



ÁREAS SOCIOECONÓMICAS Y DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES ENCAMADOS EN POLICLÍNICA DE CHITRÉ, PANAMÁ

SOCIOECONOMIC AREAS AND FAMILY FUNCTIONING IN BEDRIDDEN OLDER ADULTS IN THE POLYCLINIC, OF CHITRE, PANAMA

Jeannette Del C. Vásquez V.

Universidad de Panamá, Panamá

Correo: Jeannethe.vazquez@up.ac.pa Identificador ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9010-0114>

*Autor de correspondencia: Jeannethe.vazquez@up.ac.pa

Resumen

Es un estudio de corte transversal descriptivo que analiza el comportamiento que presentan las áreas del funcionamiento familiar y socio económico en adultos mayores encamados. La población objeto fue de 160 adultos que reciben servicios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego y la muestra fue de 34 pacientes, familiares y personas responsables. El instrumento empleado fue una encuesta estructurada y los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS20, Los resultados indican que: los adultos mayores tienen ingresos económicos insuficientes, en su mayoría, son dueños de la propiedad, sus hogares no tienen infraestructura básica para su cuidado y atención, pero valoran los programas de atención y sus estrategias; consideran pertinente el funcionamiento familiar, sin embargo, manifiestan debilidades en las dimensiones de permeabilidad, cohesión y roles. Los responsables del adulto mayor, en su mayoría, familiares, del sexo femenino, tienen niveles educativos elementales, con dedicación a tiempo completo y sin remuneración. Las políticas y normas aplicadas por la Institución, las consideran pertinentes para el funcionamiento familiar y consideran que el Trabajador Social cumple con los roles de orientador, mediador y generador de fortalecimiento familiar.



Palabras Clave Funcionamiento familiar, trabajo social, adulto mayor, encamado, trabajador social.

Abstract

This is a descriptive cross-sectional study that analyzes the behavior in the areas of family and socioeconomic functioning in bedridden older adults. The target population was 160 adults receiving health care services at Roberto Ramírez de Diego Polyclinic and the sample consisted of 34 patients, family members and responsible persons. The instrument used was a structured survey and the results were analyzed using the SPSS20 statistical package. The results indicate that: the older adults have insufficient economic income, most of them are property owners, their homes do not have basic infrastructure for their care and attention, but they value the attention programs and their strategies; they consider the family functioning area as pertinent; however, they show weaknesses in the dimensions of permeability, cohesion and roles. Those responsible for the elderly are mostly female family members who have elementary educational levels, are full-time and unpaid. The policies and norms applied by the Institution are considered pertinent for family functioning and the Social Worker is considered to fulfill the roles of counselor, mediator, and generator of family strengthening.

Keywords: Family functioning, social work, elderly, bedridden.

Introducción

Panamá ha experimentado un gran crecimiento en el número de adultos mayores, debido entre tantas cosas al aumento de la esperanza de vida del país.

Actualmente según las estadísticas de la Contraloría General de la República (2010) hay 361,364 adultos mayores de 60 años y más de los cuales, 17,357 pertenecen a la provincia de Herrera y representan el 15.8% de total de la población de esta Provincia. El distrito de Chitré cuenta con 50,684 habitantes de los cuales, 7,108 que representa el 14.2% son adultos mayores. Si comparamos esta población con el número de hogares, que ascienden según el Censo a 15,101, se puede inferir que cada dos hogares cuentan con un adulto mayor.

Este segmento de la población por su crecimiento no cuenta con las condiciones para garantizarse una vida plena; pues se encuentran en una nueva etapa en la que deben afrontar nuevos cambios en su



proceso de socialización, incluyendo los de naturaleza patológica (Hernández, Martín et al. 2006, p118). Y por lo tanto deben asumir las actitudes y comportamientos de esta nueva etapa de su vida. Sobre los adultos mayores figuran una serie de limitaciones y prejuicios propios de las raíces culturales de cada pueblo, que se encuentran arraigadas en su historia, tradiciones y creencias religiosas e idiosincrasia.

Una parte significativa de los adultos(as) mayores en América Latina están desprovistos de apoyo y siguen dependiendo de sus familias. Según La Comisión Económica para América Latina, (2012) ese apoyo familiar incluye desde la ayuda económica directa hasta los cuidados personales o apoyo emocional en el caso de un pariente enfermo.

Papolo (2001) indica que un fenómeno destacable de fines del siglo XX y principios del XXI, en estas edades es el resultado de un aumento de la esperanza de vida. Ellos generan nuevos desafíos y modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales. (p.73), con lo cual se incrementa la atención, mediante políticas institucionales.

Estudios sobre el funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores, mediante prueba validadas, en poblaciones latinoamericanas confirmaron que un porcentaje alto que supera el 50% está afectado en mayor o menor grado por el funcionamiento familiar. (Ramírez, 2004 p.86).

A nivel de nuestra realidad familiar panameña, Cisneros (2003) encontró que la atención familiar del adulto mayor en el Distrito de Santiago, Panamá, es esporádica, razón por la cual se les ofrecen los programas existentes en el área con atenciones de corta instancia y un servicio domiciliario integral. (p.126).

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2008) empleando el método Delphi modificado realizó un estudio mediante paneles integrados por expertos de cuatro países (Panamá, Chile, República Dominicana y Uruguay) fundamentado en la evolución histórica de las tendencias de la población, para generar herramientas que incrementaran la efectividad de las políticas de la vejez. Las áreas de análisis fueron la seguridad económica, salud, bienestar, entornos propicios y favorables. Los hallazgos señalan que las relaciones filiales de han visto debilitadas, que es en parte el origen del abandono y el maltrato a la vejez. (p. 184).



Otro estudio (Bedoya, 2011) indagó sobre las condiciones que afectan la calidad de vida y las relaciones familiares (p. 73). El mismo refuerza la preocupación sobre la calidad de vida a que están siendo sometida este grupo poblacional.

La atención de los adultos encamados se ha constituido en una realidad que cada vez se incrementa más en la sociedad panameña y genera una nueva dinámica en el entorno familiar. Este aumento, constituye un desafío para el Estado quien debe velar por el bienestar de su población y es también un desafío para la familia porque necesita cuidados especiales.

La situación descrita tiene una triple complicación: primero tiene que ver con la existencia o no de las políticas públicas destinadas al abordaje que genera el incremento de la población envejeciente, en segundo lugar incide en el adulto mayor encamado, caracterizado por su inmovilidad física, alteraciones motrices de los órganos y sentidos que a su vez limitan su expresión debilitando su calidad de vida personal; en tercer lugar afecta la dinámica de la familia porque reclama una serie de cuidados y afectos que demandan mucha dedicación y entrega. La familia, en ocasiones lo acepta como una responsabilidad moral y lo asumen como asunto familiar con todas las consecuencias socio- económicas, culturales, de desgaste físico, emocional, de desestabilización de la vida familiar, de integración social, de convivencia, en la salud de sus miembros, en los recursos económicos y hasta en el propio modo de vida de la familia. El riesgo en las tareas de asumir responsabilidades familiares en la atención de este adulto mayor encamado, tiende a recaer en la mayoría de los casos en el sexo femenino, principalmente familiares, lo cual se explica por la tradición cultural de una sociedad machista que ha delegado en éstas las funciones domésticas, de crianza de los hijos de atención a otros miembros de la familia y produce el sacrificio en su vida personal, su esparcimiento y espacio.

Esta situación generada por la presencia de un adulto mayor encamado, no ha sido totalmente estudiada. Las instituciones de salud, tienden a ofrecer servicios al encamado con miras a mitigar sus dolencias, pero no incluyen en sus programas a la familia como núcleo integrador. Otras instituciones no se involucran en la problemática y particularmente las normativas aparentemente dejan un vacío en atención a la situación expuesta.

En esta dirección Landriel, E. (2001), expresa que los miembros de una familia interactúan y son influenciados unos a otros en el comportamiento, pensamiento, y sentimientos.



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

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

La búsqueda de soluciones a esta situación ha llevado a la familia a responsabilizar a un familiar, o bien a contratar personas para que cuiden de los mismos con la tendencia a aislarlos dentro del grupo familiar.

El Estado, por su parte, a través de las agencias de salud desarrolla programas de atención consistente en la asistencia médica, visitas domiciliarias, pero dejando de lado estudios y programas referentes al funcionamiento familiar integral.

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

Por lo expuesto, sigue planteándose como inquietud el funcionamiento de la familia en circunstancias como es la presencia de adultos mayores encamados. Algunos autores como Osorio y Fajardo (2008) enfatizan en que el envejecimiento, en la dinámica y funcionamiento de las familias es una de las relaciones más complejas y menos estudiadas y es por demás, una de las cuestiones que no solo depende de los recursos materiales sino también de los aspectos educativos del entorno familiar. (p. 48).

Aun cuando se realizan ciertos esfuerzos, más de naturaleza material y asistencial a las familias, no se ha logrado estudiar a profundidad el tipo de funcionamiento que operan en estas familias y qué estrategias se puede implementar a través de la intervención profesional para lograr un funcionamiento adecuado que no genere situaciones de estrés, abandono y crisis familiar. Por ello surge el interés de analizar el comportamiento que presentan las áreas socioeconómicas y funcionamiento familiar de los adultos mayores encamados.

Materiales y Métodos



Se trata de un estudio exploratorio descriptivo y de corte trasversal, los datos son recogidos en un periodo de los dos últimos meses de 2018 y dos primeros meses del 2019. La población estuvo compuesta por 160 adultos mayores encamados que reciben servicios de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, de acuerdo a los registros estadísticos de la institución y las familias de estos pacientes, de la cual se seleccionó muestra cuyo tamaño se definió según la fórmula:

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

Donde, N=Tamaño de la población; n=Tamaño de la muestra; $\alpha = 0,05$; $p=q=0.50$; $e=0,15$

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

Así la muestra la formaron 34 pacientes encamados y 34 familiares

Tabla 1. **Pacientes encamados entrevistados, según corregimiento. Distrito de Chitré, 2018.**

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

Fuente: Tarjetero que reposa en la Policlínica Caja de Seguro Social. Programa SADI



Las variables analizadas incluyen características de la población adulta mayor encamada: edad, ingresos, enfermedades que padecen, funcionamiento familiar, estrategias que se emplean para su cuidado, condiciones socioeconómicas de los familiares, características de las personas responsables del cuidado, políticas que regulan la atención del adulto mayor encamado, desafíos y perspectivas para el trabajador social.

Los instrumentos empleados fueron: encuesta dirigida a la familia del adulto mayor encamado y el FF-SIL validado en Cuba en 1994, que mide la percepción de un miembro de la familia acerca de su funcionamiento familiar y en relación con sus aspiraciones de protección y afecto. Estos se aplicaron mediante visitas domiciliarias

Resultados y Discusión

A continuación, se presentan los principales resultados.

-Características socioeconómicas de la población adulta mayor encamada.

Tabla 2. Ingreso mensual y egresos de adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego según edad. Chitré. 2018.

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

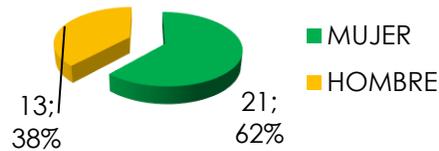
Fuente: Elaborado por la autora.

La edad mediana de los adultos mayores encamados estudio, es de 82 años. Esta edad se sustenta debido al aumento de esperanza de vida, Esta población cuenta con ingresos medianos mensuales de \$103 y gastos medianos de \$108.00 (Tabla 2), lo cual denota que los ingresos de los adultos mayores encamados



necesidades básicas y menos les alcanza para otras actividades.

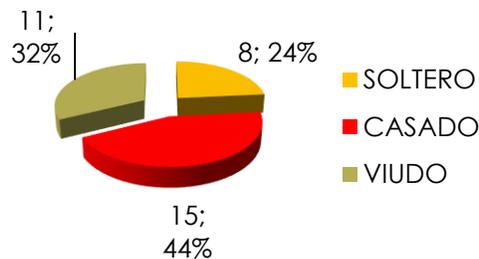
Figura 1. Adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego por sexo. Chitré 2018.



Fuente: Elaborado por la autora.

El sexo mayoritario son mujeres y un bajo porcentaje hombres (figura 1) y prevalece la mujer adulta mayor encamada. Esto se relaciona con datos del censo de 2010 sobre población del Distrito de Chitré donde la mayoría son mujeres (24, 377) y con la esperanza de vida en Panamá (2017), que en las mujeres fue de 81, 41 y los hombres de 75.06 años.

Figura 2. Adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego por estado civil. Chitré 2018.



Fuente: Elaborado por la autora.

Según el estado civil el 44% de la población es casada lo cual fortalece la institución familiar, aunque, por las edades, hay un porcentaje considerable de viudos. Estos datos coinciden con el Censo (2010) que muestra que la población mayor de 50 años permanece casada (33.1) y viudos entre 5.6 y 29.8.



Figura 3. Adultos mayores encamados(as) de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego según corregimiento de procedencia. Chitré 2018.

Roberto Ramírez de Diego según corregimiento de procedencia. Chitré 2018.

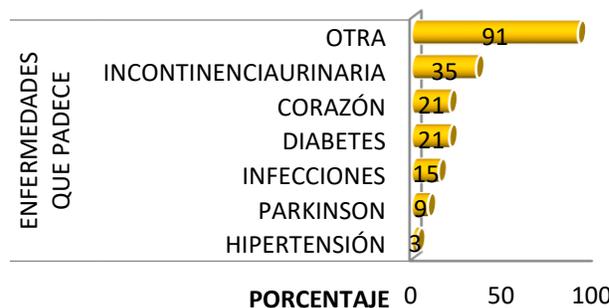


Fuente: Elaborado por la autora.

La mayoría de los encamados pertenecen al Corregimiento de Chitré, seguido de La Arena, Monagrillo y San Juan Bautista respectivamente (Figura 3).

La cobertura del programa del Sistema de Atención Domiciliaria Integral se da a toda la población asegurada y beneficiada del Distrito de Chitré, pero a pesar que la mayor población, según censo 2010, se encuentra en Monagrillo y San Juan Bautista la misma no está inscrita en el programa de seguridad social quedando un amplio margen de población adulta mayor excluida de los servicios del programa.

Figura 4. Adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego según enfermedades que padecen. Chitré 2018



Fuente: Elaborada por la autora

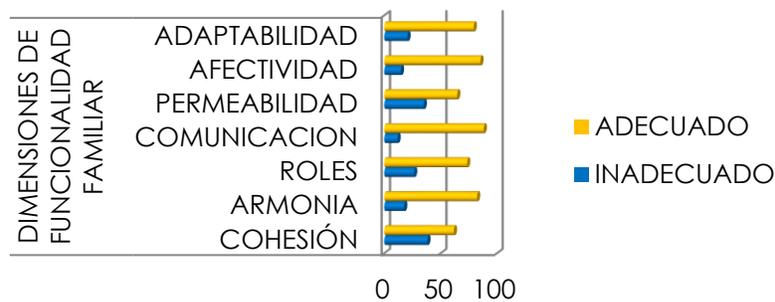


Las enfermedades reportadas fueron hipertensión 3%, párkinson 9%, infecciones 15%, diabetes 21%, corazón 21%, incontinencia urinaria 35%. Esta última, reportada con la mayor frecuencia y otras dolencias con el 91% (figura 4).

Estos datos reafirman que durante el envejecimiento ocurren tanto la pérdida de funciones cognitivas, como enfermedades físicas y la aparición de morbilidades crónicas.

-Funcionamiento familiar

Figura 5. Dimensiones del funcionamiento familiar en adultos mayores encamados. Policlínica Roberto Ramírez de Diego, Chitré 2018



Fuente: Elaborado por la autora.

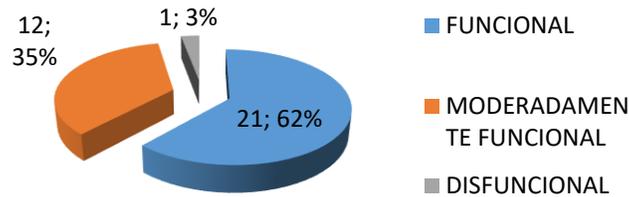
Para los adultos mayores encamados, la comunicación efectiva, armonía y adaptabilidad son las dimensiones que más aportan para considerar la funcionalidad familiar como adecuada. Las que menos contribuyeron fueron la cohesión roles y la permeabilidad.

Por ello, la comunicación, según el adulto mayor es adecuada; al igual la armonía, la afectividad y adaptabilidad. Estas dimensiones garantizan la estabilidad en la familia. La permeabilidad resultó baja y se refiere a la dificultad para ponerse de acuerdo en aspectos puntuales de la atención.



Figura 6. Funcionalidad familiar según adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2018.

encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2018.

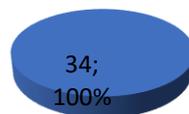


Fuente: Elaborado por la autora.

La mayoría de los adultos mayores encamados 62% reportaron pertenecer a hogares funcionales, sin embargo, resulta significativo que 38 % se encuentre en hogares moderadamente funcionales y disfuncionales. Esto guarda relación con aspectos tan importantes de la dinámica relacional sistémica en el grupo familiar:

-Estrategias que se utilizan para el cuidado del adulto mayor.

Figura 7. Estrategias empleadas según adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego para el cuidado. Chitré 2018.



Fuente: Elaborado por la autora.

Las estrategias empleadas para el cuidado de los adultos mayores encamados fueron catalogadas como adecuadas (Figura 7). Se refieren alimentación, aseo, afecto cariño, medicamentos y espacio físico con



-Características socioeconómicas de las familias de los adultos mayores encamados.

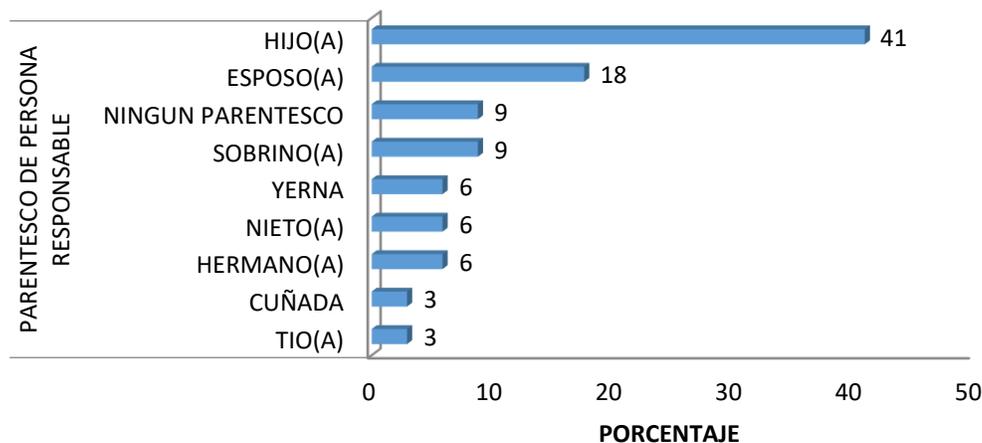
Tabla 3. Ingresos, egresos y montos de ayudas mensuales de las familias de los adultos mayores encamados, de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018.

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

Fuente: Elaborado por la autora.

Los ingresos oscilan entre \$0 y \$6650, con una media de \$385. Los gastos reportados, por las familias, oscilan entre \$115 y \$ 1284, con un gasto medio de \$365. Se reportaron ayudas entre 60 y \$900, con montos medios de \$80 (Tabla 3). Se deduce que, para satisfacer las necesidades básicas y materiales de sus miembros requiere de ingresos mayores y que reciben ayudas económicas de otros familiares y de las Juntas Comunales de los Corregimientos del Distrito.

Figura 8. Parentesco de las personas responsables de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 201

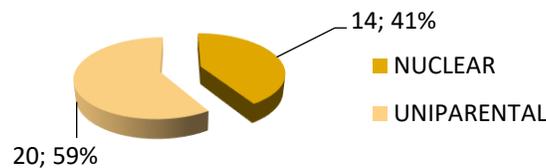


Fuente: Elaborado por la autora.



son mayormente responsables de la tutoría. Entre ellos, los hijos y esposo. Sólo un bajo porcentaje es realizado por personas no emparentadas y otros miembros responsables son hermanos, nietos, sobrinos, tíos. (Figura 8). Esta responsabilidad evita la institucionalización y la población adulta encamada permanece mayor tiempo con la familia.

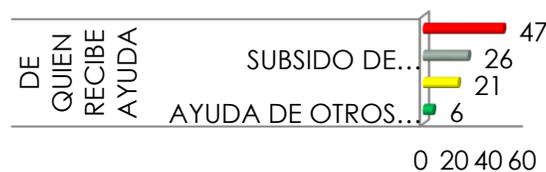
Figura 9. Composición familiar de las familias responsables de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018.



Fuente: Elaborado por la autora.

Existe un grupo significativo de las familias uniparentales (Figura 9), que surge por desaparición de uno de los cónyuges (por divorcio, separación, abandono o fallecimiento). El otro es la familia nuclear con pocos miembros y más vulnerables a presiones internas y externas. Esta situación se relaciona con el número de miembros, promedio que viven en el hogar, según Censo (2010) en el Distrito de Chitré, que es 3.3 personas.

Figura 10. Personas e instituciones de las que reciben ayuda las familias responsables de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018.

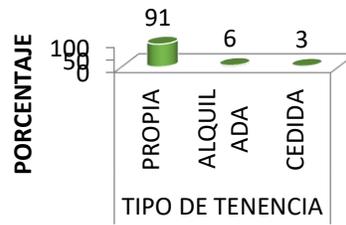


Fuente: Elaborado por la autora.

La mayoría de las familias reciben algún tipo de ayuda económica de la Junta Comunal u otra organización comunitaria. (Figura 10).



Figura 11. Tenencia de la vivienda de la familia de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018.



Fuente: Elaboración propia.

El 91% de las familias tienen vivienda propia, un 6% es alquilada y un 3% es cedida, de lo cual se puede inferir cierta estabilidad habitacional.

Figura 12. Servicios con que cuentan las viviendas de las familias responsables de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, Chitré 2018.



Fuente: Elaboración propia

La mayoría de las familias cuenta con servicios de agua, luz eléctrica y alcantarillado (figura 12). Esto garantiza tener las condiciones mínimas adecuadas para las familias, aunque otro porcentaje no posee todos los servicios de forma completa e incide en la calidad de vida.



Figura 13. Accesos con que cuenta la vivienda de las familias responsables de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 201



Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las viviendas, en donde habitan no cuentan con infraestructura básica como baños, rampas y áreas de esparcimiento lo que incide en la calidad de vida de estos adultos mayores encamados (figura13).

Figura 14. Áreas en la comunidad para adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2

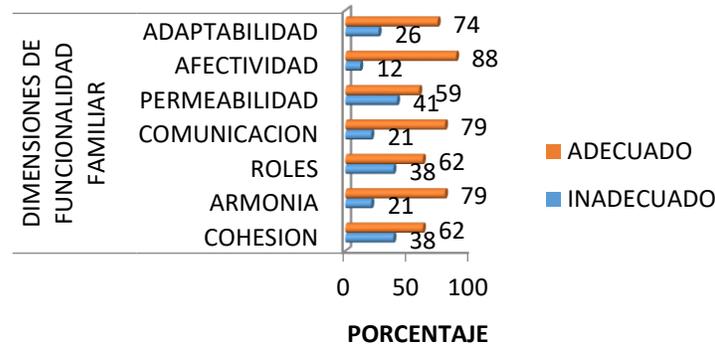


Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las familias responsables reportan que las comunidades, donde viven, no cuentan con áreas adecuadas dedicadas para la población adulta mayor encamada y su familia (figura 14).



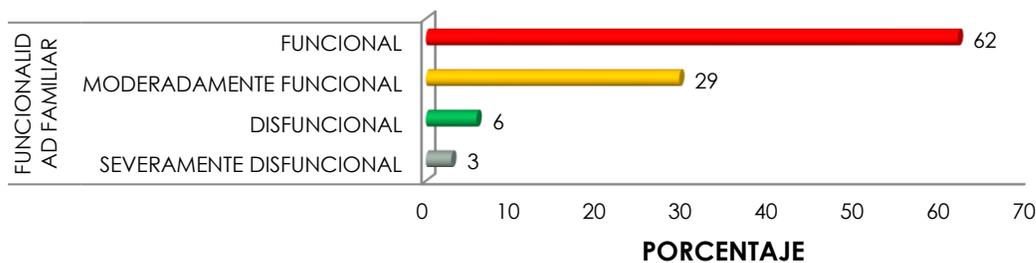
Figura 15. Percepción de las dimensiones de la funcionalidad familiar, según los familiares de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018.



Fuente: Elaboración propia

Según la percepción de los familiares responsables tenemos que la afectividad refleja un manejo adecuado, igual la comunicación, para compartir experiencias de forma clara y directa, refleja un buen funcionamiento. La armonía muestra correspondencia entre la necesidades e intereses de la familia y según la adaptabilidad, tienen habilidades para cambiar las reglas y roles de la familia ante cualquier situación. Estas dimensiones son las que más aportan para considerar la funcionalidad familiar como adecuada. Las que menos contribuyen, según las familias fueron; la permeabilidad, la cohesión y los roles respectivamente.

Figura 16. Funcionalidad familiar de las familias responsables de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018.

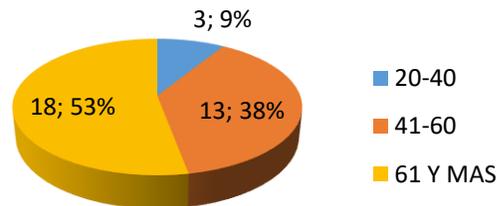




En opinión del 62% de las familias, el funcionamiento familiar es funcional y un 29% moderadamente funcional (figura 16). Esto se debe a que la permeabilidad, la cohesión y roles resultan bajos dentro del funcionamiento familiar, lo cual afecta la calidad de atención y bienestar social.

Persona responsable del cuidado del adulto mayor encamado

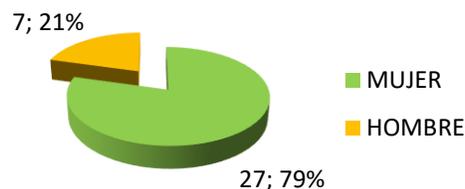
Figura 17. Edad de las personas responsables del cuidado de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018.



Fuente: Elaboración propia.

La edad de las personas responsables del cuidado de los adultos mayores encamados tiene 41 años y más (figura 17), aunque las personas cuidadoras se concentran en la población de 61 años y más, quien a su vez es un adulto mayor también.

Figura 18. Sexo de las personas responsables del cuidado de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, Chitré 2018.

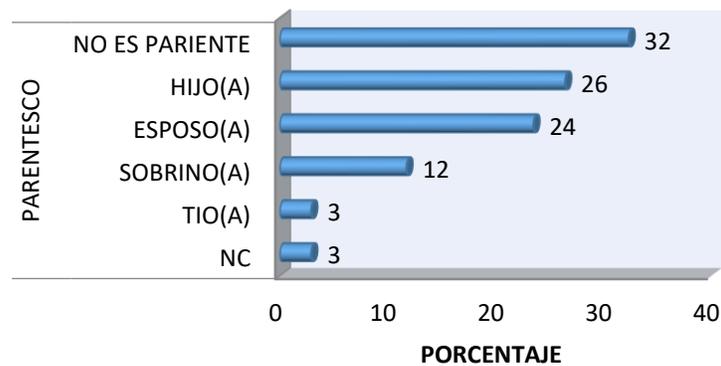


Fuente: Elaboración propia.



En la figura 18, se observa que la mayoría de las personas que cuidan a la población estudiada son mujeres quienes asumen mayoritariamente esa responsabilidad, por la construcción social que se ha mantenido siempre del rol de cuidadora. Estos resultados están determinados por factores culturales que le han asignado a la mujer el papel de cuidadora.

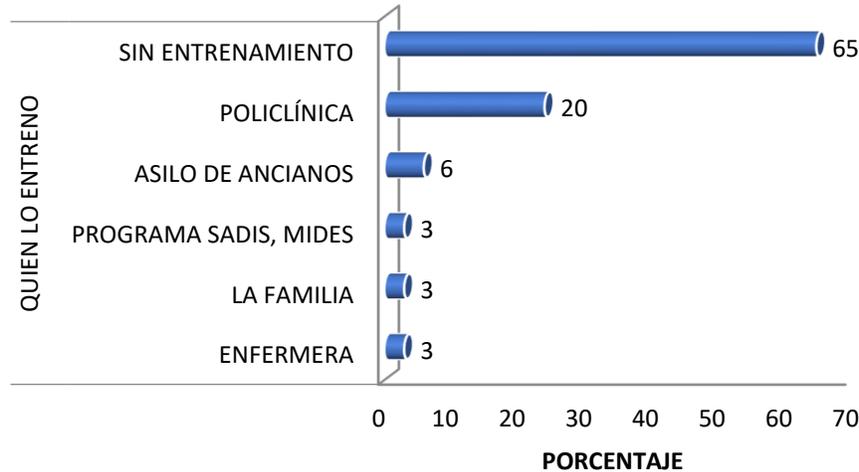
Figura 19. Parentesco de las personas responsables del cuidado de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al parentesco de las personas responsables del cuidado en su gran mayoría son familiares (figura 19) esposa, hija, sobrina, tía. La mujer por imperativo social la más responsable frente a las situaciones de cuidado.

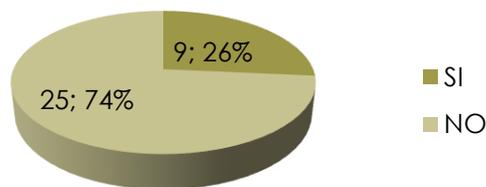
Figura 20. Entrenamiento de las personas responsables del cuidado de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2018.



Fuente: Elaboración propia.

La mayoría, 65% de las personas cuidadoras manifiestan carencias de preparación, no poseen ningún entrenamiento formal para el cuidado de adultos mayores encamados.

Figura 21. Remuneración de las personas responsables del cuidado de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018.

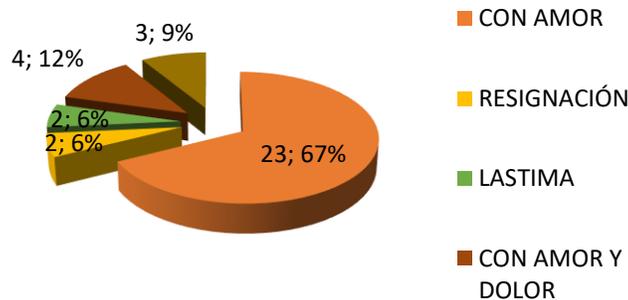


Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las personas responsables del cuidado de la población adulta mayor encamada no recibe ninguna remuneración (figura 21), el cuidado es prestado en virtud de las relaciones afectivas y de parentesco que unen a la persona dependiente y la persona cuidadora,



Figura 22. Manejo de emociones de la persona responsable del cuidado de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, Chitré 201

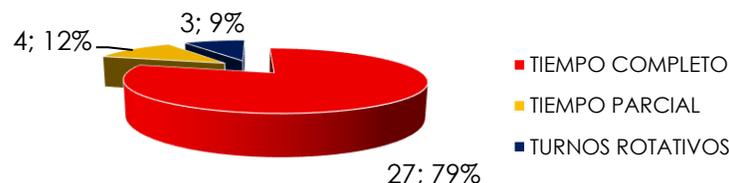


Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los responsables reportan realizar la labor de cuidado por amor, en sus diversas formas actúa como facilitador de las relaciones interpersonales y relaciones de afecto con la persona cuidada, (figura 22).

Hay un porcentaje importante que siente lástima, emoción autodestructiva, signos de baja autoestima; otros realizan esta labor con resignación, dolor, generalmente desagradable es decir otras emociones que puedan generar opresión.

Figura 23. Dedicación de la persona responsables del cuidado de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré 2018.



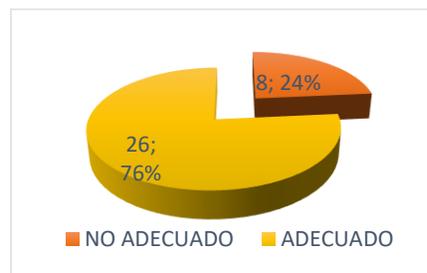
Fuente: elaboración propia.



La mayoría de las personas que cuidan lo hacen a tiempo completo y no realiza otras actividades, pues no cuentan con tiempos libres, (figura 23). Este cuidado a tiempo completo produce cansancio físico, trastornos del descanso y sueño, representando una sobrecarga física, social y emocional que altera el funcionamiento del cuidador y de todos los miembros de la familia ya que es una situación de crisis.

- Políticas que regulan la atención del y la adulta mayor encamado.

Figura 24. Políticas que regulan la atención del adulto mayor encamado de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018.

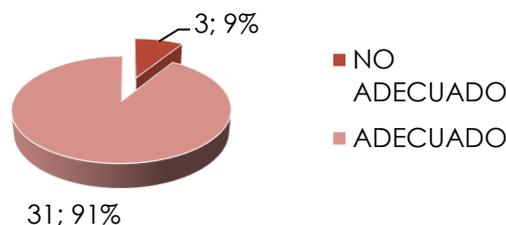


Fuente: elaboración propia.

Según las familias, las políticas de la institución de seguridad social, que regulan la atención de estos adultos encamados y su familia son adecuadas por un 76%, (figura 24). Se percibe que las políticas responden a las necesidades sentidas, que el programa dispone de recursos humanos, materiales y la logística adecuada.

-Desafíos y perspectivas para el trabajo social.

Figura 25. Labor realizada por el Trabajador Social con los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, Chitré 2018.

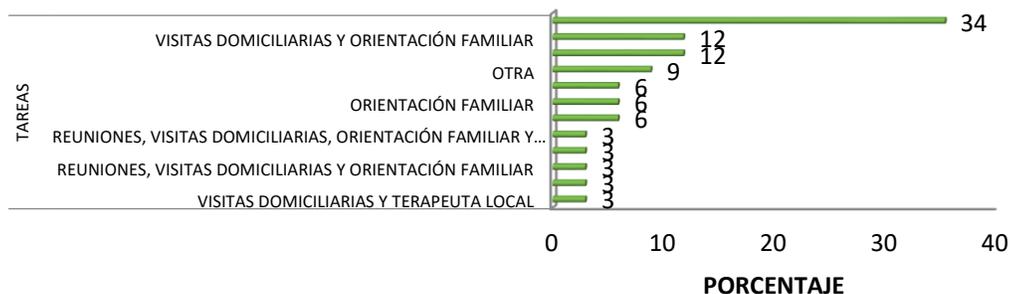


Fuente: elaboración propia.



En cuanto a los desafíos y perspectivas para el trabajador social, la mayoría de los familiares consideran que la labor realizada por el trabajador social es adecuada, (figura 25). Refieren que la familia recibe servicios de orientación de este profesional y lo consideran importante en la situación del funcionamiento familiar, además que posee un liderazgo en el desarrollo de los servicios a esta población

Figura 26. Tareas que realiza el/la Trabajador Social con los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, Chitré 2018.



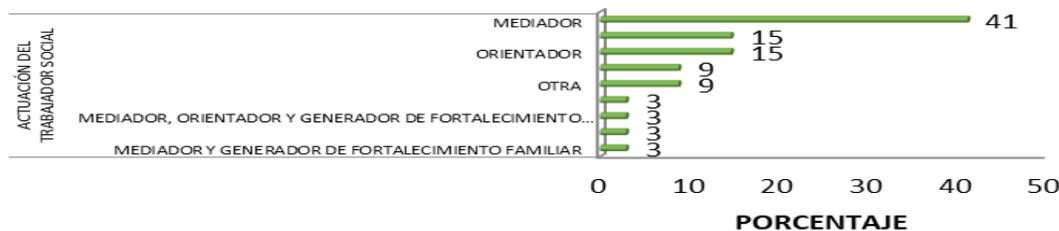
Fuente: elaboración propia.

De las cinco tareas que realiza el Trabajador Social, refiere que las visitas domiciliarias y orientación familiar son las que mayormente realizan, le sigue las reuniones. Esta situación está asociada a la falta de recursos humanos y materiales que algunos familiares señalan que no son los más adecuados por parte de la institución, (figura 26).

El trabajador social durante las visitas domiciliarias debe atender las familias a nivel de promoción, prevención, asistencia, para garantizar el funcionamiento de la misma. Las reuniones y las visitas domiciliarias con orientación familiar deben hacer énfasis en la sensibilización de las familias en relación al rol que deben desempeñar cada miembro para fortalecer a la familia.



Figura 27. Opinión de la forma de actuar del trabajador social en el fortalecimiento de familias de los adultos mayores encamados de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, 2018



Fuente: elaboración propia.

El trabajador social debe actuar como mediador, como generador de fortalecimiento familiar y orientador respectivamente según la opinión de las familias (Figura 27). Las otras funciones aparecen con percepción baja lo que se puede asociar al bajo conocimiento que tiene las familias del rol que debe desempeñar este profesional en su intervención.

Conclusiones

La edad de la población adulta estudiada oscila entre 56 y 101 con una mediana de 82 años de edad, lo que indica la tendencia al envejecimiento de la población muy relacionada a la edad promedio de la esperanza de vida en Panamá; mientras la media de ingresos es de B/. 103.00 y de egresos de 108.00 lo que indica que apenas le alcanza para satisfacer las necesidades básicas; igual sus familias poseen una mediana de ingresos-egreso de B/.385.00-B/.365.00, cantidad que tampoco permite cubrir las necesidades básicas familiares.

En cuanto a enfermedades con mayor incidencia en los encamados estudiados, fueron las cardiovasculares, de infarto agudo de miocardio, diabetes e incontinencia urinaria. Las familias estudiadas, son uniparentales y nucleares en sus mayorías, que sufren un mayor riesgo de pobreza y de dificultades sociales que los núcleos biparentales porque cuentan con menos redes de apoyo familiares.

En cuanto a la tenencia de la tierra y vivienda de las familias disponen de bienes propios, que pueden ser garantía de la estabilidad física y mental de adultos encamados; en tanto las viviendas, en buena cantidad no cuentan con infraestructura básica (baños, rampas, áreas de esparcimiento), e igual



que la comunidad no dispone de áreas para el sano esparcimiento del encamado, ni de transporte público accesible.

Los adultos mayores encamados consideran que las estrategias y servicios ofrecidos por las familias como: alimentación, aseo personal, atención oportuna, afecto, cariño, medicamentos, espacios físicos con buena limpieza son adecuados a sus necesidades.

Referente al funcionamiento familiar la población adulta encamada considera que en las dimensiones de afectividad se les demuestran cariño, igual la armonía; similar comportamiento sucede a nivel de comunicación; la adaptabilidad también se considera funcional ya que la familia posee habilidad para modificar costumbres ante situaciones que se presentan. No obstante, las dimensiones de roles, cohesión, permeabilidad resultaron consideradas bajas. De esta manera el funcionamiento familiar en su mayoría es funcional en las dimensiones de afectividad, comunicación, la armonía y la adaptabilidad son las que mayormente aportan al funcionamiento familiar.

El sexo femenino, con algún grado de parentesco por afinidad o consanguinidad se convierte en el cuidador primario, el cual se concentran en edades mayor de 61 años que a su vez son adultos mayores, su nivel educativo es bajo por lo que les faltan recursos cognitivos para enfrentar el cuidado; igualmente no han sido entrenados, ni reciben remuneración económica adecuada, y como conviven con el encamado no disponen de tiempo libre causándole una sobrecarga física emocional y psicológica.

Las familias consideran que las políticas y normas de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego de Chitré, en su mayoría responden a las necesidades sentidas por el adulto mayor encamado, cuentan con recursos humanos, materiales y logísticos y satisfacen oportunamente las necesidades sentidas de la población adulta mayor encamada. La labor que realiza el profesional de Trabajo Social es adecuada, pero enfocada a la técnica de la visita domiciliaria y a la mediación.

Referencias Bibliográficas

Bedoya, K. (2011). Condiciones psicosociales del adulto mayor que favorecen el envejecimiento saludable. Universidad de Panamá.

Boyer, M. (2002). La familia ante la enfermedad, salud y familia. XIII Jornadas de humanización de la salud. Recuperado de www.humanizar.es/formacion/ing...05.com



CEPAL (2002). Los Adultos Mayores en América Latina. Recuperado de www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN003.pdf

Contraloría General de la República (2013). Panamá en cifras. Recuperado de <http://www.contraloria.gob.pa>

Hernández Martín L., Menezes De Lucena Carvalho, V. A., Fernández Calvo, B., , Ramos Campos, F., & Contador Castillo, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(Número 4). Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8378>

Landriel Eduardo (2001) Adultos mayores y familia: algunos aspectos de la intervención del trabajo social. Universidad Nacional de Santiago Estero e Instituto San Martin de Porres. www.tg.ucr.ac.cr

Osorio A. y Fajardo, M. (2008). Integración de los actores sociales en la atención del adulto mayor del Municipio de Manzanillo. Recuperado de www.xtec.cat/mcodina3/familia/funciones

Papolo, F. (2001). Características demográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Chile.

Polet D. Hungler B. (2010). Integración científica en ciencias de la salud 69 ediciones: Mc Gram Hull. Ramírez, D. (2016) Funcionamiento familiar saludable. Recuperado de www.sld.cu/galerias/pdf/sitios