sentimientos en la mayoría de los casos estaban quebrantados y es por eso que nos permitimos trabajarles la alegría, el amor, la motivación, la valoración, la fe y sobre todo lo importantes que son para la sociedad, en el hogar, en la familia; ya que sus años son verdaderos tesoros de experiencias y enseñanzas. Envejecer significa adaptarse a cambios en la estructura y funcionamiento del cuerpo humano por un lado y cambios en el ambiente social por el otro. Entonces, para lograr una vejez exitosa se debe mantener una participación activa en roles sociales y comunitarios.

Palabras claves: necesidades, expectativas, apoyo familiar, adultos mayores, enfermedades crónicas, centro de salud, distrito de Colón, provincia de Colón.

ABSTRACT

Today, seniors are aware that to maintain a healthy life, in their daily habits they must perform physical activity, good nutrition and regular medical check-up. That is why through this project we have developed a schedule of activities where senior citizens not only exercised but also socialized. The welcome and his good enthusiasm allowed us to develop physical activities with due control in his execution to avoid injuries or discomfort, we were able to apply the control of his pulse and its importance so that they know the limitations in his organism and the relaxation that we did after from their activity sessions they allowed us to notice that their feelings in most cases were broken and that is why we allowed them to work on their joy, love, motivation, appreciation, faith and, above all, how important they are in society, at home, in the family since their years are true treasures of experiences and teachings. Aging means adapting to changes in the structure and functioning of the human body on the one hand and changes in the social environment on the other. Then, in order to achieve a successful old age, an active participation in social and community roles must be maintained.

Keywords: needs, expectations, family support, older adults, chronic diseases, health center, district of Colón, Province of Colón.

INTRODUCCIÓN

La tercera edad o senectud, hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el humano puede vivir, en esta etapa del ciclo vital, se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social, a pesar que esta fase tiene un punto final claro (la muerte), la edad de inicio no se encuentra establecida específicamente, puesto que no todos los individuos envejecen de la misma forma, no obstante, debido que la edad biológica es un indicador del estado real del cuerpo, a nivel internacional, se considera que se trata de un grupo de la población que tiene 65 años de edad o más, aunque, en nuestro país, la Ley 14 de 2003, establece que la tercera edad inicia en el caso de las damas a los 55 años y los caballeros a partir de los 60 años.

El cuidado en esta etapa de la vida, es la satisfacción de las necesidades y requisitos especiales que son exclusivos de la tercera edad, este amplio término abarca servicios tales como la vida asistida, cuidado de adultos, cuidados de larga duración, residencias de ancianos, cuidado en hospicios y atención en el hogar, debido a la amplia variedad de cuidado de los ancianos que existe en todo el mundo, así como a la diferenciación de las perspectivas culturales sobre los ciudadanos de edad avanzada, no puede limitarse a una sola práctica.

Cuando descubrimos que se tiene personas de la tercera edad, se hace hincapié en las necesidades sociales y personales de las personas mayores que necesitan un poco de ayuda con las actividades diarias y en el cuidado de la salud, pero que desean envejecer con dignidad.

La población adulta mayor en Panamá supera los 350 mil y se espera que para el 2025 supere los 600 mil, la población mundial envejece y Panamá no escapa de esta realidad. Según el Censo de Población de 2010, casi el 10% de la población panameña pertenece al grupo de la tercera edad. Es decir, 335 mil 915 personas.

Esta cifra se va a elevar, pues un estudio del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), reveló que se espera que el porcentaje de la población adulta mayor de 60 años pasará a un millón 351 mil 367.

Este incremento indica que habrá más adultos mayores que menores de 15 años, pues serán 129.3 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años.

Pero hay conciencia por parte de la población de que una persona de avanzada edad no es una carga, sino es un ser querido o un vecino.

La mayoría de estos enfermos hospitalizados son encamados y muchos padecen de hipertensión arterial, diabetes, demencia senil, enfermedad cerebrovascular, problemas renales y úlceras avanzadas, que ponen en riesgo sus vidas; lo que hace necesaria la atención hospitalaria.

Aunque esto no es todo, el hospital Santo Tomás (HST) en reiteradas ocasiones ha informado que es frecuente durante los carnavales, Semana Santa, Navidad y Año Nuevo personas de la tercera que son llevadas al hospital para recibir una supuesta atención médica, pero estos no están enfermos, sino que los dejan abandonados, mientras se llenan los trámites de entrada al hospital, días después los retiran.

En el HST, se han recibido hasta cinco abuelitos durante estas fiestas para dejarlos e irse a celebrar, en su mayoría son mayores de 65 años, que no pueden valerse por sí solos.

Como podemos observar es una problemática que afronta la sociedad panameña y que requiere con el devenir de los próximos años se agravará, por lo que, se debe trabajar fuerte en la preparación de los familiar o cuidadores de esta población, con el fin de mejorarles la calidad de vida a los mismos.

La atención al adulto mayor debe ser integral, pero la preparación debe ir desde los profesionales de la salud que los atienden hasta los familiares o cuidadores, de manera que mejore enormemente su bienestar.

El trabajador social es un profesional cuya formación le permite apoyar a las personas en la prosecución de sus objetivos en aras del desarrollo social, económico y emocional, de tal manera que puedan alcanzar las metas que se propongan en los diferentes ámbitos de sus vidas.

Algunas de sus funciones son: facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos; orientar y educar a personas, familias, grupos laborales y comunidades en la solución de conflictos a través de una cultura de diálogo; realizar investigaciones que contribuyan a identificar e interpretar las causas de los fenómenos sociales que se presentan en cualquier contexto; así como en participar en el diseño y administración de programas de personal, bienestar laboral, seguridad social y salud ocupacional.

En la realización de este trabajo de investigación se presentan los siguientes capítulos:

En el primer capítulo, damos un pequeño recorrido sobre los antecedentes de los adultos mayores con enfermedades crónicas y del centro de salud, además revisamos brevemente la problemática planteada y la manera cómo desarrollamos la investigación.

En el segundo capítulo, describimos las generalidades de los adultos mayores con enfermedades crónicas, el rol de la familia con esta población, así como las principales enfermedades a las que está expuesto la población objeto de esta investigación, cerramos este capítulo con un análisis sobre la proporcionalidad de la población meta, según los índices de natalidad y mortalidad e igualmente repasamos las principales enfermedades crónicas que afectan a dicha población en Panamá.

En el tercer capítulo, presentamos un análisis e interpretación de datos, en el que reflejamos los principales resultados de los instrumentos de captación de la información que aplicamos a los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en el recabamos información referente a la características generales de la población, la composición familiar incluyendo su dinámica familiar, la escolaridad del entrevistado y de sus familiares, los generales de su vivienda, la salud y los aspectos

económicos y de empleo, todo se complementó con el análisis del grupo focal que se realizó.

En el cuarto y último capítulo, presentamos la propuesta piloto de formación a los familiares de los adultos mayores con enfermedades crónicas, la cual está diseñada para colocar a esta población como eje principal de la atención y cuidado. En ella, abordamos el tema y sugerimos que se fortalezca la capacidad, a todas las personas que intervienen en la atención y cuidados de esta población desde médicos, equipos multidisciplinario y, en especial, los familiares y/o cuidadores; finalizamos recomendando ocho temas importantes que a mi juicio puede conducir a alcanzar el mejoramiento de la calidad de vida de la población estudiada.

CAPÍTULO I
ASPECTOS METODOLÓGICOS

CAPÍTULO I. ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.1. Antecedentes del problema

1.1.1. De Los Adultos Mayores con enfermedades crónicas

Uno de los problemas de salud más comunes en la vejez son las enfermedades crónicas, también conocidas como “no transmisibles”. Algunos expertos explican que la alta prevalencia de estas patologías en la actualidad se debe al rápido envejecimiento poblacional, ya que son principalmente las personas mayores quienes más las padecen. Sin embargo, y como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen otros elementos que inciden, como la rápida urbanización y la globalización de estilos de vida poco saludables. Además, es importante considerar que ahora se tienen más herramientas para diagnosticar estas enfermedades que en años anteriores.

Las enfermedades crónicas son patologías multifactoriales. A pesar de que se sabe, que tanto los factores metabólicos y fisiológicos juegan un rol importante, los hábitos y estilos de vida, así como el ambiente en el que se desenvuelven son preponderantes en el desarrollo y padecimiento de estas. Es por ello, que muchos expertos ponen énfasis en el poder de la prevención a través del desarrollo de conductas más saludables y garantías sociales.

Las enfermedades crónicas, como dice su nombre, se caracterizan por ser de larga duración y de progresión lenta. Por otra parte, una persona que desarrolla una enfermedad crónica probablemente padezca más de una, lo que se denomina comorbilidad y, es también, más susceptible a padecer otras enfermedades transmisibles. A pesar de que existen tratamientos para mantenerlas bajo control,

tienen un alto impacto en las personas que las padecen, dado que muchas de ellas merman la calidad de vida. Esto se debe a que no solo se debe tomar medicamentos de por vida, sino que, además, pueden generar discapacidades en la vejez.

Una forma de medir el impacto de enfermedades crónicas es a través de la mortalidad que generan. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas, son la causa de más del 71% de las muertes mundiales. Las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades del sistema respiratorio y la diabetes, son las principales causas de fallecimientos. Los países que más padecen estas patologías son aquellos de ingresos medios y bajos, los que acumulan el 77% de las muertes causadas por enfermedades no transmisibles.

1.1.1.1 Determinantes sociales en enfermedades crónicas

Es importante recordar que la salud y el bienestar son dimensiones que no se explican solamente por factores biológicos, sino que también hay determinantes sociales. Es por ello, que podemos ver diferencias por estrato socioeconómico, nivel educacional, género y etnia. Así, la pobreza y la desigualdad se vuelven elementos relevantes en el desarrollo y prevalencia de diferentes patologías como las enfermedades crónicas, pero no porque las causen directamente.

En general, los grupos más vulnerables tienen un bajo acceso a educación, y servicios de salud, por otro lado, suelen estar insertos en medios más poblados y con más contaminación. Todo ello incide en que estos grupos sean más propicios

a tener dietas poco balanceadas, sobrepeso u obesidad y desarrollar estilos de vida poco saludables, como por ejemplo una vida más sedentaria y/o con mayor consumo de tabaco y alcohol, siendo estos factores los que se asocian más directamente con las enfermedades crónicas.

Los pueblos indígenas, son los grupos que tienen menor nivel educacional, ya sea por la dificultad de acceso o porque les resulta más complejo mantenerse en el sistema educacional y, justamente, son también grupos más vulnerables a padecer de enfermedades crónicas.

1.1.1.2 Factores de riesgo en el tiempo

Las enfermedades crónicas, a diferencia de otras patologías, se explican en gran parte por los estilos de vida. Dentro de los factores de riesgo modificables se encuentran estilos de vida más sedentarios, dietas poco saludables y uso de alcohol y tabaco. Muchos de estos explican también el desarrollo de enfermedades de deterioro cognitivo, por lo que tienen consecuencias en múltiples ámbitos de la salud. Además, la tendencia general indica que una persona puede llegar a acumular al menos tres factores de riesgo.

En nuestro país tenemos una alta carga de hábitos poco saludables que favorecen mucho a las enfermedades crónicas. Tenemos una alta tasa de obesidad y sobrepeso, somos uno de los países que consume tabaquismo, sobre todo en la población joven, el tema del consumo de alcohol es significativo en nuestro país y tenemos una mala salud mental, que también es un factor bien multicausal. Efectivamente, tenemos una alta tasa de factores de riesgo por estilo de vida”.

A continuación, se presenta en detalle cómo han ido evolucionando algunos factores de riesgo que inciden en el padecimiento de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países de Latinoamérica. Esto permitirá entender de mejor manera el desarrollo de enfermedades crónicas y dar una mirada más amplia del escenario nacional.

1.1.1.2.1 Alcohol

El alcohol en exceso es uno de los principales factores asociados a resultados negativos en la salud, pero también tiene relación con accidentes, violencia y crímenes (OPS). De acuerdo con fuentes internacionales, para el año 2017, el uso de alcohol ocasionó 2.84 millones de muertes a nivel mundial, posicionándose como la novena causa de muerte por factor de riesgo.

Más en detalle, el consumo de alcohol se asocia a ocho tipos de cáncer: a la cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama, a enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, enfermedades hepáticas y también a pancreatitis (Parry, 2011). Además, se puede ver que tiene algunas asociaciones más complejas con otro tipo de patologías cardiovasculares e incluso con la diabetes.

Según el Reporte Global del Estado del Alcohol y Salud 2018, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), detalla distintas estadísticas a 2016 del consumo de bebidas alcohólicas en diferentes países.

El reporte indica, que el consumo de bebidas destiladas en los países centroamericanos, entre los que se encuentran el ron, whisky, vodka, brandy,

coñac y algunos digestivos, reporta que en Nicaragua es del 59% del total del licor consumido. En Honduras, esa proporción alcanza el 52%, en el Salvador 51%, en Guatemala 42%, en Costa Rica 28% y en Panamá 19%.

En relación al consumo de cerveza el documento detalla que en Panamá alcanza el 77% del total de licor demandado, en Costa Rica el porcentaje llega al 64%, en Guatemala 56%, en El Salvador 48%, en Honduras 47% y en Nicaragua 40%.

El reporte destaca que en Costa Rica el 7% de las bebidas alcohólicas consumidas son vinos, en Panamá la proporción alcanzó el 4%, en Guatemala 2%, y en El Salvador, Nicaragua y Honduras 1%.

1.1.1.2.2 Tabaquismo

Fumar es un hábito que también se asocia a efectos perjudiciales en la salud e incluso ha demostrado ser más dañino que el alcohol al ser la segunda causa de muerte por factor de riesgo a nivel mundial con 7.1 millones de muertes, siendo superada únicamente por la alta presión sanguínea. Dentro de las enfermedades que se asocian al tabaquismo se encuentran enfermedades coronarias y algunos tipos de cáncer, como el pulmonar. Además, se han demostrado relaciones con desarrollo de diabetes y progresión de estas enfermedades en pacientes tanto con diabetes tipo 1 como tipo 2 (Umar, 2015).

Otra consecuencia del tabaquismo es que afecta de igual manera a no fumadores, quienes al estar en presencia de humo de cigarro y respirarlo, se

convierten en fumadores pasivos, pudiendo generar los mismos riesgos en la salud que un fumador.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo se inicia en los primeros años de la adolescencia. En la actualidad en el mundo existen 1.100 millones de fumadores de los cuales el 90% inició el hábito antes de los 19 años. Panamá no escapa de esta realidad, ya que se han realizado estudios sobre el uso producto de tabaco, el más reciente fue la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos de 2013, donde se revela una baja prevalencia de uso de tabaco en adultos que se estimó es del 6,4 %, siendo en los hombres del 9,7 % y en mujeres de un 3,1 %, una de las más bajas en América Latina. (Roa Rodríguez, Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos, 2013).

La prevalencia de consumo actual de tabaco en jóvenes de 13 a 15 años fue reportada en el 2017 en 7.8%, con diferencia por sexo de 7.9% en hombres, mientras que en mujeres es de 7.4%. El consumo actual de cigarrillos fue 3.9% reportándose en hombres 4.2% y en mujeres 3.5% en tanto que el consumo actual de productos de tabaco sin humo fue de 2.3%, en hombres 2.2% y en mujeres 2.4%. (GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY, 2017). Llama la atención que la prevalencia de tabaco fumado diferente al cigarrillo es de 2.5% con un diferencial para hombres de 2.5% y en mujeres de 2.3%. El 7.8% de los jóvenes de 13 a 15 años consumen tabaco con y sin humo, siendo en hombres es de 7.9% mientras que en mujeres es de 7.4%.

Los efectos perjudiciales del tabaquismo sobre la salud son muchos, principalmente cuando se empieza a fumar a muy corta edad. Quienes han fumado

por mucho tiempo tienen un 50% de probabilidades de morir debido a su consumo. Se ha determinado que el uso de tabaco es el factor más fácil de prevenir para evitar la muerte prematura, la discapacidad y la enfermedad. Los productos de tabaco, principalmente el cigarrillo, se consideran como “droga de iniciación”, lo que significa que su consumo suele preceder al consumo de alcohol o de drogas ilícitas. Los factores que incrementan el riesgo del tabaquismo en las niñas y niños son similares, la industria del comercio del tabaco facilita el acceso a productos regalados o de bajos precios; por otro lado, las presiones, aprobación de los amigos, parientes y la percepción errónea de que el fumar aporta popularidad social, entre otros.

1.1.1.2.3 Actividad física

La actividad física es un elemento protector del desarrollo de enfermedades no transmisibles, pues disminuye el riesgo de muerte en general, enfermedades cardiovasculares, diabetes y diversos tipos de cáncer (Milton, 2014). Además, se asocia con mejores niveles de densidad ósea e índices metabólicos. A su vez, se han visto ventajas en lo que respecta a salud mental y manejo de estrés.

Para tener un buen estado de salud, la OMS establece como rango de actividad física saludable, 150 minutos a intensidad moderada a la semana o 75 minutos de alta intensidad a la semana.

Los países han tendido a volverse más sedentarios, experimentando un incremento en la actividad física insuficiente del 2010 al 2014.(OPS).

Según las recientes directrices de la OMS sobre actividad física, las personas mayores (a partir de 65 años) deben acumular a lo largo de la semana un mínimo de entre 150 y 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o bien un mínimo de entre 75 y 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa.

Sin embargo, según un reciente estudio realizado por el Comité Olímpico de Panamá¹ en nuestro país, más del 82% de la población panameña no realiza ejercicios y/o actividades deportivas según la media de tiempo diaria recomendada por la OMS y más del 60% de los que se ejercitan o realizan actividades deportivas no lo hacen a una intensidad moderada o vigorosa.

Practicar periódicamente actividad física es primordial para prevenir y tratar enfermedades no transmisibles como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer de mama y colon, que provocan el 71 % de todas las muertes en el mundo, entre ellas 15 millones de personas cada año con edades entre 30-70 años.

1.1.1.2.4 Hábitos de alimenticios

La acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo, es la que define el nivel de sobrepeso u obesidad en una persona. En nuestro país, 1.8 millón de personas presentan esta condición de salud, se estima que la principal causa son los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo. En un reciente censo de salud realizado por el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (C.S.S.)

¹ Consultable en el portal en línea del COP: <https://online.pubhtml5.com/xron/lmcw/#p=6>

el 45% de la población panameña es obesa. Los sitios que presentan una mayor incidencia de esta condición de salud son Colón, Panamá Norte y Chiriquí.

Según los nutricionistas y dietistas, urge que en el país se realice un cambio en el estilo de vida. Para lograrlo, se necesita impulsar una alimentación balanceada, que incluya el consumo de suficiente agua, frutas y verduras; además, de opciones saludables en los diferentes tiempos de alimentación, lo que incluye las meriendas.

Los índices de masa corporal elevados, representan un factor de riesgo de otras enfermedades, entre ellas las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, diabetes tipo 2 y cáncer (mama, ovarios, próstata, hígado, colon, entre otros).

En Panamá, el 35.74% de las personas sufre hipertensión arterial, el 13.18% tiene diabetes tipo 2 y un 38.39% presenta colesterol elevado. Estos números irán en aumento, si no se toman las medidas necesarias para impulsar un estilo de vida saludable.

1.1.1.2.5 Obesidad

Mientras que los factores de riesgo descritos anteriormente son modificables, ya que están asociados a hábitos, la obesidad es un factor de riesgo metabólico para las enfermedades crónicas. Aun así, la obesidad guarda relación con todos los factores descritos anteriormente: actividad física, hábitos alimenticios, tabaquismo y alcoholismo. De acuerdo con Hannah Ritchie y Max Roser (2017), en el año 2017, 4.7 millones de muertes a nivel mundial se debieron a obesidad o sobrepeso, lo que corresponde al 8%.

A pesar de que las enfermedades crónicas son enfermedades que cuentan con tratamiento y hasta cierto punto logran mantenerse controladas, a futuro son la principal causa de discapacidad o pérdida de funcionalidad.

1.1.1.3 La vejez en cifra

De acuerdo con los datos que maneja la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 habrá en las Américas 200 millones de personas de más de 60 años, y se estima que esa cifra subirá a 310 millones en 2050, por lo que, será inevitable la aceleración de más políticas para dar servicios y atención a los adultos mayores.

La población en el mundo, se está envejeciendo. Según datos del estudio realizado por Tariq Khokhar en el 2015, se calcula que, en 2050, habrá en todo el mundo 395 millones de personas de 80 años, cuatro veces más que hoy día, y para esa misma década, se estima que el 22% de la población mundial serán mayores de 60 años, cuando en la actualidad hay un 11%.²

El número de personas de 60 años o más que requerirán atención a largo plazo se triplicará en las Américas en las próximas tres décadas, de alrededor de 8 millones a entre 27 millones y 30 millones para 2050, por lo que los servicios deben adaptarse a las necesidades de las personas mayores, quienes requieren un manejo mucho más eficaz, que no solo mejore su supervivencia, sino que maximice su capacidad funcional y reduzca los años de dependencia de otros³.

² Estudio Sobre la Población Mundial en el Futuro.

³ Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Según las Naciones Unidas, se estima que las dos terceras partes de las personas mayores en Latinoamérica padece de alguna enfermedad crónica y tiene factores de riesgo como el fumar y la falta de actividad física.

Las enfermedades crónicas son, en este sentido, enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta. Son la principal causa de muerte e incapacidad en el mundo. Según estudios realizados por el Banco Mundial (2016), las más comunes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes. Según el informe de la OMS, de los 35 millones de personas que murieron en el mundo, de enfermedades crónicas en el año 2005, la mitad tenía menos de 70 años y la mitad eran mujeres. Además, el mencionado estudio, hace mención que se espera que para el año 2020 serán responsables del 73% de las muertes a nivel mundial y del 60% de la carga de enfermedad; casi el 80% de estas muertes ocurrirán en países en desarrollo y estarán relacionados con estilos de vida o factores biológicos potencialmente modificables (por ejemplo, la hipertensión arterial, o los niveles de colesterol y la obesidad)⁴.

Las enfermedades crónicas son casi siempre incurables. Por eso no pueden ser simplemente tratadas, sino que deben ser manejadas globalmente.

En este sentido, el cuidado sanitario puede ser proporcionado de forma más efectiva y eficiente si los pacientes con enfermedades crónicas toman un papel activo en su propio cuidado y los cuidadores son apoyados con los recursos

⁴ Informe "Reduciendo riesgos y promoviendo un estilo de vida saludable". OMS-2002.

y la experiencia suficientes para ayudar a sus pacientes a manejar su enfermedad de la mejor manera posible.

Actualmente, existen iniciativas como **Categorías Diagnósticas Mayores (CDM)**, la cual es una estrategia de asistencia sanitaria que enfatiza la ayuda para que los individuos se mantengan independientes y lo más saludables posibles a través de la prevención, diagnóstico precoz y manejo de enfermedades crónicas como la insuficiencia cardíaca, el asma, la diabetes y otras enfermedades que imponga retos a pacientes, cuidadores y familias. La habilidad de un paciente para seguir las recomendaciones médicas, adaptar sus estilos de vida, acceder a los recursos, son factores que influyen el manejo óptimo de una enfermedad crónica.

Panamá les da una buena calidad de vida a las personas que viven sus años dorados. Casi el 10% de la población panameña (el 9.16%) pertenece al grupo de la tercera edad. A pesar de la ventajosa posición en la que está Panamá, el propio informe destaca los contrastes del país. Por ejemplo, el istmo tiene la mayor esperanza de vida para personas sexagenarias con 23 años más de existencia; pero, por otro lado, el país ocupa el escaño 55 en seguridad de ingresos, último puesto de esa clasificación⁵.

Según el censo poblacional del 2010, de los 3 millones 661 mil 835 habitantes en el país, 335 mil 462 personas están en el grupo de adultos mayores.

Estimaciones poblacionales de la Contraloría General de la República (2015), indican que, por cada cien habitantes, del grupo de ciudadanos de 60 años

⁵ Índice global de envejecimiento. AgeWatch. Helpage, 2010.

o más, la tasa de personas que son activas económicamente es apenas de 35. De los 71 mil 469 desempleados que hay en el país, según la Contraloría, 2 mil 383 tienen 60 años o más. Es decir, que el 3% de la población desocupada califica en el rubro de la tercera edad.

1.1.2. Del Centro de Salud

El Centro de Salud Cirilo Escobar está ubicado en el corregimiento de Escobal, distrito de Colón. El nombre del corregimiento se originó por la abundancia de palmas de escoba. Hasta el año 1919, perteneció al distrito de Chagres. A solicitud de los moradores, se firmó un memorial para separar el corregimiento que se llamaba Ciri-Escobal, ya que debido a la distancia y el camino en pésimo estado se dificultaba los trámites de cualquier tipo: certificados de nacimiento, defunciones, entre otras emergencias.

El pueblo surgió a orillas del Lago Gatún, sector Cuatro Vientos. El verdadero Cerro de la Escoba, era el lugar donde había abundancia de palmas de escoba y de allí procedió el nombre Escobal. Entre los años 1930 y 1940 hubo un aumento de cosechas y venta de guineos, por lo que surgieron otros pueblos en el Lago Gatún, convirtiendo a Escobal en el centro de mercadeo y punto principal para comprar arroz y maíz. Sus primeros pobladores fueron de origen colombiano y jamaiquino. Según el censo de 2010 existen en el área de Escobal, 2,388 habitantes.

En este sentido, el nombre del centro de salud fue en honor al señor Cirilo Escobar; un morador de la comunidad que dedicó muchos años de esfuerzo a la

construcción del mismo y una vez construido colaboró, hombro a hombro, con otros miembros en todas las necesidades que surgían.

1.2. Planteamiento del problema

En la República de Panamá, se considera que las personas son adultos mayores a partir de los 55 años de edad en el caso de las damas y a los 60 años de edad en el caso de los caballeros⁶.

A partir del proceso en que las personas inician su transición hacia la senectud, las mismas comienzan a atravesar una serie de cambios en el desarrollo cognitivo, físico y emocional, lo cual repercute en una cadena de dificultades como lo son: el miedo a la vejez, la discriminación por la edad, el trato inadecuado por la sociedad, la pérdida de roles dentro de la familia, la pérdida de amigos, la viudez, el aislamiento y la pérdida de la autonomía, entre otros.

La situación se complica cuando la propia familia pierde la sensibilidad, el respeto y la admiración, por esos seres que, en su vida productiva, generaron los cuidados, las enseñanzas y buenas costumbres; sacrificándose muchas veces por el bienestar de su familia.

Muchas veces la sociedad desatiende a los adultos mayores y con esa actitud vulnera los derechos de esta población, gracias a los estereotipos que existen, como lo son:

- 1) Limitación de movilización por discapacidad, en muchos de los casos no cuentan con documento de identidad, abandono, maltrato u olvido.

⁶Ley 14 de 2003, que define el término tercera edad y dicta otras disposiciones. Asamblea Nacional.

2) Viven en situación de riesgo, debido a la carencia de oportunidades de desarrollo y los escasos programas que contribuyen a mejorar sus condiciones de vida, conduciéndolos a vivir una vida precaria, subsistiendo con los pocos ingresos que pueden llegar a adquirir por medio de trabajos mal remunerados o por la caridad de las demás personas.

El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral financiero y la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social), así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales.

A las personas mayores se les percibe cada vez más como elementos que contribuyen al desarrollo; se considera que sus habilidades para mejorarse a sí mismas y a la sociedad se deberían integrar en las políticas y en los programas a todos los niveles. En las próximas décadas, muchos países estarán sometidos a presiones fiscales y políticas debido a las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo de población, en aumento.

A medida que la esperanza de vida y la proporción de personas mayores aumentan, muchos adultos mayores en las Américas no podrán acceder a los recursos básicos necesarios para una vida con significado y dignidad, y experimentan barreras para obtener una buena salud, apoyo social y bienestar.

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS), Panamá y el resto de los países del mundo experimentarán cambios demográficos interesantes, lo que llevará a los gobiernos a trazar políticas públicas para atender esta población.

Esta nueva situación demográfica obliga a que los países se adecúen rápidamente a nuevos contextos y al impacto de este fenómeno en la seguridad social y la salud pública. Panamá ha iniciado programas para avanzar hacia una visión integral de la salud de las personas mayores, ya que el conocimiento de sus necesidades y la atención que reciben no es uniforme, muestra desigualdades e inequidades, debido a la falta de indicadores para el seguimiento y análisis del impacto de las medidas sanitarias.

Según la OMS los principales problemas de salud que se encuentran en la población adulta mayor suelen ir asociados a enfermedades crónicas y no transmisibles. Las enfermedades crónicas más comunes entre individuos de edad avanzada suelen ser las siguientes:

- 1) De carácter **neurodegenerativo** (como Parkinson, alzheimer o esclerosis múltiple).
- 2) **Circulatorio** (como la hipertensión).
- 3) **Respiratorio** (como asma o hipertensión pulmonar).
- 4) **Osteoarticular** (como lumbalgia u osteoporosis).
- 5) Otras de carácter **genitourinario** (como incontinencia urinaria o impotencia).

“Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, provocando el 63% de los fallecimientos”.

La importancia de realizar este estudio radica en identificar las posibles soluciones para suplir las necesidades y fortalecer los apoyos familiares que requiere la población adulta mayor que se atiende en el “Centro de Salud Cirilo Escobar” del

distrito de Colón, la cual es fundamental, para mitigar los pensamientos de olvido, que expresa y siente dicha población, especialmente, de sus familiares más cercanos.

Entre las principales situaciones que aqueja a esta población y que logramos recabar durante el desarrollo de esta investigación, podemos mencionar:

- 1) El paciente llega solo a la cita médica, no hay acompañamiento.
- 2) No son monitoreados por ningún familiar.
- 3) Las indicaciones del cuerpo médico son suministradas al equipo de trabajo social, para que le sea explicada a cada paciente.
- 4) Lamentablemente cuando el paciente llega a su vivienda, no recuerda las indicaciones, por lo que, se les hace difícil explicar a sus familiares, lo que, requiere para su propio cuidado.

Como futura profesional especialista en familia pretendo proponer un programa de formación destinado a los familiares de este grupo poblacional. Cuyo propósito será el de promover la participación de la familia en el mejoramiento de la atención de sus parientes perteneciente a este grupo de la población.

Las preguntas que orientan nuestra investigación son las siguientes:

- 1) ¿Cuál es la opinión de los adultos mayores crónicos sobre las expectativas y necesidades de atención familiar para su recuperación?
- 2) ¿Cuál ha sido el comportamiento y evolución del nivel de salud de las personas adultas mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar?
- 3) ¿Reciben estos pacientes de enfermedades crónicas en el Centro de Salud Cirilo Escobar la debida atención?

- 4) ¿Están los pacientes adultos mayores, con enfermedades crónicas, conformes con la atención recibida por los profesionales de la salud del Centro de Salud Cirilo Escobar?
- 5) ¿Cómo se sienten con la atención que le brindan sus familiares más cercanos en el hogar?
- 6) ¿Sus familiares más cercanos le brindan el acompañamiento necesario para el mejoramiento de su salud?
- 7) ¿Sus familiares más cercanos le brindan los cuidados que usted requiere?
- 8) ¿Es usted dependiente de algún familiar para suplir sus necesidades básicas, fisiológicas, religiosa, económica, de salud, etc.?

1.3. Justificación

La comunidad de Escobal, en el distrito de Colón, está ubicada en el área de la región del Lago, en la provincia de Colón, un área rural rodeada de una infinidad de comunidades, donde los servicios de atención de salud, son básicos. Sus pobladores, en muchas ocasiones, deben salir desde muy temprano de sus viviendas para poder llegar a buscar salud en los lugares donde se ubican, ya sea a los centros o sub centros de salud, respectivamente, ubicados en las áreas semi urbanas del sector, por lo que, la travesía es larga.

Los adultos mayores que habitan en esa región de la provincia, realizan el recorrido en búsqueda de salud, la mayoría de las veces, solos, por lo que, se afrontan a las problemáticas antes enunciadas, de allí la importancia de realizar esta

investigación, la cual servirá como base para la presentación de la propuesta de solución integral a esta problemática.

La realización de este estudio nos permitiría innovar, proponer y fortalecer los roles familiares como tal y a la vez concienciar a la familia en su conjunto sobre la importancia de fortalecer el cuidado y el bienestar de los adultos mayores.

1.4. Objetivos del Estudio

1.4.1. Objetivo General

Determinar las necesidades y expectativas de apoyo familiar, que requieren los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, distrito de Colón, provincia de Colón.

1.4.2. Objetivos Específicos

- 1) Identificar el perfil socio económico de la población adulta mayor y su entorno familiar.
- 2) Caracterizar la dinámica familiar del comportamiento afectivo de los adultos mayores con enfermedades crónicas.
- 3) Plantear una propuesta integral de formación dirigida a los familiares de los adultos mayores, que son atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en la provincia de Colón.

1.5. Planteamiento de la hipótesis

- 1) La mayoría de la población adulto mayor con enfermedades crónicas atendida en el programa de salud de adulto del mencionado centro de salud, sienten que su familia no le presta la atención que se merece o requieren para su bienestar.
- 2) Los programas de capacitación promueven cambios de actitudes en las familias de los adultos mayores.

1.6. Cobertura

En la siguiente tabla a continuación y derivada de los objetivos específicos de la investigación, estamos proponiendo la cobertura de la misma.

Área de análisis	Variables	Indicadores
Condiciones de vida de la población	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad• Estado civil• Escolaridad• Ocupación• Tipo de empresa donde labora• Empleo• Salario mensual• Fuentes de ingreso sino labora• Personas con quien vive• Cuadro familiar	<ul style="list-style-type: none">• Pirámides de edades• Años Cumplidos• Índice de dependencia• Índice de escolaridad• Población Eeónómicamente activa• Sector comercial• Sector económico• Ingresos per cápita• Tipo de empleo• Relaciones personales• Composición familiar

	<ul style="list-style-type: none"> • Área de residencia • Característica de la vivienda donde reside • Condiciones de salud. • Acceso a la atención de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de vivienda • Composición de la vivienda • Estado de salud • Servicios de salud
Perfil de la población objeto de este estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de procedencia. • Personas con quien convive en el hogar. • Enfermedad que padece. • Tipo de transporte que utiliza para buscar salud • Necesidades urgentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad • Cuadro familiar • Tipo de enfermedad • Medio de transporte
Funcionamiento social y familiar de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • Las decisiones importantes de la familia son tomadas. • En casa predomina la armonía. • Los integrantes de la familia asumen sus responsabilidades. • En casa se manifiestan las muestras de cariño en el diario vivir. • La familia se expresa sin insinuaciones. • La familia acepta los defectos de los demás y los sobrelleva. • La familia toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo. • Rol familiar. • Dinámica familiar

	<p>diferentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La familia se ayuda cuando alguno tiene problema. • En casa distribuyen las tareas de forma que ninguno esté sobrecargado. • Las costumbres de las familias pueden modificarse ante determinadas situaciones. • La familia puede conversar diversos temas sin temor. • La familia ante situaciones difícil es capaz de buscar ayuda en otras personas. • La familia respeta los intereses y necesidades de todos sus integrantes. • Los integrantes de la familia demuestran el cariño que se tienen. 	
Expectativas de las necesidades de la población	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios ofrecidos

1.7. Metodología

1.7.1 Descripción del escenario de la investigación

Nuestra investigación no se desarrollará dentro de un marco institucional específico. Dada las características de la población, esta será contactada en el corregimiento de Escobal, donde se concentran unidades de población parecidas; aunque no se descarta buscar otros escenarios de ser necesario.

1.7.2. El diseño de la investigación

El estudio corresponde al diseño exploratorio-descriptivo; bajo el paradigma de la investigación cuali-cuantitativa. Esta categoría se traduce en el estudio de temáticas poco estudiadas que en términos metodológicos cumple con casi todas las exigencias del nivel descriptivo, como la delimitación de las variables, el uso de técnicas semiestructuradas, la presentación de datos a través de esquemas precisos como son los cuadros y tablas estadísticas.

Según el propósito de uso de los hallazgos, la investigación es aplicada; ya que se busca aplicar estos para atender las necesidades de la población estudiada.

De acuerdo con la categoría de momento de tiempo corresponde a la de un solo tiempo, porque se está estudiando el presente de la población objeto de estudio.

1.7.3. Selección de la población

La población objeto de estudio en esta investigación la constituye los pobladores adultos mayores residente en el corregimiento de Escobal y áreas aledañas, con edades de 55 años, en el caso de las damas y 60 años, los caballeros.

El Programa salud de adultos mayores con enfermedades crónicas atiende periódicamente un total de 162 personas, para efecto de la realización de este estudio, hemos decidido realizar la investigación con el 50% de la población, lo que requerirá la aplicación de 81 entrevistas.

Las personas mayores ejemplifican el proceso dinámico de acumulación de barreras con la peculiaridad de que la edad se convierte, en sí misma, en un

determinante de ciertos factores desencadenantes de la exclusión social. Entre esas barreras podemos apuntar, las encontradas durante esta investigación:

- Pocos o escasos recursos económicos: situación en el umbral de la pobreza.
- Dependencia agravada con el paso de la edad. No poder valerse por sí mismo, a nivel físico o psíquico, con el consecuente aumento de la dependencia de otras personas.
- Extensión de la enfermedad de alzheimer y otros tipos de enfermedades neurodegenerativas.
- Vivir solo/a y sentir soledad suelen ir unidos a escasa red relacional y recursos económicos insuficientes.
- Cambios en las relaciones familiares.
- Escasa red relacional y de apoyo.
- Insuficiente coordinación entre los agentes socio-sanitarios existentes (apoyo formal).
- Insuficiente apoyo a los familiares cuidadores (apoyo informal).

La metodología que emplearemos será la visita casa a casa, guiado por la trabajadora social del centro de salud y que sabe dónde ubicar a la población objeto de este estudio, para luego aplicar las respectivas entrevistas.

Frente a esta situación, se utiliza el muestreo subjetivo, como el de conveniencia, cuota o de experto. Podríamos hablar entonces del muestreo de conveniencia en esta investigación, aquella que descansa en la accesibilidad física y de disposición de la población.

Obviamente, que como muestreo no probabilístico este tipo de proceso de selección muestral puede tener sesgos. Por ejemplo, individuos no populares puede ser que no se les nomine nunca, y otros muy populares sean nominados más de una vez. Pero como planteamos anteriormente, cuando es necesario un grado de confianza del respondiente para contestar lo que se le pregunta, este tipo de muestra resulta conveniente. Se tendrá, sin embargo, cuidado de que estos sesgos se presenten durante el desarrollo de selección de la población.

Adicionalmente, la investigación exploratoria hace más énfasis en la diversidad que en la representatividad; partiendo del supuesto que a través de la diversidad es posible conocer más del fenómeno y la población estudiada.

1.7.4. Recolección, procesamiento y presentación de los datos

Los datos serán recolectados mediante la utilización de las siguientes herramientas:

- Revisión de expedientes clínicos.
- Revisión de trabajo de tesis finalizadas.
- Aplicación de una encuesta semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas.
- Para complementar alguna información que tenga un vacío, emplearemos la aplicación de grupos focales. Los participantes tendrán las siguientes características comunes:
 - Adultos mayores con edades entre 55 años en el caso de las damas y los 62 años los caballeros, en adelante.

- Que padezcan de alguna enfermedad crónica.
- Que formen parte del Programa de salud de adultos del Centro de Salud Cirilo Escobar.
- Que habiten en la comunidad de Escobal y áreas aledañas.

El procesamiento de los datos se dará de forma manual y su presentación a través de cuadros y gráficas estadísticas.

Adicionalmente, se utilizará como técnica complementaria la revisión y análisis de material bibliográfico relacionado con el tema.

No se descarta la utilización de grupos de discusión con la población, de ser posible para ganar la confianza de los sujetos.

CAPÍTULO II

GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

CAPÍTULO II. GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

2.1. Generalidades de los adultos mayores

Es importante entender que envejecer, no implica ser senil o inútil ni tan siquiera significa ser anciano. La vejez es parte afín a la vida, y todos somos menos o más viejos que las personas con las que convivimos. Envejecemos desde que nacemos y estamos destinados a ser adultos mayores.

Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60 años, otros a partir de los 65 a 70 años, sin embargo, hay un grupo que simplemente manifiestan que es una definición social.

Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en vías de desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se les llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

En la República de Panamá, mediante la Ley No.14 de 22 de enero de 2003, se considera que las personas de la tercera edad, la componen, las damas a partir de los 55 años y los caballeros a partir de los 60 años.

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. Además de todos estos conceptos que encontremos, es igual de importante tomar en cuenta las percepciones y el significado de la sociedad; de los mismos ancianos; de sus familiares; de sus nietos; etc.

Si le preguntamos a una persona de 65 o 70 años su definición de vejez, lo más seguro es que se definiría a sí mismo o tal vez a su cónyuge o alguna amistad. Si le preguntamos a alguien de entre 40 y 55 años, nos respondería pensando en sus padres. Si le preguntamos a alguien entre los 15 y 30 años nos respondería pensando en sus abuelos y si le preguntamos a un niño, nos respondería pensando en sus abuelos o tal vez sus bisabuelos. La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia; es por eso que para algunos, la vejez, la podemos describir, como una etapa feliz y satisfactoria en la vida; pero tal vez para otros, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimiento, etc.

Es por esto, que además de las múltiples definiciones y descripciones que pueda haber de la vejez, debemos considerar las familiares sociales y la de los mismos ancianos.

El envejecer es comúnmente experimentado fisiológicamente como un progresivo declive en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son bastante diferentes para cada individuo. Evidentemente, las personas de la tercera edad requieren de mayor atención médica que personas de corta edad, porque son más vulnerables a enfermedades. No olvidemos que también existen casos en que los ancianos viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte.

Para la OMS, una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados. De esta forma, las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo.

Si le preguntamos a una persona de 65 o 70 años su definición de vejez, lo más seguro es que se definiría a sí mismo o tal vez a su cónyuge o alguna amistad. Si le preguntamos a alguien de entre 40 y 55 años, nos respondería pensando en sus padres. Si le preguntamos a alguien entre los 15 y 30 años nos respondería pensando en sus abuelos y si le preguntamos a un niño, nos respondería pensando en sus abuelos o tal vez sus bisabuelos. La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia; es por eso que para algunos, la vejez, la podemos describir, como una etapa feliz y satisfactoria en la vida; pero tal vez para otros, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimiento, etc.

Es por esto, que además de las múltiples definiciones y descripciones que pueda haber de la vejez, debemos considerar las familiares sociales y la de los mismos ancianos.

El envejecer es comúnmente experimentado fisiológicamente como un progresivo declive en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son bastante diferentes para cada individuo. Evidentemente, las personas de la tercera edad requieren de mayor atención médica que personas de corta edad, porque son más vulnerables a enfermedades. No olvidemos que también existen casos en que los ancianos viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte.

Para la OMS, una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados. De esta forma, las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo.

memoria. El adulto mayor debe ser evaluado a nivel físico y mental periódicamente para de esta manera poder brindarle atención específica, según sus necesidades. Es común en la tercera edad la aparición de demencias y es vital tener una visión clara sobre las mismas y su trato. Por otro lado, es de suma importancia que el familiar o cuidador no solamente esté informado sobre las características principales de la persona en la tercera edad, para así brindar un cuidado integral, sino también que sepa balancear el cuidado de esta persona y la reservación de espacios personales que permitan que no descuide su propia vida.

Las personas mayores requieren cuidados críticos cuando desarrollan una enfermedad crónica que puede amenazar severamente su condición de salud y arriesgar su integridad, particularmente en relación a su funcionalidad e independencia, se considera relevante recalcar que la atención especializada debe regirse por un respeto irrestricto a su autonomía, entendiendo que lo que se busca es favorecer la recuperación y rehabilitación sin incurrir en daños al paciente.

En la actualidad, el cambio del paradigma epidemiológico desde las enfermedades infecto contagiosas hasta las condiciones crónicas no transmisibles, junto a la existencia de mejores niveles de vida y el acceso a una salud cada vez más tecnologizada resultan determinantes en el mayor envejecimiento poblacional y, secundariamente, en personas de alto riesgo derivado de sus condiciones de fragilidad con morbilidades así como también de la propia atención sanitaria que a diferencia de lo que ocurría en décadas pasadas, promueve la sobrevida en condiciones de amenaza funcional.

La persona mayor se transforma en el nuevo protagonista de los cuidados críticos, no se puede generalizar, la gran mayoría de adultos mayores con enfermedades crónicas que llevan un buen control de su enfermedad no ameritan cuidados críticos. Se trabaja por medio de los programas establecidos a nivel del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social, en promover el autocuidado, fortalecer la autonomía y la capacidad funcional de los adultos mayores; con importantes grados de morbilidad y fragilidad que redundan en una vulnerabilidad manifiesta en términos de potenciar fallas en su funcionalidad, altos requerimientos de asistencia, eventual demanda por cuidados específicos como los propios de intervenciones paliativas y una adecuación pendiente de los centros sanitarios en términos de lograr una atención de cuidados intensivos orientados hacia una recuperación de la funcionalidad por sobre una sobrevida a todo evento que redunde en una mala calidad de vida probable⁷.

Esto es un enfoque negativo sobre la vejez y el envejecimiento. El reto es convivir con la enfermedad o limitación y seguir disfrutando de la vida, con profundos impactos en lo funcional, cognitivo, social y biomédico; más allá de lo cronológico plantea un desafío novedoso que nos entrega la transición demográfica responsable del adulto mayor de nuestra población.

Por lo tanto, una atención de salud que ponga el acento en entregar una asistencia diferenciada, incluso en los cuidados críticos y en terapia intensiva, como respuesta a la evidencia de las particularidades de este grupo de edad, obliga a los cuadros clínicos y a los equipos interdisciplinarios especializados en estos

[/vitae-health.com/enfermedades-del-adulto-mayor-mas-comunes/s.f](http://vitae-health.com/enfermedades-del-adulto-mayor-mas-comunes/s.f)

tópicos, a integrar, en su práctica diaria, los conceptos derivados de la capacitación efectiva en geriatría y gerontología. Existe una variación de conceptos, que sin lugar a dudas determinan ningún cambio en su definición conceptual al referirnos a dicho término adulto mayor, aprendemos y olvidamos, nos enriquecemos y nos degradamos” (Lüdi, 2012, p. 14). El término adulto mayor se utiliza para nombrar a las personas que están en situación de vejez, superando la edad de 60 años, según los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas con el fin de: “Designar un sujeto con menos diferencias con el adulto más joven y, en alguna medida, tratando de aportar nuevos significados asociados a estos términos tales como autonomía, derechos, principios, etc., reivindicando con ello un nuevo status dentro del contexto social actual.”⁸

El concepto de adulto mayor a lo largo de la historia, en Panamá y en los países de Centroamérica, ha sido utilizado y reconocido, para identificar a todas las personas que superan los 60 años, sin embargo, en Panamá, particularmente a partir de la Ley 14 de 2003, se establece que este grupo de personas lo conformarán, las damas con 55 años y los caballeros con 60 años o más. Hace algunas décadas atrás, era utilizado el calificativo “geronte”, “anciano”, también se suele escuchar el término “abuelo”, o para definir al grupo en su conjunto “tercera edad”, sin embargo, al parecer los términos anteriormente nombrados son utilizados erróneamente, y pertenecen a un paradigma que no abarca la cuestión

⁸(Iacub, Castro, Petrongolo y Tuchmann, 2012, p. 19).

cronológica y cultural. Se cree que el término adecuado es adulto mayor, coincidente con la mirada del envejecimiento activo. Tener en cuenta los cambios que se han suscitado a la forma de nombrar a los sujetos mayores, a través de un recorrido histórico, permite dar cuenta de las diversas percepciones según el contexto social y la gradual adquisición de derechos y empoderamiento de los adultos mayores. Siendo los diferentes vocablos los modos en que una sociedad simboliza el momento de la etapa vital de la vejez, ayudando a pensar el envejecimiento como una construcción social que conduce modos de pensar y actuar y, a su vez, la idea de envejecimiento construida se expresa en la creación de espacios y recursos para el grupo social.

Carmen Ludi, (2012), concuerda con diversos autores, por ejemplo, Simone de Beauvoir, quien analiza la variable del tiempo en la vida de los sujetos. Cotidianamente no se racionaliza el hecho de que a lo largo de los años el futuro, en términos de tiempo, se achica, mientras que el pasado aumenta, esto es interiorizado por la persona de edad avanzada “bajo la forma de imágenes, de fantasmas, de actitudes afectivas”. El envejecimiento es parte del ciclo vital, aunque a menudo no se racionalice este concepto, se comienza a envejecer desde el día en que se nace, ocurriendo día a día, para cada sujeto en la vejez influirá en su cotidianidad las experiencias vividas. No es únicamente la cantidad de años lo que marca el envejecer, mucho menos el hecho de llegar a una edad particular. Esta reflexión puede posibilitar el hecho de repensarse y acercarse a dicho proceso, sin caer en miedos y prejuicios. Entonces, se puede afirmar que el envejecimiento es un fenómeno natural, gradual, de transiciones que ocurren a

través del tiempo; a su vez, un proceso vivenciado de manera única y personal por cada persona, involucrando diversas dimensiones. “El producto final del envejecimiento es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente, en el que se desenvuelve cada ser humano. Existen, además otros cambios impuestos por la influencia de los adelantos médicos, el ambiente, la cultura, el estilo de vida y otras fuerzas externas que no guardan relación con la edad. Todos estos elementos hacen que este proceso sea de naturaleza individual y heterogénea”. (Sánchez, 2005, pp. 36-37). Autores como Salvarezza (citado en Sánchez, 2005) coinciden en afirmar que el envejecimiento no es unívoco e implica los siguientes niveles: psicológico, biológico y social. El envejecimiento biológico, hace referencia a los cambios físicos que comprometen el sistema de órganos del cuerpo. Es importante mencionar que dichos cambios no ocurren en todas las personas de igual manera. El envejecimiento psicológico se relaciona a los procesos sensoriales y perceptuales, a las destrezas motoras, a la memoria y el aprendizaje, la personalidad, emociones y motivaciones. El envejecimiento social, depende de los hábitos sociales, los papeles y relaciones que el sujeto adopte en el ámbito social, con la familia y amigos, así como también en organizaciones que participe. (Salgado Sánchez, 2005, pp. 34-36). Al conceptualizar a la vejez desde una perspectiva social, se tiene en cuenta el factor biológico, pero a su vez, se hace hincapié en la vejez como construcción social. Los cambios y transiciones vivenciados en este período son parte de un contexto socio cultural. La edad de los adultos mayores los ubica en un nuevo estrato social, asignándole la sociedad un papel característico, así como percepciones y

significados. Alcanzar y superar la edad de 60 años estructura a la persona en derechos específicos, privilegios, expectativas, espacios, todos ellos definidos histórica y socialmente.

Las enfermedades crónicas particularmente en los adultos mayores se presentan por: problemas de mala alimentación, el gluten (cereales), los lácteos (leche, postres lácteos, el exceso de glucosa – fructuosa (azúcar, alimentos, dulces, productos procesados), el uso del tabaco, el alcohol, drogas, fármacos, contaminantes ambientales, atmosféricos, doméstico, laborales, la falta de ejercicio, el sueño no reparador y los factores estresantes.

Tres factores decisivos más que afectan a secreciones de hormonas (como insulina y leptina) y a determinados genes, incrementando las moléculas proinflamatorias.

Las situaciones estresantes pasadas o presentes en la familia, el trabajo, el grupo o el entorno físico (ruido, espacio reducido...), conducen a actitudes y emociones negativas contribuyendo al proceso degenerativo de estas enfermedades; deteriorándose diferentes órganos y sus funciones correspondientes: cardíacas, cerebrales, respiratorias, digestivas, musculares, articulares, endocrinas, inmunitarias..., apareciendo síntomas, empeorando la calidad de vida y la evolución de la enfermedad.

Las enfermedades crónicas degenerativas en los adultos mayores son la principal causa de pérdida de capacidades y, por lo tanto, de la independencia y la autonomía en ellos, de modo que al aumentar estas es de suponer que la discapacidad siga la misma tendencia. Por sus características estos padecimientos

son crónicos y requieren de vigilancia periódica, lo que plantea la necesidad de llevar programas de prevención y promoción de la salud a lo largo de toda la vida, tanto para retardar o evitar la aparición de enfermedades crónicas degenerativas, como para evitar sus consecuencias discapacitantes, cuando ya estén presentes.

Entre las principales causas de discapacidad en los adultos(as) mayores se pueden mencionar: las deficiencias físicas, ceguera, sordera, los procesos artríticos, secuelas secundarias de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, la enfermedad de alzheimer, y otros problemas de salud mental causados por el aislamiento y la depresión.

En Panamá, específicamente en la provincia de Colón, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la Nación, en el año 2018, la población adulto mayor, en el corregimiento de Escobal, mantenía un total de 339 adultos mayores, de los cuales 181 pertenecen al sexo masculino y 158 al femenino, por consiguiente, la situación de salud y el recrudecimiento de las enfermedades crónicas en este grupo de población hacen que el sistema de salud les brinde programas a través del Ministerio de Salud, entre los cuales podemos mencionar:

- 1) **Programa de salud de adulto y adulto mayor:** El cual atiende a la población que oscila entre las edades de 20 a 60 y más años, con enfermedades crónicas, el programa funciona integralmente con el equipo de salud (médico general, enfermera de salud mental, trabajo social, auxiliar de enfermería y odontología). Los beneficiarios de este programa, acuden a su control de salud periódicamente, se le asigna un día a la

semana que son los jueves, donde se le toma su control de glicemia e hipertensión, cada paciente tiene una libreta donde se le anota los valores de su glucosa y de la presión para llevar un mejor control.

- 2) **Programa de cuidado paliativo:** Proveer y desarrollar servicio de salud de alta calidad, preferiblemente en el hogar, a pacientes con enfermedad avanzada en fase terminal.

2.2. Rol de la familia del adulto mayor con enfermedades crónicas

La familia se reconoce como la principal dispensadora de cuidados. Según Dorothea E. Orem, se considera agente de cuidado dependiente, cuando otro, en este caso la familia, asume la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas del enfermo.

La esencia de la enfermería es “cuidar”, lo que implica también entregar herramientas a las personas y sus familias para que se cuiden a sí mismos, tomando en cuenta y respetando sus propias creencias y conocimientos del acto de cuidar, considerando al binomio paciente-familia como una sola unidad. Hay que decir que parte de las intervenciones de la enfermería consisten en dar la oportunidad de participación a la familia en el cuidado de su pariente enfermo, teniendo en consideración que será precisamente ella la que continuará con los cuidados en el hogar.

En consecuencia, ha llegado el momento de reconocer la importancia real del cuidador familiar, porque el éxito de la continuidad de los cuidados del paciente adulto mayor en su hogar, requiere que este haya sido bien capacitado para los cuidados que deberá proveer. Debería quedar atrás la idea errónea de que el lazo familiar y el deseo de cuidar son suficientes para otorgar un cuidado de calidad “la creencia según la cual los adultos mayores se encuentran mejor atendidos en la familia, solo puede mantenerse si existen servicios sanitarios adecuados y de calidad, complementarios a la función de los cuidadores familiares”. Reforzando lo anterior, la literatura señala que la responsabilidad en la formación de cuidadores informales (familiares) recae en el profesional enfermero.

De esta manera, la participación de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado en el marco de la reforma de salud, estará determinado por la interrelación de tres factores: la institución hospitalaria, el profesional de enfermería y las familias de estos adultos mayores hospitalizados.

La familia es una fuente importante de apoyo para las personas con alguna enfermedad crónica: las personas con mayor apoyo familiar muestran mayor cumplimiento de las recomendaciones del automanejo y mejor control de su enfermedad. Esto es particularmente importante en el caso del automanejo a largo plazo donde el énfasis familiar en la autosuficiencia y el logro personal, la cohesión familiar y la reacción atenta a los síntomas se asocian con una mejor evolución del paciente. En la investigación sobre el automanejo de las enfermedades se ha hecho más hincapié en la función crucial de la familia y la comunidad. En este contexto, se

ha determinado que existen importantes factores de riesgo y de protección que intervienen en los resultados.

Estos factores influyen sobre la capacidad de las personas y las familias de tratar las enfermedades crónicas, podrían ser objeto de algún tipo de intervención. En la teoría del automanejo individual y familiar se combinan aspectos de uno y otro tipo, y se reconoce que ampliar.

El automanejo de los individuos y las familias arroja resultados más positivos. Estas teorías y los estudios sobre el automanejo centrado en la familia son importantes para promover intervenciones que aborden la necesidad de que los pacientes con enfermedades crónicas superen.

2.3. Principales enfermedades crónicas que afectan la salud de los adultos mayores

Los ancianos constituyen un grupo de riesgo en algunas enfermedades que suelen estar relacionadas precisamente con el envejecimiento, son las que denominamos enfermedades crónicas.

Consideramos enfermedades crónicas aquellas de larga duración que progresan de forma lenta y aunque cualquier persona puede desarrollar una enfermedad de este tipo, independientemente de la edad que tenga, estas son más comunes en los ancianos. Por este motivo, para cuidar de la salud de los mayores es imprescindible conocerlas e identificarlas para poder acudir al especialista ante cualquier signo de aparición de una de estas afecciones.

Aquí enumeramos algunas de las enfermedades más comunes en personas adultas mayores:

2.3.1. Artritis y artrosis

La artritis es una inflamación en las articulaciones que suele provocar hinchazón articular.

La artrosis suele ser una consecuencia de un cuadro de artritis grave. Casi todos los ancianos la sufren en alguna de sus articulaciones, aunque suele ser más común en mujeres que en hombres.

En concreto, la artrosis aparece por la degeneración del cartílago articular a causa de la edad, provocando dolor en el movimiento y dificultades motoras.

Normalmente, los ancianos que la padecen pueden llevar una vida normal y disminuir el dolor siguiendo un tratamiento basado en antiinflamatorios, infiltraciones y rehabilitación.

Asimismo, los casos más extremos pueden ser tratados mediante cirugía, sustituyendo las articulaciones dañadas por prótesis artificiales.

2.3.2. Diabetes

Prácticamente todas las personas de la tercera edad sufren de diabetes. Las principales causas suelen ser el estrés, los malos hábitos alimenticios y la inactividad.

Con un control por parte del especialista y el tratamiento adecuado, el anciano puede llevar una vida totalmente normal.

Si está en riesgo de desarrollar diabetes, es posible que pueda evitarla o retrasarla. La mayoría de las cosas que debe hacer implican un estilo de vida más saludable.

Los cambios que deberá realizar son los siguientes:

- Perder peso y mantenerlo.
- Seguir un plan de alimentación saludable.
- Hacer ejercicio regularmente.
- No fumar.

Algunas de las consecuencias negativas para la salud son las siguientes:

- 1) Ceguera (retinopatía diabética).
- 2) Amputación de extremidades inferiores.
- 3) Insuficiencia renal.
- 4) Mayor riesgo de infarto al miocardio.
- 5) Mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares.
- 6) Alta carga emocional al ser enfermedad crónica y dependiente (caso tipo 1).

2.3.3. Desnutrición

Las personas mayores tienen tendencia a perder el apetito, por lo que su ingesta de proteínas y vitaminas disminuye, pudiendo llegar a provocarles desnutrición.

Este problema puede derivar en otros como deshidratación, anemia o gastritis atrófica, entre otras.

Para evitarlo, es crucial que se desarrollen unos buenos hábitos de alimentación en personas mayores, así como el seguimiento de una dieta equilibrada que le garanticen el consumo de todos los minerales y vitaminas que necesita para estar sano.

Durante la edad adulta, la desnutrición puede generar diversos problemas de salud fatiga, debilidad muscular, problemas cognitivos, entre otros; mismos que pueden evitarse a través de cuidados específicos.

Es importante cuidar los hábitos de los adultos mayores.

- Fomenta la elección de alimentos saludables.
- Procura que ingiera refrigerios saludables.
- Elige alimentos con buen sabor.
- Planifica actividades sociales.
- Solicita ayuda de un profesional.

Entre las consecuencias primarias subrayar la disminución de la respuesta inmunitaria con mayor tendencia a sufrir infecciones, retraso en la curación y cicatrización de heridas; aparición de hipoproteinemia, debilidad muscular, menor capacidad de respuesta orgánica funcional, con aumento de la fragilidad, así como una menor respuesta a la medicación.

Entre los efectos secundarios derivados de la desnutrición apunta una mayor morbimortalidad, con incremento de la frecuencia de ingresos hospitalarios y de la estancia hospitalaria que conlleva una peor calidad de vida del paciente y aumento de costes sanitarios.

2.3.3.1. Desnutrición calórica: Enfermedades crónicas que afectan negativamente a la ingesta, caquexia con pérdida muscular generalizada y ausencia de grasa subcutánea. No suelen tener edemas periféricos y las proteínas viscerales son con

frecuencia normales, a expensas de una disminución de las medidas antropométricas. Desarrollo gradual.

2.3.3.2. Desnutrición proteica: Inicio y desarrollo rápido, produciéndose una disminución de los depósitos de proteína visceral. Suele ser secundaria a un estrés elevado en pacientes con apariencia de bien nutridos. Frecuentes edemas.

2.3.3.3. Desnutrición mixta: Sujetos que previamente presentan un grado de desnutrición calórica y que sufren un proceso agudo provocando una desnutrición calórico-proteica por no poder hacer frente a los requerimientos proteicos.

2.3.4. Gripe: La gripe en personas mayores puede generar complicaciones y requerir hospitalización, debido a la aparición de problemas respiratorios, por ello, la prevención es sumamente importante en el caso de que el anciano presente síntomas de resfriado o gripe.

Los tipos de gripe en adultos mayores, según los estudios son:

2.3.4.1. La insuficiencia respiratoria: Es un estado en el cual las alteraciones de la función del sistema respiratorio empeoran el intercambio gaseoso a nivel pulmonar, lo que conduce a hipoxemia (disminución de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial). Esta definición está condicionada a que el enfermo esté en reposo, respirando aire ambiental y a nivel del mar.

2.3.4.2. Rinosinusitis: Estado inflamatorio de la mucosa de la cavidad nasal y de los senos paranasales (hasta ahora denominada "sinusitis"). Se distinguen rinitis: en la evolución de la inflamación de la mucosa toman parte interacciones complejas entre células inflamatorias, obstrucción del ostium de los senos, disfunción del transporte mucociliar y afectación de las estructuras óseas de los senos paranasales.

2.3.4.3. La bronquitis: Es una inflamación del revestimiento de los bronquios que llevan el aire hacia adentro y fuera de los pulmones. Las personas que tienen bronquitis suelen toser mucosidad espesa y, tal vez, decolorada. La bronquitis puede ser aguda o crónica.

La bronquitis aguda es muy frecuente y, a menudo, se produce a partir de un resfrío u otra infección respiratoria. La bronquitis crónica, enfermedad más grave, es una irritación o inflamación continua del revestimiento de los bronquios, en general, por fumar.

La bronquitis aguda, también conocida como «resfrío», suele mejorar a la semana o a los diez días sin efectos duraderos, aunque la tos puede permanecer durante semanas.

No obstante, si tienes episodios recurrentes de bronquitis, es posible que tengas bronquitis crónica, la cual requiere atención médica. La bronquitis crónica es uno de los trastornos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

2.3.4.4. La neumonía: Es una infección que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones. Los sacos aéreos se pueden llenar de líquido o pus (material purulento), lo que provoca tos con flema o pus, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar. Diversos microorganismos como bacterias, virus y hongos pueden provocar neumonía.

La neumonía puede variar en gravedad desde suave a potencialmente mortal. Es más grave en bebés y niños pequeños, personas mayores a 65 años, y personas con problemas de salud o sistemas inmunitarios debilitados.

2.3.5. Alzheimer o demencia senil: El alzheimer y la demencia senil son las enfermedades más temidas por los ancianos, ya que suponen una pérdida progresiva de su memoria y sus habilidades mentales y por el momento no tienen cura.

La principal causa de estas enfermedades degenerativas es el envejecimiento del cerebro que provoca que las células nerviosas se vayan debilitando y atrofiando algunas zonas del cerebro.

Una de las señales más comunes del alzheimer, especialmente en las etapas tempranas, es olvidar información recién aprendida. También se olvidan fechas o eventos importantes; se pide la misma información repetidamente; se depende en sistemas de ayuda para la memoria (tales como notitas o dispositivos electrónicos) o en familiares para hacer las cosas que antes uno se hacía solo. Olvidarse de vez en cuando de nombres o citas, pero acordándose de ellos después.

2.3.6. Parkinson: El Parkinson, al igual que el Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa producida por la pérdida progresiva de neuronas en la sustancia negra cerebral.

Generalmente, el Parkinson se reconoce por un trastorno del movimiento, pero este no es el único síntoma, sino que también provoca alteraciones cognitivas, emocionales y funcionales.

La enfermedad de Parkinson se presenta cuando se dañan o mueren las células nerviosas, o neuronas, en el cerebro.

2.3.7. Problemas de visuales y audición

La miopía, la presbicia, las cataratas, el glaucoma o la tensión ocular son algunos de los problemas visuales más comunes en la tercera edad.

La pérdida visual y de audición puede deberse a causas genéticas, complicaciones en el parto, algunas enfermedades infecciosas, el empleo de determinados fármacos, la exposición al ruido excesivo y también al envejecimiento.

Los problemas de visión y audición son de vital importancia en la vida de relación de las personas mayores porque condicionan la correcta relación con los demás.

Ante la aparición del más mínimo signo de alarma, como visión borrosa, disminución de la visión o dificultades auditivas hay que acudir al especialista para diagnosticar la causa de la alteración sensitiva y con ello poner el tratamiento adecuado lo antes posible.

A continuación, vamos a considerar los problemas visuales y auditivos más comunes en la tercera edad y cómo afrontarlos.

2.3.7.1. Problemas de visión más frecuentes en las personas mayores:

2.3.7.1.1. La presbicia: Es una consecuencia del envejecimiento del ojo y de la disminución de la capacidad de acomodación del cristalino. Es algo casi inevitable y, aunque puede ser corregido, no tiene cura. Pero sí se puede mitigar su efecto mediante el uso de las correspondientes gafas graduadas de forma correcta según el déficit de visión.

2.3.7.1.2. Las cataratas: Están provocadas por la progresiva opacidad del cristalino y conllevan una disminución creciente de la agudeza visual. En su estado inicial se pueden manifestar por sensación de deslumbramiento, disminución de la sensibilidad a los contrastes y dificultades para percibir el relieve y los colores. Las posibilidades de tener cataratas aumentan con la edad. Afectan al 20% de la población de más de 65 años, a más del 35% de los mayores de 75 y a más del 60% de quienes han superado los 85. Por fortuna, las cataratas tienen buen tratamiento.

2.3.7.1.3. El glaucoma: Es una enfermedad que afecta al nervio óptico, cuya función es conducir la información visual captada por el ojo hasta el cerebro. Lo más frecuente es que la destrucción de este nervio sea lenta y progresiva, lo que se conoce como glaucoma crónico. Aunque todavía no se ha determinado bien

las causas del glaucoma, la mayoría de las veces aparece asociado a un aumento de la tensión ocular debido a una anomalía en la filtración del humor acuoso, el líquido que se encuentra en el interior de los ojos. Ese líquido, que todos producimos, se renueva de manera constante y, tras ser utilizado, es filtrado antes de volver la circulación sanguínea. Puede ocurrir, sin embargo, que el sistema de filtración no funcione correctamente, en general debido a su envejecimiento, con lo que el líquido se acumula en el interior del ojo y provoca una presión excesiva sobre el nervio óptico y los vasos que lo alimentan.

En un estudio aún más avanzado, la visión central desaparece casi por completo, impidiendo bajar escaleras o conducir. Cuando esto ocurre suele ser ya demasiado tarde porque las lesiones son irreversibles.

2.3.8. Problemas auditivos

El desgaste natural del oído debido al envejecimiento suele provocar cierto grado de sordera, que puede paliarse con éxito mediante audífonos.

Del mismo modo que sucede con el oído, el envejecimiento puede provocar problemas visuales, por lo que es muy importante que el anciano se haga una revisión ocular anual para detectar si existe alguno y empezar con un tratamiento adecuado.

Cerca de una cuarta parte de las personas de 65 a 74 años y hasta la mitad de los mayores de 75 años sufren una pérdida de audición lo suficientemente importante como para interferir con su actividad social.

El hecho de no ser capaz de oír o entender las conversaciones limita la posibilidad de utilizar el teléfono, afecta a la capacidad de participar en diversas actividades sociales y produce un sentimiento de aislamiento.

Si no se le pone remedio con rapidez, la sordera acaba convirtiéndose en un obstáculo que aísla socialmente.

La falta de audición en la persona mayor puede ser debido a diferentes problemas, algunos de los cuales pueden tener tratamiento. La causa más común de pérdida de audición en la población mayor es la llamada presbiacusia, es decir, la disminución auditiva debida al propio proceso de envejecimiento caracterizada por una otosclerosis.

No obstante, el envejecimiento no es sinónimo de sordera. Sí, es cierto que el oído sufre una serie de cambios asociados con el envejecimiento que comportan unas modificaciones auditivas, pero nunca una sordera; por lo que ante cualquier problema de audición se recomienda acudir al médico especialista, el otorrinolaringólogo, para un estudio y valoración de las causas que motivan la pérdida de audición.

Según la causa, así será el tratamiento, pero nunca debe de ser el de la resignación y el de la creencia errónea de que es algo natural con la edad.

2.3.9. Hipertensión arterial

Es común que los ancianos tengan la presión arterial alta, pero este síntoma no debe tomarse a la ligera; ya que la hipertensión arterial podría provocar problemas cardíacos más serios.

Por ello, la adopción de hábitos de vida saludables y el control de la presión arterial es crucial alcanzada una edad avanzada.

La tensión arterial tiene dos componentes:

- 1) Tensión sistólica: Es el número más alto, representa la tensión que genera el corazón cuando bombea la sangre al resto del cuerpo.
- 2) Tensión diastólica: Es el número más bajo, se refiere a la presión en los vasos sanguíneos entre los latidos del corazón.

La tensión arterial alta (HTA) se diagnostica cuando uno de estos números o ambos son altos. Esta enfermedad se conoce también como hipertensión.

La primera línea de combate de la hipertensión son los equipos de atención primaria: tanto los médicos, como las enfermeras.

2.3.10. Hipertrofia de próstata

La hipertrofia de próstata es una de las enfermedades más comunes entre los hombres de la tercera edad. Se debe a un crecimiento excesivo de la próstata, lo que provoca problemas para orinar, provocando en los casos más graves infecciones y cálculos renales.

Beber agua antes de acostarse y reducir el consumo de alcohol y cafeína son buenos métodos de prevención.

En las personas con agrandamiento de próstata, la gravedad de los síntomas varía, pero tienden a empeorar gradualmente con el tiempo.

El tamaño de la próstata no determina necesariamente la gravedad de los síntomas. Algunos hombres con agrandamiento leve de la próstata pueden tener síntomas importantes, en tanto que otros hombres con mayor agrandamiento de la próstata pueden tener solo síntomas leves.

En algunos casos, los síntomas se estabilizan con el tiempo e incluso pueden mejorar.

Otras causas posibles de síntomas urinarios:

Las enfermedades que producen síntomas similares a los del agrandamiento de la próstata comprenden:

- Infección de las vías urinarias.
- Inflamación de la próstata (prostatitis).
- Estrechamiento de la uretra.(constricción de la uretra).
- Formación de cicatrices en el cuello de la vejiga como resultado de cirugías previas.
- Cálculos en los riñones o en la vejiga.
- Problemas de los nervios que controlan la vejiga.
- Cáncer de próstata o de vejiga.⁹

⁹ [https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/benign-prostatic-hyperplasia/symptoms-causes/sys-20370087,s.f.](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/benign-prostatic-hyperplasia/symptoms-causes/sys-20370087,s.f)

2.3.11. Osteoporosis

La osteoporosis aparece como consecuencia de la disminución de la cantidad de minerales en los huesos, por ejemplo, de calcio.

A causa de este problema, los ancianos tienen una mayor facilidad de sufrir fracturas.

Esta enfermedad es más común en mujeres tras la menopausia debido a las carencias hormonales. Para paliar sus efectos, se recomienda incluir en la dieta un aporte extra de calcio y seguir una vida sana que incluya algo de deporte y dieta equilibrada.

La osteoporosis es una enfermedad sistémica esquelética que se caracteriza por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura de los huesos, lo que supone un aumento de la fragilidad de los huesos y del riesgo de sufrir fracturas.

Esta patología es asintomática y puede pasar desapercibida durante muchos años hasta que, finalmente, se manifiesta con una fractura.

El origen de la osteoporosis debe buscarse en los factores que influyen en el desarrollo y la calidad del hueso. El riesgo de padecer osteoporosis vendrá determinado por el nivel máximo de masa ósea que se obtenga en la edad adulta y el descenso producido por la vejez. Además del envejecimiento, en su aparición intervienen factores genéticos y hereditarios. Las hijas de madres que tienen osteoporosis, por ejemplo, adquieren un volumen de masa ósea inferior que el de hijas de madres con huesos normales, y lo mismo sucede con gemelos univitelinos.

La desnutrición, la mala alimentación, el escaso ejercicio físico y la administración de algunos fármacos también pueden favorecer la aparición de la osteoporosis. Sin embargo, la menopausia es uno de los factores que más influye en su desarrollo en las mujeres, ya que la desaparición de la función ovárica provoca un aumento de la resorción ósea.

Durante años se ha conocido a la osteoporosis como la epidemia silenciosa debido a que esta patología no produce síntomas, aunque el dolor aparece cuando surge la fractura.

Los especialistas señalan que algunas fracturas vertebrales pueden pasar desapercibidas, puesto que, no se producen síntomas. En estos casos, se pierde la oportunidad de frenar la pérdida de masa ósea y reducir el riesgo de nuevas fracturas.

Las fracturas más comunes en la osteoporosis son las del fémur proximal, humero, vértebras y antebrazo distal (muñeca).

2.3.12. Fracturas.

2.3.12.1. Fractura vertebral: En estos casos el paciente presenta un dolor agudo muy intenso que aparece cuando hace esfuerzos leves, como la carga moderada de peso, o un ligero traumatismo.

El paciente tendrá una contractura que le impedirá realizar maniobras de flexión y/rotación de la columna. La crisis suele durar de dos a tres semanas y la intensidad del dolor irá disminuyendo de forma progresiva en los tres meses siguientes; la remisión puede ser total o parcial.

Otros síntomas de esta fractura es un dolor sordo, profundo y localizado en las fosas ilíacas y en los flancos, como consecuencia del roce de la arcada costal con la pelvis. Esta posibilidad ayuda a descartar las exploraciones para buscar la existencia de alguna patología intestinal o renal.

2.3.12.2. Fractura de cadera: En este apartado están incluidas todas las fracturas que van desde la cabeza del fémur hasta aproximadamente 5 cm del trocánter menor.

Los especialistas consideran que las fracturas de cadera son indicativas de osteoporosis cuando se producen tras un traumatismo de baja energía, como una caída, cuando la persona está de pie. Las fracturas de alta energía, como las que se producen tras un accidente de tráfico, no se consideran un síntoma de la osteoporosis.

Dentro de las fracturas de cadera existen dos tipos que presentan unas manifestaciones clínicas diferentes.

En el caso de las intracapsulares (fracturas de cuello femoral, cervicales, transcervicales o mediales) que no están desplazadas, el paciente presenta un dolor moderado en la región inguinal. Además, presentan movimientos de cadera algo limitados.

Si la fractura intracapsular está desplazada, el paciente tendrá un dolor intenso e impotencia funcional muy acentuada.

El otro tipo posible de fractura de cadera son las extracapsulares (fracturas pertrocantéreas, trocantéreas y del macizo trocantéreo). En estas el paciente puede

sufrir un dolor muy intenso en el área de la cadera, así como impotencia funcional absoluta en el miembro inferior.

2.3.12.3. Fractura de antebrazo distal: Abarca las fracturas de la extremidad distal del radio. Este tipo de fracturas asociadas a la osteoporosis se asocia a una densidad mineral ósea baja y la presencia de un traumatismo de baja intensidad, como una caída sobre la mano.

La sospecha de osteoporosis debe aparecer si tras la caída el paciente siente dolor en la región de la muñeca unido a la impotencia funcional.

2.3.13 Accidente cerebro vascular (ictus)

El ictus es otra de las enfermedades más temidas por los ancianos. Se trata de una enfermedad cardiovascular que aparece cuando uno de los vasos sanguíneos que lleva la sangre al cerebro se rompe o se obstruye.

Esta enfermedad puede provocar que los ancianos se queden paralizados de forma total o parcial, pierdan facultades motoras y del habla e incluso fallezcan.

Detectarlo a tiempo puede ser crucial para la supervivencia del anciano, por lo que conocer sus síntomas es muy importante. Si tenemos un anciano a nuestro cuidado debemos estar atentos a una posible pérdida de fuerza en un brazo o un lado del cuerpo, pérdida total o parcial de la visión, vértigo o inestabilidad, alteraciones en el habla y dolor de cabeza intenso. Ante cualquiera de estos síntomas se debe llamar a un médico de urgencias de forma inmediata.

Muchos de los factores que pueden aumentar las posibilidades de padecer riesgo no se pueden controlar (la edad, la historia clínica familiar, la raza o el sexo).

Sin embargo, la mayor parte de los factores que aumentan el riesgo pueden ser cambiados, tratados o modificados.

- 1) Edad avanzada.
- 2) Sexo.
- 3) Herencia familiar y raza.
- 4) Haber sufrido un ictus recientemente.
- 5) Tener la presión sanguínea elevada.
- 6) Fumar.
- 7) Padecer diabetes mellitus.
- 8) Sufrir enfermedad de la arteria carótida.
- 9) Presentar enfermedad cardíaca.
- 10) Sufrir ataques isquémicos transitorios.
- 11) Contador de glóbulos rojos alto.
- 12) La estación del año y el clima.
- 13) Consumir alcohol en exceso.
- 14) Ciertos tipos de consumo de drogas.¹⁰

¹⁰ <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/ictus.html.s.f.>

2.3.14 Infarto

El infarto es considerado una de las principales causas de muerte en la tercera edad. El colesterol, la hipertensión, el tabaquismo, la obesidad y la diabetes son factores de riesgo para sufrir un infarto.

Algunos de los síntomas más comunes son disnea, sensación de falta de aire, cansancio o fatiga, mareos y síncope.

Un buen cuidador debe conocer estas y otras enfermedades comunes en los ancianos, sus síntomas y cómo actuar en caso de que el anciano presente alguna de estas patologías, aunque en muchos casos la inexperiencia y la falta de información pueden ser un problema.

Contar con cuidadores de personas dependientes garantiza el correcto cuidado de las personas mayores y control exhaustivo de su estado de salud, aumentando la capacidad de reacción.

Los tipos de infarto más frecuentes son:

- Infarto agudo de miocardio,
- Infarto cerebral.
- Infarto pulmonar.
- Infarto renal.
- Infarto intestinal mesentérico.

Obviamente, tanto los síntomas como el tratamiento del infarto dependerán del órgano o músculo en el que se ha producido, así como de la causa que lo ha provocado.

2.4 Envejecimiento de la población en Panamá

El envejecimiento poblacional en Panamá es una realidad demográfica incuestionable, al igual que en muchas otras partes del mundo. Este hecho demográfico, único en la historia de la humanidad, fue casi del dominio exclusivo de la Europa y Norteamérica de finales del siglo XX. En la contemporaneidad del siglo XXI, parece haberle llegado el momento histórico a Latinoamérica, por lo menos, en cuanto al envejecimiento poblacional se refiere. Así, sociedades iberoamericanas como Cuba y Puerto Rico, en el Caribe; Uruguay, Argentina, Chile y Brasil, en Sudamérica; México, en Norteamérica y, Costa Rica y Panamá, en Centroamérica. Así, todos estos países de América Latina se encuentran actualmente, en pleno o avanzado proceso de envejecimiento poblacional.¹¹

Según la socióloga española Elena Robles González (2011), aspectos como el aumento en la esperanza de vida, la baja en la tasa de natalidad y la disminución en la tasa de mortalidad son indicadores poderosos para identificar que una sociedad empieza un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento. No obstante, para determinar el envejecimiento población de una sociedad es necesario aun de otros criterios demográficos, como lo son la disminución del índice de fertilidad¹² y, el mismo crecimiento de la población adulta mayor.

¹¹ Según el *Wallchard Population Ageing 2012*, preparado por la división poblacional de las Naciones Unidas (DESA), el porcentaje aproximado de población envejecida por cada uno de los países mencionados es: Cuba, 18 por ciento; Uruguay, 19 por ciento; Argentina, 15 por ciento; Chile, 14 por ciento; Brasil, 11 por ciento; México, 10 por ciento; Costa Rica, 10 por ciento; y, Panamá, 10 por ciento.

¹² El índice de fertilidad, mide la frecuencia de aparición de nuevos nacimientos de miembros en una población (Robles, 2011).

Algunos demógrafos y sociólogos utilizan el criterio de edad cronológica de los países desarrollados, los cuales se encuentran estructurados análogamente a la edad de jubilación; por esta razón, en muchas sociedades capitalistas se privilegia la edad de 65 años para denominar y definir, en términos etarios, al adulto mayor; en Panamá, la tomamos por ley a partir de los 55 años para las damas y 60 para los caballeros.

En cuanto al envejecimiento poblacional del istmo, este ha ido creciendo desde 1990 hasta el 2010. En contraste, el índice de fertilidad ha ido disminuyendo sistemáticamente. Ambos aspectos, como se ha mencionado, son fundamentales para determinar el envejecimiento poblacional de una sociedad. Actualmente, Panamá tiene un 10,60 por ciento de población mayor de 60 años, lo cual, en términos demográficos sugiere que es una sociedad en avanzado¹³ proceso de envejecimiento demográfico.

Para apreciar los cambios en la estructura de la población panameña a lo largo de 50 años en el periodo comprendido entre 1960 – 2010 y la tendencia futura que presentará desde 2020 a 2050, nos apoyaremos en las estimaciones y proyecciones de población al uno de julio de 2010, en donde se ha utilizado los grupos de edad: 0 -14 (menores de 15 años) 15 -59 (personas en edad activa 60 y más (edades avanzadas).

En este sentido, se puede observar cómo la proporción del grupo de 0 – 14 comienza a disminuir a partir del año 1980 y se espera que esa tendencia continúe

¹³ Según los índices demográficos de envejecimiento, de 5 a 7 es incipiente; de 7 a 8 es moderado; de 8 a 10 es moderado avanzado y de 10 a más es avanzado.

hasta el 2050, donde los menores de 15 años solo representarán el 18.6 por ciento del total de la población.

En tanto que el grupo de edad de 15 – 59, aumentará su proporción hasta el 2020 llegando alcanzar aproximadamente el 61.8 por ciento del total de la población, para descender hasta el 57.4 por ciento en el 2050; lo que representa una disminución de 7.1 puntos porcentuales.

En las primeras 5 décadas de nuestro período de estudio, el grupo de 60 y más de edad no presenta cambios porcentuales significativos, a partir del 2010 la proporción de este grupo de edad comienza incrementarse y se espera que esta tendencia continúe hasta el 2050, donde se prevé alcance, aproximadamente, el 24 por ciento de la población.

A partir de 1980, la población femenina en edades avanzadas supera proporcionalmente a los hombres. En términos porcentuales, las mujeres representarán para el 2050, el 25.3 por ciento del total de la población femenina. Por lo cual, la feminización del envejecimiento se evidencia por la mayor sobrevivencia de las mujeres sobre los hombres en este grupo etario.

La evolución de la población de 60 años y más de edad, durante los años 1960 y 1970 mantuvo una proporción estable de 5.6 y 5.7, respectivamente. Para el 2010, la tendencia es que este grupo de edad, se incrementa alcanzando un 9.7 por ciento y se espera que hacia el 2050 represente el 24 por ciento de la población total, inclusive su peso relativo será mayor que el del grupo de 0 a 14.

En 1960 y 1970 prevalecen índices de masculinidad superiores a los 104 hombres por cada 100 mujeres, a partir de 1980 esta relación se invierte, hay más

mujeres adultas mayores que hombres, haciéndose más evidente para el 2010, donde las mujeres superan a los hombres. Con índices de masculinidad de 91 hombres por cada 100 mujeres. Se estima que esta tendencia continúe en ambos sexos, con una diferencia más marcada donde las mujeres superarán a los hombres, tanto en cantidad como en proporción, llegando alcanzar en el 2050, unas 716,605 mujeres mayores de 60 años lo que representa en términos porcentuales el 53 por ciento del total de la población adulta mayor en la República.

“En Latinoamérica y el Caribe la población de 60 años y más está aumentando sostenidamente en todos los países. Se trata de un proceso generalizado de envejecimiento de las estructuras demográficas que lleva a un aumento tanto en el número de personas adultas mayores como el peso de esta población en la población total” (CELADE, 2002).

La tendencia entonces, es un sostenido incremento de este grupo etario, así se refleja en el documento: Manual de indicadores de vida en la vejez, preparado por CEPAL, con base en las proyecciones de población, en donde se presenta información sobre el porcentaje de adultos mayores de 60 y más de edad en países seleccionados.

La expectativa de vida de un hombre de 60 años en el periodo comprendido entre 1960 – 2010 indica un aumento de 5,5 años, ya que pasa de 16.5 años en 1960 a 22.1 en 2010, hacia el 2050 se espera que la esperanza de vida sea de 25.8 años. Los hombres de 80 años de edad presentan ligeramente

cifras inferiores que las mujeres, dando así una disminución en la brecha de género.

En el caso de las mujeres de 60 años, en 1960 tenían una esperanza de vida de 17.7 años, la cual se incrementa en el 2010 a 24.9 años, y se prevé que para el 2050 sea de 29, en tanto que las mujeres de 80 años para 1960 tenían una expectativa de vida de 6.87 años, la que hacia el 2010 asciende a 10.6 años y se espera que para final del período de estudio en el 2050 sea de 12.8 años.

La estructura de la población en edades avanzadas ha sufrido cambios que han producido incrementos en la misma, la que se debe principalmente a la sobrevivencia de sus propios integrantes.

En 1960 eran 32,748 hombres y 30,982 mujeres, quienes aumentaron en el 2010 a 169,445 y 186,470, respectivamente, y se prevé que para el 2040 tanto hombres como mujeres tripliquen esta cantidad; para el 2050, los hombres adultos mayores llegarán a 634,762 y las mujeres a 716.605.

El índice de feminidad en 1960 era de 94.6 mujeres por cada 100 hombres, mismo que se incrementó con respecto al 2010, el cual alcanzó a 110 mujeres por cada 100 hombres, se espera que este índice se mantenga estable a partir de 2020 al 2050 en donde se estima que alcance a 112 mujeres por cada 100 hombres.

El índice de envejecimiento hacia 1960 era de 12.8 cifra que se duplica hacia el 2000 donde llega a 25.3 adultos mayores por cada 100 jóvenes. En el 2010 este índice aumenta a 33.4 y se espera que hacia el 2050 Panamá cuente con más adultos de 60 años que menores de 15 años, ya que alcanzaría 129.3 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años.

La salud en la población panameña, ha variado en estrecha relación con el crecimiento demográfico y el desarrollo socioeconómico del país.

El crecimiento y avance de las ciudades, el mejoramiento de los servicios públicos, la extensión de los informes sobre la situación de las personas adultas mayores en Panamá, programas y servicios de educación y de salud, entre otros han constituido factores importantes en el estado de salud de la población y del medio ambiente. Los factores que han incidido en la reducción de las tasas de mortalidad se relacionan con importantes transformaciones y avances sustanciales en materia de salud, de educación, de higiene y de tecnología médica, entre otros.

La alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en este grupo de edad, sugiere que los años de vida ganados en los últimos quinquenios, se han visto en parte afectados por la discapacidad, que reduce la calidad de vida y aumenta la necesidad de servicios sanitarios y sociales. Informe sobre la Situación de las personas adultas mayores en Panamá, las enfermedades crónicas degenerativas son la principal causa de pérdida de capacidades y, por lo tanto, de la independencia y la autonomía, de modo que al aumentar estas es de suponer que la discapacidad siga la misma tendencia. Por sus características estos padecimientos son crónicos y requieren de vigilancia periódica, lo que plantea la necesidad de llevar programas de prevención y promoción de la salud a lo largo de toda la vida, tanto para retardar o evitar la aparición de enfermedades crónicas degenerativas, como para evitar sus consecuencias discapacitantes, cuando ya estén presentes. Entre las principales causas de discapacidad en los adultos(as) mayores se pueden mencionar: las deficiencias físicas, ceguera, sordera, los procesos artríticos, secuelas secundarias de

enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, la enfermedad de alzheimer, y otros problemas de salud mental causados por el aislamiento y la depresión. Según el Censo de 2010, la población con discapacidad a nivel nacional es de 97,165 personas (2.9% de la población total). La tasa de discapacidad fue mayor entre la población de 60 y más años que entre la joven. De cada mil personas de 60 años o más, 11.4 eran discapacitadas, mientras que para los más jóvenes la tasa disminuye considerablemente a 0.6 por cada mil menores de 5 años y a 4.8 por mil de 5 a 19 años de edad. Si bien la discapacidad es una condición ligada a la longevidad, para los más pequeños es una condición que puede relacionarse con la condición nutricional, los patrones de enfermedad crónica o infecciosa y los problemas congénitos, afectando su bienestar por el resto de sus años de vida. En este censo se identificaron seis tipos de discapacidades: ceguera, sordera, retraso mental, parálisis cerebral, deficiencia física y problemas mentales. De estos, prevalecieron la deficiencia física (30.1%) y la ceguera (22.0%).

En el 2010, en Panamá, la tasa de discapacidad fue de 29 personas por cada mil habitantes (en 2000 fue de 18 por mil). La proporción de hombres con algún tipo de discapacidad fue mayor (53.1%) que la de mujeres (46.9%), por tanto, la tasa de discapacidad para el sexo masculino fue de 20 casos por millar de hombres frente a 27 para las mujeres, por encima de las cifras según el censo anterior (2000), 20 y 16, respectivamente. El índice, que se refiere a la comparación de las tasas de discapacidad masculina y femenina, fue de 1.12.

Entre las principales causas de morbilidad en la población de 60 y más años de edad, la hipertensión arterial ocupa el primer lugar desde hace varios años en el país.

En el año 2000, los casos atendidos por esta causa representaron el 24% de todas las causas de morbilidad, con una tasa de 3,155.7 por 100.000 habitantes. Los factores de riesgo de esta enfermedad guardan estrecha relación con estilos de vida inadecuados (obesidad, dislipidemia, hábitos alimenticios inadecuados, sedentarismo, el hábito de fumar, estrés, entre otros), y que son susceptibles de modificación en los individuos y en las poblaciones, a través de actividades de promoción y prevención oportuna. En segundo lugar, la influenza o gripe, representó el 21.4% de las causas de morbilidad, con una tasa de 2,929.4 por 100.000 habitantes y que puede ser prevenible con campañas de vacunación y educación a esta población. Y en tercer lugar, la diarrea y gastroenteritis representó el 10% de las causas de morbilidad, con una tasa de 1,376.3 por 100.000 habitantes, y que puede estar relacionada con hábitos alimenticios inadecuados, práctica de malos hábitos higiénicos y acceso a agua potable segura limitado, entre otros. Dentro de las diez principales causas de morbilidad en el año 2000, en esta población, y ocupando el octavo lugar se destaca la obesidad, con una tasa de 393.3 por 100.000 habitantes. La obesidad es un problema de salud, particularmente prevalente entre las personas de edad en el país, sobre todo en las áreas urbanas. A la prevención y tratamiento de la obesidad, no se le ha dado la importancia que merece, en función de constituir un factor relevante que predispone a la dislipidemias y diabetes. En el medio rural es menor la prevalencia de la obesidad, la diabetes, las dislipidemias y los factores de riesgo coronario, lo que está

determinado particularmente por la dieta y el nivel de actividad física, e influida además por factores socioeconómicos. Igualmente, en el aspecto de la salud mental, consideramos de importancia el seguimiento y atención a dos problemas mentales considerados como las enfermedades que en este nuevo milenio serán altamente prevalentes en las personas adultas mayores, la depresión y la demencia.

Actualmente en Panamá se han logrado significativos avances en el mejoramiento de la salud de la población; sin embargo, el aspecto de la salud mental requiere una mayor atención, dado el paulatino envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades mentales.

El sistema estadístico panameño no cuenta con información epidemiológica suficiente sobre los riesgos para la salud mental y el padecimiento de trastornos mentales que inciden en el proceso salud-enfermedad. A la fecha, entre los datos disponibles solo se registra, de manera parcial, la demanda satisfecha por parte del Ministerio de Salud. En el país, entre los principales diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento atendidos en consulta externa en el año 2001, ocupó el primer lugar la categoría de los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, que representó el 47.7% de la totalidad de las causas de morbilidad, con una mayor prevalencia en la mujer (59.2%). En segundo lugar, los trastornos del humor (afectivos) representó el 24.8% de la totalidad de las causas de morbilidad, y que al igual que el anterior tuvo mayor prevalencia en la mujer (54.0%).

Con respecto a la de atención hospitalaria en el año 2001, se observó que entre los principales diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento en el

país, ocupó el primer lugar la categoría de esquizofrenia, trastornos esquizofrénicos y trastornos delirantes, que representó el 34.3% de las hospitalizaciones, con una mayor prevalencia en la mujer (60.8%). En segundo lugar, los trastornos del humor (afectivos) representó el 29.8% de las hospitalizaciones, con una mayor prevalencia igualmente en la mujer (65%). Las carencias y satisfacciones de la infancia y de la vida adulta tienen fuertes repercusiones en las condiciones de salud mental de las personas adultas mayores mismas que pueden propiciarse o agravarse por la pobreza, la indiferencia de la familia, el maltrato físico y psicológico, al igual que la soledad. Al analizar la salud social de la población adulta mayor, se evidencia que los pobres e indígenas son los más vulnerables, tienen menor acceso a la atención de salud, y que es menos probable que la busque en caso de enfermedad, debido a los costos de transporte, medicamentos y factores culturales.

Diversos estudios demuestran que los adultos(as) mayores más vulnerables son los de 75 y más años de edad, ya que son quienes más riesgos de enfermedad presentan. A medida que el individuo envejece tiene mayor riesgo de padecer una enfermedad, la cual tiende a ser crónica e incapacitante. El mayor porcentaje de adultos(as) mayores de esta edad pertenece a las mujeres, las cuales a su vez forman el mayor grupo de viudas en el área urbana. Entre los principales factores de riesgo social de la población adulta mayor se mencionan: los bajos niveles de escolaridad, lo que ha limitado su acceso al mercado laboral formal; la ausencia en una gran mayoría (73.5%) de pensiones económicas, lo que les obliga a depender de sus hijos(as) y otros familiares; la viudez, cuya mayor proporción se encuentra entre las mujeres ancianas; los bajos ingresos económicos que limitan su calidad de vida, que se

traduce en sus condiciones de pobreza (27%) y pobreza extrema (12%), lo que dificulta su acceso a la atención de salud, disminuyendo sus expectativas de vida; es por esto que destacamos el tema de la salud de la mujer adulta mayor, ya que está por razones de orden biológico, ligada en parte a su función reproductiva que enfrenta en la etapa post menopáusica una situación de salud más delicada que los hombres, aunque los riesgos de muerte sean menores. La atención a los trastornos asociados a la menopausia reviste singular importancia debido a que la esperanza de vida de la mujer de hoy es de 75 años y más, lo cual significa que en promedio una mujer deberá pasar casi un tercio de su vida en estado climatérico, sometida a los riesgos y trastornos que estos cambios hormonales y metabólicos conllevan para su salud y calidad de vida. La estructura de las causas de muerte en el país ha seguido el patrón de los países desarrollados, con una disminución gradual en las tasas de mortalidad debido a enfermedades infecciosas, y un aumento en ellas debido a condiciones crónicas. En el país, en el 2000, la tasa de mortalidad fue de 4.1 muertes por 1,000 habitantes conforme a las estadísticas continuas. Del total de muertes ocurridas a nivel general (11,841), el 57.2% ocurrió en la población adulta mayor. De las 6,794 defunciones ocurridas, el 55.8% se registró en hombres y el 44.1% en mujeres. En el 2000, los tumores malignos, seguido de las enfermedades cerebrovasculares y las afecciones isquémicas del corazón, fueron las 3 principales causas de defunción, con el 50.5% del total de las causas de muerte. Los tumores malignos se encuentran desde 1960 entre las diez principales causas de muerte. Cuando se analiza el comportamiento de esta patología, se observa una tendencia progresiva al aumento. En el año 2000, se registraron 1,362 muertes por tumores malignos, que representaron

el 20.4% del total de las causas de muerte, con una tasa de 589.1 por 100.000 habitantes. Su distribución, según sexo, registra que el 61.1% y el 38.9% ocurrieron en hombres y mujeres respectivamente. Al considerar el tipo de tumor maligno registrado como el causante del mayor número de muertes se observa, para el año 2000, que fue el de próstata, con una tasa de 214.0 por 100,000 habitantes. Le siguió en frecuencia el cáncer de estómago, con una tasa de 74.4 por 100.000 habitantes, y con una mayor prevalencia en los hombres (66.8%) que en las mujeres. La tercera posición la ocupa el cáncer de tráquea, de los bronquios y del pulmón, con una tasa de mortalidad de 62.3 por 100.000 habitantes, esta situación guarda relación con el consumo de tabaco de forma activa o pasiva. En la mujer mayor de 60 años de edad resalta que el tumor maligno que más muertes causó, en el año 2000, fue el de mama, con una tasa de 27.2 por 100.000 habitantes. En segundo lugar, el cáncer de estómago, seguido muy de cerca por el cáncer de colon, del recto y del ano. En el caso del país, las campañas preventivas de toma de papanicolau en la mujer en edad fértil, han permitido una detección temprana del cáncer de cérvix. En el año 2000, ocupó la cuarta posición en frecuencia en la mujer, con una tasa de 42.3 por 100.000 habitantes. La enfermedad cerebro vascular mejor conocida como “derrame” constituye una lesión transitoria o permanente del cerebro, secundaria a una patología vascular previa. La importancia de las enfermedades cerebro vasculares radica en que representa la más común de las afecciones neurológicas y generalmente dejan secuelas de consideración debido a que ocasionan, en un 50% de los casos, pérdida total o parcial de la función del tejido nervioso cerebral, de igual manera, las enfermedades que afectan al corazón y/o al sistema circulatorio tienen como

característica común, la gravedad y las secuelas incapacitantes a las que conducen. En Panamá, en el año 2000, las enfermedades cerebro vasculares ocuparon la segunda causa de muerte, representando el 15.8% de todas las causas de muerte en este grupo de población, con una tasa de 453.3 por 100.000 habitantes. En comparación con los años 1998, 1999 y 2000 cuyas tasas estuvieron entre 482.8, 491.9 y 466.2 respectivamente, se evidencia una ligera tendencia al descenso. Estas enfermedades han prevalecido por igual en hombres y mujeres. El infarto agudo de miocardio ha tenido un comportamiento más o menos estable, ya que en los años 1998, 1999 y 2000 ha mantenido tasas alrededor de 265.5, 267.8 y 256.9 por 100.000 habitantes. La diabetes mellitus por su parte, representó la cuarta causa de muerte en el año 2000, con una prevalencia mayor en el sexo femenino (59.6%) con relación al masculino, y una tasa de 190.7 por 100.000 habitantes. Puede decirse que, las afecciones originadas en el menor de un año representan 44.5 años de vida perdidos por muerte prematura, aunque este no es el indicador que mejor refleja esta pérdida. Se destacan, entonces, los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias con 17.8 años; los tumores malignos con 7.0 años y las neumonías con 3.9 años. Las otras principales causas de muerte reflejan pérdidas entre 0 y 3 años de vida perdida por muerte prematura.

Según la lista de 80 grupos de causas del clasificador internacional de enfermedades (CIE-10), entre las principales causas de muerte, encontramos los tumores (neoplasias) malignos que conforman el 15.8% del total de defunciones, las enfermedades cerebrovasculares 8.5%, las causas externas 8.0%, las enfermedades isquémicas del corazón 7.7% y las otras enfermedades del corazón el 6.5%. En

comparación al 2015, los tumores malignos disminuyeron en 0.9 puntos porcentuales, interrumpiendo la tendencia de los últimos dos años; mientras que las causas externas, disminuyeron en 0.6 puntos porcentuales.

Las cinco principales causas de muerte al 2016, fueron las siguientes:

- 1) Tumores, (neoplasias) malignos.
- 2) Enfermedades cerebrovasculares.
- 3) Accidentes, lesiones autos infligidos, agresiones y otra violencia.
- 4) Enfermedades isquémicas del corazón.
- 5) Otras enfermedades del corazón.

En cuanto al entorno familiar de las personas adultas mayores en Panamá, tenemos que la familia sigue siendo, la principal estructura de apoyo de las personas adultas mayor del total de esta población, el 47% vive en hogares extensos, el 31% en hogares nucleares, el 21% en los hogares unipersonales y solo un 1% vive en hogares compuestos. Los reajustes familiares encaminan al adulto(a) mayor a vivir en familias extensas y, por lo general, de grandes tamaños; esto en muchas ocasiones trae como consecuencia que los otros miembros de la familia dependan económicamente de ellos, especialmente si son los o las jefes de familia. Según el último censo de 2000, el 25.1% de los hogares panameños tienen como jefe a una persona de 60 y más años de edad, que viven especialmente en los hogares nucleares biparentales con o sin hijos. Llama la atención el hecho que a partir de los 65 y más años de edad se da la mayor proporción de jefes de hogares, tanto en hombres como en mujeres. Se observó que tomando en cuenta el sexo del jefe de hogar y las personas que viven con él o ella, hay una mayor tendencia de estas personas a vivir con jefes de hogar mujeres, lo

que se explica por el hecho de que en las mujeres se presenta con mayor incidencia la situación de la viudez, así como además ellas tienden a ser más protegidas por sus familiares que los hombres.

Las cifras indican que entre los adultos(as) mayores, los hijos(as) tienden a vivir más con sus madres (28.2%), que con sus padres (27.7%); pero, aún más revelador es la relevancia que tiene la convivencia de nietos(as) o biznietos(as) con sus abuelas (27.2%) que con sus abuelos (18.4%), lo que puede representar un mayor peso económico para las primeras. En cuanto al estado conyugal es notorio que a partir de los 60 y más años de edad se pueden ver diferencias claras, según sexo, en particular en la incidencia de los casados (44.7%) para los hombres y (30.1. %) para las mujeres, y en la viudez (10.3%) son hombres y (31.8%) son mujeres. Lo anterior puede ser consecuencia de pautas culturales en cuanto al matrimonio; los hombres, una vez divorciados, separados o viudos vuelven a buscar parejas y la mujer prefiere quedarse sola cuidando a sus hijos. El mayor porcentaje de viudez entre las mujeres, es consecuencia de la mortalidad diferencial por sexo, pero también igual, que en el caso anterior puede ser producto de la influencia de tradiciones y costumbres familiares en torno a la figura del matrimonio. Lo anterior agrega otro factor de riesgo a este grupo, ya que muchas de ellas viven en condiciones desfavorables en la última etapa de su ciclo de vida y se enfrentan a necesidades básicas y a carencias afectivas, aparte del deterioro en el aspecto económico, ya que no cuentan con pensiones de jubilación y se ven forzadas a desarrollar estrategias de sobrevivencia o en caso contrario tienen que vivir dependiendo económicamente de sus hijos(as) u otros familiares. Un grupo de especial interés es la población adulta mayor soltera,

especialmente los hombres (11.2%), se supone que ellos cuentan con menos recursos familiares y de apoyo económico para atender sus necesidades específicas, en particular los aspectos de salud. Esto sin tocar la parte emocional que igualmente se ve comprometida y que se refleja en el número de hombres adultos mayores viviendo solos, en la calle, en asilos o instituciones de asistencia. El 11.4% de los hombres adultos mayores solteros se encuentran dentro del rango de edad de 60 a 74 años. En cuanto a la mujer soltera, esta representa el 9.0% de la mujer adulta mayor y con relación a los rangos de edad se observa que el mayor porcentaje está entre las mujeres de 75 y más años de edad. Cabe resaltar que en nuestro medio la mujer adulta mayor soltera tiene una ventaja con respecto al hombre en iguales condiciones y es que en la mayoría de los casos vive en compañía de familiares que le brindan protección y afecto, situación que no siempre sucede con los hombres. De manera general, y sin entrar en detalles, el comportamiento de la situación conyugal entre el área urbana y rural, ha mostrado que la mayor incidencia de divorcio o separación entre las adultas mayores se da en el área urbana. Esta situación guarda relación con el aumento de la participación laboral de la mujer urbana, e igualmente, puede ser consecuencia de que la mujer rural tiene menos acceso a la educación y a la información, lo que le dificulta la toma de decisiones en un momento dado. Según el Censo de 2000, un total de 3,673 personas adultas mayores viven en viviendas colectivas, de las cuales solo el 0.4% vive en asilos. Es decir, hay una baja proporción de adultos(as) mayores institucionalizados(as), si se compara con la población total de esta edad en el país.

En relación con los hospitales, clínicas, sanatorios y hospitales psiquiátricos se observa un patrón de morbilidad acentuado, propio de la etapa envejeciente, especialmente en las mujeres. En el país hay 34 instituciones de Protección Familiar y de Atención a la población adulta mayor, de las cuales, 12 son subsidiadas por el Estado a través del MIDES, y 23 son de carácter privado. Actualmente, en las instituciones subsidiadas por el Estado hay 843 adultos(as) mayores: 491 hombres y 352 mujeres. En cuanto a la población atendida en las instituciones privadas hay un total de 451 personas: 235 del sexo masculino y 216 del sexo femenino¹⁴

2.4.13 Enfermedades crónicas de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar.

En el Centro de Salud Cirilo Escobar, nos encontramos que la población de adultos mayores padece de diversas enfermedades crónicas.

Los ancianos constituyen un grupo de riesgo en algunas enfermedades que suelen estar relacionadas precisamente con el envejecimiento.

Consideramos enfermedades crónicas aquellas de larga duración que progresan de forma lenta y aunque cualquier persona puede desarrollar una enfermedad de este tipo, independientemente de la edad que tenga, estas son más comunes en los ancianos.

Entre las enfermedades más frecuentes atendidas a los adultos mayores, en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en el corregimiento de Escobal de la provincia

¹⁴ Informe sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores en Panamá.

de Colón, durante el año 2018, podemos mencionar: hipertensión arterial (13), diabetes mellitus y artritis (31), alzheimer (30), demencia senil y Parkinson (7).

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La necesidad de datos cuantitativos y cualitativos más precisos sobre la problemática que afronta la población mayor de edad, especialmente, la que se atiende en el Centro de Salud Cirilo Escobar del corregimiento de Escobal, en la provincia de Colón, nos llevó a diseñar y a realizar este trabajo. Los hallazgos de este estudio que analizaremos a continuación resultarán de gran importancia y servirán de base para el diseño de una estrategia integral de intervención, especialmente dentro del contexto familiar.

Para este trabajo se aplicaron 80 encuestas a la población meta y se complementó con la organización de algunos grupos focales, que sirvieron para corroborar y complementar la información, a fin de evitar sesgo.

A continuación, pasamos a describir cada una de las variables estudiadas:

3.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

3.1.1. Género de la población adulta mayor.

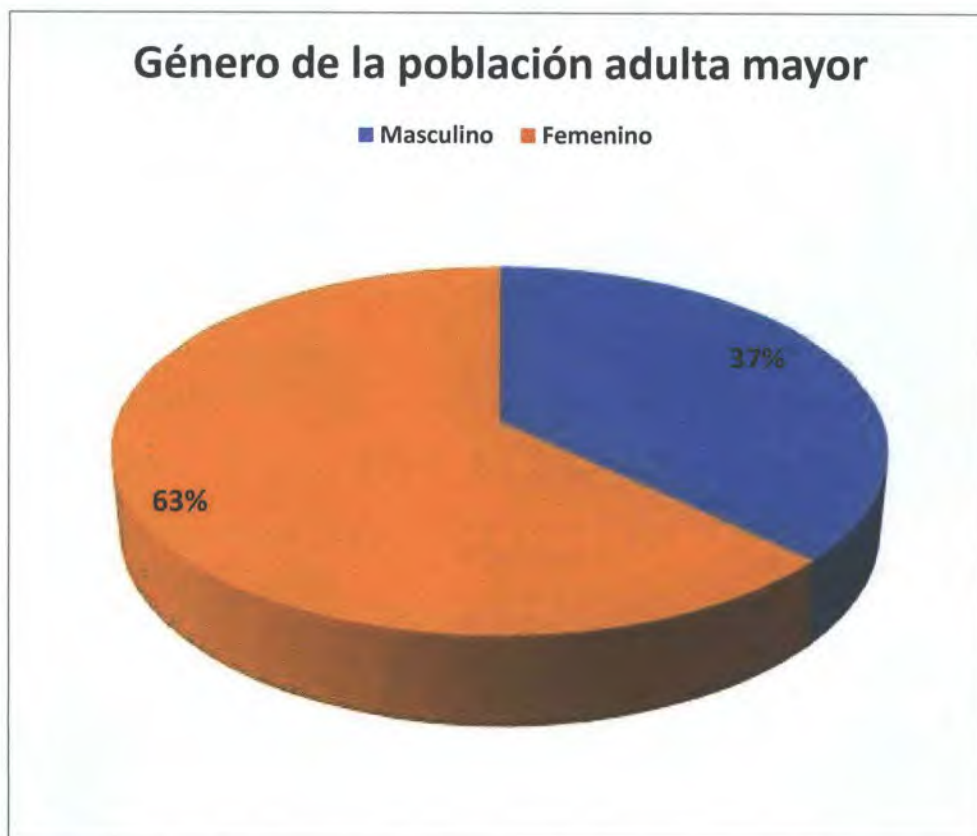
Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que lo definen como masculino y femenina. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural con la que se nace.

CUADRO #1. GÉNERO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

GÉNERO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	CANTIDADES	PORCENTAJES
Masculino	30	37.0
Femenina	51	63.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #1. GÉNERO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El cuadro y la gráfica nos muestran que el género mayoritario de la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud Cirilo Escobar del corregimiento de Escobal, en la provincia de Colón, es la del sexo femenino.

3.1.2 Edad

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

CUADRO #2. EDADES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

AÑOS	CANTIDADES	PORCENTAJES
55 a 65	13	16.0
66 a 76	31	38.0
77 a 87	30	37.0
88 y Más	7	9.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #2. EDADES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Los datos recabados en esta pregunta, nos refleja que la edad que más sobresale entre los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar, en el corregimiento de Escobal, en la provincia de Colón, es la que corresponde de 66 a 76 años, muy seguido de las de 77 a 87 años.

3.1.3 Programa que le permita a los adultos mayores tener acceso a los servicios de salud

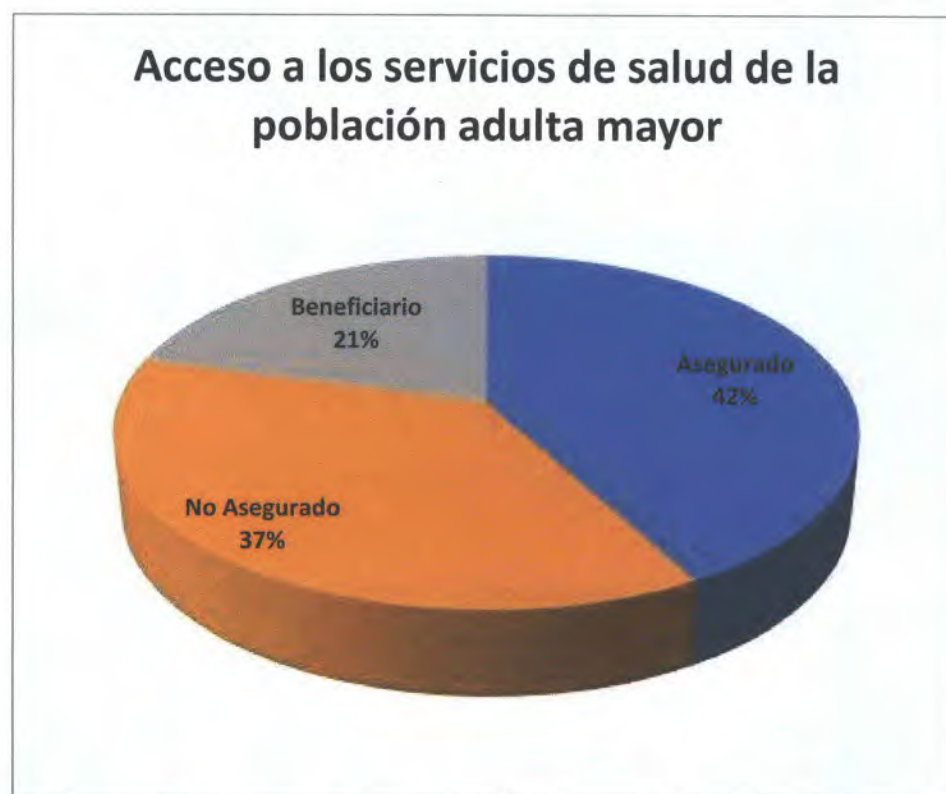
Acceso a los servicios de salud.

CUADRO #3. LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, TIENEN ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, AÑO 2018.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Asegurados	34	42.0
No asegurados	30	37.0
Beneficiarios	17	21.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #3. LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, TIENEN ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Los datos de esta gráfica nos demuestran que el 42% de la población de los adultos mayores participantes de este estudio son asegurados, mientras que el 21% son beneficiarios; lo que nos indica que reciben los beneficios que otorga la Caja de Seguro Social a dicha población, sin embargo, existe un grupo considerable que no recibe los mismos y alcanzan el 37%.

3.1.4 Estado Civil

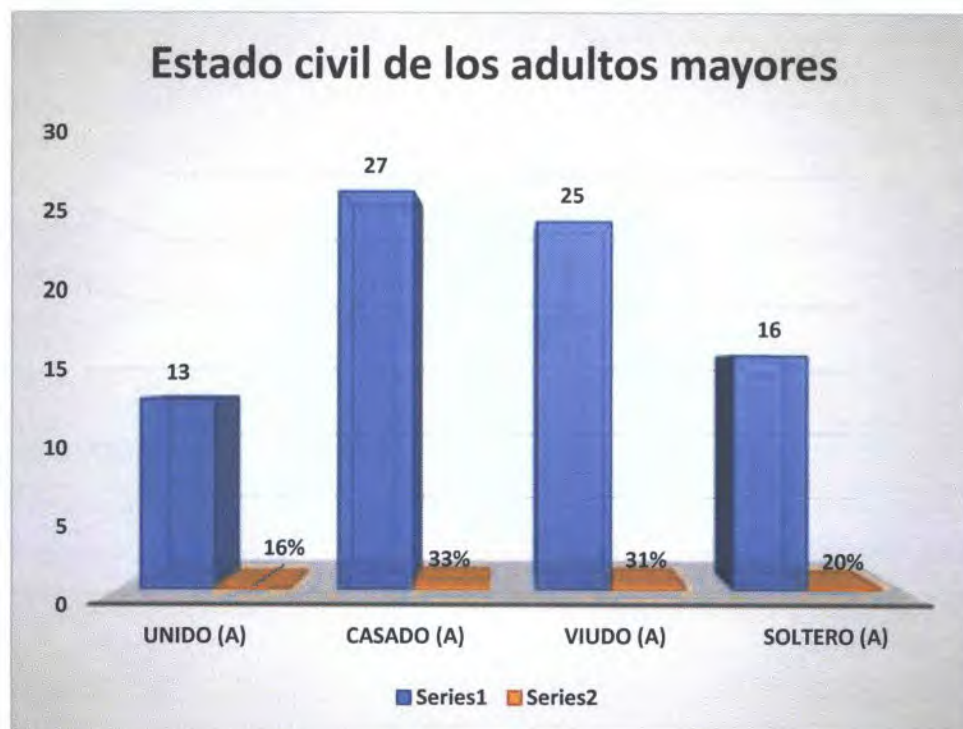
Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

CUADRO #4. ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

ESTADO CIVIL	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Unido (a)	13	16.0
Casado (a)	27	33.0
Viudo (a)	25	31.0
Soltero (a)	16	20.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #4. ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Los resultados de esta pregunta reflejan que el 33% de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Cirilo Escobar tienen como estado civil, el estar casado (a); mientras que el 31% es viudo (a); otro 16% es soltero (a) y un último 13% refleja que está unido (a).

3.2 COMPOSICIÓN FAMILIAR

3.2.1. Núcleo familiar

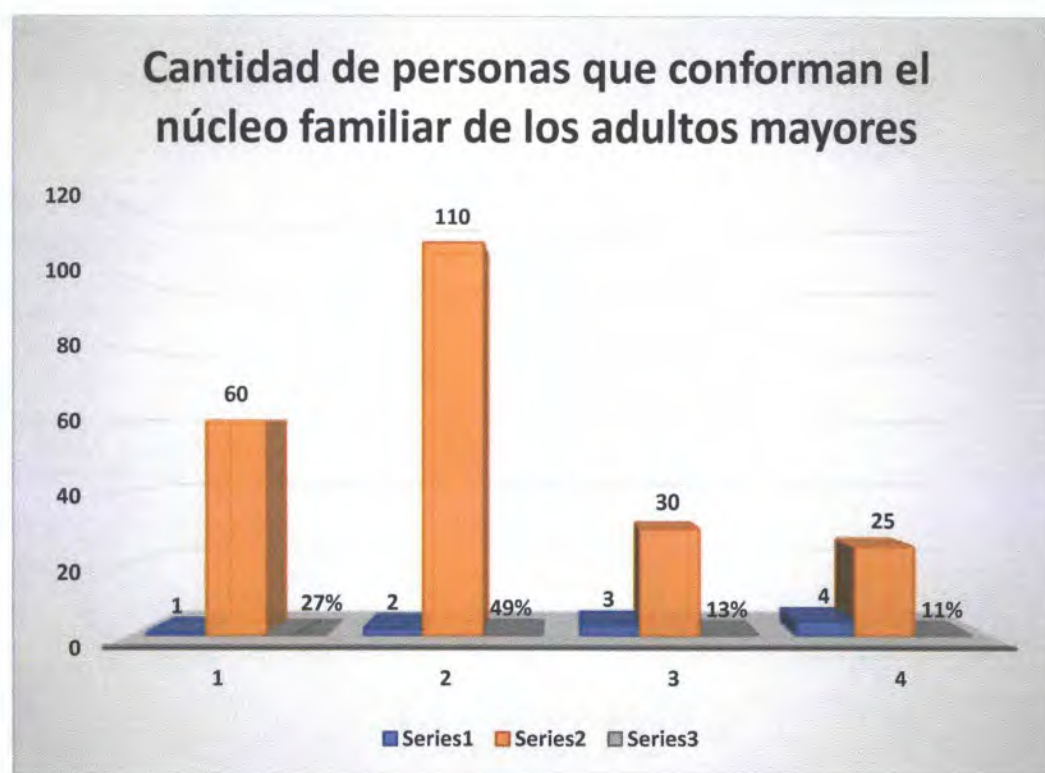
Es la familia conviviente formada por los miembros de un único núcleo familiar, el grupo formado por los padres y sus hijos.

CUADRO #5. CANTIDAD DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL NÚCLEO FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

CANTIDAD DE PERSONAS QUE CONFORMAN SU NÚCLEO FAMILIAR	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	225	100.0
Uno	60	27.0
Dos	110	49.0
Tres	30	13.0
Cuatro	25	11.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #5. CANTIDAD DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL NÚCLEO FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Los resultados de esta pregunta nos muestran que el núcleo familiar de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Escobal, en la provincia de Colón, mayoritariamente está compuesto por dos personas la cual representan un 49%, sin embargo, hay un 27% que está conformado por una sola persona.

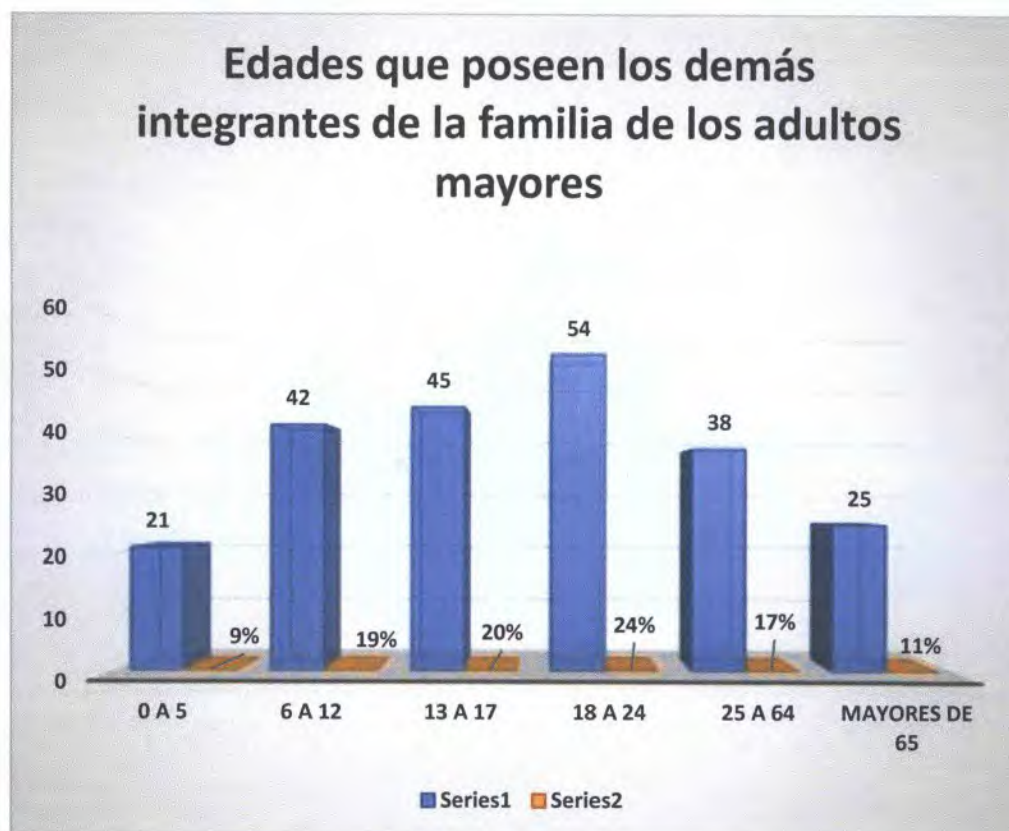
3.2.2 Edades de los demás integrantes de la familia

CUADRO #6. EDADES QUE POSEEN LOS DEMÁS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE LOS ADULTOS MAYORES, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

EDADES QUE POSEEN LOS DEMÁS INTEGRANTES DE SU FAMILIA	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	225	100.0
0 a 5	21	9.0
6 a 12	42	19.0
13 a 17	45	20.0
18 a 24	54	24.0
Mayores de 65	25	11.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #6. EDADES QUE POSEEN LOS DEMÁS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE LOS ADULTOS MAYORES, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Esta gráfica nos revela que las edades que predominan entre los demás de la familia de los adultos mayores, es de 18 a 24 años con un 24%, seguida por las de 13 a 17 con un 20% y de 6 a 12 años con un 19%; mientras que las puntuaciones más bajas la obtuvieron los mayores de 65 con un 11% y de 0 a 5 años con un 9%.

3.2.3 En el hogar de los adultos mayores, se toman decisiones para cosas importantes de la familia

CUADRO #7. EN EL HOGAR DE LOS ADULTOS MAYORES SE TOMAN DECISIONES PARA COSAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA, AÑO 2018.

SE TOMAN DE DECISIONES IMPORTANTES EN FAMILIA	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Casi nunca	0	0.0
Pocas veces	30	37.0
A veces	45	56.0
Muchas veces	6	7.0
Casi siempre	0	0.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #7. SE TOMAN DECISIONES PARA COSAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El resultado de esta pregunta muestra que en el hogar de los adultos mayores se toman decisiones para cosas importantes de la familia, en un 56% a veces.

3.2.4 En la casa de los adultos mayores predomina la armonía

CUADRO #8. EN LA CASA DE LOS ADULTOS MAYORES PREDOMINA LA ARMONÍA, AÑO 2018.

EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES PREDOMINA LA ARMONÍA	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Casi nunca	0	0.0
Pocas veces	0	0.0
A veces	34	42.0
Muchas veces	38	47.0
Casi siempre	9	11.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRAFICA #8. EN LA CASA DE LOS ADULTOS MAYORES PREDOMINA LA ARMONÍA, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

En la casa de los adultos mayores respondieron los entrevistados que predomina la armonía, muchas veces en un 47%.

3.2.5 En casa de los adultos mayores, la familia de cada uno cumple con sus responsabilidades

CUADRO #9. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, LA FAMILIA DE CADA UNO CUMPLE CON SUS RESPONSABILIDADES, AÑO 2018.

EN LA FAMILIA CADA UNO CUMPLE CON SUS RESPONSABILIDADES	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Casi nunca	58	72.0
Pocas veces	12	15.0
A veces	6	7.0
Muchas veces	5	6.0
Casi siempre	0	0.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #9. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, LA FAMILIA DE CADA UNO CUMPLE CON SUS RESPONSABILIDADES, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 72% de los entrevistados respondió que, casi nunca, en casa de los adultos mayores la familia de cada uno cumple con sus responsabilidades

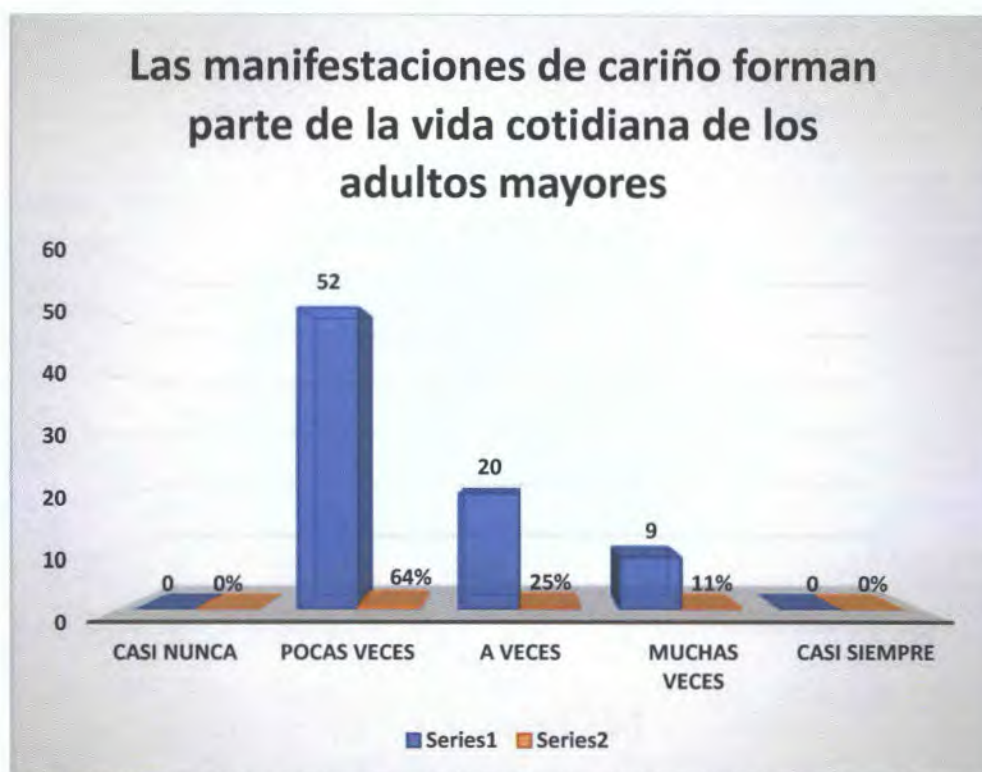
3.2.6 En casa de los adultos mayores, las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana

CUADRO #10. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, LAS MANIFESTACIONES DE CARIÑO FORMAN PARTE DE SU VIDA COTIDIANA, AÑO 2018.

LAS MANIFESTACIONES DE CARIÑO FORMAN PARTE DE SU VIDA COTIDIANA	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100%
Casi nunca	0	0%
Pocas veces	52	64%
A veces	20	25%
Muchas veces	9	11%
Casi siempre	0	0%

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #10. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, LAS MANIFESTACIONES DE CARIÑO FORMAN PARTE DE SU VIDA COTIDIANA, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 64% de los entrevistados respondió que, pocas veces, en el hogar hay manifestaciones de cariño en la vida cotidiana de los adultos mayores.

3.2.7. En el hogar de los adultos mayores nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa

CUADRO #11. EN EL HOGAR DE LOS ADULTOS MAYORES, NOS EXPRESAMOS SIN INSINUACIONES, DE FORMA CLARA Y DIRECTA, AÑO 2018.

NOS EXPRESAMOS SIN INSINUACIONES, DE FORMA CLARA Y DIRECTA	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100%
Casi nunca	3	4%
Pocas veces	48	59%
A veces	20	25%
Muchas veces	10	12%
Casi siempre	0	0%

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #11. EN EL HOGAR DE LOS ADULTOS MAYORES, NOS EXPRESAMOS SIN INSINUACIONES, DE FORMA CLARA Y DIRECTA, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 59% de los participantes de esta investigación respondió que, pocas veces, en su hogar se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa.

3.2.8. En casa de los adultos mayores, se puede aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos

CUADRO #12. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, SE PUEDE ACEPTAR LOS DEFECTOS DE LOS DEMÁS Y SOBRELLEVARLOS, AÑO 2018.

PODEMOS ACEPTAR LOS DEFECTOS DE LOS DEMÁS Y SOBRELLEVARLOS	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Casi nunca	0	0.0
Pocas veces	4	5.0
A veces	8	10.0
Muchas veces	52	64.0
Casi siempre	17	21.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #12. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, SE PUEDE ACEPTAR LOS DEFECTOS DE LOS DEMÁS Y SOBRELLEVARLOS, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 52% de los participantes de esta investigación respondió que, muchas veces, en casa de los adultos mayores se aceptan los defectos de los demás y sobrellevan.

3.2.9 En casa de los adultos mayores, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes

CUADRO #13. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, TOMAMOS EN CONSIDERACIÓN LAS EXPERIENCIAS DE OTRAS FAMILIAS ANTE SITUACIONES DIFERENTES, AÑO 2018.

TOMAMOS EN CONSIDERACIÓN LAS EXPERIENCIAS DE OTRAS FAMILIAS ANTE SITUACIONES DIFERENTES	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100%
Casi nunca	62	77%
Pocas veces	10	12%
A veces	9	11%
Muchas veces	0	0%
Casi siempre	0	0%

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #13. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, TOMAMOS EN CONSIDERACIÓN LAS EXPERIENCIAS DE OTRAS FAMILIAS ANTE SITUACIONES DIFERENTES, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 77% de los entrevistados respondió que, casi nunca, en casa de los adultos mayores se toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.

3.2.10 En casa de los adultos mayores, cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan

CUADRO #14. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE UN PROBLEMA LOS DEMÁS AYUDAN, AÑO 2018.

CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE UN PROBLEMA LOS DEMÁS AYUDAN	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Casi nunca	0	0.0
Pocas veces	25	31.0
A veces	35	43.0
Muchas veces	15	19.0
Casi siempre	6	7.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #14. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE UN PROBLEMA LOS DEMÁS AYUDAN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 43% de los entrevistados comentó que, a veces, cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.

3.2.11 En casa de los adultos mayores, se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.

CUADRO #15. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, SE DISTRIBUYEN LAS TAREAS DE FORMA QUE NADIE ESTÉ SOBRECARGADO, AÑO 2018..

SE DISTRIBUYEN LAS TAREAS DE FORMA QUE NADIE ESTE SOBRECARGADO	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Casi nunca.	0	0.0
Pocas veces	0	0.0
A veces	0	0.0
Muchas veces	55	68.0
Casi siempre	26	32.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #15. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, SE DISTRIBUYEN LAS TAREAS DE FORMA QUE NADIE ESTÉ SOBRECARGADO, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 68% de los participantes de esta investigación respondió que, muchas veces, en casa de los adultos mayores se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.

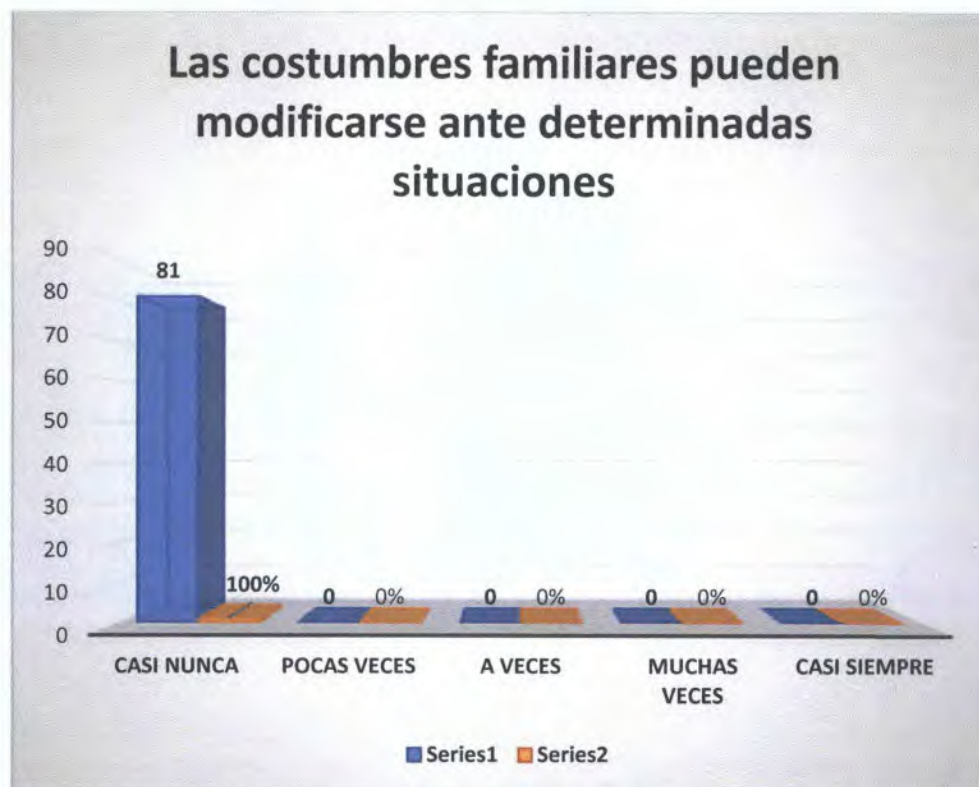
3.2.12 En casa de los adultos mayores, las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

CUADRO #16. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, LAS COSTUMBRES FAMILIARES PUEDEN MODIFICARSE ANTE DETERMINADAS SITUACIONES, AÑO 2018.

LAS COSTUMBRES FAMILIARES PUEDEN MODIFICARSE ANTE DETERMINADAS SITUACIONES	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100%
Casi nunca	81	100.0
Pocas veces	0	0.0
A veces	0	0.0
Muchas veces	0	0.0
Casi siempre	0	0.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #16. LAS COSTUMBRES FAMILIARES PUEDEN MODIFICARSE ANTE DETERMINADAS SITUACIONES, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 100% de los entrevistados respondió que, casi nunca, las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

3.2.13 En casa de los adultos mayores, podemos conversar diversos temas sin temor

CUADRO #17. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, PODEMOS CONVERSAR DIVERSOS TEMAS SIN TEMOR, AÑO 2018.

PODEMOS CONVERSAR DIVERSOS TEMAS SIN TEMOR	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Casi nunca	0	0.0
Pocas veces	70	86.0
A veces	11	14.0
Muchas veces	0	0.0
Casi siempre	0	0.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #17. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, PODEMOS CONVERSAR DIVERSOS TEMAS SIN TEMOR, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 86% de los participantes de este estudio respondió que pocas veces, en la casa de los adultos mayores, se puede conversar sobre diversos temas sin temor.

3.2.14 En casa de los adultos mayores, ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas

CUADRO #18. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, ANTE UNA SITUACIÓN FAMILIAR DIFÍCIL SOMOS CAPACES DE BUSCAR AYUDA EN OTRAS PERSONAS, AÑO 2018.

ANTE UNA SITUACIÓN FAMILIAR DIFÍCIL SOMOS CAPACES DE BUSCAR AYUDA EN OTRAS PERSONAS	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Casi nunca	46	57.0
Pocas veces	30	37.0
A veces	5	6.0
Muchas veces	0	0.0
Casi siempre	0	0.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #18. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, ANTE UNA SITUACIÓN FAMILIAR DIFÍCIL SOMOS CAPACES DE BUSCAR AYUDA EN OTRAS PERSONAS, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 57% de los entrevistados respondió que casi nunca, en casa de los adultos mayores, ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

3.2.15 En casa de los adultos mayores, los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar

CUADRO #19. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, LOS INTERESES Y NECESIDADES DE CADA CUAL SON RESPETADOS POR EL NÚCLEO FAMILIAR, AÑO 2018.

LOS INTERESES Y NECESIDADES DE CADA CUAL SON RESPETADOS POR EL NUCLEO FAMILIAR	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Casi nunca	0	0.0
Pocas veces	0	0.0
A veces	0	0.0
Muchas veces	60	74.0
Casi siempre	21	26.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #19. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, LOS INTERESES Y NECESIDADES DE CADA CUAL SON RESPETADOS POR EL NÚCLEO FAMILIAR, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 74% de los participantes de esta investigación comentó que, muchas veces, en la casa de los adultos mayores los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.

3.2.16 En casa de los adultos mayores, nos demostramos el cariño que nos tenemos

CUADRO #20. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, NOS DEMOSTRAMOS EL CARIÑO QUE NOS TENEMOS, AÑO 2018.

NOS DEMOSTRAMOS EL CARIÑO QUE NOS TENEMOS	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Casi nunca	38	47.0
Pocas veces	42	52.0
A veces	1	1.0
Muchas veces	0	0.0
Casi siempre	0	0.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #20. EN CASA DE LOS ADULTOS MAYORES, NOS DEMOSTRAMOS EL CARIÑO QUE NOS TENEMOS, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 52% de los entrevistados respondió que pocas veces en casa de los adultos mayores se demuestra el cariño que la familia se tiene.

3.3 ESCOLARIDAD.

Periodo de asistencia a un centro escolar

3.3.1 Nivel educativo de los adultos mayores

Grado de escolarización alcanzado por la población meta

CUADRO #21. NIVEL DE ESTUDIO ALCANZADO POR LOS ADULTOS MAYORES, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS ENTREVISTADOS	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Sin escolaridad	12	15.0
Primaria completa	34	42.0
Primaria incompleta	30	37.0
Secundaria completa	0	0.0
Secundaria incompleta	3	4.0
Universitarios	2	2.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #21. NIVEL DE ESTUDIO ALCANZADO POR LOS ADULTOS MAYORES, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR DE LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Los resultados de esta pregunta reflejan que abrumadoramente con un 42% la población objeto de este estudio manifiesta que solo alcanzó en culminar sus estudios primarios completos; sin embargo, hay un 37% que no los completó, también nos indica que hay un 15% que se quedó sin escolaridad, mientras que un 4% no completó su secundaria y solo el 2% realizó estudios universitarios.

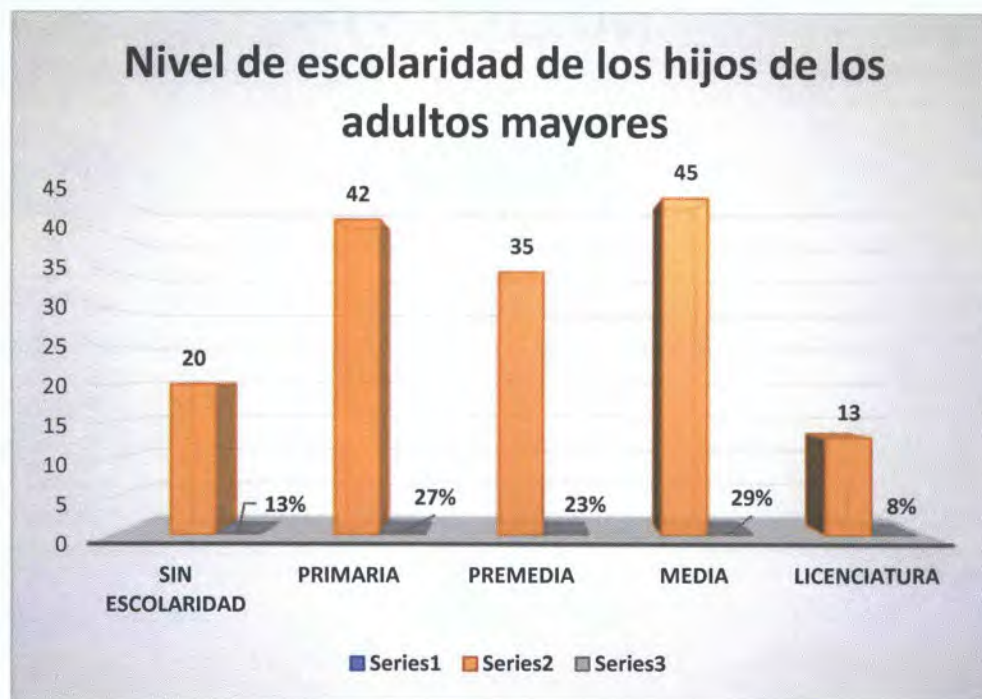
3.2.2 Nivel educativo de los hijos de los adultos mayores

CUADRO # 22. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS DE LOS ADULTOS MAYORES, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE SUS HIJOS	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	155	100.0
Sin escolaridad	20	13.0
Primaria	42	27.0
Premedia	35	23.0
Media	45	29.0
Licenciatura	13	8.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #22. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS DE LOS ADULTOS MAYORES, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Los resultados de esta pregunta reflejan que el 29% de los hijos de los adultos mayores se encuentran estudiando en la media, mientras que hay un 27% que lo hace en primaria y un 23% en la premedia; sin embargo, hay un 13% que se encuentra sin escolaridad y solo el 8% cursa estudios universitarios a nivel de licenciatura.

3.4 VIVIENDA

La vivienda es un área fundamental que garantiza protección a la familia, por ende, es importante que cualquier individuo tenga acceso a una vivienda adecuada que le garantice seguridad física, así como protección contra el frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento u otros riesgos para la salud y peligros estructurales.

3.4.1 Condición de la tenencia de la vivienda

CUADRO #23. CONDICIÓN DE LA TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

CONDICIÓN DE LA TENENCIA DE LA VIVIENDA	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Propia	66	81.0
Alquilada	0	0.0
Cedida	0	0.0
Invasores de terrero	15	19.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #23. CONDICIÓN DE LA TENENCIA DE LA VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El cuadro y la gráfica nos muestran que el 81% de los adultos mayores poseen casa propia, mientras que el 19% han obtenido su vivienda a través de la invasión de terrenos.

3.4.2 Tipo de materiales utilizados en la construcción de la vivienda

CUADRO #24. TIPO DE MATERIALES UTILIZADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

TIPO DE MATERIALES UTILIZADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Cemento	56	69.0
Madera	20	25.0
Zinc	5	6.0
Bambú	0	0.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #24. TIPO DE MATERIALES UTILIZADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR DE LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

La gráfica nos relata que el 69% de los adultos mayores tiene su casa construida de cemento, mientras que un 25% los tiene construido de madera; sin embargo, hay un 6% que los tiene elaborado con zinc.

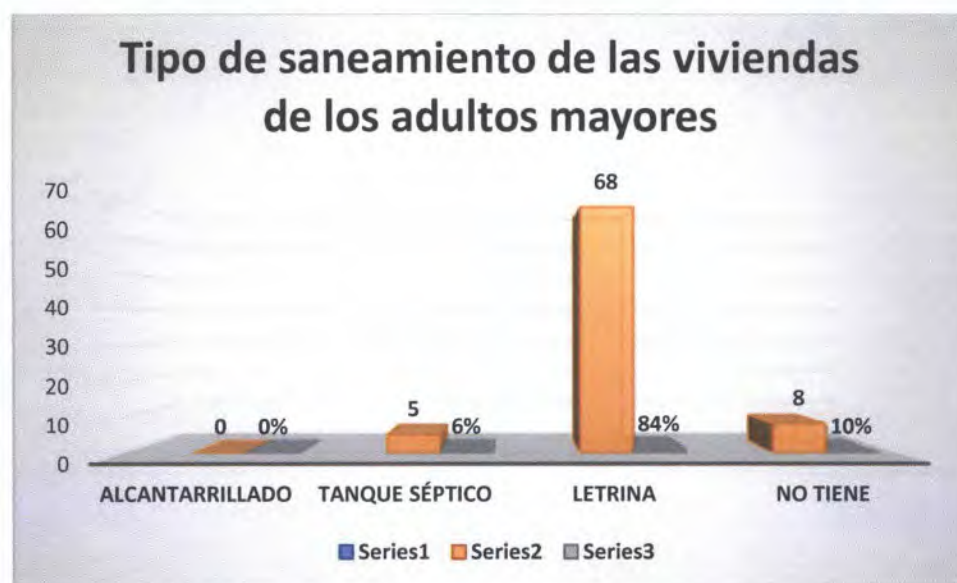
3.4.3 Método que emplea para el saneamiento de la vivienda

CUADRO #25. MÉTODO QUE UTILIZAN EN EL SANEAMIENTO DE SU VIVIENDA, LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

SANEAMIENTO DE LA VIVIENDA	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Alcantarillado	0	0.0
Tanque séptico	5	6.0
Letrina	68	84.0
No tiene	8	10.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #25. MÉTODO QUE UTILIZAN EN EL SANEAMIENTO DE SU VIVIENDA, LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 84% de los hogares de los adultos mayores que participan de este estudio, utiliza para el saneamiento de su vivienda, el sistema de letrinas; mientras que un 6% emplea tanque séptico y un 10% no tiene ningún sistema de saneamiento de la vivienda.

3.4.4 Distribución del agua potable en las viviendas de los adultos mayores

CUADRO #26. DISTRIBUCIÓN DEL AGUA POTABLE EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

DISTRIBUCIÓN DE AGUA	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
IDAAN	0	0.0
Acueducto rural	40	49.0
Carro cisterna	0	0.0
Pozo brocal	26	32.0
Ríos o quebradas	15	19.0
No tiene	0	0.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #26. DISTRIBUCIÓN DEL AGUA POTABLE EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 49% de las viviendas de los adultos mayores obtiene la distribución de agua potable a través del sistema de acueducto rural, mientras que el 32% lo hace por medio de los pozos, mientras que el 19% lo obtiene a través de los ríos o quebradas.

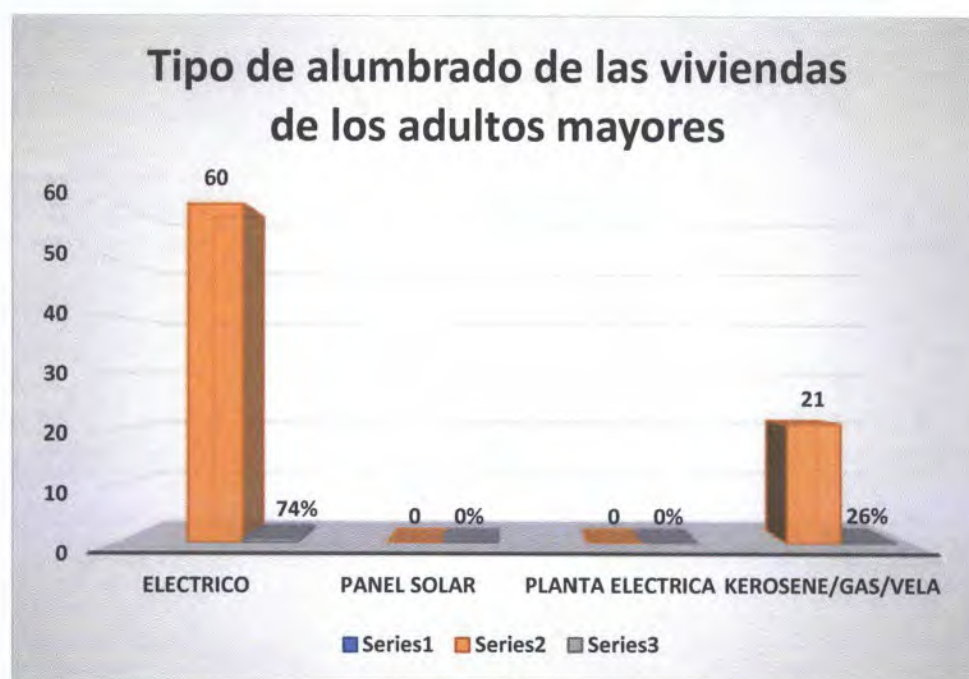
3.4.5 Tipo de alumbrado de las viviendas de los adultos mayores

CUADRO #27. TIPO DE ALUMBRADO QUE UTILIZAN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

TIPO DE ALUMBRADO	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Eléctrico	60	74.0
Panel solar	0	0.0
Planta eléctrica	0	0.0
Kerosene/gas/vela	21	26.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #27. TIPO DE ALUMBRADO QUE UTILIZAN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El cuadro y la gráfica de esta pregunta nos reflejan que el 74% de los adultos mayores que participan de este estudio, abastecen su vivienda con energía eléctrica, mientras que el 26% lo hace a través de kerosene/gas/vela.

3.5 SALUD

3.5.1 Principales enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores

CUADRO #28. ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE PADECEN LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LOS ADULTOS MAYORES	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Hipertensión arterial	13	16.0
Diabetes	23	28.0
Artritis	8	10.0
Alzheimer	30	37.0
Parkinson	7	9.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #28. ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE PADECEN LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Las principales enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores participantes de esta investigación son: el Alzheimer con 37%, la diabetes con 28%, la hipertensión arterial con 16%, la artritis con 10% y el Parkinson con un 9%.



3.6 NECESIDADES URGENTES DE LOS ADULTOS MAYORES

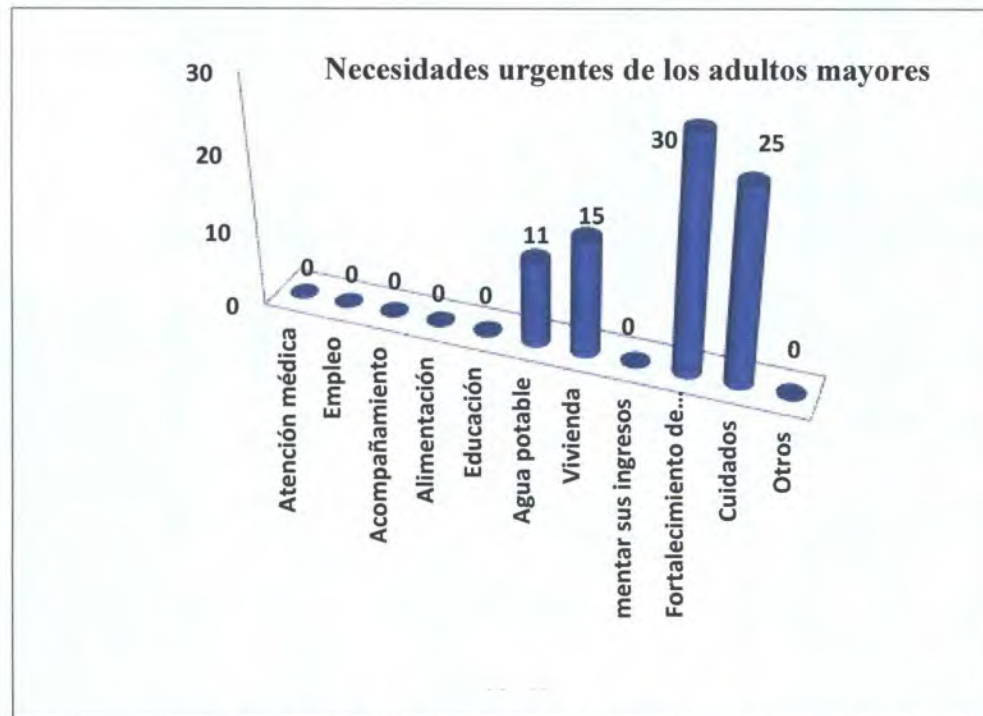
3.6.1 Tipo de necesidades, según su prioridad

CUADRO #29. TIPO DE NECESIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

NECESIDADES URGENTES DE LOS ADULTOS MAYORES	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Atención médica	0	0.0
Empleo	0	0.0
Acompañamiento	0	0.0
Alimentación	0	0.0
Educación	0	0.0
Agua potable	11	13.0
Vivienda	15	19.0
Aumentar sus ingresos	0	0.0
Fortalecimiento de lazos familiares	30	37.0
Cuidados	25	31.0
Otros	0	0.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #29. TIPO DE NECESIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

3.7 ASPECTOS ECONÓMICOS Y DE EMPLEO

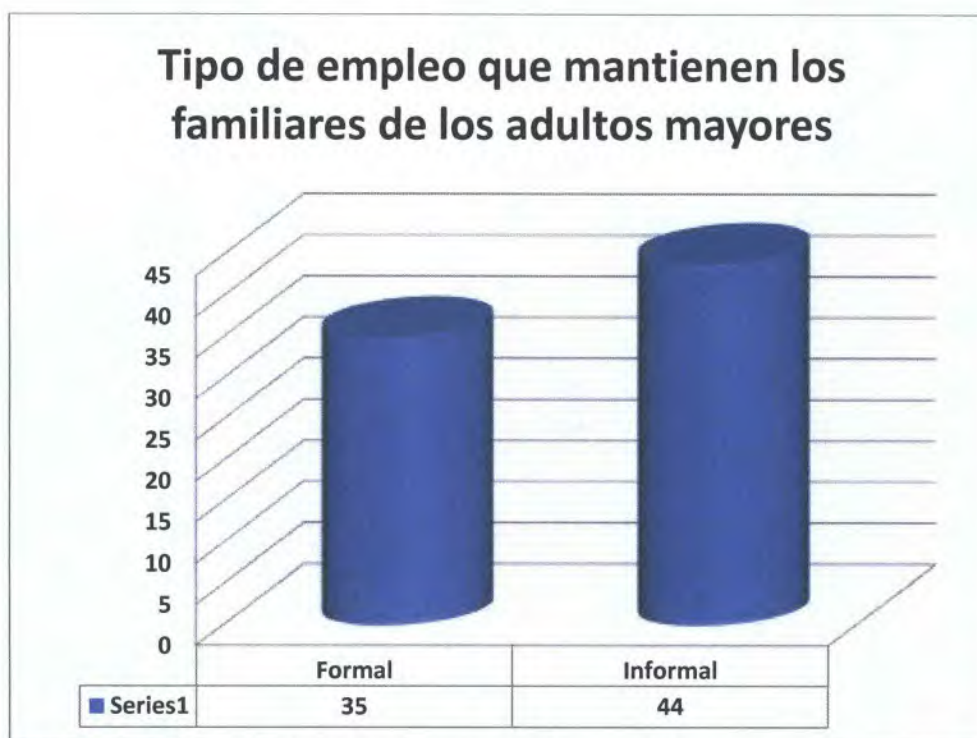
3.7.1 Tipo de empleo de los familiares de los adultos mayores.

CUADRO #30. TIPO DE EMPLEO DE LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

TIPO DE EMPLEO	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	79	100.0
Empleo formal	35	44.0
Empleo informal	44	56.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #30. TIPO DE EMPLEO DE LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN EL PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

El 56% de los familiares de los adultos mayores trabajan en el sector informal de la economía, mientras que el 44% lo hace a través del empleo formal.

3.7.2 Ingreso promedio semanal de los adultos mayores

CUADRO #31. INGRESO PROMEDIO SEMANAL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

INGRESO PROMEDIO SEMANAL	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Ninguno	5	6.0
1 a 49	20	25.0
50 a 150	30	37.0
151 a 300	15	19.0
301 a 500	6	7.0
Más de 500	5	6.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #31. INGRESO PROMEDIO SEMANAL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Los resultados a esta pregunta nos muestran que el ingreso promedio semanal de los adultos mayores es de 50 a 150 dólares con un 37%, sin embargo, hay un 25% que sobrevive con ingresos semanales de 1 a 49 dólares y un 19% lo hace con 151 a 300 dólares. El resto de los ingresos que reportan los adultos mayores caen en la escala de 301 a 500 dólares con un 7% y más de 500 con un 6% al igual de los que no reciben ingresos algunos con un 6%.

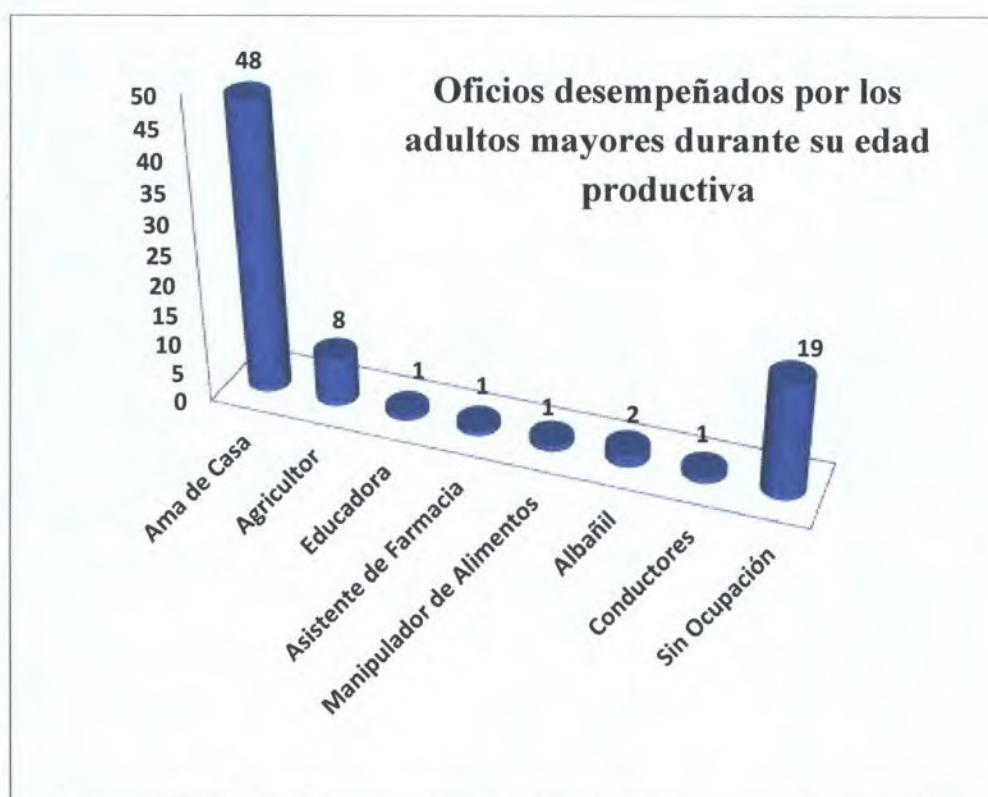
3.7.3 Oficios desempeñados por los adultos mayores durante su edad productiva

CUADRO #32. OFICIOS DESEMPENADOS POR LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, DURANTE SU EDAD PRODUCTIVA, AÑO 2018.

OFICIOS DESEMPENADOS DURANTE SU EDAD PRODUCTIVA	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
Ama de casa	48	59.0
Agricultor	8	10.0
Educadora	1	1.0
Asistente de farmacia	1	1.0
Manipulador de alimentos	1	1.0
Albañil	2	3.0
Conductos	1	1.0
Sin Ocupación	19	24.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #32. OFICIOS DESEMPEÑADOS POR LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, DURANTE SU EDAD PRODUCTIVA, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Las ocupaciones que los adultos mayores desempeñaron en su edad productiva fueron las siguientes: 48 se desempeñaron como ama de casa, 19 no tuvieron ocupación, 2 fueron albañiles, 1 educadora, 1 asistente de farmacia, 1 manipulador de alimentos y 1 conductor.

3.7.4 Procedencia de los ingresos de los adultos mayores

CUADRO #33. PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.

PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS DE LOS ADULTOS MAYORES	CANTIDADES	PORCENTAJES
TOTALES	81	100.0
120 a los 65	56	69.0
Ángel guardián	4	5.0
Dependencia familiar	15	19.0
Independiente	4	5.0
Pensionado	3	4.0

Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

GRÁFICA #33. PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIRILO ESCOBAR, EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 2018.



Fuente: Encuesta aplicada mediante entrevista a la población adulta mayor, que se atiende en el Centro de Salud, Cirilo Escobar, en la provincia de Colón, durante el mes de octubre de 2018.

Los resultados a esta pregunta nos reflejan que el 65% de los adultos mayores participantes de este estudio, pertenecen al programa de transferencia monetaria condicionada denominado 120 a los 65, el 19% depende de sus familiares, el 5% reciben ingresos del programa Ángel guardián, 5% obtienen ingresos de sus actividades independientes, 4% son pensionados y el 2% son jubilados.

3.8 Análisis de las preguntas elaboradas en los grupos focales.

3.8.1 ¿Cuál es la condición de salud de los adultos mayores con enfermedad crónica?

Análisis: Este estudio documenta que cuatro de cada cinco adultos mayores sufren de por lo menos una enfermedad crónica.

Si bien es cierto que la gran mayoría de esas enfermedades crónicas afectan a hombres y mujeres por igual, su distribución por sexo no es pareja. La osteoporosis, por ejemplo, es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre; mientras que las enfermedades del corazón (sobre todo alrededor de los 50 años) son más frecuentes en el hombre.

Este grupo de ancianos de manera global, manifiestan que padecen de diversas molestias de salud, expresan que se sienten bien, cada vez que tienen que ir a su cita médica y sobre todo enfatizan que la atención de los médicos es la mejor.

Durante la atención hacia este grupo de adultos mayores, percibí que los mismos llegan solos a sus controles de salud, en donde los médicos tienen que llamar a trabajo social para explicarles la condición de salud de los pacientes, de manera que puedan explicarles adecuadamente las instrucciones de los médicos a sus respectivos familiares. Es importante recalcar que, por la edad de los mismos, no deberían acudir solos a sus citas médicas, ya que el galeno en muchas ocasiones desea dialogar con los familiares sobre el estado de salud de los adultos mayores y lamentablemente no es posible.

3.8.2 ¿Cuáles son las necesidades que ustedes requieren de su familia?

Análisis: La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, es también la unidad básica de la enfermedad y la salud, ninguno de nosotros vive su vida solo, en la etapa adulta se comparte casi exclusivamente con los miembros de nuestra familia. Si bien es cierto que algunos aspectos de la experiencia vital son más individuales que sociales y otros más sociales que individuales no por ello, la vida deja de ser una experiencia compartida.

Los seres humanos son incapaces de defenderse por sí mismos, en esta etapa de sus vidas. Dependen totalmente de los demás en cuanto al alimento, el vestido y la protección. Además, a medida que se llega a la vida adulta, todos los individuos experimentan episodios de enfermedad, incapacidad y dependencia, durante ese tiempo la familia debe asumir la responsabilidad del cuidado y la protección de sus miembros.

La familia es responsable de satisfacer las necesidades esenciales del ser humano para su subsistencia, alimentación, salud, vivienda, vestuario y en general todo lo que contribuye a su bienestar, si la familia responde adecuadamente a estas responsabilidades que al principio deben ser compartidas por sus hijos o personas responsables de ellos y en el desenvolvimiento de la dinámica familiar y por otros familiares que conviven en el mismo hogar, contribuye al crecimiento y desarrollo armonioso de los hijos.

No hay duda que contribuir solo a la supervivencia física, no es suficiente para lograr la formación de personalidades capaces de enfrentar correctamente las

experiencias que la propia dinámica familiar y social va presentando al individuo a lo largo de su existencia.

Las conclusiones a la que llegamos sobre las principales necesidades que requieren los adultos mayores participantes en los grupos focales son:

- a) Que siempre sean acompañados por un familiar cuando acudan a sus citas médicas.
- b) Suministrarles la debida orientación a los familiares sobre los cuidados y atención que se tienen que tener con ellos.

3.8.3 ¿Cuál es la dinámica familiar de sus familiares?

Análisis: Actualmente la sociedad está en una búsqueda insaciable de valores monetarios.

Esto lleva a los jefes de familia a pasar varias horas trabajando para tener esa estabilidad económica tan necesaria para lograr hasta cierto punto, el bienestar de cada uno de los integrantes de la familia.

Por medio del trabajo, algunos casi esclavizantes, los padres de familia logran la estabilidad económica, pero al precio de descuidar el hogar, a las personas dependientes de ellos, incluyendo a los hijos y en ocasiones, como es en el caso de las familias extensas, a sus padres.

Primero, los abuelos pasan de ser jefes de familia que tengan que ver por sus hijos a ser dependientes de ellos. Luego, después de ellos haber concluido con la etapa de crianza con sus propios hijos, tienen que volver a hacerlo con sus nietos

a causa de la ausencia de los hijos en el hogar, dándole a los adultos mayores responsabilidades no propias de la etapa de vida en la que se encuentran.

3.8.4 ¿Qué espera usted de su familia?

Análisis: La familia es el soporte más sólido que puede tener el ser humano a cualquier edad, pero es en la senectud en la que esta presenta una significación especial. Por parte de la familia esta debe aprender a atender y, a la vez, a adaptarse a que su ser querido está viviendo la última etapa, que puede ser breve o prolongada de su vida.

El adulto mayor apto posee, por lo general, capacidad para mantenerse apropiadamente dentro del medio familiar, y puede armarse de sabiduría, optimismo y comprensión al igual que la familia para apoyar a ésta, participando en la toma de decisiones familiares, en la conservación de su salud y de la de los demás, así como en su integración a actividades sociales, laborales o de otro tipo que pueden ser de gran importancia para el desarrollo de la familia.

En este grupo focal, descubrimos que la mayoría de los adultos mayores, se sienten satisfechos con sus familiares y esperan se mantenga la relación que ellos tienen con los mismos.

La sociedad, la familia y el propio anciano sano necesitan de un estilo de vida en el cual estén presentes algunas orientaciones de salud como son:

Las restricciones psicosociales y físicas afectan el centro de la personalidad disminuyendo la autoestima, afectando la autoimagen, reforzando los sentimientos de pérdida, elevando el sentimiento de minusvalía social y con

incremento del aislamiento, la subestimación de sus capacidades, aun cuando estén conservadas y que tenga una gran experiencia social y laboral.

La familia es el primer y más importante nivel de apoyo al anciano, en ella nació, a ella se dedicó, por lo que, en ella, debe mantenerse durante su senectud. El apoyo emocional forma parte importante en la adaptación y superación de problemas de cualquier índole, la forma de lograrlo es escucharlos, comprenderlos mirándolos siempre de frente y a la misma altura, brindándoles algo de nuestro tiempo. Estas acciones tampoco cuestan y pueden resultar experiencias favorables para el que las realiza y las disfruta. La familia debe fomentar el eficiente descanso, el empleo de su tiempo libre, de sus actividades cotidianas, de su trabajo en concordancia con sus limitaciones y capacidad visual, auditiva y otras, ya que estas actividades beneficiarán su salud.

CAPÍTULO IV

**PROPUESTA PILOTO DE FORMACIÓN A LOS
FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS**

CAPÍTULO IV. PROPUESTA PILOTO DE FORMACIÓN A LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.

4.1 Propuesta piloto de formación a los familiares de los adultos mayores con enfermedades crónicas.

4.1.1 INTRODUCCIÓN

La República de Panamá, es uno de los países latinoamericanos que en pocos años se convertirá en envejecido. La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado nuestra pirámide poblacional, constituye una preocupación en los años venideros.

A pesar que esta situación es una preocupación, también es una necesidad a escala mundial, la cual requiere de una acción cooperativa y solidaria que, trazando políticas y estrategias nacionales e internacionales tiendan a materializar en forma afectiva la ayuda requerida.

En Panamá, en los últimos años, se ha venido desarrollando un arduo trabajo desde el punto de vista social, legislativo y de asistencia médica, que garantiza la salud, la asistencia social para los adultos mayores y el disfrute de una vejez con óptima calidad de vida.

La actual esperanza de vida, para el año 2018, se constituyó en 78,33 años, lo que coloca al país en una situación privilegiada dentro de los países latinoamericanos y al mismo tiempo señala la dedicación de recursos humanos y materiales que el Estado ha puesto al alcance de toda la población.

El hecho de que entre los años 2025 a 2050, se habrá incrementado esta población y que la Organización Mundial de la Salud (OMS), haya trazado metas importantes para la atención de los mismos, nos obliga, por así decirlo, a revisar y educar a nuestros actuales programas de atención al adulto mayor.

Si, además, añadimos que los nuevos conceptos gerontológicos denotan gran participación de la familia y la comunidad, dejando atrás los antiguos patrones de institucionalización, para ser usada cuando sea necesaria, llegaremos a la conclusión de que no existen suficientes recursos humanos que garanticen esta atención y que el Estado por sí solo no puede hacerse cargo de este incremento.

Actualmente las necesidades y demandas de los adultos mayores se han incrementado y las respuestas tradicionales resultan insuficientes.

La opción terapéutica en general para esta población continúa siendo la promoción de salud, la prevención de enfermedades y discapacidades.

La favorable estructura sociopolítica en el país constituye un potencial de ayuda para acondicionar todas estas premisas en un nuevo programa, que además de contemplar todo lo anterior fuera capaz de asegurar la participación activa de la familia, la comunidad, las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal debe ser, el adulto mayor.

Este programa, además de ofrecer aglutinación en favor del adulto mayor deberá ser aplicable en todos los niveles de atención, que incluyen no solo salud, sino

seguridad social, deportes, cultura, legislación, entre otros. De ahí la importancia de crear un novedoso sistema de atención integral al adulto mayor.

Queremos resaltar que el adulto mayor debe tener asistencia de una persona permanente, que vele por su bienestar y cuidado. El cuidador, debe ser provisto preferiblemente dentro del contexto familiar o en su defecto por una persona externa debidamente formada para el cuidado y la atención del mismo, es por ello, que planteamos la necesidad de impulsar un programa dedicado a estos menesteres.

4.1.2 UNIVERSO

La población a la que estará destinada nuestra propuesta piloto de formación a los familiares de los adultos mayores, estará dirigido a las damas de 55 años en adelante y los caballeros de 60 años o más con enfermedades crónicas.

4.1.3 PROPOSITO

Contribuir a elevar la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los sistemas de salud, mediante acciones de promoción, prevención y terapéutica integral incluyendo la rehabilitación, en íntima relación con los demás niveles intra e inter sectoriales de atención al adulto mayor, así como la participación activa de la familia.

4.1.4 OBJETIVOS

4.1.4.1 Objetivo General

Promover el bienestar de salud de los adultos mayores y la formación adecuada a las personas encargadas de su cuidado.

4.1.4.2 Objetivos Específicos:

1. Desarrollar la formación y capacitación de recursos humanos calificados en la atención integral al adulto mayor.
2. Mejorar la educación para la salud del adulto mayor durante su estancia en las instalaciones de salud y tras el egreso siempre que se considere necesario, útil y posible.

4.1.5 PREMISAS GENERALES

1. La actividad de la atención al adulto mayor debe ser secuente en todos los niveles hospitalarios y extrahospitalarios.
2. El trabajo médico social al adulto mayor ingresado debe ser realizado en equipo y dirigido tanto al paciente como a sus familiares.
3. La evaluación médico - social debe ser multidimensional.
4. La atención al ingresado debe ser integral y no concluye con el alta del paciente.

4.1.6 ACTIVIDADES

Objetivo No. 1. Desarrollar la formación y capacitación de recursos humanos calificados en la atención integral al adulto mayor.

1. Perfeccionar el programa docente de los educandos en pregrado promoviendo conocimientos y actitudes con respecto al envejecimiento, habilidades y actitudes en el área clínica.
2. Perfeccionar el programa docente de la residencia en gerontología y geriatría enfatizando en la rotación por las visitas domiciliarias.

3. Perfeccionar el programa docente en las especialidades de Médico General para que sea Integral y Medicina Interna con vista a darle mayor peso a los aspectos de gerontología y geriatría clínica.
4. Perfeccionar los programas docentes de las demás especialidades médico quirúrgicas e incorporando conocimientos en gerontología y geriatría.
5. Garantizar y mantener actualizados los conocimientos y habilidades necesarios en todo el personal que forma el equipo multidisciplinario.
6. Garantizar la capacitación del personal auxiliar que atiende a los adultos mayores.
7. En los hospitales que tengan geriatras o servicios de geriatría se deberán impartir cursos y adiestramientos para actualizar los conocimientos de todo el personal profesional, técnico y de servicio relacionado con la atención integral al adulto mayor.
8. Se deberán asimismo impartir cursos y adiestramientos para actualizar los conocimientos de los médicos de familia, así como profesionales y técnicos de las instituciones sociales.

Objetivo No. 2. Mejorar la educación para la salud del adulto mayor durante su estancia en las instalaciones de salud y tras el egreso siempre que se considere necesario, útil y posible.

1. Incrementar la educación en salud para los pacientes y familiares de los adultos mayores con enfermedades crónicas, que son ingresados en

las instalaciones de salud, mediante todas las técnicas posibles, principalmente la dinámica de grupo.

2. Establecer programas de capacitación a la familia de los adultos mayores en general y con graves impedimentos físicos y/o mentales en particular con la finalidad de que mejoren las características de la asistencia, por ellos brindados.
3. Incrementar en lo posible la información escrita sobre la promoción de salud, control y prevención de incapacidades para entregarla a los pacientes y sus familiares.
4. Mejorar por los medios masivos de difusión la educación para la salud de los adultos mayores y sus familiares, especialmente sobre la nocividad de la automedicación y las desventajas de la medicina tradicional.
5. Es necesario fomentar los encuentros intergeneracionales con objetivos educativos bien definidos.

Para culminar proponemos que la docencia a los familiares y cuidadores aborden temáticas como:

1. **Accesibilidad, soluciones y derechos en nuestra vida diaria:**

En esta sesión se analizarán las condiciones de rampas y ascensores accesibles, así como posibles alternativas, se indagará en la forma de solicitar medidas de accesibilidad en las comunidades o en los servicios públicos y privados y, por último, se tratará sobre la accesibilidad en la vivienda.

2. Aprender a envejecer, cómo afrontar los cambios:

Este tema abordaría, la importancia de descubrir, que cumplir años significa vivir, es de hecho la vida en estado puro. Sumar experiencias a la vida es motivo de orgullo y alegría. Podemos seguir viviendo muy a pesar de que cumplimos años, si nos sabemos cuidar un poquito más, algo que solo requiere unos minutos al día y un poco de fuerza de voluntad.

3. Aprender a fomentar la autonomía y la independencia en el domicilio:

En este tema, se haría el recorrido por las principales técnicas de comunicación para establecer la mejor relación de ayuda posible desde la escucha activa y la práctica de la empatía.

4. Conflictos familiares. ¿Cómo actuar cuando la pérdida nos distancia?

Adaptarse a los cambios que acompañan la progresiva dependencia de un miembro de la familia tiene ciertas dificultades. Es imprescindible contar con el aporte de todos, pero en ocasiones conciliar posiciones parece inalcanzable. Es necesario un facilitador de la comunicación, que genere un espacio en el que se pueda llegar a acuerdos.

5. Convivir con la depresión, entenderla para manejarla:

La depresión es uno de los trastornos más comunes entre la población, por lo que en muchos hogares se encuentran con la compleja situación de

convivir con personas deprimidas. Para facilitar esta tarea y mejorar la situación, es necesario comprender este problema.

6. Cómo adaptar nuestro sistema de salud a las personas mayores:

Este tema nos ayudará a analizar y conocer los problemas actuales del sistema de salud panameño y, posteriormente, a poder adaptar medidas y estrategias enfocadas a mejorar el sistema de salud para las personas mayores.

7. Cómo adecuar la vivienda para la persona en situación de dependencia:

En este tema, se abordaría un tema prioritario en la vida de aquellas personas en situación de dependencia: la vivienda y la importancia de adaptarla a esta población.

8. Cómo fomentar el envejecimiento saludable: Intervenciones preventivas.

Este tema pretende una aproximación a la realidad demográfica y sanitaria del momento, aborda el comportamiento de la enfermedad y sus distintas formas de expresión en las personas mayores, sugiere algunas estrategias e intervenciones preventivas para favorecer un envejecimiento activo y saludable.

CONCLUSIONES

Este estudio se basó en las “Necesidades y expectativas de apoyo familiar de los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, atendidos en el Centro de Salud Cirilo Escobar, distrito de Colón, provincia de Colón.

Los objetivos trazados durante esta investigación a nivel general y específicos fueron alcanzados satisfactoriamente.

Debido a la importancia del tema para esta población vulnerable y como a partir de los ajustes que se puedan realizar puede constituirse en el mejoramiento de la calidad de vida de la población meta, es de suma importancia que las acciones que se empleen alcancen a todas las personas que intervienen en el bienestar y cuidado de dicha población.

De acuerdo con las 80 encuestas realizadas a los adultos mayores con enfermedades crónicas, que se atienden en el Centro de Salud de Escobar Cirilo Escobar, se puede destacar que el 63% de la población entrevistada pertenecen al sexo femenino, mientras que el 37% al masculino; también se determinó que el 33% tiene un estado civil de casado. En cuanto a la edad, el 38% se encuentra en una edad que va de 66 a 76 años.

En lo referente a la escolaridad de los adultos mayores con enfermedades, el 42% respondió que tiene sus estudios de primaria completo. Su ingreso promedio semanal es de 50 a 150 dólares, según el 37% de los entrevistados que constituye la mayoría.

Nuestra encuesta arrojó que esta población en la provincia de Colón, se dedicó cuando estaba en edad productiva al oficio de ama de casa, según el 59% de los entrevistados

En lo relativo a la vivienda, el 81% de los entrevistados respondió que vive en casa propia, mientras que el 19% vive en terrenos invadidos.

Esta población comenta que tienen acceso a los servicios de salud, a través del centro de salud y que padecen las siguientes enfermedades crónicas: alzheimer (37%), diabetes (28%), hipertensión arterial (16%), artritis (10%) y Parkinson (9%).

Entre las necesidades más apremiantes que esta población demanda se encuentran: el fortalecimiento de lazos familiares con unos 37%, cuidados con 31%, vivienda con un 19% y agua potable con un 13%, lo que denota la importancia del acompañamiento familiar y la debida orientación sobre sus cuidados a sus familiares o cuidadores respectivamente.

Por todo lo anterior, el estudio nos refleja que el problema de la atención de los adultos mayores con enfermedades crónicas no solo se limita a acondicionar algunas áreas dentro de las instalaciones de salud, sino va mucho más allá: legislativo, social, familiar inclusive comunitario, por lo que, debe ser tratado de manera integral. En esta investigación nos ceñimos a la formación del equipo multidisciplinario que interviene en la atención y cuidado de esta población y en especial de los familiares o cuidadores de los mismos.

RECOMENDACIONES

Esta investigación nos permitió analizar la problemática que confrontan los adultos mayores y aportar una propuesta piloto para solucionar uno de los problemas que confronta dicha población, sin embargo, hay algunas acciones puntuales que deseamos recalcar y a la vez recomendar para alcanzar ese anhelado bienestar y cuidado, antes mencionado. En esa dirección, a continuación, plasmamos nuestras recomendaciones puntuales, por lo que, seguidamente, pasamos a describirlas:

- 1) Los adultos mayores confrontan una serie de problemáticas que deben ser trabajadas de manera integral, donde la falta de capacidades y recursos, hacen la diferencia para mejorarles la calidad de vida, es por ello, que se debe trabajar mancomunadamente:
 - a) Se deben crear leyes que contribuyan a la protección y rehabilitación, y hacer cumplir los beneficios que ley le correspondan.
 - b) Integrar la labor de las autoridades locales con el resto de las estructuras sociales y de salud correspondientes de forma tal que se facilite la identificación y solución de los problemas sociales de los adultos mayores a nivel comunitario.
 - c) Fomentar el desarrollo de vías no formales de atención al adulto mayor a nivel comunitario, estimulando los programas de autoayuda y ayuda mutua mediante las posibilidades locales y la participación de las propias personas de edad en las mismas.
 - d) Crear redes de adultos mayores voluntarios a través de la búsqueda y preparación de líderes comunitarios que permitan la identificación temprana de necesidades de salud o sociales por ellos mismos, para que la solución y respuestas a dichas necesidades puedan ser dadas con el apoyo y participación entre los mismos.
 - e) Proveer como fuentes alternativas de atención el cuidado de los adultos mayores discapacitados por cuidadores provenientes de la propia población entrenados para tal efecto.

- f) Trabajar conjuntamente con las autoridades locales, la Trabajadora Social del equipo de salud y otras entidades correspondientes con el fin de modificar con soluciones locales, los problemas sociales detectados en los adultos mayores (adultos mayores solos, discapacitados, bajos ingresos, abusos, alcohólicos y otros).
- g) Capacitar, a través de los miembros del equipo de salud, a los adultos mayores que se convertirían en activistas de salud para que realicen actividades educativas.
- h) Capacitar a través del equipo de salud y del equipo de atención gerontológica a los adultos mayores para proporcionarles los conocimientos necesarios que les permitan identificar sus propios problemas de salud y un manejo más adecuado de los mismos.
- i) Realizar dinámicas de grupo con los adultos mayores, familiares y trabajadores, en temas relacionados con la sobreprotección y falta de atención familiar que puede ocasionar la extinción del autocuidado.
- j) Suprimir donde sea posible, barreras arquitectónicas tanto exteriores como interiores de las instituciones para dotarlas de mayor movilidad y accesibilidad.
- k) Proporcionar privacidad, seguridad, convivencia y funcionabilidad con una adecuada estructura física.
- l) Ubicar las instituciones dentro o próximo a núcleos urbanos bien comunicados que faciliten el desplazamiento del adulto mayor y su integración social.
- m) Dotar de materiales y otros medios técnicos a la institución, al adulto mayor y trabajadores con el objetivo de evitar la existencia de factores de riesgos ambientales, mejorar la autonomía e independencia y humanizar el trabajo del personal al cuidado del adulto mayor.
 - Adecuada iluminación
 - Uso de pasamanos
 - Pisos lisos y antideslizantes

- Utilización de medios de sujeción, soporte o adaptaciones para utilización de utensilios
 - Uso de férulas correctoras, prótesis, ortesis
 - Otros.
- n) El cuidador de los adultos se debe entender como aquel individuo que ejecuta planificadamente acciones de promoción, fomento, mantenimiento y protección de la salud; cuyo propósito último es estimular la autonomía, la independencia, la mejora de la salud y la calidad de vida en sus hogares, comunidades, centros hospitalarios, de larga estancia y la de sus familias.
- o) Los cuidadores deben tener competencias que aseguren el buen cuidado del adulto mayor, entre las cuales podemos mencionar: paciencia, tolerancia, buen humor, optimismo, respeto, compasión, empatía, salud, actitud positiva sobre la vejez, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- ALBA, Víctor. 1992. Historia social de la vejez. Laertes. Barcelona.
- ANDER, Egg, Ezequiel. 1994. Diccionario de Trabajo Social, Editorial El Ateneo, México.
- ANDER, Egg Ezequiel. 2010. Como elaborar un proyecto. 15 editorial, Buenos Aires Argentina, Lumen.
- Asamblea mundial sobre el envejecimiento. 11982. Naciones Unidas. Viena.
- BARSALLO, Myrna. 2010. Apuntes sobre la metodología de la investigación. Panamá. Facultad de Administración Pública.
- BARTHES, Roland. Mitologías. 1997. Siglo XXI. México 11ª edición.
- BEAUVIER, Simone. 1970. La vejez: Sudamericana.
- BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas. 1986.. La construcción social de la realidad. Amorrortu. Buenos Aires.
- BONILLA, F. y MATA, A. 1998. Plenitud después de los 60: proyecto de toda una vida. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.
- BOURDIEU, Pierre. 2001. Sociedad y Cultura. Gedisa. Barcelona.
- BROCKLEHURST, J.C. 1975. Tratado de clínica geriátrica y gerontológica. Ed. Panamericano. Argentina.
- CHESNAIS, Jean Claude. 1990. El proceso de envejecimiento de la población. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Chile.
- DI LORENZO, José Luis. 1996. Donde hay una necesidad...hay un negocio. Vida, pasión y muerte del sistema previsional argentino. Ed. Jubilaciones y Pensiones. Buenos Aires.
- FERICGLA, Josep M. 1992. Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Anthropos. Barcelona.
- FERRERO, Gloria Adriana (comp). 1998. Envejecimiento y vejez. Atuel. Buenos Aires.
- GRANJEL, Luis S. 1991: Historia de la vejez. Gerontología, Gerocultura, Geriatria. Ed. Universidad de Salamanca. Salamanca.
- KALISH, Richard. 1983. La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid.

KATZ, Fabio. 1992. La tercera edad. Un proyecto vital y participativo para reinsertar la vejez en nuestra sociedad. Planeta. Buenos Aires.

LEHR, Úrsula. 1980. Psicología de la Senectud. Herder. Barcelona.

MAJOS, Angélica. 1995. Manual de prácticas de Trabajo Social en la Tercera Edad. Siglo XXI. España.

MINOIS, George. 1987. Historia de la vejez. Nerea. Madrid.

MORAGAS Y MORAGAS, Ricardo. 1991. Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. Herder. Barcelona.

MORENO, CORZO, Fernando. 1992. Semiología del envejecimiento humano y sexualidad en la Tercera Edad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

SAMPIERI, Roberto. 1998. Metodología de la investigación. México. Editorial Mc Graw-Hill, 2da. Edición.

VERGARA, Espinosa. 2005. Evolución de Proyectos Sociales. Ediciones, editorial humanista.

INFOGRAFÍA

<http://www.proverbia.net/citasautor.asp?autor=901>

[safestate.org/documents/\(f4\) %20elabusespanish.pdf](http://safestate.org/documents/(f4)%20elabusespanish.pdf)

www.ecovisiones.cl/informacion/maltratoancianos.htm - 49

docencia.udea.edu.co/lms/moodle/mod/wiki/view.php?id=3417 –

http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2006/junio/b158_2006

http://guasave.udo.mx/~bcastro/articulo_abandonoymalusoterceraedad.doc

www.inapam.com

Cifuentes Gil, Rosa María. 2001. Orientación para el diseño del proyecto de investigación cualitativa. Panamá.

<http://gerontologia.maimonides.edu/2012/04/segun-la-oms-en-america-habra-200-millones-de-adultos-mayores-en-2020/>

<http://panama.unfpa.org/poblacion-panama>

<http://laestrella.com.pa/panama/nacional/panama-paraiso-para-tercera-edad/23780837>

<http://www.cuidadoresdeancianos.com/cuidadores-de-ancianos/las-familias-de-los-adultos-mayores-que-requieren-cuidados/>

<http://www.opimec.org/glosario/chronic-diseases/>

<http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/>

<http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-definicion-de-familia.html>

<http://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php>

<http://edukavital.blogspot.com/2013/03/adulto-mayor.html>

[es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad crónica](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_crónica)

FUENTES CITADAS

(s.f.). Alzheimer,s.f.

Campo. 1994). Enfermedades en Adultos Mayores.

[http://www.davila.cl/diabetes-tipo-1-y-2-causas-y-consecuencias/,2017.\(s.f.\)](http://www.davila.cl/diabetes-tipo-1-y-2-causas-y-consecuencias/,2017.(s.f.))

[https://es.slideshare.net/Elizaadri/los-metodos-mixtos-55259245#.\(s.f.\)](https://es.slideshare.net/Elizaadri/los-metodos-mixtos-55259245#.(s.f.))

[https://vitae-health.com/enfermedades-del-adulto-mayor.mas-comunes/.\(s.f.\)](https://vitae-health.com/enfermedades-del-adulto-mayor.mas-comunes/.(s.f.))

[https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-amos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas.\(s.f.\)](https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-amos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas.(s.f.))

[https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Diseno-explicativo-secuencial-.\(s.f.\)](https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Diseno-explicativo-secuencial-.(s.f.))

<https://www.residenciasolinatura.com/como-afrontar-problemas-visuales-y-auditivos-en-la-tercera-edad/.s.f.>

[https://www.un.org/es/global-issues/ageing.\(s.f.\)](https://www.un.org/es/global-issues/ageing.(s.f.))

salud, O. m. (s.f.). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

ANEXOS

ANEXOS N°1. FORMATO DE ENTREVISTA.

FORMULARIO DE ENTREVISTA

DISTRITO DE: _____ CORREGIMIENTO DE: _____ COMUNIDAD DE: _____

FECHA			
D		M	A

1. DATOS PERSONALES:

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
1.1. SEXO:	Masculino:	Femenina:	
1.2. EDAD:	1.3. COMUNIDAD:		
1.4. TELÉFONO:	1. ES Asegurado:	5. USTED:	No Asegurado:
1.6 Estado Civil:			
Unido (a)	Casado (a)	Viudo (a)	Soltero (a)

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR:

2.1. CUÁNTAS PERSONAS CONFORMAN SU NÚCLEO FAMILIAR:					
2.2. QUÉ EDADES POSEEN LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA (ESPOSA, HIJOS O FAMILIARES QUE VIVAN CON USTED):					
0	6	13-17	18-24	25	Mayores de
5	12			64	65

3. EDUCACIÓN:

3.1. CUÁL ES EL NIVEL DE ESTUDIO MAYOR ALCANZADO POR USTED:	3.2. Escolaridad de sus hijos:
1. Sin escolaridad: _____	1) Sin escolaridad: _____
2. Primaria completa: _____	2) Primaria: _____
3. Primaria incompleta: _____	3) Pre media: _____
4. Pre media completa: _____	4) Media: _____
5. Pre media incompleta: _____	5) Licenciatura: _____
6. Media completa: _____	6) Maestría: _____
7. Licenciatura completa: _____	7) Doctorado: _____
8. Licenciatura incompleta: _____	
9. Otros: _____	

4. VIVIENDA:

4.1 EN RELACIÓN A SU VIVIENDA:			
a. Es usted propietario (a)	b. Está alquilado	c. Comparte alquiler con otra familia/personas	
d. Está acogido por otra familia		e. Está ocupando casas o terrenos vacíos	
f. Otros (especifique)			
4.2 TIPO DE VIVIENDA			

Cemento		Madera		Zinc		Bambú	
4.2 ¿CUÁNTAS PERSONAS RESIDEN EN SU VIVIENDA?							
4.3 ¿QUÉ MÉTODO UTILIZA PARA EL SANEAMIENTO DE SU VIVIENDA?							
a. Alcantarillado		b. Tanque séptico		c. Letrina		d. No tiene	
4.4 ¿CÓMO CONSIGUEN EL AGUA EN SU CASA?							
a. IDAAN		b. Acueducto rural		c. Carro cisterna		d. Pozo brocal	
						e. Ríos o quebradas	f. No tiene
4.5 ¿QUÉ TIPO DE ALUMBRADO UTILIZAN EN SU VIVIENDA?							
a. Eléctrico		b. Panel solar		c. Planta eléctrica		d. Keroséne/gas/vela	

5. SALUD:

5.1	LUGAR DONDE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA:						
	Centro de Salud:			Puesto de Salud:			
5.2.	Qué enfermedad crónica usted padece:						
Parkinson		Alzheimer		Esclerosis múltiples		Hipertensión:	
Asma		Hipertensión arterial pulmonar			Osteoporosis	Lumbalgia	
Incontinencia urinaria							

6. NECESIDADES MÁS URGENTES:

6.1 MENCIONE LAS NECESIDADES MÁS URGENTES QUE USTED COMO ADULTO MAYOR POSEE:							
Atención médica		Alimentación		Agua potable		Vivienda	
Empleo		Educación		Aumentar sus ingresos			
Acompañamiento		Cuidados		Fortalecimiento de lazos familiares			
Otros: (describa)							

7. ASPECTOS ECONÓMICOS Y DE EMPLEO

7.1 ¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJAN EN SU FAMILIA?							
7.2 ¿CUÁNTAS PERSONAS DE SU FAMILIA TIENEN UN EMPLEO FORMAL?							
7.3 ¿CUÁNTAS PERSONAS DE SU FAMILIA TIENEN UN EMPLEO INFORMAL?							
7.4 ¿QUÉ NIVEL DE ESTUDIOS TIENE?							
a. Básica		b. Técnico		c. Bachiller		d. Estudios universitarios	
7.5 ¿CUÁNTO ES EL INGRESO TOTAL DE SU FAMILIA? (PROMEDIO SEMANAL)							
Ninguno		De 1 – 49		De 50 a 150		De 151 a 300	
De 301 a 500		Más de 500					
7.6 ¿A qué se dedicó en su edad productiva?							
Ama de		Agricultor (a)		Educador		Asistente de	

casa				(a)		farmacia	
Manipulador de alimentos		Albañil		Conductor		Sin ocupación	
7.7. Sus ingresos como adulto mayor provienen por pertenecer a:							
Jubilados		Pensionados		\$120 a los 65		Ángel guardián	
Dependencia Familiar		Independiente		Otros			

8. DINÁMICA FAMILIAR

8.1 TEST DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR							
Situaciones		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi Siempre	
1.	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.						
2.	En mi casa predomina la armonía.						
3.	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.						
4.	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.						
5.	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.						
6.	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos						
7.	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes						
8.	Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás ayudan.						
9.	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.						
10.	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.						
11.	Podemos conversar diversos temas sin temor.						
12.	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.						
13.	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.						
14.	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.						

9. SOLUCIÓN AL PROBLEMA

9.1 ANTE LOS PROBLEMAS QUE AFRONTAN LOS ADULTOS MAYORES, CÓMO CONSIDERA USTED QUE SE PUEDE SOLUCIONAR O ALIVIAR DICHAS SITUACIONES

ANEXOS N°2. RESPUESTAS DE LOS PARTICIPANTES A LAS PREGUNTAS EFECTUADAS EN EL GRUPO FOCAL.

1. ¿Cuál es la condición de salud de los adultos mayores con enfermedad crónica?

Adulto Mayor #1

Acudo al centro porque es el lugar donde yo me atiendo, me siento bien, ahí me brindan los papeles para realizarse los exámenes generales que me hago anualmente y para buscar los medicamentos de su padecimiento. Emocionalmente yo tengo un espíritu como de veinte años.

Adulto Mayor #2

Yo tengo noventa años me siento gracias a Dios bien hasta ahora, después de los noventa años es que vengo a sufrir de presión, yo nunca había sufrido de nada. Estoy feliz porque estoy con mis hijos, mis nietos, todos me adoran, me quieren, pelean conmigo porque no les digo para dónde voy, yo me voy solo. En el centro me tratan bien y me brindan mi medicamento para la presión, vengo para el centro cada quince días y pertenezco al programa de hipertensión.

Adulto Mayor #3

Bueno por ahora me siento bastante bien, pero la pulmonía, tengo ochenta y tres años primero venia al centro cada tres a ocho días porque sufría bastante, después venia cada quince días, gracias a Dios la Licenciada me trata bien. Yo también estoy tomando mi medicamento, pero no recuerdo cuál es ahora mismo, por esa agonía que me ataca yo tengo que ir a Colón a una cita con un especialista, voy acompañada de mis hijas.

Adulto Mayor #4

Tengo ochenta y cinco años, yo me siento bien, no sé si es que estoy enfermo y no me lo conozco o no me lo siento, lo único que me molesta es la presión a veces, pero no es todo el tiempo; tomo medicamento todos los días por la mañana y por la tarde uuff, yo tengo como veinte años con esa enfermedad. Yo a veces tomo el medicamento, a veces no lo tomo, porque yo tomo té de esto, té de lo otro, y de eso es que yo vivo y la pastilla esa yo no la uso todos los días. Bueno en el centro me tratan bien; yo más voy para el programa, con los médicos no mucho.

Adulto Mayor #5

Bueno en mi salud yo me siento bastante bien lo único que sufro de presión alta y alergia, pero no es una alergia así que me molesta todo el tiempo. Bueno del centro yo no tengo queja porque a mí siempre me han tratado bien, yo asisto al control cada quince días, yo siempre estoy al día con mis pastillas, a veces tom té de hojas para ayudarme sino con el limón que me ayuda bastante, muy bien mi alimentación.

Adulto Mayor #6

Sufro de presión alta, hace como tres años que me dijeron que tengo eso vengo al centro cada quince días, tomo el medicamento una vez al día. El trato del centro es de maravilla, todos me tratan bien y emocionalmente me siento bien tomando el medicamento porque me ayuda.

Adulto Mayor #7

Mi condición de salud es hipertensa y mucho dolor en mi cuerpo en el nervio ciático y la atención del médico es de maravilla a la hora que venga me atienden

perfectamente bien no tengo queja de ninguno de ellos, me siento... un poquito cuando los dolores me molestan, pero por lo demás bien, cada quince días vengo al centro. Anualmente nos hacen nuestros exámenes, voy a mi cita en Colón con el neumólogo, el de los huesos, pero aquí no hay ningún problema.

Adulto Mayor #8

Bueno yo nada más sufro de la presión y de las rodillas, tengo setenta y un años, y tengo como dos años de sufrir de la presión, tomo el medicamento una vez al día. Hasta ahora en el centro me tratan bien gracias a Dios nunca he tenido queja, bueno emocionalmente me siento bien sólo que a veces me duelen la rodilla, pero después eso se me va.

Adulto Mayor # 9

Yo ahorita sufro de la presión, antes toda mi vida de juventud yo no sufría de presión pero hace como dos años empecé, entonces ya estoy sufriendo de la presión y estoy tomando pastilla, también del colesterol no sé si será porque como mucha grasa no sé, bueno estoy tomando medicina para todo eso y también entonces de los pulmones me han hecho varios exámenes y no me sale nada y me han dicho que eso es cosa de viejo, pero me dan medicina bueno y uno acá en el monte a veces toma su hierbita, su té. El trato aquí es muy bueno.

Adulto Mayor # 10

Bueno yo ahora mismo estoy sufriendo de presión alta, pero me mandaron hacer unos exámenes, me estaba viendo hoy con la doctora, ahora falta la del corazón que dice que en un mes y medio porque yo todos los años me hago mis exámenes y fuera de eso si yo me siento algo yo vengo porque uno no sabe eso es lo único

que yo me siento, todo lo que yo como es asado porque hace como dos años me salió colesterol entonces me pusieron que no podía comer nada de aceite, gracias a Dios yo me hallo bastante bien, el trato del centro es excelente.

Adulto Mayor # 11

Soy hipertenso, y ahora la vista y lo demás bueno... El trato del centro es perfecto, tengo más de cinco años con la enfermedad tomo la pastilla una vez en la mañana.

Adulto Mayor # 12

Digo que me siento bien con todo y que estoy con la presión y el colesterol y el dolor en la rodilla es lo que me mortifica pero en lo demás yo me siento perfectamente bien, cuando yo vengo a la clínica no es para que el doctor me atienda porque me siento mal y eso no, solamente vengo a buscar la receta para conseguir las pastillas en el seguro, después que consigo la pastilla de la presión y del colesterol y de la aspirina después saco mi pastilla en el seguro y ya me quedo tranquila en la casa. Yo me siento bien tengo una hija que está ahí mismo al frente me pregunta ya desayunó, ya comió, qué hacía, siempre ella está pendiente de mí, el trato del centro es bien.

Adulto Mayor #13

Ando con mi condición de salud un poco regular, pero yo estoy tomando medicamento, vengo cada quince día a la clínica y tengo unos niñitos que son los que me acompañan cuando no pueden venir todos viene uno, mi hijo cuando yo lo llamo él se preocupa, él viene y me dice venga mamá que yo la voy a esperar en tal parte, el trato en la clínica es bueno siempre me encuentro a alguien que me

ayude aunque venga tarde pero siempre trato de venir temprano, yo sufro de diabetes, colesterol y la presión. Bueno ahora con los medicamentos que estoy tomando me siento bastante mejor de lo que estaba.

2. ¿Cuáles son las necesidades que ustedes requieren de su familia?

Adulto Mayor #1

Por lo menos que siempre me apoyen cuando yo digo que tengo que ir a una cita que me acompañen, gracias le doy a Dios yo tengo una sobrina que ella vive por haya pero que cuando yo digo tengo que ir a la cita ella me dice tía no se preocupe que yo voy, hasta ahora ella siempre está pendiente a mí. Mi hijo la misma cosa así que yo no tengo queja por ese lado, yo tengo un hijo nada más, él vive en Colón, la comunicación es bien hasta ahora gracias a Dios los niñitos esos que digo ellos no me desamparan ellos están de día y de noche conmigo ahí.

Adulto Mayor #2

Ahora mismo mi familia...yo tengo un pueblo grande y no tengo problema con ellos porque la que me asiste es una hija ella está en mi casa es la que me hace mi comida, mi desayuno. Conmigo vive la hija con las nietas son cuatro, son una belleza ellos conmigo y yo con ellos yo les doy. Yo tengo seis hijos y todos me apoyan. Ellos trabajan, tres viven cerca de la casa mía, ellas no trabajan tienen compromiso pue, vienen a mi casa. El varón trabaja en Colón y viene todos los fines de semana a visitarme, también una hija que tengo en Panamá.

Adulto Mayor #3

Yo de mi familia no espero nada más, de como ellos me tratan a mí, todos, estoy rodeado de ocho nietos, tres hijos, yo estoy haciendo una barriada en mí mismo.

terreno todos están ahí. Todos van a verme a mí, nieta, bisnietos y tengo un tataranieta y yo vivo ahí yo tengo mi casa a parte donde me quedo con mi esposa. Yo tengo una sola hija que se encarga de todo lo que tiene que ver conmigo, pero todos mis hijos se pelean conmigo porque yo me les pierdo. Estoy feliz tengo en total siete hijos.

Adulto Mayor #4

Todos me atienden bien, cuando lo necesito están a mi lado, semanalmente están llegando donde mí, en el pueblo nada más hay una ellos están en Colón, pero vienen siempre y tengo un teléfono donde todos los días me hacen llamada para ver como amanecí, cómo la estoy pasando. Yo vivo sola, mi hija me quería poner una persona que me cuidara, pero yo le dije que todavía soy capaz de atenderme cuando ya yo no pueda entonces lo hacemos; en la parte afectiva todo bien gracias a Dios. Tengo ocho hijos.

Adulto Mayor #5

Bueno no tengo queja de ellos, tengo cinco hijos, tres viven en la ciudad, tengo dos hijas y una nieta que son las que me atienden, acá hay un nieto que vive conmigo en la misma casa, en la otra casa a ladito tengo a mi hija que es la que me atiende en la cocina; así que yo de ellos no tengo queja ninguna al contrario yo me siento alagado de mis hijos con Dios, perfecto todo.

Adulto Mayor #6

Bueno yo por ahora mi familia me trata bien, mis hijos no tienen trabajo de gobierno nada más uno, pero me tratan bien los nietos también, tengo seis hijos tengo dos que viven lejos no vienen a cada rato, pero me mandan mis cositas

siempre yo no tengo querrela ni nada y la verdad que yo no estoy sola, ahora que llegó va un nieto y después llegan otros y así, yo vivo con una nieta.

Adulto Mayor #7

Bueno yo ahora mismo estoy sola, yo vivo con un nieto, pero ese nieto este pendiente apenas él me ve o me oye que me quejo ya está llamando a los otros a la mamá principalmente y entonces ellos van y ellos me ven, ellos siempre están pendiente, aunque no vivimos así cerca con el teléfono están todos los días llamándome y ya lo llaman a él también para que él diga como yo me siento, como yo estoy. Así que ellos todos están pendiente a mí, pero si le voy a pedir un favor y yo ya hablé con ellos, ellos ya han tenido reunión y yo ya estoy muy sola, entonces hay veces que me da mareo y ellos ya no quieren que yo este sola, y ese nieto está ahí pero él trabaja así que en las noches es que él está ahí y en el día ya él se va; entonces necesito una orientación con mis hijos para ver cómo ellos pueden organizarse para estar más anente a mí porque hay unos que están lejos en Panamá, en Colón y solamente hay una que vive en Escobal cerquita. Pero estamos bien, entonces para la clínica hay una que ella es la que más sabe porque sale conmigo entonces lo que tienen que hacer los otros tres es ayudarla. Entonces lo que requiero para mi familia es la orientación con respecto a mi atención.

Adulto Mayor #8

Bueno yo vivo con una nieta, mi esposo trabaja en Panamá yo estoy nada más con ella cuando yo vengo para la clínica a veces ella me acompaña, me trae, todo va bien hasta ahora yo tengo cuatros hijos y todos viven aquí en Escobal, la atención y el trato muy bien gracias a Dios.

Adulto Mayor #9

Bueno ninguna porque yo vivo con mi hijastra que es como mi hija, este niñito que tengo aquí a mi lado, mis hijos son lastimosamente tres, el varón trabaja, pero eso no puede oír mamá tiene esto; porque él de una vez está al día, la grande también lastimosamente ella está bastante enferma y quisiera estar conmigo, pero mientras ella pudo estar y pueden conmigo y la otra más chica tengo el carró de ella que tengo a mi disposición cuando me llevan a mi cita y eso, no tengo problema.

Adulto Mayor #10

Requiero mucho de mi familia, yo vivo con dos nietos que son los que están ahí conmigo, tengo cinco hijos hombres y tres son los que trabajan y ellos son los que están ahí más conmigo y para venir para acá para el centro a mí me gusta andar sola no me gusta que nadie me acompañe yo ando sola todavía me siento bien gracias a Dios, afectivamente todo está bien.

Adulto Mayor #11

Licenciada le voy a decir la verdad de mi familia no tengo nada que pedir yo solamente tengo dos hijas mujeres, una vive en Portobélo y la otra hizo su casita detrás de la mía y esa es la que anda conmigo para arriba y para abajo, los nietos no tengo queja un nieto vive conmigo ahí en la casa para que no duerma sola porque él trabaja, mis nietas siempre vienen a acompañarme, se quedan dos tres días conmigo y no tengo queja de mis hijos, yo vivo feliz digo yo.

Adulto Mayor #12

Las necesidades todavía no la requiero porque yo todavía me la doy y me alegra que yo tenga mi trabajo y para adelante, tengo cinco hijos ellos me tratan bien pero el que más está conmigo es el esposo de ella y este que está aquí ese es mi bisnieto.

Adulto Mayor #13

Bueno gracias a Dios bien, yo tengo una cantidad de hijos son diez sin contar los que murieron, bueno todos me tratan bien, los nietos, los hijos.

3. ¿Cuál es la dinámica familiar de sus familiares?

Adulto Mayor #1

Todos me tratan bien, yo los trato bien y todos me ayudan, tenemos buena relación familiar.

Adulto Mayor # 2

Todo bien con mi familia, el trato, siempre me visitan.

Adulto Mayor # 3

Ay yo me siento muy feliz con mis hijas y mis nietos, nos llevamos muy bien.

Adulto Mayor # 4

Bien gracias a Dios, no me siento abandonada, todo está bien.

Adulto Mayor # 5

Estamos bien no hay ningún resentimiento, no me siento abandonada, solo que a veces ellos quieren que yo vaya a la playa y esas cosas y yo no soy de andar paseando, no me gusta de andar de aquí para allá, me dicen vamos para acá mamá

y yo le digo no vayan ustedes, yo no estoy para eso. Pero no es que ellos me tienen abandonada, sino que soy yo la que no quiero ir. El tratò es excelente.

Adulto Mayor # 6

Bueno abandonada, no estoy ni sola tampoco, porque ellos siempre estàn ahì conmigo, gracias a Dios.

Adulto Mayor # 7

Bueno, yo con mis hijos me llevo bien todo el tiempo y ellos conmigo nunca. A veces entre la familia de verdad hay cosas leves, pero todo el tiempo me he llevado bien con ellos y ellos conmigo, aunque viven lejos, pero ellos siempre ahì me llaman y saben cómo uno está y estàn pendiente a mí.

Adulto Mayor # 8

Gracias a Dios primero no me han abandonado, y segundo materialmente mis hijos se portan bien conmigo, mis nietos los que trabajan siempre se portan bien conmigo no me siento abandonada pues, al contrario.

Adulto Mayor # 9

Estoy orgulloso de mis cinco hijos no estamos constantemente juntos, nos llevamos bien; el grande siempre está pendiente a mí, todo bien creo que tuve buena cría.

Adulto Mayor # 10

Gracias a Dios todo el tiempo, todos los días ellos estàn pendientes de mí; siempre estàn llamando y preguntando cómo estoy y por la situación del dinero y lo que me falta, también mi hijo estàn pendiente siempre, estoy sola en la casa, pero no me siento abandonada porque siempre estàn pendiente

Adulto Mayor # 11

Todos están junto conmigo todos los días, toda hora. Todó momento, todo excelentemente bien. No nunca al contrario me sientó es apretado de nietos, bisnieto y de todo, soy Feliciano, yo voy tres veces a la semana a distráeme a un club de domino que tengo en Colón y cuando son las 4:00 p.m. y no llegó y ese celular empieza a sonar que dónde está, que usted todavía no llega...

Adulto Mayor # 12

Yo no tengo problema con mis hijos, con mis hijas tengo un solo hijo varón las demás son mujeres, las casas de ellos están cerca a la mía los hijos que trabajan vienen los viernes a visitar me traen cosas, los nietos también como no me voy a sentir bien.

Adulto Mayor # 13

Yo me siento sola y abandonada porque tengo cinco nietos y un hijo. El hijo siempre está ahí, dándome la vuelta hasta ahora, los nietos tengo uno viviendo, él viaja todos los días para su trabajo, pero él a mi casa en vez en cuando llega y eso me hace sentir mal, me visitan personas que no son nada mío, como digo de nuevo esos niñitos son los que me acompañan, por eso, yo me siento triste y abandonada

4. ¿Qué espera usted de su familia?

Adulto Mayor #1

Creo, que lo que acabamos de hablar el cariño, el amor, la existencia, que no pierdan ese ánimo de atenderme a mí, las que están acá son tres que me pueden atender a mí.

Adulto Mayor #2

Espero de mi familia, me apoyen más de lo que me están apoyando, porque, yo estoy sola, solamente con Dios, porque ese es, el que me ampara y el que me acompaña y los niñitos esos. Yo tengo familia tengo cinco nietos y solo uno vive aquí, y el de vez en cuando, es que va a la casa, cuando él cree que puede conseguir algo, allá en el patio, de menos no; las otras viven en Colón, pero hay una que, sí me apoya, pero lástima que está un poco enferma. De mi hijo no tengo queja hasta ahora. Lo que requiero es más apoyo.

Adulto Mayor # 3

Bueno, yo espero de mi familia, que sigamos como estamos, ellos no quieren abandonarme, a veces yo le hago una prueba, le digo que cuando yo tenga dos años más me metan en un asilo, y ellos, me dicen usted está loco, que usted nos está diciendo a nosotros, usted nos crió y tenemos que estar hasta lo último con usted, no nos diga más eso, y se ponen bravo, yo estoy bien con mi familia y sigo así toda la vida agradecido y bendecido.

Adulto Mayor # 4

Que no cambien, que así mismo como están conmigo sigan atendiéndome hasta cuando yo ya no pueda atenderme porque hasta ahora yo misma me atiendo y

espero que más tarde ellos me atiendan porque de la forma que ellos se portan ellos me van atender, gracias a Dios.

Adulto Mayor # 5

Yo espero que el día que yo parta, que me toca ellos siempre lleven el respeto y conciliación que le he inculcado.

Adulto Mayor # 6

Espero que, así como estamos trabajando, que ellos me quieren, que nos sigamos queriendo como madre, hijo, nieto y todo. Y entonces, bueno el día, que me voy de esta tierra, que ellos me caben, a enterrar, porque esa es la moda, el amor de madre no que ellos se van y cuando vienen es a pelear con los que están. No gracias a Dios. Entonces espero de ellos que nos queramos más.

Adulto Mayor # 7

Bueno que sigan acompañándome como lo están haciendo, que ellos sigan ese camino, si uno no puede, el otro lo puede ayudar, no que, si el que no puede, los otros lo van atropellar, bueno quiero esa unión que sigan conmigo.

Adulto Mayor # 8

Bueno que sigan como hasta ahora, y si no pueden ellos, porque están trabajando que manden a las nietas a cuidarme.

Adulto Mayor # 9

Que sigan como hasta ahora solamente que, si cuando uno va más viejito que no nos vayan a echar a un ladito, sino que sigamos todos igual, yo con ellos y ellos conmigo.

Adulto Mayor # 10

Lo que yo espero es que ellos estén junto conmigo ahora y cuando esté más vieja y que me apoyen como siempre.

Adulto Mayor # 11

Bueno que, así como me quieren ahora me sigan queriendo hasta que Dios me tenga con vida.