



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**EVALUACIÓN GERIÁTRICA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN
HOGARES DE ADULTOS MAYORES EN EL CONSULTORIO TRES DEL
CENTRO DE SALUD SANTA LUCÍA. AÑO 2018.**

AUTOR:

MD. MIGUEL JOAQUIN MURILLO MOREIRA

DIRECTOR:

DR. LUIS ROBERTO MEDEROS MESA

GUAYAQUIL-ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA 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/la Dr. (a) *Miguel Joaquín Murillo Moreira*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

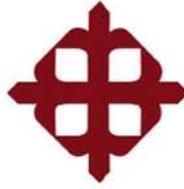
Guayaquil, 28 de diciembre del 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION:

DR. LUIS ROBERTO MEDEROS MESA

DIRECTOR DEL PROGRAMA

DR. XAVIER FRANCISCO LANDIVAR VARAS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD:

YO, *Miguel Joaquín Murillo Moreira*

DECLARO QUE:

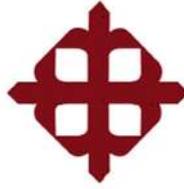
El Trabajo de Investigación "*Evaluación geriátrica y funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores en el consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.*" Previo a la obtención del título de especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos 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, 28 de diciembre del 2018.

EL AUTOR

Miguel Joaquin Murillo Moreira



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACION:

Yo, Miguel Joaquín Murillo Moreira

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Evaluación geriátrica y funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores en el consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 28 de diciembre del 2018.

EL AUTOR:

Miguel Joaquín Murillo Moreira

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Analisis Urkund Tesis MFC Dr. Miguel Murillo Moreira.docx (D46353421)
Submitted: 1/2/2019 5:06:00 PM
Submitted By: joaquin.murillo@hotmail.es
Significance: 1 %

Sources included in the report:

TEMA DE INVESTIGACION DR. LUIS HURTADO 6 sept 2017.docx (D30513955)
<https://es.wikipedia.org/wiki/Familia>
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/762/barboza_gb.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instances where selected sources appear:

3

1 Agradecimiento.

Mi permanente agradecimiento a mi padre celestial que guía e ilumina los senderos de cada paso en mi vida y a mis padres Miguel Joaquín Murillo Acosta e Hilda Rosa Moreira Saltos por el sacrificio y apoyo incondicional en permitir mi formación como profesional.

2 Dedicatoria

Dedico esta investigación a mis queridos hijos Lía y Joaquincito y a mi esposa Jahaira San Lucas por ser mi fortaleza, motivo e inspiración para ser un mejor padre, amigo, profesional y persona.



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:	"EVALUACIÓN GERIÁTRICA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN HOGARES DE ADULTOS MAYORES EN EL CONSULTORIO TRES DEL CENTRO DE SALUD SANTA LUCÍA. AÑO 2018. "					
ALUMNO:	MIGUEL JOAQUIN MURILLO MOREIRA					
FECHA:						
No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN 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 LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICES DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACION.....	VIII
CALIFICACIÓN.....	IX
INDICE DE CONTENIDOS.....	X
INDICES DE TABLAS.....	XII
INDICES DE ANEXOS.....	XIV
RESUMEN.....	XV
INTRODUCCIÓN.....	2
1 EL PROBLEMA.....	7
1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento.....	7
1.2 Formulación.....	8
2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	9
2.1 Generales.....	9
2.2 Específicos.....	9
3. MARCO TEÓRICO.....	10
3.1 Definición de familia.....	10
3.2 Función de familia.....	11
3.3 Evaluación de la salud familiar.....	11
3.4 Funcionamiento familiar.....	14
3.5 Envejecimiento poblacional en el contexto mundial.....	17
3.6 Adulto mayor en el ecuador.....	18
3.7 La tercera edad y la familia.....	19
3.8 Valoración geriátrica.....	20
3.9 Conceptualizaciones sobre envejecimiento.....	21
3.10 Deterioro cognitivo en el adulto mayor.....	23
3.11 Depresión en el adulto mayor.....	23
3.12 Nutrición en el adulto mayor.....	24
3.13 Riesgo social en el adulto mayor.....	25
3.14 Bases legales	26

4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	28
5 METODOS.....	29
5.1 Justificación de la elección del método.....	29
5.2 Diseño de la investigación.....	29
5.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	29
5.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	29
5.2.3 Técnica de recolección de información.....	31
5.2.4. Técnica de análisis estadístico.....	31
5.3 VARIABLES.....	32
5.3.1 Operacionalización de variables.....	32
6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSION	34
7 CONCLUSIONES	44
8 VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	46
ANEXOS	55

ÍNDICES DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según edad y sexo. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucia. Año 2018.....	34
Tabla 2. Distribución de adultos mayores según étnia y sexo. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	35
Tabla 3. Distribución de adultos mayores según situación laboral y sexo. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	35
Tabla 4. Distribución de adultos mayores según su estado civil y sexo. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	36
Tabla 5. Distribución de adultos mayores según nivel de instrucción y sexo. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	37
Tabla 6. Distribución de adultos mayores según ontogénesis de la familia. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	37
Tabla 7. Distribución de adultos mayores según número de integrantes de la familia. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	38
Tabla 8. Distribución de los adultos mayores según número de generaciones de la familia. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	38
Tabla 9. Distribución de los adultos mayores según funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	39
Tabla 10. Distribución de los adultos mayores según el nivel de deterioro cognitivo y funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	39
Tabla 11. Distribución de los adultos mayores según riesgo de depresion y funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	40
Tabla 12. Distribución de los adultos mayores según riesgo de desnutrición y funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....	41

Tabla 13. Distribución de los adultos mayores según nivel riesgo social y funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....42

Tabla 14. Distribución de los adultos mayores según riesgo de dependencia y funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud de santa lucia. Año 2018.....43

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.....	55
ANEXO2: Encuesta.....	56
ANEXO 3: Prueba de percepción familiar (ff-sil).....	58
ANEXO 4. Escala geriátrica SNS-MSP / HCU form. 057.....	60

Resumen

Antecedentes: la evaluación geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido. **Materiales y Métodos:** Investigación relacional, transversal, prospectiva y analítica en 120 adultos mayores de 65 años de edad, 62 hombres y 58 mujeres en el periodo de enero a junio del 2018. **Resultados:** Predominaron los adultos mayores del sexo masculino (51,7 %), con edades comprendidas entre 65 a 69 años (45,8%) y mestizos (96,7%), jubilados (44,2%). Prevalció el estado civil de casados (45,0%) nivel de instrucción primaria (61,7%). La mayoría de las familias se clasificaron como extensas (65,8%), medianas (49,2%), bigeneracional (80,8%). El funcionamiento familiar (66,6) es funcional. Deterioro cognitivo ausente (63,3 %), depresión moderada (50,8%), riesgo de desnutrición ausente (51,7%), riesgo social aceptable (44,2%), nivel de dependencia que necesita cierta ayuda (45%). **Conclusiones:** el funcionamiento familiar puede cumplir un papel determinante en el desarrollo del deterioro cognitivo, depresión, riesgo de desnutrición, riesgo social y dependencia. Se recomienda una valoración geriátrica integral y un diagnóstico del funcionamiento familiar del adulto mayor en su primera consulta en el establecimiento de salud o en su domicilio, con el fin de identificar factores de riesgos que puedan agravar su condición y así mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido.

Palabras Clave: Evaluación geriátrica, funcionamiento familiar, adultos mayores, vejez.

Abstract

Background: the integral geriatric evaluation is a multidimensional and interdisciplinary diagnostic process, aimed at explaining the medical, psychological and social problems, and especially, the functional capacities and geriatric conditions, to develop an intervention plan that allows a preventive, therapeutic action, rehabilitation and monitoring, with the optimal use of resources in order to maintain or recover the autonomy and independence that may have been lost. **Materials and Methods:** Relational, transversal, prospective and analytical research in 120 adults over 65 years of age, 62 men and 58 women in the period from January to June 2018. **Results:** Older adults predominated in males (51.7 %), with ages ranging from 65 to 69 years (45.8%) and mestizos (96.7%), retired (44.2%). Prevalence of the marital status of married (45.0%) primary education level (61.7%). The majority of the families were classified as extensive (65.8%), medium (49.2%), bigenerational (80.8%). Family functioning (66.6) is functional. Absent cognitive impairment (63.3%), moderate depression (50.8%), risk of absent malnutrition (51.7%), acceptable social risk (44.2%), dependence level that needs some help (45%). **Conclusions:** family functioning can play a decisive role in the development of cognitive deterioration, depression, risk of malnutrition, social risk and dependence. An integral geriatric assessment and a diagnosis of the family functioning of the older adult are recommended in their first consultation in the health establishment or in their home, in order to identify risk factors that may aggravate their condition and thus maintain or recover autonomy independence that may have been lost.

Keywords: Geriatric evaluation, family operation, elderly adults, old age

INTRODUCCIÓN

La familia se define como un conjunto social que existe universalmente; comprende y forma las partes de la sociedad, dentro de este grupo se cumplen las principales funciones de socialización, donde el sujeto adquiere su identidad y su posición dentro de la trama intergeneracional. Los padres siempre esperan ser correspondidos con cariño, apoyo y ayuda económica; los que ya no trabajan esperan ayuda en especie y atención en caso de enfermedad, a los de más edad. Es en este intercambio bilateral y reciproco que se forman muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos. (1)

El grupo que media entre el individuo, la comunidad y la sociedad; es la familia, en ella se forjan los primeros sentimientos de la persona, las primeras vivencias y se inscriben los primeros prototipos de comportamiento direccionando su vida. A pesar de que el mundo ha sufrido grandes transformaciones, la familia es el hábitat natural del ser humano y cumple funciones que no se pueden sustituir: la educativa y la afectiva, las que son determinantes en su formación y desarrollo. En relación a la salud y enfermedad, como cuando existen adultos mayores dentro de ella, ya que ellos necesitan una atención especial, adecuada para este momento de la vida. Las poblaciones tienen la tendencia actual de envejecer progresivamente por tanto la probabilidad de tener un adulto mayor o más dentro de la familia va en ascenso, lo que le da un formato propio a este grupo social. Por tal motivo, se realizó esta investigación con el objetivo de identificar algunas características del medio familiar de los adultos mayores. (2,3)

La correlación del funcionamiento familiar como factor que predispone o produce enfermedades y problemas de salud en sus integrantes. Se relaciona principalmente con hábitos tóxicos, como el alcoholismo, adicciones, el comportamiento antisocial, el suicidio y anuncia la ocurrencia de alteraciones mentales. Las dificultades que se presentan por un mal funcionamiento familiar pueden facilitar el desarrollo de enfermedades crónicas o su descompensación en el caso que ya existan, enfermedades psiquiátricas como la depresión, así como conductas que ponen en riesgo la salud. Los ancianos son vulnerables por su dificultad para la adaptación a cualquier

situación nueva, por lo que un cambio en el núcleo familiar por inadaptabilidad puede hacerlos sentir soledad y tristeza. Darles un rol de ayudar en el hogar en las actividades cotidianas puede darles satisfacción y la aceptación de funciones. Las familias funcionales se encuentran en la capacidad para resolver situaciones o acontecimientos que se presenten en cada una de los periodos del ciclo vital, obedeciendo a la apropiada conducción del sistema de apoyo familiar y social disponible, logrando que la enfermedad tenga una menor repercusión o impacto. Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Podría ser un grave error calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto desde el punto de vista individual como familiar y echa mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del síntoma. A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida en que nos permite comprender cómo los daños a la salud, entendidos como factores de estrés individual y familiar sean manejados por las familias. (3,8)

El aumento de la esperanza de vida brinda oportunidades, no solo para los adultos mayores y sus familias, sino también para la sociedad. En esos años de vida se pueden comenzar nuevas actividades, como seguir los estudios, empezar una nueva profesión o volver a tomar antiguas inclinaciones. Permitiendo que contribuyan de múltiples maneras a sus hogares y comunidades. Siendo el estado de salud un factor importante que relaciona las oportunidades y contribuciones de los ancianos. En esta etapa si el medio proporciona un ambiente adecuado o ventajoso y goza de buen estado de salud podrán hacer lo que más aprecian de manera muy parecida a una persona joven. Por el contrario si se encuentran afectados por un mal estado

cognitivo, nutricional y social tendría un impacto negativo y de dependencia para la familias y la sociedad. (4).

El aumento de la perspectiva de vida tiene efectos muy importantes, siendo la disminución de la natalidad, entre sus causas principales la prolongación de la vida de las personas ancianas. Estableciendo un fenómeno del cual muchas entidades no concientizan la dimensión del impacto real que se produce. En la familia se produce un fenómeno donde la autonomía como aspecto social, independiente y suficiente adoptará la permeabilidad y otras características a las nuevas alineaciones que se están concibiendo en su composición. (5)

El envejecimiento es un proceso normal en la vida del ser humano y consta de diferentes etapas por las que transita el individuo a lo largo de su vida. El envejecimiento no sucede igual para todos. Estudios realizados indican que la calidad de vida y el funcionamiento de un individuo en las etapas de la tercera edad, son directamente afín a las oportunidades y restricciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la adultez joven; de ahí la importancia de tener estilos de vida saludables, no estar expuestos a factores de riesgo, tener conocimiento sobre estos temas y participar en las promociones de salud. Los cambios bioquímicos y morfológicos que se van produciendo en el ser humano en la medida que va pasando el tiempo, afectando la esfera psicológica y funcional es la senectud. Iniciándose en el nacimiento y prolongándose en el trayecto de la vida. En el tiempo el funcionamiento de órganos y sistemas se ven afectados, incrementando los servicios de atención de salud y social aumentando e incidiendo de manera que recursos disponibles sean considerables. Por lo que se hace inevitable resolver investigando las condiciones de salud que se encuentra la población, sus factores de riesgos, sus factores protectores, con el objetivo de ofrecer en base a estudios basados en evidencia, intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, promoviendo la salud, la independencia y la autonomía de los adultos mayores.(6)

En la Asamblea general sobre el envejecimiento convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Viena en 1982, se acordó considerar como ancianos a la población de 60 años y más. Posteriormente a los individuos de este grupo poblacional se les dio el nombre de “adultos

mayores". Existen términos como viejo, anciano, senecto, provento, vetusto, carcamal, gerantropo entre otros. Cada cultura ha manejado el término que por tradición o historia le es más conveniente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a los que tienen una edad mayor o igual a 60 años en los países en vía de desarrollo y de 65 años o más a los que viven en países desarrollados. Estas evidencias cronológicas obedecen a las características socio-económicas que tienen uno y otros países. (7)

La población mundial va en camino al envejecimiento, la mayor parte de los países están teniendo un aumento del número y la proporción de personas de la tercera edad. Por lo que el envejecimiento es casi ya un hecho como transformación social significativa de la población en el siglo XXI, las afectaciones se tendrán en casi todas las secciones de la sociedad, en el trabajo, finanzas y la demanda de bienes y servicios, también la composición familiar y relaciones entre las generacionales. En el sitio web de la ONU en un artículo sobre Envejecimiento, según datos de la revisión de 2017 del informe se espera que el número de personas mayores, es decir, aquellas de 60 años o más, se duplique para 2050 y triplique para 2100: pasará de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en 2100. A las personas mayores se las percibe cada vez más como elementos que contribuyen al desarrollo; se considera que sus habilidades para mejorarse a sí mismas y a la sociedad se deberían integrar en las políticas y en los programas a todos los niveles. En las próximas décadas, muchos países estarán sometidos a presiones fiscales y políticas debido a las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo de población en aumento. (Envejecimiento y Ciclo de Vida. Organización Mundial de la Salud). (8,9)

Mediante una evaluación geriátrica integral el profesional de la salud estará en condiciones de diagnosticar oportunamente problemas de salud, como psicológicos, físicos, nutricionales, sociales y riesgos de dependencia en los adultos mayores, por lo que se hace imprescindible la valoración exhaustiva de un examen clínico completo, exámenes complementarios y el entrenamiento y aplicación de escalas geriátricas internacionales para la

aplicación en la consulta del establecimiento de salud o en la visitas a los domicilios de las familias constituida por un anciano. Con el objetivo de la elaboración de un plan de intervención, para la aplicación de medidas preventivas, de rehabilitación, de seguimiento y de tratamiento, para un adecuado manejo de recursos con el fin de conservar o recobrar la independencia y autonomía de este grupo etario.

1 EI PROBLEMA

1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

El envejecimiento de la población mundial, es un fenómeno que marcará el siglo XXI. A escala global, cada segundo 2 personas cumplen 60 años y al momento existen 810 millones de personas en el mundo mayores de esa edad. “En Ecuador existen: 1.049.824 personas que corresponden a 65 años siendo aproximadamente el 6,5% de la población total. Para el 2020 aumentará a 7,4%. En el 2054 podría constituir el 18%. La esperanza de vida para las mujeres sería de 83,5 años en relación con los 77,6 años de los hombres”. Se tendrán que asumir mayores limitaciones para acceder a recursos de la subsistencia y aumentaran las necesidades de atención. (9)

La familia es el grupo social más importante para el hombre, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, de igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida un producto de su cultura y de su grupo social. Esto constituye una unidad básica que favorece la salud. Los aspectos individuales en la tercera edad, además de las crisis que sufren las familias y el funcionamiento familiar se puede afectar por las enfermedades que puedan padecer y las complicaciones que se presenten (1, 2,3)

En la provincia del Guayas y en la comunidad de Santa Lucía, la situación del adulto mayor no es diferente a la descrita en el mundo actual en relación a este tema. El número de familias en las que convive al menos un adulto mayor es alto, desconociéndose sus características fundamentales y el funcionamiento de las mismas.

La importancia de una evaluación geriátrica integral necesarias para tener una visión más completa y precisa del estado en que se encuentra el adulto mayor, mejorando el diagnostico de afectaciones en el estado cognitivo, nutricional, riesgo de dependencia, riesgo social y estados depresivos que pudieran padecer, facilitando el trabajo de la atención del equipo de profesionales para la utilización adecuada de recurso necesarios para la elaboración de un plan

de intervención preventivo, terapéutico y de tratamiento, teniendo como fin disminuir el impacto de la enfermedad en la familia y la comunidad obteniendo la independencia y autonomía en el caso de haberla perdido.

1.2 Formulación

Existe relación entre funcionamiento familiar y el deterioro cognitivo, la depresión, riesgo de desnutrición, riesgo social y la dependencia del adulto mayor en hogares de los adultos mayores.

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.1 General

Asociar la evaluación geriátrica al funcionamiento familiar en hogares de los adultos mayores del consultorio tres del centro de salud Santa Lucía en el año 2018.

2.2 Específicos

- Describir a los adultos mayores de acuerdo a las variables sociales y demográficas.
- Identificar las familias, según su composición y funcionamiento familiar en los hogares con adultos mayores.
- Determinar el deterioro cognitivo, depresión, riesgo de desnutrición, riesgo social y dependencia del adulto mayor.
- Determinar la posible asociación entre la evaluación geriátrica del adulto mayor y el funcionamiento familiar en los hogares de la población de estudio.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Definición de familia

La Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, en su resolución 217 A III, menciona que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y el Estado; es el grupo social básico organizado para satisfacer sus necesidades. Para Fishman (1945), la familia como Institución es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo con una relación que se mantiene a lo largo de la vida, lo que la convierte en una instancia con mayores recursos para producir cambios, contexto natural para crecer y recibir auxilio, un sistema vivo que intercambia información interna y externa. (Pérez, 2013). (10)

Gutiérrez Capulín en el 2016 en México define en su estudio el término familia, procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de famulus, "siervo, esclavo". La familia es un componente de la estructura de la sociedad. Como tal se encuentra condicionada por el sistema económico y el periodo histórico-social y cultural en el cual se desarrolla. Asimismo, se inserta en la estructura de clase de la sociedad y refleja el grado de desarrollo socioeconómico y cultural de la misma. Es un grupo que funcionan en forma sistémica como subsistema abierto, en interconexión con la sociedad y los otros subsistemas que la componen. Debe estar integrado al menos por dos personas, que conviven en una vivienda o parte de ella y comparten o no sus recursos o servicios. La familia incluye cualquier vínculo consanguíneo con independencia del grado de consanguinidad, y no limita el grado de parentesco. Además, contempla hijos adoptados o de otros vínculos matrimoniales. Si no existen vínculos consanguíneo y de parentesco, se considera familia a aquellos convivientes con relaciones de afinidad que reproduzcan el vínculo afectivo natural entre familiares consanguíneos y parientes. (10)

3.2 Función de la familia

Los médicos familiares en lo que corresponden a la guía de trabajo mencionan: Como función protectora indicando la protección de sus integrantes hasta la emancipación. Como función socializadora permitiendo que la niñez se desarrolle como componentes o integrantes de un estado. Como función reproductora permitiendo la reproducción de los hombres y mujeres donde se origina con la pareja y se produce con el cuidado y formación de sus hijos. Como función afectiva: para satisfacer las necesidades afectivas y orgánicas. Función de la comunicación: permite la interrelación mediante el dialogo. Función de apoyo: el desarrollo de sus miembros y la solidaridad familiar. Función autónoma: promoviendo la autonomía y respeto de sus integrantes. Función de normas: especificando los roles y jerarquía. Son bien específicas donde permiten obtener los objetivos que le pertenecen como organismo social. Entre las que más significativas: Cumplen las necesidades afectivas de sus miembros, participan conjuntamente las obligaciones y derechos, cumplen con el sostenimiento material y económico de sus integrantes, mediante la reproducción permiten la conservación de la especie de sus familiares, función educativa en la formación de las nuevas generaciones, siendo el centro más importante de la vida entre sus abuelos, padres, hijos y demás parientes. (11)

3.3 Evaluación de la salud familiar

Para realizar la evaluación del funcionamiento familiar se considerará el resultado de la Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF- SIL) y el criterio del equipo de salud respecto al cumplimiento de las funciones básicas por la familia, debe hacerse una caracterización de la misma. La composición o estructura y la etapa de desarrollo. (12, 49)

La estructura o composición familiar según la clasificación por su ontogénesis son las familias nucleares, conformadas por un núcleo conyugal primario, por padres, hijos, matrimonio con la presencia de hijos o sin ellos, hermanos solos y por la existencia de hasta dos generaciones. Las familias extensas constituida por una familiar nuclear más otros parientes no nucleares, lo

constituyen los abuelos, los tíos abuelos, los bisabuelos, padres, los hijos, hermanos de los padres con sus propios hijos y la existencia de dos o más generaciones. Las familias ampliadas también conocidas como fraternal o comunal es una variedad de la familia extensa, existen pariente lejano como ahijado, amigo y la existencia de dos o más generaciones. (12,14)

La clasificación según el tamaño de la familia corresponde a familias grandes las que se encuentran constituidas por más de 6 integrantes, las familias medianas conformadas por 4 a 6 miembros y las familias pequeñas formadas entre 1 a 3 familiares. Por el número de generaciones se componen de las conformadas por una generación siendo estas unigeneracionales, las constituidas por dos generaciones corresponderían a las bigeneracionales y las de tres o más generaciones las multigeneracionales. (11, 14,16)

Ciclo vital:

Periodo de formación y composición:

Los eventos importantes están conformados por el matrimonio, el embarazo y el nacimiento de su primer hijo, esta etapa se produce el ajuste de individualidades y de los roles, siendo el consecuente ajuste funcional de intereses y las necesidades. La constituida pareja de cierto modo aprende la forma relacional de convivencia, al construir las nuevas formas de interacción que permiten el modo de pactar el desacuerdo y legalizar las divergencias. Otro aspecto importante sobre la función a lo que se refiere al acuerdo con la familia de origen o familias anteriores, que incluye los hijos de otros compromisos conyugales. El matrimonio en su primer momento es un verdadero encuentro entre dos familias, no solo entre dos miembros de una pareja, ya que cada uno procesa los modos relacionales de su familia de inicio, dando lugar a un nuevo ambiente familiar. Otra función importante de este periodo es la planificación de la concepción, los acuerdos que están relacionados con la sexualidad. Es valioso acordar el instante de ser padres, donde el hijo sea producto de un embarazo deseado y la motivación sea lo suficientemente estable e intensa como para ponderarla de manera adecuada, en función con las motivaciones de cada integrante de la pareja,

permitiendo así el modo de enfrentar un embarazo, representando un crecimiento y enriquecimiento de la personalidad individual y de pareja, construyendo y consolidando el proyecto de vida. (16,17)

La etapa de extensión:

Los acontecimientos importantes donde corresponde desde el nacimiento de su primer hijo y la independencia del último hijo, es un evento más largo del ciclo y constituye una serie de cambios en el hogar relacionados por el crecimiento y desarrollo de sus hijos. En el ocurre un evento espontáneo de aprendizaje en relación con el rol de padres u esposos. En esta etapa existe una función común de la familia recién constituida, la crianza y educación del hijo, la atención como pareja, la formación sólida de la relación. Al realizarse el nacimiento del segundo hijo los roles se vuelven a reestructurar, como también las comunicaciones internas. La educación, la salud y su atención, el ingreso a los establecimientos infantiles, continúan un prolongado y sinuoso trayecto. Existe una dependencia a las propiedades únicas del niño relacionado a la salud, al desarrollo social y psicológico. Una circunstancia dificultosa ocurre en la familia al enfrentarse a la etapa de la adolescencia de sus hijos donde la autonomía y la independencia se caracterizan en forma general, empiezan a mostrar cierta resistencia, inconformidad y desafío hacia las normas de los padres y a la autoridad que ellos establecen en su hogar. (16,17)

Etapa de contracción:

Los acontecimientos importantes que ocurren en esta etapa la emancipación del último hijo y el fallecimiento del primer cónyuge. La tutela de los padres en los hijos, el retorno a la comunicación directa de la pareja, donde no intervienen ni median los hijos. Es muy común que los conyugues sean adultos jóvenes donde su hogar se encuentran constituido temporalmente dentro de los hogares de los padres o abuelos que los reciben en sus casas a un hijo o hija casados, por lo tanto la necesidad de adquirir cambios en los roles que implican modificaciones en su funcionamiento familiar y en la estructura. Es muy común la presencia de varias familias nucleares

compartiendo un mismo hogar, originando familias extensas. El objetivo del abuelo influye directamente en esta clase de familia y su rol. Una particularidad común en estas familias nucleares es que no son afectadas por la contracción de la pareja, ni en sus integrantes, ni la función y el retorno de la comunicación enérgica en la pareja donde quedara sola en la mayoría de las veces en sus domicilios, mejorando la autorrealización en el trabajo, en la educación, en lo cultural y lo social. La afectación de enfermedades, de discapacidades, afectaciones orgánicas y sexuales es muy común en esta etapa, dando importancia a una nueva fase en sus vidas como el envejecimiento. (14, 16,17)

Etapa de disolución:

Los sucesos que transcurren en primer instancia son el fallecimiento del primer cónyuge y muerte del segundo cónyuge. La viudez caracteriza en estos momentos a esta etapa por lo que es necesario que el liderazgo, los roles sean asumidos por un integrante de la familia. Es un periodo muy difícil que enfrenta la familia sin embargo fueron conformadas nuevas generaciones que se originaron y se desarrollaron en el núcleo familiar bajo las normas y tutela de sus padres. Es una etapa donde el envejecimiento está presente y se produce un retorno a la dependencia y a la pérdida de la autonomía. (12, 16,17)

3.4 Funcionamiento familiar

Es muy común el análisis de los diferentes tipos de familias para determinar el funcionamiento familiar permitiendo distinguir y determinar el comportamiento de estos sistemas, tanto como funcionan internamente como en su exterior. Los cambios que se producen en el momento son necesarios para las normas familiares, la adaptación, una interacción sean más fuertes y compacta, capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros. (12, 15)

En una familia con una actividad funcional, se puede encontrar una estructura bien definida, en la cual existe un balance equilibrado entre afectos y autoridad. Esto significa que los roles están adecuadamente definidos y

delimitados; sin embargo, la calidez, aceptación y diálogo entre los distintos miembros de este sistema siempre deben estar presentes. Dentro de un esquema de este tipo, el apoyo mutuo será una pieza clave a la hora de afrontar las crisis que pueden surgir en los distintos ciclos de la evolución del sistema familiar. (15, 49)

Algunos indicadores para considerar a una familia como funcional (Arés, 1995), se mencionan a continuación:

- Presencia de límites y jerarquías claras
- Respeto al espacio físico y emocional de cada miembro.
- Reglas flexibles, pero claras y precisas.
- Capacidad de reajuste ante los cambios
- Posibilidad de expresar sentimientos.
- Comunicación clara y directa
- Adecuada distribución de roles
- Presencia de códigos de lealtad y pertenencia, sin perder la identidad e independencia.
- Adecuada estrategia para resolver situaciones de conflicto. (15)

Para la valoración del funcionamiento familiar se utiliza una herramienta llamada prueba de percepción familiar o FF-SIL valora siete categorías prácticas y de fácil utilización. (16,17)

La cohesión: Caracterizada porque la familia se mantiene tanto físicamente como emocionalmente fortalecida, capaz de afrontar múltiples circunstancias y resolver mediante decisiones idóneas de la vida diaria.

La Armonía: Caracterizada por mantener las necesidades y los intereses de cada integrante familiar.

La Comunicación: Caracterizada porque sus integrantes tienen la capacidad de compartir y transferir conocimientos, experiencias de una manera sencilla, continua y directa.

La adaptabilidad: Caracterizada por modificar roles, normas, autoridad mediante un momento que sea necesario para la familia.

La afectividad: Caracterizada por brindar afecto, sentimiento adecuados a los integrantes de la familia.

El rol: Se refiere a las ocupaciones, responsabilidad y funciones que la familia proporciona a los integrantes de la familia.

La permeabilidad: Caracterizada por permitir y transmitir experiencia de otros núcleos familiares. (16,17)

La prueba de percepción familiar o FF-SIL está constituido por catorce situaciones constituyendo dos por cada variable:

Variables:	Situaciones:
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13
Comunicación	5 y 11
Permeabilidad	7 y 12
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Adaptabilidad	6 y 10 (16,17)

La Escala se encuentra constituida por cinco respuestas de característica cualitativas, y estas a su vez correspondiendo a puntajes que numeración del uno al cinco (16,17)

Escala Cuantitativa	Escala Cualitativa
1 punto	Casi nunca
2 puntos	Pocas veces
3 puntos	A veces
4 puntos	Muchas veces
5 puntos	Casi siempre (16, 17)

La clasificación de la familia se encuentra constituida por las familias funcionales, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. Designadas por puntajes que se les confiere que van de 70 a 14 puntos respectivamente, mediante la suma que se da en cada situación y variables.

Familia funcional con puntaje que va desde 70 a 57 puntos

Familia moderadamente funcional con puntaje que va desde 56 a 43 puntos

Familia disfuncional con puntajes que va desde 24 a 28 puntos

Familia severamente disfuncional con puntajes que van de 27 a 14 puntos (16,17)

La familia funcional o moderadamente funcional, se identifican por ser cohesionadas, donde la familia emocionalmente y físicamente puede resolver múltiples circunstancias y decisiones del diario vivir, son armónicas por mantener las necesidades y los intereses de cada integrante familiar proporcionándole un ambiente adecuado. (12, 14,17)

En una familia disfuncional la autoridad es difusa, es decir indefinida, y el esquema que se presentó previamente se ve seriamente afectado y en desorden. Puede suceder que los progenitores van perdiendo la posición que tienen, siendo ocupada por los hijos o por uno de los padres, lo que generará discusiones, enfrentamientos, incluso alianzas, lo que perjudicará a todos los individuos del sistema. No hay que dejar de mencionar que el tema afectivo también deja de estar bien regulado, originando falta de cuidado o actitudes de sobreprotección. (12, 14,17)

3.5 Envejecimiento poblacional en el contexto mundial

En el siglo 21 se producirá un cambio en relación al envejecimiento de la población mundial. A nivel mundial, dos personas por cada segundo cumplirán 60 años de edad, en la actualidad 810 millones de personas existen de esa edad. El envejecimiento poblacional es definido como el conjunto de personas

de mayor edad en una población definida. Siendo las causas de la vejez, la disminución de la natalidad y la fecundidad parecen ser la causa más importante, mientras que la disminución de la mortalidad aparece como un determinante del envejecimiento o no, en dependencia de cuál es el grupo de edades donde se produce esta disminución. Las migraciones son el tercer factor que influye: los flujos migratorios, tanto internos como externos, pueden llevar al aumento de las proporciones de adultos mayores en una población determinada. Principales causas del envejecimiento poblacional: Disminución de la natalidad, disminución de la mortalidad y migraciones externas. (18)

Entre el 2000 y el 2050, la proporción de la población mundial que tiene 60 años de edad o más se duplicará, y pasará de 11% a 22%. Se prevé que el número absoluto de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en el 2015 a 1 400 millones para el 2030, y 2 100 millones para el 2050, y podría llegar a 3 200 millones en el 2100 (1). Entre el 2025 y el 2030, la esperanza de vida en América Latina y el Caribe aumentará a 80,7 años para las mujeres y 74,9 años para los hombres, y las proyecciones para Estados Unidos y Canadá revelan cifras aún más altas: 83,3 años para las mujeres y 79,3 años para los hombres. Existen muchos factores que contribuyen a una mayor mortalidad masculina, los accidentes són más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres como consecuencia de la mayor exposición a riesgos físicos que generalmente están vinculados a aspectos laborales. Sin embargo, existen otras situaciones en donde el riesgo de accidentes no se relaciona con la situación de trabajo, hay más homicidios entre hombres que entre mujeres, más fumadores que fumadoras, más hombres usan medios de transportes, el abuso de bebidas alcohólicas, entre otros. (19, 20)

3.6 Adulto Mayor en el Ecuador

Según el Censo de Población y Vivienda del año 2010, en el Ecuador existe un total de 813.624 personas de ambos sexos mayores de 65 años, predominando con el 60,8% el sexo femenino (495.051) y con el 54,8% el sexo masculino (445.854), según el rango de edad que predomina el de 65 a 74 años, con el 54,2%, 258.835 en el sexo femenino correspondiendo al 41,9% y 218.837 en el sexo masculino con el 40,6% respectivo. (21)

La población adulta mayor por regiones en el Ecuador es mayor en la sierra 7,9%, costa 6,7% y menor para la amazonía 4,4%. El 5,87% corresponde a la provincia del Guayas de su totalidad siendo el 214.139 personas mayores a 65 años, la mayoría predominan con el 52,53% las mujeres y 47,47 los hombres. En lo que corresponde a la esperanza de vida en el hombre es de 77,6 años, siendo en la mujer la mayor con 83,5 años. La condición de pobreza y pobreza extrema señala con 45%, el 42 % habita en el área rural, 14,9% son vulnerables a algún tipo de abandono, 74.3% no tiene acceso al sistema de seguro social. (21,22).

Índice de envejecimiento que corresponde al 22,2 en mujeres y 19,4 en varones. El analfabetismo tanto el área urbana como rural es del 31,6% en mujeres y 22,4% en hombres, con porcentajes mayores en la etnia indígena con 26,7% en mujeres y 13,7 en hombres. El estado conyugal siendo el mayor porcentaje de edades comprendidas entre 65 a 74 años es de 45,4 % para ambos sexos siendo la condición de casados, entre 75 y más la condición es la viudez con el 41,9%. (22, 23).

Las enfermedades más comunes a nivel nacional son: osteoporosis (19,5%), diabetes (13,0%), problemas en el corazón (13,3 %), enfermedades pulmonares. (7,9%), derrame cerebral (6,3%), cáncer (2,8%), tuberculosis (1,2%). Las defunciones (2011) siendo en el grupo de edad comprendida entre 85 y más años el 26,2 % a mujeres y el 16,6% a varones. Casos registrados de VIH en el país 5 (0,5%) en mujeres y 97 (3,6) en varones. (23,25)

3.7 La tercera edad y la familia

La vida de la mayoría de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos. La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Ante todo es probable que sea multigeneracional. La mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco. La presencia de tantas personas es enriquecedora pero también crea presiones especiales. Además, la familia en la edad

avanzada tiene una historia larga, que también presentan sus más y sus menos. La larga experiencia de afrontar tensiones puede dar confianza a estas personas en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino. Muchos eventos de la vida son especialmente típicos de la familia de edad avanzada (aunque no se limitan a ellas): volverse abuelo o bisabuelo, retirarse del trabajo o perder al cónyuge. (19).

Los adultos con edad de 70 años o más, constituye riesgo por múltiples causas, pueden ser afectados por discapacidades, requiriendo cuidados prolongados, iniciando con las discapacidades severas, sumado a esto la pobreza y la falta de ayuda social. Otro riesgo es la presencia de hogares unipersonales. (20). La familia es principal sostén de los ancianos permitiendo cubrir todas las necesidades básicas, mejorando el afecto, la autoestima, la comunicación, las relaciones sociales. (21). En Latinoamérica los sistemas sociales y la familia son el soporte en la vejez, permitiendo que los recursos, el acceso a los servicios de salud y demás entidades de apoyo estén disponibles. La fuente de ayuda, el cuidado de sus nietos, el aporte de recursos económicos, y la experiencia que caracteriza los ancianos son una contribución importante para la familia. (27,28). El estado y el congreso proporcionan los mecanismos integrales de protección y la legislación en favor de ellos. (29). Protegiendo la integridad emocional y física del adulto mayor

En esta etapa las manifestaciones de las enfermedades no son típicas y se pueden modificar el el umbral del dolor, la temperatura y el equilibrio hidroelectrolítico, pueden realizarse cambios en la compensación del organismo, los signos y síntomas clásicos pueden ser normales. La primera manifestación en la mayoría de los casos se debe a modificaciones de la funcionalidad, que suele constituir el signo más importante y de alerta en los adultos mayores. (30, 34)

3.8 Valoración geriátrica

La valoración geriátrica integral es un instrumento que permite, dentro de la valoración clínica del paciente adulto mayor, integrar los conocimientos de las esferas clínicas, psicológicas, mentales y sociales, lo que faculta el obtener una visión amplia y clara del contexto en que se encuentra el paciente, facilita

el diagnóstico no solo de entidades patológicas habituales, sino también el integrar a los síndromes geriátricos, lo que facilita la distribución de tareas en un equipo multidisciplinario de atención al anciano y da una visión clara de los objetivos del manejo con la intención de otorgar mejor calidad de vida. Se presentan algunos test de los más utilizados, que ayudan a lograr la valoración de la persona adulta mayor. Para considerar paciente geriátrico debe cumplir tres o más criterios: La edad mayor a 60 años, patologías múltiples relevantes y discapacitantes, afectación mental, y riesgo social en relación con su estado de salud. La función de la valoración geriátrica es que el diagnóstico sea integral, permitiendo conocer las problemáticas del entorno social, estado de la accesibilidad de los servicios sociales, recurso del anciano, afectaciones a nivel cognitivo, nutricional, riesgo de dependencia, condiciones del cuidador teniendo como objetivos: el mejoramiento de la calidad de vida, la funcionalidad mental y física, disminuir los ingresos institucionales y de establecimientos de salud, recuperando la autonomía y la independencia en el caso de haber sido afectados. (59)

3.9 Conceptualizaciones sobre envejecimiento

En la antigua Roma y Grecia el envejecimiento se consideraba como un desgracia o infortunio. Según mencionaban Platón y Cicerón como la experiencia recogida de las etapas anteriores y el estado intelectual del anciano. Según la Organización Mundial de la Salud define a los adultos mayores cuyas edades comprenden a partir de los 60 años, clasificándolos como de edad avanzada las que se encuentran entre 60 a 74 años, los adultos ancianos los que constituían de 75 a 90 y las que superan los 90 se los designa como longevos. Según la Constitución Política de la República del Ecuador una persona adulta mayor se la considera a partir de los 65 años de edad, constituyendo de los 65 a 79 años la tercera edad y mayores de 80 años cuarta edad. (49) El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos e interacción continua con

la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo. (31, 49) Los cambios sobre el organismo causado por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referidos a los cambios derivados del propio paso del tiempo y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de la enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento. Clasificando al adulto mayor en cuatro grupos: Autovalente, autovalente con riesgo (frágil), dependiente y postrado o Terminal. Autovalente: Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Autovalente con riesgo: Aquella persona con aumento de la susceptibilidad a la discapacidad, es decir aquella persona adulto mayor con alguna patología crónica. Adulto dependiente: Afectación, disminución funcional como física, que produce limitación en la actividad diaria. Postrada o Terminal: Aquella persona con restricción física y mental, incapaz de realizar actividades básicas (alimentarse, control de esfínter). (32)

La vejez no es un deterioro, sino una adaptación a cambios cuyas consecuencias sobre el nivel de bienestar depende de la forma como sean enfrentados por los individuos y donde el adulto mayor activamente debiera buscar la mejor manera de hacerlo. Si bien es cierto que el organismo experimenta un desgaste con los años, esto no es déficit, ya que se funciona con niveles de reserva, y lo más importante, existe la oportunidad de intervenir para atenuar y contrarrestar los efectos. La vejez puede cambiarse, recrearse, transformarse; para eso, debemos valorar lo individual, lo cualitativo, lo no visible por nuestros ojos. Hablamos de calidad de vida, esto implica nuestro sentir, nuestro interior, camino personal que va ligado a nuestro desarrollo espiritual. Esta oportunidad que nos da la vida en la cual podemos expresar la vocación del ser. (33). En la vejez se ven afectadas desde el cabello, la piel, funcionamiento órganos y sistemas, como en el área mental. (49) Es una alteración biológica logrando afectar la salud mental, física, social, económica. (57)

3.10 Deterioro cognitivo en el adulto mayor

Es un conjunto de signos y síntomas clínicos determinado por disminución o ausencia de la actividad mental, afectando el lenguaje, la percepción, la memoria, la orientación, el juicio, la conducta, la personalidad el cálculo, la comprensión, el lenguaje, el reconocimiento visual. (35). La memoria episódica, de trabajo y la prospectiva son las que se afecta y se deteriora en la mayoría de los adultos mayores causados por resultados de enfermedades y envejecimiento del sistema nervioso. (36) La demencia es un conjunto de signos y síntomas asociados a la disminución o la afectación de las funciones intelectuales, provocando que la memoria, las habilidades, el lenguaje, la personalidad, el juicio, la percepción y el cálculo estén alterados en un adulto con inteligencia normal. Los ancianos afectados necesitaran la disponibilidad de los servicios sociales, de salud, financiero. (37,38). La percepción se encuentra alterada donde la función sensorial no recibe correctamente los estímulos del medio. La inteligencia se fortalece con la edad sin embargo la perdida de interés, problemas de concentración, capacidad de adaptación y enfrentar circunstancia si se ven afectada. (39) El pensamiento verbal no sufre cambios considerables, la condición para solucionar problemas y construir información se encuentra disminuida. La personalidad se fortalece en lo individual relacionando el pasado, el problema radica en el entendimiento de generación futuras, hay cierta resistencia a los cambios de lo actual. La soledad es una particularidad de esta etapa, no hay mucho contacto con las relaciones sociales. La presencia de elementos que pueden incrementar o disminuir la afectación mental siendo la condición de salud, la cultura, la condición física, el estado mental, el ambiente y los contactos personales los que inciden directamente sobre el estado cognitivo. (40)

3.11 Depresión en el adulto mayor

Se caracteriza por ser una afectación mental muy frecuente en los ancianos donde no existe interés, la autoestima está deteriorada, hay sentimientos de culpa, presencia de tristeza, alteraciones del apetito, del sueño, cansancio y falta de concentración. Puede incidir en la actividad laboral, educativa, y afectación en las condiciones de enfrenta a la vida. Si la depresion es leve

puede ser tratada sin medicación, si es de forma moderada se necesitarían tratamiento con medicamentos y terapia psicológica y la forma grave podría llegar al suicidio. La depresión es una alteración mental que puede ser diagnosticada prematuramente en la atención primaria. (41)

Entre las principales causas de la depresión: La disminución de los neurotransmisores, pertenecer al género femenino, utilización de medicamentos, muerte de un familiar o amigos, pérdida del trabajo, la clase de personalidad del adulto, padecer enfermedades crónicas, enfermedades oncológicas o discapacitantes, trastorno del sueño o un tratamiento no adecuado para la depresión. (42,43)

3.12 Nutrición en el adulto mayor

En la etapa del envejecimiento se producen ciertos cambios físicos, funcionales, psicológicos y sociales es indispensable que los adultos mayores, tengan una nutrición adecuada en calidad y cantidad necesarias para el cumplimiento de todas las funciones del organismo en ese periodo, con la finalidad de permitir el adecuado funcionamiento del organismo y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de edad, constituyendo un grupo que representa mayor riesgo y por presentar cambios en su conducta alimentaria, constituyendo el riesgo de ser afectados por la desnutrición.(44) La frecuencia de una alimentación adecuada correspondería a un mínimo tres momentos, con un equilibrado aporte energético de alimentos representados por proteínas, carbohidratos, lácteos, frutas, verduras y leguminosas. (45)

Con la edad se produce una disminución de las necesidades energéticas (calóricas), debido a la menor actividad física y al menor componente de masa muscular que a estas edades tiene el organismo. Por esto, quemamos menos calorías, motivo por el que tienden a ganar peso y debemos recomendar que ingieran menos calorías que un adulto. Ahora bien, si mantienen una actividad física adecuada, sus requerimientos serán los mismos que los adultos. Cuando se consumen menos calorías, es difícil conseguir todos los nutrientes necesarios, en particular las vitaminas y los minerales, por ello se deben elegir alimentos que sean ricos en nutrientes, pero no en calorías. Los cereales y

los panes integrales enriquecidos son buenas elecciones. Las frutas y las hortalizas muy coloreadas (fresas, melocotones, brócoli, espinacas, calabaza, etcétera) contienen más nutrientes que las menos coloreadas. Algunos alimentos contienen mucha grasa o azúcar (y por tanto tienen alto poder calórico) y muy pocas vitaminas y minerales, es por lo que se les conocen como alimentos con calorías vacías, como ejemplo son las golosinas, bollería, galletas, etcétera. Algunos alimentos fritos o preparados contienen muchos nutrientes, pero, al freírlos, el nutriente que más se añade es el de la grasa saturada. También las bebidas alcohólicas dan muchas calorías, pero muy pocos nutrientes. (46)

El aporte energético de la alimentación a expensas de los macronutrientes o principios inmediatos energéticos, debe distribuirse de forma aproximada del siguiente modo: hidratos de carbono 55-60%, grasa <30-35% (si hay un elevado aporte de ácidos grasos monoinsaturados puede llegar a ser del 35%, manteniendo siempre por debajo del 10% el de ácidos grasos saturados) y proteínas 15%. Los micronutrientes: minerales y vitaminas se trata de los nutrientes no energéticos. Las necesidades son variables, ya que se modifican por los problemas de salud (malnutrición, alcoholismo, etc.), así como por la toma de algunos medicamentos (antiácidos, colchicina, cimetidina, fenitoina, diuréticos, etc.). Las vitaminas en general, no se sintetizan en el organismo y en los casos que se sintetizan lo hacen en cantidades insuficientes para un desarrollo normal; lo que requiere un aporte exógeno de estas. Los requerimientos de vitaminas en los mayores varían poco respecto del adulto. Las dietas restrictivas, requieren una suplementación vitamínica. (47)

3.13 Riesgo social en el adulto mayor

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos, vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado. Se define como vulnerabilidad social la desprotección de un grupo cuando se enfrenta daños potenciales a su salud, la no satisfacción de sus necesidades básicas y la falta de cumplimiento de los derechos. Al presentar

ciertas diferencias en distintas regiones del país, dificultaría dar solución a los inconvenientes relacionados con los problemas que presentan los ancianos, siendo el desconocimiento de la realidad y la falta de intervención de sus factores de riesgo las causantes de presentar complicaciones en un momento dado. Las enfermedades crónicas que afectan a los ancianos están relacionadas por como consecuencia de los hábitos, estilos de vida y exposición a factores de riesgo de edades tempranas. Teniendo un mayor impacto en países subdesarrollados, identificando los principales problemas de salud en estas personas que en la mayoría son afectados por enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardiacas, trastornos visuales, trastornos auditivos, trastornos mentales y discapacidades motoras. La satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor, el afecto y apoyo familiar, la presencia de los cuidadores y residir en una región accesible los convierte en elementos protectores indispensables para disminuir la vulnerabilidad en la que están expuestos. (48, 49)

3.14 Bases legales

Los derechos humanos de las personas adultas como lo manifiesta el Consejo de Derechos Humanos en el año 2012, donde exhorta a todos los estados a garantizar el disfrute pleno y equitativo de los derechos de este grupo social, considerando para ello la adopción de medidas para luchar contra la discriminación por edad, la negligencia, el abuso, la violencia, para abordar las cuestiones relacionadas con la integración social y la asistencia sanitaria adecuada. (50)

El Ministerio de Inclusión Económica y Social manifiesta que el Estado Ecuatoriano reconoce a las personas adultas mayores como titulares de derechos, tal como lo consagra nuestra constitución en artículos 36, 37 y 38. Atención gratuita y especializada de salud, trabajo remunerado según su capacidad, acceso a una vivienda digna, jubilación universal, rebajas en el transporte y espectáculos, exoneración del pago por costos notariales y registrales de acuerdo a la ley, exoneración en el régimen tributario, derecho al voto facultativo, a ser asistido por sus hijos e hijas cuando lo necesiten.(51)

El Ministerio de Salud Pública mediante el modelo de atención integral en el año 2012, menciona que la salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (92)

Como señala el Plan Nacional del Buen Vivir en el año 2013 entre sus 12 objetivos como se mencionan:

1. Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad.
2. Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.
3. Mejorar la calidad de vida de la población.
4. Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.

5. Garantizar la soberanía y la paz, e impulsar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana.
6. Garantizar el trabajo estable, justo y digno en su diversidad de formas.
7. Construir y fortalecer espacios públicos, interculturales y de encuentro común.
8. Afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad.
9. Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia.
10. Garantizar el acceso a la participación pública y política.
11. Establecer un sistema económico social, solidario y sostenible.
12. Construir un Estado democrático para el Buen Vivir. (93)

4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Existe relación entre el deterioro cognitivo, la depresión, riesgo de desnutrición, riesgo social y la dependencia del adulto mayor con el funcionamiento familiar en los hogares de los adultos mayores.

5. MÉTODOS

5.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de acuerdo a los objetivos propuestos de nivel investigativo relacional, bivariado, de tipo observacional, prospectiva, de carácter analítico, se clasificó como de corte transversal.

5.2 Diseño de la investigación

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

El estudio estuvo conformado por los adultos mayores, pertenecientes a la población del consultorio tres del establecimiento de salud de Santa Lucía, seleccionándose el de mayor edad, en los casos de familias que convivían más de uno, y que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Mediante el consentimiento informado los adultos mayores acepten y procedan a la firma del documento y colaboren en la participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

Personas mayores de 65 años que vivan solos y los que presentaron déficit cognitivo que impida responder las preguntas del cuestionario.

5.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por la comisión de ética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, permitiendo cumplir con las normas que reposan en la declaración de Helsinki.

El estudio con la respectiva información se recogió a partir del mes de marzo hasta junio del 2018, se procedió de manera programada las visitas domiciliarias solicitando y firmando el consentimiento informado por parte de los adultos mayores. (Anexo 1)

Para el objetivo número uno, en relación a la caracterización a los adultos mayores, según las variables sociodemográficas, fue aplicado un cuestionario confeccionado por el autor de la investigación, adquiriendo la información mediante las visitas domiciliarias. (Anexo 2)

El objetivo número dos, que consistió en clasificar a las familias, según su composición, se efectuaron actualizando la información en las fichas familiares en las visitas domiciliarias con la presencia del adulto mayor de mayor edad y para la valoración del funcionamiento familiar se empleó el Test de Percepción Familiar. (FF-SIL) (Anexo 3),

El objetivo número tres, se aplicó la escala geriátrica SNS-MSP / HCU form. 057/ 2010 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, valorando deterioro cognitivo, depresión, riesgo de desnutrición, riesgo social, nivel de dependencia iniciando la valoración y tamizaje en cada domicilio donde residía un adulto mayor. (Anexo 4)

5.2.3 Técnicas de recolección de información

El método utilizado para la obtención de la información fue:

Variable	Tipo de Técnica
Edad	(Cuestionario) Encuesta
Sexo	(Cuestionario) Encuesta
Etnia	(Cuestionario) Encuesta
Situación laboral	(Cuestionario) Encuesta
Estado civil	(Cuestionario) Encuesta
Nivel de instrucción	(Cuestionario) Encuesta
Familia según ontogénesis	(Ficha familiar) Documental
Familia según número de integrantes	(Ficha familiar) Documental
Familia según generación	(Ficha familiar) Documental
Funcionamiento familiar	(FF-SIL) Psicometría
Deterioro cognitivo	Form. 057 / 2010 SNS-MSP / HCU
Depresión	Form. 057 / 2010 SNS-MSP / HCU
Riesgo de desnutrición	Form. 057 / 2010 SNS-MSP / HCU
Riesgo social	Form. 057 / 2010 SNS-MSP / HCU
Dependencia	Form. 057 / 2010 SNS-MSP / HCU

5.2.4 Técnicas de análisis estadístico

La información fue procesada en una computadora laptop marca Dell Intel inside, obteniéndose del sistema Microsoft Excel la base de datos, mediante un programa SPSS, versión 22-2013 se realizó la exportación. Se empleó estadísticas de la información, empleando por cientos, medidas de resumen de números absolutos y prueba estadística Chi cuadrado de independencia.

5.3 Variables

5.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicadores	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo/Escala
Edad	Años cumplidos, (grupos quinquenales)	65 a 69 70 a 74 75 a 79 80 a 84 85 y más	Numérica discreta
Sexo	Según los caracteres sexuales externos	Masculino Femenino	Categórica nominal dicotómica
Etnia	Según Autoidentificación	Blanco Negro Mestizo Afroecuatoriano Mulato Indígena	Categórica nominal politómica
Situación laboral	Según ocupación	Jubilado Activo Ama de casa	Categórica nominal politómica
Estado civil	Según estado relacionado con la pareja	Soltero Casado Viudo Divorciado	Categórica nominal politómica
Nivel de instrucción	Según ultimo nivel aprobado	Primaria Secundaria Superior Sin instrucción	Categórica ordinal
Familia según ontogénesis	Nuclear Extensa Ampliada	Si No	Categórica nominal dicotómica
Familia según número de integrantes	Pequeña, Mediana, Grande	Si No	Categórica nominal dicotómica
Familia según generación	Unigeneracional, bigeracional, multigeneracional	Si No	Categórica nominal dicotómica
Funcionamiento familiar	70 a 57 puntos 56 a 43 puntos 42 a 28 puntos	Funcional, Moderadamente funcional, Disfuncional,	Categórica ordinal

	27 a 14 puntos	Severamente disfuncional	
Deterioro cognitivo	Escala geriátrica SNS-MSP/HCU-form.057/2010	Presente, ausente	Categórica nominal dicotómica
Depresión	Escala geriátrica SNS-MSP/HCU-form.057/2010	Normal, moderada, severa	Categórica ordinal politómica
Riesgo de desnutrición	Escala geriátrica SNS-MSP/HCU-form.057/2010	Presente, ausente	Categórica nominal dicotómica
Riesgo social	Escala geriátrica SNS-MSP/HCU-form.057/2010	Bajo, aceptable, alto	Categórica ordinal
Dependencia	Escala geriátrica SNS-MSP/HCU-form.057/2010	Independiente Necesita cierta ayuda Necesita mucha ayuda	Categórica ordinal

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según edad y sexo. Consultorio tres del Centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Grupos de edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
65 a 69	28	48,2	27	43,5	55	45,8
70 a 74	19	32,7	18	29,0	37	30,8
75 a 79	3	5,1	9	14,5	12	10
80 a 84	4	6,8	5	8,0	9	7,5
85 y más	4	6,8	3	4,8	7	5,8
Total	58	100,0	62	100,0	120	100,0

En lo que refiere a la tabla 1, se observa que el grupo de edad que predomina es de 65 a 69 años, con el 45,8%, correspondiendo a 55 adultos mayores, siendo el sexo femenino el que predomina en el estudio, seguido del grupo de 70 a 74 años con el 30,8 %. Se observa que habían 3 ancianos de 85 y más años, sin ser centenarios, lo que significa que la tendencia a la longevidad no es alta.

Al hacer referencia al grupo de edad coincide la investigación con el estudio realizado por Huacón, en el año 2016 sobre Funcionamiento familiar en los hogares de los adultos mayores, donde el grupo de edad entre 65 a 74 años predomina con el 60,6 %. (23). Igual al estudio realizado por Segarra, en el año 2016, sobre Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor, el grupo más representativo fue el de 65 a 74 años con el 47,9%. (60)

Diferentes resultados se presentan al realizado por Fernández, en la revista de especialidades médico-quirúrgicas en el año 2009 sobre Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida, donde el grupo de edades de 71 a 80 años con el 73,3% es el que resalta. (61)

Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según la etnia y sexo. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Etnia	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Blanco	2	3,2	1	1,7	3	2,5
Afroecuatoriano	1	1,6	0	0	1	0,8
Mestizo	59	95,1	57	98,2	116	96,7
Total	62	100	58	100	120	100

En lo que refiere a la tabla 2, la etnia que predomina es la mestiza con el 96,7 % correspondiendo a 116 adultos mayores, siendo el sexo femenino el que predomina con el 98,2% correspondiendo a 57 adultas mayores.

En el estudio realizado por Morales, sobre la población adulto mayor en la ciudad de Quito, situación sociodemográfica y socioeconómica 2008, reflejó coincidencia sobre la población de los adultos mayores donde el grupo étnico mestizo es el predominaba con el 75,6%. (56)

En la República del Ecuador se considera un estado multiétnico y pluricultural donde residen distintas clases de nacionalidades, encontrando la etnia blanca, afroecuatoriano, indígenas, montubia y mestiza. (62) La gran mayoría de la población ecuatoriana se considera mestiza. (63)

Tabla 3. Distribución de los adultos mayores según situación laboral y sexo. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Ocupación	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Jubilado	49	79,0	4	6,8	53	44,2
Activo	13	20,9	2	3,4	15	12,5
Ama de casa	0	0	52	89,6	52	43,3
Total	62	100,0	58	100,0	120	100,0

Como resultado de la tabla 3, en relación a la situación laboral menciona el 44,2 % pertenece a jubilados, correspondiendo a 53 adultos, siendo el sexo masculino con el 79% correspondiendo a 49 adultos.

Definiendo que los jubilados predominan en la investigación del autor, explicando al aumento de esperanza de vida, a la disminución de la natalidad y la edad que es requisito a partir de los 65 años para acceder a esta condición

de jubilación, mostrando un incremento creciente de la población de adulto mayor.

En otras investigaciones se diferencian a la del autor, la realizada por Acuña, en la Universidad de Cartagena facultad de enfermería en el año 2015 cuyo estudio se refería a la percepción familiar, donde el 56,3% realiza actividades en el hogar. (64). Igual al estudio realizado por Saavedra en México en el año 2016 sobre depresión, el grupo más representativo fue el de ocupación en el hogar con el 53 %. (65). En otro estudio realizado por Villarreal, en Sincelejo, realizado en el 2012, sobre funcionalidad, condición asistencial, familiar y social del adulto mayor de 65 años en dos comunas, el 71,7% corresponde a los que ayudan en el hogar. (66)

Tabla 4. Distribución de los adultos mayores según estado civil y sexo. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Estado civil	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	22	35,4	18	31,0	40	33,3
Casado	32	51,6	22	37,9	54	45,0
Viudo	8	12,9	18	31,0	26	21,7
Total	62	100	50	100	120	100,0

En lo que refiere a la tabla 4, el estado civil que prevaleció en el estudio es la condición de casados con el 45,0% correspondiendo a 54 adultos mayores, siendo el sexo masculino con el 51,6% correspondiendo a 32 adultos, en esta etapa del ciclo vital de la familia. Constituye un evento común en formalizar la relación llegando a contraer matrimonio.

En un estudio similar se encuentra coincidencias por la investigación realizada por Ramírez, con la asociación rayitos del sol en el año 2017, sobre funcionamiento familiar y situación sociofamiliar del adulto mayor quechua hablante por Ramírez Miriam, donde el estado civil de casado corresponde al 54% en 27 adultos mayores. (67). En otro estudio realizado por Varela, en el servicio de medicina de los hospitales del Perú en el año 2004 sobre Valoración geriátrica integral en adultos mayores el 50,5% corresponde a casados. (68)

En otro estudio se diferencia a lo anteriormente planteado a la investigación realizada por Jara, en Chiclayo en el año 2016 sobre depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda donde 63% corresponde a solteros. (82)

Tabla 5. Distribución de los adultos mayores según nivel de educación y sexo. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Nivel de educación	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Superior	2	3,2	1	1,7	3	2,5
Secundaria	19	30,6	11	18,9	30	25,0
Primaria	36	58,0	38	65,5	74	61,7
Sin educación	5	8,0	8	13,7	13	10,8
Total	62	100	58	100	120	100,0

En lo que refiere a la tabla 5, el nivel de educación de los adultos mayores el 61,7 % corresponde a nivel primario, con 74 adultos, prevaleciendo el sexo femenino con el 65,5% predominando 38 adultas. Solo tres tienen nivel superior, explicando la poca accesibilidad a instituciones educativas, en la infancia y juventud que tuvieron los adultos mayores.

Al hacer referencia al nivel de educación, coincide la investigación con el estudio realizado por Acuña, en la ciudad de Cartagena en el año 2015 en relación con la percepción y funcionalidad, donde el nivel de instrucción es primaria con el 52,1%. (64). En otra investigación realizada por Del Águila, en el hospital regional de Loreto, Iquitos, Perú en el año 2013 sobre factores predictores de la funcionalidad familiar en adultos mayores el 63,3% corresponden a nivel primaria. (69).

En otros estudios difieren a lo anteriormente planteado, la investigación realizada por Rodríguez, en Tepatitlán de Morelos, México en el año 2014 sobre correlación en la calidad de vida y la funcionalidad familiar de los adultos mayores de capilla de Guadalupe donde el 52% son analfabetas. (70)

Tabla 6. Distribución de los adultos mayores según ontogénesis de la familia. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Familias según ontogénesis	Nº	%
Nuclear	37	30,8
Extensa	79	65,8
Ampliada	4	3,3
Total	120	100,0

En lo que refiere a la tabla 6, el 65,8 % corresponde a familias extensas de los adultos mayores según su ontogénesis con 79 adultos, seguida de las familias nuclear con el 30,8 %. Coincidiendo con la población en estudio en

cada hogar del adulto mayor constituido abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

Al hacer referencia a los adultos según su ontogénesis, coincide la investigación con el estudio realizado por Ávila, en Cuba en el año 2011, sobre caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo, donde la familia es extensa con el 36,6%. (71). En otro estudio realizado por Acuña, en el 2015 en relación con la percepción y funcionalidad, el 43% es extensa. (55)

En otro estudio se diferencian a lo anteriormente planteado a la investigación, realizado por Núñez, sobre Caracterización de la familia del adulto mayor en el área de salud del policlínico docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima. En el año 2014, donde el 60 % son familias nucleares. (72)

Tabla 7. Distribución de los adultos mayores según número de integrantes de la familia. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Familias según números de integrantes	Nº	%
Pequeña	22	18,3
Mediana	59	49,2
Grande	39	32,5
Total	120	100

En lo que refiere a la tabla 7, las familias según el número de integrantes el 49,2 % corresponden a familias medianas, con 59 adultos, seguido del 32,5 % a familias grandes. Coincidiendo en el estudio con las familias constituida entre 3 a 6 integrantes.

Al hacer referencia al número de integrantes, coincide la investigación realizada por Aguilar, sobre Caracterización del binomio adulto mayor-familiar de convivencia en el año 2009, donde las familias según su tamaño estaban integrada de 3 a más familiares con el 51,1%. (73). Similar estudio realizado por Huacón, sobre adultos mayores en relación con el funcionamiento familiar, el 58,6%% son familias medianas. (23).

Tabla 8. Distribución de los adultos mayores según generaciones. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Familias según generación	Nº	%
Unigeneracional	4	3,3
Bigeneracional	97	80,8
Multigeneracional	19	15,8
Total	120	100

En lo que refiere a la tabla 8, el 80,8% estaban constituida por familias bigeneracionales, correspondiendo a 97 adultos, coincidiendo en el estudio de la población en que la mayoría de los adultos mayores se constituían por dos generaciones.

El estudio del autor se diferencia con el realizado por Huacón en Pascuales en 2015 sobre funcionamiento familiar, donde el 59,1% son familias multigeneracionales. (23)

Tabla 9. Distribución de los adultos mayores según funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Según funcionamiento familiar	N°	%
Familias funcionales	80	66,6
Familias moderadamente funcionales	15	12,5
Familias disfuncionales	8	6,6
Familias severamente disfuncionales	17	14,1
Total	120	100

En lo que refiere a la tabla 9, las familias según su funcionamiento familiar el 66,6 % corresponden a familias funcionales, con 80 adultos, seguidas del 14,1 % a familias severamente disfuncionales.

La investigación realizada por el autor tiene cierta similitud con el estudio realizado por Pantoja en el 2018 sobre funcionalidad familiar en Chile, con el 70% de familias funcionales. (74). En otro estudio realizado por Hernández, sobre Cambios en la percepción del funcionamiento familiar de adultos mayores de casa de abuelos Cotorro. Cuba en el año 2012, el 47 % de las familias son funcionales. (75). En similar investigación realizada por Sarmiento en el 2015 con el tema titulado Funcionalidad familiar y Fragilidad en Cuenca, el 46 % son familias funcionales. (76).

Tabla 10. Distribución de los adultos mayores según deterioro cognitivo y funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Deterioro cognitivo	Funcionamiento familiar									
	Familia funcional		F. moderadamente funcional		Familia disfuncional		F. severamente disfuncional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	24	30,0	1	6,6	3	37,5	16	94,1	44	36,7
Ausente	56	70,0	14	93,3	5	62,5	1	5,8	76	63,3
Total	80	100,0	15	100,0	8	100,0	17	100,0	120	100,0

Prueba de H Kruskal Wallis

p= -0,001

En lo que refiere a la tabla 10, según nivel de deterioro cognitivo el 63,3 % está ausente en el estudio, con 76 adultos, con mayor predominio de este resultado con las familias moderadamente funcionales, seguidas de las familias funcionales con el 70%.

Prueba no paramétrica para variable categórica ordinal p menor que 0,05 existen diferencias estadísticamente significativas por lo que hay asociación entre el deterioro cognitivo y el funcionamiento familiar, o sea que existe una dependencia del funcionamiento familiar con el deterioro cognitivo.

En la investigación realizada por Tigre, en el año 2017 muestra cierta similitud con el autor, con el 74,5% de deterioro cognitivo ausente cuya investigación titulada funcionalidad familiar y estado cognitivo. (77)

Difieren en el estudio a lo anteriormente planteado, la investigación realizada por Castillo en el hospital central de Maracay, Venezuela en el año 2015, sobre Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor, donde el 93,3% tienen deterioro cognitivo leve % (78). Igual al estudio realizado por Chaves en el 2015 donde el 68% tiene deterioro cognitivo leve cuyo tema sobre grado de deterioro cognitivo y funcionalidad familiar. (79)

Tabla 11. Distribución de los adultos mayores según depresión y funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Depresión	Funcionamiento familiar									
	Familia funcional		F. moderadamente funcional		Familia disfuncional		F. severamente disfuncional		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	32	40,0	6	40,0	2	25,0	1	5,8	41	34,1
Moderada	44	55,0	2	13,0	3	37,5	12	70,5	61	50,8
Severa	4	5,0	7	46,6	3	37,5	4	23,5	18	15,0
Total	80	100	15	100	8	100	17	100	120	100

p= 0,007

En lo que refiere a la tabla 11, según la depresión el 50,8 % es moderada en el estudio, con predominio en las familias severamente disfuncionales, con el 70,5%, siendo las razones en mi investigación, un mal funcionamiento familiar, la muerte de su conyugue, padecimiento de alguna enfermedad crónica, la inactividad laboral, pérdida de la independencia entre las más importantes.

En la investigación realizada por Barboza en el 2016, el 42% es normal, cuyo tema titulado depresión en el adulto mayor en Libertad, diferenciándose del estudio del autor (80).

En otra investigación coincide en la realizada por Licas, en Perú en el año 2014, sobre nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral TaytaWasi, donde el 58% tienen deterioro cognitivo leve % (81). Igual al estudio realizada por Jara, sobre depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda en Chiclayo en el año 2018 donde 38,7 % tiene deterioro cognitivo leve. (82)

Tabla 12. Distribución de los adultos mayores según el riesgo de desnutrición y funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Riesgo de desnutrición	Funcionamiento familiar									
	Familia funcional		F. moderadamente funcional		Familia disfuncional		F. severamente disfuncional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	48	60,0	10	66,6	6	75,0	14	82,3	78	65,0
Ausente	32	40,00	5	33,3	2	25,0	3	17,6	42	35,0
Total	80	100	15	100	8	100	17	100	120	100

p=0,03

En lo que se refiere a la tabla 12, el 65,6% el riesgo de desnutrición en los adultos mayores estaba presente, con 78 adultos, predominando en familias severamente disfuncionales con el 82,3%. Existe una fuerte asociación entre familia disfuncionales con riesgo de desnutrición.

Al hacer referencia de los adultos mayores según el riesgo de desnutrición, difiere a la investigación realizada por Giraldo en el 2014 donde el 50,2% el riesgo de desnutrición está ausente en el tema sobre desnutrición en el adulto mayor. (83)

En otros estudios coincide a lo anteriormente planteado en la investigación realizada por Riveros en el 2017 donde el 60,1% presento riesgo de desnutrición en el tema sobre riesgo de desnutrición en Pasto. (84). En otro estudio realizada por García, sobre Detección de personas mayores en Madrid, en el año 2017, donde el 31.8% presentaba riesgo de desnutrición. (85)

Tabla 13. Distribución de los adultos mayores según riesgo social y funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Riesgo social	Funcionamiento familiar									
	Familia funcional		F. moderadamente funcional		Familia disfuncional		F. severamente disfuncional		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	34	42,5	13	86,6	1	12,5	0	0	48	40
Aceptable	46	57,5	2	13,3	3	37,5	2	11,7	53	44,1
Alto	0	0	0	0	4	50	15	88,2	19	15,8
Total	80	100	15	100	8	100	17	100	120	100

p= -0,001

En lo que se refiere a la tabla 13, según riesgo social el 44,1% predomina el riesgo social aceptable, con 53 adultos, predominando en la familia funcional. Existiendo una asociación entre riesgo social y familia funcional.

En la investigación realizada por el autor se encuentra cierta similitud con el estudio realizado por Ruiz en el 2006 donde el 24,9% el riesgo es aceptable donde el tema denominado valoración funcional en el adulto mayor. (86). En otro estudio realizado por Villarreal en el 2012 el 40,4 % el riesgo es aceptable sobre funcionalidad del adulto mayor. (87)

En otro estudio a lo anteriormente planteado realizado por López en el 2016 el 60% presento riesgo social bajo (88).

Tabla 14. Distribución de los adultos mayores según dependencia y funcionamiento familiar. Consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.

Dependencia	Funcionamiento familiar									
	Familia funcional		F. moderadamente funcional		Familia disfuncional		F. severamente disfuncional		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independiente	30	37,5	5	33,3	5	62,5	3	17,6	43	35,8
Necesita cierta ayuda	40	50,0	9	60,0	1	12,5	4	23,5	54	45,0
Necesita mucha ayuda	10	12,5	1	6,6	2	25,0	10	58,8	23	19,1
Total	80	100,0	15	100,0	8	100,0	17	100,0	120	100,0

p=0,009

En lo que se refiere a la tabla 14, según dependencia el 45 % corresponde a que necesita cierta ayuda, predominando en la familia moderadamente funcional.

En la investigación realizada por Palomino, se diferencian al estudio realizado por el autor en el 2015 donde el 35% presento independencia, sobre el tema titulado sobre dependencia en el adulto mayor (89). En otro estudio realizado por Pinedo, sobre Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional del Perú, en el año 2004 donde el 53.5% presento independencia. (90).En la investigación por Ruiz en el 2006 donde el 79,4% es independiente sobre enfermedades prevalentes del adulto mayor (91)

7. CONCLUSIONES

En la investigación prevalecieron los adultos mayores del sexo femenino, con edades comprendidas entre 65 a 69 años. Etnia mestiza, su situación laboral correspondiendo a jubilados, su estado civil de casados y nivel de instrucción primaria.

Se distinguieron las familias extensas, medianas, bigeneracional, destacaron las familias funcionales.

Existiendo relación significativa entre la funcionalidad familiar y deterioro cognitivo ausente, los que presentaban depresión moderada la semana anterior a la aplicación de la escala geriátrica y familia moderadamente disfuncional, el riesgo de desnutrición presente con familias disfuncional, riesgo social aceptable con las familias funcionales y la relación de las familias con funcionalidad moderada con los que precisaban cierta ayuda.

Existiendo una asociación entre funcionamiento familiar, deterioro cognitivo, depresión, riesgo de desnutrición, riesgo social y riesgo de dependencia.

8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio proporciona información estadísticamente relevante, acerca del funcionamiento familiar de los adultos mayores, brindando datos importantes para el médico familiar y comunitario que brindan atención médica en el consultorio tres del centro de salud de Santa Lucia en el año 2018, siendo de vital importancia el apoyo familiar de los integrantes de la familia que conviven con ancianos y la necesidad de fortalecer el funcionamiento familiar, mejorando sustancialmente en el mayor nivel posible , la cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol, permeabilidad de este grupo etario.

En los sectores mencionados no hay mención de estudio alguno, por lo que hace de este un estudio único y exclusivo, siendo un punto de partida de futuras investigaciones.

Durante la recolección de información, se encontraron limitaciones en el proceso del estudio, en algunos domicilios de los adultos mayores no se encontraban siendo las razones, que acudían a otros domicilios de familiares, o se encontraban en gestiones personales, dificultando las entrevistas en un inicio prolongando la realización del mismo.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1. Pláceres J, De león L. Revista Médica Electrónica. La familia y el Adulto Mayor. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jul- Ag [Citado 7 Nov 2017]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010
2. Pláceres J. Huacón N. El papel de las funciones educativa y afectiva en el desarrollo de la familia [Internet]. 2016 [Citado 11 Nov 2017]; Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/rt/printerFriendly/1680/3045>
3. Pérez M, Delgado A, Naranjo A, Álvarez K, Díaz C. Medio familiar de los adultos mayores. Rev. de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Vol. 16, Núm. 1 (2012) [citado 11 Nov 2017]; Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/874/html>
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. 2018 [Internet]. [Citado 11 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
5. Landriel E. Adultos Mayores y Familia: Algunos aspectos de la intervención del trabajo social. 2001. p.2 [Internet]. [Citado 11 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf>
6. Álvarez R. Salud y Medicina. Medicina General Integral. Tomo 2. Capítulo 55. Parte X. p.490. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2014.
7. Torres A. Comportamiento Epidemiológico del Adulto Mayor según su tipología Familiar.2003. p.3 [Internet]. [Citado 11 Nov 2017]. Disponible en:http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf
8. Saavedra A, Rangel S, García A, Duarte A, Bello Y, Infante A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Elsevier España.2016.Vol 23.p 24-282 [Internet]. [Citado 11 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>
9. República del Ecuador. Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2013. Dirección Población Adulta Mayor. [Internet]. [Citado 11 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
10. Berna I, Infante O, De la Cuesta D, Pérez E, González I, Manual para la Intervención en la Salud Familiar. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Manual. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas. Cap I. p 9. 2000.
11. Álvarez R. Familia en el ejercicio de la Medicina. Medicina General integral.3ra.ed. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2014. Vol 2. Parte XI. Cap. 59. P 536-537.
12. Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores. [Internet]. [Citado 19 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
13. La Familia: Concepto, tipos y evolución. Enciclopedia Británica en Español. 2009. [Internet]. [Citado 19 Nov 2017]. Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf
14. Bien de Salud. Funcionalidad y Disfuncionalidad familiar. 2015. [Internet]. [Citado 19 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.revistabiendesalud.com/articulos/funcionalidad-y->

disfuncionalidad-familiar/

15. Álvarez R. Familia en el ejercicio de la Medicina. Medicina General integral.3ra.ed. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2014. Vol 2. Parte XI. Cap. 59. P 549-550.

16. Ortega T, De la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Revista cubana de enfermería. 1999. [Internet]. [Citado 23 Nov 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005

17. Álvarez R. Familia en el ejercicio de la Medicina. Medicina General integral.3ra.ed. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2014. Vol 2. Parte XI. Cap. 59. P 551-553.

18. Álvarez R. Atención del Adulto Mayor. Medicina General integral.3ra.ed. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2014. Vol 2. Parte X. Cap. 55. P 488.

19. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y cambios demográficos. Washington, DC. 2017. [Internet]. [Citado 23 Nov 2017]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=314&lang=es

20. Velásquez M. El envejecimiento de la población. Universidad Autónoma de México. 2004. [Internet]. [Citado 23 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/cns/no75/CNS07504.pdf>

21. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III. 2010. [Internet]. [Citado 23 Nov 2017]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

22. Celis Calderón. El envejecimiento y el sistema general de pensiones del Ecuador. Tesis para optar al grado de magister en políticas públicas. Universidad de Chile. Santiago. 2015. [Internet]. [Citado 23 Nov 2017] <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134600/El%20envejecimiento%20y%20el%20sistema%20general%20de%20pensiones%20del%20Ecuador.pdf;sequence=1>

23. Huacón Norma. Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, consultorios 17 y 18, centro de salud pascual; junio de 2015 a junio de 2016. [Internet]. [Citado 23 Nov 2017] Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7391>

24. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección población adulta mayor. 2013. [Internet]. [Citado 25 Nov 2017] Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/dirección-poblacion-adulta-mayor/>

25. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Salud, bienestar y envejecimiento 2009. [Internet]. [Citado 25 Nov 2017] Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf

26. Rueda A, Concepción M, Ferreira R. El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. Universidad Autónoma de nuevo León Monterrey, México. Ciencia UANL.2014. Vol. 14. núm. 3. P. 297.

- [Internet]. [Citado 25 Nov 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/402/40219049011.pdf>
27. Terán M. Políticas Sociales de la Tercera Edad. 2009. [Internet]. [Citado 25 Nov 2017]. Disponible en: <http://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/24000/142/1/IAEN%20139.pdf>
28. Herrera M, Kornfeld R. 2008. Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile. [Internet]. [Citado 25 Nov 2017] Disponible en: http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/08072008171918.pdf
29. Huenchuan Sandra. Los derechos de las personas mayores. Copyright Naciones Unidas. 2011. [Internet]. [Citado 25 Nov 2017] Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf
30. Definiciones ABC. Definición de Envejecimiento. 2018. [Internet]. [Citado 5 Ene 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/salud/envejecimiento.php>
31. Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud. Envejecimiento y Vejez. 2018. [Internet]. [Citado 5 Ene 2017] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promoción-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
32. Barraza A, Castillo M. El envejecimiento. Programa en diplomados en salud pública y Salud Familiar. Universidad Austral de Chile. 2006. [Internet]. [Citado 5 Ene 2017] Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf
33. Montero G, Palma C. Envejecer saludable un desafío para la sociedad del siglo XXI. Programa en diplomados en salud pública y Salud Familiar. Universidad Austral de Chile. 2006. [Internet]. [Citado 5 Ene 2017] Disponible en: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202006/Envejecimiento%20saludable.%20Un%20desafio%20para%20la%20Sociedad%20del%20Siglo%20XXI.pdf>
34. República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. 2010 [Internet]. [Citado 5 Ene 2017] Disponible en: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf
35. Guía de Práctica Clínica GPC. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2012. [Internet]. [Citado 6 Ene 2017] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
36. Camargo K, Laguado J. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga-Santander. Facultad de Enfermería, Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. 2012. [Internet]. [Citado 6 Ene 2017] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>
37. Álvarez R. Atención al Adulto Mayor. Medicina General integral. 3ra. ed. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2014. Vol 2. Parte X. Cap. 55. P 509.
38. Organización Mundial de la Salud. La Salud mental y los adultos mayores.

2017. [Internet]. [Citado 6 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

39. Cardona A, Garzón M, Cardona D. Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia. Univ Medellín, Antioquia, Colombia. 2016. [Internet]. [Citado 6 Ene 2017] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v33n3/0102-3098-rbepop-33-03-00613.pdf>

40. Divulgación Dinámica Club de Formación. Cambios cognitivos asociados al envejecimiento. 2017. [Internet]. [Citado 6 Ene 2017] Disponible en: <https://www.divulgaciondinamica.es/blog/cambios-cognitivos-envejecimiento/>

41. Farmanuarios. Depresión y el adulto mayor. 2018. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: <https://farmanuario.com/depresion-adulto-mayor/>

42. Ruiz D, Zegbe J, Sánchez F, Castañeda M. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Revista de Educación y Desarrollo. 2014. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en:

http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf

43. Pasquín Natalia. Depresión en el adulto mayor: Factores influyentes y alteraciones asociadas. 2017. Disponible en: <https://blog.cognifit.com/es/depresion-adulto-mayor/>

44. Alvarado A, Lamprea L, Murcia K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana Chía Cundinamarca.Colombia.2017. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199

45. Pantoja C, Echeverría F, Mellado M, Troncoso L. Percepción de influencias en la alimentación de personas mayores del sector Lan-C, comuna de Hualpén, Chile. 2016. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2017000100008&script=sci_arttext&tlng=pt

46. Gil P, Ramos P, Cuesta F, Mañas M, Cuenllas A, Álvarez I. Nutrición en el anciano. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid.2013. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: <file:///F:/NUTRICION%20EN%20EL%20ANCIANO.pdf>

47. López J, Martínez J, Ramos P, Redondo P, Martín A, Silleras B. Alimentación, nutrición e hidratación en adultos mayores. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid.2015. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:njUUfDCMHGcJ:https://www.segg.es/download.asp%3Ffile%3Dmedia/descargas/Guia_ALIMENTACION_NUTRICION_E_HIDRATACION.pdf+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es

48. Guerrero N, Yépez M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev Univ. Salud. 2015. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>

49. Guaya Delgado M. Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador. Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana. Programa de especialización en medicina familiar y comunitaria. 2016. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18359/1/tesis%20para%20la%20publica%202017.pdf>
50. Huenchuan Sandra. Los derechos de las personas mayores. 2013. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos_PMayores_M2.pdf
51. Republica de Ecuador. Dirección población adulta mayor. Ministerio de Inclusión Económica y Social. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
52. Guzmán J, Sosa S. Los adultos mayores en américa latina y el caribe datos e indicadores. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe Santiago de Chile, marzo de 2002. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF
53. Gobierno Provincial del Guayas. Plan de ordenamiento territorial de la provincia del guayas. 2012-2021. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: <http://www.guayas.gob.ec/dmdocuments/ley-de-transparencia/literal-k/Plan-de-Ordenamiento-T-2013.pdf>
54. Duran Jenny. Percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado. Fundación Geriátrica “Jesús de Nazareth”Cuenca.2012. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/451/1/tesis.pdf>
55. Acuña I, Barrios Y, Martínez N, Taborda E, Vargas G. Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena.2015 [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2642/1/PERCEPCI%C3%93N%20DE%20LA%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20CARTAGENA.pdf>
56. Morales Víctor. La población adulto mayor en la ciudad de quito, situación sociodemográfica y socioeconómica 2008. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alim_en_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf
57. Naciones Unidas. Envejecimiento.2015. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
58. García A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. 2014. [Internet]. [Citado 8 Ene 2017] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
59. De las Deses Carlos. Valoración geriátrica integral.2017. [Internet]. [Citado 3 Ago. 2017]

Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000300038&script=sci_arttext

60. Segarra Marcos. Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag, Azuay. 2016. [Internet]. [Citado 3 Ago. 2017] Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27169/1/Tesis.doc.pdf>

61. Fernández S, González A, Moreno Y. 2009. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. [Internet]. [Citado 3 Ago. 2017] Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/473/47326415003.pdf>

62. Andrade Cristhian. Lista de grupos Étnicos del Ecuador (Etnias de la Costa, Sierra, Amazonía). 2017. [Internet]. [Citado 3 Ago. 2017] Disponible en: <https://noticiasec.com/lista-de-grupos-etnicos-del-ecuador-etnias-de-la-costa-sierra-amazonia/>

63. Andy Sheyla. Etnias ecuatorianas. 2012. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: <http://sheyandy.blogspot.com/2012/06/etnias-ecuatorianas-historia-de-las.html>

64. Acuña I, Barrios Y, Martínez N, Taborda E, Vargas G. Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena. 2015. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:

[http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2642/1/PERCEPCIÓN%20DE%20LA%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LOS%](http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2642/1/PERCEPCIÓN%20DE%20LA%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LOS%20)

65. Saavedra A, González R, Torres A, Ortuño Y, Hernández A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. 2016. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>

66. Villarreal G, Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas Sincelejo, Colombia. 2012. [Internet]. [Citado Ene. 2018] disponible en: <https://www.redalyc.org/html/817/81724108009/>

67. Ramírez Miriam. Funcionamiento familiar y situación sociofamiliar del adulto mayor quechua hablante de la asociación rayitos de sol. Lima, Perú. 2017. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1681/RAMIREZ%20ESPINOZA%20MIRIAM%20ROCIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

68. Varela L, Chávez H, herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Perú. 2004. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html#pie>

69. Del Águila E, Huanci R, Laichi V. Factores predictores de la funcionalidad familiar en adultos mayores atendidos en el hospital regional de Iquitos. 2013. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:

<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2164/T-306.87-D53.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

70. Rodríguez J. Correlación en la calidad de vida y la funcionalidad familiar de los adultos mayores de capilla de Guadalupe, Tepatitlán de Morelos. 2014.

[Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:
http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/225/1/Tesis_Jose%20Juan%20Rodriguez%20Hernandez.pdf

71. Ávila Marcia. Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo. Cuba 2011. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_2_12/spu07212.htm

72. Núñez L, García A, Vargas D, Núñez M, Martínez M. Caracterización de la familia del adulto mayor. Cuba. 2014. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:
<http://revzoiomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/253/439>

73. Aguilar R, Alemán A, Martínez A, Vega M, Quevedo M, Gutiérrez G. Caracterización del binomio adulto mayor-familiar de convivencia. México. 2009. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu094c.pdf>

74. Pantoja C, Soto N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. Chile. 2018. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000100004

75. Hernández Y, Pérez C, Pérez C, Saavedra A, Tápanes A, Pérez T. Cambios en la percepción del funcionamiento familiar de adultos mayores de casa de abuelos Cotorro. Cuba. 2012. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2012/hph121c.pdf>

76. Sarmiento Danny. Funcionalidad familiar y factores asociados al síndrome de fragilidad en el adulto mayor de la comunidad del cebollar. Cuenca .2015. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/27183/1/TESIS.pdf>

77. Tigre Jaime. Estado cognitivo y funcionalidad familiar de los adultos mayores de la Zona 7. Ecuador.2016. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18401/1/ESTADO%20COGNITIVO%20Y%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20DE%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES%2>

78. Castillo Yolied. Depresion y deterioro cognitivo en el adulto mayor. Carabobo. 2015. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:
<http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/4924/1/ycastillo.pdf>

79. Chaves Ivonne. Funcionalidad familiar y grado de deterioro cognitivo del adulto mayor pensionado de la UMF 92. 2015. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/63552>

80. Barboza Brenda. Funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del hospital distrital Santa Isabel. Libertad. 2016. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/762/barboza_gb.pdf?sequence=1&isAllowed=y

81. Licas Martha. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral TaytaWasi. Lima. Perú. 2014. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas_tm.pdf;jsessionid=31AD816A23079D696C73FD92BB814088?sequence=1

82. Jara Yngrid. Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda en Chiclayo. 2018. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/1170/1/TL_JaraCastilloYngridGuisel.pdf

83. Giraldo N, Paredes Y, Idarraga Y, Aguirre D. Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de desnutrición en adultos mayores de San Juan de Pasto. Colombia. 2017. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: <http://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/288>

84. Riveros Miriam. Valoración de factores biopsicosociales determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores en hogares de ancianos. Asuncion.2015. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v48n2/v48n2a02.pdf>

85. García I, Rodríguez E. Detección de personas mayores en riesgo de desnutrición. Madrid. 2017. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/GARCIA.pdf>

86. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. Callao. 2006 [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000400005

87. Villarreal G, Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo. Colombia. 2012. [internet]. [Citado ene. 2018] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf>

88. López Ana. Salud familiar y funcionalidad del adulto mayor del sector EU 23. Latacunga. 2016. [internet]. [Citado ene. 2018] disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24107/1/L%C3%B3pez%20Guerrero%20Ana%20Abigail.pdf>

89. Palomino A, Contreras M, Fernández K, Prevalencia de dependencia funcional y factores asociados en adultos mayores institucionalizados en el Hogar Miguel León. Cuenca. 2015. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/handle/123456789/23044>

90. Pinedo L, Chávez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración geriátrica integral en adultos hospitalizados a nivel nacional. Perú. 2004. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html>

91. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. Callao. 2006 [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000400005
92. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de atención integral del sistema nacional de salud. 2012. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
93. República del Ecuador. Plan nacional para el buen vivir. 2013. [Internet]. [Citado Ene. 2018] Disponible en: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf

Anexo 1. Consentimiento informado de adultos mayores.

Yo:; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en una evaluación tipo test a través de entrevista personal.

La investigación a realizarse es: funcionamiento familiar en domicilios con adultos mayores en cuatro sectores del centro de salud santa Lucia, Julio 2017 a julio 2018”

El Médico responsable de mi participación es el Dr. Miguel Joaquín Murillo Moreira; quien además me ha garantizado la confidencialidad de la información que de mi obtenga, la cual será utilizada exclusivamente para los objetivos de la citada investigación. Podré abandonar antes, mediante o después del estudio, sin que ello tenga repercusión alguna sobre mi persona, siendo atendido en este Centro de Salud con calidad y calidez con todos los servicios integrales que recibía. Entiendo que este estudio no implica ningún tipo de intervención sobre mi situación de salud. Además. No seré sujeto a recibir remuneración alguna.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas la respuestas recibidas a las mismas.

Firma del Participante: _____ Firma del Investigador _____

C.I. _____ C.I. _____

Fecha: _____ Fecha: _____

Muchas gracias por colaboración.

Anexo 2. Encuesta de adultos mayores

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Estimado adulto mayor o representante del mismo, en la actualidad estoy en un proceso de investigación sobre funcionamiento familiar en domicilios con adultos mayores de cuatro sectores del Centro de Salud de Santa Lucía, Julio 2017 a julio 2018. Solicitándole muy respetuosamente y de forma voluntaria contestar las siguientes preguntas para actualización de sus datos.

Nombres y apellidos completos:

Edad (años cumplidos): _____

Sexo:

1. Masculino: _____

2. Femenino: _____

¿Cómo se auto identifica, desde el punto de vista étnico? (Marque su respuesta correcta con una "X")

1. Blanco (a): _____

2. Negro (a): _____

3. Mestizo (a): _____

4. Montubio(a) _____

5. Mulato (a): _____

6. Afro ecuatoriano (a): _____

7. Indígena: _____

¿Cuál es su situación laboral actual?: (Marque con una "X")

1. Activo (a): _____

2. Jubilado (a): _____

3. Ama de casa: _____

¿Cuál es su Estado civil actual?: (Marque con una "X")

1. Soltero (a): _____
2. Casado (a): _____
3. Viudo (a): _____
4. Unido(a): _____
5. Divorciado (a): _____
6. Separado (a): _____

¿Cuál es su Nivel de instrucción?: (Marque con una "X")

1. Sin instrucción: _____
2. Primaria: _____
3. Secundaria: _____
4. Superior: _____

Anexo 3. Prueba de percepción familiar (FF-SIL)

SITUACIONES	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Anexo 4. Escala geriátrica SNS-MSP / HCU form. 057/ 2010 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE Y APELLIDO DEL ADULTO MAYOR		NOMBRE Y APELLIDO DEL CUIDADOR		EDAD		SEXO		Nº HISTORIA CLÍNICA	
11 ESCALAS GERIÁTRICAS (PRIMER SEMESTRE) CÍRCULO= 1 CUADRADO = 0											
TAMIZAJE RÁPIDO SI NO SI NO											
DIFICULTAD VISUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DIFICULTAD AUDITIVA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PRUEBA DE LEVANTAR Y ANDAR MAYOR A 15 SEG. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PERIODA INVOLUNTARIA DE ORINA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PERIODA DE PESO MAYOR DE 4,5 KG EN 6 MESES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PERIODA DE MEMORIA RECIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SIENTE TRISTE O DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PUEDE BAÑARSE SOLO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SALE DE COMPRAS SOLO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO VIVE SOLO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
ACTIVIDADES BÁSICAS 1 A D 1 A D SE VISTE Y DESVISTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CUIDA SU APARIENCIA PERSONAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO UTILIZA EL INODORO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONTROLA ESPINTERES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE TRASLADA, SE AJUSTA, SE LEVANTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CAMINA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE ALIMENTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
ACTIVIDAD INSTRUMENTAL CUIDA LA CASA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO LAVAR LA ROPA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PREPARAR LA COMIDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO VA DE COMPRAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO USA EL TELÉFONO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO USA MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO MANEJA DINERO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONTROLA SUS MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
COGNITIVO SABE FECHA, DÍA, MES, AÑO, SEMANA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO APRENDE EL NOMBRE DE 3 OBJETOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO REPETE NÚMEROS AL REVÉS: 1, 3, 5, 7, 9 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TOMA, DOBLA Y COLOCA PAPEL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO REPETE SERIE DE 3 PALABRAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO COPIA 7 CÍRCULOS CRUZADOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
DEPRESIÓN ESTA SATISFECHO CON SU VIDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HA DEJADO DE HACER ACTIVIDADES DE INTERÉS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SIENTE SU VIDA VACA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE ABURRE CON FRECUENCIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESTA DE BIEN ANIMO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESTA PREOCUPADO PORQUE ALGO MALO VA A SUCEDERE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SIENTE A MENUDO DESAMPARADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PREFERE ESTAR EN CASA A SALIR A ACTIVIDADES NUEVAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TIENE MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LOS DEMÁS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CREE QUE ES MAQUILLOSO ESTAR VIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SIENTE INTIL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SIENTE LLENO DE ENERGIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SIENTE SIN ESPERANZA ANTE LA SITUACION ACTUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SIENTE QUE LA MAYORIA DE LA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
NUTRICIONAL DISMINUCION DE INGESTA EN ULTIMO TRIMESTRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO INMOVILIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROBLEMA NEURO PSICOLOGICO (DEMENCIA O DEPRESION) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD AGUDA EN ULTIMO TRIMESTRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PERIODA DE PESO EN ULTIMO TRIMESTRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO INDICE DE MASA CORPORAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
SIGLAS F INDEPENDIENTE = 2 A AYUDA = 1 D DEPENDIENTE = 0 A: ABSENTE = 2 M: MODERADO = 1 S: SEVERO = 0											
SNS-MSP / HCU-form.057 / 2010											

LISTAS DE ESCALAS, VARIABLES Y PUNTAJES

COGNITIVO

ESCALA	FECHA: DIA, MES, AÑO SEMANA	APRUEBE EL NOMBRE DE 3 OBJETOS	REPITE NUMEROS AL REVER: 1, 3, 5, 7, 9	TOMA, DOBLA Y COLOCA PAPEL	REPITE SERIE DE 3 PALABRAS	COPIA DIBUJO DE 2 CIRCULOS CRUZADOS
4	AÑO, MES, DIA Y SEMANA	3 3 OBJETOS	5 5 NUMEROS	3 TOMA, DOBLA Y COLOCA	3 3 PALABRAS	1 SI PUEDE
3	AÑO, MES Y DIA	2 2 OBJETOS	4 4 NUMEROS	2 TOMA Y DOBLA	2 2 PALABRAS	0 NO PUEDE
2	AÑO Y MES	1 1 OBJETO	3 3 NUMEROS	1 TOMA	1 1 PALABRA	
1	AÑO	0 NO PUEDE	2 2 NUMEROS	0 NO PUEDE	0 NO PUEDE	
0	NO PUEDE		1 1 NUMEROS			
			0 NO PUEDE			

DETERIORO COGNITIVO: 14 - 19 = AUSENTE // MENOS DE 14 = PRESENTE

NUTRICIONAL

DIABIMUNICION INGESTA EN LOS 3 ULTIMOS MESES	PERIODO DE PESO EN LOS 3 ULTIMOS MESES	INDICE DE MASA CORPORAL	MOVILIDAD	PROB. PASAR CARGO O ENF. AGUDA EN ULTIMO TRIM.	DEMENCIA O DEPRESION
0 SEVERA	0 PIEDRE > 3 Kg o PESA < 45,5 Kg	0 < 19	0 CAMA O SILA	0 SI	0 SEVERA
1 MODERADA	1 NO SABE	1 19 a 20	1 SE LEVANTA NO SALE	2 NO	1 MODERADA
2 AUSENTE	2 DE 1 A 3 Kg	2 21 a 22	2 VA AFUERA		2 AUSENTE
	3 NO PERIODE	3 23 o MAS			

RIESGO DE DESNUTRICION: 12 o MAS = AUSENTE // MENOS DE 12 = PRESENTE

DEPRESION EN LA ULTIMA SEMANA: 0 - 5 = NORMAL // 6 - 10 = MODERADA // 11 - 15 = SEVERA

BASICAS

DEPENDENTE	CON AYUDA	INDEPENDIENTE
0	1	2
1	2	3
2	3	4
3	4	5
4	5	6

RECURSO SOCIAL

SITUACION FAMILIAR	RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	APOYO DE LA RED SOCIAL	GRUPO DE EDAD	VIVE CON
1 FAMILIA O PAREJA, SIN CONFLICTOS	1 CON TODOS, SALE	1 NO NECESITA	1 65 - 74	1 FAMILIAR
2 PAREJA DE EDAD SIMILAR	2 CON FAMILIA Y VECINOS, SALE	2 DE FAMILIA O VECINOS	2 75 - 84	2 NO FAMILIAR
3 FAMILIA O PAREJA, CON CONFLICTOS	3 CON FAMILIA, SALE	3 FORMAL SUPLENTE	3 85 - 94	3 SOLO
4 SOLO, FAMILIA NO CUBRE NECESIDADES	4 CON FAMILIA O VIRTAS, NO SALE	4 FORMAL INSUFICIENTE	4 95 O MAS	4 INSTYTUCCION
5 SOLO, DESATENDIDO, SIN FAMILIA	5 CON MADRE, NO SALE	5 INFORMAL		
		6 NO RECIBE Y NECESITA		

RIESGO SOCIAL: 5 o MENOS = BAJO // 6 - 9 = ACEPTABLE // 10 - 15 = ALTO

INSTRUMENTAL

CUIDA LA CASA	USA EL TELEFONO	USA TRANSPORTE	PREPARA LA COMIDA	LAVA LA ROPA	VA DE COMPRAS
1 Cuida la casa sin ayuda	1 Capaz de utilizarlo sin problemas	1 Viaje en tran.; publico o conduce	1 Plena, prepara y sirve sin ayuda	1 Lo realiza personalmente	1 Le hace sin ninguna ayuda
2 Hace todo, menos el trabajo pasado	2 Solo para lugares muy familiares	2 Solo en taxi, no en autobus	2 Prepara si le dan los ingredientes	2 Solo lava prendas sencillas	2 Solo hace pequeñas compras
3 Tareas ligeras unicamente	3 Puede contestar pero no llamar	3 Necesita acompañamiento	3 Prepara platos precocinados	3 En incapaz de lavar	3 Tienen que acompañarle
4 Necesita ayuda para todas las tareas	4 Incapaz de utilizarlo	4 Es incapaz de usarlo	4 Tienen que darle la comida hecha	4 MANEJA DINERO	4 En incapaz de ir de compras
5 Incapaz de hacer nada				1 Lleva cuentas, va a Banco, etc.	4 MANEJA MEDICAMENTOS
				2 Solo maneja cuentas sencillas	1 Responsable de su medicación
				3 Incapaz de utilizar dinero	2 Hay que preparárselos
					3 Incapaz de hacerlo por si mismo

DEPENDENCIA: hasta 8 puntos = independiente // 8 a 20 puntos = necesita cierta ayuda // más de 20 puntos = necesita mucha ayuda.

(*) FACILITADO SALAS



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, Miguel Joaquín Murillo Moreira, con C.C: # 1309759817, autor del trabajo de titulación: Evaluación geriátrica y funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores en el consultorio tres del centro de salud santa lucía. 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, 28 de diciembre del 2018

f. _____

Nombre: Miguel Joaquín Murillo Moreira

C.C: 1309759817

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Evaluación geriátrica y funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores en el consultorio tres del centro de salud Santa Lucía. Año 2018.		
AUTOR(ES)	Miguel Joaquín Murillo Moreira		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Luis Roberto Mederos Mesa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	78
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria, Ciencias de la Salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Evaluación geriátrica, funcionamiento familiar, adultos mayores, vejez		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: la evaluación geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones geriátricas. Permitiendo desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido. Materiales y Métodos: Investigación relacional, transversal, prospectiva y analítica en 120 adultos mayores de 65 años de edad, 62 hombres y 58 mujeres en el periodo de enero a junio del 2018. Resultados: Predominaron los adultos mayores del sexo masculino (51,7 %), con edades comprendidas entre 65 a 69 años (45,8%) y mestizos (96,7%), jubilados (44,2%). Prevalció el estado civil de casados (45,0%) nivel de instrucción primaria (61,7%). La mayoría de las familias se clasificaron como extensas (65,8%), medianas (49,2%), bigeneracional (80,8%). El funcionamiento familiar (66,6) es funcional. Deterioro cognitivo ausente (63,3 %), depresión moderada (50,8%), riesgo de desnutrición ausente (51,7%), riesgo social aceptable (44,2%), nivel de dependencia que necesita cierta ayuda (45%). Conclusiones: el funcionamiento familiar puede cumplir un papel determinante en el desarrollo del deterioro cognitivo, depresión, riesgo de desnutrición, riesgo social y dependencia. Se recomienda una valoración geriátrica integral y un diagnóstico del funcionamiento familiar del adulto mayor en su primera consulta en el establecimiento de salud o en su domicilio, con el fin de identificar factores de riesgos que puedan agravar su condición y así mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0939389538	E-mail: joaquin.murillo@hotmail.es	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +59343804600 ext.1830-1811		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			