

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS.
FACULTAD CIENCIAS AGROPECUARIAS.
ESCUELA CIENCIAS DE LA FAMILIA Y DESARROLLO COMUNITARIO.

POR
DEMESIA ZAMBRANO

ESTADO SOCIOECONÓMICO DEL ADULTO MAYOR RECLUÍDO EN EL
HOGAR SAN JUAN DE DIOS EN SANTIAGO DE VERAGUAS.

TRABAJO DE GRADUACIÓN
PARA OPTAR POR EL TÍTULO
DE LICENCIATURA EN
CIENCIAS DE LA FAMILIA Y DEL
DESARROLLO COMUNITARIO

SANTIAGO DE VERAGUAS.

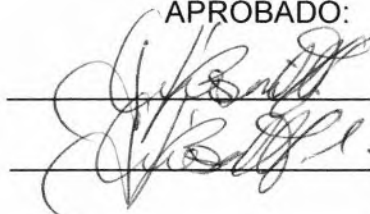
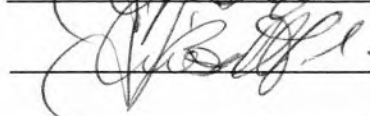
ESTADO SOCIOECONÓMICO DEL ADULTO MAYOR RECLUÍDO EN EL
HOGAR SAN JUAN DE DIOS EN SANTIAGO DE VERAGUAS.

TESIS

SOMETIDA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA FAMILIA Y DEL DESARROLLO
COMUNITARIO.

FACULTAD DE CIENCIAS AGROPECUARIAS
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA FAMILIA Y DEL DESARROLLO
COMUNITARIO.

APROBADO:

 COORDINADORA
 COMITÉ
COMITÉ

SANTIAGO, DE VERAGUAS.

2,015

AGRADECIMIENTO

A mi esposo, señor Víctor Pineda que me ha acompañado en esta lucha persistente y a mis hijos, Víctor, Kenet, Manuel y Osiris Pineda Zambrano, por constituir el estímulo más grande que Dios ha podido darme.

A mis muy queridos padres, señor Rufino Zambrano y María Vásquez, por su apoyo en la realización de esta labor académica e intelectual.

A la Magister Inés Bonilla y a la Profesora Milagro Carrasco, por su labor profesional en este empeño e ideal de mi vida.

DEDICATORIA

A mis padres

A quienes sin estimar esfuerzo alguno y sacrificado gran parte de su vida, que me ha formado y educado, a quienes la ilusión de sus existencias ha sido convertirme en persona de provecho a quienes nunca podré pagar todo sus desvelos ni con la riqueza más grande del mundo.

A nuestro Dios, por darme sabiduría e inteligencia para llevar a cabo este trabajo académico de mi carrera profesional.

Al cuerpo de docentes de nuestra disciplina, que en todo omento supieron quienes hacia la tierra prometida.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	xiv
ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS.....	xvi
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xviii
INTRODUCCIÓN.....	20
CAPÍTULO PRIMERO: MARCO CONCEPTUAL.....	25
1.1. Antecedentes	26
1.2. Justificación.....	27
1.3. Cobertura de la práctica.....	30
1.4. Limitaciones	30
1.5. Propósito	32
1.6. Misión	32
1.7. Visión.....	33
1.8. Objetivos	33
1.8.1. Objetivo general	33
1.8.2. Objetivos específicos	33

CAPÍTULO SEGUNDO: MARCO TEÓRICO	34
2.1. Aspectos generales de la institución.....	35
2.2. El enfoque de la desigualdad	41
2.3. El enfoque de la dependencia	46
2.4. Alimentación balanceada y correcta hidratación.....	56
2.5. La situación económica del adulto mayor del hogar.....	60
2.6. Modalidades del subsidio.....	61
2.7. Concepto de jubilación.....	64
2.8. Principios gerontológicos.....	68
2.8.1. Crisis de identidad en el adulto mayor.....	68
2.8.2. Jubilación.....	74
2.8.3. Recomendaciones para el adulto mayor.....	75
2.8.4. Las personas de edad y la pobreza.....	78
2.9. Cuáles son las causas de la desnutrición en los adultos.....	85
2.9.1. ¿Qué hago si estoy cuidando a un ser querido?	86
2.9.2. El paciente tiene dificultades para tragar.....	91
CAPÍTULO TERCERO: MARCO METODOLÓGICO.....	92

3.1. Aspectos metodológicos.....	93
3.1.1. Observación directa.....	93
3.1.2. Encuesta.....	93
3.1.3. Charla.....	93
3.2. Encuesta realizada al hogar San Juan de Dios.....	94
 CAPÍTULO CUARTO: ANÁLISIS Y RESULTADOS	95
4.1. Análisis de los resultados.....	96
Conclusiones.....	100
Recomendaciones.....	102
Bibliografía citada.....	104
Anexos.....	106-123

ÍNDICE DE CUADROS

Nº	PÁGINAS
1. Informe de población 2015	106
2. Situación socioeconómica de los adultos mayores	107
3. Horario de alimentación	108-109
4. diferentes condiciones físicas en los adultos mayores	110
5. Cronograma de actividades	111

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Nº	PÁGINAS
1. Diferentes programas de ayuda	112
2. Cantidad de adultos ya adultas mayores	113
3. Relaciones familiares	114
4. Edades de los adultos (as) mayores	115
5. Condiciones físicas que afectan a los adultos	116

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Nº	PÁGINAS
1. Muestra de cariño con los adultos	117
2. Durante el periodo de almuerzo	118
3. Sr Alfredo castillo, en una de sus destrezas	119
4. Sr. Edwin Pérez, durante su alimentación.....	120

ÍNDICE DE ANEXOS

Nº	PÁGINAS
1. Fotografía sobre la culminación de la práctica profesional	121
2. Preguntas y respuesta de la encuesta realizada	122

INTRODUCCIÓN

La posición central de este enfoque consiste en que la vejez no es más que una construcción social, que un fenómeno psicobiológico y, por tanto, son las condicionantes sociales los que determinan y conforman las condiciones de vida y las imágenes sociales de las personas mayores (Rodríguez, Pilar, 1995).

Una aproximación a esta visión radica en los aportes teóricos que relacionaban la vejez con el efecto cohorte y los ciclos de vida; este enfoque –si se quiere más radical–, quebró definitivamente cualquier estímulo para tratar la vejez como un asunto meramente biológico, tomándolo como una posición social y ésta es, indiscutiblemente, una condición socialmente.

La base de este enfoque está en que en las sociedades industrializadas los ancianos ocupan, en general, una posición social y económica que es inferior a la de cualquier otro grupo y, además, dependiente y al margen de la sociedad. Considera que este status fue construido y legitimado como consecuencia de las exigencias del capitalismo, que ha usado al Estado como intermediario mediante las políticas públicas dirigidas específicamente a la vejez (Pérez Ortiz, 1997).

El efecto perverso de las ventajas derivadas de las políticas sociales, ha sido especialmente puesto de relieve en el contexto de la Europa comunitaria por Guillemard (1992, 1994). Los representantes de esta teoría han analizado críticamente la institución de la jubilación y su carácter ambivalente (Alba, 1995); es un derecho, pero también es una imposición que despoja de una parte

importante de los roles sociales que configuran la propia identidad. Asimismo, desde los aportes realizados por la teoría de género, incorporaron la diferenciación estructural profunda que implica la condición sexual de las personas, durante el largo de la vida y durante la vejez (Arber y Ginn, 1996).

Como resultado se sostiene la importancia tanto de los factores sociales estructurales diferenciadores –estrato social, género, raza, etc.– en cuanto condiciones individuales, como del efecto generación o cohorte, el que marcaría con determinadas características sociales e históricas a los individuos que integran cada grupo de edades.

Estas transformaciones ya son experimentadas por el mundo desarrollado y, si bien Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias, algunas circunstancias nos diferencian de estos países, tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento como a la estructura social y económica que enfrentará las consecuencias de este proceso.

En primer lugar, el nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos lo alcanzará América Latina en apenas cincuenta años lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez. Por otra parte, muchos de los logros sociales, económicos y educativos que condujeron a la rápida disminución de la mortalidad y al descenso de la fecundidad en nuestros países, vienen de la incorporación de patrones

económicos y culturales de los países desarrollados, que van “desde la tecnología sanitaria y de productos anticonceptivos hasta actitudes sociales y culturales”.

De esta manera, la región vive un proceso de envejecimiento ligado a elementos físicos e ideológicos creados antes y en otras sociedades.

Por otro lado, el bienestar económico refiere al entorno socioeconómico dentro del cual transcurre la vejez y ha sido frecuentemente menospreciado por los estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas. Sin embargo, como apunta Pérez Ortiz (1997), el bienestar económico de las personas mayores “necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica relativa de los individuos ancianos en momentos actuales medida utilizando algún indicador de renta y también más allá de la incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importe de las pensiones que perciben”.

Es decir, experimenta otro envejecimiento, cualitativamente o, de la comunidad pueden vivir más años, pero la ancianidad no es una condición precisamente anhelada por la mayoría de las personas. En el plano colectivo, reducir la mortalidad, la fecundidad y aumentar la esperanza de vida son logros asociados a un mayor desarrollo económico y social, pero su efecto combinado genera efectos no siempre favorables.

Desde una óptica más positiva, el envejecimiento individual y el demográfico, tienen en común que sus efectos tenderán a ser más efectivos (un

incremento en el bienestar de los individuos y un mayor desarrollo de las sociedades) en la medida en que se tenga mayor conocimiento sobre cómo son actualmente los ancianos y qué significa exactamente ser viejo en nuestra sociedad. Sólo bajo estas condiciones, las personas y sociedades podrán tomar medidas y desarrollar cursos de acción adecuados, pertinentes y oportunos para lograr “una sociedad para todas las edades”, donde los principios de equidad y trato justo pasen de ser una premisa bien intencionada a una realidad.

Un primer acercamiento nos indica que no existe un paradigma único que dé cuenta del significado preciso de la vejez; hay más bien un conjunto heterogéneo de aportes teóricos mayoritariamente relevantes y orientadores, pero que configuran un panorama general algo confuso, probablemente debido a que si bien envejecer no es nada nuevo, el interés por el tema del envejecimiento y la vejez surge de los problemas (observados o potenciales) derivados de la creciente presencia de personas mayores.

En otras palabras, al igual que en el caso de otros grupos relevantes (jóvenes, mujeres), el interés primario por abordar el tema se da como una reacción a los conflictos de diversa índole (económica, social, ética) que causa su emergencia como grupo visible y potencialmente influyente. De este modo, la búsqueda de conocimiento, inicialmente y aún en la actualidad, se ha dirigido más a “resolver el problema” del envejecimiento y la vejez que a entenderlo en toda su magnitud y complejidad.

Demás está decir que, en este sendero, muchas veces el tratamiento de la vejez, ha tenido una orientación política e incluso ha sido políticamente impulsado en los esfuerzos de los gobiernos e instancias no gubernamentales por hacer frente a los innumerables “problemas” que constituye una población que envejece.

Dentro de este contexto, podemos afirmar, que existen disciplinas como biología, medicina, psicología, sociología, antropología, ciencias de la educación y la demografía, entre otras, que consideran el tema como pertinente. Esta situación a primera vista complicada, esconde el gran interés que concita el tema y una gran cantidad de conocimiento acumulado; ello está muy lejos de ser una desventaja y más bien es un interesante desafío, ya que cada uno de estos enfoques debe ser integrados –o al menos tomados en cuenta– al buscar una conceptualización integral de la vejez.

CAPÍTULO PRIMERO

MARCO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTE.

El hogar San Juan de Dios no tiene fecha exacta de su fundación, ya que el mismo era administrado por patronato y al recibir la administración en el año 1964, no se encontró documento con dato preciso de su génesis.

El compromiso de este hogar fue de tratar de mejorar la calidad de vida y atención a la población de adulto mayores que ya estaba albergada en ese hogar, como de las persona que por uno u otra razón en un futuro, necesitaran del albergue que luego de ser entregado a las hermanas Elisabetina para que lo administrara, por cuanto el patronato no podía continuar con el proyecto, el local donde estaba funcionando el albergue no reunía la condición necesario de higiene y comodidad para la atención, había poca ventilación y espacio; de inmediato se hizo la gestión para adquirir el terreno y los recurso para construir el edificio.

El hogar funcionaba en el que es hoy waimie, como o reunía la condición necesaria se logró construir el edificio que está hoy en día. Este terreno fue donado por DON LUÍS FÁBREGA (q.e.p.d), en primer momento en nuestra congregación, pero la madre en general decidió entregarla a la nación.

La inquietud para mejorar la atención de los adulto mayores que se encontraba en el hogar y la demanda de solicitudes; el día 15 de diciembre de 1971, se trasladaron a los adulto a nuevo edificio, sin terminar. Poco a

poco se terminó con la colaboración del gobierno de turno, como empresas privada. La necesidad de la población que acoge es la falta de valores y respeto hacia la familia, falta de amor, como lazo fraternal y falta de responsabilidad.

Esta institución depende de las instituciones privadas y de gobierno donde actualmente recibe apoyo del Ministerio de Desarrollo Social y de La Lotería Nacional de Beneficencia y además, recibe apoyo de persona y empresa.

Actualmente, esta institución, está conformada por las siguientes instalaciones: Depósito, cocina, oficina, comedor, lavandería, sala de TV, tres dormitorios, baño terraza, consultorio, enfermería. A fin de brindar una mejor atención.

1.2. JUSTIFICACIÓN.

El abandono del adulto mayor se debe considerar que su condiciones son distintas, ya que atraviesa por diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales, los cuales son determinantes en la conducta y estado de ánimo, es frecuente que estos cambios no sean favorables, los cuales ocasionan el abandono de sí mismo llevándolo a la depresión, falta de respeto de la familia y de la sociedad hacia la persona de la tercera edad

que lleva una vida digna y tranquila, no tomando en cuenta su defecto, ya que como seres humano no somos perfectos y ante todo debemos mostrar espíritu de humanidad hacia estas personas.

Es importante conocer los cambios que surgen en la vejez y cómo son manifestado en su conducta y su sentir, desafortunadamente. Como sociedad, no comprendemos lo que implica llegar a esta etapa, no nos engañemos, lo catalogan como una pérdida, un deterioro y no como un progreso del cual podemos enorgullecernos y aprender del conocimiento de ellos.

Es preocupante esta parte de la sociedad, y también resaltar que hay personas que ofrecen sus funciones en atender, sin hacer acepciones de personas, en esta etapa de abandono en persona a temprana edad que necesitan el apoyo de atención

El objetivo principal de esta Institución es albergar y ofrecer todo lo necesario que necesita esta población cuando llegue esta etapa o por accidente quedan inválido o por situación de la vida, vienen con problema de discapacidad y son tomada para socorrer su necesidad.

En Santiago existen normas establecidas para la atención de esta población, tanto de la provincia de Veraguas como el país en general, que son indicativo para brindar las herramientas para el personal que atiende se compadecen de tal necesidad.

Por esto, la presente investigación como elemento fundamental, busca a bordar conocimiento del adulto mayor con respeto a su atención como vehículos garante de vida óptima. Este estudio busca beneficiar y resaltar la hermosa labor que el personal aporta su tiempo para brindarle amor, cariño y atender a esta población olvidada por su familia.

El propósito de albergue para el adulto mayor en estado de pobreza y abandono, maltrato, es de brindarle a este adulto mayor un lugar tranquilo y acogedor en donde encuentren cariño y se sienta feliz y a la vez brindarle el apoyo que necesitan como una buena alimentación balanceada, asistencia, médica, espiritual, higiene personal, consiguiendo así una mejor calidad de vida y favorecer un envejecimiento activo saludable que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor de tiempo posible y adecuada condiciones de salud con conocimiento obtenido en el aula de clase ya que en poco tiempo que estuve en este hogar nos dimos cuenta que el abandono es la principal causa de depresión del adulto mayor en nuestro propósito como estudiante, en devolverle ese espíritu que ellos se sientan como una persona normal, importante no verlo como un estorbo, sino como una bendición por lo que hicieron en su juventud considerando como sociedad debemos mostrar tolerancia hacia el adulto mayor respetándolo, aceptándolo y sobre todo, darle el amor con el fin que logre terminar su vida con dignidad.

1.3. COBERTURA DE LA PRÁCTICA.

La práctica profesional se realizó en el hogar SAN JUAN DE DIOS, que está ubicada vía Montijo, bajo la administración de la hermana Agapita Chaves y colaboradores.

En esta institución reciben apoyo del Ministerio de Desarrollo Social y de la fundación Sus Buenos Vecinos, quienes contribuyen a mantener abierta la puerta de este Hogar, para que sigan brindando esperanza y felicidad al adulto mayor.

Esta Institución recibe al adulto mayor de diferentes lugares de nuestra geografía para brindarle la ayuda que necesitan y para que no estén en la calle.

1.4. LIMITACIONES.

- ❖ Algunas limitaciones fueron el traslado del adulto mayor en caso de emergencia, por cuanto no cuenta con un vehículo propio de la institución.
- ❖ La discapacidad auditivo, de visión, alzhéimer, mal de Parkinson y otras de algunos adultos mayores nos impide la comunicación con ellos.

- ❖ La falta del personal nos impide estar más pendiente, dedicarle tiempo a ellos ya que la misma persona de la sala tiene que dejar de atenderlo por la lavandería o por la preparación de alimentos.
- ❖ Existe limitada información sobre la situación alimentaria nutricional del Adulto Mayor en nuestro país, factor condicionante e importante del proceso de calidad de vida.
- ❖ Desde este punto de vista los Adultos Mayores constituyen un grupo especial, ya que son biológica y socialmente vulnerables en cuanto a@ cobertura de sus necesidades de nutrientes, sus requerimientos son diferentes o no tienen la capacidad de cubrirlos satisfactoriamente, su ingesta alimentaria es muchas veces monótona o insuficiente en calidad y cantidad.
- ❖ Se ha demostrado que el consumo de la mayor parte de los alimentos es muy inferior a la ingesta recomendada, debido a factores como: inseguridad social y económica, patologías crónicas, limitaciones motoras y sensoriales. Por ello, debe considerarse como un grupo vulnerable y de alto riesgo nutricional.
- ❖ Es por tanto, necesario analizar la alimentación de los Adultos Mayores en los centros institucionalizados.

1.5. PROPÓSITO.

Favorecer un envejecimiento activo saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud, con conocimiento obtenido en el aula de clase ya que un poco tiempo estuvimos en esta institución nos dimos cuenta que el abandono es la principal causa de depresión

Nuestro propósito como estudiantes, es devolverle ese espíritu que ellos se sientan como una persona normal, importante, no verlo como un estorbo, sino como una bendición, por lo que hicieron en sus juventud, considerando que como sociedad debemos mostrar humanidad hacia el adulto mayor, respetándolo y sobre todo el amor con el fin que logre terminar la vida con dignidad.

1.6. MISIÓN.

- Brindar atención integral a los adultos mayores en situación de abandono, situación precaria y riesgo social, elevando la calidad de vida del mismo, bajo el carisma y valores de nuestro fundador San LUDOVICO DE CASORIA.

1.7. VISIÓN.

- Por tratarse de un albergue para adultos mayores, en situaciones de abandono, situación precaria, riesgo social, continuaremos ofreciéndoles atención integral, para los mismos, que vivan y terminen sus últimos años de sus vidas como seres humanos.

1.6. OBJETIVOS.

1.6.1. OBJETIVOS GENERALES.

- Explicar los estados socioeconómicos que conlleva el adulto mayor.
- Estudiar las situaciones económicas propias de bienestar socioeconómico.

1.6.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS.

- Demostrar con atención y amor el cuidado del adulto.
- Mejorar la calidad de vida emocional y espiritual del adulto mayor que se encuentra recluso en el Hogar San Juan de Dios.
- Diseñar alternativa de solución para las personas de extrema pobreza.

CAPÍTULO SEGUNDO

MARCO TEÓRICO

2.1. ASPECTOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN.

Es usual que el término bienestar se asocie al ámbito subjetivo del confuso concepto de calidad de vida, y es utilizado con especial interés por la sicología y la gerontología social. De esta forma, el concepto enunciado, desde una perspectiva subjetiva, se ha definido como “la satisfacción por la vida, felicidad moral, y se conceptualiza como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función a criterios propios.

“Para algunos investigadores, la satisfacción o bienestar subjetivo se refiere a la “estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, y esa satisfacción se expresa o concreta en la correspondencia entre metas obtenidas y deseadas. Para otros, el tono emocional es el núcleo de la satisfacción del sujeto con su vida presente al compararla con su ajuste en el pasado” (Quintero y González, 1997, p.129).

El concepto de bienestar subjetivo adolece de falta de teorización, lo que ha influido en que los instrumentos diseñados para su medición presenten imprecisiones y generalidad **conceptual (Quintero y González, 1997)**. No obstante, la abundante investigación especializada indica, sin mayor precisión, que el “componente subjetivo” es parte integrante de la calidad de vida de las personas mayores, constituye un indicador importante en el proceso de envejecimiento y no debe dejarse de lado al considerar la situación real de las personas mayores.

Por otro lado, el bienestar económico se refiere al entorno socioeconómico dentro del cual transcurre la vejez y ha sido frecuentemente menospreciado por los estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas.

Sin embargo, **Pérez Ortiz (1997)**, el bienestar económico de las personas mayores “necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica relativa de los individuos ancianos en momentos actuales, medida utilizando algún indicador de renta y también más allá de la incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importe de las pensiones que perciben” estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas.

Sin embargo, el bienestar económico de las personas mayores “necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica relativa de los individuos ancianos en momentos actuales utilizando algún indicador de renta y también más allá de la incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importe de las pensiones que perciben”. Dentro del concepto de bienestar económico es posible diferenciar una dimensión objetiva –que incluye el análisis de las necesidades y recursos económicos de una persona, familia o comunidad–

de una dimensión subjetiva—que hace referencia a la forma en que las personas perciben la situación económica.

De esta forma, algunas observaciones referidas usualmente a la calidad de vida, como la importancia de la experiencia cultural, son también aplicables al concepto de bienestar económico. “Características individuales, como la clase, la raza o el género, pueden tener efectos determinantes no sólo sobre las condiciones de vida de los individuos, sino también sobre sus expectativas y valores y, por tanto, sobre sus visiones subjetivas de lo que es buena o mala calidad de vida.

La edad o la cohorte de nacimiento son variables importantes, pues individuos de distintas edades o generaciones dentro de una misma cultura —que poseen experiencias históricas diferentes sobre las condiciones de vida y actitudes sociales— definirán la calidad de vida también de diferentes formas.

Lo mismo se puede decir con respecto a la percepción de bienestar o de la posición económica. Como ejemplo ilustrativo la percepción diferenciada tienen las actuales generaciones de ancianos que estuvieron expuestos a la guerra civil, cuyas expectativas de bienestar económico debieran ser mucho más bajas que las de quienes todavía no han llegado a la vejez ni han pasado por esas experiencias.

Según **Crandall (2002)**, el análisis del bienestar económico de la vejez es de extraordinaria validez la utilización de un análisis de cohortes;

de otra manera, “se registra un efecto cohorte tanto en la posición económica de los que ahora son viejos, como en su forma de percibirla”, el concepto de bienestar económico, es un concepto multigeneracional en la medida en que “la posición económica se mide en su relación con la de los otros, y en que se vive también con los demás: con los que forman la unidad familiar o la unidad doméstica”.

Las otras generaciones intervienen de forma concreta en el bienestar económico bajo forma de cargas económicas (hijos no emancipados por cualquier razón, hijos que requieren de apoyo financiero aunque estén emancipados y también padres más ancianos a los que hay que atender) o como proveedores de recursos financieros y/o atención.

Para este análisis, los conceptos de ciclos de vida interrelacionados, de posición generacional o de ayuda informal frente a ayuda formal sirven de mucha ayuda, la percepción de bienestar o malestar económico está relacionada con las formas en que se experimentan otros aspectos de la vejez, como soledad, depresión, inseguridad, anomia, jubilación, que podrían conjugarse para forzar una visión negativa de las posibilidades económicas; por el contrario, una buena situación económica puede condicionar una percepción de bienestar generalizado en la vejez.

El análisis del bienestar económico, desde el enfoque del ciclo de vida, permite plantear una vieja interrogante: ¿en qué medida la vejez, mediante la jubilación y los sistemas de pensiones, configura realmente una

como consecuencia del efecto cohorte y por la incapacidad de los sistemas de garantía de rentas (públicos o privados) para garantizar el mantenimiento de rentas durante períodos amplios; o bien, las desigualdades en función a la residencia son dables de registrar a través de los equipamientos y servicios públicos a los que tienen acceso los ancianos; finalmente, es también posible dar cuenta de las desigualdades basadas en factores que actúan en momentos anteriores del curso vital, como la nutrición en la infancia, el nivel educativo, la ocupación y los ingresos o sino también de la naturaleza,

2.2. EL ENFOQUE DE LA DESIGUALDAD.

La perspectiva de la desigualdad es un interesante enfoque para analizar la situación de los ancianos. Ya se mencionó que la desigualdad como concepto analítico, al conjugarse con el concepto de bienestar económico, nos permite reflexiones bastante interesantes, sobre todo, al revisar algunas variables estructurales que intervienen en esta desigualdad.

Por tanto, (Pizarro, 1999). En términos generales y para todos los grupos etarios, la ampliación de las desigualdades se asocia a la persistencia de la pobreza y se vincula muy específicamente al ajuste y las reformas económicas de los años ochenta y luego a la consolidación del patrón de desarrollo actualmente vigente.

Por otro lado, **(Barbot-Coldevín, 2000, pp. 259 y ss.)**. Al intentar utilizar un enfoque de género para acercarnos a la situación de pobreza de las mujeres mayores de América Latina, se enfrenta un obstáculo difícil de observaciones de calidad e información estadística sólida sobre la realidad del sesgo de género en la pobreza. De hecho, una de las principales críticas al análisis tradicional de la pobreza, radica en su incapacidad de especificar lo característico de la posición de las mujeres en situaciones de privación.

Sin embargo, **(Arber y Ginn, 1996)**, esto se suma el hecho de que en el ámbito de la teoría social, tradicionalmente, ha operado una tácita separación de género y envejecimiento lo que resulta extraño si consideramos que la mayoría de las personas ancianas son mujeres y que esta proporcionalidad a favor de las mujeres, seguirá aumentando relativamente “mejor” que el resto de la población en cuanto a niveles de pobreza.

Las estimaciones más recientes permiten afirmar que en las zonas urbanas la incidencia de la pobreza afecta tanto a hombres como mujeres, sin un patrón diferencial según género. Por otra parte, en las áreas rurales es evidente que la pobreza afecta relativamente más a las mujeres que a los hombres mayores.

Al examinar datos a nivel de hogares se comprueba que, en más de la mitad de los países, los que tienen adultos mayores están relativamente mejor que aquéllos que no los tienen que contienen personas de edad.

Cabe una observación metodológica, que exige una mirada más atenta a estos resultados: la línea de pobreza sobre la cual descansan las estimaciones presentadas se basa en el costo per cápita de una canasta básica de alimentos y otros bienes y servicios. Si el ingreso per cápita del hogar está por debajo, el hogar y sus integrantes se suman a la categoría de pobres.

Importa resaltar que para la determinación del gasto no se tiene en cuenta el tamaño del hogar. Luego, y debido a la existencia de economías de escala, el método implica cierta subestimación en la identificación de hogares pobres cuando son unipersonales o con pocos integrantes, los que posiblemente ostenten mayores costos.

Por otro lado, en algunos países la proporción de hogares unipersonales es algo superior en las edades más avanzadas y algunos estudios sugieren que la incidencia de la pobreza por ingreso entre los adultos mayores, puede estar particularmente subestimada

En América Latina al menos uno de cada cinco hogares tiene jefatura femenina, a lo que ha contribuido significativamente el aumento de mujeres jóvenes y adultas mayores que son madres solteras, debido al envejecimiento de la población y a la mayor longevidad de la mujer. Es posible que dentro de la proporción de mujeres jefas de hogar exista un número no menor de ancianas, de las que pueden depender cónyuges, hijos, nietos y eventualmente padres aún más ancianos.

Las pautas de nupcialidad muestran que los hombres tienden a casarse con mujeres más jóvenes, lo que, añadido a la menor longevidad de los hombres, sugiere algunas posibilidades: mujeres mayores viudas que reemplazan al marido en la jefatura y por tanto, asumen la responsabilidad económica de hogares donde los hijos aún no se han emancipado o donde los hijos se han “allegado” por razones económicas o de otro tipo. por otro lado, mujeres ancianas, cuyos maridos se encuentran en malas condiciones de salud y deben asumir la responsabilidad económica del hogar, además del cuidado y atención del cónyuge enfermo; mujeres viudas que vivían solas con sus parejas y que ante el fallecimiento de éste tienen que comenzar a hacerse cargo –algunas por primera vez en su vida– de su propio mantenimiento; mujeres mayores solteras que siempre se han mantenido por su propia cuenta; arreglos entre mujeres solteras, viudas o separadas (no es poco frecuente que las mujeres ancianas vuelvan a vivir con hermanos y hermanas).

Una mención aparte la constituyen las madres. Procedimientos para medir la pobreza en América Latina con el método de la línea de pobreza” Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas en América Latina de progenitores adolescentes (hombres y mujeres) que tienen hijos a temprana edad y que dejan a sus hijos completamente a cargo de las abuelas, las que deben volver a las funciones de crianza.

Existen otras posibilidades, pero lo importante es comprender la incidencia de estas situaciones en el bienestar y calidad de vida de los hogares. En el análisis de los hogares con jefatura femenina anciana, es muy importante considerar la no valoración del trabajo doméstico de las mujeres mayores como fuente de recursos no económicos indispensables para la satisfacción de las necesidades y supervivencia de los miembros de una familia, las consecuencias físicas y mentales que conlleva para la mujer la combinación simultánea de tareas productivas y reproductivas durante su vida y su excesiva carga de trabajo, entre muchos aspectos que dependen de las pautas de género dominantes, la distribución social del poder y la organización del trabajo dentro del hogar. En esto, se observa, que las feministas, y particularmente, la sociología feminista y de género, cuyos aportes a la comprensión de las pautas y normas culturales que determinan las relaciones entre hombres y mujeres son relevantes, no contemple en su análisis a las mujeres mayores.

Según, **(Morgan, 1986)**. Gracias a la influencia feminista se ha reconocido que el género y la clase social “interactúan” para formar una nueva categoría con elementos de ambos, pero no reducibles a ninguno de ellos.

Para **(Arber y Ginn, 1996)** Esa relación también sería aplicable a las relaciones entre género y edad; sin embargo, la tendencia entre quienes se ocupan de la vejez y la ancianidad es a “añadir” el género, y lo consideran

una variable y no un aspecto fundamental de la organización social por tanto, de las desigualdades entre las personas.

Por lo tanto, **(Pérez Ortiz, 1997)** "Por otra parte, el enfoque de la desigualdad aplicado a las personas mayores presenta cierta tendencia a considerar la vejez como un tiempo de "estanco", es decir, estático, que no se condice con la concepción de la vejez como un proceso durante el cual "el individuo continúa dialogando con las estructuras sociales y económicas".

2.3. EL ENFOQUE DE LA DEPENDENCIA.

La dependencia es un concepto poderoso para analizar el bienestar social de los ancianos, que puede depender del Estado, si la disponibilidad económica de los ancianos está sujeta fundamentalmente a las prestaciones monetarias o de servicios.

También existe riesgo de dependencia, si los recursos propios de los ancianos (generados por trabajo, jubilaciones, pensiones u otros) no cubren sus necesidades básicas. Tradicionalmente, este tipo de dependencia se relaciona con la dependencia de los ancianos con respecto a generaciones más jóvenes, generalmente hijos adultos.

Sin embargo, este enfoque no considera que en muchas oportunidades los ancianos juegan un papel activo en la provisión de

servicios y recursos financieros que favorecen a las generaciones más jóvenes. El desempleo juvenil, la tardía emancipación de los hijos, el allegamiento en la casa paterna/materna, el apoyo a la formación de los nietos, pueden aminorar e incluso invertir la relación de dependencia en el ámbito familiar o privado.

La dependencia del Estado ha sido muy analizada en los países desarrollados (sobre todo desde el repliegue del Estado benefactor) y se refiere principalmente a la cobertura en prestaciones y servicios básicos a los que, sin subvención del Estado, los ancianos no podrían acceder.

Los teóricos de la "Dependencia Estructurada" o "Gerontología Crítica" (**Guillemard, 1992; Fennell y otros, 1989; Walker, 1983**) ponen el acento en la forma en que esta relación de dependencia produce una conciencia de marginación o segregación, de la cual sólo están exentos los ancianos que disponen de otros y más cuantiosos recursos.

Corresponde dar una breve mirada a la llamada teoría de la "dependencia estructurada". Desde ella, los problemas de la dependencia y el envejecimiento se sitúan en relación directa con la estructura social. En su parte medular postula que la dependencia de los viejos es "socialmente creada" y examina la relación estructural entre los distintos grupos de edad y el impacto de la división del trabajo en las sociedades capitalistas modernas.

Para (Bury, Townsend, 1996). La vejez no es una realidad biológica, sino que es una posición, un status socialmente construido, producto de la forma de división del trabajo y de la estructura de desigualdad vigente en cada sociedad y de las formas ideológicas correspondientes

Este enfoque aporta importantes líneas de análisis en cuestiones importantes, como las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de los ancianos; además, actúa como correctivo del individualismo de anteriores enfoques del envejecimiento (especialmente los que, desde una óptica relativamente positiva, enfatizan en la adaptación del anciano a una estructura social desventajosa) y logra dar relevancia a la dimensión política del tema. Sin embargo, desde la perspectiva sociológica presenta algunas limitaciones, como la importancia excesiva dada a los factores estructurales, generalmente a costa de minimizar las relaciones con los microprocesos.

En sus estudios acerca de la jubilación, la pobreza y las pensiones, los teóricos de la dependencia estructurada no suelen hacer referencia a las perspectivas reales que las personas de distintos grupos sociales tienen sobre estos temas ni su posible cambio en el tiempo; tampoco analiza en detalle las acciones colectivas que podrían influir en las políticas relativas a estas áreas y, en consecuencia, se pasan por alto las relaciones entre estructura y actuación.

Según, **Bury (1996)** pone como ejemplo de esta limitación el hecho de que el “carácter cambiante de las luchas relativas a la jubilación en diferentes períodos y el significado que tiene para los distintos grupos sociales” no reciba mayor atención desde esta perspectiva, dejando la sensación de que nada ha cambiado o que es muy poco probable que esto ocurra.

Sin embargo, (**Townsend y Walker**) Otra limitación del enfoque de la dependencia estructurada es que en su análisis no logra integrar la dimensión de género, hacen mención en sus escritos sobre la situación de las mujeres mayores. Para **Bury (1996)**, “la falta de reconocimiento de género como característica fundamental de la jerarquía social y de los modelos de dominación” obstaculizan los análisis de esta teoría. Agrega que “las diferencias entre las circunstancias vitales de hombres y mujeres quizá no sean una mera función del impacto diferencial; del mercado de trabajo, sino que formen parte de un conjunto de relaciones culturales signadas por el género”.

Como ejemplo de lo anterior, la elevada satisfacción vital que manifiestan muchos hombres ancianos puede tener mucha relación con la categoría que ostentan los hombres en el transcurso de sus vidas, generalmente superior a la de las mujeres; sin embargo el hecho de que es mucho más probable que los hombres ancianos estén casados, en comparación con las mujeres de su misma edad, indica que esta elevada

satisfacción vital es sólo función de la categoría ocupacional o de la misma jubilación.

Por otra parte, **Gans (1992)** señala que es fácil pasar por alto las relaciones jerárquicas y las desigualdades entre las mujeres, porque “aunque las mujeres de clase trabajadora sean diferentes a los hombres de la misma clase, también existen diferencias entre ellas u las mujeres de clase media superior

Por último, **Bury (1986)**, advierte que la constante reiteración de la relación entre personas mayores y dependencia, entre ancianos y pobreza, desigualdad y categoría inferior, conlleva el riesgo de reforzar las percepciones negativas, sobre todo las de las mujeres ancianas más pobres, aunque su intención sea precisamente elevar su perfil político. Un mayor énfasis en la relación entre acción y estructura impulsaría un progreso sociológico consistente, ya que remarca la necesidad de cotejar la “documentación de los problemas” con pruebas empíricas acerca de las formas en que los afrontan las personas mayores.

Este enfoque es especialmente importante en una época de reestructuración radical en las esferas económicas y sociales, en que las “reglas y recursos” que rigen a las personas ancianas cambian rápidamente y en las que ellas mismas dan respuesta activas para enfrentar estos cambios”.

Por lo tanto, (Bury, 1996, p.42). Jerrome (1989) y Williams (1990) utilizaron En cuanto al carácter activo de la amistad y el apoyo social en la vejez, Jerrome pone de manifiesto la participación activa de los ancianos en la configuración de las “circunstancias sociales” en diversos contextos morales y culturales. En su trabajo sobre la percepción de las personas ancianas sobre salud y dependencia, Williams insiste en que la “dependencia” se experimenta en términos de imperativos morales, es configurada y establecida de formas diferentes por las distintas generaciones.

El concepto de vulnerabilidad aplicado a las personas mayores, la CEPAL, lo define como un “fenómeno social multidimensional que da cuenta de los sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión y de la base material que los sustenta, provocado por la implantación de una nueva modalidad de desarrollo que introduce cambios de gran envergadura que afectan a la mayoría de la población.

La vulnerabilidad está directamente asociada con la cantidad y calidad de los recursos o activos que controlan los individuos y familias en el momento del cambio, así como con la posibilidad de utilizarlos en nuevas circunstancias económicas, sociales, políticas y culturales que van definiendo este proceso.

Según, (**Panorama Social 2000, p. 52, recuadro I.4**). En tal sentido, se refiere a los recursos “cuya movilización permite el aprovechamiento de las estructuras de oportunidades existentes en un momento, ya sea para elevar el nivel de bienestar o mantenerlo durante situaciones que lo amenazan”

Para (**CEPAL, 1999**). La vulnerabilidad, en cuanto concepto e instrumento analítico, se encuentra en pleno proceso de discusión. Sus defensores marcan algunas ventajas respecto de otros usados para definir situaciones de inequidad que generan desventaja social (pobreza, exclusión, marginalidad, precariedad, etc.); en primer lugar su capacidad de reflejar un proceso dinámico que apunta a las respuestas potenciales y no a resultados y en segundo lugar, su potencia para describir e interpretar fenómenos actuales, ya que da cuenta de la condición de riesgo en que quedan aquellas capas sociales que durante tiempo estuvieron amparadas por el Estado desarrollista; además, retrata bien la creciente inestabilidad que caracteriza la trayectoria de las personas.

A escala meso social (es decir, las comunidades), el capital social – que es definido de manera amplia como la red de vínculos de solidaridad, de trabajo conjunto, de apoyo mutuo y de conocimiento recíproco – constituye uno de los mecanismos para enfrentar la vulnerabilidad (Moser, 1998) A escala micro social (hogares e individuos) destacan la disponibilidad y manejo de activos (por ejemplo, la vivienda o el entorno

inmediato), la acumulación de capital humano (en particular, salud y educación y el acceso al empleo). Como contrapartida, se deduce que el debilitamiento del capital social y la ausencia o incapacidad de manejo de los activos y las carencias de capital humano, son elementos que constituyen la vulnerabilidad de comunidades, los hogares y los individuos”

La clasificación basada tanto en parámetros de pobreza como en criterios de vulnerabilidad sirve para distinguir estratos socioeconómicos o grupos con condiciones socioeconómicas contrastantes. En la misma línea, vulnerabilidad social y pobreza se cruzan pero son conceptos diferentes, pues la pobreza está vinculada a flujos de ingresos, niveles de consumo o satisfacción de ciertas necesidades básicas, mientras que la vulnerabilidad se asocia con activos (definidos de manera amplia y no sólo económica) que poseen las personas, las familias y las comunidades **(Pizarro, en CELADE, 1999)**. Si bien es cierto que las personas mayores, los adultos mayores, las personas de edad, la tercera edad, lo/as ancianos/as, lo/as viejos/as, o cualquiera sea la forma de denominar el grupo de personas que ya han cumplido 60 años, son considerados uno más de los colectivos humanos denominados “grupos vulnerables”.

Una revisión de la literatura especializada lleva a concluir que no es posible referirse con propiedad a un enfoque de la vulnerabilidad sistemáticamente aplicado para analizar el fenómeno social de la vejez y el envejecimiento o alguna de sus múltiples facetas.

La noción y determinación de los “grupos vulnerables” se desarrolla fundamentalmente como parte de la estrategia de focalización de la acción pública, en el contexto de un modelo de desarrollo donde el Estado pierde su papel protector y disminuyen drásticamente sus gastos en materia de protección social.

Como señala **Pizarro (1999, p. 24)**, la focalización es “un esfuerzo por concentrar los limitados recursos existentes en programas sociales orientados a aquellas poblaciones objetivos claramente identificadas en procura de generar máximo impacto, en una sociedad segmentada que necesita de programas adecuados a las necesidades de esos grupos específicos”. Sin embargo, el enfoque tradicional sobre grupos vulnerables presenta limitaciones en materia conceptual y “entraña limitaciones para diseñar políticas públicas en el plano de la equidad social, [debido a que] la noción de grupo vulnerable se extendió y perdió su especificidad, hasta convertirse en un símbolo de poblaciones de referencia de políticas públicas un amplio abanico de transectoriale.

De esta manera “cuando se alude a grupos vulnerables” se hace referencia a segmentos de la población que tienen requerimientos y que, por consiguiente, no pueden ser atendidos sectorialmente”.

Por otro lado, **(Rodríguez, 2000b, p.2)** se pretende aportar desde una perspectiva sociológica, ya sea a través de la refutación o validación

de sus postulados, a la discusión más global que el CELADE desarrolla actualmente en el plano de la vulnerabilidad y los grupos vulnerables.

Si se asume que cabe hablar de vulnerabilidad cuando una persona, hogar o comunidad experimentan:

- a. Desventajas sociales.
- b. Adversidades específicas para “controlar las fuerzas que modelan su propio destino, o para contrarrestar sus efectos sobre el bienestar” (Katzman, 2000).
- c. incapacidad para aprovechar las oportunidades disponibles en distintos ámbitos Socioeconómicos para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro (**Katzman, 2000**), el sentido común señala que las personas mayores experimentan vulnerabilidad al estar más expuestas que otros grupos de edad a enfermedades (declive fisiológico), a la pobreza (reducción de los ingresos, jubilación o discriminación laboral) y a la marginación social (disminución del flujo de relaciones sociales).

Estos factores determinantes de la vulnerabilidad no son propios de la vejez, no “vienen con la edad”, es decir, no son explicables por el simple dato cronológico. Decir que las personas mayores son vulnerables no es decir mucho, ya que los jóvenes, las mujeres jefas de hogar, los niños, las minorías étnicas, etc., también lo son; sin embargo, la vulnerabilidad que experimentan los jóvenes

y niños es diferente a la que experimentan los ancianos, pues contiene componentes distintos en cuanto se trata de etapas del ciclo de vida cronológica, social y fisiológicamente diferenciadas.

Según **Moser (1998)**, el menor o mayor grado de vulnerabilidad de las personas, familias y comunidades se da en cuatro ámbitos: el trabajo, el capital humano (nivel de educación y salud), el capital productivo y el capital social (relaciones comunitarias y familiares). A continuación se hará una referencia específica a la dimensión laboral como posible fuente de vulnerabilidad de las personas mayores.

2.4. ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y CORRECTA HIDRATACIÓN.

El doctor y especialista en nutrición panameño, Alfredo Matos, señala que debemos procurar una alimentación balanceada en todas las etapas de la vida, y que esta deberá ser suficiente en cantidades, completa en porciones de los diferentes grupos de alimentos, variada y adecuada para las condiciones físicas de cada persona.

Hay varios factores que llevan a la desnutrición en el adulto mayor, y estos son:

- Pocos recursos económicos.
- Abandono de familiares, el hecho de que comen solos y algunos no pueden cocinarse sus alimentos.

- Pérdida de dientes.
- Disminución del apetito debido a anorexia patológica del envejecimiento.
- Pérdida de masa muscular y masa ósea que les lleva a debilidad progresiva.

“El problema es que hemos aprendido que ser adulto mayor es sinónimo de estar delgado y, en verdad, gran parte de esa delgadez significa desnutrición severa, que puede llegar a su máxima expresión conocida como “fragilidad” en este grupo etario”, agregó el especialista.

El doctor Matos, señala que es muy importante la ingesta de proteínas, porque son fundamentales para mantener la formación de proteínas en el cuerpo. Por otro lado, es necesaria la ingesta de antioxidantes para controlar los daños en las estructuras celulares, el cual se expresa mucho más en las personas de la tercera edad.

Además, menciona que como en todas las etapas de la vida, una correcta hidratación resulta esencial para mantener un buen estado de salud. Ante la presencia de insuficiente cantidad de agua en el organismo se presenta la deshidratación que puede provocar caídas, infección del tracto urinario, enfermedad dental, trastornos broncopulmonares, cálculos renales, constipación y deterioro de la función cognitiva. Indica que existen diferentes fuentes de hidratación a partir de los alimentos y bebidas, entre

las que se encuentran el agua potable, jugos, refrescos, leche, café, té, frutas y verduras.

Por último, para el diabético, el doctor Matos recomienda el consumo de alimentos y bebidas endulzados con edulcorantes no calóricos, ya que pueden ayudar a que la dieta sea más variada y que el paciente se apegue a ella con mayor facilidad. La tercera edad es una etapa de la vida que debe verse con Ser adulto mayor no es algo que te enseñen en el colegio, es algo con lo que te encuentras de repente, cuando un día de agachas a abrocharte un zapato y ya no lo haces de la misma manera, pero eso no tiene por qué ser algo negativo”.respeto desde años antes, pensar sobre ella debe hacerse una práctica común. Tomar acciones para ser un **adulto mayor** saludable no es complicado, y puede ayudarte a ser más plena y **feliz**.

Alimentación saludable: mantener un peso corporal saludable es importante para la salud de las personas mayores. El sobrepeso o la obesidad están asociados con un mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares y además puede empeorar las condiciones existentes como artritis. Del mismo modo, tener un bajo peso también constituye un factor de riesgo de muerte y pérdida funcional.

En las Américas la mayoría de las personas mayores no conservan su peso ideal, ya que son obesas o tiene bajo peso. Entendiendo por

obesidad el tener un valor de 30 o más del Índice de Masa Corporal (IMC), mientras que bajo peso es tener un IMC menos a 19. Estas dos condiciones (obesidad y bajo peso) pueden relacionarse con déficits severos que afectan el sistema inmunológico de las personas, lo que las hace más vulnerables a las enfermedades.

Pero para mantener en un peso ideal y a su vez alimentarse saludablemente, es necesario realizar una adecuada combinación de alimentos, a fin de poder tener una dieta nutritiva, variada y sabrosa.

Una de las primeras sugerencias es lo concerniente a la frecuencia y cantidad de la alimentación, se debe consumir varias comidas pequeñas por día, cinco veces es lo ideal, siendo el almuerzo la comida principal del día y el refrigerio de la tarde y la cena sean livianos.

Lo alimentos que deben ser parte de nuestra vida diaria son las frutas y vegetales, que sólo (jugos naturales o fruta) o combinados (ensaladas) deben estar presentes en cada una de las cinco comidas que hagamos al día. Asimismo, las legumbres y el arroz por el alto contenido de fibras y nutrientes vegetales que contienen. Y los cereales integrales como el maíz, pan integral y otros como la avena, trigo que son una gran fuente de vitaminas y fibra.

Dentro de los alimentos que son fuentes de proteína el pescado es el alimento ideal por su gran cantidad de nutrientes y muy poca grasa. Asimismo la leche y los productos lácteos (queso, yogur) sin grasas son muy buenos. Otros como los huevos, el pollo pero cocinado sin piel y por último la carne de vacuno o cerdo pero sin grasa, proveen los nutrientes necesarios para una buena alimentación.

Los alimentos que no se recomienda ingerir son aquellos que tengan una gran cantidad de azúcar, como queques, helados y caramelos, asimismo aquellos que tienen mucha grasa como la mantequilla, la repostería, manteca u otros alimentos que han sido fritos en abundante aceite como las papas fritas.

2.5. SITUACIÓN ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR DEL HOGAR SAN JUAN

DE DIOS.

Es una institución que brinda el valor de la Solidaridad con el Adulto Mayor, busca aumentar la protección a las personas de los adultos mayores que se encuentran desamparados, que no cuentan con una pensión o viven en la indigencia o en la extrema pobreza; por medio de la entrega de un subsidio económico.

A través del Ministerio de Desarrollo social, el Gobierno Nacional planea alcanzar la cobertura universal de esta población vulnerable, lo que significa una vinculación cercana a los adultos mayores en todo el territorio nacional y que cumplen con los requisitos para ingresar a este programa.

Los adultos mayores de bajos recursos que tengan protección de Centros de Bienestar del Adulto Mayor, los que vivan de la caridad pública, los indígenas de escasos recursos que residen en resguardos o quienes no aplican la encuesta, podrán ser identificados mediante un listado censal elaborado por la entidad territorial o la autoridad competente.

La entidad territorial o el resguardo seleccionarán a los beneficiarios, que cumplan con los requisitos. El Ministerio de Desarrollo Social escogerá a los beneficiarios de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor.

2.6. MODALIDADES DEL SUBSIDIO.

- ⤴ **Subsidio económico directo:** consiste en un beneficio otorgado en dinero que es entregado a la población de la tercera edad que cumpla con los requisitos establecidos y el cual es intransferible.
- ⤴ **Subsidio económico indirecto:** es el que se otorga en servicios sociales básicos y se entrega a través de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor.

Uno de los problemas del Adulto Mayor, es sin duda los ingresos económicos que perciben. Cada uno de ellos, porque la mayoría depende del subsidio que le da el gobierno, (100 a los 65) que le ayuda para el mantenimiento durante su estadía en el Hogar San Juan de Dios, otros manifiesta que no cuenta con ingresos, solo cuentan con la ayuda que le brindan las empresas o donaciones de personas en insumo para aliviar la problemática del sector, económicos que allí es observado.

La Dirección Provincial del Ministerio de Desarrollo Social, realizó la tercera entrega de enseres y útiles de aseo personal al Hogar San Juan De Dios en la Provincia de Veraguas. Esta donación realizada por el Ministerio alrededor, en conjunto con varias instituciones de la Junta Técnica, quienes han aunado esfuerzo para la recolección de éstos enseres que beneficiará a los adultos mayores recluidos en este albergue.

La Directora del Ministerio de Desarrollo Social, Gloria Camaño, manifestó su agradecimiento a las instituciones que han aportado e instó a otras instituciones y empresas privadas a sumarse a este trabajo social, ya que su aporte es necesario para este Hogar.

Gloria Camaño también invitó a los panameños a unirse y donar cualquier artículo de aseo, ya que serán de mucha ayuda para los adultos mayores que habitan en este Hogar.

Al llegar en esta última etapa de la vida, como lo es ser adulto mayor, es de gran regocijo ya que se han cumplido metas familiares y con

el Estado; pero para mucha persona que llega a esta etapa de la vida se enfrenta muchas situaciones, pues se ven afectados por enfermedades, abandono por parte de la familia y es aquí que ellos nos saben dónde recurrir en busca de ayuda, y llegan al Hogar en busca de apoyo y refugio, y otros, son engañados por sus familiares.

Muchos de los ancianos han laborado profesionalmente y sus situaciones económicas son favorables para buscar ayuda que le brinden el ciudadano y compañía en sus últimos días de su vida y pasarlo más agradable.

Este trabajo está enfocado en el estado socioeconómico de adulto mayor, recluido en el Hogar San Juan de Dios de la provincia Veraguas.

Este Asilo tiene como objetivo brindar ayuda al adulto mayor que solicitan esta asistencia.

En cuanto al estado socioeconómico de adulto mayor para alguno es triste, porque no tienen los recursos para ser atendido y muchos de ellos son abandonados y por su familia en el hogar y no los visitan hasta que muere.

Algunos de los adultos mayores se ven beneficiados del Ministerio Desarrollo Social (M.I.D.E.S), este subsidio repartido, una parte para las instituciones y otra parte se queda con ellos para cualquier necesidad.

Con este trabajo se espera que se reconozca el esfuerzo que han logrado a lo largo de su juventud y que ahorra.

2.7. CONCEPTO DE JUBILACIÓN.

La Jubilación es un fenómeno complejo, generalizado en las sociedades, por el cual una persona que alcanza una determinada edad, generalmente los 65 años, o que está afectada de incapacidades físicas o psíquicas importantes para el trabajo queda desligada socialmente de su profesión y adquiere el derecho a una retribución económica.

Comprende las dimensiones jurídico – legal vinculada con las normas vigentes para el retiro laboral; económica, vinculada con la prestación de la jubilación; social, vinculada al cambio de status que implica el alejamiento de la vida laboral; psicológica, vinculada a la modificación del curso diario de la vida y reestructuración de sus relaciones sociales y familiares. Históricamente, se crea y desarrolla acompañando los cambios en la producción.

Las transformaciones en la productividad generan desempleo y ante mayor o menor necesidad, los mayores pueden ser vistos como una reserva de mano de obra que puede utilizarse o mantenerse fuera de la fuerza de trabajo.

La transición del trabajo a la jubilación, es un cambio muy importante donde la persona puede esperar sentir estrés, para algunos supone la

pérdida de ingresos, identidad profesional, estatus social, compañeros y estructura. Una clave para superar los efectos de la jubilación en la satisfacción de la vida, es si la experiencia aporta algún elemento nuevo a la vida. La jubilación conlleva a nuevas exigencias: preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o apartamento más pequeño o problemas de salud.

La jubilación del hombre, encontrarse sin su trabajo y apartado de sus contactos diarios con sus compañeros, sin embargo, ansían más la jubilación que su esposa. Las que no trabajan fuera de sus hogares, han de adaptarse a que sus maridos estén en casa es donde ambos deben planificar actividades que lo ayude a mantener la relación y gozar de su jubilación.

Por tanto, **Cabrerizo Plaza, (1990)**, la vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos. Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser el detonador de algún problema de salud mental.

La jubilación es un acontecimiento importante en la vida de la persona; implica la elección de un estilo de vida que no surge en un momento dado, sino que es un proceso continuo de identificación de

deseos, necesidades, desarrollo de planes, lo que constituye la esencia de una correcta planificación de la jubilación.

La pérdida de la capacidad adquisitiva y de las habilidades o capacidades personales, de la red de relaciones y de la propia identidad, son situaciones estresantes; sin embargo, no todas las personas enfrentan situaciones de crisis al dejar de trabajar y en caso de presentarse difiere en cada caso.

Existen muchos factores que condicionan el afrontamiento positivo o negativo así como el logro de una adecuada adaptación. Entre ellos se destacan: el tipo de trabajo realizado; nivel de ingresos; situación de salud; factores psicológicos, físicos o sociales que inciden en la vivencia de la jubilación (Reitzes y Mutran, 2004).

Aquello que incide en forma más relevante es la actitud con que la persona enfrenta la salida laboral, lo cual predispone a una mejor o peor adaptación a la jubilación.

La estructuración del tiempo existente durante la vida laboral debe reformularse en la etapa de la jubilación. Múltiples circunstancias laborales y sociales entre las que se destacan la formación, el nivel educacional, el puesto de trabajo, etc., inciden en que la jubilación constituya un motivo de satisfacción o de contrariedad. En ambos casos inciden una serie de factores de orden material, de salud físico – psíquica, de relaciones sociales que condicionan la adaptación.

Ante el cambio que significa la jubilación, surgen miedos (económico, sentimiento de inutilidad e improductividad, pérdida de vínculos sociales, pérdida de status, falta de ocupación del tiempo libre, retorno al hogar, etc.) Que exigen en la persona un proceso de reajuste tanto en lo individual, familiar y social. Las actitudes son muy variadas. Un estudio realizado por Agulló – Tomás (2001) reduce las actitudes a las siguientes: rechazo, aceptación, liberación, oportunidad y ambivalencia

Según **Eduardo Rivas, (2000)**, Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de muchas maneras. Se confunden con dolencias o enfermedades físicas. También pueden ser negadas por la familia y los amigos, o mal interpretadas como una parte normal del envejecimiento. A continuación veremos las manifestaciones de los diferentes problemas de salud mental que se pueden presentar en la persona adulta mayor.

El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, aún en la familia, ya no se diga en la sociedad. Por lo tanto sufren la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los lleva inclusive a la depresión.

En ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin las herramientas que le permiten su adaptación, tales como la motivación o refuerzos sociales.

Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además de que siente que la sociedad no lo valora en la forma en que el adulto mayor considera que sería lo justo.

Por otra parte, encontramos que existen adultos mayores que son más intelectuales o permanecen mentalmente activos, los cuales son capaces de enfrentar su vejez con mayor serenidad que aquellos cuya vida carece de sentido. Es de ellos de quien se debe aprender.

2.8. PRINCIPIO GERONTOLÓGICO.

En la medida de lo posible el adulto mayor debe permanecer en el medio físico, familiar y social en el que ha desarrollado su vida; debe respetarse su forma personal de relación con los lugares, objetos y personas que han configurado su existencia, todo ello favorece su salud mental.

2.8.1. CRISIS DE IDENTIDAD EN EL ADULTO MAYOR.

Esta situación se presenta por varios motivos que causan un conflicto interno en la persona. Algunos de ellos se mencionan a continuación:

Surge una crisis de identidad: deja de saber quién es y para qué sirve. Le asaltan dos temores, por un lado el temor a perder el control de su vida. Este temor va de la mano del género: ¿qué teme perder el hombre? ¿Qué teme perder la mujer? Y por otro lado la

incertidumbre nacida de un sentimiento de inutilidad. Gran parte de su identidad y del sentido de su vida desaparecen, dejándolo desamparado.

Es evidente que la ausencia de un apoyo familiar firme es un factor de riesgo de institucionalización nada deseable, ya que el objetivo principal de la geriatría es que el adulto mayor esté en su medio habitual, rodeado de su familia, que sea tratado como un ser humano rico en sabiduría, experiencias y vivencias.

Un aspecto relacionado con la salud mental es la plena capacidad de dormir y descansar apropiadamente, el insomnio, que consiste en el desorden de iniciación sostenimiento del sueño, puede ser un problema que genere irritación, agotamiento, somnolencia durante el día, etc.

Este problema presenta una serie de elementos que deben ser analizados adecuadamente para cuando se trata de insomnio transitorio, para combatirlo establecer una atención correcta se recomienda llevar a la persona a la cama a una hora determinada diariamente; despertarle siempre la misma hora; hacerlo dormir en una habitación fresca, limpia, tranquila y oscura; y por último ayudarle a hacer ejercicio a diario, pero ni muy intensamente, ni muy tarde. No se aconseja que la persona tome siestas durante el día (hasta donde sea posible); tome café, té o bebidas con cafeína, en

especial cerca de la noche al igual que las bebidas con alcohol (le obligarán a levantarse al baño para orinar), o llevarle demasiado temprano a la cama. En lo que respecta al insomnio crónico (cuando el problema lleva más de un mes de suceder), lo aconsejable es consultar al médico.

También es un factor de desestabilización emocional el que la persona adulta mayor sea víctima de maltrato o violencia, la cual se puede dar por diferentes factores: problemas familiares, escasos recursos económicos, agotamiento por parte del cuidador o familiar, pero sobre todo por una intolerancia debida al desconocimiento de las necesidades de las personas adultas mayores.

Por otro lado, la demencia es uno de los problemas de salud mental más graves que aquejan a las personas adultas mayores, ya que se debe a un desorden progresivo de las funciones intelectuales superiores, tales como la memoria, el lenguaje, la concentración y la motricidad (movimiento de los brazos y piernas), afectando las actividades de la vida diaria.

Sin embargo, Alberto Alcocer (2000), A pesar de que la depresión es una enfermedad grave y evasiva, se puede tratar adecuadamente. En general, el tratamiento consiste en una combinación de medicamentos y psicoterapia.

Los medicamentos antidepresivos constituyen un importante adelanto científico, ya que existe una gran variedad de ellos que permiten

fortalecer las sustancias disminuidas en el cerebro y así tratar el padecimiento.

Para cada caso, el medicamento debe ser escogido por el médico, tomando en cuenta aspectos como problemas para dormir, ansiedad, además de enfermedades que padece y los otros medicamentos que la persona toma. Los nuevos medicamentos no causan adicción por lo que se pueden tomar durante meses o años.

Conjuntamente se debe dar a la persona la oportunidad de que hable de sus problemas y sentimientos de replantear sus actitudes hacia los retos de la vida diaria, todo esto mejorará su calidad de vida.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. A nivel de los consultorios de médicos generales, aproximadamente uno de cada tres pacientes mayores de 60 años sufre de síntomas de depresión. La detección temprana de estos síntomas y su tratamiento contribuirá a mejorar el bienestar de los adultos mayores.

Asimismo la depresión se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con frecuencia en una persona, tales como angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño o cambios drásticos del humor.

Cuando se trata de insomnio transitorio, para combatirlo ser mujer, estar separado(a), la viudez, el nivel socioeconómico bajo, insuficiente apoyo social, y cuando ocurren eventos vitales recientes adversos e

inesperados. Un factor de riesgo importante es la discapacidad producida por enfermedades físicas, siendo frecuente la asociación de una patología crónica con una enfermedad depresiva.

La depresión es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotricidad de las personas. Pero debido a que la depresión es una enfermedad común nos podemos encontrar con tratamientos muy efectivos. Por tanto, si la persona no busca ayuda médica para erradicarla o por lo menos aminorarla, no sólo va a sufrir, sino que no podrá llevar a cabo sus actividades diarias y ocasionará padecimientos en todo su grupo familiar.

¿Cómo es la depresión?

La depresión tiene síntomas muy bien definidos. Básicamente se caracteriza por: Tristeza, irritabilidad y/o ansiedad, desánimo persistente o mal humor. Pensamientos de muerte o suicidio. Sentir cansancio frecuentemente. Sentimientos de desesperanza, pesimismo e inutilidad. Problemas con la comida (por comer mucho o no tener apetito), engordando o adelgazando visiblemente.

Pérdida de energía, fatiga, no se puede descansar o se está irritable. Dificultad para concentrarse, recordar o para tomar decisiones. Incapacidad para disfrutar de la vida, incluso en actividades que eran placenteras para la persona, tales como paseos familiares, visita de hijos o nietos, actividades de jardinería, etc.

¿Cómo se puede evitar una depresión?

Si ha sufrido un episodio depresivo con anterioridad, es importante continuar bajo control médico evaluar con este profesional si es necesario mantener la medicación antidepresiva aunque ya no presente síntomas. Las personas, las familias y la vida están en cambio constante. Es preciso prepararse para enfrentar estos cambios que son normales y necesarios.

Las mujeres deben estar preparadas para la partida de los hijos del hogar y, eventualmente para la viudez, pues viven más tiempo y por consiguiente existe una probabilidad muy grande que pase una parte importante de la tercera edad sin hijos y sin marido.

Los hombres, por su parte, deben estar preparados para vivir varios años de su tercera edad sin trabajar y con mucho tiempo libre para realizar las actividades que le agraden.

¿Quiénes pueden sufrir de depresión?

Según son más vulnerables a sufrir una enfermedad depresiva:

Las mujeres. Las personas que sufren algún grado de incapacidad o impedimento. Las personas que tienen problemas económicos. Las personas que tienen pocas relaciones sociales. Las personas que han sufrido algún hecho inesperado y desagradable en sus vidas y, sobre todo, Las personas que han sufrido episodios depresivos en sus vidas con anterioridad.

2.8.2. JUBILACIÓN.

Es un proceso que lo lleva a su vez a otras pérdidas: del poder, de autonomía económica y del rol que venía ocupando dentro de la sociedad. En la actualidad es muy recomendable que todo individuo se prepare anticipadamente a vivir este proceso de cambio en la vida. Si la persona no se prepara para este evento tan impactante con un nuevo plan de vida que le proporcione satisfacciones y le permita seguir participando activamente en la sociedad sin ser segregado, posiblemente se encuentre un tanto desconcertado al llegar el tiempo de su jubilación. Es por eso que se recomienda que existan redes de apoyo que eviten el aislamiento, la soledad y la depresión, que pudieran inclusive llevarlo a la muerte.

Según **Margarita Becerra Pino, (2001)**, Psiquiatra y Psicogeriatra, Positivos de su vida., las posibles causas de depresión.

Cuando el adulto mayor ha tenido una pérdida significativa, posiblemente lo va a mantener durante un tiempo callado, sin poder hablar e incluso no participar en su mundo. Hasta que llegue el día en que se pueda adaptar a dicha pérdida y acepte lo ocurrido, es entonces cuando comenzará a vivir un mundo más organizado.

Para ello es necesario que tome conciencia de que todos los hechos tienen un aspecto positivo y otro negativo; por ejemplo, la

partida de los hijos del hogar puede significar pena, pero también más libertad y más tiempo libre. La jubilación puede significar menos dinero y demasiado tiempo ocioso, pero también da la oportunidad para realizar actividades que antes no realizaba por falta de tiempo.

2.8.3. RECOMENDACIONES PARA ADULTO MAYOR.

- Mantenga un régimen de vida variado, que incluya paseos, caminatas y diversiones, alternando actividades físicas con recreativas y de reposo, eligiéndolas según sus gustos aptitudes.
- Busque una actividad que le agrade y hágala parte de su vida, porque sentirse útil ayuda emplear el tiempo de una mejor manera.
- Mantenga toda la independencia que su salud y su situación económica le permitan, pero por ningún motivo se aisle.
- Haga ejercicio regularmente, es bueno para la mente y para el cuerpo. Esto ayuda a reducir la tensión y la ansiedad, además produce una sensación de logro y cumplimiento.
- Lea periódicos y libros; vea programas interesantes y siga las noticias. Manténgase informado y atento de lo que sucede en su entorno y en el mundo.

- Forme parte de un grupo de lectura para intercambiar libros y generar discusiones sobre las lecturas en común; es más barato porque sólo compra un libro y lo intercambia con los demás.

Según la Guía de Clínicas del Adulto Mayor, recomendaciones para el cuidado del adulto.

Por ello, aquí te damos unos consejos, para protegerlos y cuidarlos, ya que ellos, lo han hecho muchos años por nosotros. Así que toma nota y trátalos como se merecen:

1. Instala barras bien afianzadas para que se sostengan en las duchas y tinas, de ser necesario un lugar para sentarse.
2. Coloca tapetes antideslizantes en las regaderas, tinas y lugares de salida.
3. Utiliza de preferencia jabón líquido con despachador e instalo a la altura adecuada, para evitar que el adulto mayor se incline y caiga por vértigo en la ducha.
4. Pon cojines adicionales en el asiento de sofás, que les permita sentarse y pararse con menor esfuerzo.
5. Para adultos de edad más avanzada, es preferible que los muebles tengan brazos.

Para el Ministerio de Salud en Chile, el envejecimiento de la población y la transición demográfica determina el término “envejecimiento” se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando va ganando años. Sin embargo, el comienzo y la percepción de la vejez tienen que ver no sólo con la evolución cronológica sino también con fenómenos de naturaleza biosíquica y social.

Aunque la teoría de la transición demográfica se basa en la evolución de la fecundidad y la mortalidad a largo plazo, una población también puede envejecer o rejuvenecer a causa de la migración.

Por ejemplo, una migración importante de adultos jóvenes envejece al país de origen y rejuvenece a la población receptora. Lo mismo puede ocurrir dentro de los países (entre sus áreas geográficas) cuando la migración interna es selectiva, según la edad. En relación a la migración internacional, cabe citar las experiencias de Argentina y Uruguay, cuya inmigración del pasado tuvo un impacto importante en su proceso de envejecimiento. En los países caribeños, la contribución a dicho proceso derivó de una emigración prolongada en el tiempo y selectiva, según género y edad **(Villa y Rivadeneira, 2000).**

El primer cambio relevante de la segunda mitad del siglo XX en América Latina y el Caribe, fue una importante disminución de la mortalidad, principalmente causado por el control de las

enfermedades infecciosas y parasitarias mediante la expansión de la cobertura en salud y las mejoras en las condiciones sanitarias.

- Así, la esperanza de vida al nacer pasó de aproximadamente, 52 años en los inicios de la década de 1950 a 70 años en la actualidad (estimación para el período 1995-2000). Como referencia, a principio de los años cincuenta, los países más desarrollados tenían una esperanza de vida promedio de 66.6 años, es decir, 14.6 años superior a la de los países de la región; hacia el año 2000 las diferencias no llegan a los 5 años (la esperanza de vida promedio de los países desarrollados es de 74.9 años). Se estima que a fines del primer cuarto del siglo XXI esa expectativa en los países latinoamericanos será de 75.3 años y a mediados del mismo de 78.9 años, dos años menos que la de países más desarrollados.

2.8.4. LAS PERSONAS DE EDAD Y LA POBREZA.

Cualquier acción para mejorar la calidad de vida de las personas de edad, necesita una previa identificación de los grupos más vulnerables, entre ellos los pobres. Su cuantificación y el conocimiento de sus características son un punto de partida para toda propuesta tendiente a superar la pobreza y evaluar su eficacia. América Latina ha avanzado bastante en el estudio de la pobreza

(tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo), tal vez como una respuesta a los efectos negativos de la crisis de la década de 1980, cuando los hogares pobres representaban un 35%; en 1990 aumentaron a 41%, es decir, en 10 años se pasó de 136 millones de personas pobres a algo más de 200 millones, según Panorama Social.

Aunque la incidencia de la pobreza es mayor en las áreas rurales, los aumentos más drásticos se presentaron en las áreas urbanas. Al comenzar la "década perdida", un 25% de los hogares urbanos era pobre, cifra que llegó a un 35% en 1990; los 63 millones de pobres urbanos aumentaron a casi 122 millones. La urbanización y las políticas de ajuste (que afectaron básicamente a las ciudades en que se concentraban las empresas estatales y las pequeñas y medianas industrias) contribuyeron a concentrar la pobreza en las zonas urbanas.

Se estima que en las áreas rurales había un 54% de hogares pobres en 1980, valor que se incrementó levemente en 1990 (58%). Al inicio del decenio, había 73 millones de pobres en el campo, que llegaron a algo más de 78 millones al comenzar la siguiente (Panorama Social, 1998). Los datos disponibles indican que entre 1990 y 1997, descendieron los niveles de pobreza, en una magnitud que apenas permitió alcanzar los valores relativos de 1980, es decir,

36% de hogares en situación de pobreza (30% en las zonas urbanas y 54% en las rurales).

Esa disminución detuvo el incremento absoluto de la población pobre; no obstante, se mantiene por sobre los 200 millones (126 millones de pobres en las zonas urbanas y 78 millones en las rurales).

Pese a que no se dispone de datos actualizados, se reconoce un probable aumento de la pobreza entre 1997 y 2000, pues, entre otros factores, el crecimiento económico mostró variaciones desfavorables (Panorama Social, 1998). Los niveles de pobreza y los cambios en el tiempo dan un panorama muy heterogéneo entre países.

Panorama Social, 1998) define tres grupos de países según los niveles de pobreza por hogar, estimados para la población urbana (alrededor de 1997):

- a) Cuatro países se ubicaban en niveles bajos de pobreza urbana (Argentina, Costa Rica, Chile y Uruguay, con una incidencia inferior al 20%);
- b) siete países en niveles medios (Brasil, Colombia y El Salvador y México.
- c) Panamá, Perú y República Dominicana, con niveles entre 20% a 39%) y, siete países con alta incidencia de

pobreza urbana (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Venezuela, con tasas del 40% o más). El panorama de las áreas rurales (basado en datos disponibles para 10 países) muestra niveles más elevados, que van desde un 23% de hogares en situación de pobreza.

Según **Carlos Nigro (2001)**, Servicio de Neumología, las causas y tratamientos sobre neumología son las siguientes:

1. ¿Qué es el insomnio?

Las personas que sufren de insomnio suelen quejarse de algunos de los siguientes problemas:

- Dificultad para dormirse.
- Dificultad para mantener el sueño (se despiertan varias veces en la noche).
- Despertares tempranos en la madrugada.
- Sensación de no dormir bien.

Durante el día las personas con insomnio suelen tener:

- Cansancio o sueño.
- Ansiedad o depresión.

- Trastornos de memoria o reducción de la atención.
- Irritabilidad, nerviosismo.

2. ¿Qué puede causar insomnio?

Hay muchas causas que pueden provocar insomnio.

- Enfermedades psiquiátricas, tales como los trastornos de ansiedad y depresión. Enfermedades que ocurren durante el sueño (síndrome de apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, movimientos periódicos de las piernas, etc.).
- Medicamentos (estimulantes, antidepresivos, supresión de sedantes o hipnóticos).
- Patrón de sueño irregular, horarios de trabajo rotativo.
- Idiopático (sin causa aparente).
- Pseudoinsomnio (el paciente se queja que no duerme bien a pesar de que los estudios de sueño no muestran anormalidades).

3. ¿Es un problema común?

- El 95% de la población adulta ha tenido algún episodio de insomnio transitorio en su vida.

- Las formas crónicas de insomnio (aquel que dura al menos 6 meses) sólo lo padecen entre el 8 y el 18% de las personas.
- A pesar de ser un problema común sólo el 5% visita a su médico.

4. ¿Quiénes tienen más riesgo de padecer insomnio?

- Divorciados, viudas/os, desempleados.
- Aquellos con enfermedades digestivas, reumáticas respiratorias y cardiovasculares.
- Los ansiosos y depresivos.
- Los sedentarios.
- Quienes lleven un estilo de vida estresante.
- Aquellos con horarios irregulares para acostarse y levantarse.
- Los que consumen alcohol antes de irse a dormir.

Panamá no es tierra para los ancianos Conformada por años dorados; en realidad es un martirio para los adultos mayor la Jubilación. Ese es el sueño de muchas personas en edad laboral. Llegar a los 57 o a los 62 años, dependiendo si eres mujer u hombre, para dejar de trabajar y dedicarse a sus propios asuntos. ¿Pero cuáles? ¿Qué opciones le ofrece la vida a quienes llegan a la tercera edad, por lo menos en Panamá?

Para los adultos mayores, es imposible para un jubilado pensar en cultivarse o dedicarse a otras actividades una vez se cumple con las

obligaciones laborales. Es, prácticamente, imposible, pues los ancianos deben pensar en su supervivencia, antes que todo: 'Cuando te jubilas pierdes la calidad de vida. En ese momento empiezas a ganar menos dinero. Pasa un año para que te paguen la pensión mínima de \$175. El salario mínimo es de \$400 y la canasta básica está en \$345. Un jubilado no puede vivir'.

El sociólogo Fernando Murray ha observado cómo es la calidad de vida de la tercera edad en Panamá. En 1990, el también profesor de la Universidad de Panamá, publicó la investigación 'Ancianidad y Maltrato en Panamá'.

Al analizar el tema, 24 años después de esa publicación, Murray comenta: 'Vivimos en una sociedad que descalifica a los ancianos, cuando es un período o etapa de vida que muchos aspiramos a llegar, pero no todos alcanzamos'. Añade el docente universitario que 'tan pronto la persona cruza la barrera de la jubilación, de manera casi inmediata, se les va restando protagonismo y participación, en los espacios de actividad que en otra se desempeñaban, inclusive dentro de los grupos más próximos e íntimos, como la familia, pierde esta persona el estatus y el liderazgo del cual gozaba'.

Un estudio del año 2000, realizado en conjunto por el Ministerio de Salud (Minsa), el Ministerio de Desarrollo Social (Mides) y la Caja del

Seguro Social (CSS), luego del 'Foro Centroamericano de Envejecimiento, Salud y Bienestar', hacía una radiografía de la realidad del anciano panameño. En distintos puntos del informe se leen comentarios como: 'El Ministerio de Salud no cuenta con programas generadores de ingresos para adultos mayores en la actualidad' o 'En este momento, no contamos con programas en la CSS. Que generen ingresos a los adultos mayores'. El documento oficial también acepta que en nuestro país 'la política de salud no ha contemplado la creación de programas de entrenamiento y reinserción laboral para adultos mayores'.

2.9. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN EN LOS ADULTOS DE EDAD AVANZADA?

La desnutrición se produce cuando una persona no tiene suficientes alimentos o no come suficientes alimentos saludables. Muchas cosas pueden influir en la cantidad y el tipo de alimentos que come un adulto de edad avanzada. Entre ellas las siguientes:

- **Problemas de salud:** los adultos de edad avanzada pueden tener problemas de salud que producen pérdida del apetito o que dificultan la ingestión de alimentos. Puede que tengan una dieta restringida que haga que los alimentos pierdan el sabor. También puede que tengan problemas dentales que les dificulte masticar o tragar los alimentos.

- **Medicamentos:** ciertos medicamentos pueden disminuir el apetito o alterar el sabor y el aroma de los alimentos.
- **Bajos ingresos:** a los adultos de edad avanzada puede que les resulte difícil pagar los comestibles.
- **Discapacidad:** es posible que los adultos de edad avanzada que tienen demencia o alguna discapacidad física no puedan comprar sus propios comestibles ni cocinar para sí mismos.
- **Alcoholismo:** el alcoholismo puede disminuir el apetito y alterar la forma en que el cuerpo absorbe los nutrientes que hay en los alimentos.
- **La depresión** en los adultos de edad avanzada puede dar lugar a la pérdida de apetito.

2.9.1. ¿QUÉ HAGO SI ESTOY CUIDANDO A UN SER QUERIDO QUE ESTÁ DESNUTRIDO?

Según el Dr. Sergio Castañeda Cerezo, si usted sospecha que su ser querido tiene una afección médica que le está ocasionando desnutrición, ayúdelo a buscar tratamiento.

Para mejorar la nutrición de su ser querido, pruebe seguir algunos de los siguientes consejos:

- **Fomente la elección de alimentos saludables.** Los mejores alimentos son aquellos ricos en nutrientes, tales como frutas, vegetales, granos integrales y carnes magras. Ayude a su ser querido a limitar la ingesta de grasas sólidas, bebidas alcohólicas y sal. Sugiera maneras de reemplazar los alimentos menos saludables por alternativas más saludables.
- **Comer bocadillos ('snacks' o refrigerios) saludables** es una buena manera de obtener más nutrientes y calorías entre comidas. Puede ser particularmente útil para los adultos de edad avanzada que se quedan satisfechos rápidamente a la hora de comer.
- **Haga que los alimentos vuelvan a tener buen sabor.** Si su ser querido tiene una dieta restringida, las hierbas y especias pueden ayudar a restaurar el sabor de los alimentos desabridos. Recuerde simplemente evitar las mezclas de hierbas y especias que contengan mucha sal.
- **Considere agregar suplementos a la dieta de su ser querido.** Si los cambios en la dieta no proporcionan nutrientes suficientes, es posible que resulte beneficioso darle malteadas con suplementos nutritivos u otros

suplementos nutritivos. Hable con el médico de su ser querido acerca de estas opciones.

- **Fomente el ejercicio físico.** Aun un poquito de ejercicio físico puede ayudar a mejorar el apetito de su ser querido y a que sus huesos y músculos se conserven fuertes.
- **Planifique actividades sociales.** Haga que las comidas y el tiempo de ejercicio físico sean una actividad social. Haga caminatas con su ser querido alrededor de la manzana. Aliéntelo a juntarse con un vecino o amigo para almorzar. Muchos restaurantes ofrecen descuentos para personas mayores.
- **Solicite ayuda.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, el médico de su ser querido es un buen recurso. El médico puede hablar con usted acerca del riesgo de su ser querido de padecer desnutrición y de los medicamentos que él o ella toma. También puede obtener información sobre recursos que haya en la comunidad, que pueden ayudarlo en el cuidado de su ser querido.

Para la tercera edad y como mantenerse saludable y cómo prevenir la desnutrición en adultos de edad avanzada:

- **NUTRICIÓN y EVACUACIONES.**

Incluye el aporte de alimentos y de líquido. El adulto puede sentir poca sed y se deshidratan con facilidad; el calor, la fiebre o los diuréticos, también pueden deshidratar. Los líquidos deben administrarse con el paciente sentado y en pequeña cantidad, cada vez. La cantidad diaria debe fluctuar entre 1,5 y 2 litros, incluyendo el líquido de las comidas. Puede restringirse después de cenar para disminuir la orina durante la noche.

Si se alimenta por boca es importante la buena presentación y el sabor; la hora de comida puede ser uno de los pocos agrados de un adulto mayor postrado. La administración debe ser precedida y seguida de aseo oral y de las manos, y siempre que sea posible, el paciente debe estar sentado. La alimentación debe ser suficiente y balanceada; si parece insuficiente puede complementarse con vitaminas. Debe recibir bastante fruta y verdura, que aportan fibra y junto al líquido evitan la estreñimiento y las infecciones urinarias.

Muchas veces- el paciente tiene dificultades para tragar. En esos casos la alimentación debe ser fraccionada y de consistencia blanda, administrando **MANEJO VESICAL E INTESTINAL**

Un adulto mayor puede presentar incontinencia de orina o deposiciones, con maceración e infecciones de la piel. También

puede presentar estitiquéz y retención de orina, con molestias e infecciones urinarias.

Si es posible debe llevarse al sanitario todos los días para que defeque, si lo hace en la cama. A veces puede hacerlo en una "chata"; otras veces debe usar pañales y ser aseado cada vez que sea necesario. La estitiquéz puede evitarse con fibras, abundantes líquidos y a veces laxantes. Solo, ocasionalmente se necesita recurrir a enemas o extracción manual de deposiciones impactadas.

En caso de incontinencia de orina debe recordarse que la sonda vesical (Foley) siempre causa infecciones. Por eso se recomienda en el varón, el uso de "pato", un recolector urinario o pañal para adultos. En la mujer se usa pañal; también se le puede colocar la chata de vez en cuando, para que orine sin mojar el pañal. Un hule debajo de la sábana protege el colchón, por si fallan las medidas ya mencionadas.

Si hay retención de orina se hace cateterismo (extracción de orina con sonda) varias veces al día. No es necesario usar material estéril, pero la sonda debe estar muy limpia y hervida antes de cada procedimiento.

2.9.2. EL PACIENTE TIENE DIFICULTADES PARA TRAGAR.

Utilizar alimentos pastosos o espesados, ya que los atragantamientos son más frecuentes con los líquidos. En caso de atragantamiento intentar extraer el alimento de la zona faríngea con los dedos o si es preciso cogiendo al paciente desde atrás y golpeándole con ambos puños en la punta del esternón.

Según la orientación para la familia del adulto mayor postrado, valorar la conveniencia de solicitar que se le coloque una Sonda Nasogástrica.

CAPÍTULO TERCERO

MARCO METODOLÓGICO

3.1. ASPECTO METODOLÓGICOS

La metodología empleada en la práctica profesional estuvo guiada por una metodología centrada en la observación directa en las diferentes actividades:

3.1.1. La observación directa.

Se basa en que se podía ayudar y me di de cuenta que se necesitaba mucha comunicación con los abuelos ya que es la mejor manera de expresar los sentimientos durante la estancia en el Hogar San Juan de Dios.

3.1.2. Encuesta.

Se realizan para conocer el diagnóstico, a cada persona y de qué manera se le puede brindar apoyo, son datos que debemos tener en cuanto de cada uno de los adultos mayores en lo que respecta a su estado físico, emocional y económico.

3.1.3. Charla.

El tema fue de la autoestima, Cómo sobre llevar una enfermedad Algunos de ellos pueden tener retos como Vivir con unas enfermedades crónicas. Aislamiento y soledad. Un escaso ingreso económico.

3.2. ENCUESTA REALIZADA AL HOGAR SAN JUAN DE DIOS.

1. ¿Cuál es el nombre de la institución?
2. ¿Quién administra el Hogar San Juan de DIOS?
3. ¿Cuánto adultos mayores hay en el Hogar San Juan de DIOS?
4. ¿Cuánta persona brindan el servicio a esta institución?
5. ¿Cuál es el horario de alimentación?
6. ¿Qué comodidades hay en esta institución?
7. ¿Cómo se mantiene el hogar san juan de DIOS?
8. ¿Qué hace el ministerio de desarrollo social?

CAPÍTULO CUARTO

ANÁLISIS Y RESULTADO

4.1. ANÁLISIS Y RESULTADOS.

Es apropiado presentar especial atención a los siguientes resultados y análisis. En primer lugar, se hizo la visita para conocer la cantidad de anciano que allí se encuentran.

A través de las administradoras, religiosas Agapita Chávez, Rosa Vital y María Vital, las cuales son personas encargadas de este Hogar de ancianos.

Por medio de la encuestas realizada se conoce cantidad de anciano referido por el Ministerio de Desarrollo Social, ya que son la encargada de velar por el cuidado del adulto mayor, vigilando que no sean maltratado a veces por los parientes en ninguna forma.

Según el informe que son referidos son por Hospital, Caja de Seguro Social Mides y algunos familiares. Ver cuadro N° 1.

A través de la funcionaria administradora de esta Institución, se pudo conocer el estado socioeconómico de los adultos mayores y nos damos cuenta que la mayoría cuenta con la ayuda del Gobierno para aliviar los gastos de este centro. Ver gráfica N° 2

Actualmente sabemos que hay una totalidad de 14 adultas y 34 adultos siendo una totalidad de 48 adultos en el Hogar.

En este hogar de ancianos existe una capacidad para setenta y cinco adultos (as), pero actualmente hay una capacidad de cuarenta y ocho adultos, solamente. Ver gráfica N° 2.

La mayoría de ellos no tienen la visita de sus familiares, por eso es necesario concientizar los valores en la familia para que, los que vienen en la generación tengan una vejez digna y tranquila. Ver gráfica N° 3.

En el Hogar San Juan de Dios se preocupan por tenerles el recurso que ellos necesitan para su uso diario y que no le falte nada y que no tengan que salir a comprar.

La cantidad de personal con que cuenta el hogar son once mujeres, dos varones, un médico y la enfermera Agapita Chávez, razón por la cual obtienen un personal más o menos, ya que es muy poco para la cantidad de adultos.

Los adultos tienen un horario de alimentación de 8: A.m.5: p.m. El cual me correspondía el turno de la mañana desayuno y merienda. Ver cuadro N° 3.

También, como es de saber en los hogares de ancianos, existen diferentes condiciones físicas que afectan a estas personas, como: epilépticos (as), parálisis ceguera, Ver cuadro N° 4 y 5.

Este hogar obtienen diferentes comodidades como: oficina, comedor, cocina, lavandería, sala de recreación, baño: hombre y mujeres, enfermería, dormitorios y despensa.

Como se puede observar que la edad de mayor cantidad está en la escala de los ochenta y con un caso especial de una joven con parálisis cerebral. Ver gráfica 6.

Este hogar cuenta con apoyos de diferentes instituciones como: Pendería Santa Librada, Banco Nacional de Panamá, Lotería Nacional de Beneficencia, la Piladora San Felipe y el Ministerio de Desarrollo Social.

También los algunos adultos cuentan con ayuda de programas como Ángel Guardián, 120-65. Ver gráfica 1.

En el horario de alimentación, siempre se debe acompañar a estos adultos mientras consumen sus alimentos antes, durante y después Ver Fig. 2.

Como se puede observar al señor Alfredo Castillo mostrando una de sus habilidades que es tocando su violín. Ver fig. 3.

Siempre en los hogares de ancianos cuentan con adultos mayores con alguna discapacidad para sostenerse.

CONCLUSIONES

Del estudio realizado sobre el Estado Socioeconómico del adulto mayor recluso en el Hogar San Juan de Dios, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- ▲ En lo correspondiente al aspecto socioeconómico, la mayoría reciben ingreso inferior al salario mínimo insuficiente para cubrir sus necesidades, lo que es la alimentación fue calificada como regular atendiendo que no es completa ni balanceada.
- ▲ En tanto a salud alguno se siente capacitado para valerse por sí mismo y un porcentaje presenta problema de salud.
- ▲ Las enfermedades con mayor incidencia fueron la hipertensión arterial, diabetes, ceguera, parálisis y todos ellos son tratados con medicamento que en dicho Hogar la encargada, compra con el aporte de cada uno y otros que son asegurados.
- ▲ En el aspecto familiar los adultos que se encuentran en esta institución se sienten abandonados por sus familiares, ya que los mismos no los visitan solo depende del cariño que ahí le brindan los trabajadores.
- ▲ En tanto a programas de atención comunitaria que permite la participación del adulto mayor, ellos cuentan con el Ministerio de Desarrollo Social que realizan actividades de recreación, una vez al mes y personal del Banco Nacional.
- ▲ La institución mantiene las puertas abiertas para aquello que en realidad lo necesita.

RECOMENDACIONES

Después del análisis del presente estudio en tema Estado Socioeconómico del adulto mayor recluido en el Hogar San Juan de Dios, en Santiago de Veraguas, nos permitimos presentar las siguientes recomendaciones:

- El Estado Panameño debe ampliar la política de seguridad social, haciéndola extensiva a todos los adultos mayores.
- El Estado Panameño debe implementar nueva política que vaya dirigida a atender las necesidades del adulto mayor. Como centros integrales y darle un seguimiento a beneficio del adulto mayor, ya que algunos tienen pero no la utilizan adecuadamente.
- La familia debe crear programas sociales donde se pueden proporcionar los medicamentos necesarios.
- Las instituciones deben sensibilizar a la población sobre los problemas del envejecimiento, crear actividades recreativas a favor de del adulto mayor, donde ellos se integren y puedan desarrollar su capacidad, propiciar la participación en los programas de atención comunitaria para que se sientan útiles.
- La comunidad tienen que tomar en cuenta la destreza o capacidad que poseen cada uno de ellos para así realizar sus actividades y sentirse con capacidad de hacer algo

BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. Jubilación. Imsero (1990). Preparación para la Jubilación. Jornadas Internacionales. Palma de Mallorca, noviembre 1990
2. Edad media. Visión histórica del concepto de la vejez. Inciclopedia.
3. Moscoso, M. Secretaria de la juventud, la niñez y la familia. (2002). Folleto. La calidad de vida en la vejez.
4. Cortez, Oscar. (2009). Como afecta los estados socioeconómicos en la motivación de los adultos mayores.
5. Aguilera, Oscar. (2011). Factores de los estado socioeconómico en los adultos mayores. Revista integración de un adulto. Vol. 3.
6. Arosemena. Ana. (2003). Los factores de integración de los adultos mayores en panamá. Fundamujer.
7. Margarita Becerra Pino, Psiquiatra y Psicogeriatra, Positivos de su vida., las posibles causas de depresión. (2000). BOGOTA, Colombia.
8. Estado como intermediario mediante las políticas públicas dirigidas específicamente a la vejez (Pérez Ortiz, 1997). Monografía.
9. Barbot-Coldevín, (2000). enfoque de género para acercarnos a la situación de pobreza de las mujeres mayores de América Latina pp. 259.

ANEXOS

CUADRO I

INFORME DE POBLACIÓN BENEFICIADA INFORME DE POBLACIÓN AL 20 DE ABRIL DE 2015

CAPACIDAD TOTAL _____.

INSTANCIA QUE REMITIERON LOS CASOS	población actual			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE
CAPACIDAD	50	25		
Ministerio de desarrollo social	23	4	27	36.00%
Familiares , vecinos y autoridad	5	6	11	14.67%
se presentaron solos	4	1	5	6.67%
hospital de Santiago	0		0	0.00%
Lotería nacional de beneficencia	0	1	1	1.33%
T. Social de la caja de seguro social	2	1	3	4.00%
hospital psiquiatrico-panama		1	1	4.00%
TOTAL	34	14	48	

Fuente: Como se observa en el cuadro este nos indica algunas instituciones que otorgan sus informes para el ingreso a este Hogar y la población del año 2015.

CUADRO II

Situación socioeconómica de los adultos mayores en el Hogar San Juan de Dios

BENEFICIARIOS	HOMBRE	MUJERES	TOTAL
120 A LOS 65	19	5	24
JUBILADOS	3	1	4
ANGEL GUARDIAN	1	1	2
NO TIENE BENEFICIO	12	9	21

Fuente: Según este cuadro se puede observar la cantidad de adultos (as) que obtienen recursos para las diferentes necesidades en cuanto a urgencias previas.

CUADRO III

HORARIO DE ALIMENTACIÓN DEL HOGAR SAN JUAN DE DIOS

Lunes 8: 00 A.m.	Martes	Miércoles	Jueves
Desayuno - pan - crema - café - queso	Desayuno - queso - tortilla - café - crema	Desayuno - crema - café - pan - crema - queso blanco	Desayuno - tortilla frita - huevo - café - crema
Merienda - Gelatina	Merienda - helado	Merienda - pesada de nance	Merienda - galleta
Almuerzo - arroz - poroto - pollo - agua	Almuerzo - arroz - carne de res - te - agua - café	Almuerzo - arroz - sopa de pollo - chicha	Almuerzo - arroz con pollo - ensalada - chicha
Cena - Espagueti - Leche - pollo	Cena - agua - te - salchicha guisada	Cena - café - guacho de carne	Cena - hojaldre - café - te - salchicha

Fuente: Como se puede observar el horario de lunes a jueves con cada menú de alimentación.

CONTINÚA

Viernes	sábado	Domingo
Desayuno - leche - crema - pan	Desayuno - café - pan - crema - queso	Desayuno - café - crema - pan - salchicha
Merienda - gelatina	Merienda - jugo de guineo	Merienda - mango
Almuerzo - arroz - pescado - lenteja	Almuerzo - arroz - pollo guisado - agua - ensalada	Almuerzo - arroz - carne guisada - plátano - agua
Cena - guacho de carne - agua - café	Cena - café - pan - espagueti	Cena - leche - tortilla o tuna - leche

Fuente: Como se puede señalar los diferentes menús con que cuenta o le brinda el hogar a todos los ancianos.

CUADRO IV

CLASIFICADO SEGÚN CONDICIONES FÍSICA DE LAS ADULTAS MAYORES

CONDICIONES FISICA	Discapacidad visual	Discapacidad motora	Senilidad hipertenso Epiléptica, otros	Discapacidad auditiva	Paralisis cerebral	otros	total
Silla de rueda	1		5		1	1	8
Caminan			3	1		2	6
Encamadas							0
total	1	0	8	1	1	3	14

CONDICIONES FISICA	Discapacidad visual	Discapacidad motora	Senilidad Hipertenso Esquizofrenia	Discapacidad auditiva	Usan sonda	OTROS	Total
SILLAS DE RUEDAS	2	6	6		3		17
CAMINAN POCO, algunos con bastón	3		7	2	2		14
CAMINAN						3	3
ENCAMADOS							0
TOTAL	5	6	13	2	5	3	34

Fuente: Como se puede observar los presentes cuadros las diferentes condiciones físicas que presentan.

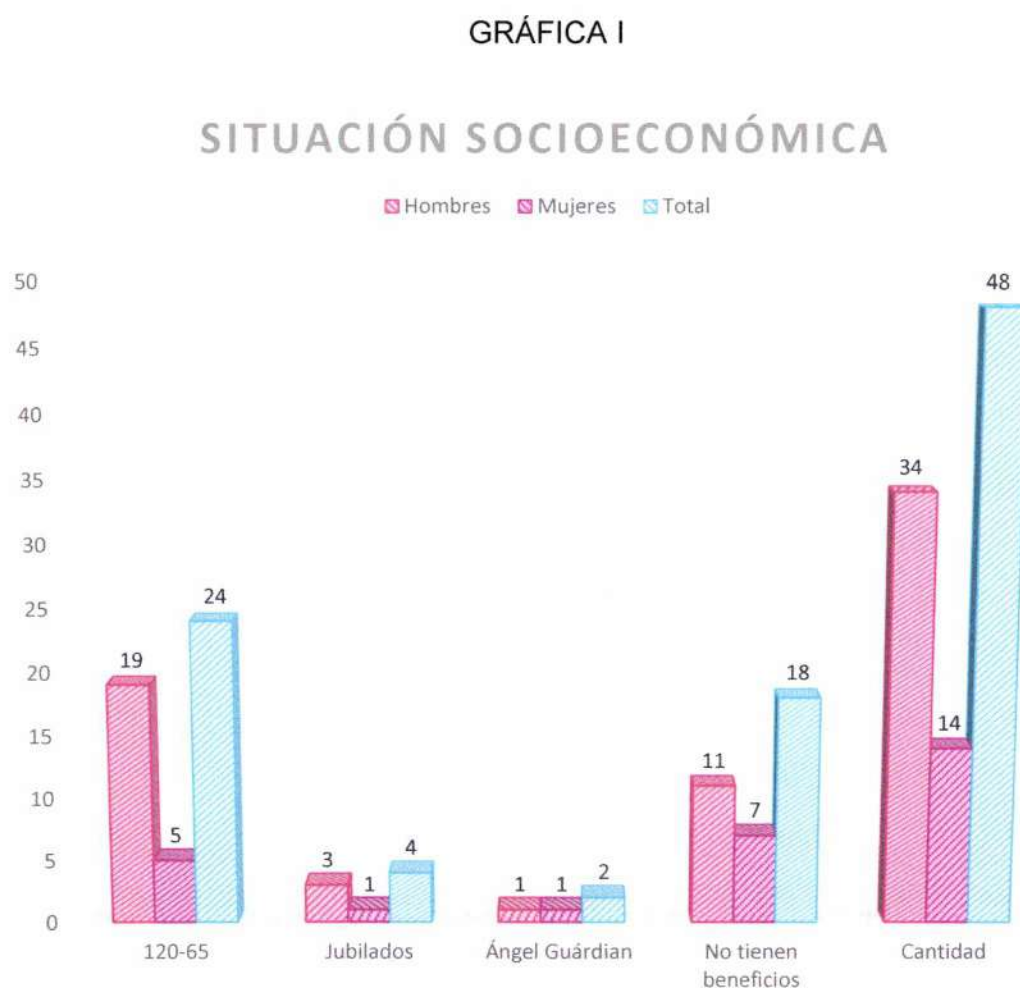


Fig 1: En la presente gráfica se registra la situación socioeconómica que tienen cada adultos (as) mayores de los diferentes programas de ayuda que otorga el gobierno nacional.

GRÁFICA II

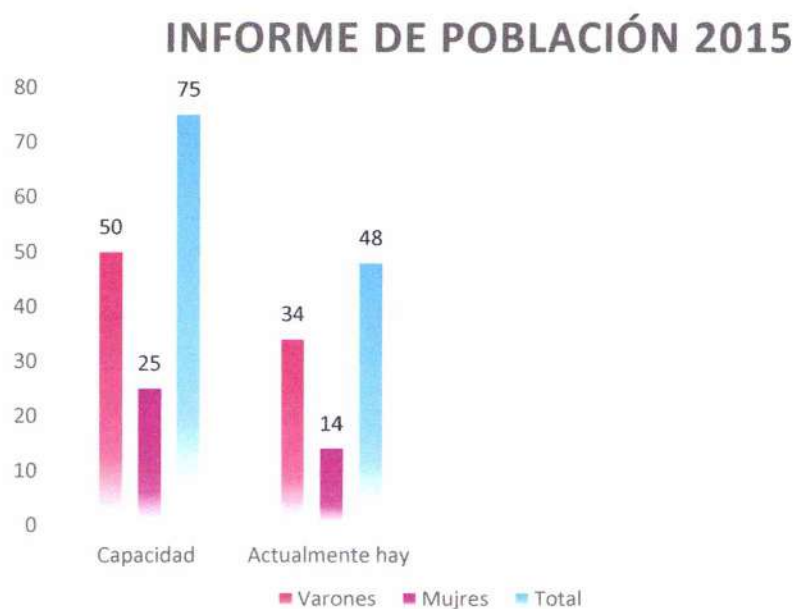


Fig. N° 2: Al observar esta gráfica se puede señalar la cantidad de adultos y adultas y la cantidad de espacio con que cuenta este hogar

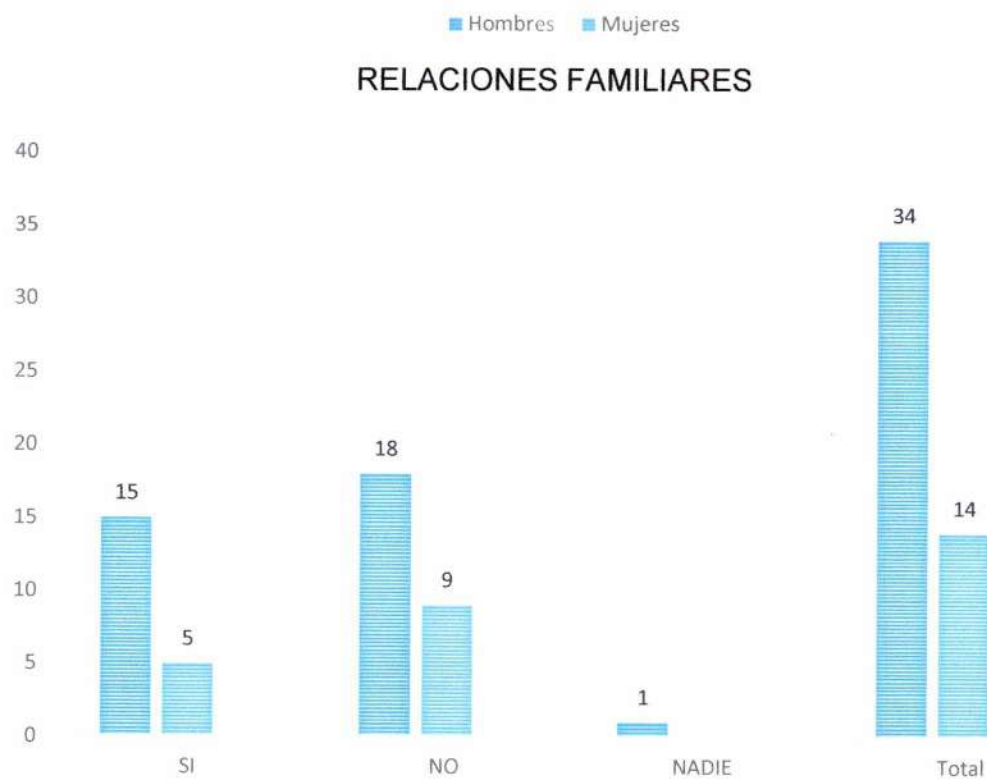


Fig 3: En esta gráfica se observa las relaciones familiares que reciben los adultos y adultas mayores en el Hogar San Juan de Dios.

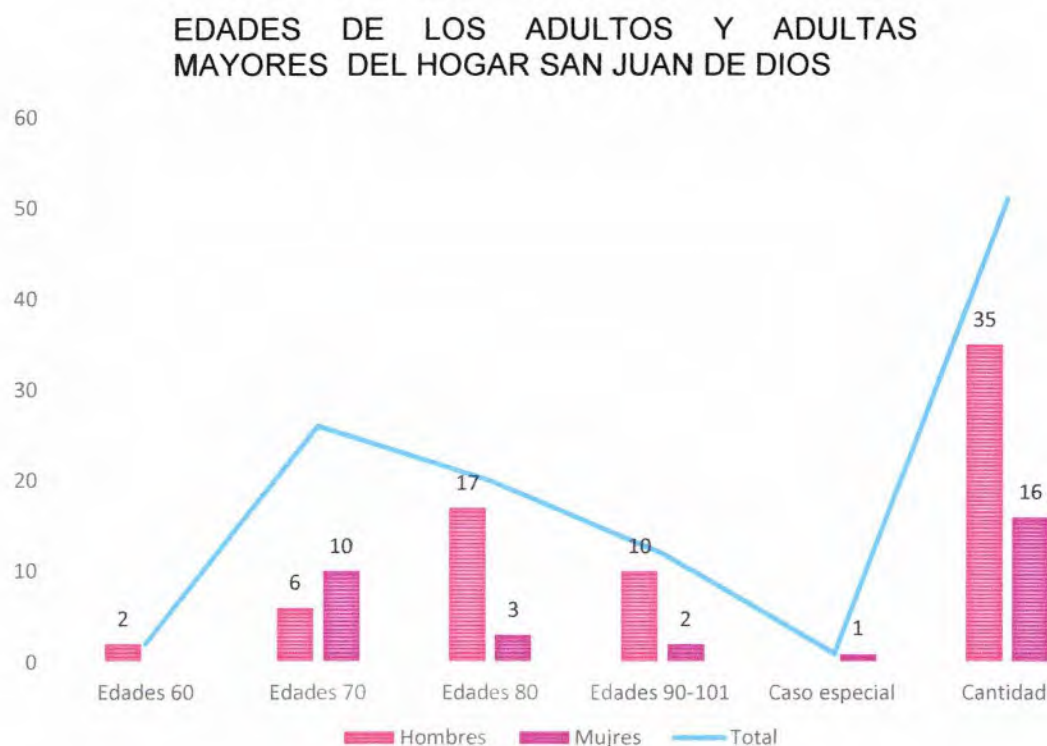


Fig 4: En la siguiente gráfica se presenta las diferentes edades de los adultos con que cuentan cada uno de ellos hoy día en el Hogar San Juan de Dios.

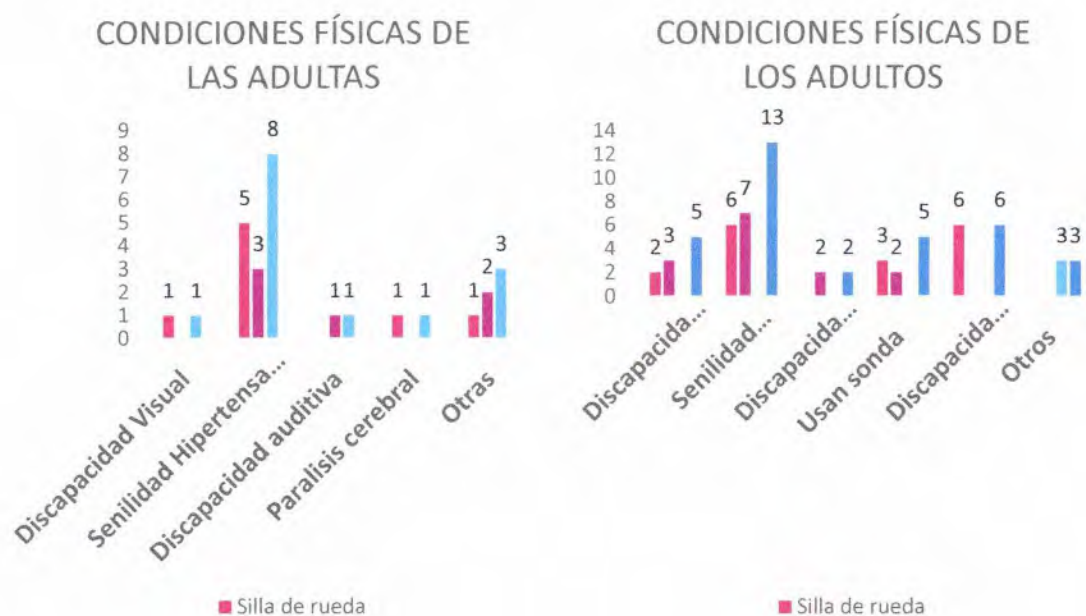


Fig. N° 5: Como nos indica esta gráfica, la condición física que afecta más a las adultas es la senilidad epiléptica.



Fig N° 1: En esta foto se observa como la instituciones le hace una muestra de cariño a esto grupo de anciano para hacerlo sentir mejor.



Fig N° 2: En la figura se muestra a las persona de instituciones acompañándolo en su hora de almuerzo.

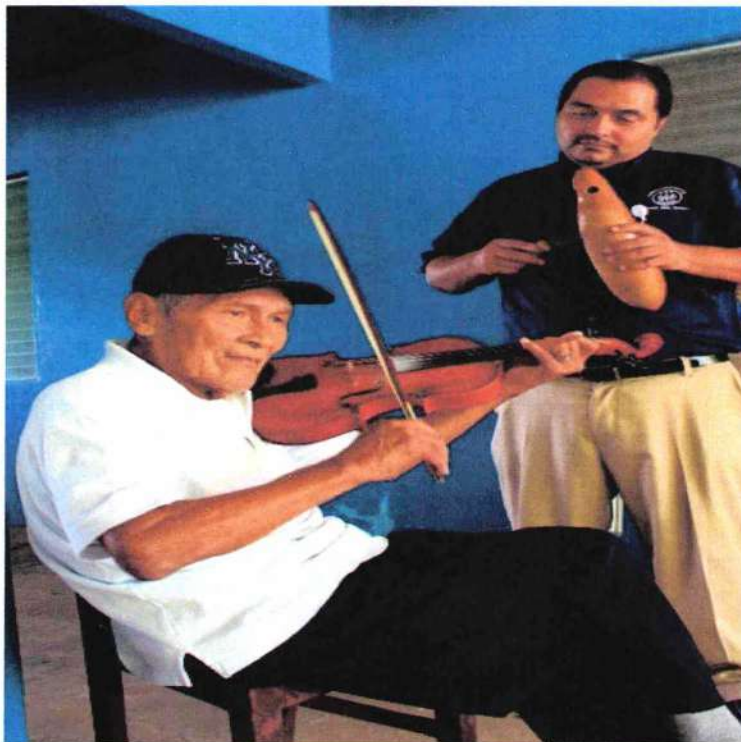


Fig N° 3: El adulto mayor Alfredo Castillo con su habilidad de tocar el violín en su hora de recreación.



Fig. 4: Se muestra observar al adulto mayor recibiendo el alimento por su impedimento físico.



Agradecimiento de las dos practicantes donándole a la Hermana Agapita Chávez productos para los ancianos.

1. ¿Cuál es el nombre de la institución?

Esta institución lleva por nombre hogar san juan de DIOS en memoria del ciudadano del Dr. Luis E Fábrega, anteriormente se ubicaba detrás del antiguo hospital de Santiago Veraguas donde actualmente viven los hermanos indígenas.

2. ¿quien administra el hogar san juan de DIOS?

Esta institución es administrada por la madre Rosa Vital, Agapita Chaves Y María Vital.

3. ¿cuánto adultos mayores hay en el hogar san juan de DIOS?

Actualmente en este hogar hay 14 mujeres y 48 varones.

4. ¿Cuánta persona brindan el servicio a esta institución?

Aquí elaboran 11 mujeres y 2 varones, un médico y la enfermera Agapita chaves.

5. ¿Cuál es el horario de alimentación?

8.00 a.m. desayuno, 10:00 a.m. merienda, 12:00 p.m. Almuerzo, 3:00 p.m. merienda, 5:00 p.m. cena.

6. ¿qué comodidades hay en esta institución?

Esta institución cuenta con oficina, comedor, cocina, lavandería, sala de recreación, baño (hombre y mujeres), enfermería dormitorio.

7. ¿Cómo se mantiene el hogar san juan de DIOS?

Cuenta con ayuda comunitaria, ayuda del gobierno (MIDE), banco nacional, Lotería nacional, panadería santa librada y piladora san Felipe

8. ¿Qué hace el ministerio de desarrollo social?

El ministerio de desarrollo social hace la evaluación de los adultos mayores para ver sus estados económicos y envían algunos ancianos (a) que lo requieran a este centro.