



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TEMA:

El abandono familiar y su relación con la fragilidad en el adulto mayor en el consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018.”

AUTOR:

Guerrero Icaza, Danny José

Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TUTOR:

Dr. Ladrón De Guevara Gainza, Carlos Alberto

Guayaquil –Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Danny José Guerrero Icaza

DECLARO QUE:

El Trabajo de Investigación “*El abandono familiar y su relación con la fragilidad en el adulto mayor en el consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018.*”, previo a la obtención del título de especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado

Guayaquil 17 de diciembre del 2018

EL AUTOR:

Danny José Guerrero Icaza



UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACION:

Yo, Danny José Guerrero Icaza

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“El abandono familiar y su relación con la fragilidad en el adulto mayor en el consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018.”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

EL AUTOR:

Danny José Guerrero Icaza



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por el *Med. Danny José Guerrero Icaza*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION:

Dr. Carlos Alberto Ladrón de Guevara Gainza

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas

Urkund Analysis Result

Analysed Document: DANNY JOSE GUERRERO ICAZA.doc (D45686538)
Submitted: 12/13/2018 2:40:00 PM
Submitted By: spiderman2294@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

<https://docplayer.es/90902343-Geriatria-para-el-medico-familiar.html>
<https://docplayer.es/84536842-Universidad-tecnica-particular-de-loja-la-universidad-catolica-de-loja-area-biologica.html>

Instances where selected sources appear:

4

1 Agradecimiento

A Dios, por estar a mi lado en cada paso que doy, por fortalecer e iluminar mi mente. A mi familia por ser incondicional, estar presente y apoyándome en todos estos años de estudio en la consecución de mi especialidad como profesional. A mis amigos por el ánimo constante a la culminación de mis metas.

2 Dedicatoria

A Dios, mi familia y pacientes con mucho cariño y amor les dedico este trabajo de investigación en el cual he puesto todo mi esfuerzo y dedicación para su culminación, sin olvidar a mis tutores que fueron baluartes para la consecución del mismo.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____
ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

f. _____
BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE

SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA: " EL ABANDONO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR EN EL CONSULTORIO 3, CENTRO DE SALUD MONTALVO AÑO 2018. "

ALUMNO: DANNY JOSÉ GUERRERO ICÁZA

FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCION	CALIFICACION TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACION SUSTENTACION /40	CALIFICACION TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones:

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO	VI
2 DEDICATORIA	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACION	VIII
4 ACTA DE SUSTENTACION	IX
5 ÍNDICE DE CONTENIDOS	X
6 INDICE DE TABLAS	XII
7 ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
8 RESUMEN.....	XIV
9 ABSTRACT	XV
10 INTRODUCCION	2
11 EL PROBLEMA	7
11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	7
11.2 FORMULACIÓN	7
12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	8
12.1 GENERAL.....	8
12.2 ESPECÍFICOS	8
13 MARCO TEÓRICO.....	9
13.1 EL ENVEJECIMIENTO.....	9
13.1.1 CONCEPTOS	9
13.1.2 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.	11
13.1.3 MARCO NORMATIVO.....	13
13.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR.....	16
13.2.1 EL ABANDONO O NEGLIGENCIA EN EL ADULTO MAYOR	18
13.2.2 REPERCUSIONES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS	20
13.2.3 POSIBLES CAUSAS DE ABANDONO	21
13.3 LA FRAGILIDAD	24
13.3.1 MECANISMOS RESPONSABLES DE LA FRAGILIDAD:	26
13.3.2 FACTORES QUE INFLUYEN A LA FRAGILIDAD	29
13.3.2.1 CAÍDAS	29
13.3.2.2 SÍNDROME DE INMOVILIDAD.....	29
13.3.2.3 INCONTINENCIA URINARIA.....	29
13.3.2.4 DEPRESIÓN	30
13.3.2.5 DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIAS	30
13.3.2.6 ESTADO CONFUSIONAL AGUDO.....	30
13.4 FRAGILIDAD Y DISCAPACIDAD	32
13.5 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL PARA IDENTIFICAR FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR	33
13.6 EL ABANDONO FAMILIAR Y LA FRAGILIDAD.....	34
14. FORMULACION DE HIPOTESIS	36
15 MÉTODOS	37
15.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	37
15.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	37

15.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	37
15.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	38
15.2.3 Técnicas de recolección de información.....	40
15.2.4 Técnicas de análisis estadístico	40
15.3 VARIABLES.....	41
15.3.1 Operacionalización de variables	41
16 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
17 CONCLUSIONES	55
18 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	56

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	43
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ETNIA Y SEXO. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	44
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL ESCOLAR Y SEXO. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	45
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	46
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN OCUPACIÓN Y SEXO. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	47
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN PER CÁPITA FAMILIAR Y SEXO. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	48
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN DEPENDENCIA Y VIVE SOLO. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	49
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN APOYO FAMILIAR Y VIVE SOLO. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	50
GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ABANDONO FAMILIAR. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	51
GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS SEGÚN FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	52
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ABANDONO FAMILIAR Y FRAGILIDAD. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	53

7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	64
ANEXO 2: CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y ABANDONO.....	65
ANEXO 3: INDICE DE KATZ.....	69
ANEXO 4: TEST DE BARBER IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE FRAGILIDAD.....	71
ANEXO 5: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ABANDONO FAMILIAR. CONSULTORIO 3.CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	73
ANEXO 6: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN FRAGILIDAD. CONSULTORIO 3. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018.....	74

8 Resumen

Antecedentes: Los adultos mayores son un grupo prioritario en cuanto a salud se refiere, son vulnerables ante la sociedad y la ley, en ocasiones son víctimas de abandono por parte de sus familiares; y, sometidos a procesos de exclusión y estigma por parte de la sociedad; todas estas situaciones afectan la calidad de vida y conllevan a la fragilidad en las personas de la tercera edad además de producir grandes afectaciones de la salud. **Objetivo:** Asociar el abandono familiar y la fragilidad del adulto mayor en el consultorio 3 del centro de salud Montalvo en el año 2018. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio relacional, observacional, prospectivo, de corte transversal en el consultorio #3 del Centro de salud Montalvo en el cual se contó con una población de estudio de 84 adultos mayores. El análisis fue hecho con el programa SPSS versión 22. **Resultados:** predominó el grupo de adultos mayores de 70-74 años con un 22,6% ,el sexo femenino con 22,9%, la etnia mestiza con 65,5 %,el nivel escolar primaria con 63,1 %,estado civil viudo con el 44%,ocupación ninguna con el 77,4% , per-cápita de pobreza con el 57,1%,según la dependencia la incapacidad moderada y severa con 58,3%,sin apoyo familiar el 63,1 %,sin abandono familiar con el 58,3% y con abandono con el 41,7% ,con fragilidad con el 72,6%, y la relación entre abandono y fragilidad con el 57,3%. **Conclusiones:** Se concluye que en la población de estudio de adultos mayores predomina el sin abandono familiar y la fragilidad en los adultos mayores. Existe relación estadísticamente significativa entre el abandono familiar y la fragilidad.

Palabras Clave: FRAGILIDAD, ADULTO MAYOR, ABANDONO

9 Abstract

Background: Older adults are a priority group in terms of health, are vulnerable to society and the law, are sometimes victims of abandonment by their families; and, subjected to processes of exclusion and stigma by society; All these situations affect the quality of life and lead to frailty in the elderly, in addition to causing major health effects. **Objective:** To associate the abandonment of the family and the frailty of the elderly in the clinic 3 of the Montalvo health center in 2018. **Materials and methods:** A relational, observational, prospective, cross-sectional study was carried out in the clinic # 3 of the Center of health Montalvo in which there was a study population of 84 senior citizens. The analysis was done with the SPSS program, version 22. **Results:** The group of adults over 70-74 years old was predominant with 22.6%, the female sex with 22.9%, the mestizo ethnic group with 65.5%, the primary school level with 63.1%, widowed civil status with 44%, occupation none with 77.4%, per-capita of poverty with 57.1%, depending on the dependence, moderate and severe disability with 58.3 %, without family support 63.1%, without family abandonment with 58.3% and with abandonment with 41.7%, with fragility with 72.6%, and the relationship between abandonment and fragility with 57, 3%. **Conclusions:** It is concluded that in the study population of older adults there is a predominance of the family without abandonment and frailty in the elderly. There is a statistically significant relationship between family abandonment and frailty.

Keywords: FRAGILITY, ELDERLY, ABANDONED

10 INTRODUCCIÓN

La OMS (Organización Mundial de la Salud) afirma que a nivel mundial, un total aproximado de 36'000.000 de adultos padecen de abandono familiar.(1) Todas las personas mayores de 60 años serán consideradas de forma indistinta, como personas de la tercera edad.(2-3) Para la OMS, todas las personas, hombres y mujeres que vivan en países en vías de desarrollo y que tengan una edad mayor o igual a 60 años, serán consideradas como Adultos Mayores, no así para las personas que viven en países desarrollados en donde la tercera edad es a partir de los 65 años tanto para hombres como para mujeres.(4) Es así que la tercera edad es una etapa evolutiva del ser humano que presenta muchas dimensiones ,calificada como un suceso biológico que puede afectar de manera gradual la salud mental y física.(5)

La atención del anciano necesita de muchos recursos entre ellos humanos, económicos y de mucho tiempo, esto ha hecho que los familiares no se comprometan al cuidado y opten muchas veces por abandonarlos. Un adulto mayor, que se encuentre abandonado está propenso a diversos factores que contribuyen a la fragilidad, este síndrome es complejo y afecta en múltiples aspectos al adulto mayor. El adulto mayor con fragilidad es un anciano de riesgo, cuya funcionalidad está implicada y puede presentar un alto riesgo de discapacidad (5)

En América Latina el aislamiento y la soledad en el anciano sigue siendo cada vez más evidente ya que la sociedad se encuentra inmersa en una creciente competitividad y deshumanización. Aproximadamente el 20% de la población de Adultos Mayores experimenta la soledad y el abandono social, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores. Los países con mayor índice de abandono son: Colombia, Brasil y Panamá, donde se reportan anualmente más de 102 mil casos, un 38% de los maltratados son adultos mayores. En Argentina y Chile este fenómeno ha venido aumentando. (7) En una institución pública

mexicana de asistencia social, llamada Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se afirma que más de la mitad, esto es, el 60% de los Adultos Mayores que ingresan a sus Instituciones Gerontológicas, muestran excepción o general dejadez de sus hijos. Además carecen de ingresos económicos, por lo cual el centro exhorta al público en general a poner en práctica una cultura que conduzca al Adulto Mayor hacia un envejecimiento saludable y libre de preocupaciones. (8)

Las cifras de abandono familiar en el Ecuador son bastantes alarmantes; ya que durante los años 2009-2010, se muestra una cifra de abandono hacia el adulto mayor de 14,9%, de las cuales 40.770 viven en malas y pobres condiciones sociales. (9-10)

El Ministerio de Salud anunció las estrategias en cuanto a salud respecta , al incluir en el modelo como una de ellas ,enfocado más en la familia ,la zona comunitaria con enfoque intercultural,intergeneracional,de género y territorial fundamentado en la atención primaria en salud, que accedió a convertir en realidad los deberes y derechos que están en la constitución.(11)

En nuestro país, el Adulto Mayor, ocupa un lugar importante dentro del clan familiar; exige ciertos cuidados especiales y necesita vivir en un entorno adecuado, que le facilite un apropiado cuidado de su salud, inclusive previniendo una posible emergencia médica. El Subsistema de Información de la Atención del Adulto Mayor se preocupa por la salud del Adulto Mayor, así como también de su familia y de la comunidad en que vive. Facilita la información necesaria para poder planificar, dirigir, ejecutar, controlar y evaluar los servicios de salud que se dan en esa comunidad, además, analiza y determina los resultados de las acciones que se hayan ejecutado en favor de la salud, considerando las variaciones del tiempo y tomando las decisiones necesarias. El primero de los formularios de Registro de Información de Atención Ambulatoria y Hospitalización del Adulto Mayor está incluido en la nueva Historia Clínica Única, con la siguiente denominación: SNS-MSP/HCU-form.057/2010. El segundo formulario, el SNS-MSP/ form.504/2010 está directamente relacionado con la prevención y morbilidad y resulta ser una especie de

parte diario de atención ambulatoria. (11)

El Modelo de Atención Integral en Salud establece un conjunto de prestaciones integrales para el Adulto Mayor, como de promoción; información y educación a miembros de su familia y/o cuidadores. Al Adulto Mayor le facilita una buena nutrición, salud bucal, buen trato, salud mental, salud sexual, un envejecimiento activo en general que incluye participación social y exigencia de derechos. Fomenta las actividades físicas del Adulto Mayor en espacios saludables y recreativos, relacionándolo con otras instituciones; de prevención; valoración geriátrica integral. Identifica los factores de riesgo condicionantes de deterioro funcional y cognitivo por medio de una valoración precoz y un diagnóstico veraz de la fragilidad, dependencia funcional, violencia, consumo de alcohol y tabaquismo. Vacunación: neumococo polisacárido e influenza estacional solo en campañas anuales, prevención, detección y manejo de violencia, maltrato y discapacidad. De recuperación: Atención de la patología más frecuente, síndromes geriátricos, prevención y diagnóstico de problemas visuales, auditivos (detección de catarata, retinopatía diabética), motrices, y otras discapacidades, depresión, ansiedad, cuidados paliativos en etapa terminal de la vida. De rehabilitación: Para el caso de Fracturas o Esguinces en el primer nivel de atención actividades de Rehabilitación Psicológica basadas en la comunidad discapacidades y ayudas técnicas. Visita domiciliaria: diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos, realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (código *ciap*). Atención perenne a problemas de salud, de discapacidad física grave o de salud mental, así como también los cuidados paliativos en casos de postración o discapacidad y otros cuidados determinados por el equipo de salud (12)

Los adultos mayores son un grupo prioritario en cuanto a salud se refiere, y también son vulnerables ante la sociedad y la ley, en ocasiones son víctimas de abandono por parte de sus familiares; y, sometidos a procesos de exclusión y estigma por parte de

la sociedad; todas estas situaciones afectan la calidad de vida y conllevan a la fragilidad en las personas de la tercera edad además de producir grandes afectaciones de la salud. En la población del consultorio médico No 3 del centro de salud Montalvo existe un grupo importante de adultos mayores que sufren algún tipo de abandono; de ahí la motivación para realizar esta investigación.

El Abandono Familiar y su relación con la Fragilidad en el Adulto Mayor es de vital importancia, siendo un tema de interés general que causa inquietud e incertidumbre en muchas personas y que involucra la prevención del futuro de vida que nos espera en la senectud.

Actualmente a la fragilidad se la describe como un síndrome biológico o una baja gradual de la capacidad de reserva y ajuste a la homeostasis del individuo causada por el envejecimiento, influenciada por factores genéticos y acelerada por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos, y condicionantes sociales y asistenciales. (10)

Con la presente investigación se logrará aportes importantes que beneficien al Adulto Mayor y la familia, permitiendo una evaluación integral de la situación de su salud individual pudiendo realizar las gestiones específicas Y necesarias para el individuo, la familia y la sociedad. Permitirá elaborar estrategias de intervención social dirigida a evitar o al menos atenuar los efectos del abandono familiar en la calidad de vida del adulto mayor; adicionalmente servirá como un marco de referencia para posteriores investigaciones, para el nivel primario de atención en salud, proponer programas de promoción de salud y de prevención de enfermedades propias de la vejez, que fomenten una mejor calidad de vida y salud para los adultos mayores y sus familias.

En esta investigación se planteó un estudio observacional, analítico, de corte transversal, prospectivo y de nivel relacional, cuyo objetivo de estudio es asociar el abandono familiar y la fragilidad del adulto mayor en el consultorio médico N°3 del centro de salud Montalvo en el año 2018. Donde se incluye los adultos mayores que

cumplen los criterios de inclusión, se aplica una encuesta elaborada por el autor para determinar abandono familiar, además del índice de Katz y del test de Barber, previo a un consentimiento informado y cumpliendo con los principios éticos. La investigación transcurre por la revisión bibliografía argumentada en el marco teórico, el planteamiento del problema de la investigación y de los objetivos.

11 EL PROBLEMA

11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Según la Organización Mundial de la Salud 36 millones de adultos mayores en el mundo presentan abandono por parte de sus familiares (1). A toda persona mayor de 65 años se le llamará adulta mayor. La etapa del adulto mayor por tanto es un ciclo del hombre y la mujer, en el que se ve afectada tanto su salud mental como física. El cuidado del adulto mayor demanda tiempo, recursos económicos y humanos, ello ha hecho que las familias no asuman su cuidado y adopten diversas formas de abandono.

El estudio es relevante ya que existe una falta de conocimiento científico que vincule el abandono familiar con la fragilidad en el adulto mayor, se ha identificado que en la comunidad perteneciente al consultorio Médico Familiar N°1.EAIS 12D01 del centro de salud Montalvo; los adultos mayores están cada vez más propensos a situaciones de total abandono familiar, por lo que es una población cada vez más vulnerable a problemas biológicos, psicológicos y/o sociales; la identificación de estas psicopatologías permitirá a la atención primaria en salud obtener un enfoque que permitirá la implementación de estrategias que brinden asistencia integral a este grupo prioritario para el sistema de salud.

No existe evidencia de que se haya realizado investigaciones previas sobre este tema, por lo cual el autor se planteó la siguiente interrogante:

11.2 Formulación

El abandono familiar influye en la fragilidad del adulto mayor del consultorio 3 del centro de salud Montalvo .Año 2018.

12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

Asociar el abandono familiar y la fragilidad del adulto mayor en el consultorio 3 del centro de salud Montalvo en el año 2018.

12.2 Específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar el abandono familiar del adulto mayor de la población de estudio.
- Identificar la fragilidad del adulto mayor de la población de estudio.
- Determinar la posible asociación entre el abandono familiar y la fragilidad del adulto mayor en la población de estudio.

13 MARCO TEÓRICO

13.1 El Envejecimiento.

13.1.1 Conceptos

El envejecimiento es una manifestación presente en todas las etapas del desarrollo de la humanidad, bastaría señalar que desde el inicio de la historia de la humanidad hasta principios del siglo xx, los seres humanos lograron una esperanza de vida de 47 años, pero de ahí hasta hoy, este promedio aumentó casi 30 años. Esto ha sido considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, pero ahora se ha transformado en un desafío importante pues deberá ser capaz de ofrecer soluciones adecuadas a las consecuencias lógicas que se deriven de este logro. (10)

La definición de envejecimiento poblacional sugiere incrementar de manera significativa, la proporción de personas de edad avanzada en relación con el resto de la población. Sin embargo, se ha analizado y determinado la importancia de definirla también como la inversión de la pirámide de edades, debido a que este fenómeno, no solamente produce un aumento de la proporción de adultos mayores, también disminuye la proporción de niños y jóvenes menores de 15 años. Este último es el elemento clave que caracteriza al envejecimiento poblacional.(13)

Las etapas últimas de los adultos mayores son ricas y propicias para, en unos casos, conseguir un fortalecimiento de ciertas debilidades y en otros, para incentivar su desarrollo. En ese sentido, los mayores y mejores esfuerzos deberán estar encaminados para que los adultos mayores adquieran y practiquen conductas individuales que los vuelva más saludables e independientes. Por ejemplo, mediante un buen proceso educativo, los ancianos pueden incorporar conductas de salud física, social, mental y espiritual a su vida diaria y que finalmente van a mejorar su bienestar. (14)

Se ha definido el envejecimiento poblacional como la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Aunque las causas del envejecimiento poblacional son las mismas en todos los países, a lo largo del tiempo estas han tenido un papel diferente. (15)

En la vejez puede encontrarse varios cambios que pueden ser a nivel funcional, bioquímico, morfológico y psicológico que ocurren con el transcurrir de las etapas. Su principal característica será la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo ante los cambios. Es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de nuestra vida. (10,15)

También tiende a declinar con la edad, poniéndose de manifiesto una amplia variabilidad individual. Los cambios fisiológicos asociados con la edad no suelen tener significado clínico cuando el organismo está en reposo, pero pueden tener una repercusión importante ante situaciones de estrés, como ejercicio, enfermedad o administración de fármacos. En general, los adultos mayores le dan un mayor uso a los servicios sociales y de salud, lo que genera mayores gastos. Para enfrentar este reto, es indispensable conocer el estado de salud de la población y los factores de riesgo y protectores subyacentes, con el fin de ofrecer, en base a la evidencia, intervenciones que promuevan la salud y la autonomía a estas personas, y con esto, minimizar el impacto de la carga de enfermedades asociados al envejecimiento. (10,16)

Los cambios que constituyen y producen el envejecimiento son bastante complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con diversos daños moleculares y celulares. Con el paso del tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentando el riesgo de contraer muchas enfermedades y disminuyendo la capacidad física del individuo, que a la larga, causa la muerte. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de la persona que los padece. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o necesitan

un apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. Esto se debe, en parte, a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios, pero también se deben a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona (16)

13.1.2 Proceso de envejecimiento.

El proceso de envejecimiento es la mezcla de factores intrínsecos (hereditarios) y extrínsecos (estilos de vida, factores ambientales, entre otros). Como un resultado de esta unión podemos clasificar al envejecimiento en: (17)

HABITUAL: factores intrínsecos y extrínsecos normales.

EXITOSO: factores intrínsecos y extrínsecos favorables.

INCAPACITANTE: factores extrínsecos desfavorables.

PATOLÓGICO: factores intrínsecos y extrínsecos desfavorables. (16,17)

El ritmo de envejecimiento varía según los condicionamientos, religiosos, psicológicos, económicos, sociales y culturales que rodean al individuo de edad mayor. El individuo vive más cuando encuentra el apoyo de su familia, de su comunidad y de la sociedad que lo identifica como ciudadano. (18)

El envejecimiento puede considerarse desde diversos puntos de vista. La manera más simple de contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento es cronológicamente. La edad cronológica sirve como marcador de una edad objetiva, y con el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, más no relacionados causalmente; no es la edad sino la forma como se vive lo que contribuye a la causalidad del proceso. (19)

La edad biológica y el proceso de envejecimiento biológico, en sus diferentes etapas sí se corresponden. Este tipo de envejecimiento es diferencial, es decir, de órganos y de funciones; es también multiforme pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y sistémico, y es a la vez estructural y funcional. (20)

Hay diferencias entre jóvenes y viejos en la edad física. En la esfera cognoscitiva que afecta la manera de pensar; y las capacidades psicoafectivas, sobre la personalidad y el afecto, estas modificaciones no sobrevienen espontáneamente sino que son el resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación. Al parecer la capacidad de adaptación a las pérdidas y otros cambios que se suscitan a lo largo de la existencia, determinan en gran medida la capacidad de ajuste personal a la edad avanzada. (19,20)

La edad social está conformada por los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. Es claro que ciertas variables sociales evolucionan con la edad. Pero sin seguir necesariamente la edad cronológica. (21)

Y por último la edad fenomenológica, en la que el estado funcional en las diferentes edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales y constituyen probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento. (18)

El envejecer es el conjunto de procesos que contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad. El envejecimiento global de la población humana es uno de los principales problemas socio-económicos que enfrentan actualmente muchos países desarrollados y en vías de desarrollo.

La población de adultos mayores en la región de las Américas alcanzará los 100 millones en el período comprendido entre los años 2000-2025; 7 pero en América se vive más, pero no necesariamente mejor, sino en pobreza y con enormes carencias" por las barreras y determinantes existentes en el hemisferio. Es necesario enfatizar la importancia de la promoción de los valores a los que envuelve la vejez en toda su dimensión como, una cultura del envejecimiento es una cultura de solidaridad entre ricos y pobres, entre regiones del mundo. (19, 20, 21)

13.1.3 Marco Normativo

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del año 2015

En el capítulo II, sobre: Principios generales, en su Artículo 3, quedaron definidos los principios generales aplicables a la Convención:

- a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor
- b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo
- c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor
- d) La igualdad y no discriminación
- e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad
- f) El bienestar y cuidado
- g) La seguridad física, económica y social
- h) La autorrealización
- i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida
- j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria
- k) El buen trato y la atención preferencial
- l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor
- m) El respeto y valorización de la diversidad cultural

n) La protección judicial efectiva

o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna. (22)

Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador expedida en el año 2008, conforma el marco legal, conceptual y ético que trasluce una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta en todas sus dimensiones la dignidad de las personas y las colectividades. La presente Constitución a diferencia de la de 1998, reconoce a las personas adultas mayores, como un grupo de atención prioritaria; mientras que la de 1998, los colocaba dentro de los grupos vulnerables, concepto que ha sido cuestionado por considerar que podría tener efectos discriminatorios sobre los grupos de personas que son llamadas de esa manera; mientras que el reconocerlos como “grupo de atención prioritaria”, implica una responsabilidad adicional de cuidado a estas personas y la posibilidad de exigencia de sus derechos. (23)

Ley del Anciano

La Ley del Anciano expedida en el año 1991, tiene como objetivo primordial garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

Es necesario considerar lo que establece el Artículo 21 al respecto, en el establece que serán considerados como infracciones en contra del anciano las siguientes:

a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y

cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley b) Los malos tratos dados por familiares o particulares c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta ley d) La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas e) La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, la alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad.(24)

Ley Orgánica de Seguridad Social

La ley de Seguridad Social, se reformó en el año 2010; aborda el tema de las prestaciones de vejez, cuyo objeto es cubrir las necesidades básicas del asegurado y las personas a su cargo, cuando su competencia para el trabajo se encuentra disminuida por envejecimiento. En el Ecuador, este es un derecho garantizado tanto en la Constitución, como en la Ley de Seguridad Social. Las prestaciones a cargo del Sistema de Seguridad Social en el caso de Ecuador son: a) La pensión por vejez e invalidez; b) El subsidio transitorio por incapacidad parcial; c) Las pensiones de montepío por viudez y orfandad; d) El subsidio para auxilio de funerales; y, e) La pensión asistencial por vejez o invalidez, financiada obligatoriamente por el Estado f) Atención de salud Una de las prestaciones más importantes es la jubilación, que implica interrumpir una actividad profesional remunerada, desarrollada durante una gran parte de la vida y el correspondiente pago de una renta mensual vitalicia. El afiliado o afiliada que reúna los requisitos exigidos por la Ley de Seguridad Social tiene derecho a pensiones mensuales vitalicias, que se pagan a partir del primer día del mes siguiente al que el asegurado(a) cesó en el o los empleos. (25)

Normas y Protocolos, de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores

Promulgadas el año 2010, se incluyó en el capítulo 15, estándares e indicadores de calidad. Con el propósito de afinar el proceso, se elaboró la Guía de Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención Integral de Salud de las PAM. Proceso que debe ser medido y monitoreado en forma permanente. Esta guía, se ha desarrollado

tomando en cuenta los mecanismos internos de los servicios de salud para mejorar la calidad del enfoque de la garantía de calidad, que considera la definición de la calidad, su monitoreo y el mejoramiento continuo, razón por la que se han definido estándares de atención, indicadores e instrumentos para monitorearlos y el enfoque de ciclos rápidos para mejorar los procesos de atención. (10)

13.2 Situación actual del Adulto mayor en el Ecuador

En el Ecuador, el objetivo primordial en la atención integral en la salud de las personas adultas mayores, es evitar y limitar la aparición y desarrollo de deterioro funcional. La edad avanzada rara vez llega sola, sino que habitualmente se acompaña de fragilidad, comorbilidad, aislamiento social y dificultades económicas. Por lo tanto, la atención de las PAM es compleja, requiere de una combinación de medicina basada en problemas y la medicina basada en diagnóstico en el marco de la Política Pública y modelo continuo, asistencial y progresivo. En las “Normas y Protocolos, de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores” promulgada el año 2010, se incluyó en el capítulo 15, estándares e indicadores de calidad. (10)

Con el propósito de afinar el proceso, se elaboró la Guía de Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención Integral de Salud de las PAM. Proceso que debe ser medido y monitoreado en forma permanente. Esta guía, se ha desarrollado tomando en cuenta los mecanismos internos de los servicios de salud para mejorar la calidad del enfoque de la garantía de calidad, que considera la definición de la calidad, su monitoreo y el mejoramiento continuo, razón por la que se han definido estándares de atención, indicadores e instrumentos para monitorearlos y el enfoque de ciclos rápidos para mejorar los procesos de atención. (26)

En el Ecuador, según una encuesta, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, (INEC) existen 1'229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431) predominando las mujeres (53,4 %)

y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. Debido al incremento de adultos mayores, el INEC del Ecuador desde el año 2010, ha realizado proyecciones a futuro, considerando que para el año 2025, la población adulta mayor se incrementará de un 6.9 % a un 9.3 %. En el informe de la Organización Panamericana de la Salud OPS sobre la situación de salud en las Américas y sus indicadores básicos en el año 2016, se da a conocer que el 7 % de la población ecuatoriana tiene 65 años o más. (1,27)

Se trata de una población que crece rápidamente (3,5 %) y con un ímpetu mayor que el que muestra la población de edades más jóvenes. En efecto, la velocidad de cambio de esta población será entre tres y cinco veces mayor que la población total en los períodos 2000-2025 y 2025-2050, respectivamente”. Las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en el Ecuador, son en su mayoría deficitarias. Se estima que el 57.4 % corresponde a 537.421 personas, que se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Las personas adultas mayores en Ecuador, tienen un modesto nivel educativo; solo el 13 % de los hombres y el 11 % de las mujeres ha completado la secundaria. En el país solamente el 54 % de los adultos mayores han completado el ciclo primario y básico. Para las personas adultas mayores, la tasa de mortalidad en el período 2005 - 2010 fue de 38 por mil para mujeres, y 44 por mil para los hombres. Actualmente, fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años de edad. El 68 % de las personas adultas se declaran propietarios de su vivienda, aunque no todas están en condiciones óptimas. El 20% de las personas adultas mayores residen en viviendas en condiciones precarias, presentando carencias en su estructura y disponibilidad de servicios. El 3 % de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas. El 75 % de la población mayor a 65 años no cuentan con afiliación a un seguro de salud; y solo el 23 % de la población con 60 años o más, está afiliado al Instituto de Seguridad Social. El 14.70 % de adultos mayores fue víctima de insultos y el 14.9 % víctimas de negligencia y abandono. Hasta agosto de 2012, 579.172 adultos mayores accedían a la pensión de 35 dólares del Bono de Desarrollo Humano para adultos

mayores. Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19 %), diabetes (13 %), problemas del corazón (13 %) y enfermedades pulmonares. (8%) (28,29)

Dado que, a nivel nacional en el Ecuador, se ha comenzado a tomar conciencia de esta situación y los datos estadísticos que demuestran el aumento de la población adulta mayor y de los problemas que viven, es que se están generando políticas públicas que están a favor de este grupo social que demográficamente adquiere relevancia. El objetivo central de estas políticas es integrar al adulto mayor a la sociedad, vinculándolo a actividades que les son ofrecidas por el Estado. Así, por ejemplo, se ha estimulado durante los últimos años, la recreación, el deporte, el turismo, especialmente el de salud, los cuales están dados principalmente para lograr que las personas mayores puedan integrarse a la sociedad dignamente, ocupar de buen modo y si tienen recursos, su tiempo libre. (29,30)

13.2.1 El abandono o Negligencia en el Adulto Mayor

La negligencia o abandono implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o el dejar desamparado a una persona que depende de otra para realizar sus actividades diarias, en este caso existe la obligación legal y moral. (31)

La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada. La negligencia intencionada se produce cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo, cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado (32)

Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, es decir aquella persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece. Situación que se transforma en causal de

rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad. Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados, la persona de la tercera edad pasa por un proceso de aislamiento en el hogar, reduciéndose su mundo social provocando en el sujeto una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estadios de ánimo, etc. (31)

Cuando el sujeto en cuestión pertenece a un grupo familiar extenso y nadie de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de este. Viviendo periodos cortos en los hogares de quien le haya tocado el turno de cuidarlo, haciendo sentir que es una carga. Circunstancia que lo lleva a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue al momento de morir para llegar al término de su sufrimiento. Siendo esta etapa de la vida la más dura y triste para una persona que debería disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida, instancia que toda persona desea. (32)

Los adultos mayores dependientes requieren cuidado las 24 horas del día y la necesidad de estar constantemente alerta por si sucede algo, las necesidades de pequeñas atenciones continuas pueden ser más agotadoras que el esfuerzo físico. La persona que cuida al adulto mayor generalmente es una mujer, su esposa o una hija, sacrificando muchas de las veces su vida personal para brindar atención al paciente, dentro del adulto mayor el abandono familiar va a generar una influencia muy notable en el comportamiento, en sus relaciones, en sus interacciones, en sus conductas y en su esfera afectiva. (31)

La afectación del abandono puede ser desde la incorporación de conductas anómalas, problemas psicológico, efectos físicos, problemas en su esfera afectiva, cognitiva y volitiva hasta la estructuración de patologías que puede llegar a ser severas en los adultos mayores, no sólo por el tipo de riesgos los cuales están expuestos en dicha situación, sino por el hecho de ser seres humanos que se

encuentran en una etapa en la que debe ser de mayor agrado y no rechazado por una familia que lo abandona.(30,32)

13.2.2 Repercusiones Físicas y Psicológicas

- ✓ El abandono o desplazamiento tiene consecuencias sobre las personas como ser social y problemas que afectan directamente sus emociones, salud, sentimientos, etc. Algunas de las repercusiones son gracias a las razones o circunstancias antes nombradas y descritas anteriormente. (33)
- ✓ La tercera edad es afectada en un principio con un abandono social familiar, es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar. (33)
- ✓ Los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre dentro de una familia al igual que las personas afectadas. La comunicación se interrumpe cortando toda relación e interacción entre los componentes familiares y el sujeto de la tercera edad. (33)
- ✓ Sus emociones también sufren un cambio en el proceso del olvido, transformándose (adulto mayor) en personas sensibles y que se ven afectadas por cualquier tipo de situación y/o problemas que hacen que caigan en cuadros depresivos que en consecuencia afectan su salud, su percepción de los estímulos y sensaciones. (33)
- ✓ La conducta se transforma su sensibilidad crece y todo a su alrededor le molesta, ruidos, cosas en general, etc. Como por ejemplo si un niño pasa corriendo le molestará reaccionado en forma violenta y agresiva en el trato que tendrá con el niño. Esto a su vez provoca un mayor aislamiento en perjuicio de si mismo. (33)

- ✓ La soledad que afecta al adulto mayor se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una molestia. Anímicamente decaen siendo vulnerables a cualquier cosa que los pudiese afectar. (33)
- ✓ La salud psicológica se ve afectada, la percepción de la realidad cambia no es la misma que los demás perciben, a esto último debemos agregarla responsabilidad que tienen el abuso físico que muchos adultos mayores sufren por parte de sus familiares (hijos, nueras, yernos, nietos, etc.), esto además de los estímulos externos, en sus alteraciones nerviosas, etc. Ocasionando un desequilibrio en su personalidad afectan sus relaciones como ser social. (33)

Una de las principales causas para que suceda el abandono, es que la persona adulta mayor ya no posea una vida laboral útil y comience a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y trasforma el trato de sus hijas e hijos, amistades y parientes cercanos; un caso frecuente ocurre cuando la familia se apodera de los bienes materiales de la o el adulto mayor, aprovechando su fragilidad, falta de memoria o dependencia. El abandono cobra sentido cuando al dueño original se le ignora, o se le agrede (física o verbalmente) y en ocasiones se le desplaza de la familia llevándolo a asilos o albergues en contra de su voluntad. (34)

Por consecuencia, las familias pierden a un miembro clave para continuar con el aprendizaje y la sabiduría por experiencia. Socialmente este comportamiento denota una pérdida de identidad y fomenta la extinción de la trasmisión cultural, de generación en generación, benéfica para el núcleo familiar y su identidad. (32)

13.2.3 Posibles causas de abandono

Las personas mayores viven cotidianamente formas sutiles o abiertas de maltrato. En algunos casos son gestos de disgusto, indiferencia, silencios prolongados otras veces puedes ser palabras groseras o hasta empujones. La mayoría de personas mayores también tiene incorporada la imagen social desvalorizada de vejez lo que influye en

su baja autoestima. (32)

¿Cómo hace una persona mayor para continuar teniendo un techo donde vivir "sin incomodar al resto"? Según Palacios Zavala, Ms. (2005) menciona que "por lo general además de ser invisible para el resto trata de acentuar esa invisibilidad encerrándose en su propio silencio o mostrándose siempre dispuesto a los requerimientos de la familia", ya sea esto "yendo a comprar el pan o el periódico, quedarse cuidando a los nietos mientras los adultos trabajan o se van de fiesta, cuidando del familiar enfermo (generalmente las mujeres mayores), entre otras". (31, 32)

En caso de tener problemas de salud, muchos callan para que no les reprochen que no está en su presupuesto el curarlo o que ya se le pasará; `por lo que generalmente se les lleva a atender a los hospitales o al centro de salud cuando ya no hay mucho que se pueda hacer. Caballero y Remolar (2000) y Goikoetxea (2008) proporcionan catorce características familiares susceptibles de considerarse como situaciones de riesgos para un adulto mayor, los cuales pueden ser afectados por algún tipo de maltrato y ser desplazados hacia el abandono, por lo cual se los presenta de forma muy esquemática, esas situaciones y/o condiciones del ámbito familiar, las cuales son:

1. Ancianos que requieren numerosos cuidados y que además exceden la capacidad familiar para asumirlos.
2. Cuidadores que expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir el papel de cuidado y muestran pérdida de control de la situación.
3. Cuidadores familiares que presentan signos de estrés (sentimientos de frustración, ira, desesperanza, baja autoestima, soledad, ansiedad...).
4. Ancianos que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar.

5. Ancianos que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (paro, conflictos de pareja, hijos problemáticos, enfermedad crónica de algún miembro)
6. Familias en las que el cuidador experimenta cambios inesperados en su estilo de vida y en sus aspiraciones o expectativas sociales, personales y laborales.
7. Cuidador con algún problema psiquiátrico.
8. Cuidador con narco-hábito, alcoholismo y/o ludopatía.
9. Cuidador con escasa red de apoyo familiar y/o social para descarga.
10. Cuidador con otras tareas de cuidado, obligaciones y responsabilidades (paterno-filiales, conyugales, laborales y domésticas).
11. Nivel pobre de relaciones entre cuidador y anciano.
12. Cuidador que se dedica en exclusiva al anciano.
13. Cuidador con antecedentes de maltrato por parte de los progenitores.
14. Familias con problemas económicos. (32)

Aquello que se menciona son sólo algunas causas del abandono familiar hacia el adulto mayor, que en la mayoría de los casos los lleva a una “situación calle”, cabe recalcar que son un sinnúmero de causas que existen, pero estas son las más evidentes. A esto se suma el sistema de pensamientos de una cultura o sociedad, reduccionista y antagonista, que solo puede observar y valorar lo productivo e intereses de por medio. Dejando de lado el saber que en algún momento llegarán todos a esa misma edad; tal vez con situaciones diferentes.

Todo esto configura un solo pensamiento el de “librarse de una carga”, una carga creada por la ideología de cada uno de los sujetos que así lo piensen y así mismo otros lo valoramos adecuadamente. (31, 32, 33)

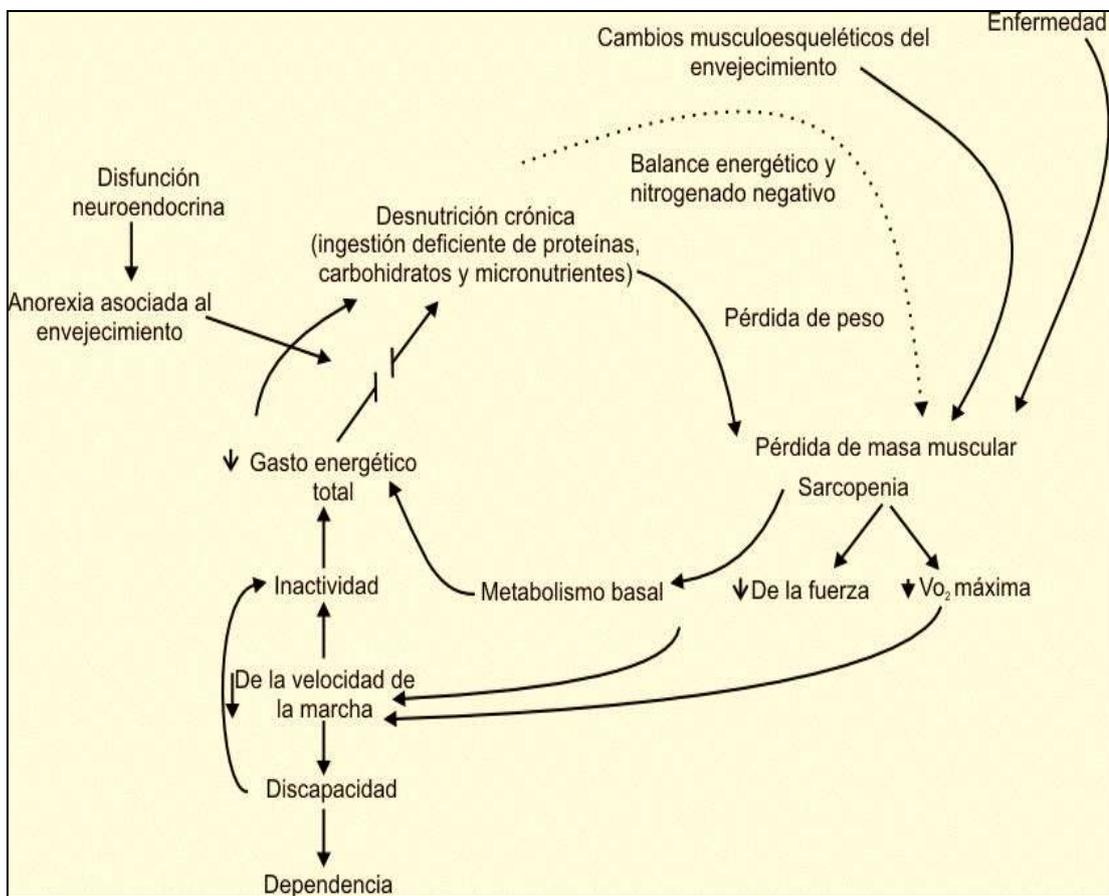
13.3 La Fragilidad

La fragilidad debe ser considerada como un proceso continuo que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, si éste progresa lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad, que requiere la utilización de recursos sociales y de salud. Su reconocimiento es sumamente importante y debe ser sistemáticamente buscada. Conceptualmente la fragilidad está incluida en el grupo de síndromes geriátricos. Es producida por una declinación acumulativa de la función fisiológica del organismo, como la resistencia, la flexibilidad y la fuerza muscular, el balance o equilibrio, el tiempo de reacción, coordinación, funcionamiento cardiovascular, audición, visión, nutrición y funcionamiento cognitivo. Esto provoca que el paciente frágil se vuelva más vulnerable, con más riesgos de caídas, hospitalización, institucionalización y muerte. La fragilidad produce una predisposición a sufrir efectos adversos para la salud ante situaciones estresantes de la vida cotidiana, donde la magnitud de la situación no siempre está en correspondencia con el menoscabo que origina en la salud, produciéndose gran deterioro funcional. (10)

La fragilidad se ha descrito como un síndrome fisiológico caracterizado por reducción de la reserva y menor resistencia a los factores estresantes, resultado del deterioro acumulado en múltiples sistemas fisiológicos, lo que causa vulnerabilidad a resultados adversos y riesgo elevado de muerte. Una definición propuesta de “fenotipo” que tiene consistencia interna adecuada y gran validez predictiva es la que incluye pérdida de peso, fatiga, fuerza de prensión disminuida, actividad física reducida y marcha lenta. Esta definición se ha usado en muchos estudios clínicos y epidemiológicos. Un método alternativo, el índice de fragilidad, valora la carga fisiológica y funcional acumulativa. Cuando se combina con una valoración clínica estructurada, el índice de fragilidad puede aplicarse en instituciones clínicas y tiene un bajo índice de datos faltantes; predice la supervivencia en ancianos que permanecen en la comunidad, así como la supervivencia, duración de la estancia y sitio al que irán estos pacientes cuando salgan de instituciones de atención crítica.

Cualquiera que sea la definición, mucha bibliografía muestra que los ancianos considerados frágiles según cualquier definición tienen cambios evidentes en los mismos cuatro procesos: composición corporal, regulación homeostática anómala, falta de energía y neurodegeneración, todas características del fenotipo de la vejez. (35, 36)

Cuadro 1: Ciclo de la Fragilidad (10)



13.3.1 Mecanismos responsables de la fragilidad:

– Causas fisiopatológicas: (37)

- Aterosclerosis: responsable de enfermedades asociadas a fragilidad (ICC, EVP, AVE). Se asocia a aumento de citoquinas.
- EPOC: hipoxia conlleva un aumento de citoquinas, disminución de función cerebral y muscular, y bajos niveles de testosterona.
- Anemia: relacionada con disminución de funcionalidad, alteración de la cognición y mortalidad Diabetes mellitus: aumento de citoquinas y disminución testosterona.
- Hiperinsulinemia + insulinoresistencia: HTA, hiperglucemia, disminución HDL, aumento ácido úrico, alteración factores de coagulación, mioesteatosis y disfunción cognitiva.
- Citoquinas aumentadas: pérdida de masa muscular, modulación del sistema inmunológico, disminución de albúmina plasmática, anemia, anorexia, disminución de cognición, aumento de lipólisis con inhibición de la lipoproteína-lipasa.
- Disminución de niveles de testosterona: determina pérdida de masa y fuerza muscular.
- Disminución de vitamina D asociada a deterioro funcional y caídas.
- Proteína C reactiva: marcador no específico de exceso de citoquinas, relacionado con pérdida de masa y fuerza muscular.
- Sarcopenia: disminución de masa muscular.
- Obesos sarcopénicos (“fat frail”) tienen la más alta pérdida de funcionalidad y aumento de mortalidad.

- Anorexia “fisiológica”; determina malnutrición, con pérdida de tejido muscular y grasa.
- Dolor: limita la actividad física.
- Alteración del equilibrio: determina riesgos de caídas.
 - Causas funcionales: sedentarismo, inmovilidad.
 - Causas nutricionales: malnutrición por exceso o déficit
 - Síndromes: astenia, anorexia, adinamia, pérdida de peso.
 - Factores psicosociales: la depresión determina disminución de la actividad física, con aumento de la liberación de factor corticotrópico que produce anorexia y aumento de la pérdida de tejido muscular. Es un factor mayor en la patogénesis de fragilidad. En tanto, el síndrome demencial origina incapacidad para realizar las actividades del diario vivir. La soledad, asociada a comorbilidad y con una economía deficitaria, puede inducir también fragilidad. Con el desarrollo de estudios epidemiológicos centrados en el envejecimiento, surgen varias aproximaciones con el objetivo de establecer marcadores y operacionalizar el concepto de fragilidad para poder establecer su diagnóstico.(37,38)

Se puede iniciar el síndrome por cualquier parte del ciclo, pero fundamentalmente por dos vías:

- Como resultado de los cambios fisiológicos asociados a la edad, por ejemplo, la anorexia asociada al envejecimiento, los cambios músculo-esqueléticos y la sarcopenia.
- Por el efecto de las enfermedades. El reconocimiento de marcadores que nos permitan la detección del paciente frágil cobra una gran relevancia en la asistencia geriátrica actual. El fenotipo de fragilidad propuesto por Fried y colaboradores se basa en los criterios siguientes:

- Pérdida involuntaria de más de 10 libras (4,5 kg) de peso corporal o una disminución mayor o igual al 5 %.
- Disminución en un 20 % de la fuerza del apretón de mano, medido con un dinamómetro y ajustado según sexo al índice de masa corporal (IMC).
- Pobre resistencia, como signo de agotamiento, explorado mediante dos preguntas obtenidas de una escala del Centro para el Estudio Epidemiológico de la Depresión.
- Velocidad al caminar una distancia de 4,6 m menor o igual a 6 o 7 s, según el sexo y la talla.
- Baja actividad física según una versión de un cuestionario que recoge el tiempo empleado en la práctica de ejercicios físicos y actividades recreativas.
- Para ser considerada frágil, una persona debe tener 3 o más de los criterios citados. Recientes publicaciones delimitan con claridad el estado de fragilidad con el de discapacidad. Ambas categorías tienen aspectos en común, pero se diferencian en tres aspectos:
 - La discapacidad puede presentarse a partir de la disfunción de uno o varios sistemas fisiológicos, mientras la fragilidad siempre se presenta por la disfunción de múltiples sistemas. (37)
 - La discapacidad puede mantenerse estable durante años, mientras la fragilidad siempre progresa en el tiempo. (39)
 - La fragilidad puede presentarse en un número significativo de adultos mayores que no están discapacitados. (40)

Es importante identificar a los adultos mayores frágiles a tiempo, para intervenirlos y prevenir que sufran eventos adversos para su salud. En la actualidad existen estrategias para disminuir y/o retardar la fragilidad que se están estudiando con resultados promisorios. (39)

13.3.2 Factores que influyen a la fragilidad

13.3.2.1 Caídas

La caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita a la persona al suelo contra su voluntad. Hay situaciones que pueden simular una caída o presentarse como tal, entre ellas se encuentran los mareos, los cuadros sincopales y la epilepsia.

Las caídas son causa de muerte para los adultos mayores que viven en la comunidad, las caídas son consideradas un gran problema en el adulto mayor que pueden llevar a fatales consecuencias y son causa importante de inmovilidad, morbilidad y mortalidad. Consecuencias físicas, Consecuencias psicológicas y Consecuencias funcionales; la mitad de los que sufren una caída no recuperan el nivel funcional previo al accidente, en otros puede resultar en discapacidad, institucionalización, o muerte. (41)

13.3.2.2 Síndrome de inmovilidad

Se define como la reducción de la capacidad para desempeñar las actividades en la vida diaria por deterioro de funciones, relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético, el cual debe considerarse como un problema médico independiente que requiere una valoración y un manejo específico. (10,39)

13.3.2.3 Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como “cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente”, constituyendo causa de discapacidad y deterioro de la calidad de vida en los adultos mayores. Tradicionalmente ha sido considerada por los adultos mayores y por el personal de salud, como un fenómeno fisiológico asociado al proceso de envejecimiento, pero en

la actualidad, se reconoce como uno de los problemas de salud más frecuentes en la población adulta mayor. (10,42)

13.3.2.4 Depresión

la depresión es el problema de salud más común en la población adulta mayor, condicionado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales; a su vez es el síndrome geriátrico más frecuente en la consulta externa de los pacientes mayores de 60 años, produce alto grado de discapacidad y representa un problema socio-familiar y de salud pública.. La mayoría de los autores consideran que la depresión en el adulto mayor está infradiagnosticada: un factor que interfiere negativamente al establecer su diagnóstico es la creencia muy extendida, de que la depresión es la consecuencia lógica del envejecimiento psicológico. (10, 43)

13.3.2.5 Deterioro cognitivo y demencias

La memoria es la capacidad para retener y hacer uso posterior de una experiencia, condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva. Esta es una de las funciones que con mayor frecuencia se deteriora en los adultos mayores, tanto por el envejecimiento como por el efecto de enfermedades sobre el sistema nervioso. La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro o la pérdida de las funciones intelectuales, es adquirida y compromete diferentes áreas de la actividad mental: memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, personalidad, juicio, etc., de acuerdo con su etiología. Con afectación de la actividad socio familiar del paciente, en una persona con inteligencia y nivel de consciencia previo normal. (43)

13.3.2.6 Estado confusional agudo

El estado confusional agudo (ECA) se define como una alteración transitoria del estado mental, caracterizado por la presencia de diferentes manifestaciones clínicas, principalmente alteración del nivel de consciencia y atención, junto con otras

alteraciones de la esfera cognitiva y no cognitiva. La causa siempre es orgánica y multifactorial, tiene un inicio agudo, evolución fluctuante a lo largo del día, con alternancia de intervalos lúcidos diurnos y empeoramiento nocturno. Constituye una urgencia en geriatría. Puede ser la forma clínica de presentación de enfermedades graves o aparecer en el curso de ellas, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado. (10)

Problemas relacionados con el uso de fármacos en los adultos mayores

Los adultos mayores presentan pluripatología, mayor consumo de fármacos y cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento que alteran la farmacocinética y fármaco-dinámica de los medicamentos que contribuyen a una mayor sensibilidad a determinadas drogas, a un aumento correspondiente en la incidencia de reacciones medicamentosas adversas (RAM) y a que la interacción medicamentosa se manifieste con mayor frecuencia y severidad en este grupo. De ahí la importancia del conocimiento de los problemas relacionados con medicamentos (PRM) en el adulto mayor, así como las estrategias adecuadas para su atención. (10,41)

Los efectos adversos en el anciano aumentan sensiblemente con el consumo de más de 3 drogas; además la adherencia al tratamiento es inversamente proporcional al número de las mismas. Cuando dos fármacos son administrados simultáneamente el potencial para que se presente interacción es del 6%, aumenta al 50% cuando se administran 5 y a un 100% cuando son 8 o más fármacos administrados, además se debe disminuir la dosis de las drogas y tratar de no adicionar más medicamentos, de esta forma se puede controlar los efectos secundarios y evitar las reacciones medicamentosas. (41)

13.4 Fragilidad y discapacidad

Varios son los estudios que sobre la discapacidad física en el anciano, se han realizado en Cuba. En uno se intentó caracterizar la población anciana, en relación con un grupo de presuntos factores de riesgo. En otro, se estudiaron algunos factores biológicos y sociales que supuestamente influyen sobre el estado de salud de la población anciana, un grupo de investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) y del Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) realizó varias investigaciones sobre este objeto de estudio en el ámbito comunitario. Así, se estimó la prevalencia de discapacidad física y mental, y los factores de riesgo de discapacidad física en ancianos. Estos estudios han permitido estimar la prevalencia de las discapacidades físicas en la población Adulta Mayor. (40)

La fragilidad siempre ha estado relacionada con el estado de discapacidad, frecuentemente son utilizadas como sinónimos. La discapacidad es la incapacidad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria. Ambas categorías tienen en común que su prevalencia aumenta en las edades avanzadas y que confieren un riesgo de dependencia y muerte, pero se diferencian en 3 aspectos: (10, 40)

1. La discapacidad puede presentarse a partir de la disfunción de uno o varios sistemas fisiológicos, mientras la fragilidad siempre se presenta por la disfunción de múltiples sistemas.
2. La discapacidad puede mantenerse estable durante años, mientras la fragilidad siempre progresa en el tiempo.
3. La fragilidad puede presentarse en un número significativo de adultos mayores que no están discapacitados.

Los dos últimos aspectos justifican describir la fragilidad como una discapacidad subclínica o preclínica. La fragilidad puede causar discapacidad, independientemente de la existencia o no de enfermedades, quizás sea un precursor fisiológico y factor etiológico de discapacidad. (32,40)

13.5 Valoración geriátrica integral para identificar fragilidad en el adulto mayor

Es importante realizar una anamnesis completa al adulto mayor, en busca de factores de riesgo que pueden estar asociados a la fragilidad.

Se debe efectuar un examen físico integral en búsqueda de factores que orienten al diagnóstico del anciano frágil: Función cardiaca, respiratoria, neurológico, sensoriales, neuropatías y vasculopatías periféricas. (32)

Evaluación de fuerza, equilibrio y marcha:

Fuerza: se evalúa clínicamente mediante la medición de la fuerza de cuádriceps. Equilibrio estático: se evalúa mediante la prueba de Estación Unipodal. Equilibrio dinámico: es una prueba combinada que evalúa fuerza, marcha y resistencia al esfuerzo. Se utiliza la prueba Timed up and go.” (32,44)

Evaluación Nutricional

Mediante la valoración del peso, talla, Índice de masa corporal y la aplicación de Mini Nutricional Assessment. En la antropometría del adulto mayor se evalúa la circunferencia braquial, cintura y pantorrilla y pliegues cutáneos para estimación de masa muscular. (32,44)

En la valoración geriátrica integral del adulto mayor es importante la realización de exámenes de laboratorio, tales como (Hemograma, perfil bioquímico, TSH, creatinina, electrolitos, orina completa, electrocardiograma, radiografía de tórax), necesarios para diagnóstico de fragilidad en el anciano, además se pueden realizar exámenes específicos de laboratorio de acuerdo a la sospecha de enfermedad orgánica que pudiera explicar la fragilidad. (32,44)

Test de Barber

Evalúa el riesgo de dependencia a partir de 9 ítems con respuesta dicotómica, verdadero o falso (puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia). Sirve para detectar ancianos susceptibles que puedan tener cierto nivel de dependencia. (32,44)

Dos test, uno para población anciana que vive en el medio rural (escala heteroadministrada a un informante clave, es decir, el entrevistador pregunta y se encarga de rellenar la encuesta; se debería analizar si el paciente sabe leer, escribir y comprende las preguntas, para entonces realizar el test de forma autoadministrada). El test para población urbana solo varía en que se realiza de forma autoadministrada (habrá que evaluar a cada individuo en concreto y ver su capacidad para contestar la encuesta (32)

13.6 El abandono familiar y la fragilidad.

En un contexto de soledad, la persona se vuelve vulnerable e indefensa para afrontar las necesidades básicas de dependencia, intimidad y relación con otros. Este estado emocional puede afectar su autoestima, al extremo de abandonarse a sí mismo y socialmente, y perder toda motivación ante la vida. (10, 45)

Con la llegada de la jubilación, la persona adulta mayor puede pensar que con ello ya no va a ser útil para determinadas actividades productivas. La separación del vínculo laboral y de los compañeros de trabajo, le harán replantearse nuevas estrategias de convivencia; además, dispondrá de más tiempo para estar con los nietos o dedicarse a aquellas actividades tantas veces postergadas. (44, 45)

Con el paso de los años también se agudizan las dolencias físicas, el cuerpo ya no es el de antes y requiere de más atenciones, la salud se deteriora. Es así que con la vejez puede empezar a deprimirse y limitar sus vínculos sociales. (43)

Las consecuencias psicológicas de la soledad en el adulto mayor pueden llevarlo

desde el aislamiento hasta la psicosis. Pueden empezar a confundir los nombres y rostros de las personas, así como los lugares donde se encuentran. Surgen enfermedades como el Alzheimer, demencia senil, Enfermedad de Parkinson, entre otros. Llegar a esta etapa en la vida de una persona adulta mayor no debe significar que se terminó la vida. Existen muchos proyectos sociales donde las personas pueden compartir actividades recreativas, conocer a nuevas personas, y llevar una mejor calidad de vida. (32)

No obstante que la fisiopatología de la fragilidad aún está en proceso de aclararse, sus consecuencias se han caracterizado bien en estudios prospectivos. Existen cuatro consecuencias principales para la práctica clínica: 1) respuesta homeostática incompleta o ineficaz ante el estrés; 2) múltiples enfermedades coexistentes (morbilidad múltiple) y polifarmacia; 3) discapacidad física, y 4) los llamados síndromes geriátricos; si combinamos los factores propios de la vez y a esto le agregamos el abandono al que son sujetos los adultos mayores en la actualidad, esto da como resultado un adulto mayor frágil, es decir que ambas tienen una incidencia directa entre sí.(32,45)

14 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El abandono familiar aumenta la fragilidad del adulto mayor del consultorio 3
.Centro de salud Montalvo. Año 2018.

15 MÉTODOS

15.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el abandono familiar y la fragilidad del adulto mayor en el consultorio 3 de la población que atiende el postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Montalvo en el año 2018; según nivel investigativo relacional, ya que se relacionan dos variables de estudio, de tipo observacional, porque no existió intervención del investigador, de corte transversal al ser medidas las variables en una sola ocasión, prospectivo ya que los datos se obtienen de una fuente de información primaria y analítico por intervenir más de una variable de estudio (bivariado)

15.2 Diseño de la investigación

15.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población de estudio corresponde a los 84 adultos mayores, pertenecientes al consultorio 3, del centro de salud Montalvo en el año 2018, que cumplan los criterios de participación en el estudio.

Criterios de inclusión:

Adultos mayores que firmaron el consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

Adultos mayores que presentaron incapacidad intelectual que no le permitió contestar el cuestionario.

15.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, cumpliéndose las normas éticas vigentes en el Reglamento de Ética del Ecuador y en la Declaración de Helsinki.

La recolección de los datos se realizó en el periodo correspondiente a marzo del 2018 a agosto del mismo año, después de la obtención por escrito del consentimiento informado. Los procedimientos aplicados para la recolección de la información del Índice de Katz, el Test de Barber y una encuesta construida por el autor de la investigación y sometido a juicios de expertos; para ello se seleccionaron 3 especialistas en salud de reconocida trayectoria ,conformada por 1 especialista en Bioestadística y 2 especialistas en Medicina familiar quienes de forma voluntaria aceptaron evaluar el contenido de dicho instrumento; se les remitió vía correo electrónico un documento informativo sobre los objetivos y características de la investigación y el interés en su valoración crítica y su aporte con las observaciones sobre los instrumentos en cuestión. Se tomó el criterio respaldado por Moriyama para considerar como válidos los resultados de la evaluación de las preguntas e ítems.

Las preguntas se formularán a los adultos mayores para obtener los datos sobre variables sociodemográficas y de abandono familiar. Posteriormente se realizó una prueba piloto en 30 adultos mayores de la población del consultorio #1 de medicina familiar del centro de salud. Este instrumento evaluador será aplicado por el investigador durante las consultas o visitas domiciliarias, respetando los criterios éticos de la investigación.

La encuesta quedó conformada por la siguiente estructura:

- Componente #1 de las preguntas de la 1era. a la 7ma. , corresponden a las variables sociodemográficas.
- Componente #2 de las preguntas de la 8va. A la 14ava. , que corresponde a identificar el abandono familiar. (Anexo 2) e índice de Katz. (Anexo 3), cuestionario que valora la dependencia funcional en base a las actividades de la vida diaria, consta

de 6 ítems dicotómicos ; baño, vestido, uso del baño, movilidad, alimentación, control de esfínteres; cada respuesta tiene una puntuación de si= 0 o de no=1 ;cuyo resultado final está dado por lo siguiente:

0-1= ausencia de incapacidad o incapacidad leve (Independiente)

2-3 = incapacidad moderada (Dependiente)

4-6 = incapacidad severa (Dependiente)

En el cual se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión de la actividad.

- Componente #3 corresponde a identificar fragilidad en base al Test de Barber (Anexo 4), sobre la identificación de situaciones de fragilidad que está compuesto por 9 preguntas, cada respuesta tiene una puntuación de 0 o de 1; cuyo resultado final está dado por lo siguiente:

0: sin fragilidad

1 o más: Con fragilidad o anciano de alto riesgo.

Todo esto con la finalidad de dar respuesta a los objetivos generales y específicos de la presente investigación.

Para la identificación del abandono familiar se definió, cuando el adulto mayor vive solo, presenta incapacidad moderada o severa dada por el índice de Katz y no cuenta con apoyo familiar (cuando la familia no aporte ayuda económica ni social, pregunta n° 14 de la encuesta).

15.2.3 *Técnicas de recolección de información*

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Etnia	Encuesta
Nivel de escolaridad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Per cápita	Encuesta
Dependencia del adulto mayor (Índice de Katz)	Encuesta
Abandono familiar	Encuesta
Fragilidad (Test de Barber)	Encuesta

15.2.4 *Técnicas de análisis estadístico*

El análisis se lo realizará en base a los datos procesados en una plantilla de Excel donde se incluirán todas las variables contempladas en el estudio; codificando la información, se transportará la base de datos al programa estadístico SPSS versión 22 para el procesamiento y análisis de la información.

Se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado(X^2) para comprobar la hipótesis. Los resultados de la investigación se expondrán en tablas para su mejor comprensión en números absolutos y porcentos.

15.3 Variables

15.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos en grupos quinquenales	65 - 69 70 - 74 75 - 79 80 - 84 85 - 89 90 - 94	Numérica discreta
Sexo	Caracteres sexuales externos	Masculino, femenino	Categórica Nominal dicotómica
Etnia	Autoidentificación étnica	Indígena Afrodescendiente e Negro Mulato Montubio Mestizo Blanco Otros.	Categórica Nominal politómica
Nivel de escolaridad	Último nivel aprobado	Ninguna Primaria Secundaria Bachiller Superior	Categórica Ordinal
Estado civil	Situación actual del estado civil	Soltera/os Casada/o Divorciada/o	Categórica Nominal politómica

		Viuda/o Unión libre.	
Ocupación	Actividad laboral que realiza	Agricultor/a Comerciante Ama de casa. Empleado público Jubilado Otros Ninguno	Categoría Nominal politémica
Percá-pita	Menor a 47,72 De 47,72 a 84,68 Mayor a 84,68	Pobreza extrema Pobreza Ingreso óptimo	Categoría Ordinal politémica
Dependencia del adulto mayor (índice de Katz)	Ausencia de incapacidad o leve Incapacidad moderada. Incapacidad severa	Independiente Dependiente	Categoría nominal dicotómica
Abandono familiar	Dependiente Vive solo Sin apoyo familiar Independiente Vive solo o no Con o sin apoyo familiar	Con abandono Sin abandono	Categoría nominal dicotómica
Fragilidad	Test de Barber	Frágil No frágil	Categoría nominal dicotómica

16 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio con respecto a la presentación de resultados y discusión las tablas de la 1 a la 6, se relacionan con las variables sociodemográficas que corresponden al primer objetivo de estudio.

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según grupos de edad y sexo. Consultorio 3. Centro de Salud Montalvo. Año 2018.

Grupos de edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
65 - 69	7	19,4	11	22,9	18	21,4
70 - 74	8	22,2	11	22,9	19	22,6
75 - 79	7	19,4	11	22,9	18	21,4
80 - 84	5	13,9	9	18,8	14	16,7
85 - 89	5	13,9	5	10,4	10	11,9
90 - 94	4	11,1	1	2,1	5	6
Total	36	100	48	100	84	100

En la tabla # 1 con relación al análisis de las variables sociodemográficas grupos de edad y sexo se observó que predominó en los adultos mayores estudiados el grupo de 70 – 74 años con 19 (22,6 %). Pero dentro del sexo femenino fueron mayoritarios y con igual frecuencia los tres grupos de edad incluidos entre 65 y 79 años (22,9% en cada uno). Según el ASIS realizado en el año 2017 de la población que atiende el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en Montalvo (46), el grupo de edad que predominó fue el de 70 a 74 años con el 30,5%, resultados similares con el hallado en el consultorio 3 donde se realizó la investigación, en cuanto al sexo

predominó el femenino en la población de estudio con el 57,14% del total de 84 que difiere del ASIS del 2017 , en el predominaron los masculinos con el 54,29% del total de 1503.

En el estudio realizado por Zavaleta Concepción .Perú 2011, sobre Actividades funcionales básicas en el Adulto Mayor del “Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” (47), la edad que predominó en los adultos mayores estudiados fueron los rangos de 81-90 con 85,9%, el cual tuvo comportamiento similar con el estudio y el sexo que predominó fue el masculino el cual difiere del estudio.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según etnia y sexo. Consultorio 3. Centro de Salud Montalvo. Año 2018.

Etnia	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Negro	2	5,6	2	4,2	4	4,8
Mestizo	22	61,1	33	68,8	55	65,5
Mulato	0	0	5	10,4	5	6
Blanco	11	30,6	5	10,4	16	19
Montubio	0	0	3	6,3	3	3,6
Afrodescendiente	1	2,8	0	0	1	1,2
Total	36	100	48	100	84	100

En la tabla # 2 con relación a la variable etnia se observó que predominó en los adultos mayores la mestiza con 55 (65,5%), y sexo femenino con 33 (68,8%). De las otras categorías, afrodescendiente con 1, el 1,2% fue el de menor frecuencia. Según el Ministerio de inclusión económica y social .Agenda de igualdad para adultos

mayores. Ecuador 2013, los resultados hallados en la población adulta mayor en Ecuador (48), fue también la población mestiza la predominante, con 82,3%, similares resultados encontrados en el estudio que se realizó, siguiéndole la blanca con el 7,8%.

En el censo realizado INEC.Población adulta mayor .Quito 2010. Dentro de la población de los adultos mayores (49), se tiene el mayor porcentaje en el grupo étnico mestizos (75,6%), luego le sigue blancos (17,4%), indígenas (5,5%) y mulatos (1,5%), lo cual está en correspondencia con los resultados encontrados en el estudio.

Tabla 3. Distribución de adultos mayores según nivel escolar y sexo. Consultorio 3. Centro de Salud Montalvo. Año 2018.

Nivel escolar	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	13	36,1	14	29,2	27	32,1
Primaria	22	61,1	31	64,6	53	63,1
Secundaria	1	2,8	2	4,2	3	3,6
Superior	0	0	1	2,1	1	1,2
Total	36	100	48	100	84	100

En la tabla # 3 con relación al análisis de la variable nivel escolar observamos que predominó en los adultos mayores estudiados la primaria con 53, el 63,1% de la población de estudio, el nivel menos frecuente fue el superior con 1 femenino, que representó el 1,2 % del total. La población de Montalvo se dedica más al comercio en la etapa laboral, dejando los estudios como una actividad no priorizada y migrando con bastante frecuencia.

En el estudio realizado por Monterroso Elsa. Guatemala en el 2013, obtuvo que el 61% de las personas adultas mayores carecen de escolaridad alguna y las restantes 39% solo ha tenido acceso a la educación primaria. (50)Un 1% ha podido acceder a la educación superior el cual tiene similitud con el estudio.

Según el censo del INEC 2010, la mayoría de adultos mayores de la ciudad de Quito (49), cursaron el nivel primario con el 46,2% y le siguió la secundaria con el 25,5%, teniendo un comportamiento similar encontrado en el estudio.

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Consultorio 3. Centro de Salud Montalvo. Año 2018.

Estado Civil	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	17	47,2	17	35,4	34	40,5
Casado	5	13,9	2	4,2	7	8,3
Divorciado	0	0	2	4,2	2	2,4
Viudo	11	30,6	26	54,2	37	44
Unión libre	3	8,3	1	2,1	4	4,8
Total	36	100	48	100	84	100

En la tabla # 4 con relación al estado civil en los adultos mayores observamos que predominó los viudos 37, con el (44%), seguido de soltero 34, con el (40,5%) de la población de estudio, la categoría divorciado representó la de menor frecuencia con 2 femeninas, 2,4%. En un estudio realizado por Monterroso E. en Guatemala en el 2013 se plantea que “la viudez es más común entre las mujeres, apenas entre un cuarto y un tercio de los mayores de 75 años y más viven con sus cónyuges, este

hecho obedece, en buena medida a la mayor esperanza de vida de las mujeres y al patrón cultural androcéntrico (50), el cual es similar con el estudio.

Tabla 5. Distribución de adultos mayores según ocupación y sexo. Consultorio 3. Centro de Salud Montalvo. Año 2018.

Ocupación	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	0	0	15	31,3	15	17,9
Jubilado	1	2,8	1	2,1	2	2,4
Otros	2	5,6	0	0	2	2,4
Ninguno	33	91,7	32	66,7	65	77,4
Total	36	100	48	100	84	100

En la tabla # 5 con relación al análisis de la variable ocupación observamos que predominaron los adultos mayores con ninguna ocupación 65 (77,4%), y el sexo masculino con 33 (91,7%) .

Por la edad del grupo poblacional que se estudia, este no pertenece en su gran mayoría a trabajos remunerados que no sean los jubilados, solo un pequeño porcentaje se encuentra realizando alguna otra labor.

En el INEC del 2010 se encontró que en Quito los resultados hallados difieren del estudio realizado ya que los adultos mayores desocupados tienen un 0,6 % del total, las mujeres un 1,0% mientras que los hombres tienen 0% de desocupación, los ocupados son el 30.8%, los hombres el 41% y las mujeres el 22,4%. (49)

Tabla 6. Distribución de adultos mayores según per cápita y sexo. Consultorio 3. Centro de Salud Montalvo. Año 2018.

Percápita	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pobreza	23	63,9	25	52,1	48	57,1
Ingreso óptimo	13	36,1	23	47,9	36	42,9
Total	36	100	48	100	84	100

En la tabla # 6 con relación al análisis de la variable per-cápita observamos que predominó la pobreza, con 48, que representó un 57,1% de la población, siendo con relación al sexo masculino el 63,9 % cifra más alta que la del femenino con 52,1%.

La causa de esta situación es la dificultad que enfrentan los adultos mayores para generar ingresos monetarios, debido principalmente a que con el envejecimiento y a medida que aumenta la edad, la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa disminuye, por no existir plazas laborales adecuadas a su condición.

Según el Ministerio de inclusión económica y social .Agenda de igualdad para adultos mayores. Ecuador 2013. (48) Se encontró similares resultados en las personas adultas mayores, un 57,4% vive en situación de pobreza y pobreza extrema el masculino con pobreza es un 33,8 % cifra más baja que la del estudio y de mujeres 31,2%.

La tablas 7, 8 y el gráfico 1 se relacionan con el abandono familiar, que corresponden al segundo objetivo.

Tabla 7. Distribución de los adultos mayores según dependencia y vive solo. Consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018.

Dependencia(Índice de Katz)	Vive solo					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin incapacidad o leve	18	34,0	17	54,8	35	41,7
Incapacidad moderada y severa	35	66,0	14	45,2	49	58,3
Total	53	100	31	100	84	100

En la tabla # 7 los resultados que predominaron fue la incapacidad moderada y severa en 49 con un 58,3 % y los adultos mayores de esta categoría que vivían solos fueron 35, que representaron el 66 % de este grupo.

Los resultados del estudio muestran un porcentaje elevado de adultos que presentan incapacidad moderada y severa por lo que necesitarían el apoyo familiar de manera permanente, sin embargo son mayoritarios los que viven solos, por lo que ya se pudiera visualizar en estos adultos mayores presencia de abandono familiar.

En un estudio realizado por Muñoz Silva C, en Chile en el 2015, en los resultados encontrados de los 55 adultos mayores evaluados, 42 (76,3 %) estuvieron clasificados según el índice de Katz como moderados y severos (51), los cuales tuvieron un comportamiento similar al del estudio.

En el estudio realizado por Zavaleta Concepción en Perú en el 2011, dentro de sus resultados predomina el nivel funcional de independientes (52), con el 65% y los dependientes solo son el 7,5% lo cual difiere con el estudio donde predominan los dependientes. En la investigación realizada por Moreno Gonzáles en Cuenca en el año 2013 se encontró diferentes resultados ya que la frecuencia de incapacidad funcional severa y moderada fue del 20 % en los adultos mayores (53), que difiere al encontrado en el estudio.

Tabla 8. Distribución de adultos mayores según apoyo familiar y vive solo. Consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018.

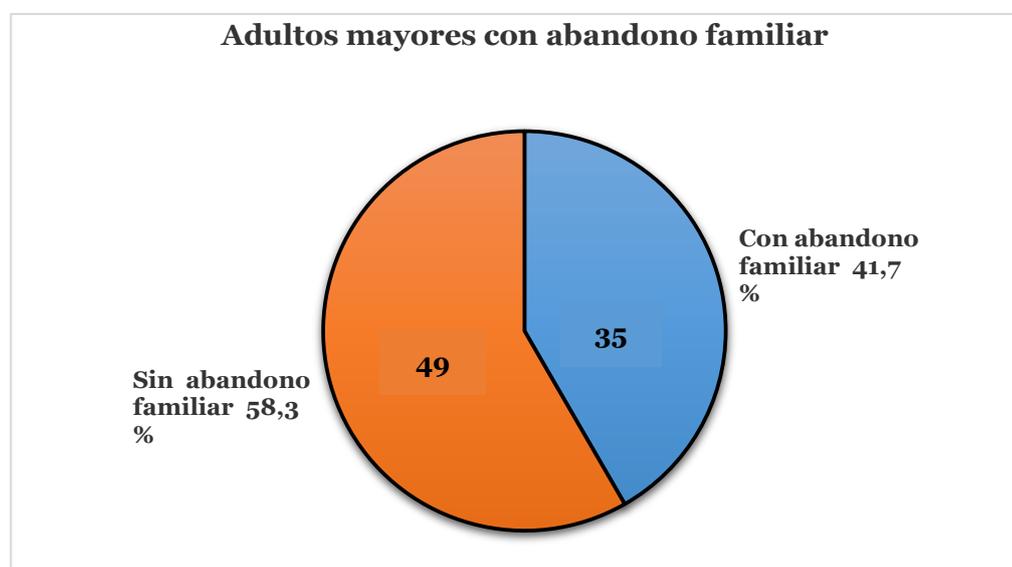
Apoyo familiar	Vive solo					
	Si		N0		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	0	0,0	31	36,9	31	36,9
No	53	63,1	0	0,0	53	63,1
Total	53	63,1	31	36,9	84	100,0

En la tabla # 8 del total de adultos mayores, existió predominio del 63,1% sin apoyo familiar de un total de 53 que vivían solos. En esta población la mayoría de las familias son nucleares, los hijos se independizan de los padres y también emigran a otra provincia, generalmente Guaranda en busca de trabajo, y no frecuentan las casas de los padres porque ya están en sus ocupaciones y las relaciones son malas.

Similar resultado se evidenció en un estudio realizado por Belesaca Martha, Centro Cristo Rey. Cuenca ,2016 .Un alto porcentaje de adultos mayores no reciben apoyo económico ni social de parte de familiares, encontrándose estos adultos mayores en un centro gerontológico. (54)

En el estudio realizado por Zapata-López B, sobre el apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011, se encontró que la satisfacción con el apoyo familiar referida por los adultos mayores encuestados indica que el mayor porcentaje se encontraba satisfecho (55), con el apoyo que recibía de su familia (78,1 % en hombres y 68,5 % en mujeres), resultados que difieren del estudio.

Gráfico 1. Distribución de adultos mayores según abandono familiar. Consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018.



Fuente: tabla 5 A (Anexo)

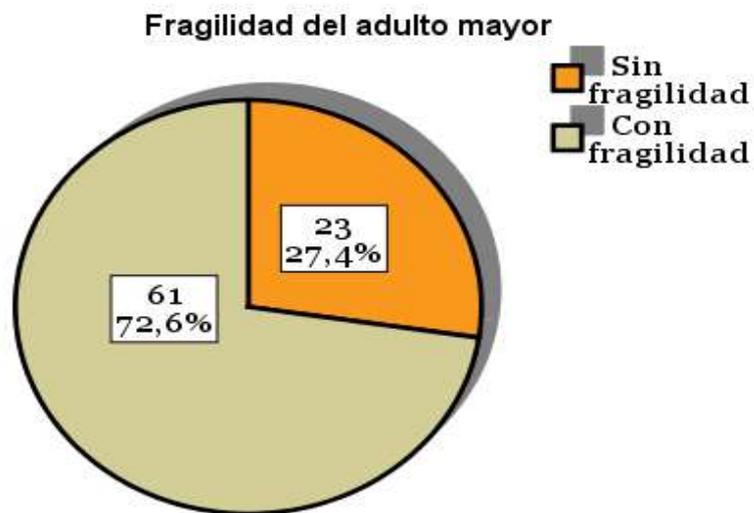
Al analizar el gráfico 1. Observamos que en el estudio predominó los adultos mayores sin abandono familiar con 49 un 58,3%, y con abandono familiar 35 un 41,7%. Considerando abandono familiar si el adulto mayor vive solo, pero además presenta incapacidad moderada o severa y no cuenta con apoyo familiar social ni económico, que coincidan estas categoría solo sucede en un porcentaje reducido de los adultos mayores ya que muchos de ellos que presentan la incapacidad no viven solos o tienen algún apoyo familiar

En la investigación realizada por Roldán Monzón A. Abandono de sus Familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas .Perú 2008 En el que se evidenció similar resultado, ya que los adultos mayores indican que las familias se han vuelto más crueles y que dejan a sus familiares en total abandono.(56) En un estudio realizado en un centro gerontológico en Cuenca en el año 2016 se encontraron cifras de

abandono del adulto mayor del 11,3 % cifras menores que los porcentos de este estudio, pero también corresponden a una menor población ya que se trata de un centro gerontológico.(54)

En el gráfico 2. Corresponde a identificar la fragilidad del adulto mayor dando salida al tercer objetivo.

Gráfico 2. Distribución de adultos mayores según fragilidad. Consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018.



Fuente: tabla 6 A (Anexo)

En el gráfico 2 se observó que existió un mayor porcentaje de adultos mayores con fragilidad, 61 que equivale a un 72,6%, y sin fragilidad 23, que corresponde al 27,4%.

En los adultos mayores del estudio según el test de Barber los ítem de mayor frecuencia fueron vive solo, nadie a quien acudir si necesita ayuda y necesita de

alguien que lo ayude a menudo, sumados con los demás definieron el puntaje de presencia de fragilidad

Según el estudio realizado por Galbán P, Fragilidad en el adulto mayor a nivel comunitario Cuba 2015, su prevalencia se estimó en 51,4% teniendo un comportamiento similar al estudio.

Según la investigación realizada por Xolocotzi Ramírez (58), en un estudio del Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2014, la prevalencia de fragilidad obtenida fue de 82,1%, un poco más alto que el valor del estudio, pero similar.

La tabla 9. Corresponderá a dar salida al cuarto objetivo de determinar la posible asociación entre el abandono familiar y la fragilidad del adulto mayor en la población de estudio.

Tabla 9. Distribución de adultos mayores según abandono familiar y fragilidad. Consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018.

Abandono familiar	Fragilidad del adulto mayor (p=0,000)					
	Sin fragilidad		Con fragilidad		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Con abandono	0	0	35	57,3	35	41,7
Sin abandono	23	100	26	42,6	49	58,3
Total	23	100	61	100	84	100

En la tabla #9 el abandono familiar con fragilidad del adulto mayor fue la de mayor frecuencia con 35 que representó un 57,3% , le siguió los que tuvieron fragilidad, pero sin abandono familiar con 26 (42,6%), también fue de notar que no existió adultos mayores con abandono y sin fragilidad. Se realizó la prueba Chi cuadrado de

homogeneidad, y se obtuvo una $p=0,000$ menor que 0,05, nivel de significación, por lo que se prueba la hipótesis planteada, que existe una asociación entre el abandono familiar y la fragilidad del adulto mayor.

Similares resultados se obtuvieron en un estudio que fue realizado por Martín Brun M en 2007, se asocia a la fragilidad con el abandono, considerando el abandono familiar una variable predictora o desencadenante de fragilidad. (59) Esto se encuentra vinculado con el análisis del estudio propuesto por la Dra. Alonso Galbán, (57) a nivel comunitario, en el que se establece que, los porcentajes de adultos mayores frágiles que viven solos fue del 51,4% teniendo un comportamiento similar a lo encontrado en el estudio.

17 CONCLUSIONES

En el estudio predomina el grupo de edad de 70 a 74 años, el sexo femenino, la etnia mestiza, nivel escolar primario, estado civil viudo, ocupación ninguna y percá pita pobreza.

En la población de estudio de adultos mayores predomina el sin abandono familiar.

En el estudio predomina la fragilidad en los adultos mayores.

En la investigación existe relación estadísticamente significativa entre el abandono familiar y la fragilidad.

18 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación actual estudió la relación existente entre el abandono familiar y la fragilidad, en el Centro de Salud de Montalvo, a pesar de que la población no haya incluido un gran número de casos de estudios, se identificaron factores de alerta en un gran porcentaje de la muestra extraída, por lo cual se concluye que el abandono familiar sea de manera consiente o no influye de manera significativa en el reconocimiento de situaciones de fragilidad, y que disminuyen la posibilidad de vida de la población adulta mayor. Por lo que es necesario concientizar de estos temas a los familiares con adultos mayores, y fomentar estrategias de intervención y así disminuir las estadísticas actuales.

Durante la recolección de datos a través de la encuesta hubo buena aceptación e interés por responderla. Los resultados obtenidos son claros, son el punto de partida para iniciar un proceso de intervención y ayuda; El síndrome de fragilidad en el adulto mayor constituye un problema de salud que repercute moderadamente en la salud familiar, afectando fundamentalmente la calidad de vida del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Panamericana de la Salud, La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales; [revista en la Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Junio 15]; 15(4): 201-217. Disponible en:http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=19
- 2) Organización Mundial de la Salud, La fragilidad como factor en el adulto mayor; [revista en la Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Mayo 21]; 1. Disponible en: <http://www.who.int/es/>.
- 3) Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Manual del Modelo de atención integral de salud familiar, comunitaria e intercultural. Ecuador; 2013.
- 4) Vincent J; Phillipsonc; Downs M. The futures of old age. London: Edit. SagePublications, 2006. XV, 255 p.
- 5) Robalino M. Plan integral de mejora de la calidad. Hospital Provincial General Docente Riobamba Unidad de Calidad. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. 2014.
- 6) Ministerio de Salud Pública. Plan de Calidad. Unidad de calidad. Hospital Luis Gabriel Dávila. Tulcán- Ecuador. 2015.
- 7) Casado D. Dependencia funcional y sus demandas. España; Documentación social. 2005, n. 138, p. 219-236.
- 8) García Valverde M; Romero Guzmán G. Escalas de valoración geriátrica. Jano. Medicina y humanidades. 2006, n. 1628, p. 69-73
- 9) Moya Bernal A; Barbero Gutiérrez J. Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. Madrid: IMSERSO, 2005. 209 p.
- 10) Alvares Sintés R. Medicina General Integral. La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2014. Vol II: Capítulo 55 Atención al Adulto Mayor; Medicina y salud .489-517 p.
- 11) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección de Normatización del SNS. Normas y Protocolos de atención integral de salud de las y los Adultos Mayores. Quito, Ecuador. Mayo 2010.
- 12) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) 2013. [citado: 20-11-2017]; Disponible en:http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

- 13) Moro Baster JC. Glosario en términos y definiciones. Gerontología y Geriátría. La Habana: Ciencias Médicas; 2011
- 14) Baster Moro JC. Atención médico social al adulto mayor en la provincia Holguín. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011[citado: 20-11-2017];37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 15) Hernández Triana M. Envejecimiento. Rev Cubana Salud Pública vol.40 no.4. Ciudad de La Habana oct.-dic. 2014. versión ISSN 0864-3466. citado:20-11-2017]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201400040001
1
- 16) Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. [citado: 20-11-2017]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_sp_a.pdf
- 17) Cotarelo A, Estevez A, Guridi M. Capacidad Funcional y Repercusión Familiar de pacientes Adultos Mayores. Revista Cubana de Reumatología 2013;15(3). <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/rt/printerFriendly/265/427> (último acceso 12 de noviembre 2017).
- 18) Harrison T. Principios de Medicina Interna. México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana Editores; 2016. Volumen 1, 19º Edición: Capítulo 11 Problemas Clínicos del Envejecimiento; 77-81, p
- 19) Pérez Martín MM, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Álvarez González K, Díaz Rey RC. Medio familiar de los adultos mayores. Rev. de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Vol. 16, Núm. 1 (2012) [citado: 21-10-2017]; Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/874/html4>
- 20) Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. [citado: 20-11-2017]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_sp_a.pdf
- 21) Reyes Torres I, Castillo Herrera JA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2011 [citado: 20-11-2017]; 30(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es
- 22) ONU. Asamblea General. Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. 15 al 16 de junio de 2015. Washington, D.C. Disponible en: http://www.ippdh.mercosur.int/wpcontent/uploads/2015/06/Espa-%C2%A6ol_CONVENCI-%C3%B4NINTERAMERICANA-SOBRE-LA-PROTECCI-%C3%B4N-DE-LOSDERECHOS-HUMANOS-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES.pdf

- 23) Constitución de la República del Ecuador. Decreto Legislativo 0. Registro Oficial 449 de 20 de octubre 2008. Estado Vigente. Disponible en: http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf (último acceso 12 de noviembre 2017)
- 24) Congreso Nacional del Ecuador. Codificación de la Ley del Anciano. Comisión de Legislación y Codificación. 2012. <http://igualdad.gob.ec/122-adultomayor.html>. (último acceso 23 de octubre 2017)
- 25) Ministerio de Inclusión Económica y Social. Avance en el Cumplimiento de los Derechos de las Personas Adultas Mayores; Dirección de Atención Integral Gerontológica. 2012; disponible en: <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Ecuador.pdf> (último acceso 12 de noviembre 2017)
- 26) Ministerio de Salud Pública. OPS-Ecuador. Consultoría Externa: Dr. Luis Vaca Tamayo. Guía para el mejoramiento de la calidad en la atención integral de salud de las personas. Quito – Ecuador. Septiembre 2011. [citado:20-11-2017]; Disponible en: <http://www.colegiomedicoguayas.com/GUIAS%20MSP/GUIA%20DE%20MEJORAMIENTO%20DE%20LA%20CALIDAD%20EN%20LA%20ATENCION%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf>
- 27) Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial De La Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Promoción de salud y envejecimiento activo. Serie materiales de capacitación, Número 1. Parte I: Módulos de valoración clínica. Módulo 7. Evaluación social del adulto mayor. Primera edición Marzo, 2002. [citado: 20-11-2017]; Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf>
- 28) República del Ecuador. INEC Instituto Nacional de Estadísticas y censo. Byron Villacís. 2010. Director General. [citado: 20-11-2017]. Disponible en: www.ecuadorencifras.comwww.inec.gob.ec
- 29) Huacón N. Funcionamiento Familiar en Hogares con Adultos Mayores, Consultorios 17 y 18, Centro de Salud Pascuales; junio de 2015 a junio de 2016. Tesis de Grado. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Ecuador; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7391>
- 30) Instituto Internacional de estudios sobre la familia. España. INFORMETFW 2013-2. El papel de la familia en el envejecimiento activo. 29 ABRIL 2013.

[citado: 20-11-2017]; Disponible en: <http://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Informe2013-2.pdf>

- 31) Villaroel J. “Capacidad Funcional del Adulto Mayor Relacionado con el Abandono Familiar. La Calera Centro, Latacunga. Tesis de Grado. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador; 2016. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/22935?offset=0>
- 32) Delgado J. Abandono Familiar y Conductas Sociales en Adultos Mayores; Centro del Buen Vivir MIES FEDHU-2012. Tesis de Grado. Universidad de Guayaquil. Ecuador; 2012. Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/TESIS_COMPLETA_JESSICA.pdf
- 33) Álvarez González K, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Pérez Martín MM, Valdés del Pino AM. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Abr [citado: 20-11-2017]; 16(2): 124-37. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613194201200200010&lng=es
- 34) Ruiz de Chávez-Ramírez, et al. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Revista de Educación y Desarrollo, 29. Abril-junio de 2014. [citado: 20-11-2017]; Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf
- 35) Garcés K. Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor y su Repercusión en la Salud Familiar, Parroquia Cunchibamba 2015 - 2016. Tesis de Grado. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador; 2016. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/22935?offset=0>
- 36) Grupo de trabajo de la Guía clínica del adulto mayor. Guía clínica del adulto mayor frágil. Ministerio de salud de Chile; 2008. http://www.desamquellon.cl/descargas/Cursos/ADM/1.Guia_Clinica_Adulto_Mayor_Fragil.doc (último acceso 2 de noviembre 2017).
- 37) Romero ÁJ. Fragilidad y Enfermedades Crónicas en los Adultos Mayores. MedIntMex.2011;27(5):455462.<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2011/mim115g.pdf> (ultimo acceso 12 de noviembre 2017).
- 38) Arnaiz J, Ayul S, Savio I. Fragilidad del adulto mayor. Revista. Medica Clínica de Uruguay. 2014; 44 (1): 17-24. http://issuu.com/farmanuario/docs/tendencias_uy_44 (último acceso 17 noviembre 2017)

- 39) Comité editorial. Estrategia y plan de acción sobre demencias y otros trastornos discapacitantes en las personas mayores. Geroinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria Vol.10. No.1. 2015. RNPS 2110 ISSN 1816-8450. [citado: 20-11-2017]; Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/verpost.php?pagina=1&blog=http://articulos.sld.cu/gericuba/&post_id=1551&c=4686&tipo=2&idblog=90&p=1&n=day
- 40) Bayarre Veal HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Garrido Díaz VD. Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas, Cuba 2000-2004. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 [citado: 20-11-2017]. 34(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000200002&lng=es&nrm=iso
- 41) Díaz Díaz M, Sebastián Silveira Hernández P, Guevara de León Y, Ferriol Rodríguez M. Fragilidad, dependencia y repercusión social en ancianos atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica. Acta Médica del Centro / Vol. 8 - No. 2 - 2014. [citado 22 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/119/html>
- 42) López AG, M. Dolores Calero. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 44. Núm. 04. Julio - Agosto 2009. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatriagerontologia-124-articulo-predictores-del-deterioro-cognitivo-ancianos13139965>
- 43) Morales Vento E, Hernández Ulloa E, Del Río Oliva Y, Ortega Dorta Y. Caracterización de la percepción de las relaciones familiares de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos. REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2015 21(2) [citado 11 Oct 2016]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh2015/cmh152c.pdf>
- 44) Romero Cabrera AJ. Asistencia clínica al adulto mayor. Capítulo 10. Fallo Mental I. Delirium. 2da ed. La Habana. ECIMED, 2012. p.: 112 – 118.
- 45) Roig Hechavarría C, Ávila Fernández E, Mac Donal Bron D, Ávila Fernández B. La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2015; 31(3):346-352. [citado 25 Oct 2016]; Disponible en: <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/65/23>
- 46) Ministerio de salud pública del Ecuador. Análisis de la situación de salud. Centro de salud Montalvo. Ecuador 2017.
- 47) Zavaleta Concepción. Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del

“Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú ,2011.

Disponible en:

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_2dd531131c3d3ad0bda2e5a447a92754

- 48) Ministerio de inclusión económica y social .Agenda de igualdad para adultos mayores. Ecuador 2013. Disponible en:

https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf

- 49) Instituto nacional de estadísticas y censo. Población adulta mayor .Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica .Quito 2010.

- 50) Monterroso Monterroso E.I. La problemática social que enfrentan los adultos mayores en la municipalidad de Santa Catarina Pinula, departamento de Guatemala. Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Año 2013.

Disponible en: http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15_1555.pdf

- 51) Muñoz Silva C. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar .Chile 2015

Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf>

- 52) Zavaleta Concepción L. Actividades funcionales básicas en el adulto mayor del centro de atención residencial Geronto- Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro de Lima. Tesis de Licenciatura .Abril 2011.

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2876/zavaleta_cl.pdf;jsessionid=443A139AADB2CD5F8BFD362D81D4C146?sequence=1

- 53) Moreno González G.A, Moreno Jaramillo P.A, et al. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia El Valle, Cuenca 2013. Tesis previa a la obtención del título de médico. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5013/1/MED212.pdf>

- 54) Belesaca M, Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del centro gerontológico “Cristo rey”, Cuenca ,2016 .Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25629/1/PROYECTO%20DE>

[%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf](#)

- 55) Zapata López B, Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis. Universidad Medellín- Colombia. Rev salud pública 2011. [Citado 18 Jul 2015]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a03.pdf>
- 56) Roldan Monzón A, Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas. Tesis de Licenciatura. Universidad nacional mayor de San Marcos. Perú, 2008. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/541/Roldan_ma.pdf?sequence=1
- 57) Galbán P. Fragilidad en el Adulto Mayor al Nivel Comunitario. Tesis de Especialidad. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, 2015. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_patry.pdf
- 58) Xolocotzi Ramírez J. Determinación de la prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 años de la umf 1 orizaba en un estudio del Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2014. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-David.pdf>
- 59) Martín Brun M, Suárez el Villar Acebal T, Molina Cabañero A. El anciano frágil en la Comunidad. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 32 (NMI):39-44.

ANEXO 1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Med. Danny Guerrero Icaza que laboro en consultorio médico No 3. Centro de salud Montalvo el Centro de Salud, me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre El abandono Familiar y su relación con la fragilidad en el adulto mayor, en el consultorio médico No 3. Centro de salud Montalvo. Periodo julio 2017 a julio 2018. Por tal motivo le informo e invito a usted, a formar parte de dicha investigación. El estudio pretende encuestar a los adultos mayores y aplicar diferentes técnicas en las que solamente deben responder preguntas, cuyas respuestas se mantendrán en total confidencialidad, por lo que, al formar parte de la investigación Ud. no se expondrá a ningún riesgo.

Las respuestas sólo serán utilizadas para tal fin y los resultados de la investigación le serán oportunamente comunicados. De aceptar participar en la encuesta lo hará de forma voluntaria, el documento entregado, contendrá un cuestionario que será contestado también voluntariamente y aplicado únicamente por mi persona. Caso contrario si Ud. desea retirarse antes, mediante o después del estudio podrá hacerlo sin ningún compromiso y seguirá siendo atendido en este Centro de Salud con calidad y calidez con todos los servicios integrales que recibía.

Señale con una **X** si se encuentra conforme con lo citado:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente formar parte en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

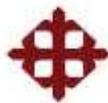
Sírvase a continuación, anotar nombre, (s) apellido, (s) número de cédula de identidad, firma y fecha en que se le realizó la entrevista:

Nombre del Participante _____

CI _____

FIRMA _____

ANEXO 2.- CUESTIONARIO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Md. Danny Guerrero Icaza investigador.**

Este cuestionario corresponde a la investigación “El abandono familiar y su relación con la fragilidad en el adulto mayor en el consultorio médico N°3. Centro de salud Montalvo. Periodo julio 2017 a julio 2018”, le solicitamos que responda las siguientes preguntas de la manera más sincera posible de antemano le agradecemos su colaboración.

1.- Edad _____

2.- Sexo

Masculino _____

Femenino _____

3.- Qué tipo de etnia considera que es usted?

Indígena

Negro

Mestizo

Mulato

Blanco

Montubio

Afrodescendiente

4.- Cuál es su nivel de escolaridad?

Ninguna

Primaria

Secundaria

Bachiller

Superior

5.- Cuál es el estado civil que tiene usted actualmente?

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

Unión libre

6.- Qué actividad u ocupación realiza actualmente?

Agricultor/a

Comerciante

Ama de casa

Empleado público

Jubilado

Otros

Ninguno

7.- Cuanto es el ingreso mensual de la familia? _____

Menor a 47,72 pobreza extrema

De 47,72 a 84,68 pobreza

Mayor a 84,68 ingreso optimo

8.- Vive solo?

a. Si

b. No

9.- ¿Tiene familia?

- a. Si
- b. No

10.- Si su respuesta es sí, indique si la relación con esta es:

- a. Buena
- b. Regular
- c. Mala
- d. Ninguna

11.- ¿Tiene algún familiar que se encargue de usted?

- a. Si
- b. No

12.- ¿Quién?

- a. Hijos
- b. Nietos
- c. Sobrinos
- d. Hijos políticos
- e. Otros
- f. Ninguno

13.- Con qué frecuencia su familia lo visita?

- a. Diario
- b. Semanal
- c. Quincenal
- d. Mensual
- e. Anual

f. Ninguna

14.- ¿Recibe de su familia apoyo económico y social?

Económico Si No

Social Si No

ANEXO 3.- ÍNDICE DE KATZ.

1. Se baña solo?

a. Si

b. No

2. Se viste y desviste solo?

a. Si

b. No

3. Utiliza el inodoro?

a. Si

b. No

4. Se traslada, se acuesta y se levanta por sí mismo?

a. Si

B. No

5. Usted tiene control completo de la micción y de la defecación?

a. Si

b. No

6. Usted lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente?

a. Si

b. No

Si = 0

No = 1

0-1= Ausencia de incapacidad o incapacidad leve (Independiente)

2-3 = incapacidad moderada (Dependiente)

4-6 = incapacidad severa (Dependiente)

ANEXO 4.- TEST DE BARBER (IDENTIFICACION DE SITUACIONES DE FRAGILIDAD)

1. *¿Vive solo?*

Si

No

2. *¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?*

Si

No

3. *¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?*

Si

No

4. *¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?*

Si

No

5. *¿Le impide la salud salir a la calle?*

Si

No

6. *¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?*

Si

No

7. *¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?*

Si

No

8. *¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?*

Si

No

9. *¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?*

Si

No

0: Sin fragilidad

1 o más: Con fragilidad o anciano de alto riesgo.

**ANEXO 5.- Distribución de adultos mayores según abandono familiar.
Consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018.**

Abandono familiar	N°	%
Con abandono	35	41,7
Sin abandono	49	58,3
Total	84	100

**ANEXO 6.- Distribución de adultos mayores según fragilidad. Consultorio 3.
Centro de salud Montalvo. Año 2018.**

Fragilidad del adulto mayor	N°	%
Sin fragilidad	23	27,4
Con fragilidad	61	72,6
Total	84	100



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Guerrero Icaza Danny José**, con C.C: # **1203873052** autor del trabajo de titulación: **“El abandono familiar y su relación con la fragilidad en el adulto mayor en el consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018”**, previo a la obtención del título de **especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 diciembre del 2018

f. _____

Nombre: **Danny José Guerrero Icaza**

C.C: **1203873052**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	El abandono familiar y su relación con la fragilidad en el adulto mayor en el consultorio 3. Centro de salud Montalvo. Año 2018.		
AUTOR(ES)	Danny José Guerrero Icaza		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Carlos Alberto Ladrón de Guevara Gainza		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17de diciembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	76
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencias de la salud, Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	FRAGILIDAD, ADULTO MAYOR, ABANDONO		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: Los adultos mayores son un grupo prioritario en cuanto a salud se refiere, en ocasiones son víctimas de abandono por parte de sus familiares; y, sometidos a procesos de exclusión y estigma por parte de la sociedad; todas estas situaciones afectan la calidad de vida y conllevan a la fragilidad en las personas de la tercera edad. Objetivo: Asociar el abandono familiar y la fragilidad del adulto mayor en el consultorio 3 del centro de salud Montalvo en el año 2018. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio relacional, observacional, prospectivo, de corte transversal en el consultorio #3 del Centro de salud Montalvo en el cual se contó con una población de estudio de 84 adultos mayores. El análisis fue hecho con el programa SPSS versión 22. Resultados: predominó el grupo de adultos mayores de 70-74 años con un 22,6% ,el sexo femenino con 22,9%, la etnia mestiza con 65,5 %,el nivel escolar primaria con 63,1 %,estado civil viudo con el 44%,ocupación ninguna con el 77,4% , per-cápita de pobreza con el 57,1%,según la dependencia la incapacidad moderada y severa con 58,3%,sin apoyo familiar el 63,1 %,sin abandono familiar con el 58,3% y con abandono con el 41,7% ,con fragilidad con el 72,6%, y la relación entre abandono y fragilidad con el 57,3%. Conclusiones: Se concluye que en la población de estudio de adultos mayores predomina el sin abandono familiar y la fragilidad en los adultos mayores. Existe relación estadísticamente significativa entre el abandono familiar y la fragilidad.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO AUTOR/ES:	CON	Teléfono: +593-982511134	E-mail: spiderman2294@hotmail.com
CONTACTO INSTITUCIÓN (COORDINADOR PROCESO UTE)::	CON LA DEL	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas	
		Teléfono: 042206953-2-1-0 ext: 1830	
		E-mail: xavierlandivar@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			