



ISBN 978-9962-23-025-0

Funcionamiento familiar y socioeconómico de los adultos mayores encamados

Análisis en la Policlínica, Roberto Ramírez de Diego

Jeannette del Carmen Vásquez Vargas



Funcionamiento familiar y socioeconómico de los adultos mayores encamados

*Análisis en la policlínica, Roberto Ramírez de
Diego*

Jeannette del Carmen Vásquez Vargas

**Funcionamiento familiar y socioeconómico de los adultos mayores encamados:
Análisis en la policlínica, Roberto Ramírez de Diego**

Autora

Jeannette del Carmen Vásquez Vargas

Universidad de Panamá, Panamá

jeannette.vasquez@up.ac.pa <https://orcid.org/0000-0002-9010-0114>

Categoría: Ciencias de la Salud

e -ISBN: [978-9962-23-025-0](#)

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.21777312>

© Editorial Digital de la Universidad de Panamá. Panamá 2026

Evaluación por pares: sí

Licencia: Acceso abierto – [CC BY NC SA -4.0](#)

Disponible en:

<https://editorialdigital.up.ac.pa/index.php/edup/catalog/series/librosup>



Depósito Legal / Digital

Biblioteca Nacional de Panamá Ernesto J. Castillero R, 2F2R+2RM, Panamá, Provincia de Panamá.

Biblioteca Interamericana Simón Bolívar, XFM8+VRW, Av. Octavio Méndez Pereira, Panamá, Provincia de Panamá.

Cítese como:

Vásquez Vargas, J. C. (2026). *Funcionamiento familiar y socioeconómico de los adultos mayores encamados: Análisis en la policlínica, Roberto Ramírez de Diego*. Editorial Digital Universidad de Panamá. <https://doi.org/10.5281/zenodo.21777312>

Las ideas y opiniones expuestas en este libro son responsabilidad única de sus autores y no comprometen a la Editorial Digital UP ni a la Universidad de Panamá.; de igual manera, ellos han declarado que en su totalidad es producción intelectual propia, en donde aquella información tomada de otras publicaciones o fuentes, propiedad de otros autores, está debidamente citada y referenciada, tanto en el desarrollo del documento como en las secciones respectivas a la Referencias bibliográficas.

Se autoriza la reproducción de este material para fines académicos o personales, siempre y cuando se cite la fuente original. Para la reproducción con cualquier otro fin es necesaria la autorización expresa de la Editorial Digital UP.



El contenido de este libro está bajo licencia internacional Creative CommonsAtribución-No
Comercial 4.0 Internacional

Tabla de contenido

Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
Capítulo 1	12
Capítulo 1: Aspectos generales en la atención a los adultos mayores encamados y Fundamentos iniciales en el significados y enfoques de la familia	13
Capítulo 2	35
Capítulo 2: Metodología para la Evaluación Sociofamiliar del Adulto Mayor Encamado	36
Capítulo 3	42
Capítulo 3: Análisis y discusión de resultados	43
Capítulo 4	98
Capítulo 4: Estrategias de promoción, Prevención e Intervención Profesional	99
Conclusiones	116
Recomendaciones	118
Referencias	119

Índice de Figuras

Figura 1	<i>Prevalencia Femenina en Adultos Mayores Encamados</i>	43
Figura 2	<i>Distribución por Estado Civil de Adultos Mayores Encamados</i>	44
Figura 3	<i>Estatus en la Caja de Seguro Social de Adultos Mayores Encamados</i>	44
Figura 4	<i>Porcentaje de Padecimientos en Adultos Mayores Encamados</i>	45
Figura 5	<i>Frecuencia de atención médica en adultos mayores encamados</i>	46
Figura 6	<i>Distribución de adultos mayores encamados según corregimiento de procedencia</i> ...	46
Figura 7	<i>Tendencia de bienes o propiedades en adultos mayores encamados</i>	47
Figura 8	<i>Predominio de Familias Funcionales en Adultos Mayores Encamados</i>	48
Figura 9	<i>Evaluación de Dimensiones Familiares (Adecuado vs. Inadecuado</i>	48
Figura 10	<i>Totalidad de Familias Emplean Estrategias para el Cuidado del Adulto Mayor</i>	50
Figura 11	<i>Parentesco del Cuidador Responsable del Adulto Mayor Encamado</i>	53
Figura 12	<i>Composición Familiar de los Cuidadores del Adulto Mayor Encamado</i>	54
Figura 13	<i>Recepción de Ayuda Económica por las Familias Cuidadoras</i>	56
Figura 14	<i>Fuentes de Ayuda Recibida por las Familias Cuidadoras</i>	56
Figura 15	<i>Tendencia de la Vivienda Familiar</i>	57
Figura 16	<i>Propiedad de la Tierra y Estabilidad Familiar</i>	58
Figura 17	<i>Servicios Básicos en la Vivienda Familiar</i>	60
Figura 18	<i>Accesos y Adaptaciones en la Vivienda</i>	61
Figura 19	<i>Áreas e Infraestructura Adaptada en la Comunidad</i>	63
Figura 20	<i>Acceso al Servicio de Transporte Público</i>	64
Figura 21	<i>Percepción de los Familiares sobre las Dimensiones del Funcionamiento Familiar</i> ..	66
Figura 22	<i>Nivel General de Funcionalidad Familiar según Familiares</i>	68
Figura 23	<i>Vínculo Afectivo entre el Adulto Mayor y la Familia</i>	69
Figura 24	<i>Tipo de Comunicación en la Dinámica Familiar</i>	70
Figura 25	<i>Cumplimiento de Roles en el Entorno Familiar</i>	71
Figura 26	<i>Nivel de Adaptabilidad Familiar ante el Cuidado</i>	72
Figura 27	<i>Nivel educativo de los responsables</i>	73
Figura 28	<i>Entrenamiento previo de los cuidadores</i>	75
Figura 29	<i>Remuneración económica de los cuidadores</i>	77

Figura 30 Manejo emocional de los responsables.....	79
Figura 31 Dedicación del cuidador principal	80
Figura 32 Realización de otras actividades	82
Figura 33 Opinión familiar sobre el cuidado recibido	83
Figura 34 Evaluación de políticas y normativas.....	85
Figura 35 Evaluación de la labor del trabajador social.....	86
Figura 36 Tareas del trabajador social	88
Figura 37 Actuación del trabajador social en el fortalecimiento familiar.....	90
Figura 38 Percepción de las dimensiones del funcionamiento familiar.....	92
Figura 39 Funcionalidad familiar según el equipo SADI	93
Figura 40 Normativa sobre atención a la población adulta mayor.....	94
Figura 41 Evaluación del Rol del Trabajador Social frente a las Familias.....	94
Figura 42 Tareas del Trabajador Social en el Equipo del SADI	94
Figura 43 Rol del Trabajador Social en el Fortalecimiento Familiar	95

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Principales Convenios y Normativas Internacionales sobre los Derechos de las Personas Mayores</i>	28
Tabla 2 <i>Número de pacientes encamados entrevistados por corregimiento, Distrito de Chitré, 2013</i>	37
Tabla 3 <i>Operacionalización de las Variables del Estudio</i>	38
Tabla 4 <i>Ingreso mensual y egresos de los Adultos(as) Mayores Encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, según edad. Herrera, 2013.</i>	43
Tabla 5 <i>Medidas Descriptivas de Ingresos, Egresos y Apoyo Económico</i>	51
Tabla 6 <i>Monto de la remuneración de las personas responsable del cuidado de los(as) adulto(as) mayores</i>	78
Tabla 7 <i>Diseño Metodológico de los Talleres de Intervención Familiar</i>	107
Tabla 8 <i>Inventario y Mapeo de Recursos para la Propuesta</i>	109
Tabla 9 <i>Presupuesto proyectado por fuentes de financiamiento para las actividades del taller</i>	111
Tabla 10 <i>Cronograma de ejecución de actividades del proyecto</i>	112
Tabla 11 <i>Matriz de criterios e indicadores para la evaluación de la propuesta</i>	113
Tabla 12 <i>Indicadores para la evaluación del desarrollo de los talleres y la participación comunitaria</i>	114
Tabla 13 <i>Criterios e Indicadores para la Evaluación Ex Post del Proyecto</i>	115

Resumen

Se trata de un estudio transversal descriptivo mediante un diseño no experimental para analizar el comportamiento que presentan las áreas del funcionamiento familiar y socioeconómico de los adultos(as) mayores encamados(as). La población estuvo constituida por 160 adultos(as) mayores encamados(as) que reciben servicios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, Distrito de Chitré. Provincia de Herrera. Se seleccionaron, aleatoriamente, 34 pacientes encamados, familiares y personas responsables. Además, se incluye a cinco funcionarios del equipo multidisciplinario que atiende el Programa “Sistema de Atención Domiciliaria Integral (SADI)”.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS20. La caracterización se realizó utilizando medidas descriptivas como la mediana y porcentajes. Para la recolección de los datos se emplearon: una encuesta estructurada y una guía de entrevista aplicada al personal del programa. Los resultados indican que los adultos mayores proceden de Chitré y La Arena, con ingresos económicos insuficientes para hacerle frente a sus necesidades, por lo que se ven obligados a percibir ayuda de otros familiares o instituciones. En su mayoría, son dueños de la tierra y la casa; son asegurados o beneficiarios. Los hogares no cuentan con servicios básicos y las comunidades con transporte público ni facilidades para el cuidado y atención del adulto mayor.

El adulto mayor percibe adecuadas las estrategias empleadas en su cuidado y atención. Ellos y sus familias consideran adecuado el funcionamiento familiar; sin embargo, manifiestan debilidades en las dimensiones de permeabilidad, cohesión y roles. Esta percepción es contraria a la del personal del SADI, quienes la perciben como disfuncional, señalando las debilidades en la comunicación y cohesión. Las personas responsables del adulto mayor son, en su mayoría, familiares, del sexo femenino, con niveles educativos de primaria y secundaria, de 41 años o más, con dedicación a tiempo completo y que no perciben remuneración. Las políticas y normativas aplicadas fueron consideradas adecuadas.

Palabras Claves: Funcionamiento familiar, adultos mayores, familia

Abstract

This is a descriptive cross-sectional study using a non-experimental design to analyze the behavior presented by the family functioning and socioeconomic areas of bedridden older adults. The population consisted of 160 bedridden older adults receiving services from the Policlinic Roberto Ramírez de Diego, Chitré District, Herrera Province. A random sample of 34 bedridden patients, family members, and responsible persons was selected. Additionally, five staff members from the multidisciplinary team of the "Integrated Home Care System (SADI)" program were included. For data analysis, the statistical package SPSS20 was used.

The characterization was performed using descriptive measures such as the median and percentages. For data collection, a structured survey and an interview guide applied to the program staff were used. Results indicate that older adults come from Chitré and La Arena, with insufficient income to meet their needs, forcing them to rely on assistance from other relatives or institutions. Mostly, they own their land and house; they are insured or beneficiaries. Households lack basic services, and communities lack public transportation and facilities for older adult care. Older adults perceive the strategies used in their care as adequate.

They and their families consider family functioning adequate; however, they show weaknesses in permeability, cohesion, and roles. This perception contrasts with that of SADI staff, who perceive it as dysfunctional, pointing out weaknesses in communication and cohesion. Those responsible for the older adult are mostly female relatives, aged 41 or older, with primary or secondary education levels, working full-time without receiving remuneration. The policies and regulations applied were considered adequate.

Keywords: Family functioning, older adults, family

Introducción

La familia se reconoce como una institución social integrada por personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, en la cual resulta esencial el funcionamiento familiar entendido como la dinámica estable y sistémica de las relaciones entre sus miembros, según lo plantea el Grupo Asesor Metodológico de Estudios de la Familia (2000). Desde esta perspectiva, Quintero Ángela (1997) señala que la familia, concebida como sistema, enfrenta tensiones derivadas de crisis y conflictos, que pueden resolverse mediante la conjugación de esfuerzos colectivos; sin embargo, existen crisis específicas como la de desvalimiento, que se manifiesta cuando uno o más integrantes son disfuncionales y dependientes, generando una carga de cuidado que mantiene a la familia atada a sus exigencias.

La pertinencia de esta investigación se fundamenta en el incremento sostenido de la población adulta mayor y en el hecho de que una proporción significativa de ellos, particularmente en América Latina y Panamá, carece de apoyo institucional, lo que los obliga a depender de sus familias para su atención y bienestar. En este contexto, se plantean como objetivos analizar el comportamiento de las áreas de funcionamiento familiar y socioeconómico de pacientes adultos mayores encamados atendidos en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, en el distrito de Chitré, provincia de Herrera, durante el año 2013, así como formular una propuesta de estrategias de promoción, prevención y atención dirigidas a las familias de dichos pacientes.

El estudio comprende un análisis socioeconómico y del funcionamiento familiar de los adultos mayores encamados atendidos en la Policlínica, considerando las formas de cuidado y la necesidad de diseñar acciones que fortalezcan la capacidad de respuesta de las familias frente a la dependencia y las crisis que esta genera.

Capítulo 1

Aspectos generales en la atención a los adultos mayores encamados y Fundamentos iniciales en el significados y enfoques de la familia

Capítulo 1: Aspectos generales en la atención a los adultos mayores encamados y Fundamentos iniciales en el significados y enfoques de la familia

Aspectos generales en la atención a los adultos mayores encamados

La atención a los adultos mayores encamados ha adquirido una relevancia creciente en la sociedad panameña, impactando significativamente la dinámica familiar y presentando nuevos desafíos para el Estado. Según estudios de la UNICEF y la OMS (2009), la expectativa de vida en Panamá supera los 76 años, lo que genera un aumento en la población adulta mayor y eleva el riesgo de que muchos de ellos requieran cuidados especiales. Asimismo, datos de la Contraloría General de la República (Censo de 2010) indican que la población de 60 años o más alcanzaba las 361,364 personas, lo que evidencia la necesidad urgente de políticas públicas enfocadas en este grupo.

Esta realidad exige que las familias asuman con frecuencia la responsabilidad del cuidado directo, lo que conlleva múltiples implicaciones económicas, sociales y culturales. En síntesis, la problemática abarca tres complicaciones principales: la falta de políticas públicas ante el envejecimiento poblacional, las alteraciones físicas y psicológicas del adulto mayor encamado, y el impacto en el entorno familiar, que suele generar estrés y desequilibrios emocionales y financieros. El envejecimiento de la población panameña plantea desafíos para el bienestar de los adultos mayores y sus familias. El levantamiento de datos empíricos primarios ejecutado entre noviembre de 2013 y febrero de 2014 en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego reviste un valor metodológico de Línea Base.

La importancia de este estudio radica en que documenta, de forma diacrónica y situacional, el comportamiento socioeconómico y el funcionamiento familiar en un periodo caracterizado por la consolidación de la transición demográfica en las provincias centrales (Censo 2010: 17,357 adultos mayores en Herrera y 7,108 en Chitré). Esta investigación proporciona la evidencia empírica cuantitativa y cualitativa fundamental para futuros análisis comparativos longitudinales que busquen medir el impacto de las políticas públicas y los cambios estructurales en la atención del adulto mayor encamado en la región a lo largo del tiempo.

El propósito fundamental que guía esta obra radica en comprender y analizar el comportamiento del funcionamiento familiar y la situación socioeconómica de los adultos mayores encamados. Descifrar esta compleja realidad exige adentrarse en la intimidad de los hogares para desentrañar cómo las dinámicas cotidianas, la distribución de roles y la disponibilidad de recursos impactan tanto la calidad de vida del paciente como la estabilidad emocional y financiera de sus cuidadores. De este horizonte analítico emergen interrogantes cruciales que articulan el desarrollo del texto: ¿de qué manera operan las estructuras socioeconómicas de estas familias ante la dependencia severa de uno de sus miembros? y ¿cuáles son las tensiones internas y mecanismos de adaptación que se activan al asumir el cuidado prolongado en el hogar?

Para responder a estos planteamientos, la investigación examina en primer término las características sociales y demográficas de la población adulta mayor en estado de postración, así como el perfil socioeconómico de sus núcleos familiares. En este entramado, la figura del cuidador primario cobra una relevancia central; por ello, el análisis se adentra en caracterizar a

las personas sobre quienes recae la responsabilidad directa de la atención, identificando sus rasgos personales, sociales y culturales, junto con las dinámicas de funcionamiento y las estrategias empíricas que las familias despliegan día a día para hacer frente a la dependencia.

Asimismo, la problemática no puede aislarse de su marco institucional y normativo. Resulta indispensable rastrear las políticas públicas, normativas y programas de salud que regulan la atención de esta población, evaluando la efectividad real de las respuestas estatales ante el reto del envejecimiento. En este escenario, el Trabajo Social emerge como una disciplina estratégica: la indagación busca derivar los desafíos técnicos, éticos y metodológicos que enfrentan los profesionales del área al intervenir en familias con altos niveles de sobrecarga y vulnerabilidad. En última instancia, la sistematización de estas fortalezas y debilidades institucionales busca trascender el diagnóstico para fundamentar propuestas formativas orientadas a fortalecer las capacidades de cuidado de las familias y de la red sociosanitaria.

Desde el punto de vista empírico y situacional, esta investigación toma como escenario de referencia a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, ubicada en el corregimiento y distrito de Chitré, provincia de Herrera. El alcance del trabajo abarca de manera integral a la población de adultos mayores encamados adscritos a esta unidad de salud, a sus cuidadores familiares y al equipo multidisciplinario encargado de su seguimiento. La evidencia primaria que sustenta este análisis proviene de un levantamiento de campo realizado entre noviembre de 2013 y febrero de 2014, insertado en un proceso de investigación desarrollado a lo largo de 20 meses. Este corte temporal constituye una línea base de valor diagnóstico e histórico, indispensable para contrastar la evolución de las demandas sociosanitarias en la región frente a las transformaciones demográficas más recientes de la sociedad panameña.

Fundamentos iniciales en el significados y enfoques de la familia

El funcionamiento familiar se entiende como el conjunto de interacciones que se establecen entre los miembros de la familia, las cuales no se desarrollan de manera aislada, sino en estrecha conexión con las relaciones extrafamiliares. Estas dinámicas internas, profundamente vinculadas al entorno social, resultan esenciales para el éxito y la estabilidad de la institución familiar. A lo largo del tiempo, diversos enfoques y teorías han profundizado en el análisis de sus dimensiones, aunque aún no existe una teoría unitaria que logre abarcar la totalidad de sus complejidades.

Esta ausencia ha dado lugar a la distinción entre familias funcionales, capaces de mantener un equilibrio y responder adecuadamente a las demandas internas y externas, y familias disfuncionales, en las que las tensiones y dificultades afectan negativamente la convivencia y el desarrollo de sus integrantes.

Familias Funcionales y Disfuncionales

El funcionamiento familiar se expresa en la calidad de las interrelaciones personales entre sus miembros. Una familia se considera funcional cuando dichas relaciones se caracterizan por el equilibrio y la armonía emocional, en un contexto donde prevalece el respeto mutuo y se satisfacen de manera adecuada las necesidades materiales, afectivas, culturales y educativas

de todos sus integrantes. En este entorno, cada miembro transita un proceso continuo de formación y transformación que fortalece la cohesión del núcleo familiar. En contraste, se habla de familias disfuncionales cuando sus funciones se ven alteradas, la comunicación se obstaculiza y las necesidades de los miembros no son atendidas, lo que impide enfrentar eficazmente las crisis y convierte la unión familiar en un vínculo poco productivo para el desarrollo individual y colectivo.

Funcionamiento familiar

El Grupo Asesor Metodológico de Estudios de la Familia (GAMEF, 2000) define el funcionamiento familiar como la dinámica de relaciones entre los miembros, la cual se desarrolla de manera sistémica y estable, influyendo directamente en la adaptación de la familia al medio social y en el bienestar subjetivo de sus integrantes. En esta línea, Macías (1996) sostiene que el funcionamiento familiar puede evaluarse a partir de variables como los límites, roles, jerarquías, modelos psicosexuales, alianzas, expresión de afectos y normas de salud. Asimismo, advierte que los problemas de salud pueden propiciar o intensificar un funcionamiento inadecuado, generando crisis, agravando trastornos y dificultando tanto el tratamiento como la rehabilitación de las situaciones familiares.

Características de un Funcionamiento Familiar Saludable

Un funcionamiento familiar saludable permite que la familia cumpla con éxito los objetivos y funciones históricamente y socialmente asignados, tales como:

- Satisfacer las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- Transmitir valores éticos y culturales.
- Promover y facilitar el proceso de socialización de sus miembros.
- Establecer y mantener un equilibrio para enfrentar las tensiones que surgen en el curso del ciclo vital.
- Establecer patrones adecuados para las relaciones interpersonales, especialmente para la convivencia social.
- Crear condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la identidad sexual.

El funcionamiento familiar saludable implica una dinámica adecuada dentro de la familia. Esto hace referencia a la creación de pautas de interacción entre los miembros, donde los sentimientos, afectos y emociones son expresados y compartidos tanto a nivel individual como colectivo.

Dimensiones del Funcionamiento Familiar

El funcionamiento familiar puede evaluarse a través de diversas dimensiones, que proporcionan una visión más detallada de cómo opera una familia en su dinámica interna. Según el instrumento FF-SIL que fue diseñado por Ortega et al. (1999), se cuenta con las siguientes dimensiones:

Cohesión

Se refiere a los vínculos emocionales entre los miembros de la familia, y cómo estos contribuyen a la unión física y emocional para enfrentar situaciones y tomar decisiones cotidianas. Una cohesión estrecha favorece la identificación emocional y la creación de sólidos vínculos, generando un fuerte sentimiento de pertenencia dentro del grupo familiar.

Los indicadores clave para evaluar la cohesión incluyen:

- Vinculación emocional
- Independencia
- Límites
- Coaliciones
- Tiempo y espacio compartido
- Relaciones con amigos y la toma de decisiones

Existen cuatro niveles de cohesión que permiten diferenciar tipos de familias:

- Desligadas (cohesión muy baja)
- Separadas (cohesión baja a moderada)
- Unidas (cohesión moderada a alta)
- Aglutinadas (cohesión muy alta)

Las familias desligadas y separadas favorecen la autonomía individual, mientras que las familias unidas y aglutinadas tienden a fusionarse psicológica y emocionalmente, restringiendo de manera sostenida la independencia de sus miembros.

Armonía

Hace referencia al equilibrio entre los intereses y necesidades individuales de los miembros de la familia y los intereses colectivos del grupo. Este equilibrio emocional positivo facilita una convivencia saludable y armónica.

Roles

Dentro de la familia se refieren a las responsabilidades y tareas que se espera que cada miembro cumpla. Estos roles son negociados dentro del núcleo familiar, influenciados por la cultura y las dinámicas particulares de cada familia.

Comunicación

Es clave para la interacción familiar. Esta dimensión se refiere a la capacidad de los miembros de la familia para compartir ideas y experiencias de manera clara y directa. Una comunicación abierta, franca y espontánea permite enfrentar las crisis de manera efectiva. Las habilidades de comunicación positiva, como la escucha reflexiva y el apoyo mutuo, son esenciales para una dinámica familiar saludable.

Virginia Satir (1988), trabajadora social, identifica cinco modelos de comunicación aprendidos en las familias de origen:

- Aplacador o conciliador
- Culpador o recriminador
- Distractor o impertinente
- Súper razonador o computador
- Abierto o flexible

Permeabilidad:

Se entiende como la capacidad de la familia para interactuar con su entorno y acoger experiencias provenientes de otras familias e instituciones. Este intercambio favorece la adaptación y el enriquecimiento de sus dinámicas internas, ya que aquellas familias que valoran dichas experiencias como positivas tienen mayores posibilidades de sostener un funcionamiento adecuado, fortaleciendo así su cohesión y capacidad de respuesta frente a las demandas sociales.

Afectividad

Se entiende como la capacidad de los miembros de la familia para expresar y compartir sentimientos y emociones positivas entre sí, fortaleciendo los vínculos de convivencia y el bienestar emocional colectivo. La familia constituye la primera escuela de afectividad, en la que se aprende a dar y recibir amor, cuidado y reconocimiento, sentando las bases para el desarrollo de relaciones sanas y solidarias que acompañarán a los individuos a lo largo de su vida.

Adaptabilidad:

La adaptabilidad es la capacidad de la familia para adaptarse a los cambios, normas y roles a medida que enfrentan dificultades, crisis o conflictos. La flexibilidad en las reglas y en los roles familiares es crucial para encontrar soluciones a situaciones problemáticas. La falta de adaptabilidad puede llevar a una rígida fijación en esquemas y normas que dificultan la resolución de conflictos. En síntesis, el funcionamiento familiar refleja la capacidad de la familia para cumplir con sus funciones esenciales frente a los cambios y las crisis, enfrentando las etapas del ciclo evolutivo del individuo y del núcleo familiar. Evaluar la dinámica interna de la familia permite comprender cómo se desenvuelven y responden a las circunstancias en su entorno social.

Teorías de funcionamiento en torno a la familia

Existen múltiples teorías y enfoques que buscan explicar los fenómenos sociales y su evolución, y la familia no ha permanecido ajena a estos procesos de análisis. Su conceptualización se ha visto enriquecida por el aporte de diversas disciplinas, entre ellas la lingüística, el derecho, la antropología, la sociología y la psicología, así como por la influencia de distintos marcos teóricos, tales como el psicoanalítico, el estructural-funcionalista y el sistémico, entre otros. Esta diversidad de perspectivas refleja la complejidad de la institución familiar y la necesidad de abordarla desde un enfoque interdisciplinario que permita comprender sus múltiples dimensiones y transformaciones en el tiempo.

Teoría General de Sistema

La Teoría General de Sistemas, formulada por Bertalanffy (1968), constituye un referente fundamental para la comprensión y el abordaje de la familia, al ofrecer un paradigma de conocimiento aplicable tanto a las ciencias naturales como a las sociales y humanas. Desde esta perspectiva, la familia puede definirse como un conjunto organizado e interdependiente de unidades, vinculadas por reglas de comportamiento y funciones dinámicas, que interactúan de manera permanente entre sí y con el entorno externo. Este modelo contempla aspectos clave: la familia como un sistema total conformado por subsistemas; como un sistema abierto que se autorregula mediante reglas de interacción; y como un sistema en constante transformación que se relaciona con otros sistemas.

En este sentido, la familia se presenta como el espacio vital donde se desarrolla la existencia humana, garantizando la subsistencia de sus miembros y consolidándose como un ámbito íntimo de convivencia en el que la asistencia mutua y la red de relaciones son esenciales para su funcionamiento. Además, el sistema familiar es más que la suma de sus partes, pues cada miembro influye directamente en la totalidad del sistema. De ahí que la disfunción de un integrante o subsistema afecte al conjunto, y que, a su vez, los síntomas de un funcionamiento inadecuado se manifiesten en alguno de sus miembros como portadores visibles de los problemas colectivos.

Los rasgos que distinguen a la familia de otros sistemas sociales incluyen sus funciones esenciales, la intensidad y calidad de las relaciones internas, así como la naturaleza de los sentimientos compartidos entre sus integrantes.

Sistema

Un sistema es un todo que es más que la suma de sus partes. En el caso de la familia, cada cambio que ocurre en uno de sus miembros tiene repercusiones en el conjunto del sistema.

Suprasistema

Este concepto hace referencia al entorno que rodea al sistema familiar. El suprasistema más cercano es la vecindad o la comunidad en la que reside la familia, mientras que los más lejanos son las estructuras sociales como la región, el país o el mundo en general. Estas interacciones son esenciales en contextos laborales, educativos, políticos, entre otros.

Subsistemas:

Los subsistemas son unidades menores dentro del sistema familiar que cumplen funciones específicas. Cada miembro de la familia es parte de diferentes subsistemas, cada uno con diversos niveles de poder y habilidades que se desarrollan dentro de ellos.

Entre los principales subsistemas de la familia se encuentran

Dentro del enfoque sistémico, la familia se organiza en diversos subsistemas que cumplen funciones específicas y complementarias. El subsistema conyugal o marital está conformado por la pareja, que aporta su historia familiar y antecedentes personales, y cuya función principal es

la complementariedad. El subsistema parental o filial se refiere a la relación entre padres e hijos, en la que se espera que los progenitores comprendan las necesidades de desarrollo de sus hijos y les transmitan las normas familiares, guiándolos, fomentando su autonomía y brindándoles afecto.

Por su parte, el subsistema fraternal, integrado por los hermanos, constituye un espacio clave para el aprendizaje de la negociación, la cooperación y la competencia, aunque muchas veces sus reglas internas son desconocidas por los padres. Este enfoque permite evaluar el desarrollo familiar y orientar intervenciones adecuadas, al considerar a la familia como un sistema dinámico en constante transformación, donde resulta esencial identificar los patrones de interacción que regulan su funcionamiento.

Teoría estructural del funcionamiento familiar

La teoría estructural del funcionamiento familiar, propuesta por Minuchin (1977), concibe a la familia como un sistema cuya organización está determinada por los miembros que la integran y por las pautas de interacción que se repiten en el tiempo. La estructura familiar define la manera en que los integrantes se relacionan entre sí y se sustenta en demandas funcionales invisibles que regulan dichas interacciones.

Entre sus dimensiones clave se encuentran las normas que orientan el comportamiento, los roles y expectativas asignados a cada miembro, los límites, los alineamientos y la jerarquía de poder. Según Minuchin (1977), la estructura debe ser relativamente fija y estable para garantizar las funciones de la familia, protegerla de influencias externas y otorgar un sentido de pertenencia a sus miembros; sin embargo, también requiere cierto grado de flexibilidad para adaptarse a las distintas etapas del ciclo vital y facilitar tanto el desarrollo como los procesos de individuación. Uno de los aspectos más relevantes de esta teoría es el manejo de los límites, entendidos como las reglas que determinan quiénes participan en las negociaciones familiares, cómo se toman las decisiones y cómo se distribuyen los recursos, como el presupuesto del hogar.

Los límites cumplen una función esencial al proteger la identidad del sistema y permitir la diferenciación entre sus subsistemas. Asimismo, la asignación de roles constituye un proceso central, pues define las tareas que cada miembro debe cumplir, generalmente de manera inconsciente y bajo la influencia de factores culturales y del sistema patriarcal. La estabilidad del sistema depende de la adecuada gestión de estos roles, lo que contribuye a mantener el equilibrio interno. Finalmente, la jerarquía refleja la distribución del poder y la autoridad dentro de la familia; un sistema funcional requiere una organización jerárquica que asegure una distribución justa del poder, favorezca la resolución de conflictos y garantice el orden familiar.

Teoría del ciclo vital

La familia, como institución social, atraviesa dinámicas que se transforman con el paso del tiempo, influenciadas por la cultura y las costumbres del entorno en el que se desarrolla. Aunque no existen formas correctas o incorrectas de transitar por las distintas etapas del ciclo vital familiar, se reconoce que este proceso sigue una secuencia ordenada y universal. Cada fase del

ciclo vital implica una crisis de desarrollo que debe resolverse para poder avanzar hacia la siguiente etapa, garantizando así la continuidad y estabilidad del sistema familiar.

El ciclo vital familiar puede dividirse en diferentes fases según el modelo teórico utilizado. En el caso del modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), se distinguen seis etapas evolutivas:

1. Formación de la pareja
2. Nacimiento y crianza de los hijos pequeños
3. Familia con hijos en edad escolar
4. Familia con hijos adolescentes
5. Nido vacío o etapa de salida de los hijos
6. Familia en la vejez

Este modelo permite comprender la evolución de la familia como un proceso dinámico y continuo, en el que cada etapa plantea retos específicos que requieren adaptación y reestructuración de las relaciones internas.

- Formación del matrimonio y nacimiento del primer hijo.
- Expansión: nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último hijo.
- Expansión completa: desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar.
- Contracción: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último.
- Contracción completa: desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer cónyuge.
- Disolución: desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del cónyuge sobreviviente.

Por otro lado, Duvall (1977) propone un ciclo vital familiar que comprende las siguientes etapas:

1. El comienzo de la familia ("nido sin usar").
2. Familias con hijos pequeños.
3. Familias con hijos en edad preescolar.
4. Familias con hijos escolares.
5. Familias con adolescentes.
6. Familias como "plataforma de colocación" (cuando los hijos dejan el hogar).
7. Familias maduras (desde el "nido vacío" hasta la jubilación).
8. Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos cónyuges).

Cada una de estas etapas está marcada por diversos agentes estresores, especialmente en la vejez, cuando los miembros experimentan disminuciones fisiológicas, psicológicas, económicas y sociales. Es crucial conocer las etapas del ciclo vital familiar en que se encuentra la persona

para ofrecer una atención adecuada a las familias, especialmente cuando enfrentan crisis transicionales.

Aspectos generales del envejecimiento: Teorías

El envejecimiento de la población constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos de la actualidad, pues conlleva profundas transformaciones en los ámbitos personal, familiar y social (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2024). La vejez implica cambios individuales, alteraciones en las condiciones físicas, reducción de la independencia económica y funcional, así como modificaciones en los roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral y el uso del tiempo libre. Se trata de un proceso gradual y progresivo, que no ocurre de manera abrupta, sino que se manifiesta de forma continua y diferenciada en cada individuo.

Este proceso, además de tener una base biológica, está condicionado por las circunstancias socioeconómicas en las que se desarrolla la vida de las personas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento corresponde a la etapa de la vida en la que las funciones físicas y mentales muestran una pérdida progresiva, cada vez más evidente en comparación con fases anteriores. Este proceso comienza desde la concepción y se traduce en una disminución de la capacidad de adaptación y en un incremento de la probabilidad de mortalidad, siendo la muerte su desenlace inevitable.

Aunque el ser humano posee un límite biológico de vida estimado entre 100 y 120 años, el envejecimiento es un fenómeno universal e ineludible. La llamada tercera edad —también denominada vejez, adultez mayor o tardía— ha sido abordada en la literatura, en ocasiones, como una fase de involución más que como una auténtica etapa del desarrollo humano. Tradicionalmente, se asocia con la jubilación laboral, iniciando alrededor de los 60 años; sin embargo, en la actualidad algunos especialistas distinguen una cuarta edad para referirse a las personas mayores de 80 años, empleando expresiones como “viejos jóvenes” para los adultos mayores de las primeras décadas y “viejos” para quienes superan los 80.

En este contexto, resulta pertinente unificar estas categorías bajo el concepto de adulto mayor. En el ámbito latinoamericano, uno de los autores más influyentes en el estudio del envejecimiento es el psicogeriatra argentino Salvarezza (1991), quien afirma que “la vejez es un tema conflictivo, no solo para quien la vive, sino también para aquellos que, sin ser viejos, diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, hijos, colegas o simples participantes de las multitudes”.

La OMS (2011) subraya que, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años crece más rápidamente que cualquier otro grupo etario en casi todos los países. Este fenómeno, aunque refleja el éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, plantea importantes desafíos para la sociedad, que debe adaptarse para garantizar la salud, la funcionalidad, la participación social y la seguridad de las personas mayores.

El envejecimiento, o más bien el hecho de poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas a menudo no están preparadas para

afrontar. Estos cambios no solo ocurren dentro de cada individuo, sino que también afectan a quienes lo rodean. Esta situación se ve agravada cuando las personas mayores intentan seguir llevando su vida como lo hacían antes, lo que a menudo los lleva a sentirse inútiles.

El proceso de envejecimiento no solo es un cambio en las condiciones físicas del individuo, sino también una transformación en su psicología y en su interacción con la sociedad. La percepción de estos cambios, tanto por parte del individuo como por parte de la sociedad, influye en las relaciones interpersonales y determina el comportamiento y las expectativas sociales hacia los mayores. Además, la vejez es también una construcción cultural, en la que a menudo se asocia con invalidez, discapacidad y minusvalía.

Las observaciones acerca de los cambios que experimentan los seres vivos con la edad son tan diversas que han dado lugar a múltiples teorías sobre el envejecimiento. El aumento progresivo de la esperanza de vida a nivel global presenta el desafío de definir el significado y el rol social de los adultos mayores. Este reto requiere la creación de políticas y estructuras sociales que permitan a los mayores desarrollar todo su potencial, buscando un envejecimiento saludable y exitoso.

Un envejecimiento exitoso está relacionado con la funcionalidad biológica y social, lo que garantiza la plena integración social y familiar de las personas mayores, superando las barreras sociales y culturales que todavía existen. Existen numerosos análisis sobre la población mayor a nivel regional y mundial. Según el informe de 1998 del Fondo de Población de las Naciones Unidas, se ha reportado un aumento de la población de jóvenes y adultos mayores a escala global. En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó un conjunto de principios que deben ser respetados para los adultos mayores, que incluyen el acceso a alimentos, agua, vivienda y servicios de salud, así como la capacitación y el apoyo familiar y comunitario.

Además, en 1999, el Día Internacional de las Personas de Edad promovió estos principios bajo el lema “Hacia una sociedad para todas las edades”. En este marco, se organizaron marchas intergeneracionales en ciudades como Ginebra, Londres, Nueva York y Río de Janeiro, el 1 de octubre. Un informe reciente de la ONU sobre el envejecimiento global de la población revela que la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando de manera significativa en casi todos los países del mundo, tanto desarrollados como en vías de desarrollo.

Según las proyecciones, la población de 60 años o más superará a la población joven para el año 2050. Este envejecimiento sin precedentes tendrá importantes repercusiones socioeconómicas y sociales. En Panamá, la esperanza de vida alcanzó los 76 años en 2007, según la OMS, y se estima que para 2011 la expectativa de vida será de 77,96 años, con una diferencia entre hombres (75,18 años) y mujeres (80,86 años). En 2022 la esperanza de vida en Panamá subió hasta llegar a 76,83 años, ese año la esperanza de vida de las mujeres fue de 80,09 años, mayor que la de los hombres que fue de 73,73 años.

Durante el siglo XXI, se espera que la población panameña experimente un proceso de envejecimiento, con un aumento en la población de la tercera edad. Las observaciones acerca de los cambios que experimentan los seres vivos con la edad han dado lugar a múltiples teorías sobre el envejecimiento, reflejando la complejidad de este proceso. El aumento progresivo de la esperanza de vida a nivel global plantea el desafío de redefinir el significado y el rol social de los

adultos mayores, lo que exige la creación de políticas y estructuras sociales que les permitan desarrollar plenamente su potencial.

En este sentido, el concepto de envejecimiento exitoso se vincula con la funcionalidad biológica y social, garantizando la integración familiar y comunitaria de las personas mayores y superando las barreras sociales y culturales que aún persisten. Diversos análisis regionales y mundiales han evidenciado el crecimiento de la población mayor. El informe de 1998 del Fondo de Población de las Naciones Unidas señaló un incremento tanto en la población joven como en la adulta mayor a escala global. Previamente, en 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó un conjunto de principios fundamentales para los adultos mayores, que incluyen el acceso a alimentos, agua, vivienda, servicios de salud, capacitación y apoyo familiar y comunitario.

Posteriormente, en 1999, el Día Internacional de las Personas de Edad promovió estos principios bajo el lema *“Hacia una sociedad para todas las edades”*, organizando marchas intergeneracionales en ciudades como Ginebra, Londres, Nueva York y Río de Janeiro. Un informe reciente de la ONU sobre el envejecimiento global revela que la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando significativamente en casi todos los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo.

Las proyecciones indican que, para el año 2050, la población de 60 años o más superará a la población joven, un fenómeno sin precedentes que tendrá profundas repercusiones socioeconómicas y sociales. En el caso de Panamá, la esperanza de vida alcanzó los 76 años en 2007, según la OMS, y se estimaba que para 2011 llegaría a 77,96 años, con una diferencia marcada entre hombres (75,18 años) y mujeres (80,86 años). En 2022, la esperanza de vida se situó en 76,83 años, siendo mayor en las mujeres (80,09 años) que en los hombres (73,73 años). Durante el siglo XXI, se prevé que Panamá experimente un proceso sostenido de envejecimiento poblacional, con un incremento notable en la proporción de personas de la tercera edad.

Teorías del envejecimiento

Teorías biológicas

Dentro de las teorías biológicas del envejecimiento, se distingue entre aquellas basadas en factores externos y aquellas centradas en factores internos. Las teorías basadas en factores externos señalan que el envejecimiento es resultado de las influencias del entorno y las agresiones externas. Por su parte, las teorías de factores internos, como la neuroendocrinología, atribuyen el envejecimiento a un deterioro del organismo a nivel celular y hormonal. Las teorías físicas del envejecimiento intentan explicar las razones de la muerte a través de alteraciones y depresiones en el organismo a medida que avanzan los años.

Teorías psicológicas del envejecimiento

El envejecimiento también implica cambios en las capacidades cognitivas. La memoria es la función más estudiada en este ámbito, ya que es la que más afecta a los adultos mayores. Aunque algunos aspectos de la memoria se deterioran con la edad, no todos lo hacen de igual manera. La inteligencia también disminuye con el paso del tiempo. Además, las capacidades sensoriales, como la audición y la percepción, se ven afectadas por el envejecimiento. A nivel

emocional, los adultos mayores son a menudo percibidos como irritables, de humor cambiante y más propensos a la depresión. También tienden a retraerse de sus relaciones con el mundo exterior.

Teorías sociológicas del envejecimiento

Desde la sociología, el envejecimiento se reconoce como una etapa vital de creciente relevancia, cuyo análisis ha dado lugar a diversas teorías. La teoría de la modernización subraya cómo el adulto mayor ha sido relegado socialmente en las sociedades contemporáneas, a diferencia de las comunidades tradicionales donde ocupaba un estatus elevado gracias a su sabiduría y experiencia. Por su parte, la teoría funcionalista plantea que las personas mayores enfrentan pérdidas físicas y psicológicas que limitan su autonomía.

En contraste, la teoría de la actividad busca explicar las causas de la inadaptación de los adultos mayores, mientras que la teoría de la continuidad sostiene que la última etapa de la vida constituye una prolongación de los estadios anteriores, adaptándose a nuevas circunstancias en función de los hábitos y preferencias adquiridos a lo largo de la existencia. En este sentido, el envejecimiento se concibe como un proceso multifactorial, condicionado por factores internos y externos, que culmina en el debilitamiento de la homeostasis y, finalmente, en la muerte. Se trata de un fenómeno universal, aunque no uniforme, ya que varía de individuo a individuo y de órgano a órgano, reflejando la diversidad de trayectorias biológicas y sociales que caracterizan la vejez.

El (la) adulto(a) mayor encamado(a): Implicaciones en el deterioro social, cognitivo y funcional

El concepto de adultos mayores dependientes es clave, ya que involucra un análisis de sus condiciones físicas, psíquicas y sociales, junto a la red de apoyo, tanto formal (instituciones) como informal (familia y allegados) (Banco Interamericano de Desarrollo [BID], 2023). La familia tiene un papel fundamental en garantizar una buena calidad de vida. Las enfermedades dependientes son diversas y pueden afectar el bienestar, involucrando factores biomédicos, sociales y psicológicos que influyen en cómo una persona y su familia enfrentan una enfermedad crónica. Estas implicaciones no solo son físicas, sino también emocionales y psicológicas.

La falta de movilidad es la principal causa de dependencia e inmovilidad, lo que lleva al encamamiento o al síndrome de inmovilidad, reconocido como uno de los grandes síndromes geriátricos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Este deterioro está relacionado con una disminución de la reserva funcional que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. El deterioro funcional es a menudo el primer síntoma de enfermedades graves, y para los adultos mayores dependientes, su evaluación se vuelve compleja. Se utilizan escalas geriátricas para valorar la pérdida de funcionalidad. El deterioro cognitivo también es común con la edad, lo que complica aún más las evaluaciones clínicas.

Los adultos mayores dependientes pueden mostrar confusión y desorientación. Conforme aumenta la dependencia, los problemas sociales se agravan, tales como cuestiones económicas, la ubicación de la vivienda, la falta de apoyo familiar o las dificultades físicas para moverse. Estos aspectos se vinculan con la pérdida de independencia.

Familia y Adulto(a) Mayor Encamado(a)

El envejecimiento de la población genera múltiples presiones sobre la sociedad y las familias, entre ellas la creciente necesidad de servicios médicos, hogares para adultos mayores y programas específicos destinados a esta población (Batthyány, 2021). Ante este escenario, surge la interrogante acerca de si los adultos mayores vivirán con sus descendientes, siendo probable que una parte significativa de ellos resida en el núcleo familiar.

En consecuencia, resulta fundamental abordar el tema de la vejez desde la infancia, de modo que niños y niñas comprendan que esta etapa de la vida es tan natural como la niñez. Fomentar en ellos el respeto y el cariño hacia los adultos mayores contribuye a consolidar una cultura de solidaridad intergeneracional, ayudándoles a reconocer que garantizar una mejor calidad de vida para las personas mayores es un compromiso esencial de la sociedad. La calidad de vida de los adultos mayores encamados depende en gran medida de las condiciones y posibilidades de sus familias (Marco Navarro, 2021).

Estos factores incluyen el desarrollo, las funciones y los roles desempeñados por los miembros de la familia, así como las condiciones materiales y simbólicas que impactan su vida diaria. No es lo mismo que un adulto mayor viva en una familia con recursos limitados que en una familia económicamente estable. En el primer caso, la situación genera una crisis, ya que un miembro dependiente requiere más recursos económicos y un entorno social saludable, con servicios públicos y accesos adecuados para facilitar la movilidad, además de áreas comunitarias accesibles (Boyer, María, 2008).

La familia tiene la responsabilidad de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor, tales como alimentación, vivienda, salud, comodidad y un espacio físico adecuado, confortable y limpio. Asimismo, debe ofrecer apoyo para prevenir accidentes, asegurar la administración correcta de la medicación y brindar seguridad emocional, procurando que el adulto mayor encamado se sienta querido, protegido y valorado. Es esencial que la familia lo reconozca como parte integral del núcleo doméstico, evitando que perciba su dependencia como una carga.

En este contexto, resulta indispensable comprender sus problemas emocionales, ya que la dependencia puede generar frustración, irritación y preocupación. Del mismo modo, se debe promover la comunicación con los demás miembros de la familia y fomentar intereses sencillos que lo estimulen y le proporcionen satisfacción, como escuchar música o contemplar el paisaje, fortaleciendo así su bienestar emocional y su sentido de pertenencia.

Importancia de la Familia en el envejecimiento poblacional

La familia constituye la estructura social fundamental para la reproducción biológica y social del ser humano, desempeñando un papel crucial en el desarrollo biológico, psicológico y social de sus miembros. Es responsable de la formación y desarrollo de la personalidad, así como de la socialización y educación necesarias para la integración en la sociedad. Además, transmite valores culturales, ético-morales y espirituales de generación en generación, consolidándose como un espacio de continuidad cultural y social.

La familia representa un valor esencial, pues proporciona amor, satisfacción y bienestar; sin embargo, también puede convertirse en fuente de insatisfacción, estrés y enfermedad. Las alteraciones en la vida familiar pueden desencadenar problemas emocionales y afectar el equilibrio de la salud de sus integrantes. A pesar de los cambios económicos, culturales y sociales que enfrenta, la familia se mantiene como la institución social más permanente, aunque su desarrollo se ve limitado por diversos estresores. Como señala Domínguez (1996), la familia comparte responsabilidades entre sus miembros, quienes se brindan apoyo mutuo en el cumplimiento de sus obligaciones.

En este contexto, Bazo (2008) destaca que el envejecimiento poblacional y los cambios sociales en las sociedades contemporáneas han generado preocupaciones sobre la cohesión intergeneracional, especialmente en lo relativo a la solidaridad entre generaciones, tanto en el ámbito social como en el familiar. La familia, pese a estas transformaciones, continúa siendo la institución fundamental para el apoyo de las personas que lo requieren, ofreciendo cuidados, bienes y servicios dentro de su seno. Los eventos familiares tienen repercusiones de diferente magnitud, que pueden afectar el funcionamiento, la integración social, la convivencia, la salud, los recursos económicos y el estilo de vida de la familia.

Cada familia responde a estos eventos de manera única, y el impacto depende de la capacidad de adaptación de la familia a los cambios. El enfoque sistémico de Friedeman, citado por García et al. (2007), señala que la funcionalidad familiar se refiere a la capacidad de la familia para mantener la congruencia y estabilidad frente a eventos que la desestabilizan, como enfermedades en sus miembros. El envejecimiento de un miembro de la familia puede generar desafíos que afecten a los más vulnerables del sistema familiar, como los adultos mayores encamados, quienes corren el riesgo de ser abandonados, descuidados o maltratados.

Participación familiar en el cuidado del(a) adulto(a) mayor encamado(a)

El cuidado de los adultos mayores dependientes es un tema de creciente interés social y económico, relacionado con las responsabilidades y valores familiares (Batthyány, 2020). En la actualidad, la familia sigue asumiendo la mayor carga en el cuidado de los adultos mayores encamados. Según Bazo y Domínguez (1996), el cuidado de los adultos mayores dependientes dentro del ámbito familiar se asume como una obligación natural, basada en el afecto y cariño (Durán, 2020).

Sin embargo, esta tarea puede generar situaciones complejas entre los miembros de la familia, debido a las diferencias en la manera de asumir el cuidado y a la asignación de responsabilidades. En muchos casos, una sola persona, generalmente una mujer, asume la mayor parte de la carga, convirtiéndose en la "cuidadora principal". Este rol implica una sobrecarga física y emocional significativa (Alvis-Gómez et al., 2022; Zarit et al., 1980). El cuidado del adulto mayor encamado requiere que tanto el cuidador como los demás miembros de la familia mantengan un buen estado de salud (Garcés et al., 2023).

Los cuidadores pueden asumir su rol por diversos motivos, tales como el amor y afecto, el sentimiento de obligación moral o legal, o el beneficio económico. Sin embargo, el primer motivo es el que más contribuye a un cuidado efectivo, mientras que los otros pueden generar apatía y

una atención deficiente. El encamamiento es una condición de discapacidad que genera la necesidad de apoyos permanentes para las actividades diarias, como la alimentación, higiene y movilidad.

La familia es la institución básica que proporciona estos cuidados, convirtiéndose en el medio natural para el desarrollo del adulto mayor. Es fundamental fomentar relaciones familiares armoniosas que contribuyan al bienestar emocional de los adultos mayores. A pesar de que la mayoría de las personas mayores son relativamente independientes, los adultos mayores de 80 años, especialmente aquellos con limitaciones socioeconómicas y de salud, son más dependientes. La interacción de factores biológicos, psicológicos y sociológicos en el envejecimiento afecta su capacidad para integrarse al sistema de vida, y la capacidad de la sociedad para ayudarlos varía según las circunstancias de cada individuo (OPS/OMS, 1985).

Normativas legales que protegen a los (as) adultos(as) mayores

Convenios internacionales

Los derechos de las personas mayores han sido un tema central para la comunidad internacional. Se reconoce que todas las personas, sin importar su edad, tienen derechos inherentes a su humanidad. Las normas internacionales aseguran que estas personas puedan gozar de sus derechos fundamentales sin discriminación, incluyendo los derechos de grupos como los adultos mayores. Además de los derechos individuales, también se deben reconocer los derechos sociales de los adultos mayores, lo que exige un esfuerzo activo de parte del Estado y la sociedad para garantizar su bienestar, Como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1*Principales Convenios y Normativas Internacionales sobre los Derechos de las Personas Mayores*

Nombre de la Norma	Descripción	Lugar/Fecha
Declaración Universal de Derechos Humanos	Promueve la igualdad y prohíbe la discriminación, incluyendo a las personas mayores.	1948
Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Los Estados parte deben velar por los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores.	1966
Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento	Recomienda medidas en sectores como empleo, salud, nutrición, vivienda, y bienestar social para las personas mayores.	Viena, 1982
Protocolo de San Salvador	Garantiza derechos básicos y atención especial a las personas mayores.	1989
Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento	Establece orientaciones generales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.	1992
Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo	Proporciona bases para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, permitiéndoles vivir de forma independiente.	El Cairo, 1994
Principios de las Naciones Unidas sobre las Personas Mayores	Establece principios clave para una futura convención sobre los derechos humanos de las personas mayores.	16 de diciembre de 1991
Resolución CE130.R19 sobre la salud y el envejecimiento	Insta a los Estados a promover y proteger los derechos humanos de las personas mayores.	OPS, 2002

Otras leyes nacionales

En el ámbito nacional, Panamá ha adoptado diversas leyes que promueven la protección de los derechos de los adultos mayores. A continuación, se destacan algunas de ellas:

1. Código de la familia (finales del siglo XX)

Incluye disposiciones que garantizan la protección de los adultos mayores dentro de la familia y aseguran su bienestar a través de la intervención del Estado cuando sea necesario.

2. Ley 44 de 2009, modificada por la Ley 86 de 2010

Crea el programa Especial de Transferencia Económica a los Adultos Mayores, brindando apoyo económico a los adultos mayores.

3. Ley 6 de 1987

Beneficia a los ciudadanos jubilados, pensionados y de la tercera edad mediante medidas fiscales y creación de un impuesto para garantizar su bienestar.

4. Otras leyes

como la Ley 18 de 1989, Ley 45 de 1995, Ley 37 de 2001, y otras enmendadas con el paso de los años para ofrecer mejoras continuas en la protección de los adultos mayores.

Estas leyes y normativas establecen un marco de protección integral que cubre no solo los derechos sociales y económicos de los adultos mayores, sino también su dignidad y bienestar, garantizando su seguridad tanto a nivel estatal como familiar.

Decretos ministeriales

Los decretos ministeriales son una herramienta importante en Panamá para regular y aplicar medidas específicas relacionadas con la protección de los derechos de los adultos mayores. A continuación, se detallan algunos de los decretos más relevantes:

1. Decreto ejecutivo No. 664 (23 de diciembre de 2008)

Este decreto aprueba el nuevo diseño y contenido del formulario denominado “Informe de Investigación por sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor y Adulto Mayor”. Este formulario es fundamental para la investigación de casos de violencia doméstica o maltrato hacia los adultos mayores, asegurando que estas situaciones sean adecuadamente reportadas y atendidas.

2. Decreto ejecutivo No. 26 (6 de agosto de 1999)

Este decreto establece las disposiciones que reglamentan los subsidios otorgados por el Estado a organizaciones sin fines de lucro y personas naturales que se dedican al desarrollo de programas sociales dirigidos a grupos vulnerables, incluidos los adultos mayores. Facilita el apoyo financiero a estas entidades para fomentar su labor.

3. Decreto ejecutivo No. 23 (24 de junio de 1999)

Crea el Consejo Nacional del Adulto(a) Mayor (CONAM), un organismo cívico, autónomo y colegiado que tiene como objetivo coordinar y promover acciones a favor de las personas mayores. El CONAM incluye la participación de instancias gubernamentales

relacionadas con el bienestar de los adultos mayores, así como de organizaciones de la sociedad civil.

4. Decreto ejecutivo no. 3 (28 de enero de 1999)

Establece las normas para la apertura y funcionamiento de los Centros de Atención Diurna, Hogares o Albergues para personas mayores. Este decreto establece los requisitos que deben cumplir las personas naturales o jurídicas que desean abrir estos centros y faculta al Ministerio de Desarrollo Social para supervisar y vigilar el funcionamiento adecuado de estas instituciones, asegurando que ofrezcan servicios de calidad.

5. Decreto no. 57 (19 de junio de 1978)

Este decreto establece la tercera semana del mes de noviembre como la “Semana del Anciano(a)” en el territorio nacional. Esta semana tiene como objetivo sensibilizar a la sociedad sobre los derechos y la dignidad de las personas mayores, además de promover actividades que resalten su bienestar y contribución a la sociedad.

Resoluciones

1. Resolución no. 225 (4 de octubre de 2012)

Esta resolución adopta para su uso la encuesta de vulnerabilidad social del Adulto Mayor, que se utiliza en los procedimientos de ingreso y Re verificación para evaluar el grado de vulnerabilidad de los adultos mayores. Esta herramienta ayuda a identificar las necesidades de este grupo y a garantizar que reciban la atención y los recursos adecuados para su bienestar.

Estas leyes, decretos y resoluciones son esenciales para garantizar la protección de los derechos de las personas mayores en Panamá, facilitando la creación de programas, instituciones y mecanismos que aseguren su bienestar social, económico y de salud.

Políticas sociales dirigidas adultos(as) mayores en panamá

Panamá ha adoptado diversas políticas sociales dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, centradas en garantizar su seguridad económica, acceso a salud y bienestar, y crear entornos propicios y favorables para su desarrollo integral (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2021). A continuación, se presentan los ejes políticos y los programas más importantes:

Ejes políticos de la política nacional del adulto mayor

1. Seguridad económica

La política se enfoca en garantizar la estabilidad financiera de los adultos mayores, especialmente aquellos que carecen de pensiones o jubilaciones, proporcionando apoyo económico directo.

2. Salud y bienestar

Asegura la atención médica integral y adecuada para los adultos mayores, con un enfoque especial en las enfermedades crónicas y las necesidades de cuidado paliativo.

3. Entornos propicios y favorables

Busca crear ambientes sociales, culturales y físicos que favorezcan el desarrollo y bienestar de los adultos mayores, garantizando su participación activa en la sociedad.

Instituciones estatales a favor de los adultos mayores

Ministerio de desarrollo social (mides)

Este es el ente rector de las políticas sociales para grupos vulnerables, incluidos los adultos mayores. La política del MIDES promueve la protección de los derechos humanos, seguridad económica y el acceso a servicios de salud integrales, garantizando que los adultos mayores disfruten de entornos que favorezcan su desarrollo.

Programas y estrategias claves

- **Programa “100 a los 65”**

Este programa otorga transferencias monetarias a 86,000 adultos mayores en desventaja social y vulnerabilidad. Beneficia a personas de 70 años o más que no tienen acceso a jubilación o pensión, con un 55% de beneficiarias siendo mujeres y 45% hombres.

- **Mejoramiento de la atención sanitaria**

Través de varios programas, como el Programa de Salud de la Tercera Edad del Ministerio de Salud (MINSA) y los Servicios de Salud de la Tercera Edad de la Caja de Seguro Social (CSS), se mejora el acceso a servicios de salud para los adultos mayores. Se abordan tanto las enfermedades crónicas como el cuidado paliativo.

- **Subsidios a hogares para adultos mayores**

Este programa proporciona apoyo económico a hogares que cuidan a personas adultas mayores, especialmente en situaciones de vulnerabilidad.

- **Universidad del trabajo y la tercera edad**

Se creó una universidad destinada a la formación y participación activa de los adultos mayores en actividades educativas. El 80% de la asistencia son mujeres, con un 65% de las asistentes siendo adultos mayores.

Instituciones claves y programas de atención

1. Ministerio de salud (MINSA)

Es responsable de la salud pública en Panamá y tiene programas específicos para la atención de los adultos mayores. El Programa de Salud de la Tercera Edad se centra en

la promoción, prevención, atención y rehabilitación. La Coordinación Nacional de la Adulthood Mayor supervisa la implementación de estos programas a nivel local y regional.

2. Caja de seguro social (CSS)

La CSS administra el Régimen de Seguridad Social en Panamá, cubriendo los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez y vejez. Su Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad ofrece atención médica integral y asistencia a los adultos mayores, enfocados en enfermedades crónicas degenerativas y prevención.

3. Instituto nacional de la mujer (INAMU)(Ministerio de la Mujer)

A pesar de centrarse principalmente en la equidad de género, el INAMU también se enfoca en eliminar la violencia contra las mujeres adultas mayores. Promueve la participación de las mujeres mayores en el desarrollo del país y busca garantizar su bienestar físico, social y económico.

4. Defensoría del pueblo la unidad especializada de adultos mayores

Fue creada en 2005 con el objetivo de promover, proteger y divulgar los derechos humanos de los adultos mayores. Trabaja en la mejora de la calidad de vida de este grupo, ofreciendo planes, programas y proyectos de prevención, atención y protección, así como sensibilizando a la sociedad para mejorar el trato hacia ellos.

Programas adicionales de la caja seguro social

Atención integral de salud

A través de subprogramas como orientación a la jubilación, atención domiciliaria, formación de grupos de la tercera edad, y terapia de tiempo libre, la CSS busca ofrecer una atención integral a los adultos mayores. Voluntariado de Oro y Juegos Florales Iniciativas que promueven el envejecimiento activo, la participación comunitaria y el respeto por los adultos mayores, permitiéndoles estar involucrados en actividades recreativas, culturales y voluntarias.

Las políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Panamá buscan una aproximación integral que cubre sus necesidades económicas, de salud, culturales y sociales (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2022). A través de programas de subsidios, educación, atención sanitaria y la creación de marcos legales y de protección, el país está trabajando activamente para garantizar que los adultos mayores puedan disfrutar de una vida digna y plena, participando activamente en la sociedad.

Descripción del área de estudio

Descripción de las instalaciones médicas

La Policlínica Roberto Ramírez de Diego, según entrevista con la Doctora Virginia de Vásquez, subdirectora de la institución, comenzó sus operaciones hace 53 años brindando atención a la población asegurada y no asegurada. Es la única policlínica en la provincia de Herrera que presta

servicio tanto al distrito de Chitré como a los demás distritos. Actualmente, ofrece una variedad de servicios médicos, incluyendo medicina general, ginecología, pediatría, dermatología, radiología médica, psiquiatría pediátrica, neumología, psicología, nutrición, optometría, estimulación temprana, enfermería, laboratorio, farmacia, odontología y trabajo social.

Sin embargo, su infraestructura actual no es la más adecuada para ofrecer una atención óptima. En mayo de 2014 se demolió el edificio que albergaba el antiguo Hospital El Vigía, y en ese terreno se construirá un nuevo edificio para mejorar el servicio a la comunidad.

Programa de sistema de atención domiciliaria integral (SADI)

El Programa de Atención Domiciliaria Integral (SADI) es un subprograma del Programa de Tercera Edad, que funciona desde 1985 en las Policlínicas de la Caja de Seguro Social. En la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, en Chitré, se inició en 1990 con solo 11 pacientes. Hoy en día, el programa cuenta con un equipo multidisciplinario que incluye médicos generales, enfermeras, trabajadoras sociales, farmacéuticos clínicos, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos, entre otros. El objetivo principal es ofrecer atención integral a los pacientes crónicos dependientes en su hogar, mejorando su calidad de vida y previniendo hospitalizaciones innecesarias.

Entre sus metas específicas se encuentran la disminución de hospitalizaciones, la aceleración de la recuperación y el fomento de la independencia funcional de los pacientes. El proceso de inscripción al programa comienza cuando un familiar presenta al paciente asegurado, quien luego es evaluado en 72 horas por el equipo médico para determinar su elegibilidad y clasificarlo en grados de atención según su condición. Los pacientes son clasificados en cuatro grados de acuerdo a la gravedad de su condición, con visitas que varían entre semanal, quincenal o mensual.

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

Para formar parte del Programa SADI, se requiere ser paciente asegurado (jubilado, pensionado o beneficiario). El familiar debe presentar la documentación necesaria y, si el paciente es referido por un hospital, un equipo médico realiza una visita en las 72 horas siguientes para evaluar la situación del paciente. Los pacientes son clasificados en cuatro grados, que determinan la frecuencia de las visitas: semanal para los pacientes más graves, quincenal para aquellos en estado intermedio, mensual para pacientes dependientes estables, y bimensual para aquellos con enfermedades como Alzheimer o Parkinson.

Una vez inscrito, el programa proporciona todos los insumos y medicamentos necesarios. Los cuidadores deben asistir a reuniones mensuales para recibir capacitación y orientación, y la falta de asistencia puede resultar en la exclusión del programa.

Rol del (la) trabajador(a) social en materia de intervención en el funcionamiento familiar de adultos(as) mayores encamados(as)

El Trabajo Social se enfoca en ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales, y desempeña un papel crucial en la intervención en el funcionamiento familiar de los adultos mayores encamados. El profesional en Trabajo Social debe intervenir de manera holística, considerando tanto los aspectos personales como relacionales de los individuos y las familias. La intervención se basa en el enfoque sistémico, donde los miembros de la familia interactúan y se influyen mutuamente.

El (la) Trabajador(a) Social debe planificar la intervención de acuerdo con la organización familiar, identificando tanto los recursos positivos como los problemas y situaciones de crisis. La intervención debe promover la participación activa de la familia y ofrecer herramientas para resolver los conflictos. A través de acciones preventivas y de promoción, el objetivo es mejorar las relaciones familiares, fomentando la cohesión, comunicación y armonía dentro del hogar.

Además, se debe trabajar en la capacitación y orientación de las familias para hacer frente a los desafíos de cuidar a un adulto mayor encamado, con especial atención a la reducción del estrés, la violencia y el abandono familiar. Es esencial que el Trabajo Social con familias de adultos mayores encamados considere la gerontología como un área de investigación e intervención, adoptando un enfoque integral y preventivo. La intervención debe centrarse en mejorar las condiciones de vida de los miembros de la familia, promoviendo relaciones familiares saludables y apoyando el proceso de adaptación a las necesidades del adulto mayor.

El Trabajo Social debe estar comprometido con la investigación y la ética, garantizando un enfoque ético y profesional en el acompañamiento de las familias para fomentar un ambiente de apoyo y cooperación.

Capítulo 2

Metodología para la Evaluación Sociofamiliar del Adulto Mayor Encamado

Capítulo 2: Metodología para la Evaluación Sociofamiliar del Adulto Mayor Encamado

El presente trabajo se enmarca dentro del paradigma cuantitativo, ya que se basa en hechos observables, medibles y verificables, los cuales son susceptibles de ser descritos. El estudio tiene un enfoque descriptivo, dado que busca detallar los aspectos más relevantes del fenómeno investigado, y es de corte transversal, ya que se realiza un análisis en un momento específico y los datos se recogen en un período determinado (Polit & Hungler, 2000).

Población y muestra

Está conformada por 160 adultos mayores encamados que reciben atención en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, ubicada en el Distrito de Chitré, Provincia de Herrera, según los registros estadísticos de la institución y las familias de los pacientes.

Para la recolección de datos, se emplearon dos fuentes principales: las fuentes primarias, que consisten en la información obtenida directamente de los adultos mayores y sus familiares mediante instrumentos de recolección, y las fuentes secundarias, que incluyen libros, documentos, artículos de prensa, revistas electrónicas, páginas web y expedientes. Además, se obtuvo información complementaria del personal de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, en el Distrito de Chitré.

Está constituida por los adultos mayores encamados que reciben atención en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, en el Distrito de Chitré, y sus respectivos familiares. La selección de la muestra se realizó mediante muestreo aleatorio simple. El marco muestral consistió en el listado de adultos mayores proporcionado por la Policlínica Roberto Ramírez de Diego a principios del segundo trimestre de 2013. Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula correspondiente a la estimación de una proporción para una población finita:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

- N = Tamaño de la población
- n = Tamaño de la muestra
- $\alpha = 0.05$
- $p = q = 0.50$
- $e = 0.15$

La muestra estuvo conformada por 34 pacientes encamados y 34 familiares (uno por cada adulto mayor encamado). La selección de los pacientes fue proporcional a la población de cada corregimiento del distrito, como se detalla en la siguiente Tabla 2.

Tabla 2

Número de pacientes encamados entrevistados por corregimiento, Distrito de Chitré, 2013.

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

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

Criterios de inclusión de la muestra

Pacientes:

Adultos mayores que reciben servicios en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, que cuenten con la capacidad física y mental para proporcionar información y que hayan mostrado disposición para participar en el estudio.

Familias:

Familias de los adultos mayores encamados seleccionados para el estudio.

Criterios de exclusión de la muestra

Familias: Aquellas que no deseen participar en el estudio.

Pacientes:

- Pacientes que no cuenten con la capacidad física o mental para proporcionar información.
- Pacientes que no hayan brindado su consentimiento para participar.
- Pacientes que vivan de manera independiente.

Para el sistema de Variables, se definen los conceptos y operacionales de las variables, como podemos ver en la Tabla 3.

Tabla 3*Operacionalización de las Variables del Estudio*

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías	Variable
Sexo	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos géneros: mujer u hombre.	Sexo declarado por el entrevistado.	Hombre, Mujer	Sexo
Edad	Se refiere al tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Edad declarada por el entrevistado.	56-101	Edad
Estado civil	Es la situación personal que se establece entre dos personas mediante un vínculo jurídicamente reconocido.	Estado civil declarado por el entrevistado.	Soltero, Casado, Viudo	Estado civil
Sexo	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos géneros: mujer u hombre.	Sexo declarado por el entrevistado.	Hombre, Mujer	Sexo
Status CSS	Se refiere a la posición o condición de una persona dentro del sistema de la Caja de Seguro Social.	Condición de beneficiario o asegurado declarado por el entrevistado.	Asegurado, Beneficiario	Status CSS
Ingresos	Es la suma de los recursos económicos que recibe un individuo o familia.	Total, de los ingresos declarados por el entrevistado.	\$0-\$450 Adulto Mayor, \$0-\$650 Familiar	Ingresos
Egresos	Son los gastos o costos que un individuo o familia tiene que cubrir.	Suma total de los gastos declarados por el entrevistado.	\$0-\$380 Adulto Mayor, \$115-\$1284 Familiar	Egresos
Tenencia de la Vivienda	Define la propiedad o el derecho de una persona sobre la vivienda donde habita.	Declaración del entrevistado sobre la propiedad de la vivienda.	Sí, No	Tenencia de la Vivienda

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías	Variable
Status CSS	Se refiere a la posición o condición de una persona dentro del sistema de la Caja de Seguro Social.	Condición de beneficiario o asegurado declarado por el entrevistado.	Asegurado, Beneficiario	Status CSS
Ingresos	Es la suma de los recursos económicos que recibe un individuo o familia.	Total, de los ingresos declarados por el entrevistado.	\$0-\$450 Adulto Mayor, \$0-\$650 Familiar	Ingresos
Egresos	Son los gastos o costos que un individuo o familia tiene que cubrir.	Suma total de los gastos declarados por el entrevistado.	\$0-\$380 Adulto Mayor, \$115-\$1284 Familiar	Egresos
Tenencia de la Vivienda	Define la propiedad o el derecho de una persona sobre la vivienda donde habita.	Declaración del entrevistado sobre la propiedad de la vivienda.	Sí, No	Tenencia de la Vivienda
Enfermedades que padece el adulto mayor	Alteraciones físicas, mentales y/o sociales que afectan a los individuos.	Declaración de las enfermedades padecidas por el entrevistado.	Una, Más de una	Enfermedades que padece el adulto mayor
Status CSS	Se refiere a la posición o condición de una persona dentro del sistema de la Caja de Seguro Social.	Condición de beneficiario o asegurado declarado por el entrevistado.	Asegurado, Beneficiario	Status CSS
Atención médica que recibe	Son los servicios médicos proporcionados para la prevención, tratamiento y manejo de enfermedades.	Declaración de los servicios médicos que recibe el entrevistado.	Siempre, En ocasiones, Nunca	Atención médica que recibe
Funcionamiento Familiar	Se refiere a los atributos que caracterizan a la familia como un sistema que influye en las relaciones interpersonales y el bienestar de los miembros del grupo familiar.	Se evalúa mediante las dimensiones de cohesión, armonía, comunicación, afecto, roles, permeabilidad y adaptabilidad.	Funcional, Moderadamente funcional, Disfuncional, Severamente disfuncional	Funcionamiento Familiar

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías	Variable
Estrategias que se utilizan en el cuidado del Adulto Mayor	Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas para asegurar el bienestar del adulto mayor.	Declaración de las estrategias de cuidado utilizadas.	Adecuadas, No adecuadas	Estrategias que se utilizan en el cuidado del Adulto Mayor
Parentesco de la persona responsable	Relación entre la persona que cuida al adulto mayor y el propio adulto mayor.	Declaración del parentesco del entrevistado con el adulto mayor.	Hijo(a), Esposo(a), Sobrino(a), Tío(a), No es pariente, No contestó	Parentesco de la persona responsable
Composición familiar	Se refiere al número y tipo de personas que conforman el núcleo familiar.	Número de miembros que declara el entrevistado.	Nuclear, Compuesta	Composición familiar

El análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS 20). Para la caracterización de los adultos mayores y sus familias, se emplearon medidas descriptivas, como la mediana (para variables cuantitativas) y porcentajes (para variables cualitativas). Los resultados se presentaron de manera clara a través de tablas y/o gráficos, facilitando la comprensión y análisis de los datos obtenidos.

Instrumentos de recolección de datos

Como herramienta principal para la medición, se utilizó una encuesta dirigida a los familiares de los adultos mayores encamados. Esta encuesta se dividió en dos partes:

Primera parte

Permite recabar información sobre los aspectos socio-demográficos y socio-familiares, elementos esenciales para analizar las características socio-económicas de las familias.

Segunda parte

Incluye el instrumento FF-SIL, validado en Cuba en 1994, diseñado para medir la percepción que un miembro de la familia tiene sobre el funcionamiento familiar, particularmente en lo relacionado con las necesidades de protección y afecto. Este instrumento evalúa áreas clave como cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, a través de 14 reactivos. Esta información permite

identificar cómo se comporta el funcionamiento familiar y detectar áreas que requieren intervención para su mejora.

Para la investigación se aplicó un instrumento dirigido directamente a los adultos mayores encamados, orientado a recoger información sobre sus características socioeconómicas. Al igual que en la encuesta familiar, esta sección incluyó la aplicación del FF-SIL, con el propósito de evaluar la percepción del adulto mayor respecto a su entorno familiar y las estrategias utilizadas para su cuidado.

De manera complementaria, se empleó una guía de entrevista destinada al personal que labora en el Programa de Adultos(as) Mayores Encamados(as) de la Policlínica de la Caja de Seguro Social Dr. Roberto Ramírez de Diego. Todos estos instrumentos fueron previamente validados en unidades de observación similares, lo que aseguró su adecuación y fiabilidad para los objetivos del estudio.

Recolección de datos

Los datos fueron obtenidos a través de visitas a las autoridades de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, así como visitas domiciliarias. Durante las visitas, se empleó la técnica de entrevistas para recolectar información relevante acerca de las características generales de las familias de los adultos mayores encamados y su funcionamiento familiar.

Además, se recopiló información complementaria mediante los aportes de los miembros del equipo interdisciplinario que participa en el Programa de Adultos(as) Mayores Encamados(as). Paralelamente, durante el proceso de recolección de datos se recurrió a fuentes secundarias, entre ellas libros, documentos escritos, artículos de prensa, revistas electrónicas, páginas web y expedientes, lo que permitió enriquecer el análisis y garantizar una visión más amplia y fundamentada del objeto de estudio.

Aspectos éticos

La investigación se desarrolló en estricto cumplimiento de los principios éticos establecidos por la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá, así como de los lineamientos contenidos en la Declaración de Helsinki. Estos marcos normativos garantizaron la participación voluntaria e informada de los sujetos, asegurando en todo momento el respeto y la protección de su privacidad y bienestar. De esta manera, se veló por la observancia de las disposiciones éticas pertinentes, consolidando la integridad del proceso investigativo y la responsabilidad social de sus resultados.

Capítulo 3

Análisis y discusión de resultados

Capítulo 3: Análisis y discusión de resultados

La edad mediana de los adultos mayores encamados en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego es de 82 años, con ingresos medianos mensuales de \$103 y gastos medianos de \$107.50 Tabla 4. Este panorama económico refleja que los ingresos de los adultos mayores encamados son bajos, lo cual sugiere que los mismos apenas cubren los gastos que enfrentan. A su vez, el aumento en la esperanza de vida implica una mayor proporción de personas mayores, lo que contribuye a una creciente demanda de servicios y atención para este grupo.

Tabla 4

Ingreso mensual y egresos de los Adultos(as) Mayores Encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, según edad. Herrera, 2013.

Variables	N	Mínimo	Máximo	Mediana
Edad	34	56	101	82
Ingreso Mensual Bruto	34	0	450	103
Egresos	34	0	380	108

En cuanto al género, se observa que el 62% (21 personas) de la población son mujeres y el 38% (13 personas) son hombres Figura 1, lo que evidencia una mayor prevalencia de mujeres adultas mayores encamadas.

Figura 1

Prevalencia Femenina en Adultos Mayores Encamados

Adultos(as) Mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego por sexo. Herrera 2013.

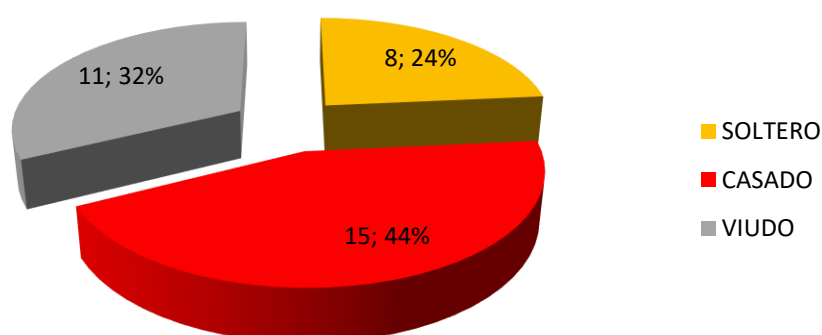


En relación al estado civil, el 44% de los adultos mayores están casados, lo que podría reflejar un fortalecimiento de la institución familiar. También se observó que el 24% de los participantes están solteros, lo que podría indicar uno de los cambios significativos por los que atraviesa la familia en la actualidad Figura 2.

Figura 2

Distribución por Estado Civil de Adultos Mayores Encamados

Adultos(as) Mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego por Estado Civil. Herrera 2013.

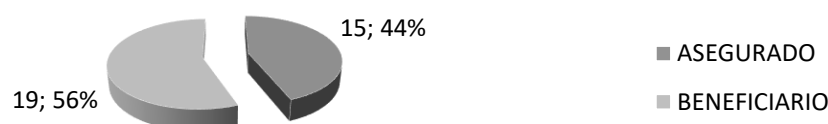


Respecto al tipo de aseguramiento, el 56% (19 personas) de los adultos mayores encamados son beneficiarios, mientras que el 44% (15 personas) son asegurados Figura 3. Esto indica que la mayoría de los encamados son beneficiarios a través de un familiar, como esposo(a) o hijos(as).

Figura 3

Estatus en la Caja de Seguro Social de Adultos Mayores Encamados

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



En cuanto a las enfermedades reportadas, los adultos mayores mencionaron principalmente los siguientes padecimientos:

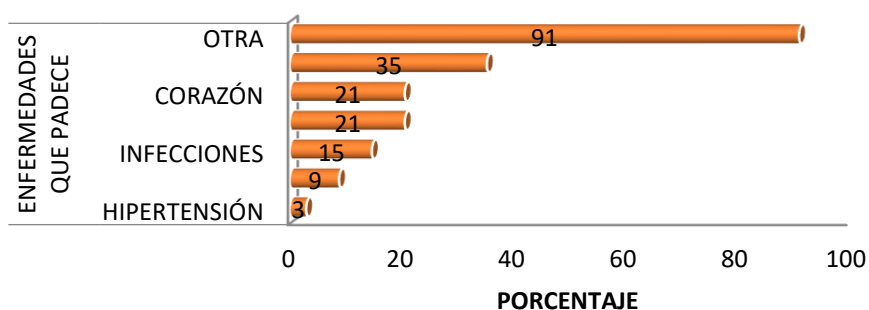
- Hipertensión: **3%**
- Párkinson: **9%**
- Infecciones: **15%**
- Diabetes: **21%**
- Enfermedades cardíacas: **21%**
- Incontinencia urinaria: **35%** (siendo la más frecuente)

Adicionalmente, el 91% de los adultos mayores reportaron padecer otras enfermedades de la Figura 4. Estos resultados confirman que, durante el proceso de envejecimiento, se produce una pérdida de funciones cognitivas y un aumento de enfermedades físicas. Esta población está particularmente expuesta al deterioro de varios sistemas del cuerpo, como el sistema cardiovascular, el sistema genitourinario y el sistema inmunológico, lo que subraya la necesidad de una atención integral y especializada.

Figura 4

Porcentaje de Padecimientos en Adultos Mayores Encamados

Adultos (as) Mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego según enfermedades que padece (*). Herrera 2013.
(n=34)

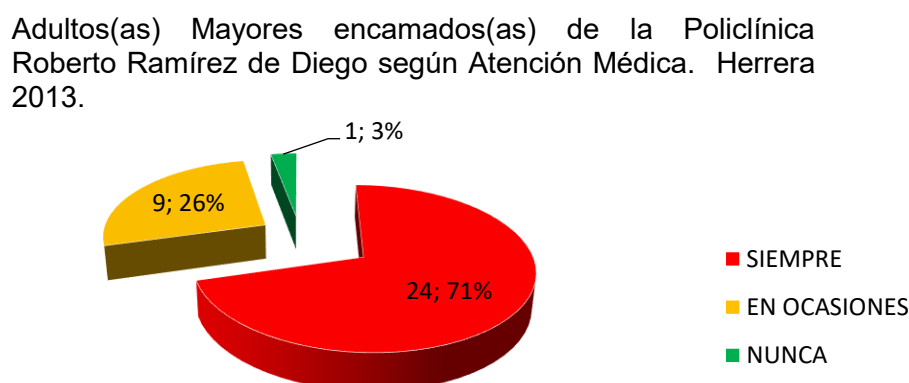


El 71% de los adultos(as) mayores reciben atención médica de manera siempre, mientras que un 26% lo hace en ocasiones. Solo un 3% señala que no recibe atención médica Figura 5. Este alto porcentaje de atención médica se debe a la labor del Programa, que ofrece una atención especializada a la población adulta mayor. El objetivo principal del programa es garantizar la atención integral en el hogar para los asegurados crónicos dependientes y sus familias, promoviendo así una atención eficiente, eficaz y efectiva de manera equitativa.

Esto refleja el compromiso con la calidad de vida de los adultos mayores y la importancia de brindarles acceso a los servicios médicos necesarios para su bienestar.

Figura 5

Frecuencia de atención médica en adultos mayores encamados



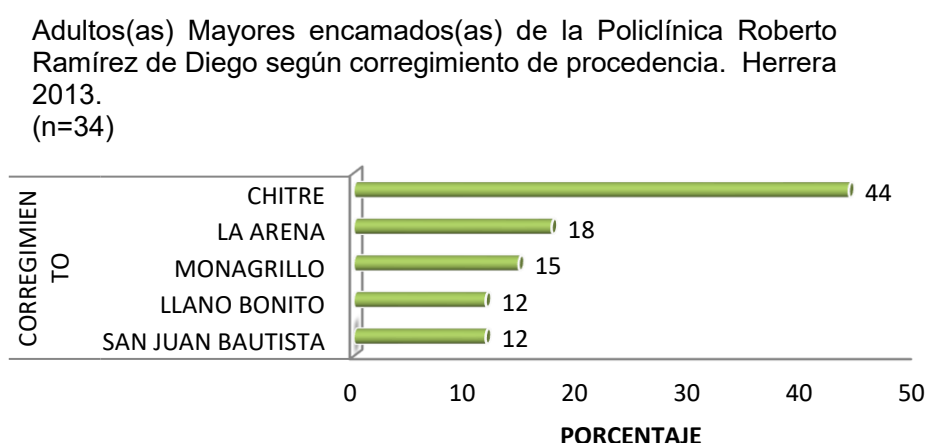
La mayoría de los adultos(as) mayores encamados(as) pertenecen al corregimiento de Chitré, con un 44% (19), seguido por La Arena con un 18% (6) en la Figura 6. Además, el 15% de la población proviene del corregimiento de Monagrillo, y un 12% corresponde a los corregimientos de Llano Bonito y San Juan Bautista, respectivamente. Es importante señalar que la cobertura del programa SADI abarca a toda la población asegurada y beneficiaria del distrito de Chitré, lo que permite una distribución equitativa de los servicios de atención médica entre los diferentes corregimientos de la zona.

Esto resalta la capacidad del programa para llegar a diversas comunidades, garantizando el acceso a los servicios de salud para todos los adultos mayores encamados(as) en el distrito.

La mayoría de los adultos(as) mayores encamados(as) (un 74%, es decir, 25 de ellos) reportaron no tener bienes ni propiedades en la Figura 5. Esta situación sugiere que la población adulta mayor depende en gran medida de las familias con las que viven, ya que, al carecer de propiedades propias, no tienen medios suficientes para sustentar su bienestar de manera independiente. Este hallazgo subraya la vulnerabilidad de estos adultos mayores, quienes dependen del apoyo y la gestión de sus familias para su estabilidad económica y social

Figura 6

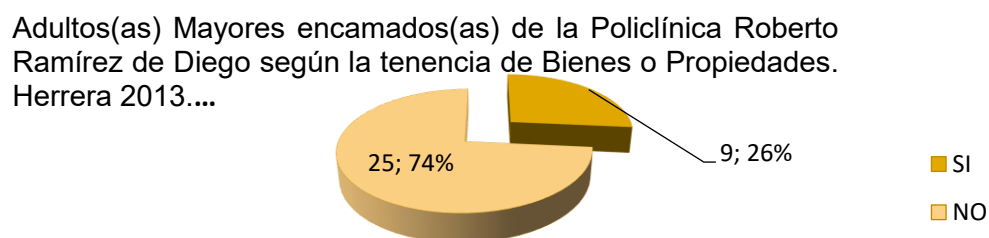
Distribución de adultos mayores encamados según corregimiento de procedencia



Según la percepción de los adultos(as) mayores encamados(as), las dimensiones que más contribuyen a considerar el funcionamiento familiar como adecuado son la Comunicación (85%), Afectividad (83%), Armonía (82%) y Adaptabilidad (79%). Estas variables reflejan la importancia de una interacción abierta, afectuosa y flexible dentro del hogar para asegurar el bienestar del adulto(a) mayor. Por otro lado, las dimensiones que menos contribuyen a la funcionalidad familiar son Cohesión (60%), Roles (65%) y Permeabilidad (62%) Figura 6.

Figura 7

Tendencia de bienes o propiedades en adultos mayores encamados

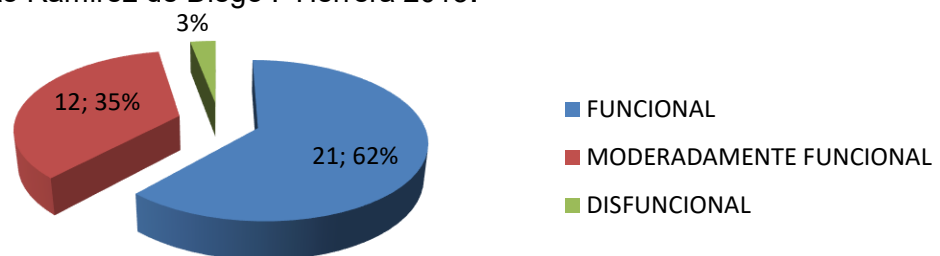


La mayoría de los adultos(as) mayores encamados(as) se encuentran en hogares funcionales (62%, 21), lo cual indica que la mayoría perciben un ambiente familiar adecuado y equilibrado para su bienestar. Sin embargo, es relevante notar que un 38% restante de los adultos mayores se encuentra en hogares moderadamente funcionales (35%, 12) y disfuncionales (3%, 1), en la Figura 7 lo que resalta áreas de mejora en la dinámica familiar que podrían estar afectando la calidad de vida de estos adultos mayores.

Figura 8

Predominio de Familias Funcionales en Adultos Mayores Encamados

Funcionalidad Familiar según Adultos (as) Mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego . Herrera 2013.



Según la percepción de los adultos(as) mayores encamados(as), el 38% que se encuentra en hogares moderadamente funcionales y disfuncionales refleja una situación más compleja. Este porcentaje puede explicarse, en parte, por la baja cohesión familiar, lo que dificulta el establecimiento de vínculos sólidos entre los miembros de la familia. La cohesión, que es crucial para el apoyo mutuo y la capacidad de la familia para enfrentar situaciones difíciles, parece estar debilitada en estos casos.

Además, se infiere que los roles familiares no se realizan adecuadamente según lo reportado por los adultos(as) mayores. Esto implica que dentro de estos hogares existe una falta de claridad o compromiso en la distribución de responsabilidades, lo cual puede generar conflictos o dificultades en el cuidado del adulto mayor. También se observa que algunas familias tienen problemas para compartir experiencias y apoyo con otras familias, lo que limita la capacidad de aprender de otras situaciones o de recibir ayuda externa que pueda mejorar el funcionamiento familiar.

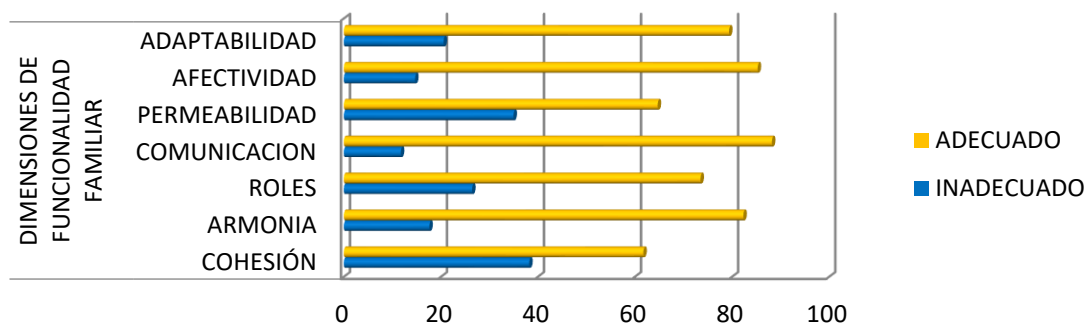
En resumen, aunque la mayoría de los adultos(as) mayores se encuentran en hogares funcionales, un porcentaje considerable experimenta situaciones familiares menos favorables debido a la falta de cohesión, roles poco definidos y dificultades para recibir apoyo adecuado de su entorno. Esto pone de relieve la importancia de fortalecer estos aspectos dentro del hogar para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los adultos(as) mayores encamados(as).

Las estrategias empleadas para el cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as) fueron catalogadas como adecuadas en su totalidad (100%), lo que indica un nivel positivo de percepción por parte de los adultos mayores en cuanto a las prácticas de cuidado que reciben Figura 8. Este resultado sugiere que, en general, los adultos mayores consideran que sus necesidades básicas y de bienestar son cubiertas de manera efectiva.

Figura 9

Evaluación de Dimensiones Familiares (Adecuado vs. Inadecuado)

Percepción de los(as) Adultos(as) Mayores Encamados (as) sobre las dimensiones del funcionamiento familiar. Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013
n(34)



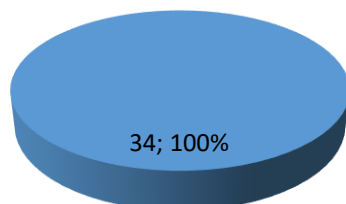
La cohesión, que implica la unidad física y emocional de la familia para enfrentar desafíos, y la permeabilidad, que se refiere a la capacidad de la familia para tomar decisiones y ponerse de acuerdo sobre el cuidado y acompañamiento del adulto mayor, obtuvieron porcentajes bajos. Esto sugiere que, en algunos casos, las familias enfrentan dificultades en cuanto a la toma de decisiones y la unidad necesaria para ofrecer una atención integral al adulto mayor. Los roles familiares también fueron señalados como un área de mejora, ya que se refiere a las responsabilidades que cada miembro debe asumir en el hogar, especialmente en lo que concierne al cuidado del adulto mayor.

Un bajo porcentaje en esta dimensión indica que en algunas familias no hay una clara distribución de tareas o que los roles no están bien definidos, lo que podría afectar la calidad del cuidado brindado. En resumen, aunque la comunicación, afectividad y armonía se perciben como elementos fundamentales para un buen funcionamiento familiar, hay áreas como la cohesión, los roles y la permeabilidad que requieren atención para fortalecer el apoyo familiar a los adultos(as) mayores encamados(as) y garantizar una atención más adecuada y coordinada.

Figura 10

Totalidad de Familias Emplean Estrategias para el Cuidado del Adulto Mayor

Estrategias empleadas, según los(as) adultos mayores encamados(as) por la familia para el cuidado . Herrera 2013.



Nota: Refleja que las necesidades básicas de adultos mayores encamados son cubiertas.

Entre las estrategias destacadas se incluyen:

- **Alimentación adecuada:** Se asegura que los adultos mayores encamados reciban los nutrientes necesarios para mantener su salud.
- **Aseo personal:** La higiene es fundamental en el cuidado, lo que refleja un entorno de salud y bienestar.
- **Atención oportuna:** La rapidez en la atención a sus necesidades médicas y de cuidado se valora positivamente.
- **Afecto y cariño:** El cuidado emocional y afectivo es considerado una parte esencial del proceso de atención, proporcionando seguridad y apoyo emocional a los adultos mayores.
- **Medicamentos adecuados:** La administración de medicamentos es realizada de manera oportuna y según las indicaciones médicas.
- **Espacio físico limpio y adecuado:** La calidad del ambiente, en términos de limpieza y confort, es fundamental para asegurar una estancia agradable y saludable en el hogar.

Este conjunto de estrategias, que abordan tanto el cuidado físico como el emocional, refleja un ambiente adecuado dentro del hogar. Estas condiciones son esenciales para garantizar que el adulto mayor encamado cuente con un entorno satisfactorio para su bienestar, lo que mejora la calidad de vida y favorece una estancia más cómoda y digna en la familia.

En conclusión, el 100% de los adultos(as) mayores perciben las estrategias de cuidado como adecuadas, lo que sugiere que el entorno familiar está cumpliendo con las

necesidades fundamentales de atención, confort y afecto necesarias para su bienestar integral.

Familias de los(as) adultos(as) mayores (encamados(as))

Tabla 5

Medidas Descriptivas de Ingresos, Egresos y Apoyo Económico

Variables	N	Mínimo	Máximo	Mediana
<i>Ingresos</i>	34	\$0	\$6650	\$385
<i>Egresos</i>	34	\$115	\$1284	\$365
<i>Monto de la ayuda</i>	18	\$60	\$900	\$80

Análisis de Resultados

A partir de los datos recopilados sobre la situación financiera de los hogares en Tabla 5, se observa lo siguiente:

- **Ingresos**

Los ingresos familiares varían entre \$0 y \$6650, con una mediana de \$385. Esto indica que existe una gran variabilidad en los ingresos, lo que refleja una situación económica desigual entre las familias.

- **Egresos**

Los egresos familiares fluctúan entre \$115 y \$1284, con una mediana de \$365. Esta cifra muestra que las familias deben hacer frente a una gama de gastos que, en muchos casos, se acercan o superan los ingresos disponibles.

- **Monto de la ayuda:**

Se reportaron montos de ayuda económica entre \$60 y \$900, con una mediana de \$80. Esto sugiere que las familias de los adultos mayores encamados reciben apoyo económico de otras fuentes externas, como familiares y Juntas Comunales, para cubrir las necesidades de los adultos mayores.

Interpretación

Los ingresos medianos de las familias son relativamente bajos (alrededor de \$385), lo que refleja una situación económica complicada para muchas de ellas. Los egresos medianos se encuentran cerca de los ingresos, lo que implica que las familias enfrentan dificultades para cubrir todos los gastos asociados al cuidado del adulto mayor encamado y a las necesidades básicas del hogar.

El costo de la canasta básica familiar en 2013 era de \$289.87, lo que indica que el ingreso mediano de las familias no es suficiente para cubrir el costo básico de vida, sin contar otros gastos adicionales como luz, agua, transporte, educación, entre otros. Es relevante también la ayuda económica recibida, con montos medianos de \$80, lo que evidencia que muchas familias dependen del apoyo de terceros para cubrir los gastos del cuidado y las necesidades de los adultos mayores encamados. En resumen, las familias de los adultos mayores encamados enfrentan desafíos económicos significativos.

A pesar de que los ingresos familiares varían, muchos dependen de ayudas externas para cubrir los costos de atención y otros gastos esenciales. La falta de recursos suficientes resalta la necesidad de apoyo económico continuo para estas familias, especialmente en un contexto de envejecimiento y cuidados de salud prolongados.

Responsabilidad del Cuidado de los Adultos(as) Mayores Encamados(as)

En relación con la responsabilidad del cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as), los resultados muestran que la mayor parte del cuidado es proporcionado por los miembros familiares, lo que resalta la importancia de la familia en el proceso de atención y acompañamiento de esta población vulnerable.

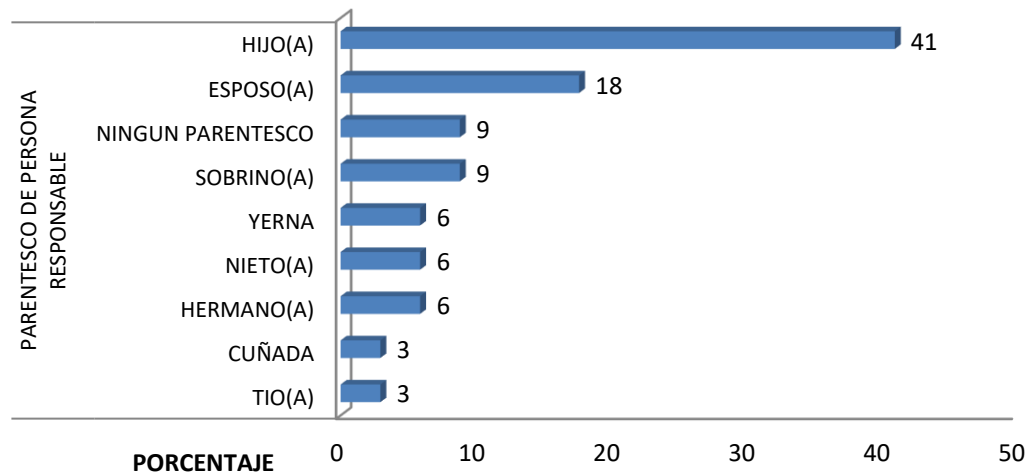
Según los datos observados en la Figura 11.

- 41% de los cuidados son proporcionados por hijos e hijas.
- 18% de los cuidados son proporcionados por el esposo(a).
- 9% son sobrinos,
- El 24% incluye a otros familiares (nietos, hermanos, cuñados, tíos)
- Solo un 9% de los cuidados son proporcionados por personas no emparentadas con el adulto(a) mayor encamado(a)

Figura 11

Parentesco del Cuidador Responsable del Adulto Mayor Encamado

Parentesco de las personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.



Interpretación:

El cuidado familiar es el pilar fundamental en la atención a los adultos(as) mayores encamados(as). Los hijos e hijas desempeñan el papel más destacado en este cuidado, seguido por los esposos(as). Esta distribución refleja la estructura tradicional de la familia, donde los miembros cercanos son los responsables directos del bienestar de los adultos mayores.

El hecho de que solo un 9% del cuidado sea realizado por personas no emparentadas sugiere que la responsabilidad recae principalmente dentro del núcleo familiar cercano, lo que puede generar un fuerte lazo afectivo, pero también presenta desafíos, como la posible sobrecarga emocional y física de los cuidadores.

Reflexión sobre la sobrecarga de cuidado:

El cuidado en el hogar se considera el mejor ambiente para preservar la integridad y dignidad de los adultos mayores, ya que ofrece un entorno familiar y conocido. Sin embargo, el cuidado es mayoritariamente proporcionado por mujeres (esposas, hijas, sobrinas y nietas), lo que está vinculado a la construcción de género en la sociedad, donde las mujeres son históricamente las encargadas de las tareas domésticas y de cuidado.

Esta distribución de roles puede acumular una carga adicional para las mujeres encargadas del cuidado, lo que conlleva sobrecarga física y emocional. Las tareas de

cuidado, además de las actividades diarias del hogar, pueden generar un agotamiento significativo para quienes asumen este rol. Este fenómeno destaca la necesidad de considerar estrategias de apoyo para los cuidadores familiares, especialmente en términos de apoyo emocional y descanso para prevenir el agotamiento y mejorar la calidad del cuidado brindado a los adultos mayores.

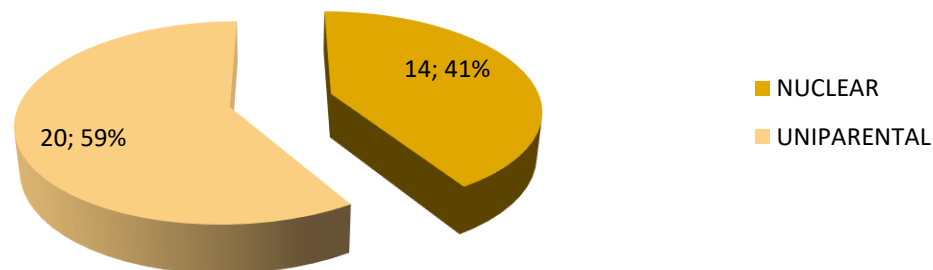
Tipología Familiar de los Adultos(as) Mayores Encamados(as)

El 59% de las familias de los adultos(as) mayores encamados(as) son uniparentales (Figura 12). Este tipo de familia surge principalmente por situaciones como la desaparición de uno de los cónyuges, divorcios, separaciones, abandono o incluso la decisión de la pareja de vivir separada. Las familias uniparentales enfrentan desafíos económicos adicionales, ya que la responsabilidad del hogar recae en un solo miembro, generalmente la madre.

Figura 12

Composición Familiar de los Cuidadores del Adulto Mayor Encamado

Composición Familiar de las Familias responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.



Características de las Familias Uniparentales:

- **Vulnerabilidad económica**

Al estar dirigidas por un solo miembro, estas familias suelen enfrentar dificultades para cubrir las necesidades básicas, especialmente si la madre (o el padre) es el único sostén económico.

- **Mayor incidencia de mujeres**

En muchos casos, la **madre** se convierte en la principal responsable del cuidado y mantenimiento del hogar, lo que puede generar sobrecarga física y emocional para ella.

Por otro lado, el 41% restante de las familias son familias nucleares con pocos miembros. Este tipo de familia, aunque más equilibrada en términos de responsabilidades, también puede ser vulnerable a presiones tanto internas como externas. La ausencia de miembros puede generar limitaciones en el reparto de responsabilidades y un mayor aislamiento social.

Reflexión sobre los cambios en la estructura familiar:

El creciente número de familias uniparentales refleja uno de los cambios más significativos en las nuevas tendencias familiares. En la actualidad, la composición y el tamaño de las familias están cambiando, en parte debido al descenso de las tasas de natalidad y las nuevas estructuras familiares. Este fenómeno resalta la flexibilidad de las familias modernas, pero también plantea desafíos adicionales relacionados con el cuidado de los adultos(as) mayores y la distribución de las cargas familiares. Este cambio de modelo familiar implica que las familias deben adaptarse para enfrentar las exigencias económicas y sociales.

Las familias uniparentales, aunque resistentes, pueden necesitar más apoyo institucional y comunitario para garantizar el bienestar de todos sus miembros, especialmente de los adultos(as) mayores que dependen de ellas.

Apoyo Económico a las Familias de Adultos(as) Mayores Encamados(as)

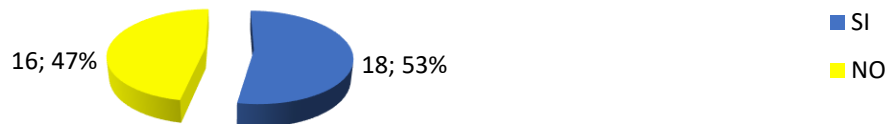
El Apoyo Económico a las Familias de Adultos(as) Mayores Encamados(as) se refiere a la asistencia destinado a proporcionar recursos financieros a hogares que cuidan a personas mayores en situación de encamamiento. Este tipo de apoyo busca aliviar la carga económica de las familias al cubrir gastos médicos, de alimentación, asistencia domiciliaria y otros cuidados esenciales. El 53% de las familias de los adultos(as) mayores encamados(as) reportan recibir algún tipo de ayuda económica Figuras 13 y 14.

Esta ayuda proviene de diversas fuentes, entre las que se incluyen otros familiares, la Junta Comunal y otras organizaciones, y el 47% reporta no recibir ayuda de personas e instituciones

Figura 13

Recepción de Ayuda Económica por las Familias Cuidadoras

Ayuda Económica para las Familias responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.

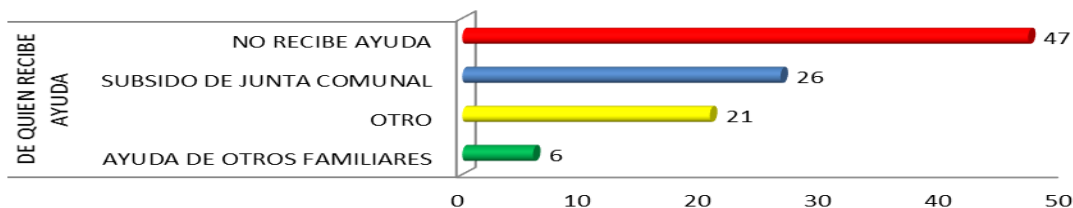


Nota: Ayuda Económica para la Familia Responsable

Figura 14

Fuentes de Ayuda Recibida por las Familias Cuidadoras

Personas e Instituciones de las que recibe ayuda las Familias responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013. (n=34)



Nota: Muestra el porcentaje de familias responsables según el origen del apoyo percibido.

Fuentes de Apoyo Económico:

1. Familiares

En muchas ocasiones, los familiares cercanos (hijos, hermanos u otros miembros de la familia extendida) proporcionan asistencia financiera directa para garantizar el bienestar del adulto mayor encamado(a).

2. Junta Comunal

Las Juntas Comunales en algunos casos también ofrecen apoyo económico, especialmente cuando las familias no cuentan con los recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas de salud, alimentación o medicamentos.

3. Otras organizaciones

Algunas organizaciones no gubernamentales o programas de asistencia social pueden ofrecer ayudas económicas adicionales, apoyando a las familias en dificultades.

Impacto de la Ayuda Económica:

Estas ayudas económicas son cruciales para aliviar la carga económica de las familias, especialmente aquellas que enfrentan limitaciones financieras. Permiten que las familias de los adultos mayores encamados(as) puedan cubrir los costos relacionados con el cuidado, la salud y las necesidades diarias de los miembros más vulnerables, garantizando que puedan tener un ambiente adecuado y digno en su hogar.

Este apoyo también refleja la solidaridad social y la importancia de las redes de apoyo en la comunidad, destacando el compromiso social y la necesidad de un enfoque integral para el bienestar de los adultos mayores encamados(as).

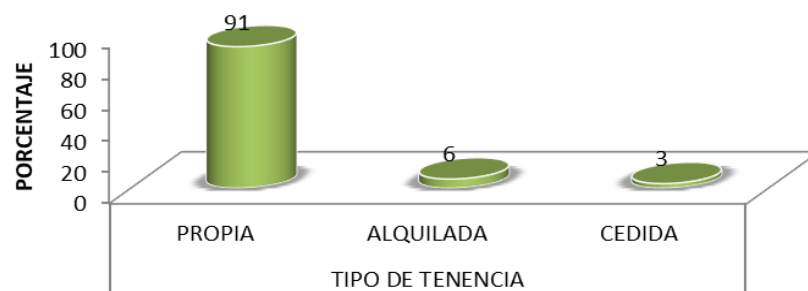
Propiedad de Vivienda y Estabilidad Familiar

El 91% de las familias de los adultos(as) mayores encamados(as) reportan ser propietarias de su vivienda de la Figura 15, lo que refleja una estabilidad económica y habitacional importante para estas familias.

Figura 15

Tenencia de la Vivienda Familiar

**Tenencia de la vivienda de la familia de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.
(n=34)**



Implicaciones de la Propiedad de Vivienda:

- **Estabilidad Familiar:**

Tener una vivienda propia proporciona una base sólida y segura para las familias, ya que no dependen de alquileres ni de pagos periódicos que puedan generar tensiones económicas adicionales.

- **Mejor Cuidado del Adulto Mayor:**

Esta estabilidad habitacional también favorece el cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as), ya que vivir en un espacio propio reduce las inseguridades relacionadas con la posibilidad de desplazamientos o cambios de residencia, lo que podría afectar su bienestar emocional y físico.

- **Independencia Económica:**

Además, la propiedad de la vivienda implica que estas familias no enfrentan la carga económica de rentas o alquileres, lo cual les permite destinar más recursos al cuidado médico, alimentación y otros aspectos vitales para los adultos mayores encamados(as).

La propiedad de vivienda representa una ventaja significativa para las familias de los adultos mayores encamados(as), pues garantiza una estructura económica estable y un entorno adecuado para la atención de los adultos(as) mayores, promoviendo su bienestar y dignidad dentro de un hogar seguro

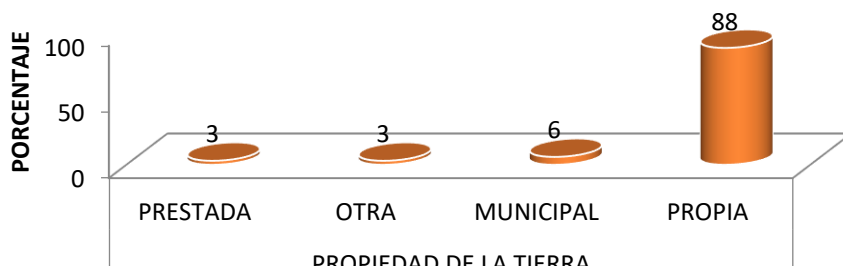
Implicaciones de la Propiedad de la Tierra:

El 88% de las familias de los adultos(as) mayores encamados(as) reportaron ser dueñas de la tierra Figura 16, lo que resalta aún más la estabilidad que gozan estas familias, tanto en términos económicos como sociales.

Figura 16

Propiedad de la Tierra y Estabilidad Familiar

Propiedad de la tierra de las Familias responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013. (n=34)



- **Estabilidad Económica**

Ser dueños de la tierra proporciona una fuente de seguridad financiera, ya que las familias pueden utilizar la propiedad para producción agrícola, ganadería u otras actividades que generen ingresos adicionales, especialmente en áreas rurales.

- **Autonomía Familiar**

La propiedad de la tierra puede permitir a las familias tener más control sobre sus recursos y su futuro económico, reduciendo la dependencia de rentas externas o ingresos inestables.

- **Condiciones para el Cuidado del Adulto Mayor**

Para los adultos(as) mayores encamados(as), tener tierras propias implica también un hogar más seguro y estable, con menos riesgos de desalojo o reubicaciones que puedan alterar sus condiciones de vida y de salud.

- **Tradiciones y Cultura Local:**

En muchos contextos rurales, ser dueño de la tierra también está relacionado con la tradición familiar, el sentimiento de pertenencia y el enlace intergeneracional, lo que fortalece el apoyo mutuo y el cuidado a los adultos(as) mayores en su entorno familiar.

La propiedad de la tierra es un factor clave que aporta estabilidad económica y seguridad a las familias de los adultos(as) mayores encamados(as). No solo permite el acceso a recursos económicos adicionales, sino que también crea un entorno estable y seguro para el adulto mayor, facilitando su cuidado y bienestar dentro de la familia.

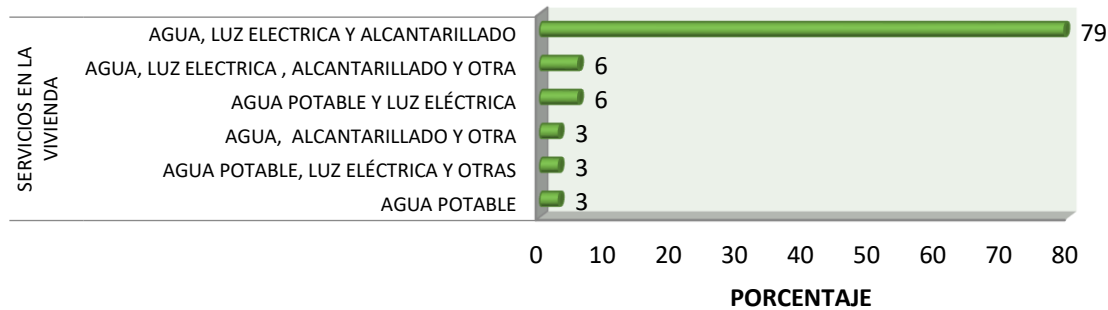
Acceso a servicios básicos y condiciones de vida

La mayoría de las familias (79%, 27) cuentan con servicios básicos como agua potable, electricidad y alcantarillado Figura 17, lo cual garantiza que estas familias tengan condiciones mínimas adecuadas para una vida digna y para el cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as).

Figura 17

Servicios Básicos en la Vivienda Familiar

Servicios con que cuentan las viviendas de las Familias responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.
(n=34)



Implicaciones de los servicios básicos:

- **Salud y bienestar:**

El acceso a agua potable y alcantarillado es fundamental para la higiene y el control de enfermedades, lo que mejora las condiciones de vida y reduce riesgos de infecciones, especialmente en la población adulta mayor, que es más vulnerable a problemas de salud.

- **Energía y seguridad:**

La electricidad es esencial para mantener el hogar iluminado, permitir el uso de dispositivos médicos que puedan necesitar los adultos mayores, y mejorar las condiciones de confort dentro del hogar, contribuyendo a su seguridad y bienestar.

- **Condiciones de vivienda:**

Tener estos servicios es un indicativo de que las familias tienen acceso a lo que se considera una infraestructura básica adecuada, lo que puede facilitar un ambiente adecuado para el cuidado y atención de los adultos mayores encamados.

Desafíos para el 21% restante:

Aunque el 79% tiene acceso a estos servicios básicos, un 21% no los posee de manera completa, lo que puede generar desafíos adicionales en cuanto a calidad de vida y acceso a cuidados de salud adecuados. La falta de estos servicios puede dificultar aún más las condiciones de vida y de cuidado, particularmente en situaciones donde la infraestructura básica es esencial para la atención de los adultos mayores.

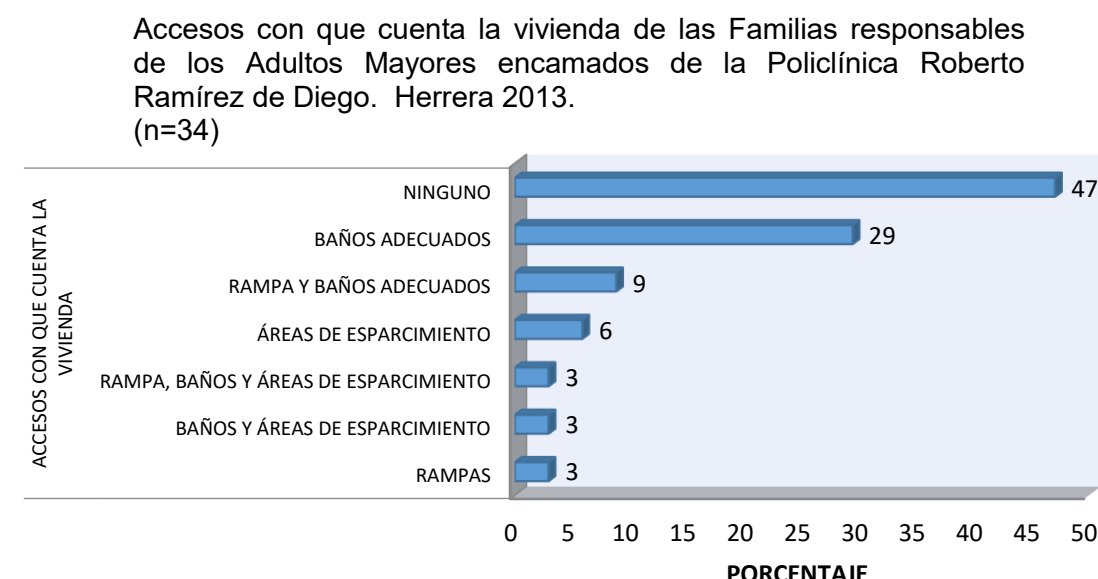
El acceso a servicios como agua potable, electricidad y alcantarillado es un factor esencial que garantiza que las familias puedan proporcionar un entorno adecuado y saludable para los adultos(as) mayores encamados(as). Sin embargo, la falta de acceso completo a estos servicios para el 21% restante indica áreas donde aún se necesita mejorar la infraestructura para garantizar la igualdad de condiciones para todos los hogares.

Acceso a infraestructura básica en las viviendas

Un 47% (16) de las viviendas donde viven los adultos(as) mayores encamados(as) no cuentan con accesos básicos como baños adecuados, rampas o áreas de esparcimiento Figura 18. Esta falta de infraestructura impacta negativamente la calidad de vida de los adultos(as) mayores, quienes tienen mayores dificultades para moverse, mantenerse higiénicos y realizar actividades recreativas esenciales

Figura 18

Accesos y Adaptaciones en la Vivienda



Implicaciones de la falta de infraestructura básica:

- **Baños inadecuados**

La falta de baños adecuados en estas viviendas puede poner en riesgo la salud y la dignidad de los adultos mayores, especialmente aquellos con limitaciones de

movilidad. Esto dificulta que puedan realizar las actividades de higiene de forma segura y autónoma, lo que aumenta el riesgo de accidentes y de infecciones.

- **Rampas**

La ausencia de rampas en un 47% de las viviendas hace que sea muy difícil o incluso imposible para los adultos mayores con movilidad reducida moverse con facilidad dentro de la casa. Las rampas son esenciales para garantizar que las personas con dificultades físicas puedan acceder a diferentes partes de la vivienda sin enfrentar barreras arquitectónicas.

- **Áreas de esparcimiento**

La falta de áreas de esparcimiento es particularmente perjudicial para la salud mental y el bienestar emocional de los adultos(as) mayores. El esparcimiento no solo es crucial para reducir el estrés y mejorar el estado de ánimo, sino que también contribuye a la interacción social y actividad física, dos elementos clave para un envejecimiento saludable. La limitación de estas áreas restringe estas oportunidades importantes para el desarrollo físico y emocional.

Situación en las viviendas restantes:

A pesar de que una parte significativa de las viviendas no cuenta con estas infraestructuras, el 29% de las viviendas reportaron contar con baños adecuados, lo que al menos ofrece una mejora en cuanto a las condiciones de higiene. Sin embargo, el porcentaje de viviendas con rampas y áreas de esparcimiento sigue siendo bajo, 24%, lo que refleja una limitación importante en las condiciones de accesibilidad y recreación.

La falta de accesos básicos como baños, rampas y áreas de esparcimiento en muchas viviendas afecta significativamente la calidad de vida de los adultos(as) mayores encamados(as). La infraestructura es un factor esencial para garantizar que puedan tener una vida digna, segura y saludable. Es crucial que las familias, comunidades y políticas públicas trabajen para mejorar estos aspectos y garantizar accesibilidad y bienestar físico y mental para la población adulta mayor.

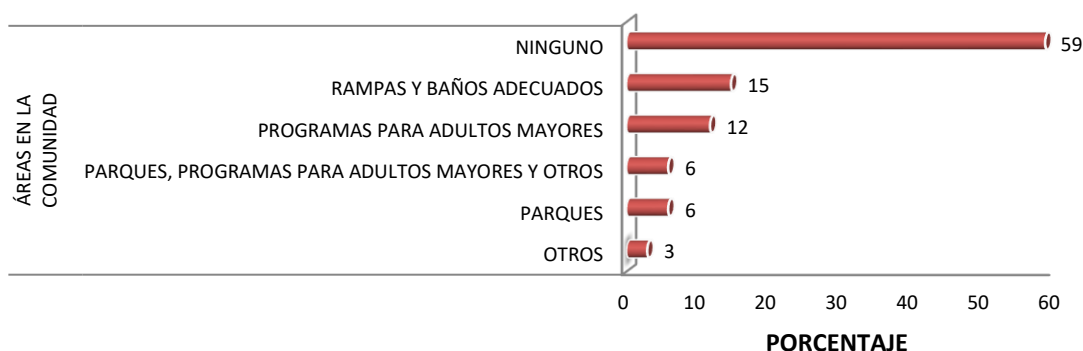
Falta de espacios y programas para el adulto mayor en las comunidades

El 59% (19) de las familias responsables de los adultos mayores encamados(as) informan que las comunidades donde viven no cuentan con áreas dedicadas al adulto mayor y su familia Figura 19. Esta situación resalta una de las deficiencias estructurales y de servicios sociales dentro del suprasistema comunitario que afecta directamente a las familias y a los adultos mayores encamados.

Figura 19

Áreas e Infraestructura Adaptada en la Comunidad

**Áreas en la comunidad para los Adultos Mayores encamados y su Familia de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.
(n=34)**



Implicaciones de la falta de áreas y programas en la comunidad:

1. Ausencia de espacios dedicados al adulto mayor

La falta de áreas o centros comunitarios diseñados específicamente para el adulto mayor limita las oportunidades para que los miembros de estas familias puedan interactuar socialmente, participar en actividades recreativas o incluso acceder a servicios de apoyo. El hecho de que no existan espacios donde los adultos mayores encamados y sus familias puedan acudir de forma regular afecta el bienestar psicoemocional tanto de los adultos mayores como de sus cuidadores.

2. Impacto en el enfoque sistémico

Desde el enfoque sistémico, la ausencia de estos espacios y programas tiene repercusiones negativas sobre el suprasistema familiar y comunitario. Las familias, especialmente aquellas con adultos mayores encamados, no tienen un entorno que refuerce el apoyo emocional y social necesario. La integración y la

interacción con otros adultos mayores o cuidadores sería fundamental para reducir el aislamiento y la sobrecarga emocional.

3. Falta de programas para la salud mental

Otra de las carencias más graves es la ausencia de programas que coadyuven a la salud mental de los adultos mayores y sus familias. El cuidado del adulto mayor encamado no solo debe centrarse en aspectos físicos como la alimentación y la higiene, sino también en la salud mental y el bienestar emocional. La atención psicológica es clave tanto para los adultos mayores como para los familiares cuidadores, quienes enfrentan una carga emocional considerable. Sin programas de apoyo mental, las familias pueden experimentar niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión, lo que empeora las condiciones de vida tanto para los adultos mayores como para sus cuidadores.

La falta de áreas dedicadas al adulto mayor y la carencia de programas de salud mental en las comunidades subrayan una importante brecha en el sistema de apoyo social. Es esencial que las comunidades desarrollen infraestructuras y programas que proporcionen apoyo emocional y espacios seguros para los adultos mayores y sus familias. Mejorar estas áreas no solo impactaría positivamente en la calidad de vida de los adultos mayores, sino que también aliviaría la carga emocional y física de sus cuidadores, promoviendo una mejor integración social y un envejecimiento saludable.

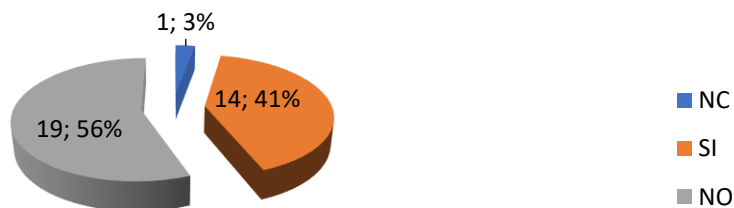
Falta de acceso al transporte público para las familias de adultos mayores encamados

La mayoría (56%, 19) de las familias responsables de los adultos mayores encamados(as) no tienen acceso al transporte público Figura 20. Esta situación representa una dificultad importante para las familias, especialmente cuando necesitan trasladar a los adultos mayores encamados a centros médicos, consultas o para realizar cualquier otra actividad esencial fuera del hogar.

Figura 20

Acceso al Servicio de Transporte Público

Acceso a Transporte Público de las Familias responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.
(n=34)



implicaciones de la falta de acceso al transporte público:

1. Limitación en el acceso a servicios de salud

La falta de acceso al transporte público puede ser una barrera significativa para que los adultos mayores encamados accedan a la atención médica necesaria. Traslados a hospitales, consultas médicas o servicios especializados pueden volverse complicados y, en algunos casos, imposibles, lo que pone en riesgo la salud y el bienestar de la persona.

2. Aislamiento social

El transporte público también juega un papel crucial en la integración social. La falta de acceso limita la capacidad de los adultos mayores y sus familias para participar en actividades comunitarias o sociales, lo que puede contribuir al aislamiento y la soledad, factores que afectan negativamente la salud mental y emocional de los adultos mayores.

3. Carga para los cuidadores

Los cuidadores familiares, generalmente responsables de trasladar al adulto mayor, enfrentan un desafío adicional debido a la falta de transporte público adecuado. Esto puede significar costos adicionales para el alquiler de transporte privado, pérdida de tiempo debido a la falta de opciones de transporte y mayor estrés en la gestión del cuidado diario.

El acceso limitado al transporte público es una barrera significativa que afecta la movilidad y la calidad de vida tanto de los adultos mayores encamados como de sus familias. La falta de opciones de transporte accesible no solo dificulta el acceso a servicios médicos, sino que también contribuye al aislamiento social y aumenta la carga de los cuidadores. Es crucial que se implementen soluciones para garantizar el acceso adecuado al transporte público para estas familias, mejorando su capacidad de acceder a servicios esenciales y mejorando su calidad de vida en general.

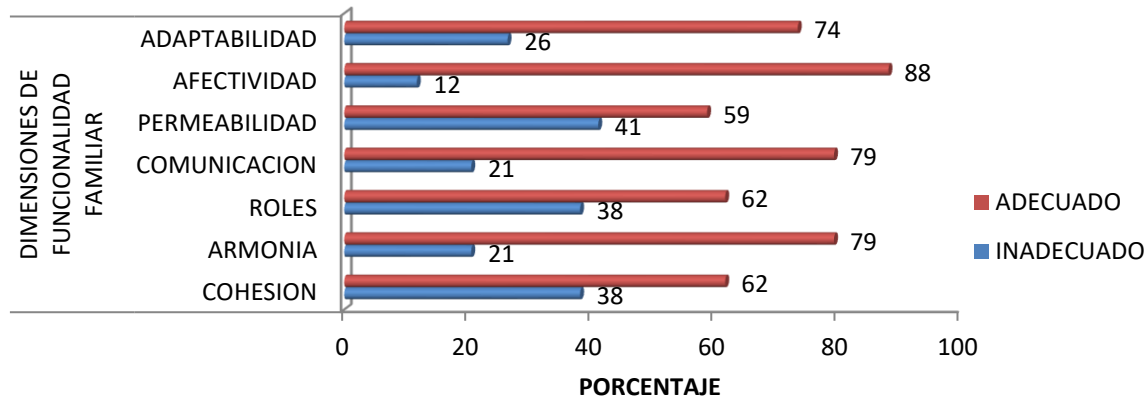
Percepción familiar sobre la funcionalidad familiar en el cuidado de adultos mayores encamados.

Según Figura 21 la percepción de los familiares responsables del cuidado de los adultos mayores encamados, las dimensiones familiares que más contribuyen a la funcionalidad familiar son:

Figura 21

Percepción de los Familiares sobre las Dimensiones del Funcionamiento Familiar

Dimensiones de la Funcionalidad Familiar, según los familiares de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013. (n=34)



1. Afectividad (88%):

Esta dimensión refleja la capacidad de los miembros de la familia para demostrar sentimientos positivos y afecto hacia los demás. Es esencial para crear un ambiente emocionalmente saludable y de apoyo dentro del hogar.

2. Comunicación (79%)

La familia tiene la capacidad de transmitir sus experiencias y expresar ideas de manera clara y directa. Una buena comunicación facilita la resolución de problemas y la toma de decisiones dentro del hogar.

3. Armonía (79%):

Esta dimensión indica que un alto porcentaje de las familias logran correspondencia entre las necesidades y los intereses de sus miembros. La armonía es clave para el equilibrio y la estabilidad familiar, lo que permite un mejor ambiente para el cuidado del adulto mayor.

4. Adaptabilidad (74%)

Las familias tienen la capacidad de ajustar las reglas y roles ante nuevas situaciones. La habilidad para adaptarse a las cambiantes circunstancias, como las necesidades de un adulto mayor encamado, es fundamental para mantener el bienestar y la funcionalidad familiar.

Por otro lado, las dimensiones que menos contribuyen a la funcionalidad familiar son:

1. Permeabilidad (59%)

La permeabilidad se refiere a la capacidad de dar y recibir experiencias de otras familias con situaciones similares. Un porcentaje bajo en esta dimensión sugiere que las familias podrían tener dificultades para compartir y aprender de otras, lo que limita su acceso a apoyos o estrategias eficaces.

2. Cohesión (62%)

La cohesión familiar se refiere a la unión física y emocional de la familia, necesaria para tomar decisiones en conjunto y enfrentar los desafíos. En este caso, un porcentaje relativamente bajo indica que existen dificultades para que los miembros de la familia se pongan de acuerdo en aspectos clave, como las decisiones de tratamiento o cuidado del adulto mayor.

3. Roles (62%)

La dimensión de roles refleja cómo los miembros de la familia cumplen con sus responsabilidades dentro del hogar. Un porcentaje bajo en esta área señala que no todos los miembros cumplen a cabalidad con sus roles, lo que puede generar conflictos o sobrecarga en ciertos miembros, especialmente en los cuidadores principales.

Aunque las dimensiones de afectividad, comunicación, armonía y adaptabilidad contribuyen positivamente a la funcionalidad familiar, la cohesión, la permeabilidad y los roles presentan áreas de mejora. Las familias responsables de los adultos mayores encamados enfrentan desafíos en la toma de decisiones, compartir experiencias y en el cumplimiento de responsabilidades dentro del hogar. Esto puede reflejar la complejidad que implica el cuidado de un adulto mayor encamado y la necesidad de fortalecer las capacidades de cohesión y roles dentro de las familias para lograr una funcionalidad óptima.

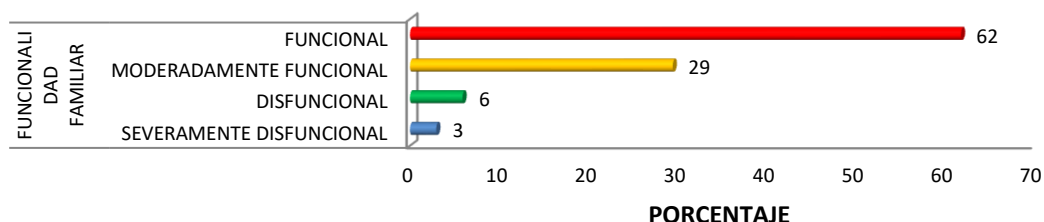
Análisis del funcionamiento familiar de los adultos mayores encamados

En cuanto al funcionamiento familiar de los hogares responsables de los adultos mayores encamados de la Figura 22:

Figura 22

Nivel General de Funcionalidad Familiar según Familiares

Funcionalidad Familiar de las Familias responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.
(n=34)



- El 62% de las familias se consideran funcionales. Estas familias logran mantener un equilibrio adecuado en sus relaciones y responsabilidades, permitiendo un ambiente de cuidado positivo para los adultos mayores encamados.
- El 29% de las familias son moderadamente funcionales, lo que indica que aunque tienen ciertos elementos de cohesión y organización, enfrentan dificultades que afectan parcialmente su capacidad para funcionar de manera óptima. La falta de ciertos aspectos como la permeabilidad, la cohesión y los roles puede generar algunos desafíos en el funcionamiento diario.
- Solo un 9% de las familias son disfuncionales (6%) o severamente disfuncionales (3%). Estas familias presentan problemas significativos que impactan negativamente en su capacidad para brindar el cuidado adecuado al adulto mayor. Las dificultades en la toma de decisiones, la falta de acuerdos familiares sobre el tratamiento y la ausencia de un funcionamiento claro de roles dentro del hogar son factores que contribuyen a esta disfuncionalidad.

Aunque la mayoría de las familias de los adultos mayores encamados son funcionales o moderadamente funcionales, un porcentaje significativo enfrenta dificultades relacionadas con la cohesión, permeabilidad y los roles familiares. Fortalecer estas áreas podría ayudar a mejorar el funcionamiento general de las familias y asegurar que los adultos mayores reciban el cuidado adecuado y de calidad que requieren para su bienestar.

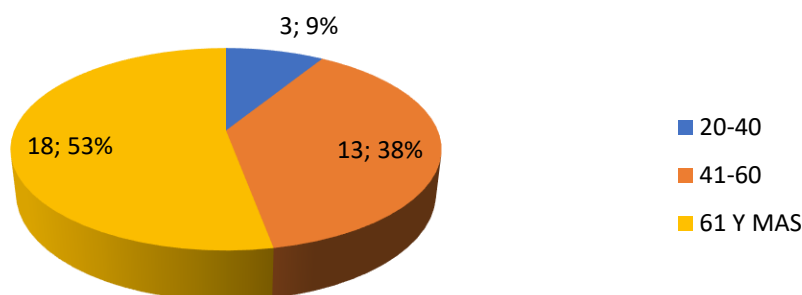
Persona Responsable del Cuidado del Adulto(a) Mayor Encamado(a)

El 91% de las personas responsables del cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as) tienen 41 años o más en la Figura 23. Este dato es significativo porque nos indica que el cuidado de los adultos mayores recae principalmente en personas de mediana edad o mayores. De este grupo, un porcentaje importante se concentra en aquellas personas de 61 años o más, lo que resalta una tendencia en la que las personas mayores también asumen el rol de cuidadores, generando potencialmente una sobrecarga en quienes ya se encuentran en una etapa de vida en la que deberían recibir apoyo y cuidados.

Figura 23

Vínculo Afectivo entre el Adulto Mayor y la Familia

Edad de las personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.

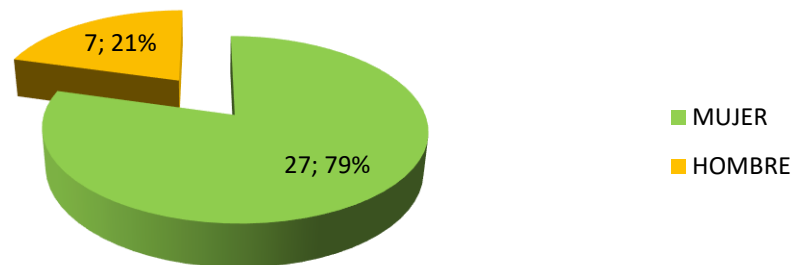


En cuanto al género de los cuidadores, el 79% de las personas que cuidan a los adultos mayores encamados son mujeres de la Figura 24. Este dato refleja una tendencia histórica en la que las mujeres son quienes asumen la responsabilidad principal del cuidado dentro de la familia, un rol que sigue estando marcado por las expectativas sociales y culturales de que las mujeres son las proveedoras naturales de cuidados. Esta construcción social sigue influyendo en la distribución de las responsabilidades dentro del hogar, a pesar de los cambios sociales y familiares que han ocurrido en las últimas décadas.

Figura 24

Tipo de Comunicación en la Dinámica Familiar

Sexo de la personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.



Análisis

La predominancia de mujeres en el rol de cuidadoras pone en evidencia la doble carga que enfrentan muchas mujeres, ya que además de cumplir con sus responsabilidades laborales o familiares, deben hacerse cargo del cuidado de los adultos mayores encamados. Esta sobrecarga puede generar efectos negativos, tanto físicos como emocionales, lo que hace necesario implementar políticas de apoyo, programas de capacitación en cuidados, así como redes de apoyo emocional para los cuidadores, especialmente para las mujeres que tradicionalmente han asumido este rol.

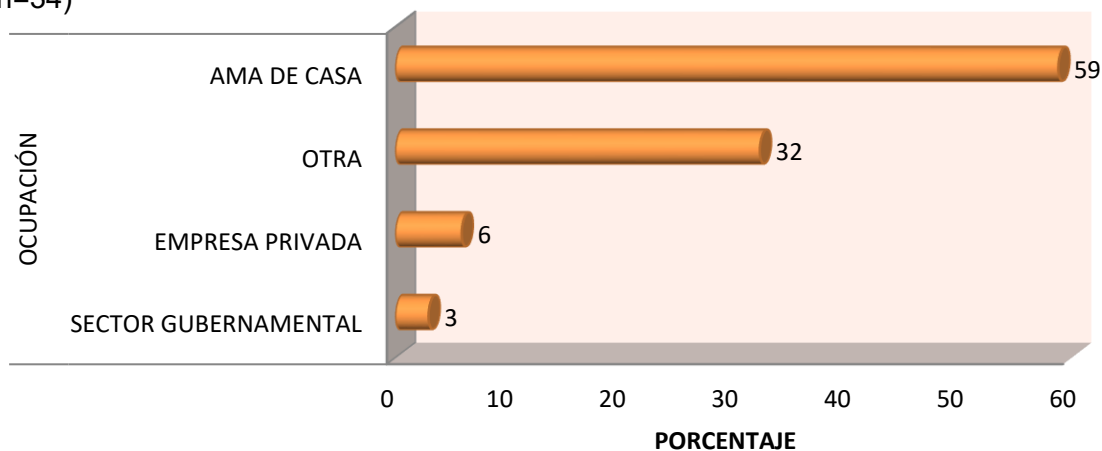
Además, el hecho de que la mayoría de los cuidadores sean personas de 41 años o más sugiere que muchos de los encargados del cuidado también pueden enfrentar sus propias necesidades de salud, lo que plantea un reto adicional al cuidado de los(as) adultos (as) mayores encamados (as).

La ocupación mayoritaria de las personas responsables del cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as) es ama de casa de la Figura 25. Este dato refuerza la construcción de género que asigna a las mujeres la responsabilidad de atender las labores domésticas y el cuidado de las personas en las familias. Las mujeres, al asumir principalmente estas responsabilidades, enfrentan una carga emocional, social y psicológica considerable, ya que no solo deben hacerse cargo de las tareas domésticas y del cuidado del adulto mayor encamado, sino también de las necesidades emocionales del resto de los miembros de la familia.

Figura 25

Cumplimiento de Roles en el Entorno Familiar

Ocupación de las personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.
(n=34)



Implicaciones:

1. Carga emocional y psicológica

La sobrecarga de responsabilidades puede llevar a un desgaste físico y emocional significativo. Las mujeres que desempeñan este rol pueden experimentar niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión, dado que, además del cuidado de la persona dependiente, deben gestionar otras tareas familiares y sociales.

2. Aislamiento social

Al estar tan centradas en el hogar y en el cuidado, estas mujeres pueden experimentar aislamiento social, ya que sus interacciones sociales suelen limitarse al entorno familiar, y no tienen tiempo para participar en actividades fuera del hogar que les permitan relajarse o recibir apoyo.

3. Necesidad de apoyo y recursos

Este escenario resalta la necesidad de políticas públicas que proporcionen apoyo emocional y formación específica para los cuidadores principales. Se pueden implementar programas de apoyo psicológico, así como servicios de respiro para que los cuidadores puedan tomarse un descanso sin comprometer la atención al adulto mayor encamado.

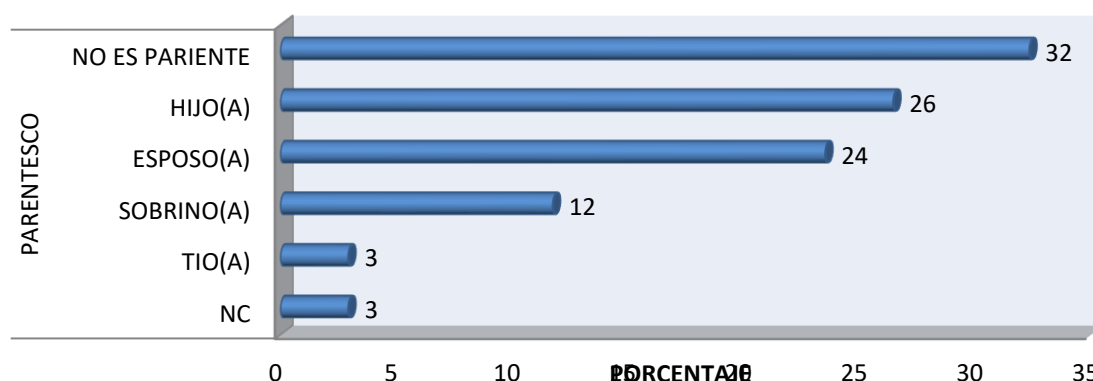
Este panorama refleja cómo las expectativas de género siguen influyendo en la distribución de las responsabilidades dentro del hogar, y cómo esto puede afectar tanto el bienestar del cuidador como el de la persona que recibe el cuidado.

En cuanto al parentesco de las personas responsables del cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as), la gran mayoría son familiares (65%, 22) en la Figura 26, especialmente esposa, hija, sobrina o tía. Este dato constata que la mujer sigue siendo designada, a través del proceso de socialización, como la principal responsable del cuidado, un rol que históricamente se ha asociado a las mujeres dentro de las familias.

Figura 26

Nivel de Adaptabilidad Familiar ante el Cuidado

Parentesco de las personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.
(n=34)



Implicaciones:

1. Construcción social del cuidado

Este fenómeno refleja cómo la cultura y los valores sociales han establecido que las mujeres sean vistas como las principales cuidadoras, lo que puede llevar a una sobrecarga emocional y física para ellas, especialmente cuando no reciben el apoyo adecuado ni son reconocidas por su trabajo, que generalmente no es remunerado.

2. Falta de remuneración y reconocimiento

La mayoría de las personas que asumen el cuidado del adulto mayor encamado lo hacen de manera no remunerada, lo que puede generar una desventaja económica para las mujeres responsables del cuidado. Además, la falta de

reconocimiento formal a su labor puede llevar a que no se valore adecuadamente su esfuerzo y dedicación.

3. Desigualdad de género en el cuidado

Este patrón resalta la desigualdad de género en la distribución de las tareas familiares, donde la mujer se convierte en la cuidadora principal debido a expectativas sociales y culturales, mientras que los hombres tienden a ser menos involucrados en este rol. Esto puede perpetuar la discriminación de género y limitar las oportunidades para las mujeres en otros aspectos de su vida.

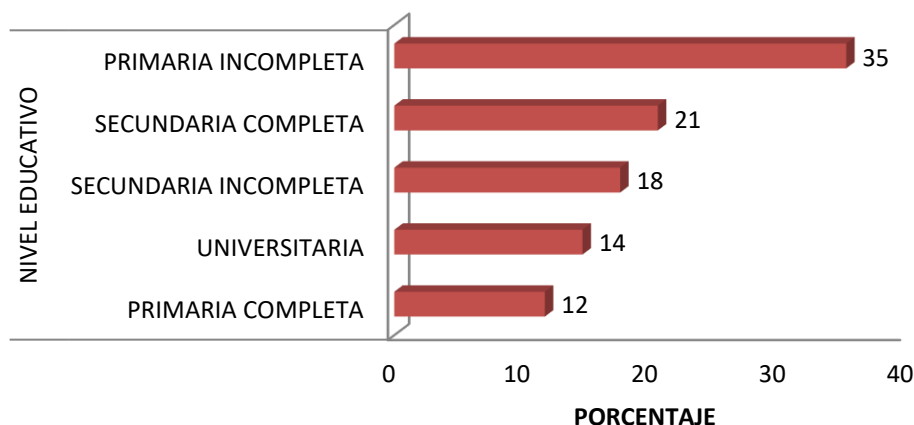
Este panorama resalta la necesidad de reconocer y apoyar a las personas encargadas del cuidado, especialmente a las mujeres, tanto desde un punto de vista emocional, cultural como económico, proporcionando recursos y formación para asegurar que su trabajo no quede desatendido ni invisibilizado.

El 47% de las personas responsables del cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as) ha alcanzado, a lo sumo, una educación primaria, mientras que un 39% posee educación secundaria y solo un 14% ha llegado a la educación universitaria de la Figura 27.

Figura 27

Nivel educativo de los responsables

Nivel Educativo de la personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.
(n=34)



Implicaciones:

1. Bajo nivel educativo

Estas cifras indican que la persona cuidadora promedio posee un nivel educativo bajo, lo que puede generar una serie de consecuencias en su capacidad para acceder a recursos y apoyos más avanzados para el cuidado del adulto mayor. Un nivel educativo limitado podría afectar su habilidad para tomar decisiones informadas sobre el bienestar del adulto mayor, el manejo de su salud y la obtención de recursos sociales y médicos.

2. Acceso limitado a oportunidades

Las personas con niveles educativos más bajos tienen mayores dificultades económicas, menos acceso a empleos bien remunerados y, a menudo, enfrentan barreras para acceder a capacitación o información sobre cómo brindar un cuidado adecuado. Esto puede generar una sobrecarga de responsabilidades para los cuidadores, quienes ya están lidiando con el cuidado físico y emocional de los adultos mayores encamados.

3. Brechas de conocimiento en el cuidado

Un bajo nivel educativo también puede traducirse en falta de preparación para manejar situaciones complejas o emergencias médicas que puedan surgir en el cuidado del adulto mayor. Es posible que estos cuidadores no reciban entrenamiento formal en atención médica o en el manejo de enfermedades **crónicas**, lo que puede afectar la calidad del cuidado brindado.

4. Necesidad de programas de capacitación y recreación

Es fundamental que los programas de apoyo a cuidadores incluyan formación básica en cuidados médicos, manejo de enfermedades y estrategias de autocuidado, que pueden ser esenciales para mejorar la calidad de vida tanto del adulto mayor encamado como del cuidador. Igualmente incorporarlos a actividades de recreación. Además, esto puede ayudar a reducir el estrés emocional y físico que experimentan los cuidadores, especialmente aquellos con poca educación formal.

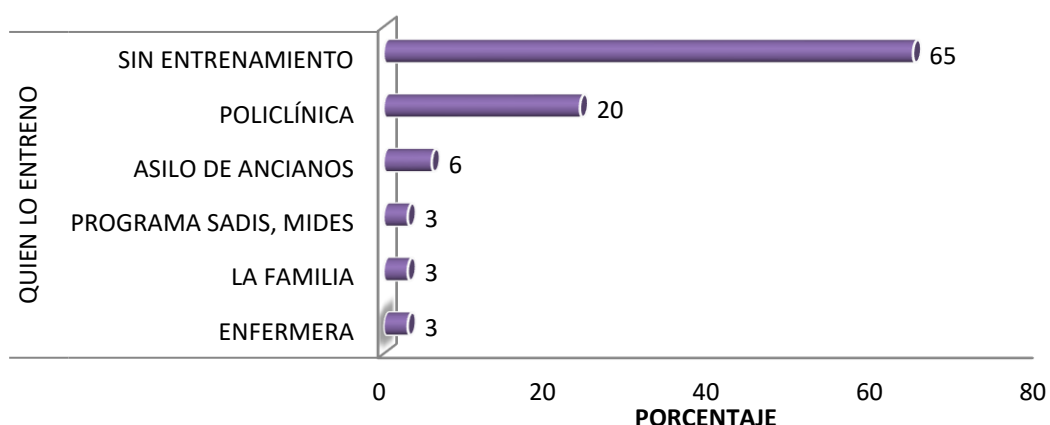
Esta situación subraya la importancia de crear programas de formación accesibles para los cuidadores, independientemente de su nivel educativo, para garantizar que estén equipados con las herramientas necesarias para brindar un cuidado adecuado y mejorar su calidad de vida y su bienestar.

El 65% de las personas cuidadoras de los adultos(as) mayores encamados(as) manifiestan carencia de preparación para desempeñar su rol, ya que no cuentan con entrenamiento formal en el cuidado de este grupo vulnerable en la Figura 28. Esta falta de formación tiene importantes implicaciones tanto para los cuidadores como para los adultos mayores encamados.

Figura 28

Entrenamiento previo de los cuidadores

Entrenamiento de la personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.
(n=34)



Implicaciones de la falta de preparación:

1. Calidad del cuidado

La falta de entrenamiento formal puede afectar la calidad del cuidado brindado a los adultos mayores, ya que los cuidadores pueden no estar familiarizados con técnicas adecuadas para la movilización, higiene o el manejo de enfermedades crónicas, lo que puede derivar en un mayor riesgo de lesiones o complicaciones de salud tanto para el cuidador como para el adulto mayor encamado.

2. Estrés y ansiedad

Sin un adecuado entrenamiento, los cuidadores pueden experimentar una gran cantidad de estrés e inseguridad, ya que no tienen la confianza de saber cómo actuar correctamente ante diferentes situaciones. Esta ansiedad puede afectar su bienestar emocional y físico, y contribuir a una carga emocional considerable.

3. Falta de herramientas para la planificación

La carencia de capacitación también limita la capacidad de los cuidadores para planificar el tiempo de manera efectiva, lo cual es fundamental para manejar sus responsabilidades cotidianas. Sin esta habilidad, es probable que los cuidadores no puedan organizar sus tareas, lo que podría afectar la calidad de su vida y la de los adultos(as) mayores.

4. Necesidad de programas de capacitación

Es imprescindible que se implementen programas de capacitación para los cuidadores, con el objetivo de proporcionarles las herramientas y conocimientos necesarios para brindar cuidados adecuados. Estos programas deben incluir:

- Técnicas sobre movilización segura del adulto mayor encamado.
- Higiene personal y cuidados básicos de salud.
- Manejo del estrés y estrategias para el autocuidado.
- Planificación del tiempo para balancear responsabilidades y bienestar personal.
- Información sobre enfermedades comunes y cómo manejarlas en el hogar.

5. Mejora en la calidad de vida

Con la capacitación adecuada, los cuidadores no solo se beneficiarían de una mayor confianza en su capacidad para brindar un cuidado apropiado, sino que también disminuirían el estrés y la ansiedad, lo que puede contribuir a una mejor calidad de vida tanto para el cuidador como para el adulto mayor encamado.

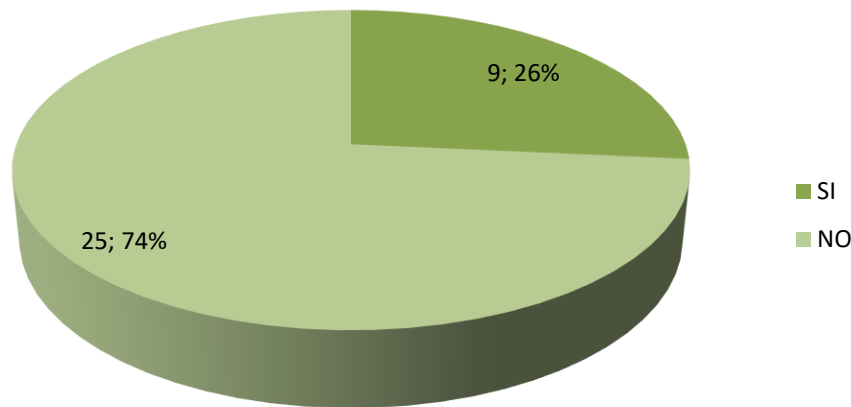
La capacitación de los cuidadores es fundamental para garantizar un cuidado de alta calidad a los adultos(as) mayores encamados(as). Además, al proporcionarles las herramientas necesarias, se lograría una reducción del estrés y una mejor organización del tiempo y las tareas, lo que generaría un impacto positivo tanto en el bienestar de los cuidadores como en el de los adultos mayores que dependen de su atención.

El hecho de que el 74% de los cuidadores de los adultos(as) mayores encamados(as) no reciban ninguna remuneración, el 26% recibe una remuneración lo que refleja una gran carga emocional y física que asumen de manera informal y no compensada. Esto puede tener varias implicaciones en la Figura 29.

Figura 29

Remuneración económica de los cuidadores

Remuneración de la personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.



Implicaciones:

1. Carga económica y emocional

Los cuidadores que no reciben ninguna remuneración enfrentan el desafío de compaginar sus responsabilidades laborales o familiares con el cuidado constante de un adulto mayor encamado, lo que puede generar estrés, agotamiento y dificultades económicas. La falta de retribución económica agrava aún más su situación, ya que no cuentan con un apoyo financiero por el tiempo y esfuerzo que dedican a la atención.

2. Informalidad en el cuidado

El 74% de los cuidadores son informales, es decir, realizan el cuidado sin un contrato formal o sin el respaldo de una remuneración regular, lo que a menudo implica una falta de reconocimiento institucional y familiar por su trabajo. Esta situación puede contribuir a una menor calidad en los cuidados proporcionados, debido a la ausencia de formación y a la falta de incentivos para los cuidadores.

3. Impacto en la calidad del cuidado

Si bien algunas personas responsables del cuidado reciben una remuneración, solo el 26% de los cuidadores son remunerados, lo que indica que muchos adultos mayores encamados dependen de familiares no remunerados. Esto podría

implicar que los cuidadores no tienen acceso a los recursos necesarios para sus necesidades básicas, ni al apoyo que necesitan para brindar un cuidado de calidad, lo que afecta tanto a la salud física como emocional del adulto mayor.

Aunque algunas personas reciben una remuneración económica en la Tabla 6, el monto es bajo, lo que refleja el hecho de que la mayoría de los cuidadores aún dependen principalmente de su compromiso personal, voluntario y solidario para ofrecer el cuidado.

Tabla 6

Monto de la remuneración de las personas responsable del cuidado de los(as) adulto(as) mayores

	Número que recibe remuneración	Mínimo	Máximo	Mediana
Monto	9	40	900	250.00

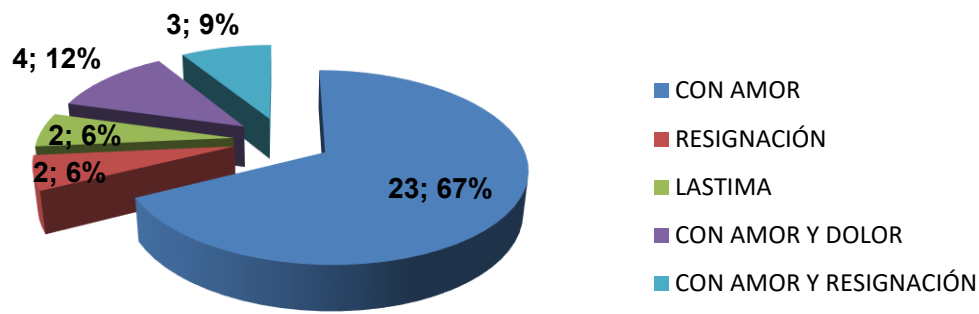
La mayoría de los cuidadores de los adultos(as) mayores encamados(as) están desempeñando un rol informal y no remunerado, lo cual les coloca en una situación de vulnerabilidad. Esto refleja una falta de reconocimiento por el trabajo que realizan, tanto desde el punto de vista emocional como económico. La remuneración de los cuidadores, especialmente para aquellos que no reciben ningún tipo de pago, debería ser un aspecto fundamental a considerar para mejorar la calidad del cuidado y reducir la carga emocional y económica de los cuidadores, a fin de mejorar tanto el bienestar del adulto mayor como el de la persona responsable del cuidado.

El 67% de los responsables del cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as) lo hacen por amor, que implica sentimientos de apego, conexión y afecto profundo hacia otra persona, un ser vivo o incluso una idea o actividad. Se caracteriza por una combinación de emociones positivas como la alegría, la ternura y la pasión, lo que subraya un aspecto fundamental en el cuidado: el compromiso emocional y el afecto que sienten hacia el ser querido. Este tipo de motivación es crucial para proporcionar cuidados con dedicación y empatía, lo que puede tener un impacto positivo en el bienestar general del adulto mayor Figura 30.

Figura 30

Manejo emocional de los responsables

Manejo de Emociones de la personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.



Consideraciones claves:

1. Motivación emocional positiva (67%):

El amor y el cariño son poderosos motivadores para los cuidadores, lo que les permite cumplir con la responsabilidad de cuidar sin sentir que es una carga. Este tipo de motivación se asocia con una actitud más afectuosa y empática, lo que contribuye a una mejor calidad de vida para el adulto mayor. Además, este tipo de cuidado reduce la posibilidad de institucionalización (trasladar al adulto mayor a una institución de cuidado), ya que se crea un ambiente de intimidad y seguridad emocional en el hogar.

2. Emociones de resignación y dolor (33%)

Un 33% de los cuidadores expresan que sienten lástima, resignación o dolor al realizar la labor de cuidado, lo que sugiere que no todos los responsables se sienten emocionalmente preparados o motivados. Estas emociones pueden derivar en estrés y fatiga emocional a largo plazo, afectando tanto la calidad del cuidado como la salud mental del cuidador. Este sentimiento de opresión puede generar un agotamiento emocional y físico, lo cual resalta la necesidad de apoyo psicosocial para los cuidadores, así mismo incide en la calidad de cuidado.

Implicaciones

- **Seguridad emocional**

Para aquellos que cuidan por amor, el bienestar del adulto mayor no solo depende de las necesidades físicas, sino también de una relación emocional saludable, lo cual crea un entorno más estable.

- **Necesidad de apoyo emocional y capacitación**

Las emociones de resignación y dolor que experimentan un porcentaje importante de cuidadores sugieren que es necesario ofrecer capacitación y apoyo emocional. Esto les permitiría mejorar su capacidad para lidiar con las dificultades emocionales que surgen en el proceso de cuidado, evitando el agotamiento emocional.

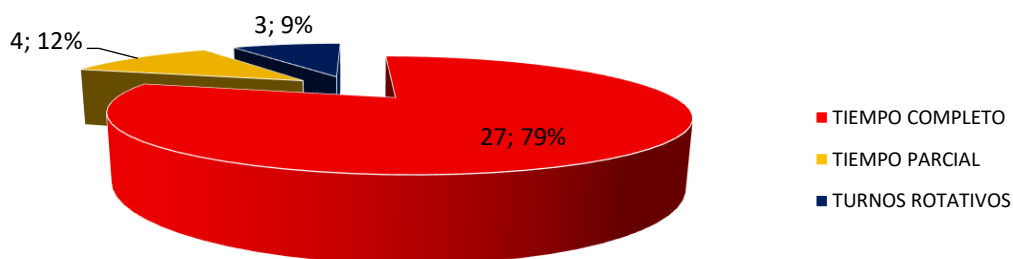
El amor como motivador principal es un factor positivo en el cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as), ya que promueve un entorno de seguridad y cercanía. Sin embargo, es crucial también abordar las emociones negativas que sienten algunos cuidadores, como la resignación o el dolor, mediante programas de apoyo psicológico, capacitación y recursos que les permitan afrontar de manera más saludable y equilibrada el proceso de cuidado.

El 79% de los cuidadores de adultos(as) mayores encamados(as) le dedica tiempo completo a la atención de la persona, lo que refleja un compromiso intenso con el cuidado, ya que no cuenta con tiempos libres. Sin embargo, este tipo de dedicación, aunque crucial para el bienestar del adulto mayor, tiene consecuencias significativas tanto para el cuidador principal como para la familia en general Figura 31.

Figura 31

Dedicación del cuidador principal

Dedicación de las personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.



Implicaciones del cuidado a tiempo completo:

1. Cansancio físico y trastornos del descanso:

El cansancio físico es una consecuencia directa de la dedicación exclusiva al cuidado. Este cansancio puede llevar a trastornos del descanso y sueño, lo que a su vez afecta la salud general del cuidador. La falta de descanso adecuado puede generar fatiga crónica y estrés físico.

2. Sobrecarga emocional, social y física:

Al no realizar otras actividades, el cuidador principal se enfrenta a una sobrecarga emocional, física y social. La dedicación completa al cuidado puede hacer que el cuidador pierda su autonomía personal y su capacidad para mantener relaciones sociales fuera del entorno familiar. Esto puede llevar a un aislamiento social y a sentimientos de agotamiento emocional.

3. Impacto en el funcionamiento familiar:

Esta sobrecarga no solo afecta al cuidador principal, sino que también repercute en el funcionamiento del hogar. La familia enfrenta una situación de crisis constante que puede alterar su dinámica. Si no se gestionan adecuadamente, los miembros de la familia pueden experimentar conflictos internos y falta de apoyo mutuo, lo que intensifica el estrés en todo el hogar.

Necesidad de apoyo:

• Apoyo familiar y social

Es fundamental que los demás miembros de la familia proporcionen un apoyo efectivo para reducir la carga sobre el cuidador principal. La comunicación efectiva entre todos los miembros de la familia es esencial para compartir responsabilidades y asegurarse de que el cuidador principal no quede aislado o sobrecargado.

• Intervenciones para el cuidador principal

Se deben implementar programas que ofrezcan apoyo emocional, psicológico y físico al cuidador principal, como grupos de apoyo o servicios de descanso (respiro familiar) para que el cuidador pueda descansar y recargar energías.

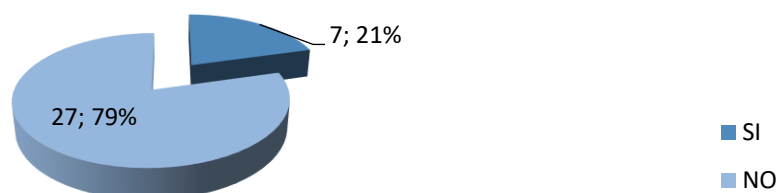
La dedicación exclusiva al cuidado de un adulto mayor encamado es una tarea noble, pero también exige un gran sacrificio físico y emocional. Es crucial que las familias y las instituciones apoyen a los cuidadores para prevenir el agotamiento y el estrés, asegurando un equilibrio en la atención, el bienestar del cuidador y la dinámica familiar

Figura 32.

Figura 32

Realización de otras actividades

Otras Actividades de la personas responsables de los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.



El 79% de las personas responsables del cuidado de los adultos mayores encamados se dedica exclusivamente al cuidado, sin realizar otras actividades, lo que destaca la intensidad y dedicación que implica este rol. Esta dedicación exclusiva al cuidado puede tener efectos negativos a largo plazo, como la falta de ingresos adicionales, el aislamiento social y el agotamiento físico y emocional, ya que el cuidador no tiene la oportunidad de realizar otras actividades que podrían ofrecerle un respiro o un equilibrio en su vida.

Por otro lado, un 21% de los cuidadores se dedica a actividades adicionales, como la venta de productos (pequeños emprendimientos) para generar ingresos a través de autogestión. Este grupo probablemente tiene una fuente de ingresos adicional que puede aliviar parcialmente la presión económica que puede causar el cuidado exclusivo del adulto mayor encamado. Además, realizar otras actividades podría ayudarles a mantener una cierta dinámica social y reducir el impacto negativo de la sobrecarga emocional y física.

Implicaciones de no realizar otras actividades:

1. Falta de ingresos

El no dedicarse a actividades fuera del hogar puede limitar el acceso a recursos económicos adicionales. Las familias pueden depender exclusivamente de un solo ingreso o de ayudas externas, lo cual no siempre es suficiente para cubrir todas las necesidades del hogar.

2. Aislamiento social

Al estar tan enfocados en el cuidado, los cuidadores pueden perder la oportunidad de interactuar con otras personas fuera del entorno familiar, lo que puede llevar a sentimientos de soledad o agotamiento social.

3. Sobrecarga emocional y física

La falta de descanso, combinado con la ausencia de actividades recreativas o productivas, puede generar una sobrecarga emocional y física en el cuidador, lo que aumenta el riesgo de estrés crónico, ansiedad y depresión.

Necesidad de apoyo para diversificar las actividades

Es esencial que los cuidadores, especialmente aquellos que se dedican exclusivamente al cuidado, reciban apoyo de sus familias, que les permitan sus propios espacios para recrearse y descansar. También deben recibir apoyo de organizaciones comunitarias o incluso programas gubernamentales que fomenten la autogestión o la posibilidad de realizar actividades que les permitan equilibrar las responsabilidades familiares con sus necesidades económicas, sociales y emocionales.

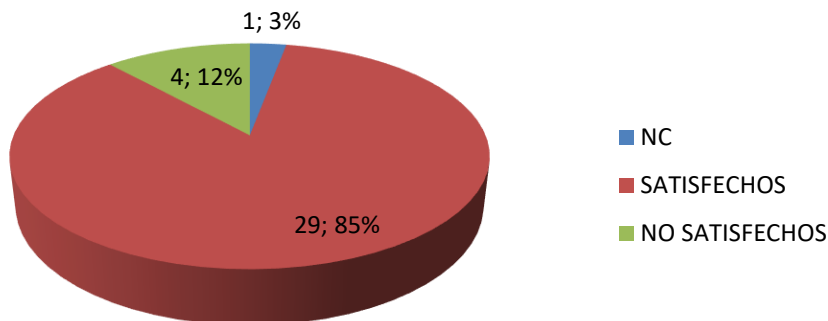
En resumen, la falta de otras actividades puede aumentar las presiones y dificultades del cuidador, por lo que se deben considerar estrategias para promover el equilibrio entre el cuidado, la autogestión y el apoyo social.

El 85% de los miembros de la familia de los adultos(as) mayores encamados(as) reportan sentirse satisfechos con el cuidado que reciben de las personas responsables. Esto indica que, a pesar de las dificultades y presiones inherentes al cuidado de un adulto mayor encamado, la mayoría de las familias perciben que los cuidadores están cumpliendo adecuadamente con su rol en la Figura 33.

Figura 33

Opinión familiar sobre el cuidado recibido

Opinión de la familia de los Adultos Mayores encamados sobre el cuidado que reciben. Herrera 2013.



La satisfacción con el cuidado recibido puede estar relacionada con varios factores, entre ellos:

- 1. Afecto y dedicación:** El cariño, la atención y el compromiso del cuidador son claves para garantizar el bienestar emocional del adulto mayor, lo cual repercute positivamente en la percepción de la familia.
- 2. Condiciones de vida y cuidado:** Si los cuidadores logran proporcionar condiciones mínimas adecuadas para el adulto mayor (alimentación, higiene, atención médica oportuna, etc.), las familias tienden a reportar satisfacción.
- 3. Comunicación efectiva:** La buena comunicación entre los cuidadores y los miembros de la familia puede generar una sensación de seguridad y apoyo mutuo, lo que puede aumentar la satisfacción general.

Sin embargo, hay un 12% que señala no estar satisfecho con el cuidado, lo que podría reflejar situaciones donde:

- El cuidador no está cumpliendo con todas las necesidades del adulto mayor.
- Existen conflictos familiares o estrés relacionado con la sobrecarga emocional y física de la persona encargada del cuidado.
- Se perciben deficiencias en las condiciones físicas o en la atención médica que recibe el adulto mayor encamado, es decir desatención.

Además, el 3% que no respondió podría indicar una falta de información o un desinterés por el tema, lo que también podría ser relevante para identificar áreas de mejora en la comunicación o el involucramiento de la familia.

Implicaciones:

- **Satisfacción general alta**

Un porcentaje alto de satisfacción sugiere que el sistema de cuidado, aunque desafiante, está funcionando de manera aceptable para la mayoría de las familias.

- **Áreas de mejora**

Es importante no solo enfocarse en los casos donde la satisfacción es baja, sino también en seguir fortaleciendo las estrategias de apoyo, comunicación y recursos para los cuidadores para mantener y mejorar este nivel de satisfacción.

En resumen, la mayoría de las familias están satisfechas con el cuidado proporcionado, lo que subraya la importancia de apoyar a los cuidadores y mejorar continuamente las condiciones del entorno de cuidado.

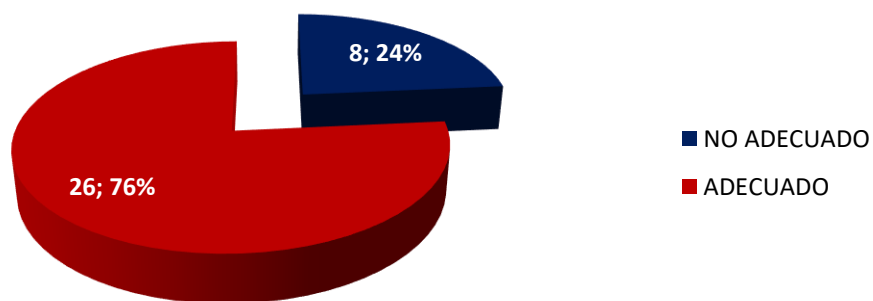
Políticas y Normativas que regula la atención del adulto (a) mayor encamado(a).

El hecho de que un 76% de las familias consideren adecuadas las políticas y normativas que regulan la atención de los adultos(as) mayores encamados(as) refleja una percepción positiva sobre la efectividad y la capacidad de respuesta de las políticas públicas hacia las necesidades sentidas de esta población de la Figura 34. Este porcentaje sugiere que las políticas implementadas abordan de manera adecuada las principales necesidades de los adultos mayores en situación de dependencia y de sus cuidadores, lo que es un indicativo de que los esfuerzos realizados hasta el momento han tenido un impacto positivo.

Figura 34

Evaluación de políticas y normativas

Políticas y Normativas que regulan la atención del Adulto Mayor encamado y a su familia de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.



Aspectos importantes:

- **Adecuación de las políticas**

La mayoría de las familias (76%) perciben que las políticas públicas responden a las necesidades reales de los adultos mayores encamados. Esto puede incluir medidas sobre cuidados médicos, apoyo económico, y otros servicios sociales esenciales.

- **Disponibilidad de recursos**

El programa cuenta con recursos humanos, materiales y logísticos que permiten brindar atención adecuada. Esto implica que existen suficientes profesionales capacitados, así como los insumos necesarios (medicamentos, equipos médicos, etc.), para garantizar un nivel de cuidado adecuado.

- **Atención integral**

La atención adecuada a los adultos mayores encamados no solo depende de la legislación, sino también de la coordinación y capacidad de los recursos disponibles, lo que parece estar siendo cubierto en la mayoría de los casos según la percepción de las familias.

Sin embargo, sería importante analizar más a fondo el 24% restante que no considera adecuadas las políticas y explorar sus razones, ya que podría haber áreas específicas en las que las políticas aún no estén siendo completamente efectivas o que existan barreras de acceso a los recursos disponibles para ciertos grupos de personas.

En general, el hecho de que las políticas y los recursos estén alineados con las necesidades de los adultos mayores encamados y sus familias, genera una base sólida para seguir avanzando en la mejora continua del bienestar de esta población.

Desafíos y perspectivas para el trabajador social

Es importante destacar que el 91% de los familiares de los adultos(as) mayores encamados(as) consideran que la labor realizada por el trabajador social es adecuada, lo que refleja la importancia y el impacto positivo de este profesional en la vida de las familias y el bienestar de los adultos mayores Figura 35. Este dato sugiere que el trabajo social es percibido como una profesión importante para mejorar la calidad de vida de esta población vulnerable.

Figura 35

Evaluación de la labor del trabajador social

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



Aspectos a destacar:

- **Apreciación positiva del trabajo social**

La gran mayoría de los familiares reconoce la relevancia de los servicios ofrecidos por el trabajador social, lo cual sugiere que sus intervenciones en el hogar y en la familia son eficaces y contribuyen de manera significativa al bienestar de los adultos mayores encamados.

- **Orientación y apoyo familiar**

Los trabajadores sociales proporcionan una orientación esencial a las familias, ayudándolas a entender cómo manejar la situación de cuidado de un adulto mayor encamado, así como a tomar decisiones informadas en cuanto a recursos, cuidados médicos y apoyo emocional. Esto es un punto clave para la estabilidad y el buen funcionamiento familiar.

- **Liderazgo en el desarrollo de servicios**

La familia también reconoce el liderazgo del trabajador social en la implementación y desarrollo de los servicios ofrecidos. Esto refuerza la idea de que el trabajador social no solo actúa como un consejero, sino también como un facilitador y coordinador en el acceso a recursos y servicios que impactan directamente en la calidad de vida de los adultos mayores y sus familias.

Aunque la percepción positiva es muy alta, el 9% de los familiares que consideran que la labor del trabajador social no es adecuada representa un área a explorar más a fondo. Sería útil comprender las razones detrás de esta insatisfacción para poder mejorar los aspectos de la intervención profesional que puedan estar fallando en algunos casos.

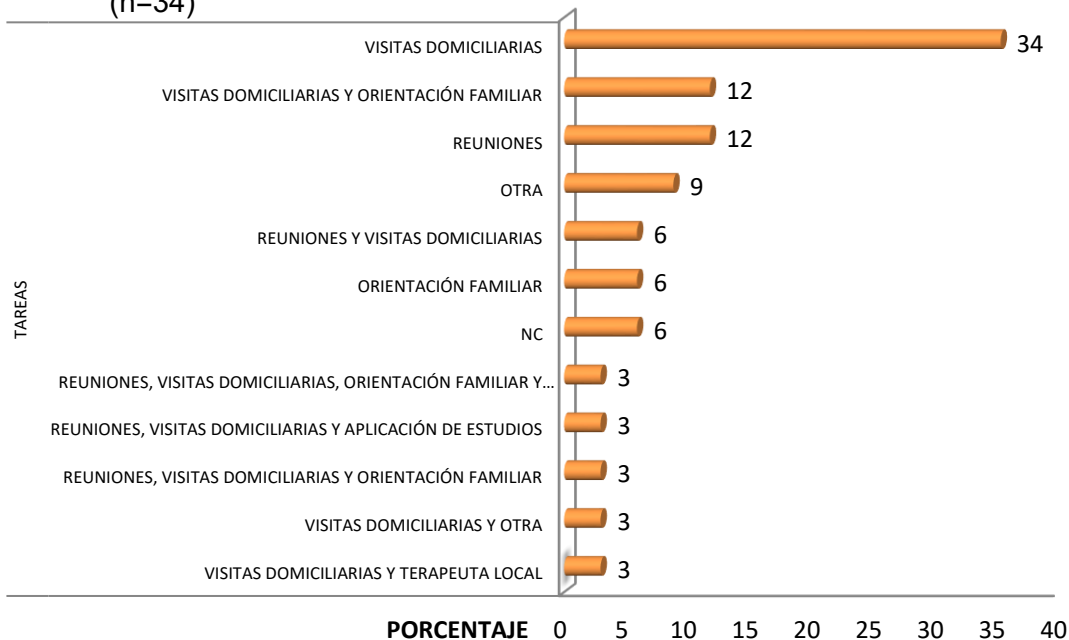
En general, el reconocimiento del valor del trabajador social en este contexto es un punto positivo y sugiere que se debe seguir fortaleciendo esta figura profesional en la atención integral a los adultos mayores.

Es interesante observar que la visita domiciliaria es la tarea que el trabajador social realiza con mayor frecuencia, con un 34% de las respuestas indicando que esta es una técnica fundamental en su intervención Figura 36. Este dato resalta la importancia del contacto directo con la familia y el adulto mayor en su propio hogar, lo cual permite una intervención más personalizada y adaptada a las necesidades específicas y observables en la familia.

Figura 36

Tareas del trabajador social

Tareas que realiza el Trabajador (a) Social con los Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013.
(n=34)



Análisis

1. Visitas Domiciliarias (34%)

Este tipo de intervención permite al trabajador social identificar de forma directa las condiciones del hogar, lo que facilita la evaluación de la situación del adulto mayor encamado. A través de estas visitas, se puede realizar un trabajo holístico que abarque no solo las necesidades del adulto mayor, sino también de su entorno familiar y social. La promoción de redes de apoyo y la intervención en prevención y asistencia son esenciales para mejorar la calidad de vida y fortalecer la estructura familiar.

Además, este tipo de contacto permite al trabajador social sensibilizar a la familia sobre su rol y responsabilidades, lo cual es crucial para el bienestar tanto de la persona encamada como de los demás miembros del hogar.

2. Reuniones (12%) y Visitas Domiciliarias con Orientación Familiar (12%)

Estas actividades están orientadas a la sensibilización de las familias respecto al cuidado del adulto mayor encamado. Las reuniones pueden ser un espacio para

compartir experiencias y resolver dudas, mientras que las visitas con orientación familiar permiten un enfoque más educativo y preventivo. En ambos casos, se busca empoderar a la familia en su rol, brindando información y herramientas para mejorar la atención y el funcionamiento familiar.

Reflexión sobre la Funcionalidad

La labor del trabajador social en este contexto es esencial para promover el bienestar integral del adulto mayor encamado y de su familia. La intervención del trabajador social va más allá de la atención individual al adulto mayor; también se centra en el fortalecimiento de los vínculos familiares y en la promoción de un entorno adecuado para el cuidado.

Es importante que las reuniones y orientación familiar no solo se centren en sensibilizar a la familia sobre su rol, sino también en ayudarles a adaptarse a los desafíos que enfrentan, proporcionándoles herramientas prácticas para manejar el estrés y las dificultades emocionales que pueden surgir al cuidar a un adulto mayor.

Sugerencias

- Podría ser útil aumentar la frecuencia de las reuniones y las visitas con orientación familiar, dado que estas actividades fomentan un mayor entendimiento entre los miembros de la familia sobre cómo mejorar sus dinámicas de cuidado y fortalecer su red de apoyo.

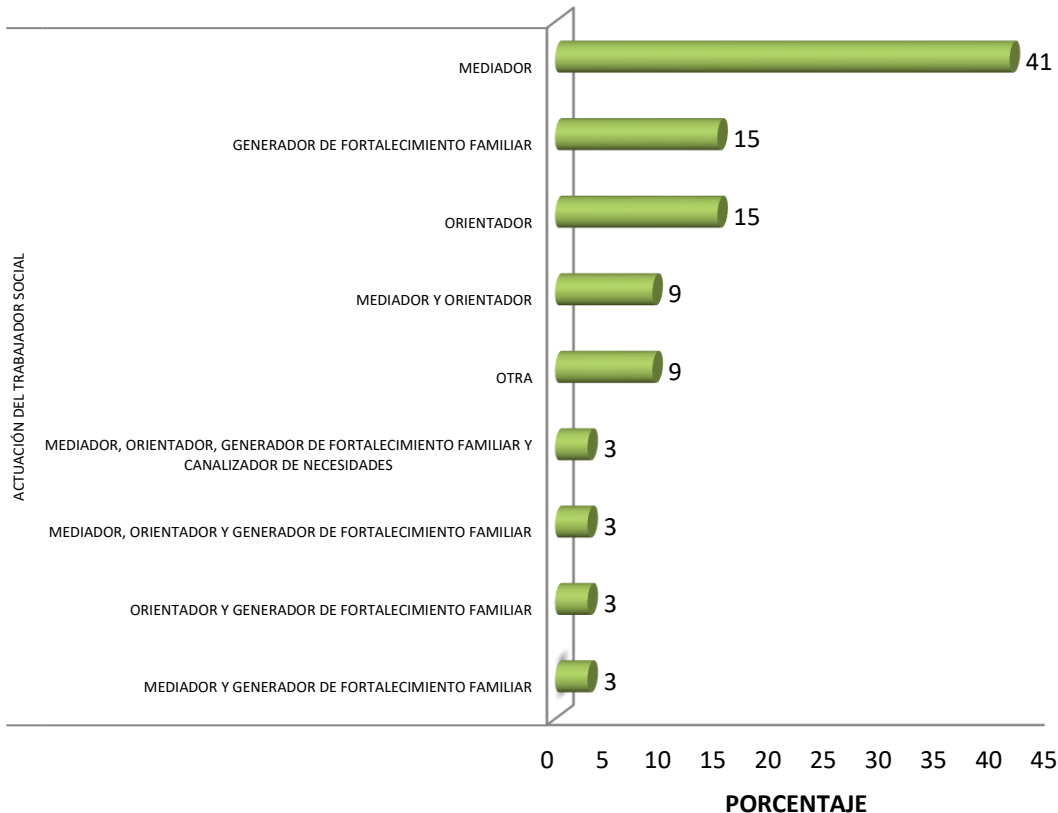
En conclusión, la visita domiciliaria sigue siendo la herramienta más eficaz, pero la combinación de esta con las reuniones y la orientación familiar permite una atención más completa y adaptada a las realidades de cada familia.

La actuación del Trabajador Social como mediador (41%) refleja la importancia de su papel en la resolución de conflictos familiares y la gestión de tensiones que puedan surgir dentro de los hogares que cuidan a adultos mayores encamados Figura 37. Además, la mediación no solo es crucial en la resolución de disputas, sino también en la promoción de diálogo y comprensión entre los miembros de la familia, lo que favorece la cohesión y mejora el funcionamiento familiar.

Figura 37

Actuación del trabajador social en el fortalecimiento familiar.

Opinión de la forma de actuar del o la Trabajadora Social en el fortalecimiento de familias de los(as) Adultos Mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013. (n=34)



Análisis de Roles y Perspectivas:

1. Mediador (41%)

La mediación es fundamental para resolver los conflictos que puedan surgir en el hogar, especialmente en situaciones de estrés familiar. El Trabajador Social actúa como un puente entre los diferentes miembros de la familia, ayudando a que se comprendan mutuamente, compartan sus preocupaciones y lleguen a acuerdos.

En el contexto de cuidado del adulto mayor encamado, la mediación también puede ser útil para resolver desacuerdos sobre el cuidado, responsabilidades

y recursos, así como para ajustar expectativas entre los miembros de la familia.

2. Generador de Fortalecimiento Familiar y Orientador (15%)

El rol de fortalecimiento familiar implica ofrecer recursos y estrategias que ayuden a la familia a mejorar su dinámica y a fortalecer su cohesión y comunicación. A través de la orientación, el Trabajador Social puede facilitar que los miembros de la familia desarrollen habilidades de cuidado, gestionen el estrés y se apoyen mutuamente.

El fortalecimiento de la familia es crucial en contextos de cuidado prolongado, ya que las familias muchas veces se enfrentan a dificultades emocionales, físicas y económicas. El profesional tiene la oportunidad de proporcionarles herramientas y acompañamiento para manejar la sobrecarga.

Perspectiva de Género:

- El trabajo social debe fomentar la equidad de género, subrayando que tanto hombres como mujeres tienen igual responsabilidad en las tareas domésticas y de cuidado. Aunque culturalmente, las mujeres han asumido históricamente la mayor parte del cuidado de los adultos mayores, se debe buscar una redistribución de estas tareas, involucrando a todos los miembros de la familia, independientemente de su género.

Enfoque Sistémico:

- El enfoque sistémico es clave para la intervención del Trabajador Social. Este enfoque entiende a la familia como un sistema en el que cada miembro influye y es influenciado por los demás. Por tanto, al abordar los problemas de un miembro de la familia, se deben considerar las interacciones entre todos los miembros y el contexto social en el que viven. Este enfoque también ayuda a identificar dinámicas familiares problemáticas y promover cambios sostenibles en el entorno familiar.

Investigación y Acompañamiento:

- La investigación debe ser parte integral del trabajo social con familias, ya que permite identificar patrones de comportamiento, necesidades específicas, así como los recursos y redes de apoyo disponibles.
- La investigación y el acompañamiento en el proceso de cambio son fundamentales para asegurar que las intervenciones sean efectivas y que la familia logre un funcionamiento más saludable y adaptado a las nuevas realidades del cuidado del adulto mayor encamado.

Sugerencias para una Mejora:

1. Ampliar el papel de mediación

Aunque el rol de mediador es importante, se podría profundizar en la capacitación del trabajador social en técnicas de resolución de conflictos, de manera que puedan gestionar de manera más efectiva las tensiones y desacuerdos familiares.

2. Capacitación en enfoques de género

Es esencial que los trabajadores sociales sigan promoviendo la equidad de género en los hogares, mediante campañas de sensibilización y formación sobre la distribución equitativa de las tareas de cuidado.

3. Fomentar la investigación y evaluación continua

La investigación continua sobre el impacto de las intervenciones y los cambios en las dinámicas familiares permitirá adaptar las estrategias de trabajo social a las necesidades reales de las familias y a las condiciones cambiantes de los adultos mayores.

En conclusión, el trabajador social tiene un rol multifacético, no solo como mediador, sino también como orientador y generador de fortalecimiento familiar. Es necesario que su intervención se realice bajo un enfoque integral, teniendo en cuenta las necesidades y desafíos tanto de los adultos mayores como de sus familias, y que continúe promoviendo una intervención holística, sistémica y de género.

Entrevista a funcionarios(as) del programa SADI

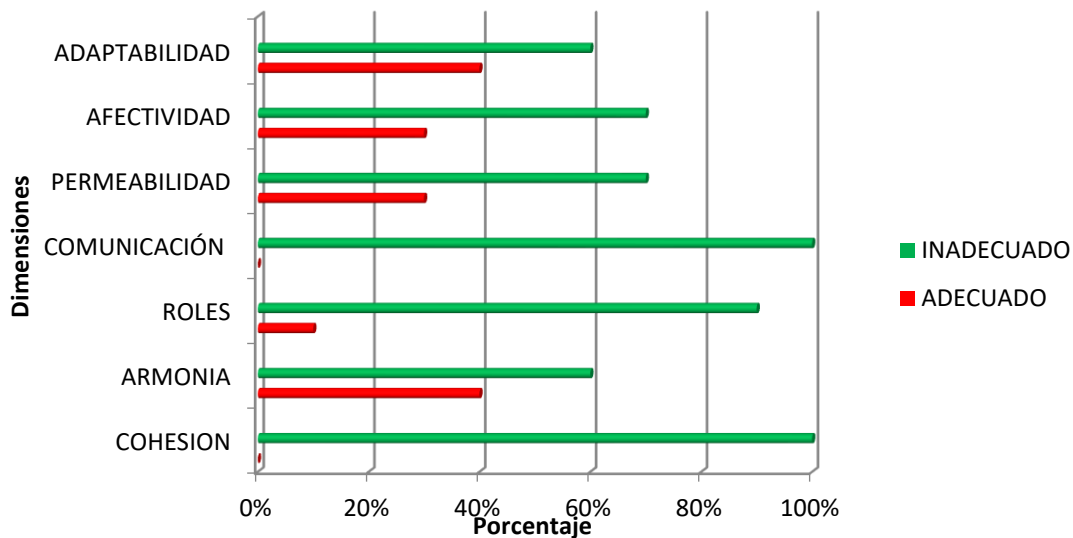
Se aplicaron cinco guías de entrevistas a funcionarios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego que forman parte del equipo del Sistema de Atención Domiciliaria Integral. A los funcionarios, a los que se les aplicó el instrumento fueron: laboratorista, enfermera, nutricionista, trabajadora social y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

En la gráfica se revela, según la percepción de los(as) funcionarios(as) de la Policlínica, en cuanto al instrumento del funcionamiento familiar que tanto la comunicación como la cohesión dentro del grupo familiar son percibidas como completamente inadecuadas, alcanzando un 100% de insatisfacción. Además, las demás dimensiones del funcionamiento familiar son igualmente evaluadas de manera negativa Figura 38. Sin embargo, la armonía y la adaptabilidad se consideran regulares, lo que influye directamente en la calidad de la atención brindada a la población adulta mayor encamada, objeto principal de este estudio.

Figura 38

Percepción de las dimensiones del funcionamiento familiar.

Percepción del equipo interdisciplinario del SADI, sobre el funcionamiento familiar de los adultos mayores encamados. Policlínica Roberto Ramirez de Diego. Herrera 2013.

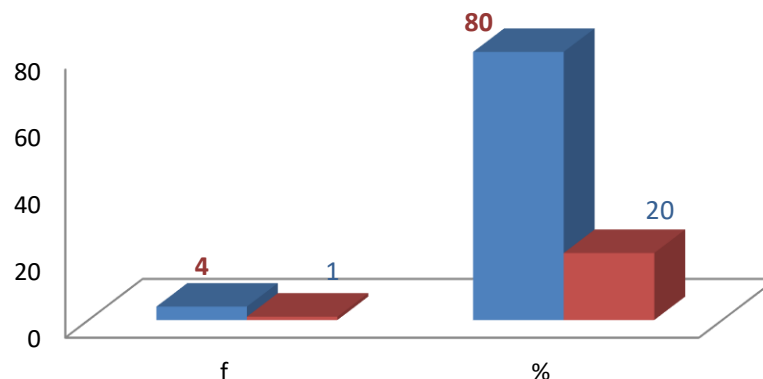


En esta figura se observa que, según las dimensiones evaluadas (comunicación, roles, armonía, cohesión, afectividad, adaptabilidad y permeabilidad), el 80% de los(as) funcionarios(as) del equipo interdisciplinario del programa SADI de la Policlínica consideran que el funcionamiento familiar es disfuncional, mientras que un 20% lo considera moderadamente funcional de la Figura 39.

Figura 39

Funcionalidad familiar según el equipo SADI

Funcionalidad Familiar según funcionarios del equipo interdisciplinario del SADI en la Policlínica Roberto Ramirez de Diego. Herrera 2013

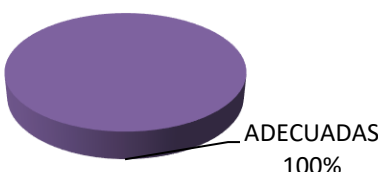


Los(as) funcionarios(as) manifiestan que las Políticas y Normativas de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego son totalmente adecuadas, con un 100% de aprobación Figura 40. Esto se debe a que el Programa de Atención Domiciliaria Integral cuenta con los recursos humanos e insumos necesarios para atender a la población adulta mayor encamada, respondiendo eficazmente a sus necesidades y satisfaciendo sus demandas. Además, reconocen la existencia de normas y procedimientos claros dentro del programa que respaldan su operación

Figura 40

Normativa sobre atención a la población adulta mayor

Políticas y normativas que regulan la atención a la población adulta mayor encamada y a su familia de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera.2013....

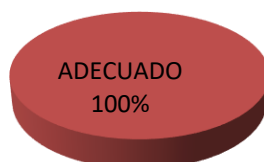


El equipo multidisciplinario destaca que el (la) Trabajador(a) Social cumple su rol de manera integral, con una evaluación positiva del 100% Figura 41. Esto implica que tanto el (la) adulto(a) mayor encamado(a) como su familia reciben los servicios de orientación necesarios. Además, se reconoce el liderazgo sobresaliente del trabajador social en la implementación y gestión de los servicios ofrecidos a esta población vulnerable.

Figura 41

Evaluación del Rol del Trabajador Social frente a las Familias

Rol del Trabajador Social frente a las familias de los(as) familias de los(as) adultos(as) mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013. (n=5)

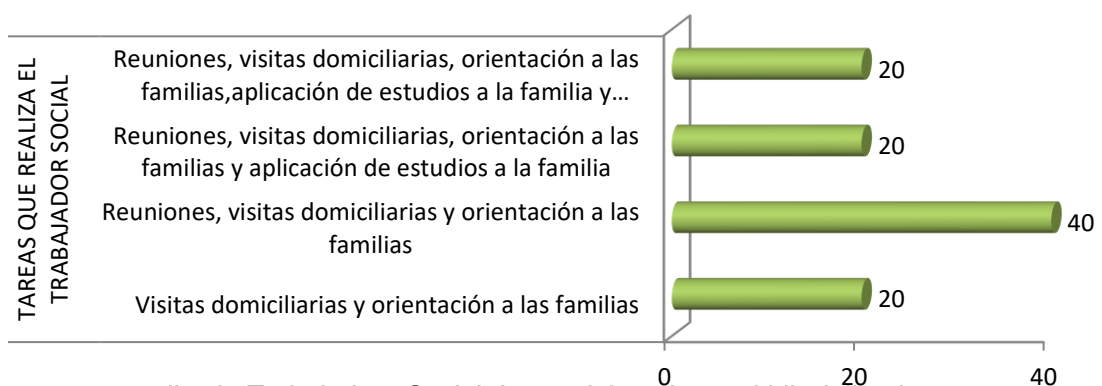


En cuanto a las tareas específicas que desempeña la profesional de Trabajo Social, se destaca que el 40% de su labor se centra en reuniones, visitas domiciliarias y orientación a las familias. Un 20% señala que realiza, además de las reuniones y visitas domiciliarias,

la aplicación de estudios y funciones de terapeuta social. Otro 20% menciona que sus actividades incluyen reuniones, visitas domiciliarias, orientación y aplicación de estudios. Finalmente, el 20% restante indica que su labor se enfoca principalmente en visitas domiciliarias y orientación a las familias Figura 42.

Figura 42

Tareas del Trabajador Social en el Equipo del SADI



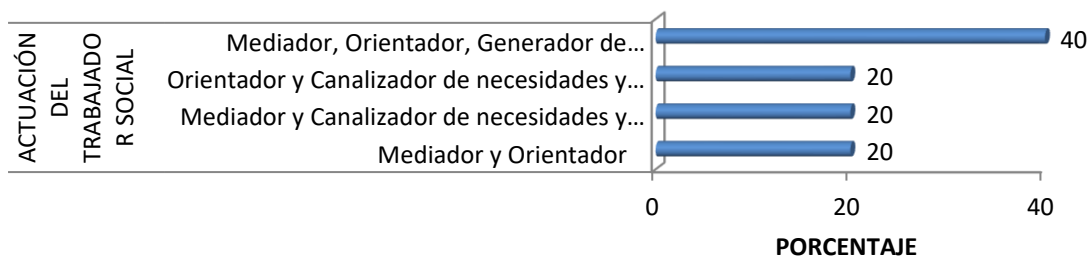
Tareas que realiza la Trabajadora Social dentro del equipo multidisciplinario del SADI en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera.2013 (n=5)

El 40% de las respuestas consideran que el(a) profesional de Trabajo Social debe desempeñar los roles de mediador, orientador y generador del fortalecimiento familiar. Un 20% reporta que su función debe centrarse en ser orientador y canalizador de las necesidades y expectativas familiares. Otro 20% considera que el(a) profesional debe actuar como mediador y canalizador de esas mismas necesidades y expectativas, mientras que el 20% restante indica que el(a) profesional debe enfocarse en ser mediador y orientador a la Figura 43.

Figura 43

Rol del Trabajador Social en el Fortalecimiento Familiar

Opinión del equipo del SADI sobre la forma cómo debe actuar el (la) trabajador (a) social en el fortalecimiento de familias de los (as) adultos(as) mayores encamados(as) en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Herrera 2013. (n=5)



Análisis del Funcionamiento Familiar según las Fuentes en la Policlínica Roberto Ramírez de Diego (2013)

En cuanto a las dimensiones del funcionamiento familiar observadas por tres fuentes diferentes (Adulto mayor encamado, familiar y funcionario), los resultados muestran variaciones significativas que reflejan cómo cada grupo percibe el bienestar familiar.

- **Adaptabilidad**

Para los adultos mayores encamados y sus familias, esta dimensión resulta funcional, con un 79% y 74% respectivamente, lo que indica que poseen la habilidad para modificar costumbres frente a las situaciones que se presentan. Sin embargo, para los funcionarios, la percepción es considerablemente más baja, con un 40%.

- **Permeabilidad**

Este aspecto no parece ser muy funcional, con un 62% de los adultos mayores encamados y un 59% de las familias considerando que es funcional. No obstante, los funcionarios reportan una percepción mucho más baja, con un 35%, lo que sugiere que las familias tienen dificultades para buscar ayuda y aprender de las experiencias de otros.

- **Armonía**

Tanto los adultos mayores encamados (82%) como las familias (79%) consideran que esta dimensión es funcional, lo que refleja que las necesidades de cada miembro son respetadas por los demás. Los funcionarios, sin embargo, tienen una percepción más baja, con solo un 40%.

- **Roles**

La percepción en esta dimensión es significativamente baja, especialmente entre los funcionarios, con solo un 10% que considera que los roles familiares son adecuados. Las familias (62%) y los adultos mayores encamados (65%) informan una funcionalidad, aunque no en su totalidad, ya que la responsabilidad recae principalmente sobre una sola persona.

- **Afectividad**

Esta dimensión muestra una alta funcionalidad, con el 83% de los adultos mayores encamados y el 88% de las familias considerando que existe cariño y afecto hacia los adultos mayores encamados. Sin embargo, los funcionarios tienen una percepción mucho más baja, con solo un 25%.

- **Comunicación**

En términos de comunicación, tanto los adultos mayores encamados (85%) como las familias (79%) consideran que es funcional, ya que existe una forma clara y directa

de conversar sobre los temas familiares. Los funcionarios, sin embargo, reportan una percepción nula en esta dimensión, con un 0%.

- **Cohesión**

Finalmente, en cuanto a la cohesión familiar, la percepción es baja tanto para los adultos mayores encamados (60%) como para las familias (62%), lo que indica que no todos los miembros de la familia están involucrados activamente en el cuidado y apoyo mutuo. Los funcionarios también reportan una falta de cohesión, con un 0%.

En resumen, los resultados sugieren que la percepción de los funcionarios sobre el funcionamiento familiar es más baja que la de los adultos mayores encamados y sus familias. Las dimensiones de adaptabilidad, armonía, afectividad y comunicación se perciben como funcionales por parte de las familias y los adultos mayores encamados, mientras que las dimensiones de roles, permeabilidad y cohesión presentan deficiencias. Estos hallazgos sugieren que, aunque hay áreas funcionales dentro de la familia, existen importantes desafíos que deben abordarse, particularmente en el apoyo mutuo, la distribución de responsabilidades y la capacidad para buscar ayuda externa.

La hipótesis de trabajo se cumple parcialmente, ya que en las dimensiones de adaptabilidad, armonía, afectividad y comunicación, la funcionalidad familiar es adecuada. Sin embargo, se observa que las dimensiones de roles, permeabilidad y cohesión requieren intervención para mejorar el bienestar familiar y la calidad del cuidado que reciben los adultos mayores encamados.

Capítulo 4

Estrategias de promoción, Prevención e Intervención Profesional

Capítulo 4: Estrategias de promoción, Prevención e Intervención Profesional

La propuesta tiene como objetivo desarrollar un conjunto de acciones específicas orientadas a fortalecer el funcionamiento familiar en contextos de vulnerabilidad, particularmente en aquellas familias que atienden a adultos mayores encamados. La intervención se ejecutará en el periodo comprendido entre septiembre de 2014 y agosto de 2015, beneficiando a un total de 34 familias, junto con los adultos mayores encamados y sus cuidadores, quienes forman parte de la población atendida por el Programa Sistema de Atención Domiciliaria Integral (SADI) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego.

Esta propuesta surge como resultado de un diagnóstico exhaustivo sobre el funcionamiento familiar, realizado previamente mediante la recopilación de información acerca de las condiciones de vida y las dinámicas familiares de los hogares con adultos mayores encamados. Dicho diagnóstico permitió identificar y priorizar las principales problemáticas que afectan el desempeño de estas familias y que requieren atención urgente, especialmente en lo relativo a la formación y capacitación adecuada para el cuidado de los adultos mayores.

El propósito fundamental de esta propuesta es el fortalecimiento del funcionamiento familiar, buscando dotar a las familias de las herramientas necesarias para enfrentar las dificultades derivadas de la situación de cuidado de un adulto mayor encamado. Se trata de brindar el apoyo necesario para que puedan cumplir de manera efectiva con las funciones familiares, incluso en el contexto de crisis que implica la convivencia con un adulto mayor con necesidades especiales.

El funcionamiento equilibrado de la vida familiar depende de la capacidad de todos sus miembros para interactuar de forma armónica y colaborativa. Por ello, la propuesta incluye estrategias que promuevan la cohesión familiar, el desarrollo de habilidades de comunicación efectiva, la distribución equitativa de responsabilidades y el fortalecimiento de las redes de apoyo, tanto dentro como fuera del núcleo familiar. Además, se trabajará en el ámbito emocional, ya que muchas de las dificultades enfrentadas por los cuidadores son de naturaleza psicológica y emocional, afectando su bienestar general y el de los demás miembros de la familia.

Argumentos a considerar:

1. Necesidad de formación y capacitación: Las familias y cuidadores que asumen la responsabilidad del cuidado de los adultos mayores encamados suelen carecer de la preparación técnica y emocional necesaria para enfrentar los retos cotidianos que esta tarea implica. Un entrenamiento adecuado en cuidados de salud, así como en técnicas de movilización e higiene, no solo

incrementa la calidad de la atención brindada, sino que también reduce el nivel de estrés asociado al rol del cuidador principal. Por ello, un componente esencial de la propuesta es garantizar la capacitación de los cuidadores en estos aspectos.

2. **Intervención integral:** El fortalecimiento del funcionamiento familiar no debe limitarse al ámbito físico o práctico del cuidado. La propuesta promueve un enfoque integral que considera las dimensiones psicológicas, emocionales y sociales que influyen en la dinámica familiar. Este abordaje permitirá mejorar la calidad de vida de los adultos mayores encamados y, al mismo tiempo, favorecer el bienestar emocional de los cuidadores y demás miembros de la familia.
3. **Redes de apoyo y cohesión familiar:** Uno de los principales desafíos que enfrentan las familias cuidadoras es la falta de apoyo, tanto interno (dentro del núcleo familiar) como externo (institucional o comunitario). La propuesta contempla la promoción y el fortalecimiento de redes de apoyo, incentivando la participación activa de todos los miembros en la atención del adulto mayor, fomentando el trabajo colaborativo y el respeto mutuo.
4. **Monitoreo y seguimiento constante:** Para asegurar que las acciones implementadas sean efectivas y mantengan su impacto más allá de la duración del programa, se establecerán mecanismos de monitoreo y seguimiento de las familias beneficiadas. Estos permitirán realizar ajustes oportunos y garantizar la sostenibilidad de los beneficios a largo plazo.
5. **Impacto en la calidad de vida:** Un objetivo central de la intervención es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores encamados y de sus cuidadores. Al proporcionar herramientas para una mejor gestión de las tareas diarias y fortalecer el entorno familiar, se contribuirá al bienestar general y a la prevención de problemas de salud física y emocional. La meta es transformar las dificultades del cuidado en oportunidades de crecimiento para la familia, optimizando su funcionamiento en todas las dimensiones.

Esta propuesta busca establecer una intervención práctica, efectiva y adaptada a las necesidades reales de las familias con adultos mayores encamados, ofreciendo apoyo integral y herramientas que fortalezcan su funcionamiento familiar y contribuyan a una mejor calidad de vida para todos los involucrados.

Diagnóstico

El estudio realizado permitió identificar diversos problemas en el funcionamiento familiar de las familias que cuidan a adultos mayores encamados, los cuales generan situaciones de ansiedad y estrés que afectan la dinámica cotidiana. Un aspecto relevante es la sobrecarga emocional que enfrentan los cuidadores, especialmente cuando la responsabilidad recae principalmente sobre las mujeres, lo que provoca conflictos internos en el hogar y el descuido de otras responsabilidades, como la atención de los hijos y el cumplimiento de actividades educativas.

En cuanto a las características sociodemográficas de los adultos mayores encamados, se observa que la mayoría cuenta con un ingreso promedio mensual de 142.00 y una edad promedio de 82 años. Además, un 56% son asegurados directos, lo que les permite acceder a servicios de salud en el sistema formal. Según la percepción de los propios adultos mayores y sus familias, las dimensiones más positivas del funcionamiento familiar son la comunicación (88%), la afectividad (85%), la armonía (82%) y la adaptabilidad (79%). Sin embargo, se identificaron áreas que requieren atención, como los roles familiares (65%), la cohesión (60%) y la permeabilidad (62%). En términos generales, un 62% de las familias encuestadas mantiene un hogar funcional, un 35% lo describe como moderadamente funcional y un 3% lo considera disfuncional.

Respecto a la composición familiar, se destaca que un 59% son familias uniparentales y un 41% nucleares. La mayoría posee vivienda propia con acceso a servicios básicos, aunque un 47% carece de condiciones adecuadas como baños accesibles, rampas o áreas de esparcimiento, lo que limita la calidad de vida de los adultos mayores encamados. La percepción de los familiares coincide en que la afectividad, la comunicación, la armonía y la adaptabilidad son las dimensiones más fortalecidas, mientras que la permeabilidad, los roles y la cohesión requieren mayor atención.

Por otro lado, los funcionarios del equipo interdisciplinario de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego presentan una visión más crítica: un 80% considera que las familias muestran un funcionamiento disfuncional y solo un 20% las percibe como moderadamente funcionales. Las principales dificultades señaladas son la comunicación y la cohesión interna, aspectos que repercuten directamente en la calidad del cuidado brindado.

En relación con la población cuidadora, se observa que la mayoría tiene 41 años o más y que un 79% son mujeres, lo que refleja una construcción de género tradicional en la que ellas asumen la responsabilidad principal del cuidado. La ocupación predominante es la de ama de casa y el nivel educativo corresponde mayoritariamente a la primaria completa. Un 65% de los cuidadores no ha recibido entrenamiento formal y un 74% no percibe remuneración económica por su labor. Aunque un 67% afirma realizar el cuidado con amor y dedicación, un 33% expresa sentimientos de lástima, resignación y dolor, reflejando la carga emocional que implica esta tarea. Además, un 79% se dedica de

forma exclusiva al cuidado, lo que genera sobrecarga física y emocional, estrés y agotamiento.

En cuanto a la intervención del trabajador social, los familiares destacan las visitas domiciliarias como la actividad más frecuente, seguidas de reuniones y visitas con orientación familiar. Estas acciones son consideradas esenciales para apoyar a las familias en la gestión del cuidado y en el manejo de las dinámicas familiares, promoviendo el fortalecimiento del apoyo social y emocional.

Argumentación adicional:

Este diagnóstico evidencia la compleja situación de las familias que cuidan a adultos mayores encamados, resaltando las carencias en distintos aspectos del funcionamiento familiar que afectan la calidad de vida y el bienestar social tanto de los adultos mayores como de sus cuidadores. La identificación de áreas específicas que requieren intervención —como la cohesión familiar, la comunicación y la capacitación de los cuidadores— resulta fundamental para diseñar estrategias efectivas que mejoren el bienestar de todos los miembros. La propuesta debe contemplar no solo la atención a los aspectos prácticos y emocionales del cuidado, sino también el fortalecimiento de las redes de apoyo y el acceso a recursos adecuados que faciliten el proceso y reduzcan el estrés de los cuidadores.

Necesidades generales

Principales problemas identificados:

Los familiares de los adultos mayores encamados han señalado diversas dificultades en el funcionamiento familiar que repercuten tanto en la dinámica interna del hogar como en la calidad de vida de quienes participan en el cuidado. Entre los principales problemas identificados destaca la falta de cohesión familiar, manifestada en la incapacidad de los miembros para llegar a acuerdos eficientes al momento de tomar decisiones relevantes sobre la atención de los adultos mayores encamados. Esta descoordinación limita la efectividad del cuidado y genera tensiones dentro del núcleo familiar, afectando la estabilidad emocional y el bienestar de todos sus integrantes.

Asimismo, se ha identificado una deficiencia en la permeabilidad de las familias. Esto significa que los miembros no suelen compartir experiencias ni buscan ayuda en otras familias que atraviesan situaciones similares. Esta falta de apertura limita la posibilidad de aprender de otras experiencias y de fortalecer las redes de apoyo, esenciales para el bienestar de los cuidadores y de los adultos mayores.

En relación con los roles familiares, se observó que no todos los miembros de la familia cumplen con sus responsabilidades dentro del hogar, lo que genera una sobrecarga para

aquellos que sí asumen sus tareas. En muchas ocasiones, la responsabilidad del cuidado recae principalmente en una sola persona, conocida como la "cuidadora principal". Esta sobrecarga de trabajo genera angustia, estrés y agotamiento en la persona encargada, quienes, en su mayoría, son mujeres. Esto refleja una construcción social que históricamente ha asignado a las mujeres la responsabilidad de cuidar a los miembros vulnerables de la familia, lo que limita la equidad en la distribución de responsabilidades dentro del hogar.

Otro de los problemas clave identificado es que la mayoría de los cuidadores no cuenta con el entrenamiento necesario para brindar una atención adecuada a los adultos mayores encamados. Este déficit de formación profesional impacta directamente en la calidad del cuidado y contribuye al estrés que experimentan los cuidadores, ya que deben enfrentar una carga emocional y física significativa sin las herramientas y conocimientos adecuados.

Aunque muchos cuidadores reportan realizar su labor con amor y dedicación, un porcentaje considerable expresa sentimientos de lástima, resignación y dolor, lo cual refleja una carga emocional negativa. Estas emociones, aunque entendibles, pueden generar situaciones de opresión para el cuidador, afectando su bienestar y calidad de vida.

Con base en los problemas identificados, es necesario priorizar varias áreas clave para mejorar la situación de las familias que cuidan a adultos mayores encamados. En primer lugar, se debe poner énfasis en mejorar el funcionamiento familiar, promoviendo la comunicación, la toma de decisiones conjunta y el fortalecimiento de la cohesión. Además, es fundamental proporcionar capacitación y entrenamiento a los cuidadores para que puedan enfrentar de manera más efectiva los desafíos del cuidado, mejorando sus habilidades y reduciendo el estrés.

También se debe abordar el tema de los roles dentro de la familia, promoviendo que el cuidado no recaiga únicamente sobre las mujeres, sino que sea considerado una responsabilidad compartida por todos los miembros del hogar. Esto contribuirá a la promoción de la equidad de género, fomentando la participación activa de todos en el cuidado y evitando que una sola persona asuma una carga desmedida.

En resumen, las necesidades generales identificadas son diversas y requieren una intervención integral que abarque tanto el fortalecimiento de la familia como la capacitación de los cuidadores y la promoción de una distribución equitativa de las responsabilidades dentro del hogar. La atención a estos aspectos es crucial para mejorar el bienestar tanto de los adultos mayores encamados como de sus familias.

Diseño de la propuesta

Descripción de la propuesta

La propuesta contempla la implementación de talleres de sensibilización dirigidos a las familias y cuidadores de adultos mayores encamados, con el propósito de fortalecer las variables clave del funcionamiento familiar: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad y roles. Estos espacios de formación estarán orientados a promover una dinámica familiar más saludable y colaborativa, favoreciendo la integración de todos los miembros en el proceso de cuidado.

De manera complementaria, se desarrollarán sesiones de orientación enfocadas en el fortalecimiento de la autoestima y en la adquisición de estrategias para el manejo del estrés, herramientas indispensables para afrontar de manera efectiva los retos que implica la atención de un adulto mayor encamado. Con ello, se busca no solo mejorar la calidad del cuidado, sino también preservar el bienestar emocional de los cuidadores y la estabilidad del entorno familiar.

Fundamentación de la propuesta

La necesidad de esta propuesta surge del contexto actual, en el cual las familias enfrentan retos complejos al convivir con adultos mayores encamados, cuya presencia en el hogar genera repercusiones significativas en el funcionamiento familiar. Este funcionamiento se concibe como una dinámica interactiva y sistémica que involucra tanto las relaciones internas entre los miembros como su interacción con el entorno. Aunque el sistema familiar tiende a ser estable y predecible, puede verse alterado cuando ocurre una crisis, como la que provoca la dependencia funcional de un integrante.

La dependencia de un adulto mayor encamado, que requiere cuidados continuos, genera tensiones dentro del núcleo familiar y constituye una crisis que modifica las interacciones y roles de los miembros, alterando el equilibrio emocional y la distribución de responsabilidades. Los cambios derivados del envejecimiento y la dependencia afectan la comunicación, la armonía y la capacidad de adaptación de los miembros para enfrentar esta nueva realidad.

Ante este escenario, se requiere una intervención integral que atienda tanto las necesidades del adulto mayor como las de la familia en su conjunto. Un aspecto clave es la estabilización de los cuidadores, quienes suelen ser los pilares del bienestar en estos hogares. La salud emocional de los cuidadores impacta directamente en la calidad de las relaciones familiares y en la atención brindada al adulto mayor. Por ello, resulta esencial fortalecer su estabilidad emocional y su capacidad de gestionar el estrés, evitando el agotamiento y la tensión extrema que comprometen su salud y el bienestar del adulto mayor.

Asimismo, es fundamental promover la equidad de género en el ámbito del cuidado. Tradicionalmente, las mujeres han asumido la mayor parte de esta responsabilidad, lo que incrementa su carga emocional y física y perpetúa un modelo desigual. La propuesta enfatiza que el cuidado debe ser una responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia, sin distinción de género, favoreciendo la igualdad en los roles y responsabilidades.

La intervención del Trabajo Social se presenta como un elemento esencial para garantizar que las familias no solo superen la crisis de tener un adulto mayor encamado, sino que logren desarrollar dinámicas más equilibradas y saludables. Un enfoque integral de promoción, prevención e intervención permitirá alcanzar un desarrollo humano y social pleno. El Trabajo Social, mediante un abordaje técnico y participativo, potencia las capacidades individuales y colectivas de los miembros de la familia, mejorando las dinámicas internas y, en consecuencia, la calidad de vida del adulto mayor y sus cuidadores.

En síntesis, esta propuesta se fundamenta en una comprensión integral de los desafíos emocionales, sociales y funcionales que enfrentan las familias con adultos mayores encamados. A través de intervenciones específicas, se busca promover la armonía, mejorar la comunicación y fortalecer el apoyo mutuo, garantizando un entorno estable y amoroso para el adulto mayor, al mismo tiempo que se asegura el bienestar de los cuidadores y se fomenta una distribución equitativa de responsabilidades dentro del hogar.

Población beneficiada

Beneficiarios directos

La propuesta beneficiará de manera directa a 34 familias residentes en el distrito de Chitré, conformadas por adultos(as) mayores encamados(as) que reciben atención a través del Programa Sistema de Atención Domiciliaria Integral de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Asimismo, las personas responsables del cuidado de estos adultos mayores, quienes constituyen un pilar fundamental en el proceso de atención, se verán favorecidas por las actividades y acciones contempladas en la propuesta, orientadas a fortalecer sus capacidades y mejorar la calidad de vida de todos los involucrados.

Beneficios indirectos

La comunidad en general también se verá impactada de manera indirecta, en la medida en que se fomentarán valores de solidaridad, equidad de género y apoyo comunitario en torno al cuidado de los adultos mayores encamados. Este enfoque integrador contribuirá al fortalecimiento del tejido social, beneficiando a todos los miembros de la comunidad mediante la promoción de una cultura de inclusión y responsabilidad compartida en la

atención de los más vulnerables. De esta manera, se favorece la construcción de una sociedad más justa y cohesionada, en la que el cuidado de los adultos mayores se reconoce como un compromiso colectivo.

Objetivos

Objetivo general

- Fortalecer el funcionamiento familiar de las familias que tienen a adultos(as) mayores encamados(as), garantizando su bienestar integral.
- Favorecer el desarrollo de actitudes y acciones que promuevan la integración familiar y la equidad de género, apoyando la autoayuda, el entrenamiento y la autonomía de las personas cuidadoras.

Objetivos Específicos

- Promover el fortalecimiento de las variables que inciden en el funcionamiento familiar, como la comunicación, cohesión, roles, afectividad, entre otros, para lograr una mayor armonía en el hogar.
- Estimular la participación activa de hombres y mujeres en el cuidado de los adultos(as) mayores encamados(as), propiciando la distribución equitativa de las responsabilidades dentro de la familia.
- Proporcionar formación específica en cuidados para las personas cuidadoras, con el fin de reducir el estrés asociado a esta responsabilidad y fomentar el desarrollo de su autoestima, fortaleciendo su capacidad para brindar una atención de calidad.
- Fortalecer los roles de intervención del Trabajo Social desde un enfoque sistémico, a través de estrategias de promoción, prevención, investigación e intervención, asegurando un acompañamiento integral a las familias con adultos(as) mayores encamados(as) para mejorar su calidad de vida.

Esta propuesta se basa en la necesidad de intervenir de manera integral en las familias que enfrentan la realidad de tener un adulto mayor encamado, abordando tanto las necesidades emocionales como prácticas del cuidado, con el fin de garantizar que el entorno familiar y social se vea fortalecido y equilibrado, y que el adulto mayor reciba los cuidados que requiere en un ambiente armonioso y solidario.

Desarrollo detallado de actividades:

En la Tabla 7 se presenta el plan metodológico previsto para el desarrollo de los talleres de intervención familiar.

Tabla 7

Diseño Metodológico de los Talleres de Intervención Familiar

Taller	Contenido	Objetivos	Responsables	Metodología a utilizar
Taller no. 1	Funcionamiento familiar: concepto e importancia. Variables que inciden en el funcionamiento familiar. Análisis (FODA) del funcionamiento familiar. Técnicas para mejorar el funcionamiento familiar.	Identificar las áreas de oportunidad y elaborar estrategias efectivas para mejorar el funcionamiento familiar en situaciones de crisis.	Trabajadora social	Exposición dialogada, dinámicas grupales, discusión de videos.
Taller no. 2	Equidad e igualdad de género: concepto y su importancia. Igualdad de género en el cuidado de la población adulta mayor encamada.	Analizar y valorar la importancia de la equidad de género en la atención y cuidado de los adultos mayores encamados, promoviendo una distribución justa de responsabilidades.	Trabajadora social	Exposición dialogada, debate, sociodrama.
Taller no. 3	Escuela de cuidadores: comunicación efectiva, entrenamiento de cuidados, manejo de emociones, estrés, autoestima, manejo del tiempo y terapia al ocio.	Desarrollar habilidades para el manejo de emociones, reducir el estrés y fomentar el desarrollo de la autoestima entre los cuidadores.	Trabajadora social, psicólogo, instructor de manualidades	Exposición dialogada, técnicas de relajación y meditación, curso práctico de confección de piñatas.
Taller no. 4	El trabajo social a nivel familiar: motivación, comunicación efectiva, grupos de ayuda, autoayuda, terapias familiares.	Reflexionar sobre el impacto del trabajo social en el entorno familiar y organizar estrategias de autoayuda para mejorar la dinámica familiar.	Trabajadora social	Debates, formación de grupos de autoayuda, convivio familiar.
Taller no. 5	Convivencia familiar: promover la integración de las familias en crisis. Actividades lúdicas y de integración familiar.	Fomentar la cohesión familiar y promover una integración positiva de los miembros de la familia para fortalecer los lazos afectivos y la colaboración.	Trabajadora social	Dinámicas grupales, juegos recreativos y actividades integradoras.

Taller No. 1: Funcionamiento familiar

En este taller se trabajará con las familias sobre el concepto de funcionamiento familiar, enfocándose en cómo las interacciones de los miembros impactan el bienestar colectivo. Se utilizará la técnica de Análisis FODA para identificar las fortalezas y debilidades en su funcionamiento, brindando herramientas prácticas para mejorar las dinámicas familiares. Las dinámicas grupales y la discusión de videos permitirán una reflexión más profunda.

Taller No. 2: Equidad e igualdad de género

El taller se centra en sensibilizar a los miembros de la familia sobre la importancia de la equidad de género, especialmente en el cuidado de los adultos mayores. Se fomentará el debate sobre la distribución de roles y responsabilidades en el hogar, promoviendo la colaboración activa de ambos géneros en el cuidado de los adultos mayores encamados, con el objetivo de derribar estereotipos y generar igualdad en la carga de trabajo.

Taller No. 3: escuela de cuidadores

Este taller estará orientado a las personas cuidadoras de adultos mayores, brindándoles herramientas para manejar las emociones derivadas del cuidado (como la ansiedad y el estrés), así como estrategias para mejorar su bienestar emocional. Se incluirán prácticas como la relajación, meditación y técnicas de manejo del tiempo, además de talleres prácticos como la confección de piñatas para ofrecer un espacio de esparcimiento y desarrollo personal.

Taller No. 4: El trabajo social a nivel familiar

La propuesta profundizará en el rol del Trabajo Social dentro del entorno familiar, poniendo especial énfasis en la relevancia de la comunicación y la motivación en los hogares. A través de debates y de la conformación de grupos de autoayuda, se fomentará la creación de redes de apoyo entre los miembros de la familia, con el propósito de fortalecer sus capacidades para afrontar las crisis de manera más efectiva. Este enfoque busca consolidar un espacio de acompañamiento y cooperación que permita mejorar las dinámicas familiares y garantizar un entorno más estable y resiliente para todos sus integrantes.

Taller No. 5: Convivencia familiar

El objetivo de este taller es promover la integración y la unión de las familias mediante dinámicas de convivencia que favorezcan la cooperación y el fortalecimiento de los vínculos afectivos entre sus miembros. Para ello, se desarrollarán juegos recreativos y actividades orientadas a crear un espacio positivo de interacción y apoyo mutuo, en el que se estimule la participación activa de todos los integrantes. Cada taller será diseñado y ejecutado bajo un enfoque participativo, inclusivo y de aprendizaje práctico, con el propósito de garantizar que los cuidadores y las familias dispongan de las herramientas necesarias para enfrentar de manera efectiva y equilibrada los desafíos que implica el

cuidado de adultos mayores encamados. De esta forma, se busca consolidar un entorno familiar más resiliente, colaborativo y emocionalmente saludable.

Explicación detallada de los recursos

La adecuada gestión y distribución de los insumos y apoyos necesarios para la ejecución de los talleres se detalla a continuación (Tabla 8):

Tabla 8

Inventario y Mapeo de Recursos para la Propuesta

	¿Qué es lo que ya tenemos?	¿Qué es lo que podemos conseguir en nuestra propia comunidad?	¿Qué es lo que nos falta por conseguir?
Recursos Humanos	Trabajadora Social Psicólogo Instructor(a) de Manualidades	Trabajadora Social Psicólogo de Conductor Instructor(a) de Manualidades	Social INADEH Mediante notas de solicitud
Recursos Materiales	Laptop Data Cámara Marcadores	Laptop Data Cámara fotográfica	Comercio local Donaciones de personas particulares Notas para solicitar donaciones
Insumos para brindis	Parte del brindis (alimentos y bebidas)	Comercio local Donaciones de particulares	Notas de solicitud a empresas
Recursos Físicos	Aulas, Sillas, Mesas, Tablero, Colchonetas	Aulas Sillas Mesas	Pandeportes Notas para solicitar los recursos físicos necesarios
Recursos Financieros	Población beneficiaria	Donaciones de instituciones públicas y privadas	Notas para solicitar financiamiento

- Recursos Humanos**

Se cuenta con profesionales claves como la trabajadora social, el psicólogo y el instructor(a) de manualidades. Sin embargo, se podría contar con el apoyo de más personal especializado en áreas como la gestión de recursos o la coordinación del proyecto. Además, es posible solicitar la colaboración de (INADEH) para contar con más instructores y fortalecer las capacidades del equipo.

- Recursos Materiales**

Ya contamos con equipos como laptops, data shows, y cámaras fotográficas que serán cruciales para la correcta presentación de los talleres y para documentar el progreso. Sin embargo, algunos materiales adicionales como cartulinas, goma, tijeras y otros insumos creativos podrán ser obtenidos a través de comercio local o mediante donaciones solicitadas a personas particulares y negocios de la comunidad.

- **Insumos para Brindis**

Parte de los insumos necesarios para realizar los brindis (alimentos y bebidas) ya están disponibles, pero se pueden complementar con donaciones de comercio local o empresas particulares. La estrategia será solicitar estas donaciones mediante notas formales.

- **Recursos Físicos**

Las aulas y los muebles (mesas, sillas, tableros, y colchonetas) están disponibles para la realización de los talleres. No obstante, se puede necesitar apoyo adicional para obtener equipos como colchonetas o espacio más adecuado, lo que puede ser gestionado a través de la entidad Pandeportes o solicitando apoyo mediante notas.

- **Recursos Financieros**

En cuanto a los recursos financieros, la población beneficiaria aporta parte de estos recursos a través de su participación en el proyecto, pero también es esencial contar con donaciones adicionales provenientes de instituciones públicas o privadas. Para ello, se gestionarán solicitudes de financiamiento y apoyo económico mediante notas a diversas instituciones y empresas.

Esta organización de recursos garantizará el éxito del desarrollo y ejecución de las actividades propuestas, asegurando que se cuente con todo lo necesario para cada taller y que se promueva la participación activa de la comunidad.

Estimado de presupuesto preliminar

El presupuesto preliminar proyectado para la ejecución de las actividades del taller se presenta en la Tabla 9:

Tabla 9

Presupuesto proyectado por fuentes de financiamiento para las actividades del taller

Ítem	Detalle	Costo Total	Aporte de la Institución	Aportes de la Comunidad	Otras Fuentes	Aporte Solicitado
Recurso Humano						
Instructor de manualidades	Honorarios del instructor de manualidades	100.00			100.00	
Trabajadora Social		1, 285.00	1285.00			
Psicóloga		1, 285.00	1285.00			
Recursos Materiales e Insumos						
Papel periódico, cartulina, goma, tijera, marcadores	Materiales para actividades manuales	68.00			68.00	
Insumos para brindis (Talleres)	Alimentos y bebidas para los talleres	102.00			102.00	
Impresos	Materiales impresos para y los talleres y convivencias	27.00			27.00	
Total		2867.00	2570.00		270.00	27.00

Las otras fuentes se detallan a continuación:

1. Donación de Municipio
2. Donación de Econoútiles
3. Donación de Municipio

Tiempo

Esta propuesta se llevará a cabo durante un periodo de un año, desde octubre de 2014 hasta septiembre de 2015. Durante este tiempo, se socializará la propuesta, se gestionarán los recursos necesarios y se desarrollarán las actividades planificadas. El calendario incluirá sesiones mensuales de tres horas cada mes para los talleres, y se realizarán convivencias familiares con una duración de cinco horas.

Además, se realizarán evaluaciones periódicas para asegurar el seguimiento y el logro de los objetivos propuestos. Este enfoque integral busca mantener la calidad y relevancia de las actividades en todo momento.

Cronograma

En la Tabla 10 se sintetizan las fases y el periodo de desarrollo previstos para cada una de las actividades programadas.

Tabla 10

Cronograma de ejecución de actividades del proyecto

Actividades	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S
Evaluación inicial de la propuesta	X											
Reunión de sensibilización de la propuesta con los(as) adultos(as) mayores encamados, familias y cuidadores	X	X										
Desarrollo del Taller No.1: Fortalecimiento familiar		X	X									
Desarrollo del Taller No. 2: Equidad de género			X	X								
Talleres de Manualidades						X		X				
Evaluación					X							
Desarrollo del Taller No. 3: Taller Socio Educativo Escuela de Cuidadores				X	X							
Desarrollo del Taller No. 4: El trabajo social a nivel familiar						X	X					
Convivencia Familiar							X	X				
Evaluación								X				
Informe de Resultados										X		

Responsables

- **De la Coordinación:** Trabajadora Social
- **De la Ejecución:** Trabajadora Social, Psicólogo, Instructor(a) de manualidades, Actores sociales.

Este cronograma garantiza una distribución mensual clara de las actividades propuestas, asegurando que cada etapa de la intervención se desarrolle de manera organizada y eficaz, con la participación de todos los responsables designados.

Evaluación

Aspectos a evaluar:

La evaluación se realizará de manera diagnóstica y formativa en la Tabla 11. Se llevará a cabo antes del desarrollo de la propuesta para obtener una línea base, y se evaluarán diversos aspectos clave para determinar la eficacia, pertinencia y sostenibilidad de las actividades.

Tabla 11

Matriz de criterios e indicadores para la evaluación de la propuesta

Aspectos a Evaluar	Indicadores
Coherencia	Valorar si la propuesta responde a la política social de la institución y está alineada con sus principios y objetivos.
Pertinencia	Evaluar si la propuesta responde a las necesidades presentadas en el diagnóstico. Las actividades deben ser adecuadas y ajustadas al perfil de los beneficiarios.
Relevancia	Medir el impacto y el significado de la propuesta para los beneficiarios. ¿Cuánto beneficio real generará para ellos?
Eficiencia	Verificar si las metas y objetivos de la propuesta se alcanzan con el mínimo de recursos posibles, optimizando los insumos y el tiempo.
Eficacia	Determinar si se lograrán los objetivos propuestos dentro del tiempo estipulado y con los recursos establecidos.
Sostenibilidad	Comprobar si se logrará la participación activa y sostenida de los beneficiarios a lo largo de la intervención.
Efectividad	Evaluar si la propuesta alcanzará los resultados esperados, tanto en términos de la mejora en el funcionamiento familiar como en los otros aspectos abordados.

Esta evaluación inicial ayudará a determinar si la intervención es viable, alineada con las necesidades y expectativas de la población, y permitirá ajustes o mejoras en su implementación antes de llevar a cabo las actividades.

Evaluación de los Procesos Formativa

Esta evaluación formativa proporcionará información valiosa sobre Tabla 12, cómo están siendo recibidas las actividades y permitirá ajustar las estrategias de intervención para asegurar su efectividad y continuidad en el tiempo.

Tabla 12*Indicadores para la evaluación del desarrollo de los talleres y la participación comunitaria*

Aspectos a Evaluar	Indicadores
Relevancia	Evaluar si los temas ofrecidos en los talleres cumplen con las expectativas de los beneficiarios. ¿Son percibidos como útiles y pertinentes por los participantes?
Eficacia	Medir si se están alcanzando los objetivos planteados en cada taller. ¿Los resultados esperados en términos de aprendizaje y cambio son evidentes en los beneficiarios?
Eficiencia	Analizar si las metas establecidas se logran dentro del tiempo y con los recursos disponibles. ¿Se están utilizando de manera adecuada los recursos humanos, materiales y financieros para lograr los objetivos?
Pertinencia	Valorar el grado de satisfacción de los beneficiarios. Esto incluye aspectos como la adecuación de las dinámicas propuestas, si el ambiente es agradable o desagradable, si los facilitadores son interactivos y si la metodología utilizada es participativa y relevante para los beneficiarios.
Sostenibilidad	Medir la continuidad y el compromiso de las familias y cuidadores con el proceso. Esto incluye el número de familias que participan activamente en las actividades, la asistencia constante de los cuidadores a los talleres, y la frecuencia con la que las familias asisten a los talleres. ¿Se logra mantener la participación de las familias durante toda la intervención?

Evaluación Ex Post o al Final del Desarrollo de la Propuesta

Esta evaluación final permitirá medir la efectividad global de la propuesta en Tabla 13, asegurar que se hayan alcanzado los objetivos previstos y proporcionar información valiosa para futuras intervenciones similares

Tabla 13

Criterios e Indicadores para la Evaluación Ex Post del Proyecto

Aspectos a Evaluar	Indicadores
Eficacia	Se logró alcanzar los objetivos establecidos al inicio de la propuesta. Evaluar si la intervención fortaleció el funcionamiento familiar, redujo los niveles de ansiedad y promovió la equidad de género en el cuidado de los adultos mayores encamados.
Costos- beneficios	Analizar si los recursos invertidos se vieron reflejados en beneficios tangibles para los beneficiarios. ¿Se maximizaron los resultados con los recursos disponibles? ¿Hubo un retorno positivo en relación con la inversión realizada?
Efectividad	Se cumplió con los objetivos propuestos. Evaluar si la intervención alcanzó los resultados esperados, como la mejora en el bienestar emocional y social de los beneficiarios, la reducción de estrés en los cuidadores, y la creación de un entorno familiar más armónico.
Eficiencia	Evaluar si los recursos (humanos, materiales, financieros) y el tiempo fueron administrados de manera efectiva. ¿Se optimizó el uso de estos recursos durante el desarrollo de la propuesta para lograr los resultados más adecuados?
Relevancia	Evaluar si las actividades desarrolladas cumplieron con las expectativas de los beneficiarios. ¿Los temas y dinámicas ofrecidas fueron percibidas como útiles y apropiadas para las necesidades de los beneficiarios?

Conclusiones

Tras concluir la presente investigación, se pueden extraer las siguientes conclusiones claves:

1. Condiciones económicas de los adultos mayores: La población objeto de estudio, integrada por adultos mayores entre 56 y 82 años, presenta una mediana de ingresos de B/.103.00 y egresos de B/.108.00 mensuales, lo que evidencia recursos limitados que apenas alcanzan para cubrir sus necesidades básicas.
2. Situación económica de las familias cuidadoras: Las familias de los adultos mayores encamados registran una mediana de ingresos de B/.385.00 y egresos de B/.365.00 mensuales, siendo en su mayoría uniparentales. Este dato refleja la precariedad económica que enfrentan al asumir la responsabilidad del cuidado.
3. Condiciones de vivienda: El 47% de las familias no cuenta con accesos básicos como baños adecuados, rampas o áreas de esparcimiento, lo que afecta la calidad de vida de los adultos mayores y limita su autonomía.
4. Dimensiones funcionales del entorno familiar: Las familias muestran niveles funcionales en adaptabilidad, armonía, afectividad y comunicación, lo que indica capacidad de ajuste, respeto por las necesidades de cada miembro y vínculos afectivos positivos.
5. Percepción institucional: Los funcionarios del equipo interdisciplinario del SADI tienen una valoración baja sobre las dimensiones del funcionamiento familiar, posiblemente debido a su presencia esporádica en los hogares o a la falta de atención al entorno socio-afectivo de los adultos mayores.
6. Construcción social de género en el cuidado: Las mujeres, en su mayoría sin formación específica, sin remuneración económica y con bajo nivel educativo, asumen la mayor parte de la responsabilidad del cuidado, lo que refleja un modelo tradicional de género que perpetúa desigualdades.
7. Motivaciones de los cuidadores: El 67% de los cuidadores realiza su labor con amor y dedicación, mientras que el 33% lo hace por lástima, resignación o debido a la carga emocional que implica la responsabilidad del cuidado. Este hallazgo subraya la necesidad de atender el bienestar emocional de los cuidadores.
8. Percepción de los adultos mayores: Los adultos mayores encamados consideran que las estrategias de cuidado —alimentación, aseo personal, atención médica, afecto y limpieza del espacio físico— son adecuadas y satisfactorias para sus necesidades.

- 9. Valoración de políticas institucionales:** Un 76% de los adultos mayores encamados estima que las políticas existentes responden adecuadamente a sus necesidades, lo que sugiere una alineación entre las intervenciones institucionales y las expectativas de este grupo vulnerable.
- 10. Rol del Trabajo Social:** La mayoría de las familias valora positivamente la labor del profesional de Trabajo Social, aunque señalan que su enfoque se centra principalmente en la mediación de conflictos, dejando de lado otras áreas de intervención que podrían ser más integradoras.
- 11. Percepción crítica de los funcionarios:** Los integrantes del equipo interdisciplinario del SADI perciben el funcionamiento familiar como disfuncional, destacando debilidades en comunicación y cohesión, dimensiones críticas para el fortalecimiento de la estructura familiar y la mejora del cuidado.

La investigación revela áreas críticas que requieren atención para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores encamados y fortalecer el funcionamiento familiar. Se demanda un enfoque integral que contemple tanto el bienestar físico y emocional de los adultos mayores como el apoyo a los cuidadores, con especial énfasis en la equidad de género y en la provisión de recursos educativos que fortalezcan sus capacidades.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos en esta investigación, se plantean las siguientes recomendaciones orientadas a mejorar la atención y la calidad de vida de los adultos mayores encamados, así como a fortalecer el funcionamiento familiar:

1. Implementar la propuesta de intervención presentada, con el fin de abordar las debilidades detectadas en el funcionamiento familiar. Esta acción contribuirá a mejorar la dinámica interna del hogar y, en consecuencia, la calidad de la atención brindada a los adultos mayores, favoreciendo su bienestar físico y emocional.
2. Orientar a las familias en la mejora de las condiciones de sus viviendas, garantizando un entorno seguro y adecuado para el cuidado de los adultos mayores encamados. Estas mejoras impactarán positivamente tanto en la salud física de los mayores como en la calidad de vida de los cuidadores.
3. Promover la participación activa de todos los miembros de la familia en las tareas de cuidado, mediante talleres y programas de sensibilización que eviten la sobrecarga del cuidador principal y reduzcan el estrés asociado. Es esencial fomentar la equidad de género, integrando a los hombres en estas responsabilidades.
4. Favorecer la creación de redes familiares de apoyo, que permitan atender a los adultos mayores con amor, afecto, alegría y dedicación, fortaleciendo la cohesión y la solidaridad en el entorno familiar.
5. Impulsar la capacitación continua de las cuidadoras, garantizando un entrenamiento adecuado que mejore sus competencias técnicas y emocionales en el cuidado de los adultos mayores.
6. Ampliar la contratación de profesionales de Trabajo Social, con el propósito de responder a la creciente demanda y asegurar el cumplimiento integral de las funciones inherentes a este rol.
7. Recomendar a las autoridades locales la creación de espacios sociore creativos destinados a la integración de los adultos mayores. Estos espacios fomentarán la inclusión, la participación activa y el bienestar psicológico y emocional de este grupo, mejorando su calidad de vida en general.

Estas recomendaciones buscan garantizar una atención integral y humanizada a los adultos mayores encamados, promoviendo su bienestar físico, emocional y social dentro del entorno familiar y comunitario, al tiempo que fortalecen las capacidades de los cuidadores y la cohesión de las familias.

Referencias

- Alvis-Gómez, K. M., et al. (2022). *Sobrecarga y salud percibida en cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional*. Revista de Salud Pública y Gerontología
- Archilla, S. (1985). *La perspectiva de trabajo social en el funcionamiento social y familiar y sus indicadores*. Puerto Rico.
- Ares, P. (2002). *Psicología de familia: Una aproximación a su estudio*. Editorial Félix Varela.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2023). *Panorama de la dependencia y los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Barandika, E., & Espino, F. (2007). Atención al anciano encamado. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.
http://www.semer.es/doc.s/curso_aux_encam.doc
- Barg, L. (2002). *La intervención con familia: Una perspectiva desde el trabajo social*. Espacio Editorial.
- Batthyány, K. (2020). *El cuidado como derecho y como necesidad: Miradas desde la igualdad de género*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Batthyány, K. (2021). *Miradas latinoamericanas a los cuidados y al envejecimiento poblacional*. CLACSO / Universidad de la República.
- Bazo, M. T. (1996). *Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, (73), 43–56.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=761460>

- Bazo, M. T. (2008). *Las personas mayores y la solidaridad intergeneracional en la sociedad contemporánea*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, (122), 45-68.
- Bazo, M. T., & Domínguez, J. A. (1996). *Los cuidados informales a las personas mayores dependientes en el ámbito familiar*. Aposta: Revista de Ciencias Sociales.
- Bedoya, K. (2011). *Condiciones psicosociales del adulto mayor que favorecen el envejecimiento saludable*. Universidad de Panamá.
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la investigación* (2.^a ed.). Pearson Educación / Prentice Hall.
- Bertalanffy, L. von. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. George Braziller.
- Boyer Navarro, M. (2010). *La familia ante la enfermedad* [Ponencia]. XIII Jornadas de Humanización de la Salud, Centro de Humanización de la Salud. https://www.humanizar.es/fileadmin/migrated/content/uploads/11_familia_nte_la_enfermedad_XIII_Jorn_Hum.pdf
- Boyer, M. (2008). *El entorno físico y social en la calidad de vida de los adultos mayores dependientes*. Editorial Académica.
- Carballeda, A. J. M. (2007). *La intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Editorial Paidós.
- Castellón Castillo, S., y Ledesma Alonso, E. (2012). El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil: Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus. Contribuciones a las Ciencias Sociales. <https://www.eumed.net/rev/cccss/20/>

Castro, A. P. (1995). Familia, sexualidad y discapacidad. Editorial Científico-Técnica.

Castro, a.p. (1995). Familiar, sexualidad y discapacidad. La Habana. Cerda, h. (1998). Los elementos de la investigación. Bogotá: el búho.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2002). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Datos e indicadores. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7166-envejecimiento-desarrollo-america-latina-caribe>

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2008). Familia y solidaridad intergeneracional: Escenarios futuros en políticas de vejez en Panamá. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/81474-familia-solidaridad-intergeneracional-escenarios-futuros-politicas-vejez-panama>

Cerda, H. (1998). Los elementos de la investigación. Editorial El Búho

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2021). *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Tendencias demográficas, protección social y políticas de cuidado*. Naciones Unidas.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2022). *Envejecimiento, dependencia y derechos humanos de las personas mayores*. Naciones Unidas.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2024). *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2024: Desafíos para la inclusión y el cuidado integral*. Naciones Unidas.

Da Silva, J. G., y Rubens Rebelatto, J. (2005). *Rehabilitación geriátrica*. McGraw-Hill Interamericana.

Defensoría del Pueblo. (2004). *Constitución Política de la República de Panamá*. Imprenta Nacional.

Del Popolo, F. (2001). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina (Serie Población y Desarrollo N.º 19). CEPAL / Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/7154-caracteristicas-sociodemograficas-socioeconomicas-personas-edad-america-latina>

Díaz, B. E., Martínez, A. J., & Núñez, V. (2003). Características biopsicosociales en una población anciana. *Revista Cubana de Enfermería*, 19(3).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116118004>

Domínguez, R. (1996). *La familia como sistema de apoyo e interacción social*. Ediciones Díaz de Santos.

Donoso Díaz, M. de la P., & Saldías Guerra, P. (1998). *Modelo de intervención para el trabajo social familiar (Material de apoyo a la docencia)*. Universidad Católica Blas Cañas. <https://go.fliplink.me/view/BEA978A0-76EC-4D2D-A95E-ABD53286DE3F>

Duvall, E. M. (1977). *Marriage and Family Development* (5.^a ed.). J. B. Lippincott Company.

Espín Andrade, A. M., Leyva Salermo, B., & Vega García, E. (2000). ¿Cómo cuidar mejor? Manual para cuidadores de personas dependientes. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud.
<https://go.fliplink.me/view/4C6F2E7F-5400-4104-91B0-5D9A074C3E73>

Fernández Ortega, M. Á. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 47(6), 251–254.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>

Garcés, A., et al. (2023). *Salud integral y afrontamiento del cuidador principal de personas adultas mayores en condición de encamamiento*. *Revista Gerontológica Panamericana*.

García, M., et al. (2007). *Aplicación del modelo sistémico de Friedeman en la evaluación del funcionamiento y la salud familiar*. *Revista Cubana de Enfermería*.

Gómez, J. (2002). *Valoración integral de la salud del anciano*. Artes Gráficas.

González de Gago, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 11(1-2), 42–66. https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ti/article/view/3192

Grupo Asesor Metodológico de Estudios de la Familia [GAMEF]. (2000). *Manual de evaluación y diagnóstico del funcionamiento familiar*. Ministerio de Salud Pública.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2007). Metodología de la investigación (4.^a ed.). McGraw-Hill.

Huenchuan Navarro, S. (2004). Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina (Serie Población y Desarrollo N.º 51). CEPAL / Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).
<https://digitallibrary.un.org/record/543674>

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2013). Panamá en cifras. Contraloría General de la República de Panamá. <https://www.inec.gob.pa>

Lucas-Vaquero, M. V. (2003). Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez: Un ejemplo de protocolo de evaluación. Universidad Iberoamericana. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7000701.pdf>

Macías, R. (1994). Antropología de la sexualidad humana. MIGUCOSEF.

Macías, R. (1996). *Variables e indicadores del funcionamiento familiar y su impacto en la salud*. Revista Latinoamericana de Psicología Familiar.

Marco Navarro, A. (2021). *Calidad de vida y condiciones socioeconómicas de las familias con adultos mayores dependientes*. Fondo de Cultura Económica.

Ministerio de Desarrollo Social. (2002). *Diagnóstico nacional sobre la situación de las personas mayores en Panamá*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
<https://www.inec.gob.pa/redpan/sid/docs/Documentos%20Tematicos/Informes%20de%20Seguimiento/INFORMEPAMRESUMEN.pdf>

Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa.

Minuchin, S. (1999). *Familias y terapia familiar*. Gedisa Editorial.

Montorio, I., Izal, M., López, A., & Sánchez, M. (1998). *La entrevista de carga del cuidador: Utilidad y validez del concepto de carga*. *Anales de Psicología*, 14(2), 229–248. https://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf

Ochoa, J. D. (2009). *Condiciones psicosociales del adulto mayor*. Monografias.com. <https://www.monografias.com/trabajos88/condiciones-psicosociales-del-adulto-mayor/condiciones-psicosociales-del-adulto-mayor>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1978). *El ciclo vital de la familia y su relación con el proceso salud-enfermedad* (Informe Técnico N.º 620). OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (1985). *Atención a las personas mayores: Un desafío para las políticas públicas en las Américas*. OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *Grandes síndromes geriátricos y atención integral a la dependencia en las Américas*. OPS.

Orosa Fraiz, T. (2003). *La tercera edad y la familia*. Editorial Félix Varela.

Ortega Veitía, T., Cuesta Freijomil, D. de la, & Días Retureta, C. (1999). *Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales*. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164–168.

<https://web.archive.org/web/20160120054648/http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>

Ortega, P., de la Cuesta, D., & Dias, A. (1999). *FF-SIL: Instrumento para la evaluación del funcionamiento familiar*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(3), 280-285.

Osorio, A., & Fajardo, M. (2008). *Integración de los actores sociales en la atención al adulto mayor del municipio de Manzanillo*. XTEC. <http://www.xtec.cat/~mcodina3/familia/4funcio.htm>

Quintero, Á. M. (1997). *Trabajo social y procesos familiares*. Editorial Lumen/Humanitas.

Quintero, Á. M. (2004). *Trabajo social y el enfoque sistémico*. Editorial Lumen/Humanitas.

Ramírez Santiesteban, R. I. (2004). *Funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores, Policlínico Carlos J. Finlay Marianao*. Revista Ciencias. <https://web.archive.org/web/20071011233910/http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEEuZuZEukmZafLbKz.php>

Roca Perera, M. Á. (2000). *La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros*. Infomed - Portal de Salud de Cuba. <https://web.archive.org/web/20120718104825/http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=4830>

Rodríguez Domínguez, O. (2011). *Sistema de acciones para la incorporación de los adultos mayores al círculo de abuelos en el sector La Silvera, parroquia Chiquinquirá, municipio La Cañada, estado Zulia, Venezuela*. Contribuciones a las Ciencias Sociales, (12). <https://www.eumed.net/rev/cccss/12/ord.htm>

Rojas, R. (1981). *Guía para realizar investigaciones sociales*. Folios Ediciones.

Salgado, A., Guillén, F., y Rupérez, I. (2002). *Manual de geriatría* 3.^a ed. Masson.

Salvarezza, L. (1991). *Psicogeriatría: Teoría y clínica*. Editorial Paidós.

Salvarezza, L. (1991). *Psicogeriatría: Teoría y clínica*. Editorial Paidós.

Satir, V. (1988). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Editorial Pax México.

Serrud, M. (2002). *Análisis de la atención familiar del adulto mayor dependiente en Santiago*. Universidad de Panamá.

Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Fondo de Cultura Económica.

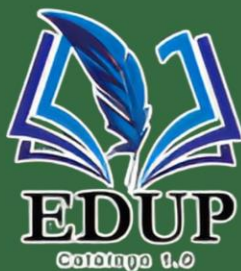
Zaldívar Pérez, D. F. (2005). *Funcionamiento familiar saludable*. Portal salud vida.
<https://es.scribd.com/doc/92934940/Funcionamiento-Familiar>

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. The Gerontologist, 20(6), 649-655.



Jeannette del Carmen Vásquez Vargas

Jeannette Del Carmen Vásquez Vargas es una profesional de Trabajo Social con una sólida trayectoria en el ámbito de docencia, investigativo y de gestión universitaria. Cuenta con una Maestría en Políticas, Promoción e Intervención Familiar y especializaciones en Docencia Superior, Recursos Humanos y Trabajo Social Familiar. A lo largo de su experiencia profesional, ha combinado la docencia, la investigación social y el trabajo con comunidades, participando en proyectos dirigidos al fortalecimiento de las familias, el desarrollo humano, la atención de grupos en situación de vulnerabilidad y la promoción del bienestar social. Su desempeño académico refleja un profundo compromiso con la formación integral de nuevos profesionales y con la generación de conocimientos que respondan a las necesidades y realidades de la sociedad panameña.



EDITORIAL DIGITAL UP

<https://editorialdigital.up.ac.pa/index.php/edup>



ISBN: 978-9962-23-025-0

9 789962 230250