



POSGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y COMUNITARIA

RPC-SO-30-NO.504-2019

OPCIÓN DE TITULACIÓN:
INFORMES DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EN EL CAMBIO DE CREENCIAS DE LOS PERFILES DE GÉNERO PARA EL PERSONAL DE SALUD Y LAS FAMILIAS CUIDADORES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE PERTENECEN AL PROYECTO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL CANTÓN SANTA ISABEL. PERIODO JULIO – DICIEMBRE DEL 2022

AUTOR:

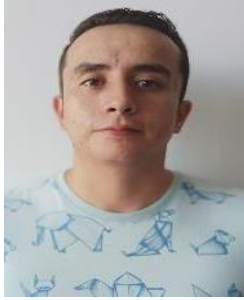
STEVEN GUILLERMO MENA NARANJO

DIRECTOR:

JESSICA VANESSA QUITO CALLE

CUENCA – ECUADOR
2023



Autor:**Steven Guillermo Mena Naranjo**

Psicólogo Clínico.

Candidato a Magister en Psicología con Mención en Intervención Psicosocial y Comunitaria por la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Cuenca.

sgmn95@gmail.com

Dirigido por:**Jessica Vanessa Quito Calle**

Psicóloga Clínica por la Universidad del Azuay.

Magister en Intervención Psicosocial Familiar por la Universidad de Cuenca.

Doctoranda en Psicología.

jquito@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

©2023 Universidad Politécnica Salesiana.

CUENCA – ECUADOR – SUDAMÉRICA

MENA NARANJO STEVEN GUILLERMO

Diseño de un programa de intervención psicosocial en funcionamiento familiar y en el cambio de creencias de los perfiles de género para el personal de salud y las familias cuidadores de las personas adultas mayores que pertenecen al proyecto de atención domiciliaria del cantón Santa Isabel. Periodo julio – diciembre del 2022

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| ÍNDICE GENERAL | 3 |
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT..... | 6 |
| 1. Introducción | 7 |
| 2. Identificación del Problema | 8 |
| 2.1 Problema y antecedentes | 8 |
| 2.2 Justificación, Importancia e impacto | 11 |
| 2.3 Delimitación | 13 |
| 3. Objetivos | 13 |
| 3.1 Objetivo general | 13 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 14 |
| 4. Marco Teórico Referencial | 14 |
| 4.1 Las familias cuidadores de las personas adultas mayores | 14 |
| 4.1.1. Familia | 14 |
| 4.1.2. Familia cuidadora del adulto mayor..... | 15 |
| 4.1.3 Adulto mayor | 17 |
| 4.2 El personal de salud de las personas adultas mayores..... | 19 |
| 4.2.1 Personal de salud..... | 19 |
| 4.2.2. Personal de salud y adultos mayores..... | 20 |
| 4.3 Funcionamiento familiar de las familias cuidadoras de personas adulta mayores | 21 |
| 4.3.1. Niveles de funcionamiento familiar de las familias cuidadoras de personas adultas mayores..... | 22 |
| 4.4 Funcionamiento familiar del personal de salud que cuida personas adultas mayores..... | 23 |

| | |
|---|----|
| 4.4.1 Niveles de funcionamiento familiar del personal de salud que cuida personas adultas mayores | 25 |
| 4.5 Roles de Género: creencias sobre los roles/perfiles de género..... | 26 |
| 4.5.1 Masculinidad y feminidad..... | 29 |
| 4.5.2 Machismo..... | 30 |
| 4.5.3 Sumisión | 32 |
| 4.6 Creencias de los perfiles de género en las familias cuidadores de las personas adultas mayores | 33 |
| 4.7 El beneficio de crear programas de intervención psicosocial para trabajar en el funcionamiento familiar de las familias cuidadoras y del personal de salud cuidadores de personas adultas mayores | 34 |
| 5. Metodología | 35 |
| 5.1 Tipo de investigación | 35 |
| 5.2 Diseño de la investigación..... | 35 |
| 5.3 Población y Muestra..... | 36 |
| 5.4 Instrumentos utilizados..... | 36 |
| 5.5 Diseño técnico y metodológico para la obtención y análisis de la información | 39 |
| 5.6 Procedimientos éticos..... | 39 |
| 6. Resultados y Discusión | 40 |
| 7. Propuesta de un programa de intervención psicosocial | 47 |
| 8. Conclusiones | 55 |
| 9. Bibliografía | 58 |
| 10. Anexos | 65 |

RESUMEN

Muchas familias se enfrentan a situaciones de conflicto, violencia y desigualdad que afectan su bienestar y el de sus miembros. Es por eso por lo que, es fundamental contar con una correcta intervención psicosocial que pueda mejorar las dinámicas de funcionamiento familiar y las creencias en los roles de género, promoviendo la convivencia armónica. Por lo tanto, el presente estudio tuvo por objetivo elaborar un programa de intervención psicosocial en funcionamiento familiar y en el cambio de creencias de los perfiles de género para el personal de salud y las familias cuidadores de las personas adultas mayores que pertenecen al Proyecto de Atención Domiciliaria (PAD) del cantón Santa Isabel periodo julio – diciembre del 2022.

El estudio fue de tipo cuantitativo y descriptivo mediante un diseño transversal no experimental. La muestra se constituyó por 80 representantes y familiares de los beneficiarios del PAD y 12 trabajadores del mismo proyecto. Se aplicaron el test APGAR y el IMAFE los cuales permitieron medir el funcionamiento familiar y las percepciones de roles de género respectivamente.

Los resultados indicaron que, el 100% de los trabajadores obtuvo niveles adecuados de funcionamiento familiar. Mientras que, los familiares cuidadores de personas adultas mayores, el 53,8 % demuestran buena funcionalidad familiar. Con respecto a la variable de perfiles de género, el personal de salud obtuvo 50% para feminidad y 50% para masculinidad, por otro lado, con la muestra de los familiares se evidenciaron perfiles de masculinidad con el 31,3%, feminidad con el 25%, machismo con 20% y sumisión con el 23,7%.

Con base en estos resultados se procedió a elaborar un programa de intervención psicosocial en funcionamiento familiar y en el cambio de creencias de los perfiles de género para las familias cuidadores de las personas adultas mayores, mismo que tiene un enfoque cognitivo conductual y que está adaptado a la realidad sociodemográfica de los participantes.

PALABRAS CLAVES: funcionamiento familiar, perfiles de género, personal de salud, familias cuidadoras, personas adultas mayores.

ABSTRACT

Many families face situations of conflict, violence and inequality that affect their well-being and that of their members. That is why it is essential to have a correct psychosocial intervention that can improve the dynamics of family functioning and beliefs in gender roles, promoting harmonious coexistence. Therefore, the objective of this study was to develop a psychosocial intervention program in family functioning and in the change of beliefs of gender profiles for health personnel and families who care for older adults who belong to the Care Project. Domiciliary (PAD) of the Santa Isabel canton period July – December 2022.

The study was quantitative and descriptive through a non-experimental cross-sectional design. The sample was made up of 80 representatives and relatives of PAD beneficiaries and 12 workers from the same project. The APGAR test and the IMAFE were applied, which allowed measuring family functioning and perceptions of gender roles, respectively.

The results indicated that 100% of the workers obtained adequate levels of family functioning. While, family caregivers of older adults, 53.8% show good family functionality. Regarding the variable of gender profiles, the health personnel obtained 50% for femininity and 50% for masculinity, on the other hand, with the sample of relatives, masculinity profiles were evidenced with 31.3%, femininity with the 25%, machismo with 20% and submission with 23.7%.

Based on these results, we proceeded to develop a psychosocial intervention program in family functioning and in the change of beliefs of gender profiles for families who care for older adults, which has a cognitive behavioral approach and is adapted to the sociodemographic reality of the participants.

KEY WORDS: family functioning, gender profiles, health personnel, caring families, older adults.

1. Introducción

La intervención psicosocial se trata de un proceso permanente e integral que está orientado de manera específica a extender la capacidad de desarrollo del ser humano, la comunidad y la familia. Se orienta a la generación de bienestar, sobre la actuación en el tratamiento de los problemas, y requiere de un involucramiento activo de las personas (Quintana-Abello et al. 2018).

La intervención psicosocial es muy importante en los contextos sociales, ya que aborda la interdependencia de lo grupal y lo comunitario con lo individual (Rizzo, 2009). Dentro de lo comunitario, sobre todo en diversos grupos sociales, se presentan varios problemas con respecto a la funcionalidad familiar. En este sentido, se aborda a la familia como un núcleo formado por sistemas individuales que interactúan y constituyen a su vez otro sistema (Maldonado et al., 2017). Este entorno familiar representa un elemento importante, puesto que, la calidad de la relación funcional entre sus integrantes depende de la salud física y emocional de cada uno de sus miembros (Apaza Rado & Vivar Anaya, 2021).

Por lo tanto, es fundamental entender el tipo de función que mantiene la dinámica familiar, ya que afecta a todos los miembros. Es decir, son esenciales para las condiciones de vida, la comunicación positiva y el afrontamiento de las dificultades, debido a que se considera a la familia como la fuente de acceso a múltiples herramientas emocionales para vivir. Entonces, hay que tener en cuenta la importancia de un sistema familiar estable y que funcione bien para lograr el mejor desarrollo de cada miembro (Delfín-Ruiz et al., 2020).

Para evaluar el desarrollo de los miembros de la familia y la funcionalidad familiar de los hogares, se aplican algunos instrumentos de atención integral que proporcionan una visión gráfica y pictórica de la familia y sus relaciones y permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos fuertes y débiles de la familia y su evolución histórica. Además, facilitan la expresión de intereses o sentimientos por parte del informante como paciente y profesional sanitario, y ofrecen la oportunidad de comprender el entorno y los antecedentes familiares para encontrar la mejor manera de ayudar a la persona en su totalidad. Permite determinar en qué medida la familia cumple sus funciones esenciales y el papel que puede desempeñar en el proceso de salud y enfermedad (Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014).

Además, el funcionamiento familiar es otro aspecto importante a considerar al analizar los perfiles de género, ya que las dinámicas familiares y los roles asignados a cada miembro de la familia pueden influir en la construcción de las identidades de género y las actitudes hacia

estas. Los perfiles de género pueden variar en función del tipo de familia en la que se haya crecido, de sí se ha tenido una figura parental ausente o presente, de la relación que se haya tenido con los padres, entre otros factores. Es por ello que el funcionamiento familiar es clave para entender cómo se internalizan los roles de género y cómo se desarrollan las actitudes hacia estos en cada individuo. Además, el funcionamiento familiar puede ser una herramienta para ayudar a transformar perfiles de género que puedan ser dañinos o limitantes para las personas, ya que una familia que fomente la equidad de género y la inclusión puede ayudar a que las personas se sientan más libres de explorar su identidad y desarrollar una perspectiva más amplia sobre las posibilidades de género (Barni et al., 2022).

Por lo tanto, la presente investigación abordará el funcionamiento familiar y los perfiles de género como parte integradora de las personas, y especialmente del personal de salud y los cuidadores de personas adultas mayores. Se contó con instrumentos de medición como cuestionarios para evaluar la funcionalidad familiar, y perfiles de género de los miembros de la familia y del personal de salud. Además, a partir del diagnóstico realizado se propondrán estrategias para mejorar la funcionalidad familiar desde la promoción de equidad de género en la población de estudio, de esta manera se espera contribuir al desarrollo de perfiles de género sanos en la sociedad que se reflejen en un adecuado ambiente familiar. Esta investigación busca ampliar el conocimiento de quien esté interesado en estas variables de estudio, cuyo objetivo es contribuir a la promoción de una sociedad equitativa y solidaria.

2. Identificación del Problema

2.1 Problema y antecedentes

La intervención psicosocial es un enfoque terapéutico que se centra en mejorar el bienestar psicológico y social de las personas. En el contexto del inadecuado funcionamiento familiar y los perfiles de género, la intervención psicosocial es una estrategia importante para abordar los problemas que afectan a las personas adultas mayores y sus familias cuidadoras (McDermott et al., 2019). Para abordar el inadecuado funcionamiento familiar y el inadecuado actuar de los perfiles de género, la intervención psicosocial se enfoca en mejorar las relaciones interpersonales dentro de la familia y promover un ambiente positivo y de apoyo para la persona adulta mayor. Se pueden utilizar diversas técnicas, como la terapia familiar y la terapia cognitivo-conductual para abordar los problemas de comunicación, resolver conflictos y mejorar la toma de decisiones en la familia (Salazar-Barajas et al., 2019).

La intervención psicosocial se trata de un proceso permanente e integral que está orientado de manera específica a extender la capacidad de desarrollo del ser humano, la

comunidad y la familia. Se orienta a la generación de bienestar, sobre la actuación en el tratamiento de los problemas, y requiere de un involucramiento activo de las personas (Quintana-Abello et al., 2018). La intervención psicosocial es muy importante en los contextos sociales, ya que aborda la interdependencia de lo grupal y lo comunitario con lo individual (Rizzo, 2009). Dentro de lo comunitario, sobre todo en diversos grupos sociales, se presentan varios problemas con respecto a la funcionalidad familiar. En este sentido, se aborda a la familia como un núcleo formado por sistemas individuales que interactúan y constituyen a su vez otro sistema (Maldonado et al., 2017). Este entorno familiar representa un elemento fundamental puesto que, la calidad de la relación funcional entre sus integrantes depende de la salud física y emocional de cada uno de sus miembros (Apaza Rado & Vivar Anaya, 2021).

En cuanto a los perfiles de género, la intervención psicosocial es útil para permitir el cambio de creencias y actitudes sobre los roles de género que se les asignan a las personas adultas mayores y a los cuidadores familiares. De acuerdo con Grau (2017), la intervención puede incluir educación y sensibilización sobre la diversidad de género, la promoción de relaciones equitativas y el empoderamiento de las personas adultas mayores para que puedan tomar decisiones informadas sobre su vida y su atención. Para los cuidadores, la intervención psicosocial puede incluir programas de formación y capacitación en enfoques de atención centrados en el paciente y la familia, que permitan a los profesionales de la salud trabajar de manera efectiva con las personas adultas mayores y sus cuidadores familiares. Esto puede incluir el aprendizaje de habilidades de comunicación efectiva, la comprensión de los problemas de salud mental y emocionales que pueden afectar a las personas adultas mayores y la promoción de prácticas de atención que sean culturalmente apropiadas y sensibles a la diversidad de género (Pérez et al., 2017).

En una investigación realizada por Bueno (2020) sobre las variables de funcionalidad familiar y adultos mayores se encontró que en las provincias de El Oro, Loja, Zamora Chinchipe, de un total de 1146 adultos mayores, el 52,7% tuvieron de 65 a 74 años, el 18,8% 75 a 79 años, y el 28,5% 80 años y más. 48,5% fueron mujeres mientras que 51,5% hombres. 61,6% vivían en un área urbana y el 38,4% en rural En cuanto a la funcionalidad familiar: el 14,6% de los casos fue severamente disfuncional, el 30,8% disfuncional, el 34,6% moderadamente funcional, y el 20,1% funcional.

Por otro lado, un estudio desarrollado en Santiago de Chile por Troncoso y Soto (2018) sobre una muestra de 60 adultos mayores con una edad mayor a los 70 años se encontró que, el 85% eran mujeres mientras que el 15% hombres. El 40% eran casados y también el 40%

viudos, un 10% de solteros, 8,3% separados y 1,7% convivientes. La funcionalidad se evaluó solo en dos niveles encontrándose el 73% de los casos en familias muy funcionales y un 23% en familias moderadamente o con grave disfuncionalidad.

Con respecto al personal de salud como eje central del cuidado de una persona adulta mayor, pues es importante considerar que no existen evaluaciones acerca de su funcionamiento familiar ni los roles de género en específico. Sin embargo, se pueden mencionar los siguientes antecedentes como relevantes. Se menciona la investigación de Vincx y Geysels (2019), titulada “Enfoques de género e interculturalidad en salud: una metodología para cubrir la necesidad de su apropiación sostenible en el Perú”. En esta, se pone en evidencia que existen grandes disparidades de género e interculturales, especialmente en el sector sanitario. Estas desigualdades conducen a la discriminación, la mortalidad materno-infantil, los abusos y la deshumanización de la atención sanitaria. Los autores muestran que, a pesar de la diversidad cultural en el país, la discriminación sigue siendo un problema frecuente en el sistema de salud. En realidad, encontraron que el país únicamente invierte el 5,3% de su PIB en el sistema sanitario, y menos del 45% de la población está satisfecha con el sistema.

Estos antecedentes son de gran importancia para la presente investigación, ya que proporcionan aproximaciones teóricas y experimentales en cuanto a la funcionalidad familiar y a los perfiles de género. Estos acercamientos permiten identificar las principales variables que influyen en cuanto a la funcionalidad familiar, lo que consecuentemente permite diseñar un plan de intervención psicosocial orientado al personal de salud y los familiares cuidadores de las personas mayores.

Mediante el APGAR se puede evidenciar si el núcleo de la sociedad como lo es la familia cumple con las tareas de vital importancia con respecto al desarrollo de cada integrante, en especial de la personalidad (Gómez et al., 2005). Sin embargo, en esta interrelación surgen conflictos como la falta de diálogo, intolerancia, dificultades en las formas de relacionarse, e incluso suele apreciarse un círculo de violencia y maltrato (Maldonado et al., 2017).

Estos conflictos también se deben en parte a las concepciones de los roles de género como el machismo, que supone la superioridad del hombre sobre la mujer y da lugar a prácticas agresivas y repetitivas, además de crear sumisión y dependencia entre el género considerado “débil” (Villalobos Astete, 2021). El machismo se asocia histórica y tradicionalmente a la cultura latinoamericana como una forma de permitir a los hombres el tener normas de autoridad doméstica (Rubia & Basurto, 2016; Arévalo Falen, 2019). En este sentido, investigaciones similares han evidenciado situaciones en que el entorno familiar refuerza las diferencias de

género al asignar a los niños y a las niñas actividades diferentes; a las niñas se les asignan actividades relacionadas con la familia, el servicio y el cuidado de los demás, mientras que a los niños se les reservan actividades competitivas que les proporcionan un mayor control sobre su entorno externo, lo que constituye una forma muy importante de delinear las normas de comportamiento y aclarar las expectativas sociales para cada género (Herrera, 2000). Con respecto al personal de salud, se menciona en la investigación de Vincx y Geysels (2019) que existen grandes disparidades de género e interculturales, especialmente en el sector sanitario.

Con base en esta información se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del personal de salud y de las familias cuidadoras de las personas adultas mayores que pertenecen al Proyecto de Atención Domiciliaria del cantón Santa Isabel?
- ¿Cuál es el nivel de funcionamiento familiar del personal de salud y de las familias cuidadoras de las personas adultas mayores que pertenecen al Proyecto de Atención Domiciliaria del cantón Santa Isabel?
- ¿Cuáles son los perfiles de género del personal de salud y de las familias cuidadores de personas adultas mayores que pertenecen al Proyecto de Atención Domiciliaria del cantón Santa Isabel?

2.2 Justificación, Importancia e impacto

La funcionalidad está relacionada con diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflicto, emociones, vínculos, etc., que se evalúan en la literatura utilizando diferentes herramientas metodológicas que sean fiables (Aguilar & Merino, 2016).

Pero, para entender este conjunto de sistemas, es importante conocer el entorno familiar, donde existen diferentes normas que limitan el comportamiento de cada persona en relación con su entorno, un factor importante a considerar es el espacio o lugar donde se encuentra el hogar, la ocupación de los miembros de la familia, la forma en que se integra, la percepción de los roles de género, el estatus socioeconómico, etc. Del mismo modo, hay otras características que deben conocerse y que son útiles para determinar la funcionalidad de la familia y su relación con determinadas variables (Moreno & Chauta, 2012).

El sexismo y los roles de género en el funcionamiento familiar han cobrado más fuerza en la situación social actual, ya que estas cuestiones, antes descuidadas o normalizadas, se

abordan ahora con mayor profundidad. Sin embargo, no hay muchas investigaciones sobre la relación entre el sexismo y el funcionamiento familiar, especialmente en Ecuador. En América Latina, sin embargo, el sexismo es cada vez más frecuente y el núcleo familiar es una de las principales fuentes de transmisión de comportamientos sexistas (Guambo & Lainez, 2021).

Además de esto, la pobreza se inserta en suma a esta problemática, ya que de la misma manera se trata de una aproximación social de gran relevancia, pues se ha observado que los bajos ingresos y las condiciones de vida precarias también influyen de manera significativa en los roles de género y en la funcionalidad familiar. Es decir, estas variables se encuentran relacionadas desde un punto de vista ontológico social y sanitario (Delfín-Ruiz et al., 2020).

Es por estas razones en principal que la presente investigación busca abordar esta problemática con la finalidad de entender los distintos niveles de funcionamiento familiar y los perfiles de género, no solo desde un abordaje familiar, sino también desde el punto de vista de la salud. Esto debido a que la familia conforma el núcleo de la sociedad, por lo que su investigación desde diferentes áreas se vuelve un tema de relevancia e imperioso.

Aunque las creencias de los perfiles de género y el funcionamiento familiar no son temas nuevos, siguen siendo válidos en todo el mundo, y la situación en Ecuador no es una excepción. Así, el propósito del estudio es profundizar el conocimiento en el cantón Santa Isabel, Provincia del Azuay para que, con el programa de intervención psicosocial, el personal de salud y las personas cuidadoras de las personas adultas mayores obtengan un insumo para sobrellevar estas creencias de género y como establecer de manera armónica el funcionamiento familiar.

En este caso, los adultos mayores se presentan como un grupo en condición de vulnerabilidad en la sociedad por su falta de autonomía y en algunos casos por la presencia de algunas enfermedades que limitan sus posibilidades de autonomía, volviéndose dependientes de terceros. Estos terceros pueden ser su misma familia o personal especializado en el cuidado de adultos mayores (Cáceres Torres & García Contreras, 2022). No obstante, aun sabiendo las necesidades de este grupo social, se observa mucha disfuncionalidad en la familia, sobre todo por lo mencionado anteriormente, las percepciones machistas y situaciones económicas desfavorables. Las percepciones machistas son muy comunes en los hijos de los adultos mayores. Esto ha provocado el abandono de estas personas, ya que los hijos no quieren hacerse cargo de sus padres, sobre todo cuando estos poseen alguna condición que requiera un cuidado especial.

El problema no solo radica en el abandono, sino que son actitudes que se heredan a través de las generaciones. En otras palabras, los hijos observan que sus padres no se hacen cargo de las personas mayores de la familia y en un futuro repiten estos comportamientos. Esto sin duda perpetúa el problema de un cuidado inadecuado o abandono.

En este sentido, se entiende que las ideas, percepciones y actitudes machistas o de género pueden influir de manera significativa en cuanto a la funcionalidad familiar y el cuidado de las personas mayores (Izquierdo Fernández, 2019). Uno de los objetivos de la presente investigación es detectar el funcionamiento familiar y las creencias de los perfiles de género para buscar alternativas de intervención y brindar soluciones efectivas a esta problemática. Por esta razón el estudio es de gran relevancia, ya que proporciona un abordaje que escasamente se ha hecho en el país, sobre las percepciones de género y el cuidado familiar.

Esta problemática, a pesar de ser un caso específico, representa un aporte significativo a la sociedad, puesto que se colectiviza una problemática ignorada y normalizada. En otras palabras, el traer esta investigación al contexto social actual ayudará en gran proporción a las personas que viven día a día estos escenarios dentro de la familia. Como bien se sabe, investigar escenarios sociales representa el primer paso para frenar estas conductas o en su defecto conocerlas para trabajar en ellas progresiva y colectivamente.

2.3 Delimitación

La investigación se llevó a cabo en el cantón Santa Isabel, ubicado en la provincia de Azuay. En esta localidad se ha observado una preocupante escalada de percepciones y actitudes machistas, sobre todo con relación a los adultos mayores que habitan en el sector. Así, dentro de este cantón, se estudió concretamente a los trabajadores, es decir con el personal de salud y los familiares de personas adultas mayores que forman parte del Proyecto de Atención Domiciliaria del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Elaborar un programa de intervención psicosocial en funcionamiento familiar y en el cambio de creencias de los perfiles de género para el personal de salud y las familias cuidadores de las personas adultas mayores que pertenecen al Proyecto de Atención Domiciliaria del cantón Santa Isabel. Periodo julio – diciembre del 2022.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar las variables sociodemográficas de las familias cuidadoras de las personas adultas mayores (edad, género, instrucción, religión, zona de residencia, ingresos económicos, personas que conviven con el adulto/a mayor, vivienda) y del personal de salud (edad, género, instrucción, ocupación, horas de trabajo al día, religión, zona de residencia, ingresos económicos, personas que conviven).
- Determinar el nivel de funcionamiento familiar (buena función familiar, disfunción leve, disfunción moderada, disfunción severa) del personal de salud y de las familias cuidadores de personas adultas mayores.
- Identificar los cuatro perfiles de género (masculinidad, feminidad, machismo y sumisión) en el personal de salud y en las familias cuidadores de personas adultas mayores.
- Generar un programa de intervención psicosocial en funcionamiento familiar y en el cambio de creencias de los perfiles de género dirigido al personal de salud y a las familias cuidadores de las personas adultas mayores.

4. Marco Teórico Referencial

4.1 Las familias cuidadores de las personas adultas mayores

4.1.1. Familia

La familia es una de las primeras instituciones sociales que una persona experimenta, y es una fuente importante de identidad, valores y apoyo emocional. Además de proporcionar un ambiente seguro y estable, las familias también juegan un papel clave en la socialización de los niños y en la enseñanza de normas y valores culturales (Moen & Wethington, 1992). La familia también puede ser una fuente de conflictos y problemas, pero el aprendizaje a través de estos desafíos puede ayudar a las personas a desarrollar habilidades para lidiar con situaciones difíciles en el futuro (Walsh, 1996). En general, la familia es una institución fundamental en la vida humana, y su influencia continúa a lo largo de toda la vida.

Las familias son unidades fundamentales para la formación de una persona y su desarrollo. Fahy y Vuorela (2002) sostienen que la familia es fundamental como punto de partida y sistema para aprender y enfrentar los retos de la vida. Proporciona una fuente de amor, protección y consuelo durante momentos difíciles, además de ofrecer información sobre lo que es apropiado o no.

Sonenscher (2020) propone una visión diferente de la familia en comparación con la tradicional visión de la familia como una institución basada en la propiedad y la autoridad. En

lugar de eso, Rousseau ve a la familia como una relación basada en el amor romántico entre dos personas, y la familia se convierte en una institución natural que surge de la unión de dos personas que se aman mutuamente.

En resumen, se puede inferir que la familia es una institución social compuesta por individuos relacionados por lazos de sangre, matrimonio o adopción, que desempeña un papel importante en la formación y desarrollo de las personas. La familia es vista como una fuente de amor, protección y consuelo, y como un lugar donde se transmiten valores, normas y tradiciones culturales. La familia también es una fuente considerable de estabilidad emocional y una institución encargada del cuidado mutuo. Sin embargo, las teorías y conceptos sobre la familia varían entre los diferentes enfoques disciplinarios, como la psicología, la sociología, la filosofía, entre otros.

4.1.2. Familia cuidadora del adulto mayor

Existen varias perspectivas sobre la familia del adulto mayor según diferentes autores. Algunos enfatizan en el papel de cuidadores de los miembros de la familia más jóvenes, mientras que otros se centran en el papel de los adultos mayores como mentores y fuente de apoyo emocional para otros miembros de la familia.

La teoría de la "familia de origen" de Erik Erikson se centra en el impacto que la experiencia temprana en la familia tiene en el desarrollo psicosocial a lo largo de la vida. Según Erikson, el proceso de envejecimiento se divide en ocho etapas, cada una de las cuales presenta un desafío o crisis que debe ser superado para poder avanzar a la siguiente etapa. Estas etapas son: confianza vs. Desconfianza (0-1 años), autonomía vs. Vergüenza y duda (1-3 años), iniciativa vs. Culpa (3-6 años), Laboriosidad vs. Inferioridad (6-12 años), Identidad vs. Confusión de roles (12-18 años), Intimidad vs. Aislamiento (18-40 años), Generatividad vs. Estancamiento (40-65 años) e Integridad vs. Desesperanza (65 años en adelante) (Newman & Newman, 2017).

Durante la etapa de Integridad vs. Desesperación, los adultos mayores reflexionan sobre sus vidas y evalúan su legado. Aquellos que han superado con éxito las etapas anteriores y han desarrollado un sentido de integridad personal son capaces de compartir su sabiduría y experiencia con los miembros más jóvenes de la familia (Newman & Newman, 2017).

En esta teoría, los adultos mayores son vistos como importantes mentores y fuente de sabiduría para los miembros más jóvenes de la familia, ya que han vivido y superado muchas de las mismas crisis y desafíos que los miembros más jóvenes están experimentando. Además,

los adultos mayores pueden ayudar a los miembros más jóvenes a desarrollar un sentido de integridad personal al compartir sus propias historias y lecciones aprendidas (Hoare, 2002).

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que ha llevado a una mayor necesidad de cuidado de los adultos mayores. Muchos de ellos necesitan ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, y en muchos casos, los familiares son los principales cuidadores. El papel de los cuidadores familiares es fundamental, ya que proporcionan una atención personalizada y adaptada a las necesidades del adulto mayor. Sin embargo, también puede ser una tarea estresante y agotadora para los cuidadores.

La sobrecarga de cuidado es uno de los principales riesgos asociados a ser cuidador familiar de un adulto mayor. La sobrecarga se refiere a la tensión física y emocional que experimentan los cuidadores debido a las demandas del cuidado y a la falta de apoyo. La sobrecarga de cuidado puede afectar negativamente la salud física y mental de los cuidadores, lo que a su vez puede comprometer la calidad de la atención que proporcionan al adulto mayor.

Además de la sobrecarga de cuidado, los cuidadores familiares también pueden experimentar estrés y ansiedad debido a la responsabilidad que conlleva cuidar de un adulto mayor. Pueden sentirse abrumados por la cantidad de tareas que deben realizar y por la incertidumbre que sienten ante las posibles complicaciones de la salud del adulto mayor. Además, también pueden sentirse aislados socialmente debido a las demandas del cuidado y la falta de tiempo para relacionarse con otras personas.

Para reducir la sobrecarga de cuidado y el estrés de los cuidadores familiares, es importante proporcionarles apoyo y recursos adecuados. El apoyo puede ser proporcionado por la comunidad, los servicios de salud y los programas gubernamentales. Algunas formas de apoyo incluyen servicios de cuidado de respiro, grupos de apoyo para cuidadores, servicios de transporte y servicios de asesoramiento.

Otro aspecto importante en el cuidado de los adultos mayores es la comunicación. Es crucial que los cuidadores familiares se comuniquen con el adulto mayor y con otros miembros de la familia para asegurarse de que se estén cumpliendo las necesidades del adulto mayor. La comunicación también puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad de los cuidadores familiares al proporcionar un espacio seguro para hablar sobre sus preocupaciones y sentimientos.

Además de la comunicación, también es fundamental que los cuidadores familiares adquieran habilidades y conocimientos adecuados para cuidar de un adulto mayor. Pueden recibir capacitación en el cuidado de la salud, la administración de medicamentos, la gestión

del comportamiento y la prevención de caídas, entre otros temas. La capacitación puede mejorar la confianza de los cuidadores y mejorar la calidad del cuidado que proporcionan.

En conclusión, los cuidadores familiares desempeñan un papel fundamental en el cuidado de los adultos mayores. Sin embargo, también pueden experimentar sobrecarga de cuidado y estrés debido a las demandas del cuidado. Proporcionar apoyo adecuado, mejorar la comunicación y brindar capacitación puede ayudar a reducir el estrés de los cuidadores y mejorar la calidad del cuidado que proporcionan.

4.1.3 Adulto mayor

Una persona adulta mayor es aquella que ha alcanzado una edad avanzada, que generalmente se establece a partir de los 60 años. Sin embargo, esta definición puede variar según la cultura, el país y la disciplina académica que se utilice. A medida que las personas envejecen, su cuerpo y su mente pueden experimentar cambios significativos. Algunos de estos cambios pueden incluir una disminución en la capacidad cognitiva, problemas de memoria, disminución de la fuerza muscular y de la movilidad, y un mayor riesgo de enfermedades crónicas. Estos cambios pueden afectar la capacidad de la persona para realizar actividades diarias y afectar su calidad de vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a una persona adulta mayor como aquella que tiene 65 años o más. Sin embargo, esta definición puede variar según el país o la cultura, y algunos países pueden utilizar una edad diferente para definir a las personas adultas mayores. Además, la OMS reconoce que la edad por sí sola no es necesariamente un indicador preciso del envejecimiento, ya que la salud y la función pueden variar significativamente de una persona a otra, incluso dentro del mismo grupo de edad.

En este sentido, se entiende que el envejecimiento humano es un proceso multidimensional caracterizado por su heterogeneidad, su naturaleza intrínseca y su irreversibilidad, que comienza en la concepción, evoluciona a lo largo de la vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo en el que los cambios biológicos y psicológicos de los individuos interactúan constantemente con la vida social, económica, cultural y ecológica de la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el envejecimiento individual como un proceso de integración entre el individuo que envejece y una realidad contextual en constante cambio. Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017), las personas mayores son sujetos de derechos

y socialmente activos, con garantías y responsabilidades para sí mismos, sus familias y la sociedad, su entorno inmediato y las generaciones futuras. Las personas envejecen de muchas maneras diferentes en función de sus experiencias vitales, de los acontecimientos clave y de las transiciones, es decir, de los procesos de desarrollo y declive. En general, se considera que las personas mayores son personas de 60 años o más.

De acuerdo con Aranda (2018) la población mundial en el grupo de los mayores de 60 años crece de manera notable, especialmente en los países desarrollados, donde la esperanza de vida ha aumentado considerablemente. Este crecimiento poblacional en este grupo impone, sin dudas, desafíos a las políticas y a las Ciencias Sociales, y lleva a los diferentes actores sociales a trabajar para mejorar cada vez más el disfrute de esos últimos años de vida que, sin duda, se han extendido en los últimos tiempos. Dentro de las Ciencias Sociales se destacan los estudios relacionados con la calidad de vida de los llamados adultos mayores.

El envejecimiento de la población no es un fenómeno exclusivo de los países desarrollados, donde las personas mayores de 60 años representan entre el 15 y el 20% de la población total, sino que también está presente en nuestro país. El envejecimiento de la población en Ecuador es una revolución silenciosa (Miller & Mejía-Guevara, 2020), con el índice global de envejecimiento superando el 7% del total de los habitantes. La esperanza de vida en Ecuador es de 76,14 años, ubicándose en el rango medio-alto. Esto ha generado la necesidad urgente de políticas públicas para abordar el tema (Cazar, 2020). Este crecimiento se produce en un entorno social específico desfavorable para las personas mayores y durante un periodo de transición epidemiológica caracterizado por el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En este contexto, se menciona que el mejor indicador de la salud de la población mayor es su capacidad funcional. La morbilidad y otros conceptos médicos clásicos no sólo son importantes, sino que también exigen cada vez más estándares de conocimientos tradicionales (clínicos, fisiológicos, histológicos, etc.) necesarios en geriatría. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud definen a una persona mayor "funcionalmente sana" como aquella que es capaz de afrontar este proceso de cambio con una adecuada adaptación funcional y satisfacción personal.

La calidad de vida es la percepción que tiene una persona de su vida, que se forma en el contexto de la cultura y el sistema de valores y normas en el que vive y está estrechamente vinculada a sus objetivos y expectativas. Es un concepto muy amplio en el que influyen de muchas maneras la salud física del individuo, su estado mental, su nivel de autonomía y su

relación con los factores sociales y económicos relevantes del entorno. Ahora bien, relacionado, el proceso de envejecimiento suele ir asociado a limitaciones en las capacidades físicas y en la vida social. Se reducen las actividades y los programas, aunque se pueden compensar e incluso alcanzar un nivel adecuado de bienestar, dependiendo de determinadas circunstancias y situaciones individuales, lo que reduce la calidad de vida de los adultos mayores.

Aquí, el personal de salud juega un papel fundamental en el cuidado y bienestar de los adultos mayores, especialmente aquellos que enfrentan problemas de salud crónicos o complejos. Los cuidadores de salud pueden incluir médicos, enfermeras, asistentes de cuidado personal y otros profesionales que brindan atención médica y apoyo emocional y social a los adultos mayores. La relación entre el personal de salud y los adultos mayores es esencial para garantizar que se brinde atención médica de calidad y se satisfagan las necesidades de los adultos mayores.

4.2 El personal de salud de las personas adultas mayores

4.2.1 Personal de salud

Los trabajadores de salud son una parte importante de la fuerza de trabajo de la salud en todo el mundo. Estos profesionales se especializan en una variedad de campos, incluidas la medicina, la enfermería, el diagnóstico y el tratamiento, y también contribuyen a la seguridad del paciente. El personal de salud también proporciona cuidado y apoyo a los pacientes, al igual que la educación y la prevención de la salud (Lauracio & Lauracio, 2020).

Los trabajadores de salud son tanto profesionales como asistentes. Los profesionales de la salud incluyen médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos y otros profesionales capacitados para tratar a los pacientes. Los asistentes ayudan a los médicos y otros profesionales a administrar los tratamientos, realizar procedimientos y proporcionar asistencia a los pacientes (Cano et al., 2016).

De acuerdo con Yin et al. (2017), el personal de salud debe tener un conocimiento extenso y profundo de la anatomía y la fisiología humanas y debe estar bien entrenado para proporcionar los mejores cuidados para sus pacientes. Además, el personal de la salud debe tener habilidades para trabajar con personas de diversos orígenes étnicos, culturales y religiosos y deben comportarse de manera profesional y diligente.

El personal de salud juega un papel fundamental en la prestación de servicios efectivos a los pacientes y el mantenimiento de un ambiente seguro. Estudios recientes han examinado

la calidad del personal de salud, su responsabilidad frente al paciente, y las políticas que determinan su adecuada formación y supervisión. Además, la preparación adecuada del personal de salud es crucial para mejorar los resultados clínicos. Los estudios también han destacado la importancia de proporcionar un entorno favorable para el desarrollo del personal de salud a través de canales como capacitación continua, retroalimentación constante e inversiones en sistemas tecnológicos avanzados (Sampén et al., 2012).

4.2.2. Personal de salud y adultos mayores

El personal de salud de las personas adultas mayores ha demostrado ser una fuente fundamental de apoyo para los ancianos que viven en comunidades residenciales. Un estudio reciente descubrió que el personal de atención médica se convierte en amigos cercanos y confidentes para muchos ancianos, brindando un soporte emocional significativo a medida que envejecen (Epstein & Jiménez-Rubio, 2019).

Sin embargo, también hay desafíos asociados con este tipo de cuidado personal. Según un estudio publicado por Miranda et al. (2009), el personal sanitario puede sufrir falta de tiempo, sobrecarga laboral, presiones financieras y la necesidad constante de mejorar sus habilidades clínicas si quieren proporcionar excelencia en el cuidado a las personas adultas mayores.

Además, existen preocupaciones relacionadas con la ética en el cuidado personal. Luego del estudio realizado por Yin et al. (2017) encontraron una tendencia cada vez mayor hacia el uso irregular y excesivo de medicamentos para tratar problemas no médicos en los pacientes geriátricos; los profesionales sanitarios deben ser conscientes de prestar atención al carácter ético del trato que ofrecen a los ancianos para evitar competencia o actitud paternalista en su práctica profesional.

Dentro del marco general del cuidado al anciano, varios autores han contribuido significativamente a comprender cómo abordar complejos temas relacionados con la provisión de asistencia de salud para individuos mayores diversos (Zapata-López et al., 2015). Esto incluye conceptos como detección temprana y tratamiento efectivo; objetivación individualizada; identificación inicial actualizada y educación sobre salud y seguridad para todos aquellos involucrados en el cuidado a largo plazo y garantizar un futuro independiente lo más autodeterminado posible (Sampén et al., 2012).

Ahora bien, el funcionamiento familiar es crucial para el cuidado de personas adultas mayores, y tanto el personal de salud como las familias cuidadoras juegan un papel importante

en este aspecto. El funcionamiento familiar se refiere a cómo las familias trabajan juntas para satisfacer las necesidades y expectativas de cada miembro de la familia, incluyendo a los adultos mayores que reciben cuidados. Un buen funcionamiento familiar puede ayudar a reducir el estrés y la carga de trabajo en los cuidadores y mejorar la calidad de vida del adulto mayor (Sampén et al., 2012).

4.3 Funcionamiento familiar de las familias cuidadoras de personas adulta mayores

De acuerdo con Sigüenza y Buñay (2017), la familia se menciona como una de las principales fuentes de apoyo social y psicológico que tiene una persona a lo largo de su vida, actuando como factor de protección en las diversas tensiones de la vida cotidiana. El apoyo entre los miembros de la familia se convierte en uno de los recursos más importantes para prevenir los daños físicos y psicológicos de los miembros de la familia y actúa como guía a lo largo del ciclo vital de los miembros de la familia.

En otras palabras, la familia es el espacio para el desarrollo social, físico y psicológico de todas las personas que la componen. Si se produce un acontecimiento desestabilizador en el sistema familiar, sus miembros suelen sentir que los demás no están cumpliendo con sus funciones o responsabilidades, lo que suele generar conflictos familiares en forma de triangulaciones, alianzas y rupturas de la comunicación familiar (Sigüenza, 2015).

En este sentido, se puede entender que la funcionalidad incluye conceptos como la cohesión familiar, la crianza democrática, el apego emocional y las estrategias de resolución de conflictos, pero también se refiere a la capacidad de la familia para mantener sus sistemas frente a los acontecimientos o amenazas que pueden provocar cambios en la composición. Los padres desempeñan un papel crucial en la formación de la identidad de sus hijos, y se ha comprobado que un entorno familiar positivo protege contra los problemas de comportamiento (Gallegos-Guajardo et al., 2016).

Según Jiménez et al. (2021), el entorno familiar es un factor importante en el proceso de atención a la familia, ya que la calidad de las relaciones de funcionamiento es un factor importante en el bienestar físico y emocional de cada miembro de la familia. El funcionamiento familiar es, de hecho, una serie de interacciones entre los miembros del grupo familiar, que permiten a los miembros de la familia hacer frente a las diversas crisis que surgen en la familia.

Asimismo, se mencionó que el funcionamiento familiar es un conjunto de relaciones que permiten a cada miembro desarrollar su potencial y prevenir conductas de riesgo, además de contribuir al desarrollo de los miembros del grupo familiar en su conjunto. Se considera que

una familia es funcional cuando es capaz de moverse armoniosamente a través de todas las etapas del ciclo vital (Cortaza et al., 2019).

Según el tipo de funcionamiento familiar, las familias pueden ser funcionales o disfuncionales. Una familia funcional es aquella que facilita el desarrollo de sus miembros, proporcionándoles reglas y roles definidos que les permitan afrontar los problemas que puedan surgir en la familia. Las familias que funcionan tienen buenas relaciones, una comunicación adecuada, expresan sus dudas y preocupaciones libremente y son capaces de resolver los diversos problemas que surgen en el entorno familiar. Por otro lado, una familia disfuncional es aquella en la que su estabilidad se ve amenazada por una serie de factores, principalmente la falta de comunicación, la discordia, la ruptura familiar y los problemas de ajuste, que provocan desequilibrios en la estructura familiar. Del mismo modo, la disfunción familiar se produce cuando la falta de comunicación, la violencia, los conflictos y el mal comportamiento conducen a un deterioro de la salud familiar porque los miembros de la familia lo perciben como la norma (Reyes & Oyola, 2022).

Así, se entiende que el funcionamiento de la familia es de gran importancia en el campo de la salud pública, porque es a partir de aquí que comienzan las condiciones para el cuidado de la salud. Además, una buena dinámica familiar es un estado de calma y un factor de protección contra los riesgos ambientales que pueden afectar a la salud (Esteves et al., 2020). Es por ello por lo que, los artículos encontrados en la búsqueda sugieren que existe una relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida del cuidador del adulto mayor, así como también se mencionan casos en los cuales la sobrecarga puede ser un factor a experimentar por parte del cuidador. Se destaca por ejemplo que un inadecuado funcionamiento familiar puede afectar negativamente la calidad de vida del adulto mayor que padece una enfermedad crónica (Salazar-Barajas et al., 2019). Además, se puede encontrar relación entre sobrecarga y funcionamiento familiar de cuidadores principales informales de pacientes adultos mayores (Cruz-Portilla, 2020).

4.3.1. Niveles de funcionamiento familiar de las familias cuidadoras de personas adultas mayores.

La familia juega un papel fundamental en el cuidado de los adultos mayores, especialmente si los ancianos viven con sus familiares. Existen cuatro niveles de funcionamiento familiar para las familias cuidadoras de adultos mayores: buena función familiar, disfunción leve, disfunción moderada y disfunción severa (Medellín et al., 2012).

La buena función familiar se refiere a una familia que construye relaciones estables entre sus miembros, donde todos tienen metas compartidas y son capaces de comunicarse cariñosamente. La buena función familiar se caracteriza por una comunicación abierta entre los miembros de la familia, así como por una alta motivación para apoyar al adulto mayor. Los miembros de estas familias tienden a trabajar juntos para hacer frente a los problemas y tomar decisiones conjuntamente (Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014).

En cambio, la disfunción leve se caracteriza por actitudes pasivas agresivas, conflictividad y rumia negativa. Este nivel de disfunción se caracteriza por la presencia de algunos problemas en la comunicación entre los miembros de la familia, pero los miembros de la familia mantienen una relación positiva (Salazar-Barajas et al., 2019).

La disfunción moderada es aún más pronunciada con inestabilidad emocional y problemas severos para solucionar conflictos interpersonales. Por último, la disfunción severa trae consigo problemas graves en el cuidado del adulto mayor, ya que los miembros de la familia no pueden manejar eficientemente su salud mental ni el estrés asociado. Se caracteriza por una comunicación disminuida entre los miembros de la familia y por una resistencia a tomar decisiones conjuntamente. El apoyo y la motivación para cuidar al adulto mayor también son disminuidos (Salazar-Barajas et al., 2019; Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014).

La disfunción severa se caracteriza por la presencia de problemas serios en la comunicación entre los miembros de la familia, así como por una actitud de hostilidad hacia el adulto mayor. Estas familias tienden a negar la necesidad de apoyo para el mayor y suelen demostrar rechazo y resistencia a la responsabilidad de cuidarlo (Medellín et al., 2012).

Ahora, el nivel de funcionamiento familiar de las familias cuidadoras de personas adultas mayores puede variar significativamente dependiendo de diversos factores, como la estructura familiar, la dinámica de relaciones, la salud física y mental de los miembros de la familia, y la disponibilidad de recursos económicos y de apoyo. En general, se considera que una familia tiene un buen funcionamiento cuando se cumplen ciertos criterios, como la comunicación efectiva, la capacidad para resolver conflictos de manera constructiva, la cohesión familiar, el apoyo emocional y la adaptación a situaciones estresantes (Araujo et al., 2017).

4.4 Funcionamiento familiar del personal de salud que cuida personas adultas mayores

El funcionamiento familiar del personal de salud que cuida a personas adultas mayores debe estar acompañado de bienestar emocional y con la capacidad para manejar el estrés relacionado con su trabajo. Una dinámica familiar sana y positiva puede ayudar a reducir el

estrés y mejorar la resiliencia del personal de salud, mientras que una dinámica familiar disfuncional puede agravar el estrés y dificultar su capacidad para manejar su trabajo. Es importante que el personal de salud reciba apoyo y recursos para mejorar su funcionamiento familiar y manejar el estrés relacionado con su trabajo (Herrera, 1997).

El buen funcionamiento familiar no solo influye en la calidad del cuidado geriátrico que recibe un adulto mayor, sino que también puede contribuir a aliviar los cuadros de ansiedad y depresión asociados con la edad avanzada (Díaz et al., 2014). Estudios han demostrado que el nivel de satisfacción de una persona mayor está relacionado directamente con el nivel de funcionalidad familiar del personal de salud que lo atiende. Cuando las personas mayores reciben cuidado de profesionales con disfunciones leves o moderadas perciben mayor estrés y ansiedad, situación que se agrava cuando hay desequilibrios más críticos, como los severos (Herrera, 1997).

No obstante, el personal de salud que cuida a personas adultas mayores se enfrenta a desafíos diariamente a la hora de encontrar un equilibrio entre el cuidado de los pacientes y el cuidado de su propia familia. A menudo, el personal de salud se ve obligado a renunciar al tiempo para estar con su familia, lo que puede llevar al agotamiento profesional, estrés y problemas familiares. Por lo tanto, es esencial que el personal de salud adopte una actitud de equilibrio entre su trabajo y su vida familiar (Barling, 1990).

Existen varios pasos que los profesionales de la salud pueden tomar para equilibrar el cuidado de sus pacientes y el cuidado de su familia. Primero, es importante que el personal de salud tenga un esquema de trabajo flexible. La flexibilidad en el horario de trabajo puede permitirles a los profesionales de la salud disfrutar de tiempo con su familia, así como una oportunidad para recargar sus baterías y aumentar su productividad (Shakespeare-Finch et al., 2002).

Además, es importante que el personal de salud mantenga una comunicación abierta con sus familiares. Esto les permite a los miembros de la familia comprender el trabajo de cuidado de los adultos mayores que el profesional de la salud realiza, así como los desafíos y recompensas que conlleva. Una comunicación abierta también puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar y tratar el agotamiento profesional (Díaz et al., 2014).

Finalmente, es importante que el personal de salud cultive los lazos con sus compañeros de trabajo y su familia, ya que estos lazos pueden proporcionar un sistema de apoyo valioso en momentos de estrés y dificultad. Además, es beneficioso para el personal de salud tener una buena comunicación con sus compañeros de trabajo y sus familiares, ya que puede ayudar a

reducir el estrés y mejorar la eficacia en su trabajo y su vida personal (Shakespeare-Finch et al., 2002). Es esencial que se promuevan programas y recursos para ayudar al personal de salud a fortalecer sus relaciones interpersonales y mejorar su bienestar emocional.

4.4.1 Niveles de funcionamiento familiar del personal de salud que cuida personas adultas mayores

La calidad del funcionamiento familiar del personal de salud que cuida a personas adultas mayores es un factor importante para comprender el estado de salud mental de estos pacientes. Estudios recientes han demostrado que la buena función familiar, una disfunción leve o moderada, y la disfunción severa son los principales niveles de funcionamiento familiar del personal de salud que cuida a personas adultas mayores (Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014). Esta percepción del funcionamiento familiar es particularmente importante para detectar y prevenir el deterioro físico y cognitivo de estos pacientes (Escalona & Ruiz, 2016).

Además, esta información ayuda a identificar el grado de sobrecarga que sufren los cuidadores, así como su calidad de vida. Esto se debe a que la sobrecarga y la funcionalidad familiar están estrechamente relacionadas con la calidad de vida del cuidador (Salazar-Barajas et al., 2019). Por tanto, es importante que el personal de salud que cuida a personas adultas mayores tenga conocimiento de los niveles de funcionamiento familiar para poder identificar las áreas débiles y ofrecer el mejor cuidado posible.

Uno de los elementos esenciales para el éxito en la atención médica al adulto mayor, es el nivel de funcionalidad familiar que posee el personal de salud. Esta se puede clasificar de acuerdo con el grado y profundidad del afecto y satisfacción que generan entre sus miembros desde buena función familiar, hasta disfunción leve, disfunción moderada o incluso severa (Escalona & Ruiz, 2016).

Cuando la familia presenta un óptimo funcionamiento sucede que hay un proceso libre de limitaciones donde todos los miembros establecen relaciones estables comunicándose cariñosamente con el fin de lograr comprometidos objetivos comunes. A medida que los grados de disfuncionalidad van aumentando, esta influye directamente en las relaciones familiares evidenciándose actitudes pasivas agresivas, rumia negativa y conflictiva inestabilidad emocional contribuyendo también a limitar el cuidado geriátrico del adulto mayor consiguientemente (Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014).

Los niveles de funcionamiento familiar del personal de salud que cuida a personas adultas mayores se refieren a cómo funciona la dinámica familiar del personal de salud en su hogar. Estos niveles incluyen (Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014):

- Buena función familiar: La familia del personal de salud trabaja junta de manera efectiva, tienen una comunicación abierta y resuelven conflictos de manera constructiva.
- Disfunción leve: La familia del personal de salud tiene algunos problemas de comunicación o conflictos ocasionales, pero son capaces de resolverlos de manera independiente.
- Disfunción moderada: La familia del personal de salud tiene problemas recurrentes de comunicación y conflictos, pero todavía pueden funcionar en términos generales.
- Disfunción severa: La familia del personal de salud tiene problemas graves de comunicación y conflictos, lo que puede afectar significativamente su capacidad para funcionar en su hogar y en su trabajo.

Los resultados hasta aquí presentados dan cuenta del funcionamiento familiar y la atención de los adultos mayores. Sin embargo, es muy poca la información, o muy antigua, que hable específicamente sobre los niveles de funcionamiento familiar del personal sanitario que atiende a los adultos mayores. Algunos artículos solamente se remiten a analizar la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida de los cuidadores (Salazar-Barajas et al., 2019). Y por su parte es importante también poder reconocer los roles de género como variable central a ser explicada dada la naturaleza del presente estudio. Es por ello que en la siguiente sección se procederá a analizar dicha variable.

4.5 Roles de Género: creencias sobre los roles/perfiles de género

El género se entiende como la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades, que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los hombres de las mujeres. Género es un término que describe las características de hombres y mujeres en función de factores sociales. Esto se refleja en el propio comportamiento de una persona con respecto a la masculinidad o la femineidad dependiendo del contexto de sus propias estructuras sociales y culturales. Este aspecto psicosocial afecta la salud humana, que se manifiesta en diferencias específicas de género en salud y enfermedad debido a la interacción de factores psicosociales y biológicos. En relación con el género, se refiere a aquellas características que están determinadas biológicamente (Valenzuela et al., 2019).

Es a partir de estas concepciones que surgen los estereotipos de género. Los estereotipos de género son un conjunto estructurado de creencias y expectativas socialmente compartidas sobre las características que tienen y deben tener las mujeres y los hombres como grupo. Estos pueden incluir rasgos de personalidad, roles, ocupaciones, tareas y demandas sociales. Se parte de la idea de que la femineidad se identifica con la subordinación, el parentesco, la pasividad y la seducción, mientras que la masculinidad implica poder, propiedad y eficacia. El género, por otra parte, no puede verse como una estructura puramente binaria y heteronormativa, sino que consiste en estructuras sociales mutables y flexibles que cambian y se renuevan constantemente, y las diferencias asociadas entre los espacios femeninos y masculinos (Salas, 2018).

La perspectiva de género en el abordaje de los problemas de salud pertenece a un campo de investigación reciente y todavía poco explotado. A medida que aparecen los diversos trabajos en el mundo con el enfoque de género, se afianza cada vez más la hipótesis central acerca del significado que la sociedad confiere al hecho de ser hombre y de ser mujer, y lo que esto influye diferencialmente en la salud de las poblaciones al originar comportamientos y actitudes que determinan diferentes grados de riesgo. Los estereotipos de género se manifiestan tanto en lo social, como en lo individual (Guibert et al., 1999).

El sexo y el género son temas relativamente nuevos en medicina, y mantienen a los futuros médicos en formación a distancia porque la mayoría de las facultades de medicina no incluyen formalmente el sexo y el género en sus planes de estudios. Actualmente, después del movimiento feminista en los Estados Unidos, hay algunas mujeres que ingresan a la industria de la salud. Esto difiere de la baja participación femenina hasta el último tercio del siglo XX, llegando a hablarse de una feminización de la medicina en el presente. Pese a esta mejora femenina, continúa con respecto a cómo modelo en la enseñanza de salud al "hombre medium", dejando de lado la variable propia de quiénes no son hombres. Las Mujeres pasan un segundo plano en la atención de salud, causando que los futuros profesionales de salud no estén preparados para consultar los contextos sociales de los argumentos de hombres y mujeres en la salud de las personas (Chin et al., 2016).

En la actualidad, tras años de trabajo en el tema, se considera la internalización de temas culturales y étnicos en la salud. Esto brinda a los futuros médicos la oportunidad de comunicarse de manera efectiva con personas de diferentes orígenes socioculturales y crear herramientas para los grupos de personas más diversos, es decir, trabajar juntos. Así, se toma en consideración la biología en conjunto a las diferentes condiciones de vida de hombres y

mujeres, como lo son sus estilos de vida, posiciones en la sociedad y expectativas sociales vinculadas al género. En relación con este último, las creencias personales de los profesionales de salud tienen efectos importantes, tanto en sus elecciones como el trato a sus pacientes (Valenzuela et al., 2019).

Ahora, desde el punto de vista de la equidad, el sector sanitario de muchos países del mundo debe responder no solo a las necesidades y riesgos específicos asociados exclusiva o predominantemente a las funciones reproductivas de las mujeres, sino también a las desventajas sociales a las que se enfrentan las mujeres como grupo en comparación con los hombres a la hora de acceder y gestionar sus propios recursos y procesos de protección de la salud. En consecuencia, se presta poca atención a los aspectos de la salud de las mujeres que no están directamente relacionados con sus actividades reproductivas, así como a las condiciones sociales y económicas que afectan a su capacidad para proteger y promover su propia salud y la de sus familias (Presno & Castañeda, 2003).

La inclusión de la conciencia de género en la educación médica formal y continua puede ser, por tanto, una respuesta abierta a las necesidades de las mujeres y de las personas LGBT+ en la asistencia sanitaria. Como resultado, los estudiantes y los médicos pueden sentirse tan seguros y confiados en sus conocimientos como los pacientes masculinos, femeninos, heterosexuales o LGBT+, lo que conduce a una innovación saludable. La inclusión de la medicina de género en la formación de pregrado tendrá un impacto directo en la mejora de la atención al paciente, el diagnóstico y el tratamiento en la práctica clínica, produciendo profesionales capaces de reconocer las diferencias biomédicas y psicosociales esenciales entre hombres y mujeres en las distintas enfermedades y de comprender el papel de su género en la comunidad médica (Valenzuela et al., 2019).

Así, los perfiles de género tienen un papel importante en el funcionamiento familiar de las personas que cuidan a adultos mayores. En particular, se ha identificado que el rol de la mujer como cuidadora es más común y se espera que asuma la mayor parte de la carga del cuidado (Batthyany et al., 2013; Dakduk, 2010). Sin embargo, también hay un cambio en los estereotipos de género y cada vez hay más hombres que asumen el rol de cuidador (Kalevski, 2021). Los cuidadores son quienes reciben todas las emociones ambivalentes de otros familiares no-cuidadores de la persona dependiente, lo que significa que su papel puede ser muy desafiante desde una perspectiva psicosocial.

Por su parte los artículos y la información encontrada abordan la perspectiva de género en el ámbito de la salud y el cuidado, pero no proporcionan un perfil específico del personal de

salud que cuida a personas adultas mayores. Sin embargo, se debe considerar que un perfil de género en relación al perfil de personal salud es un resumen de datos e información relacionada que describe sus factores determinantes para una población dada (Isfeld et al., 2009). La perspectiva de género en programas de salud establece relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres que generan inequidades en el ámbito de la salud y de la vida en general (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010). Por ejemplo se ha podido evidenciar que la influencia del género en la profesión de enfermera ha provocado una falta de reconocimiento social sobre esta (Arroyo Rodríguez et al., 2011). Además, se han realizado análisis sobre el cuidado desde una perspectiva de género, incluyendo los costos y beneficios implicados (Mayobre & Vázquez, 2015).

Sobre el cuidado en específico de las personas mayores desde una perspectiva de género la información también ha sido escasa y muy poco actualizada. Sin embargo, se encontró que las personas mayores prefieren los cuidados de “ellas” debido a su condición de "ser mujer", sus virtudes femeninas, su posición en la división sexual del trabajo y la calidad de sus cuidados (Rea et al., 2021). Se resaltan dos aspectos primordiales: el cuidado considerado desde la perspectiva de género y la identificación de las necesidades (Dulcey-Ruiz, 2004). Además, se han realizado análisis sobre las desigualdades de género en los impactos del cuidado, donde se encontró que un 23% de las personas cuidadoras percibió un deterioro en su salud (Mosquera Metcalfe et al., 2019).

Ahora, además de lo ya mencionado es importante también analizar esta situación desde una perspectiva más específica, es decir a partir de los diferentes roles de género tal como se van a caracterizar en el presente estudio. Dicha caracterización se especifica en las siguientes líneas.

4.5.1 Masculinidad y feminidad

La visión de la masculinidad enfatiza la acción, el poder, la soberanía, la independencia, el egoísmo y la dominación (instrumentalidad y agencia), mientras que la feminidad refleja el lado asociado a la emoción, el cuidado, la ternura, la pasividad y la sumisión (expresión, afecto y comunicación) (Díaz-Loving et al., 2012). Originalmente, estas dos variables se contrastaron en una dimensión bipolar, siendo la masculinidad un polo y la feminidad el otro; así, una puntuación baja de masculinidad significaba una puntuación alta de feminidad y viceversa. Para medir esta dicotomía, se utilizaron instrumentos que previamente habían mostrado diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (López & Sáenz, 2018).

Sin embargo, numerosos estudios científicos a lo largo del siglo XX han demostrado que los modelos bipolares no explican satisfactoriamente las complejidades de la masculinidad y la feminidad. Sin embargo, fue solo en trabajos posteriores que la masculinidad y la feminidad comenzaron a verse como dos dimensiones separadas. Desde entonces, los instrumentos de masculinidad y feminidad han comenzado a evaluar en qué medida una persona actúa de acuerdo con los roles de género masculino y femenino que prevalecen en una determinada cultura (Menéndez-Aller et al., 2022).

Kachel et al. (2016) definen a la masculinidad y la feminidad tradicionales como rasgos relativamente estables, incluidos rasgos, apariencia, intereses y comportamientos que tradicionalmente se consideran relativamente más típicos de mujeres y hombres. Es importante señalar que los estudios han examinado muchos aspectos de género diferentes, como las normas de roles de género.

De acuerdo con Páez y Fernández (2013) la dimensión masculinidad-feminidad se refiere a las prioridades relacionadas con el logro, el materialismo y la competencia, o sentimientos compartidos, calidad de vida y armonía interpersonal. tareas para el hogar. En cuanto a la cultura feminista, enfatiza la armonía y las relaciones comunitarias entre las personas. Las culturas femeninas no enfatizan los comportamientos estereotipados de género, mientras que las culturas masculinas enfatizan las diferencias de género.

Es por ello que estas culturas valoran el rendimiento y la competitividad, así como las imágenes masculinas clásicas, por lo que la masculinidad cultural puede vincularse a una cultura más amplia de “masculinidad” o machismo en la que esta se celebra porque los hombres tienen que sobresalir. Y por ende en este sentido se debe poder diferenciar todos estos conceptos que, si bien parecen ser similares, tienen grandes diferencias. Tal es el caso del machismo que se explicará a continuación.

4.5.2 Machismo

Según la Real Academia Española, el machismo es la actitud arrogante de los hombres hacia las mujeres. Esta definición se expresa, por ejemplo, en las dificultades que experimentan las mujeres para alcanzar y ocupar puestos de decisión, en la violencia de los hombres contra las mujeres o en la violencia de los hombres contra otros hombres que no se ajustan al modelo hegemónico de masculinidad (Felitti & Rizzotti, 2016).

El machismo, además, implica la indignidad del hombre hacia la mujer, donde ésta es vista como un ser invisible o sólo al servicio del hombre. Al mismo tiempo, algunos hombres

ven a las mujeres como incapaces de tomar decisiones, seguir su propio camino, recibir, trabajar o gestionar asuntos familiares importantes (Ramírez et al., 2017).

De acuerdo con Uresti et al. (2017) el machismo es una forma de hiper masculinidad que se utiliza para describir las actitudes que favorecen a los hombres en detrimento de las mujeres, y se caracteriza por la agresividad, el dominio, la audacia, la promiscuidad, la masculinidad, el sexismo, la autonomía, la fuerza, los roles de siervo y la limitación de la expresión emocional. La última característica del machismo se refiere al permiso de los hombres para expresar emociones negativas, por ejemplo, a través de la agresión masculina. Por ello, los autores lo definen como creencias, actitudes y comportamientos basados en dos ideas fundamentales: la polarización de la masculinidad y la feminidad y la superioridad de los hombres en los ámbitos que estos consideran importantes.

Por ejemplo, en algunos países, los programas de televisión presentan un determinado arquetipo de hombre o de mujer, en el que la mujer, que suele ser empleada por un hombre, se presenta también como una mujer con un cuerpo exagerado y poca producción intelectual, mientras que el hombre se presenta como una imagen de poder y grotesca, carente de clase y autonomía. En otras palabras, se presenta como creencias, actitudes y comportamientos directamente vinculados a la idea de la dominación masculina en ámbitos considerados importantes para los hombres (Ramírez et al., 2017).

En nuestra sociedad, que todavía se considera machista, está muy extendida la creencia de que el hombre es el pilar de la familia, que todo el respeto y la admiración deben dirigirse hacia él y que toda violencia es aceptable, y la justificación típica en nuestro país es: "Pegue o mate marido es". Del mismo modo, la figura femenina es vista como una mujer real, una madre que se compromete con sus hijos, que se ocupa de su hogar, que cuida de su marido, etc. (Felitti & Rizzotti, 2016; Ramírez et al., 2017).

Así el machismo también comparte una definición a partir del concepto de sumisión, términos se utilizan a menudo en debates sobre la violencia de género, como el maltrato doméstico. En algunos contextos, también pueden utilizarse para describir ciertos comportamientos o actitudes asociados a los roles de género tradicionales. Sin embargo, es necesario poder definirlos y diferenciarlos para prevenir cualquier confusión, es por ello que a continuación se pasa a definir lo que es la sumisión.

4.5.3 Sumisión

La opresión e injusticia de las mujeres en comparación con los hombres se debe a barreras como los estereotipos de género que dictan cómo deben comportarse los ciudadanos en función de su sexo, pero todo ello se sustenta en la discriminación que sufren las mujeres a manos de los hombres. El patriarcado debe entenderse como una ideología que sólo beneficia a los hombres a costa de las mujeres. En otras palabras, el patriarcado se define como un sistema de dominación sexual, que es el sistema básico de dominación en el que se basan todas las demás formas de dominación, como la clase y la raza. Además, esto ha llevado a que los hombres sean los que más se beneficien de este sistema porque pueden ejercer el poder y la dominación sobre las mujeres, lo que la sociedad considera perfectamente legítimo y normal: es la violencia de género la que generalmente se tolera y se considera un comportamiento masculino normal hacia las mujeres (Bituga-Nchama, 2020).

Esta posición no es sorprendente, ya que se trata de un sistema de dominación y explotación que sustituiría al antiguo matriarcado. El patriarcado asume que es un sistema de poder y utiliza la categoría de género para oprimir, subordinar y subyugar sistemáticamente a las mujeres. El objetivo fundamental del feminismo es, pues, la abolición del patriarcado como forma de organización política (Varela, 2019).

Como muchas otras formas de violencia contra la mujer, el sometimiento o sumisión de la mujer en el siglo XXI es más sutil pero igual de despreciable. La sumisión, la humildad y la obediencia son comportamientos que se consideran "femeninos", encajan en el estereotipo, y cualquiera que se desvíe de ellos es considerada "menos femenina" o simplemente "machista", "masculina", porque no suele doblegarse ante los hombres ante lo que le resulta incómodo o injusto. Levantarse y defender los propios derechos en una sociedad que sigue siendo machista es declarar la rebeldía, violar las costumbres sociales y pagar el precio de la soledad y la pobreza por un comportamiento irrespetuoso (Risso, 2020).

En particular, se hace referencia a la necesidad de que las mujeres negocien y hagan cumplir los acuerdos sobre los salarios que reciben por su trabajo. La brecha salarial y las condiciones laborales desiguales en las que trabajan las mujeres son una realidad, aunque exagerada e incluso, para muchos, falsa (Bituga-Nchama, 2020).

Se espera que las mujeres permanezcan siempre calladas, sumisas y obedientes. Defender los derechos o exigir las indemnizaciones acordadas es impopular, se ve como algo contradictorio y, por tanto, quejarse significa perder la posibilidad de un futuro empleo. Entre los hombres, la situación se resuelve de manera diferente; quejarse entre iguales no significa

ofenderse, recordar a un compañero que lo que han acordado es diferente no significa ser despedido por "holgazanear" o "cambiar unilateralmente las reglas". Una mujer lo hace porque la propia queja demuestra que algo está mal, mientras que un caballero nunca puede equivocarse porque es perfecto, y las que siempre se equivocan y no "captan" el error son las mujeres (Barrantes del Río, 2020).

4.6 Creencias de los perfiles de género en las familias cuidadores de las personas adultas mayores

Los patrones de género impactan los roles de cuidado adoptados por las familias. Investigaciones recientes han demostrado que, en la mayoría de los pares parental, el padre cumple un papel protector y el cuidado se asume tradicionalmente como una responsabilidad femenina (Parella, 2012). Esta jerarquía de roles crea estereotipos, esperanzas y expectativas dentro del hogar, conducen a que el hombre actúe como el responsable financiero y la mujer sea quien contribuye con tareas relacionadas con el mantenimiento del hogar.

Dichos estereotipos tienen un impacto significativo en las percepciones, actitudes, valores y comportamientos asociados con el cuidado para las personas adultas mayores. En contraste con los patrones de género tradicionales, los investigadores han expresado preocupación sobre la escasez emergente de recursos y redes existente para la atención a adultos mayores (Saldívar et al., 2015). Los cambios necesarios tanto en política pública como en los sistemas médico-sociales involucran la eliminación o modificación profunda del rol convencional que hace referencia a la identidad sexual (Parella, 2012).

Los estudios también han señalado la importancia de abordar las áreas de comportamiento relacionadas con el cuidado, como la capacidad para tomar decisiones y solucionar problemas, apoyarse mutuamente en los cuidados y mantener su salud mental (Crespo, 2008). Estos aspectos son especialmente importantes entre los cuidadores que viven con adultos mayores. Muchas veces es necesario adaptarse a situaciones y roles nuevos cuando una persona recibe el cargo de cuidador (Fedele et al., 2019).

Los investigadores han destacado también la necesidad de proporcionar un entorno amigable para desarrollar habilidades adecuadas a esta labor crucial (Galet & Alzás García, 2014). Un ambiente favorable puede contribuir significativamente a mejorar los resultados del paciente, prevenir lesiones o errores, promover la autosuficiencia y garantizar servicios sociales efectivos para la población mayor (Saldívar et al., 2015).

Ahora bien, es importante comprender como los programas de intervención se pueden incorporar para mejorar la calidad de vida o diferentes situaciones en las que existen

problemáticas de disfuncionalidad familiar y/o de roles de género en familias y el personal que cuida de adultos mayores. Por ello en las siguientes líneas se explica a detalle.

4.7 El beneficio de crear programas de intervención psicosocial para trabajar en el funcionamiento familiar de las familias cuidadoras y del personal de salud cuidadores de personas adultas mayores.

Un programa de intervención psicosocial puede ser entendido como todo tipo de procedimiento enfocado en forma de tratamiento, que pretende mejorar la salud mental y el bienestar mediante actividades, técnicas o estrategias interpersonales o informativas. Así se trata de comprender cierta conducta social de las personas para así poder cambiarla, y orientar esto a la modificación de aquellos aspectos nocivos de su entorno y mejorar su calidad de vida (England et al., 2015). Estas intervenciones pueden incluir distintos tipos de psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia de apoyo, así como formación social y profesional (Government of Alberta, 2017).

Los programas de intervención psicosocial permiten a los profesionales de la salud trabajar más estrechamente con las familias y sus cuidadores para abordar los retos relacionados con el bienestar y la salud mental de la persona mayor. Esto puede contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona adulta mayor, al tiempo que permite a las familias y cuidadores identificar formas de manejar adecuadamente el estrés y ofrecer apoyo. Esto también ayuda a identificar necesidades específicas, como el suministro de información adecuada, recursos, educación y consejería. En general, los programas de intervención psicosocial pueden mejorar el cuidado y los resultados para las personas adultas mayores y sus familias (Walsh, 1996). A la vez, estos programas ayudan a las familias a desarrollar habilidades para afrontar situaciones difíciles, como el manejo del estrés, conflictos interpersonales y problemas relacionados con el envejecimiento (Woodhead, 2001).

También permiten al personal de salud capacitarse para implementar técnicas específicas que mejoren la satisfacción del adulto mayor con su atención médica y geriátrica. Como resultado, los pacientes reciben un cuidado adecuado basado en sus necesidades particulares, lo que contribuye al fortalecimiento de la relación entre los miembros involucrados y garantiza una mejor calidad de vida para aquellos mayores que son atendidos (Hoare, 2002).

Un programa de intervención psicosocial puede resultar importante para trabajar en el funcionamiento familiar de los cuidadores de personas adultas mayores porque en primer lugar y de manera general puede mejorar el cuidado y atención que se brinda a la persona dependiente

(Muñoz & Dolores, 2007). Además, también podría ayudar en situaciones concretas tales como reducir los niveles de estrés derivados de la situación de cuidado, facilitar bajo un contexto de importancia del funcionamiento familiar, y mejorar así la calidad de vida del cuidador del adulto mayor (Salazar-Barajas et al., 2019). Y es por ello por lo que, se debe tener presente que los cuidadores son quienes reciben todas las emociones ambivalentes de otros familiares no-cuidadores, lo que significa que pueden experimentar una sobrecarga emocional significativa (Hurtado-Vega, 2021). Por lo tanto, un programa de intervención psicosocial puede ayudar a los cuidadores a gestionar estas emociones y mejorar su bienestar general.

5. Metodología

5.1 Tipo de investigación

Para el desarrollo del presente trabajo, se ha empleado un enfoque cuantitativo, ya que mediante este ha sido posible describir algunos indicadores de las variables de estudio para cumplir con los fines de la investigación (Hernández Sampieri et al., 2014). Se basó también en el método descriptivo, el cual consiste en “describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y cómo se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 92).

5.2 Diseño de la investigación

Se trató de un diseño no experimental en el sentido de que se basó en categorías, conceptos, variables, acontecimientos, comunidades o contextos que surgen sin la intervención directa del investigador, es decir, el investigador no cambia el objeto de estudio. En la investigación no experimental, los fenómenos o acontecimientos se observan tal y como ocurren en su entorno natural y luego se analizan (Hernández et al., 1989).

También se ha tratado de un estudio transversal, esto porque su naturaleza ha sido observacional, es decir, que se analizan datos sobre variables recogidos durante un periodo de tiempo en una muestra de población o un subconjunto predeterminado de individuos. Así, los datos recogidos en una encuesta transversal proceden de individuos para los que todas las variables son iguales, excepto la variable objeto de estudio. Esta variable es la que se mantiene constante a lo largo de la encuesta transversal (Rodríguez & Mendivelso, 2018).

5.3 Población y Muestra

La población de estudio se basó en dos grupos, por un lado, el personal de salud que acude a las visitas a los adultos mayores, y por otro a los familiares de las personas Adultas Mayores que pertenecen al Proyecto de Atención Domiciliaria (PAD) del cantón Santa Isabel, ubicado en la provincia de Azuay. Para tales efectos, el muestreo ha sido aleatorio simple, el cual consiste en un método de selección de un número determinado de unidades obtenidas del universo de N, de tal manera que cada una de las muestras tiene la misma probabilidad de ser seleccionada (Namakforoosh, 2007). Para ello también se siguió una lógica de un muestreo por conveniencia en sentido de que la participación del estudio estuvo basada por criterios éticos y sobre todo por la aceptación voluntaria de los participantes de formar parte del estudio. Así, finalmente se incluyeron a 80 representantes de los familiares del PAD y a 12 trabajadores de la salud.

Para ello, en base a la selección de participantes se siguió un procedimiento basado en los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores (que sea beneficiario de una pensión monetaria por parte del Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES) pertenecientes al cantón Santa Isabel.
- Familiar directo o más cercano a la persona adulta mayor que participará de la investigación.
- Personal de salud (medicina, psicología, enfermería) que realiza atención domiciliaria al adulto mayor participante.

Criterios de exclusión:

- Persona adulta mayor que no reciba alguna pensión monetaria del MIES (no es considerada dentro de los quintiles de pobreza y pobreza extrema.)

Personal de salud y familias cuidadores que no desee consentir por escrito su participación.

5.4 Instrumentos utilizados

Para cumplir con los objetivos de la investigación, se aplicaron específicamente 2 instrumentos: por un lado, para la valoración de la disfunción familiar se utilizó el test denominado como APGAR Familiar. Se trata de un instrumento desarrollado por el Dr. Gabriel Smilkstein, quien, basándose en su experiencia como médico de familia, propuso esta prueba

como herramienta para que el equipo de atención primaria analizará el funcionamiento familiar. La premisa de esta prueba es que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden expresar su satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos (Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014).

Esta prueba se llamó "APGAR familiar" porque es una palabra fácil de recordar para los médicos, ya que es familiar con la prueba que se propuso para su uso casi universal en la evaluación neonatal, y porque denota una evaluación rápida y fácil de usar. El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas diseñado para proporcionar pruebas del estado funcional de la familia como una escala en la que el encuestado califica su percepción del funcionamiento familiar en una serie de elementos clave considerados como marcadores del funcionamiento familiar primario (Arias, 1994). Así, el cuestionario como tal evalúa los siguientes cinco componentes (Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014):

- Adaptación: se refiere a la capacidad de utilizar los recursos dentro y fuera del hogar para resolver problemas en momentos de tensión o crisis familiar.
- Participación: es el involucramiento de los miembros de la familia en la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades relacionadas con el mantenimiento de la familia.
- Gradiente de recursos: corresponde a la madurez física y emocional y la autorrealización, que se desarrollan a través del apoyo mutuo y el soporte de los miembros de la familia.
- Afectividad: se refiere a la relación cálida y amorosa que debería existir entre los miembros de la familia.
- Recurso o capacidad resolutoria: se refiere a la corresponsabilidad de dedicar tiempo a aquellas necesidades tanto físicas como emocionales de otros miembros de la familia, lo que a menudo implica compartir ingresos y espacio.

Las respuestas se organizan en una escala de tipo Likert en la cual para su puntuación se asignan valores de 0 para Nunca, 1 para Casi Nunca, 2 para Algunas Veces, 3 para Casi Siempre, y 5 para Siempre. Con ello, una vez obtenidas todas las respuestas, estas se proceden a sumar para dar el valor total y final, el cual se debe interpretar para determinar la disfunción familiar según los siguientes rangos:

- Normal: de 17 a 20 puntos
- Disfunción leve: de 16 a 13 puntos.
- Disfunción moderada: de 12 a 10 puntos
- Disfunción severa: igual o menor a 9 puntos.

También se aplicó un instrumento que mide el perfil de género conocido como IMAFE, que es un cuestionario de Masculinidad-Feminidad, que sirve para evaluar la percepción sobre los roles de género, en sus 4 dimensiones: masculinidad, feminidad, machismo y sumisión (Aguirre, 2016). Este fue elaborado en 1993 por María Asunción Lara como una forma de poder medir los roles de género de manera objetivamente científica en México, sin embargo, luego de haber evaluado su validez y consistencia se aplicó en otros estudios en diferentes países.

El IMAFE se lo define como un instrumento psicométrico el cual se organiza a partir de la definición de 60 reactivos conformados por adjetivos relativos a rasgos asociados comúnmente a la masculinidad, feminidad, machismo y sumisión, los cuales son:

- Masculinidad: a) seguro/a de sí mismo/a; b) toma decisiones; c) autosuficiente (sabe); d) dispuesto a arriesgarse; e) independiente; f) analítico (ordenado); g) competidor (participa); h) valiente; i) razonador (piensa); j) personalidad fuerte; k) reflexivo (piensa bien); l) atlético; m) maduro (sereno); n) hábil para dirigir; y ñ) confiado de sí mismo.
- Feminidad: a) sensible a las necesidades de los demás; b) deseoso/a de consolar al que se siente lastimado; c) comprensivo/a; (d) tierno/a; (e) afectuoso/a; (f) cariñoso/a; g) dulce; h) caritativo/a; i) me gustan los niños; j) generoso/a; k) de voz suave; l) cooperado/a; m) espiritual; n) compasivo/a; y ñ) amigable.
- Machismo: a) agresivo/a; (l) dominante; c) autoritario/a; d) rudo/a; e) egoísta; f) enérgico/a; g) de voz fuerte; h) incomprensivo/a; i) uso malas palabras; j) individualista; k) materialista; l) arrogante; m) frío/a; n) ambicioso/a; y ñ) malo/a.
- Sumisión: a) indeciso/a; b) de personalidad débil; c) cobarde; d) sumiso/a; e) incapaz de planear; f) dependiente; g) influenciable; h) conformista; i) tímido/a; j) retraído/a; k) pasivo/a; l) no me gusta arriesgarme; m) simplista; n) resignado/a; y ñ) inseguro/a de mí.

El IMAFE a su vez, se organiza en sus respuestas sobre una escala de tipo Likert que va desde Nunca 1, Rara Vez 2, Casi Nunca 3, Pocas Veces 4, Muchas veces 5, Casi Siempre 6 y Siempre 7. Y con ello para el cálculo final los resultados se organizan de acuerdo a los cuatro roles antes mencionados y suma el puntaje obtenido para cada uno de ellos y así para cada uno de estos rasgos de personalidad se pudo obtener el nivel:

- Nunca de 0 a 15 puntos
- Rara Vez de 16 a 30 puntos
- Casi Nunca de 31 a 45 puntos
- Pocas Veces de 46 a 60 puntos
- Muchas veces de 61 a 75 puntos
- Casi Siempre de 76 a 90 puntos
- Siempre de 91 a 105 puntos

Además de estos se aplicó una ficha de información sociodemográfica (edad, sexo, etc.), para obtener datos que sustenten la investigación.

5.5 Diseño técnico y metodológico para la obtención y análisis de la información

Por su parte, el proceso de los datos se llevó a cabo de la siguiente manera: el primer paso consistió en el procesamiento de toda la información que se recolectó a partir de los cuestionarios digitalmente tabulados en el programa Microsoft Excel de Windows. Así, los datos fueron registrados en el programa Excel en una computadora personal a partir de la información recolectada en el trabajo de campo. Luego de ello se revisó que todos los datos estuvieran correctamente llenados y sin errores. Esto incluyó revisar los datos y eliminar cualquier información redundante o incorrecta. Con estos datos pulidos en Excel se procedió a migrarlos al programa de análisis estadístico SPSS en su versión 26 para Windows. Esto implicó organizar los datos y caracterizarlos a partir de diferentes variables que permitan entender y encontrar patrones en ellos. Con ello utilizando el mismo programa se generaron cruces de datos para poder elaborar tablas y gráficos para ser analizados.

5.6 Procedimientos éticos

Para la recolección de información tanto del personal de salud y sus familias cuidadores, todos los participantes aceptaron formar parte libre y voluntariamente de la investigación, para ello se socializó un consentimiento informado que aclara la privacidad de su información personal y que la información recolectada en las diferentes variables serviría

únicamente para fines académicos. Ver consentimiento informado para el personal de salud en Anexo 1 y para las familias cuidadores en el Anexo 2.

6. Resultados y Discusión

En primer lugar, para dar cumplimiento al primer objetivo específico que es: caracterizar las variables sociodemográficas de las familias cuidadoras de las personas adultas mayores (edad, género, instrucción, religión, zona de residencia, ingresos económicos, personas que conviven con el adulto/a mayor, vivienda) y del personal de salud (edad, género, instrucción, ocupación, horas de trabajo al día, religión, zona de residencia, ingresos económicos, personas que conviven) se obtuvo los siguientes resultados que se ven reflejados en la Tabla 1 y Tabla 2.

Al caracterizar las variables sociodemográficas de las familias cuidadoras de personas adultas mayores se evidencia que, el rango de edad que predomina en las personas mayores es 65 años y representa el 57.5% de la muestra total. Resultados que son opuestos al estudio de Torres et al. (2023) acerca del “Perfil biosociodemográfico del cuidador principal informal del adulto mayor en una región de Ecuador” en el cual predomina el rango de edad de 40 a 59 años.

En cuanto al género se indica que existió paridad intensional para seleccionar los grupos, ya que se repartieron con porcentajes iguales de 50% tanto para los familiares de género femenino como masculino. Es decir que en este caso no existe una prevalencia de géneros en cuanto a los familiares encuestados de los adultos mayores. Estos resultados son opuestos al estudio de Torres et al., (2023) donde se demostró que la mayoría de los cuidadores de personas adultas mayores eran mujeres (70,8%), y datos similares también encontró en el estudio denominado “Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. Chordeleg”, de Chamba-Ortiz y Ojeda-Orellana (2019) en el cual la mayoría de los cuidadores fueron de sexo femenino (73,3%).

Se indica también el nivel educativo de los participantes, en los cuales se puede observar que el mayor porcentaje se ubicó en el nivel primario con el 55% de los casos. Estos resultados son opuestos al estudio de Torres et al., (2023) en donde se demostró que la mayoría poseía educación secundaria completa (57,1%) y similares con el estudio de Chamba-Ortiz y Ojeda-Orellana (2019) en el cual se encontró que la población de estudio contaba con estudio máximo de primaria incompleta (40,6%).

En cuanto a la religión, ha predominado la católica con un 100% de la muestra, pues pese a existir otras alternativas de respuesta, el total de los participantes manifestó identificarse totalmente con la religión católica, la razón por la que predomina esta religión en su totalidad

debe a que es una herencia cultural heredada de generación en generación en la zona rural del cantón. Estos datos, si bien no en la misma magnitud se corresponden con el estudio de Rosas-Cervantes et al. (2020) titulado como “Trascendencia espiritual, oportunidad de cuidadores informales de personas mayores: revisión integrativa desde la filosofía de Watson” en el cual también se encontró que la religión predominante de los cuidadores de ancianos era la católica, seguida por la evangélica o protestante, religiones que en el presente caso de estudio no se encontraron.

En cuanto a la zona de residencia se ha obtenido que un 91,3% de los casos encuestados viven en la ruralidad, mientras que solo el 8,8% en una zona urbana. Estos datos corresponden con la realidad del cantón Santa Isabel, es decir, según datos publicados del último censo, dentro del Sistema Nacional de Información (2010), se indicaba que en este cantón mayoritariamente la población se ubicaba en una zona rural (69,5%) y en menor medida en la zona urbana (30,5%).

Con respecto al tipo de vivienda, manifestaron poseer una casa propia gran parte de los encuestados en un 96,3% de la zona rural. Estos datos contrastan con el promedio nacional. En el estudio de Quishpe-Sinailin (2019) “Pobreza y vivienda en Ecuador: Tres análisis desde la economía” se indica que la tasa nacional de tenencia de vivienda propia y totalmente pagada se distribuye entre un 60,7% para el área urbana y el 39,3% en la zona rural.

Finalmente, la mayoría (55%) solo indicaron que cohabitan en el hogar con una persona adicional, en segundo lugar (23,8%) con dos personas, y en porcentajes mucho menor (4%) tres, cuatro y cinco personas. Estos datos son similares a investigaciones que se han realizado anteriormente en el país. Por ejemplo en un estudio desarrollado por el INEC (2008) en la ciudad de Quito, se indicaba como el tamaño del hogar de los adultos mayores era la cohabitación con una persona adicional y representaba en 28,7%, seguido con dos personas 19,5%, y con una cifra de 18,3% para adultos mayores que vivían solos.

Tabla 1

Perfil sociodemográfico de las familias cuidadoras.

| Variable | Detalle | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|----------------------|------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Rango de edad | 18 a 40 años | 10 | 12,5 | 12,5 |
| | 41 a 64 años | 24 | 30,0 | 30,0 |
| | Mayor a 65 años | 46 | 57,5 | 57,5 |
| Género | Femenino | 40 | 50,0 | 50,0 |
| | Masculino | 40 | 50,0 | 50,0 |

| | | | | |
|--|------------------------------|-----------|--------------|--------------|
| Nivel educativo | Bachiller | 3 | 3,8 | 3,8 |
| | Ninguna | 16 | 20,0 | 20,0 |
| | Primaria | 44 | 55,0 | 55,0 |
| | Primaria Incompleta | 13 | 16,3 | 16,3 |
| | Secundaria Incompleta | 4 | 5,0 | 5,0 |
| Religión | Católica | 80 | 100,0 | 100,0 |
| Zona de residencia | Rural | 73 | 91,3 | 91,3 |
| | Urbana | 7 | 8,8 | 8,8 |
| Tipo de vivienda | Arrendada | 3 | 3,8 | 3,8 |
| | Propia | 77 | 96,3 | 96,3 |
| Personas que conviven con el adulto mayor | 1 | 44 | 55,0 | 55,0 |
| | 2 | 19 | 23,8 | 23,8 |
| | 3 | 12 | 15,0 | 15,0 |
| | 4 | 2 | 2,5 | 2,5 |
| | 5 | 3 | 3,8 | 3,8 |
| TOTAL | | 80 | 100,0 | 100,0 |

Ahora bien, con respecto a la caracterización del personal de salud del PAD, los estudios realizados generalmente se han enfocado en los adultos mayores y sus cuidadores familiares, sin embargo, no se registran estudios en el personal de salud específicamente como para corroborar con los datos que se ha encontrado en esta investigación.

A continuación, en la Tabla 2 se presenta las características sociodemográficas del personal de salud del PAD.

En cuanto a las variables sociodemográficas del personal de salud se puede observar que la edad se dividió en porcentajes muy similares en todos los rangos, siendo los principales el de 31 a 35 años (25%) y más de 35 años (25%). Estos datos son similares a lo expuesto por la Organización Internacional de Trabajo (OIT) en cuanto a que en su estudio que se llama “Trabajadores de la salud en Ecuador: condiciones de empleo, salud y seguridad en el trabajo” (OIT, 2022) se pudo evidenciar que el mayor rango de edad de los trabajadores de salud ecuatorianos se ubicó en el rango de 25 a 29 años (19,98%). En cuanto al género este fue también similar, ya que se encontró el mismo porcentaje de 50% tanto para masculino como femenino por selección intencional.

En cuanto al nivel educativo, la totalidad de trabajadores manifestó tener un título de tercer nivel (100%), datos similares a lo expuesto por el estudio de la OIT donde se encontró que el 70% de los trabajadores de la salud poseían título de tercer nivel. En la profesión se destacó la de psicólogo/a clínico/a (41,7%). Todos los trabajadores manifestaron que en

promedio trabajan ocho horas diarias (100%) como lo es una jornada de trabajo en el sector público del Ecuador.

Los trabajadores, en cuanto a la religión se manifestaron como católicos (66,7%) y ateos (33,3%). En cuanto a la zona en donde residen, resaltó la zona urbana (100%).

Sobre el tema de los ingresos también existió unanimidad en todos al manifestar que reciben cerca de 2 salarios básicos (100%), datos similares encontrados en el estudio de la OIT (2022) en el cual se menciona que el 58,14% de los trabajadores percibe como salario de 1 a 3 salarios básicos.

Y en lo que se refiere al número de personas con las que cohabitan la mayoría manifestó que con dos personas (50%), en un porcentaje menor tres personas (25%), que se atribuyen a una familia nuclear en su mayoría.

Tabla 2

Perfil sociodemográfico de los trabajadores

| Variable | Detalle | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|--|-----------------------------------|------------|--------------|-------------------|
| Rango de edad | 20 a 25 años | 2 | 16,7 | 16,7 |
| | 26 a 30 años | 4 | 33,3 | 33,3 |
| | 31 a 35 años | 3 | 25,0 | 25,0 |
| | más de 35 años | 3 | 25,0 | 25,0 |
| Género | Femenino | 6 | 50,0 | 50,0 |
| | Masculino | 6 | 50,0 | 50,0 |
| Nivel Educativo | Tercer Nivel | 12 | 100,0 | 100,0 |
| Profesión | Lcda. En Psicología | 1 | 8,3 | 8,3 |
| | Lcda. Enfermería | 2 | 16,7 | 16,7 |
| | Médico General | 3 | 25,0 | 25,0 |
| | Psicólogo Clínico | 5 | 41,7 | 41,7 |
| | Trabajadora Social | 1 | 8,3 | 8,3 |
| Horas de trabajo en promedio | 8 horas diarias | 12 | 100,0 | 100,0 |
| Religión | Ateo | 4 | 33,3 | 33,3 |
| | Católico | 8 | 66,7 | 66,7 |
| Zona de residencia | Urbana | 12 | 100,0 | 100,0 |
| Ingresos económicos | 2 salarios Básicos (Aprox) | 12 | 100,0 | 100,0 |
| Personas que conviven con el trabajador | 1 | 2 | 16,7 | 16,7 |
| | 2 | 6 | 50,0 | 50,0 |
| | 3 | 3 | 25,0 | 25,0 |
| | 4 | 1 | 8,3 | 8,3 |
| Total | | 12 | 100,0 | 100,0 |

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico que es: determinar el nivel de funcionamiento familiar (buena función familiar, disfunción leve, disfunción moderada, disfunción severa) del personal de salud y de las familias cuidadores de personas adultas mayores, se obtuvo los siguientes resultados. En la Tabla 3 se encuentran los resultados del funcionamiento familiar de las familias cuidadores de personas adultas mayores. En la Tabla 4 se encuentran los resultados del funcionamiento familiar del personal de salud cuidador de personas adultas mayores.

Tabla 3

Nivel de funcionamiento familiar de las familias cuidador de las personas adultas mayores

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Válido Buena Función familiar | 43 | 53,8 | 53,8 |
| Disfunción familiar leve | 15 | 18,8 | 18,8 |
| Disfunción familiar moderada | 15 | 18,8 | 18,8 |
| Disfunción familiar severa | 7 | 8,8 | 8,8 |
| Total | 80 | 100,0 | 100,0 |

El 53,8% de las familias cuidadores poseen una normal o buena función familiar lo cual reflejaría a nivel general una valoración positiva de estas familias. Sin embargo, también es alarmante que en segundo lugar se ubica la disfunción leve con el 18,8%, en tercer lugar, la disfunción moderada con el mismo porcentaje de 18,8% y finalmente la disfunción familiar severa con el 8,75%. Estos resultados son similares al estudio de Salazar-Barajas et al., (2019) realizado en México sobre una base de 86 cuidadores de adultos mayores, pues se encontró que el 74.4% de los cuidadores percibieron una funcionalidad familiar buena, el 22.1% disfunción moderada y el 3.5% disfunción severa, cifras preocupantes puesto que afecta directamente al adulto mayor bajo su cuidado.

Tabla 4

Nivel de funcionamiento familiar del personal de salud

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Válido Buena Función familiar | 12 | 100,0 | 100,0 |
| Disfunción familiar leve | 0 | 0 | 0 |
| Disfunción familiar moderada | 0 | 0 | 0 |
| Disfunción familiar severa | 0 | 0 | 0 |
| Total | 12 | 100,0 | 100,0 |

Con respecto a la Tabla 4 sobre el personal de salud nos arroja un dato total, el cual resulta insuficiente para determinar un programa de intervención, adecuado para sus relaciones familiares, puesto que el 100% evidencia buena función familiar. Al demostrar estos resultados se sugiere ampliar la muestra de estudio y aplicar otro instrumento de medición adaptado a nuestro medio para corroborar la información para posteriores estudios.

Consecuentemente, para dar cumplimiento al objetivo específico tres que es identificar los cuatro perfiles de género (masculinidad, feminidad, machismo y sumisión) en el personal de salud y en las familias cuidadores de personas adultas mayores, se obtuvo los siguientes resultados. En la Tabla 5 se encuentran los resultados de los cuatro perfiles de género en las familias cuidadoras de personas adultas mayores. En la Tabla 6 se encuentran los resultados de los cuatro perfiles de género en el personal de salud.

Con respecto a los perfiles de género de las familias cuidadoras de las personas adultas mayores, se obtuvo que, del total de los cuatro perfiles de género evaluados, la masculinidad (31,3%) fue el perfil de género mayoritariamente presente en la población de estudio, sin embargo, los otros 3 perfiles: feminidad (25%), machismo (20%) y sumisión (23,7%) obtuvieron porcentajes menores pero similares entre todos. Es decir que, si bien la masculinidad fue la primera en cuanto a su frecuencia, esta mayoría no fue absoluta ya que el resto de los perfiles obtuvieron frecuencias similares. Resultados que no son similares con el estudio de Gualán (2022) “Violencia de género en ámbitos educativos. Una mirada hacia las actitudes de directivos del Distrito de Educación N° 07D03”, el cual, si bien se trata de otra población de estudio, nos arroja una base de un estudio local. En este estudio la feminidad fue el primer perfil encontrado, seguido por la masculinidad, el machismo y la sumisión.

Tabla 5

Perfiles de género de las familias cuidadoras de las personas adultas mayores

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|-------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Válido Feminidad | 20 | 25,0 | 25,0 |
| Machismo | 16 | 20,0 | 20,0 |
| Masculinidad | 25 | 31,3 | 31,3 |
| Sumisión | <u>19</u> | <u>23,7</u> | <u>23,8</u> |
| Total | 80 | 100,0 | 100,0 |

En cuanto a los perfiles de género identificados del personal de salud se evidencia una paridad en los resultados, es decir, son exactos tanto para los perfiles de masculinidad como para feminidad, de esta manera resulta información insuficiente puesto que no hay datos para

el machismo y sumisión. De esta manera se sugiere realizar una evaluación con una muestra más amplia de personal de salud y con instrumentos específicos para esta muestra de estudio, ya que la información adquirida no es suficiente para generar encuentros de discusión.

Tabla 6

Perfiles de género del personal de salud cuidador de personas adultas mayores

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|---------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Válido | | | |
| Feminidad | 06 | 50,0 | 50,0 |
| Masculinidad | 06 | 50,0 | 50,0 |
| Machismo | 0 | 0 | 0 |
| Sumisión | 0 | 0 | 0 |
| Total | 12 | 100,0 | 100,0 |

Finalmente, para dar cumplimiento con el objetivo específico cuatro que es el generar un programa de intervención psicosocial en funcionamiento familiar y en el cambio de creencias de los perfiles de género dirigido al personal de salud y a las familias cuidadores de las personas adultas mayores. Se toma como referencia los resultados de la valoración psicosocial, perfiles de género y funcionalidad familiar. En lo que respecta al personal de salud, los resultados encontrados son adecuados y exactos, y no presentan una alteración como para plantear un programa de intervención. Sin embargo, es relevante recomendar que se investigue con una muestra más amplia y con instrumentos de medición que sean adaptados a la realidad local, de tal manera que permita la aproximación a un diagnóstico claro para plantear una propuesta de intervención a este grupo.

En lo que respecta a las familias cuidadores de las personas adultas mayores es importante recalcar los datos encontrados en los perfiles de género como la sumisión y machismo que resultan nocivos para las relaciones intrafamiliares, de la misma manera se evidencia en un gran porcentaje niveles de disfuncionalidad familiar alegando a la presencia de los perfiles de género. Como línea base se tomará estos resultados para impartir un programa de prevención primaria en el tema de erradicación de violencia de género y el adecuado funcionamiento familiar. Para el diseño de la propuesta se han analizado las variables sociodemográficas y se ha planteado un programa adaptado a la edad de los participantes, ubicación geográfica, a las condiciones socioeconómicas y nivel de estudio como ejes principales.

La metodología que se impartirá tendrá un enfoque cognitivo conductual por lo que es indispensable que el programa sea ejecutado por psicólogos clínicos con la experticia necesaria

para involucrarse con el grupo pacientes de tal manera que comprenda a profundidad las diferencias culturales, en el sentir, en el pensar y en el actuar de los pacientes para ello se mantendrá un enfoque desde los principios de la Intervención Acción Participativa generando así aprendizaje mutuo entre los pacientes y los interventores.

El programa está estructurado en 3 etapas, en la etapa 1 y 3 las intervenciones deberán ser realizadas en el domicilio de los familiares puesto que las condiciones socioeconómicas no facilitan ni garantizan el traslado a un lugar específico para desarrollar la sesión, para ello cada profesional de la salud deberá realizar su trabajo de manera domiciliaria, para desarrollar el programa se requerirá de 4 psicólogos clínicos y 4 psicólogas clínicas ya que se necesita equidad en el género en los profesionales para ejecutar el programa, cada uno será responsable de 10 pacientes. De esta manera se desarrollará la temática de cada sesión.

En la etapa 2 cada profesional deberá hacer alianza con su colega para realizar un taller grupal con 20 participantes, para ello el profesional deberá prever de un espacio ideal para los partícipes tomando en cuenta los factores de diversidad. Es necesario recalcar que se mantendrá como ejes transversales en todo momento la perspectiva de género, funcionalidad familiar, interculturalidad e inclusión. A continuación, la propuesta de intervención.

7. Propuesta de un programa de intervención psicosocial

Resumen de propuesta de intervención Psicosocial.

| Personal de salud: | 4 psicólogos clínicos y 4 Psicólogas clínicas | | | | |
|---------------------------|--|---|---|---|---|
| Participantes: | 40 personas cuidadores de Personas Adultas Mayores | | | | |
| Recursos: | Computadora portátil, reproductor de sonido, parlantes, infocus, impresora 2 resmas de papel bond A4, 24 lápices | | | | |
| Etapa | Nombre | Objetivo | Participantes | Detalle | Enfoque |
| 1 | Concientización | Empoderar a los pacientes en temática de equidad de género y buen funcionamiento familiar teniendo como línea base la erradicación de violencia intrafamiliar y violencia basada en género. | | | |
| | Sesión 1 | Concientizar sobre la desigualdad de género que existe, según el rol que desempeña en el hogar por su perfil de género. | 1 persona (Paciente) y 1 Psicólogo Clínico o 1 Psicóloga Clínica | Cada profesional de la salud deberá, trabajar con 10 pacientes para abordar a la población total. | Cognitivo conductual |
| | Sesión 2 | Idealizar alternativas para garantizar la equidad de responsabilidades del hogar. | | | |
| | Sesión 3 | Identificar creencias irracionales en base a estereotipos de género y rol familiar. | | | |
| 2 | Apoyo | Fortalecer estrategias de afrontamiento ante situaciones de violencia basada en género y funcionalidad familiar | | | |
| | Taller 1 | Promover la erradicación de la violencia basada en genero | 20 personas Asistentes 1 Psicólogo Clínico | Se reunirá un psicólogo clínico y una psicóloga clínica convocando a los 10 pacientes asignados para brindar dos talleres grupales de | Taller focal con perspectiva cognitivo conductual / Intervención Acción Participativa Taller focal con |
| | Taller 2 | Promoción de un adecuado funcionamiento familiar como línea basé la distribución equitativa de responsabilidades en el hogar. | | 1 Psicóloga Clínica | 20 asistentes previamente de la etapa 1 |
| | 3 | Seguimiento | Identificar y brindar herramientas de afrontamiento en casos de violencia basada en talleres grupales y/o intrafamiliar | | |
| Sesión 1 | | Verificar el impacto del programa en la funcionalidad familiar del paciente. | 1 persona (Paciente) y 1 Psicólogo Clínico o 1 Psicóloga Clínica | | |

Etapa 1 (Concientización)

Modalidad: Individual

Ejes transversales en las temáticas de la Etapa 1: Perspectiva de género, funcionalidad familiar, Interculturalidad e inclusión

| Sesión 1 | Tiempo | Objetivo | Objetivo Especifico | Técnica | Recursos | Indicaciones generales. | Tarea post sesión |
|-------------|------------|---|--|---|---|--|---|
| 1 | 90 minutos | Concientizar sobre la desigualdad de género que existe, según el rol que desempeña en el hogar por su perfil de género. | Generar empatía e Informar sobre el proceso de intervención y la metodología a utilizar en las 3 etapas. | 1.- Narrativa | | Se explicará detalladamente sobre los procesos y técnicas a utilizar además se genera acuerdos para que la participación en este proceso tenga resultados favorables que repercutan directamente en mejorar la funcionalidad familiar. | |
| | | | Plantear una definición clara sobre la diferenciación entre sexo y género. | 1.- Psicoeducación. 2.- Correlación de cualidades en función si es hombre o mujer. | Listado de cualidades en función si es hombre o mujer <u>Anexo 1.1</u> | Se brindará una guía de ejemplos de cualidades como "amable" y se pedirá que coloque según su criterio las cualidades que considere asignar, posterior realizar un análisis sobre lo manifestado en base a los criterios ya definidos. | |
| | | | Redefinir las funciones asignadas en el hogar por las aptitudes asignadas a su género | 1.- Realizar un listado de las funciones que debería realizar un hombre y una mujer en el hogar en función a su género. 2. A través de dialogo socrático encaminar a un análisis profundo sobre la equidad en las actividades que desempeña diariamente en el hogar. | Lapis, papal A4, Check List (Anexo 1.2) | Se elaborará un listado de las funciones que debería hacer el hombre o la mujer por ejemplo "arreglar una tubería, cocinar", para posterior realizar un análisis de que miembro de la familia realiza cada una de esas actividades descritas por ejemplo " mi hermano arregla las tuberías de la lava mano, mi abuela cocina". | Realizar un check list en base a las funciones previamente analizadas de las funciones que desempeña en el hogar ahora con relación a cada miembro de la familia. (Anexo 1.2) |
| | | Reforzar conocimientos | | Retroalimentación de los temas abordados y cierre. | | Recolectar recomendaciones sobre los temas abordados para tratar en la siguiente sesión. | |

| Sesión | Tiempo | Objetivo | Objetivo Especifico | Técnica | Recursos | Indicaciones generales. | Tarea post sesión |
|--------|------------|---|---|--|--|---|---|
| 2 | | | Retroalimentar experiencias adquiridas en la temática de la sesión previa. | Narrativa Escucha activa Revisión de tarea encomendada | Check List Anexo 1.2 (Resuelto) | Se realizará un resumen breve de la temática anterior y se revisará la carga familiar asignada a cada miembro familiar según su criterio, concientizando sobre la <u>distribución de responsabilidades.</u> | |
| 2 | 90 minutos | Establecer posibles alternativas para garantizar la equidad de responsabilidades del hogar. | Plantear una definición base sobre los tipos de violencia relacionadas al genero | Psicoeducación Escucha Activa | | Se abordará la temática desde los conocimientos y experiencias previas de cada paciente, dando una redefinición si es necesario por los conceptos idóneos de <u>tipos de violencia basadas en género.</u> | |
| | | Generar un esquema de un ambiente armónico en el hogar. | 1.- describir las actividades que desarrolla en su día a día 2.- describir las actividades que desearía realizar cada día 3.- describir las actividades que no desearía realizar diariamente. 4.- Identificar puntos medios viables para generar armonía | | Lápiz, papal A4, Check List (Anexo 1.3), (Anexo 1.4) | Mantener un orden lógico de las situaciones específicas del día a día que generan malestar en el paciente, para des generalizar un malestar específico que puede ser abordado en acompañamiento familiar o soluciones que nazcan desde el paciente y su entorno. Detallar la dinámica de la tarea para la casa especificar que se debe tomar nota de la situación que me genera malestar y especificar qué tipo de malestar. | Realizar un análisis durante la semana a manera de diario registrando las actividades que generen sentimientos o conductas negativas, durante el desarrollo de las actividades diarias. (Anexo 1.4) |
| | | | Reforzar conocimientos | Retroalimentación de los temas abordados y cierre. | | Recolectar recomendaciones sobre los temas abordados para tratar en la siguiente sesión. | |

| Sesión | Tiempo | Objetivo | Objetivo Especifico | Técnica | Recursos | Indicaciones generales. |
|--------|------------|---|--|--|---------------------------------------|--|
| 3 | | | Retroalimentar experiencias adquiridas en la temática de la sesión previa. | Narrativa Escucha activa Revisión de tarea encomendada | Check List Anexo 1.4 (Resuelto) | Se realizará un resumen breve de la semanita anterior y se revisará íntegramente las actividades específicas que generan sentimientos negativos y se planteara una solución a las mismas. |
| | | | Plantear conceptos básicos sobre estereotipos de género y estereotipos según el rol dentro de la familia. | Psicoeducación Escucha activa | | Se abordará la temática desde los conocimientos y experiencias previas de cada paciente, dando una redefinición si es necesario por los conceptos idóneos de estereotipos que se le asigna al hombre y a la mujer de la misma manera por rol familiar, |
| 3 | 90 minutos | Identificar creencias irracionales en base a estereotipos de género y rol familiar dentro de la familia | Analizar los estereotipos de género que se asigna al hombre y a la mujer en función al rol dentro de la familia. | Realizar un listado de los estereotipos de género y estereotipos de rol asignado a los familiares conoce y relacionarlos con la realidad del paciente. Analizar y cuestionar a través de dialogo socrático la racionalidad de los estereotipos que alternativas pueden desarrollar. | Lápiz, papel A4 | Se realizará un análisis a profundidad sobre los roles que ocupa cada miembro dentro de su familia por ejemplo como "proveedor de alimentos al hombre al igual que al padre como proveedor de alimentos "cuidado de los bebés a la madre, cuidado de los bebés a las mujeres". |
| | | | Reforzar conocimientos | Retroalimentación de los temas | | Retroalimentación general de la temática abordada en la primera etapa. |
| | | | Generar acuerdos y compromisos. | Narrativa Escucha activa | | Se realizará acuerdos y compromisos para replicar en su diario vivir las experiencias adquiridas para que consigo se logre una equidad en el hogar. |

Etapa 2 (Apoyo)

| Modalidad: | Grupal | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|
| Participantes: | 20 personas que participaron en la Etapa 1 | | | | | |
| Facilitadores: | 1 psicólogo clínico, 1 Psicóloga clínica | | | | | |
| Ejes transversales en las temáticas de la Etapa 2: Perspectiva de género, funcionalidad familiar, Interculturalidad e inclusión | | | | | | |
| Taller 1 | Tiempo | Objetivo | Objetivo Especifico | Técnica | Recursos | Observaciones |
| 1 | 120 minutos | Promover la erradicación de la violencia basada en género | Generar empatía y rapport | Técnica de presentación, "presentando a mi compañero" | | Los participantes se enumerarán del 1 al 10 y se formaran 10 parejas, cada pareja tendrá 2 minutos para preguntarse cómo se llaman cuantos años tienen, etc. Y terminada la actividad regresaran a sus puestos y presentaran a sus compañeros uno por uno. |
| | | | Identificar patrones nocivos y repetidos en el contexto de las familias donde existe perfiles de genero destructivos. | Análisis crítico de una canción con temática machista, de sumisión y roles de genero nocivos. | <ul style="list-style-type: none"> _22 fotocopias de la Letra de la Canción "Caperucita de Ismael Serrano" (Anexo 1.5) _Reproductor de sonido _Parlantes _Computadora _Infocus _Videoclip descargado de la canción. | Se analizará la canción de manera colectiva realizando participación en grupos de 5 personas, en donde cada grupo plantearan 10 aspectos críticos identificados en la canción. Se dará como ejemplo: ¿Cuáles son los estereotipos de genero identificados en la canción y a quien corresponde? |
| | | | Fortalecer colectivamente patrones y conductas saludables para el buen funcionamiento familiar según el perfil de | Psicodrama | | Se realizará en 4 grupos de 5 personas, los facilitadores darán dos grupos para replicar conductas nocivas y 2 grupos representarán un buen funcionamiento familiar. Ambas temáticas tendrán como punto clave la equidad de género. |
| | | | Retroalimentación y Cierre | Narrativa Escucha activa Acuerdos y compromisos | | Se generarán acuerdos colectivos para mantener y sobre todo replicar las conductas saludables dentro de sus hogares. |

| Taller | Tiempo | Objetivo | Objetivo Especifico | Técnica | Recursos | Observaciones |
|--------|-------------|---|--|---|---|---|
| 2 | 120 minutos | Promoción de un adecuado funcionamiento familiar como línea basé la distribución equitativa de responsabilidades en el hogar. | Romper el Hielo | Actividad lúdica, lo mejor de mi compañero. | | Los participantes se enumerarán del 1 al 10 y se formaran 10 parejas, cada pareja tendrá 2 minutos para recalcar lo mejor de su compañero haciendo énfasis en las cualidades. |
| | | | promocionar las relaciones armónicas en el hogar en base al rol dentro de la familia. | Sociodrama Análisis colectivo | | Se pedirá la participación voluntaria de 2 grupos que representen una familia con una temática de buen funcionamiento familiar en base a una adecuada distribución de actividades según el rol asignado dentro de la familia y otro psicodrama con la parte negativa. Para posterior realizar un análisis colectivo de los factores que facilitan un buen vivir en el hogar. |
| | | | Identificar factores que pueden generar una concepción irracional de mi rol en el hogar. | Describir en dos columnas cuando me siento respetado en mi hogar y cuando no me siento respetado en mi hogar; cual sería la posible solución para estar en armonía cuando no me siento respetado en base a los temas abordados en las 2 etapas. | 20 láminas A4 y 20 esferos | Se realizará un listado de cuando me siento respetado y cuando no dentro de mi hogar y describir una posible solución que posterior será analizada en el grupo de manera aleatoria. |
| | | | Retroalimentación y Cierre | Narrativa Escucha activa Acuerdos y compromisos | Rutas de emergencia ante casos de violencia | Se generarán acuerdos colectivos para mantener y sobre todo replicar las conductas saludables dentro de sus hogares se informará sobre el proceso de seguimiento que se realizará de manera individual. Se socializará las rutas de emergencia en el caso de sospecha de vulneración de derechos. |

Etapa 3 (Seguimiento)

Modalidad: Individual

Ejes transversales en las temáticas de la Etapa 3: Perspectiva de género, funcionalidad familiar, Interculturalidad e inclusión

| Sesión | Tiempo | Objetivo | Objetivo Especifico | Técnica | Recursos | Observaciones |
|--------|------------|--|---|--|--|--|
| 1 | 75 minutos | Identificar y brindar herramientas de afrontamiento en casos de violencia basada en genero y/o intrafamiliar | Recolectar información sobre el impacto que ha tenido la etapa 1 y 2 en el funcionamiento familiar. | Narrativa Dialogo socrático Escucha Activa | | En el caso que se identifique signos de alerta bajo el criterio de un psicólogo clínico se deberá referir a un tratamiento especializado en base a una problemática específica. |
| | | | Socializar rutas de denuncia y referencia en el caso de sospecha de violencia de genero | Narrativa Escucha Activa | Rutas de denuncia y referencia en caso de vulneración de derechos. | Se brindará medios de contacto de actores locales que faciliten la activación de las rutas de denuncia. |
| | | | Generar acuerdos y compromisos. | Narrativa Escucha Activa Cierre | | Se generarán acuerdos de mantener conductas que favorezcan a la buena convivencia familiar y compromisos a denunciar casos de sospecha de violencia, haciendo énfasis en que tiene el conocimiento necesario y el empoderamiento del tema para erradicar con la violencia de género y promocionar el buen funcionamiento familiar. |

8. Conclusiones

En primer lugar, la mayoría de los adultos mayores que reciben cuidado son mayores de 65 años (57.5%). Esto sugiere que hay una necesidad de atención y cuidado para las personas mayores en la comunidad. En segundo lugar, la distribución en el cuidado es equitativa, lo que indica que tanto hombres como mujeres se encargan del cuidado de adultos mayores. Esto puede reflejar un cambio en los roles tradicionales de género y una mayor igualdad de género en la atención y el cuidado de las personas mayores. En tercer lugar, la mayoría de los cuidadores viven en áreas rurales (91.3%), lo que sugiere que las personas mayores en áreas rurales pueden tener acceso limitado a los servicios de atención y cuidado. Esto puede requerir intervenciones específicas para garantizar que las personas mayores en áreas rurales reciban el cuidado y la atención que necesitan. Finalmente, la mayoría de los cuidadores tienen bajos niveles de educación, con la mayoría teniendo solo educación primaria o menos. Esto sugiere que puede haber una necesidad de capacitación y educación para mejorar la calidad del cuidado y la atención que se brinda a las personas mayores. En resumen, estos datos proporcionan información valiosa sobre las características de los cuidadores de personas mayores en la comunidad y pueden ser útiles para desarrollar políticas y programas de atención y cuidado adecuados a las necesidades de la población de adultos mayores.

Por su parte, el perfil de género del personal de salud cuidador de personas adultas mayores se caracteriza por una distribución equitativa entre género femenino y masculino, con un nivel educativo mayoritariamente de tercer nivel y una concentración de la población en el rango de edad de 26 a 35 años. En cuanto a la profesión, destaca la presencia de psicólogos clínicos, médicos generales y enfermeras. La mayoría de los trabajadores residen en zonas urbanas y tienen un ingreso económico correspondiente a dos salarios básicos aproximadamente. Por otro lado, la mayoría de los trabajadores conviven con dos personas en su hogar y se identifican en su mayoría como católicos. Estos resultados pueden ser útiles para la implementación de políticas y estrategias laborales en función de las características sociodemográficas de la población trabajadora.

Sobre los resultados del nivel de funcionamiento familiar en familias cuidadoras de personas adultas mayores se pudo observar que la mayoría de las familias presentan una buena función familiar (53,8%), lo cual es alentador, ya que se considera un factor protector en la calidad de vida del adulto mayor. Sin embargo, un porcentaje importante de las familias presentan disfunción familiar, siendo la disfunción leve la más prevalente (18,8%), seguida de la disfunción moderada (18,8%) y la disfunción severa (8,8%). Estos resultados señalaron el trabajo necesidad de fortalecer el funcionamiento familiar en las familias cuidadoras de personas adultas mayores, a fin de mejorar su calidad de vida y bienestar emocional. Asimismo, se resalta la importancia de continuar investigando en este ámbito para comprender los factores que influyen en el funcionamiento familiar y desarrollar intervenciones efectivas que promuevan el bienestar de los adultos mayores y sus cuidadores.

En cuanto al personal de salud se pudo observar que el 100% de los participantes presentan una buena función familiar, lo cual indica que tienen una estructura familiar sólida y estable, lo que puede ser un factor protector en su bienestar emocional y desempeño laboral. Si bien es una muestra pequeña, estos resultados sugieren que el personal de salud puede contar con un apoyo importante en su entorno familiar, lo que podría tener efectos positivos en su trabajo con pacientes y en su propia calidad de vida. Es importante destacar que estos resultados podrían ser útiles para el desarrollo de políticas y programas de apoyo al personal de salud, ya que una buena función familiar puede contribuir a su satisfacción laboral, reducir el estrés y mejorar su calidad de atención. Sin embargo, se debe tener en cuenta que estos resultados solo corresponden a la muestra analizada y podrían variar en otras poblaciones y contextos.

Así mismo, con respecto a los cuatro perfiles de género los perfiles de género de las familias cuidadoras de personas adultas mayores los resultados mostraron que el perfil de masculinidad es el más prevalente (31,3%), seguido por la sumisión (23,8%), la feminidad (25,0%) y el machismo (20,0%). Estos resultados sugieren que existe una variedad de perfiles de género en las familias cuidadoras, lo que indica la importancia de considerar las diferencias en la dinámica familiar y en las necesidades de cuidado de las personas adultas mayores. Es importante destacar que estos resultados deben ser analizados con precaución, ya que la muestra es limitada y no representa necesariamente a todas las familias cuidadoras de personas adultas mayores. Sin embargo, estos resultados pueden ser útiles para el desarrollo de intervenciones y programas de apoyo a

las familias cuidadoras que tengan en cuenta las diferencias de género y las necesidades específicas de cada familia. Además, se puede promover la sensibilización sobre los estereotipos de género y la importancia de la igualdad en el cuidado de las personas adultas mayores. En general, estos resultados resaltan la necesidad de seguir investigando en este ámbito para entender mejor la dinámica familiar y promover el bienestar de las personas adultas mayores y sus cuidadores.

Sobre los perfiles de género del personal de salud cuidador de personas adultas mayores. Los resultados indican que el 50% de los cuidadores de personas adultas mayores tienen un perfil de feminidad, mientras que el otro 50% presenta un perfil de masculinidad. No se reportaron casos de machismo ni sumisión entre los cuidadores de esta muestra. Es importante destacar que estos resultados corresponden a una muestra pequeña y no representan necesariamente a todos los cuidadores de personas adultas mayores en general. Sin embargo, estos resultados pueden ser útiles para el desarrollo de políticas y programas de capacitación para el personal de salud en el cuidado de personas adultas mayores, con un enfoque en la promoción de la igualdad de género y la eliminación de los estereotipos de género negativos.

Finalmente, la propuesta de implementación de un programa dirigido a la familia de los adultos mayores, enfocado en la erradicación de la violencia de género y el buen funcionamiento familiar, es una estrategia importante para prevenir conductas de sumisión, machismo y disfunción familiar en este grupo de la población. Se espera un impacto significativo en las familias de los participantes una vez ejecutado el programa puesto que ha sido diseñado teniendo como línea los datos sociodemográficos de los pacientes y como eje transversal la perspectiva de género, funcionalidad familiar, interculturalidad e inclusión. Garantizando de esta manera que el programa t

9. Bibliografía

- Aguilar, A. P., & Merino, J. M. (2016). Validación De Un Instrumento De Funcionalidad Familiar. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 14(2), 247–283.
- Aranda, R. M. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), Article 5.
- Araujo, B., Tarouco, B., & Porto, D. (2017). Functional capacity evaluation of elderly people: Activity of the family health strategy teams. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(4), 1087–1093. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1087-1093>
- Arroyo Rodríguez, A., Lancharro Taverro, I., Romero Serrano, R., & Morillo Martín, M. S. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248–251. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008>
- Barni, D., Fiorilli, C., Romano, L., Zagrean, I., Alfieri, S., & Russo, C. (2022). Gender Prejudice Within the Family: The Relation Between Parents' Sexism and Their Socialization Values. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.846016>
- Batthyany, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2013). *El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5852/S2013611_es.pdf?isAllowed=y&sequence=1
- Bervian, G., Costa, M. C. da, Silva, E. B. da, Arboit, J., Honnef, F., Bervian, G., Costa, M. C. da, Silva, E. B. da, Arboit, J., & Honnef, F. (2019). Violencia contra las mujeres rurales: Concepciones de profesionales de la red intersectorial de

- atención. *Enfermería Global*, 18(54), 144–179.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.324811>
- Bonilla-Santos, J., Calceto-Garavito, L. N., Cala-Martínez, D. Y., & Gonzalez-Hernández, A. (2021). Influencia del cuidador en el declive cognitivo y funcional de personas con demencia: Revisión sistemática. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(7), 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.07.003>
- Bueno, J. O. T., Pardillo, C. R., Estrella, J. G., & Barrena, C. A. (2020). Funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la zona 7. Ecuador, 2016. *Medicina*, 22(1), Article 1. <https://doi.org/10.23878/medicina.v22i1.871>
- Cazar, D. (2020, septiembre 27). *Ecuador envejece sin seguridad social*. La Barra Espaciadora. <https://www.labarraespaciadora.com/ddhh/seguridad-social-en-ecuador/>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010). *La Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud*. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinterresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/GUIA_PERSPECTIVA_GENERO%20ssa.pdf
- Chamba Ortiz, P. A., & Ojeda Orellana, K. P. (2019). Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. Chordeleg, 2017. *Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca*, 11–19.
- Cruz-Portilla, A. C. de la. (2020). Relación entre sobrecarga y funcionamiento familiar en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista UNIMAR*, 38(1), Article 1. <https://doi.org/10.31948/Rev.unimar/unimar38-1-art9>

- Dakduk, S. (2010). Envejececer en casa: El rol de la mujer como cuidadora de familiares mayores dependientes. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 15(35), 73–90.
- Dulcey-Ruiz, E. (2004). *El cuidado de las personas mayores: Dimensiones de género*. <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=1>
29
- England, M. J., Butler, A. S., Gonzalez, M. L., Disorders, C. on D. E.-B. S. for P. I. for M., Policy, B. on H. S., & Medicine, I. of. (2015). Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence-Based Standards. En *Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence-Based Standards*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321284/>
- Fahy, D., & Vuorela, U. (2002). Transnational Families in the Twenty-first Century. En *The Transnational Family*. Routledge.
- Government of Alberta. (2017). *Psychosocial interventions: An interpretive guide to the restricted activity - Psychosocial interventions: an interpretive guide to the restricted activity - Open Government*. <https://open.alberta.ca/dataset/psychosocial-interventions-an-interpretive-guide-to-the-restricted-activity/resource/91eaff4-f16f-4e0d-9ba2-70d27dd145d4>
- Grau, C. (2017). Sobre la imperiosa necesidad de incorporar el sesgo de género en la gestión de los riesgos psicosociales. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 23–58. <https://doi.org/10.51302/rtss.2017.1912>
- Gualán, H. R. (2022). Violencia de género en ámbitos educativos. Una mirada hacia las actitudes de directivos del Distrito de Educación N° 07D03. *REVISTA U-Mores*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.35290/ru.v1n1.2022.555>

- Hurtado-Vega, J. C. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*, 29(1).
<https://www.redalyc.org/journal/1339/133967526007/html/>
- INEC. (2008). *La población adulto mayor en Quito*.
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimentacion_Beb_2001-2006/Poblacion_Adulto_Mayor.pdf
- Isfeld, H., Haworth, M., & Praire Womens Health Centre of Excellence. (2009). *Elementos para elaborar un perfil de género y salud*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Perfil-ESP.pdf>
- Kalevski, S. (2021, febrero 15). Cuidador masculino—Cambiano los estereotipos en cuidado familiar. *Gherry*. <https://www.gherry.com/es/siendo-un-cuidador-masculino/>
- Lauracio, C., & Lauracio, T. (2020). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 2(4), Article 4.
<https://doi.org/10.35622/j.rie.2020.04.003>
- Mayobre, P., & Vázquez, I. (2015). Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género / The Cost of Care: an Analysis of Care from the Gender Perspective. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151, 83–100.
- McDermott, O., Charlesworth, G., Hogervorst, E., Stoner, C., Moniz-Cook, E., Spector, A., Csipke, E., & Orrell, M. (2019). Psychosocial interventions for people with dementia: A synthesis of systematic reviews. *Aging & Mental Health*, 23(4), 393–403. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1423031>

- Miller, T., & Mejía-Guevara, I. (2020). *El envejecimiento de la población en Ecuador: La revolución silenciosa*.
- Mosquera Metcalfe, I., Larrañaga Padilla, I., Río Lozano, M. D., Calderón Gómez, C., Machón Sobrado, M., García Calvente, M. del M., Mosquera Metcalfe, I., Larrañaga Padilla, I., Río Lozano, M. D., Calderón Gómez, C., Machón Sobrado, M., & García Calvente, M. del M. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE. *Revista Española de Salud Pública*, 93. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100075&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Muñoz, O., & Dolores, M. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Psychosocial Intervention*, 16(1), 93–105.
- Navarro-González, E., Sanjuán-Gómez, M., & Calero, M. D. (2022). Formación de cuidadores en un programa de estimulación cognitiva: Efectos diferenciales según el tipo de cuidador. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(3), 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.04.002>
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (2017). *Development Through Life: A Psychosocial Approach*. Cengage Learning.
- OIT. (2022). *Trabajadores de la salud en Ecuador: Condiciones de empleo, salud y seguridad en el trabajo*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/americas/-/ro-lima/-/sro-lima/documents/publication/wcms_842432.pdf
- Pérez, M., Álvarez Gómez, T., Martínez Badaló, E. J., Valdivia Cañizares, S., Borroto Carpio, I., & Pedraza Núñez, H. (2017). El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(1), 38–50.

- Quintana-Abello, I., Mendoza-Llanos, R., Bravo-Ferretti, C., & Mora-Donoso, M. (2018). Enfoque psicosocial. Concepto y aplicabilidad en la formación profesional de estudiantes de Psicología. *Revista Reflexión e Investigación Educativa*, 1(2), Article 2.
- Quishpe Sinailin, P. (2019). *Pobreza y vivienda en Ecuador: Tres análisis desde la economía*. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/110477>
- Rea, P., Perez, K., & Montes de Oca, V. (2021). Políticas de cuidado con perspectiva de género Verónica Montes de Oca Zavala2. *Revista mexicana de sociología*, 83(3). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?lng=es&pid=S0188-25032021000300547&script=sci_arttext&tlng=es
- Rosas-Cervantes, E., Valenzuela-Suazo, S., & Jiménez-González, M. de J. (2020). Trascendencia espiritual, oportunidad de cuidadores informales de personas mayores: Revisión integrativa desde la filosofía de Watson. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), 149–159. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.1968>
- Salazar-Barajas, M. E., Garza-Sarmiento, E. G., García-Rodríguez, S. N., Juárez-Vázquez, P. Y., Herrera-Herrera, J. L., & Duran-Badillo, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería universitaria*, 16(4), 362–373. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>
- Sampén, J. D., Varela Pinedo, L. F., Díaz Vélez, C., Tello Rodríguez, T., & Ortiz Saavedra, P. J. (2012). Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. *Acta Médica Peruana*, 29(3), 148–154.
- Sistema Nacional de Información. (2010). *Cantón Santa Isabel*.

- Sonenscher, M. (2020). *Jean-Jacques Rousseau: The Division of Labour, The Politics of the Imagination and The Concept of Federal Government*. BRILL.
- Torres, P. D. C. G., Parra, S. M., Lozada, M. S. C., & Carrillo, K. S. (2023). Perfil biosociodemográfico del cuidador principal informal del adulto mayor en una región de Ecuador. *Revista Eugenio Espejo*, 17(1), Article 1. <https://doi.org/10.37135/ee.04.16.08>
- Troncoso, C., & Soto, N. (2018). Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horizonte Médico (Lima)*, 18(1), Article 1. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n1.04>

10. Anexos:

Anexo 1:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha es informar y, a través de la misma obtener el consentimiento de su persona, para participar en el proyecto de estudio dirigido por Ps.CI. Steven Mena Naranjo maestrante en la Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador.

El objetivo principal de este estudio es: *"Desarrollar un programa de intervención psicosocial sobre las funciones familiares y los roles de género para los profesionales de la salud y los cuidadores familiares de las personas mayores cubiertas por el Proyecto de Atención Domiciliaria en el cantón de Santa Isabel periodo de julio a diciembre de 2022"*.

Si Usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas de información sociodemográfica básica y general, además de preguntas estructuradas y estandarizadas a través de los Test de funcionalidad familiar (APGAR) y de perfiles de género (IMAFE). Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número único para identificarlo, por lo tanto, **serán anónimas todas las respuestas y la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.**

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique de alguna forma ya que **LA PARTICIPACIÓN ES ESTRICTAMENTE VOLUNTARIA**. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene Usted el derecho de no responderlas.

Agradezco su participación.

Yo, _____ con cédula de identidad número _____, en calidad de profesional en el área de la salud y actualmente brindando mis servicios profesionales de manera parcial o permanente en los domicilios de la población adulta mayor del cantón Santa Isabel acepto participar voluntariamente en esta investigación, además, aclaro que he sido informada(o) sobre el objetivo del estudio.

Reconozco que **la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.**

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que **puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona en ningún ámbito.**

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Contacto: _____

Anexo 2:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha es informar y, a través de la misma obtener el consentimiento de su persona, para participar en el proyecto de estudio dirigido por Ps.CI. Steven Mena Naranjo maestrante en la Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador.

El objetivo principal de este estudio es: *"Desarrollar un programa de intervención psicosocial sobre las funciones familiares y los roles de género para los profesionales de la salud y los cuidadores familiares de las personas mayores cubiertas por el Proyecto de Atención Domiciliaria en el cantón de Santa Isabel periodo de julio a diciembre de 2022"*.

Si Usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas de información sociodemográfica básica y general, además de preguntas estructuradas y estandarizadas a través de los Test de funcionalidad familiar (APGAR) y de perfiles de género (IMAFE). Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número único para identificarlo, por lo tanto, **serán anónimas todas las respuestas y la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.**

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique de alguna forma ya que **LA PARTICIPACIÓN ES ESTRICTAMENTE VOLUNTARIA**. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene Usted el derecho de no responderlas.

Agradezco su participación.

Yo, _____ con cédula de identidad número _____, como familiar de _____ con cedula de identidad _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, además, aclaro que he sido informada(o) sobre el objetivo del estudio.

Reconozco que **la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.**

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que **puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona en ningún ámbito.**

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Contacto: _____

| | | | |
|------------------|--|-----|--|
| Anexo 1.1 | | | |
| Sencible | | | |
| Cariñosa/o | | | |
| Caritativo/a | | | |
| Risueña/o | | | |
| Ambale | | | |
| Bondadoso/a | | Hom | |
| Alegre | | | |
| Feliz | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|-------|---------|------|--|--|
| Anexo: 1.2 | | | | | |
| Tarea / Miembro de la familia | Padre | Hermano | Hijo | | |
| Barrer | | | | | |
| Cocinar | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Anexo 1.3 | | | | |
| 1.- describir las actividades que desarrolla en su día a día | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 2.- describir las actividades que desearia realizar cada día | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 3.- describir las actividades que no desearía realizar diariamente. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 4.- Identificar puntos medios viables para generar armonía | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Anexo 1.4 | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Actividad que estoy desarrollando | | | Emocion o conducta negativa que genera | | | |
| 1 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |

Anexo 1.5

Caperucita sólo tiene dieciséis
primaveras sin flores, papá le dice: "Ven.
Caperucita eres joven y tienes que aprender
a ocuparte de la casa, que serás una mujer.

Para que seas buena esposa
y no envejecas sola,
en la cama y la cocina has de saber
alegrar a tu marido y cuidar a cada hijo,
que te atrapa tu destino,
que has de ser madre y esposa".

Y la pobre Caperucita llora.
"Quiero volar, lejos de aquí escapar.
Dime, mi bien, quién me llorará
si me dan alas y echo a volar.

Quiero dormir, no quiero despertar,
quiero ser la lluvia al otro lado del cristal,
quizás alguien me espere en la oscuridad".

Una fría tarde Caperucita iba
a casa de su abuela a llevarle comida,
cuando se encontró con un lobo feroz.
Dime dónde vas niña, que te acompaño yo.
La muchacha se supo perdida.

Gritaba Caperucita
mientras la devoraba el lobo.

Bajo la falda del vestido
estallaron los dormidos
sueños que en la noche
la mantenían viva. Pobre Caperucita.

"Quiero volar, lejos de aquí escapar.
Dime, mi bien, quién me llorará
si me dan alas y echo a volar.

Quiero dormir, no quiero despertar,
quiero ser la lluvia al otro lado del cristal,
quizás alguien me espere en la oscuridad".

Una fría mañana Caperucita se casó,
vestida de blanco, bella como una flor.
Su marido, muy elegante, otro lobo feroz,
y su padre orgulloso lloraba de emoción.

Ahora cada noche el lobo la devora,
clava sus dientes, y llora
Caperucita mientras espera a que un aullido
le diga que el dormido animal despertó.
Después descansa tranquilo el malvado lobo feroz.

La cara de Caperucita alumbra una sonrisa
mientras mece una cuna. En ella está una niña,
quizás futura oveja para un lobo feroz,
a no ser que afortunada la rescate tu amor.

Caperucita la arrulla contra el pecho
y un murmullo lento, lleno
de esperanza y vida,
canta Caperucita.

"Quiero volar, lejos de aquí escapar.
Dime, mi bien, quién me llorará
si me dan alas y echo a volar.

Quiero dormir, no quiero despertar,
quiero ser la lluvia al otro lado del cristal,
quizás alguien me espere en la oscuridad.

Quiero volar"