



**UNIVERSIDAD CATÓLICA 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:**

**“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD DEL ADULTO  
MAYOR Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. SECTOR SAN  
PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO  
2018”**

**AUTOR:**

**DRA. SELENE KATHERINE ROJAS REYES**

**DIRECTOR:**

**DR. LUIS ROBERTO MEDEROS MESA**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el/la *Dr.(a) Selene Katherine Rojas Reyes*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los días 14 del mes de diciembre año 2018.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

Dr. Luis Roberto Mederos Mesa

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

*Yo, Selene Katherine Rojas Reyes*

**DECLARO QUE:**

El trabajo de investigación “*Relación entre funcionalidad del adulto mayor y funcionamiento familiar. Sector San Pedro Apóstol. Centro de Salud Pedro Carbo. 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, a los 14 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Selene Katherine Rojas Reyes



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

*Yo, Selene Katherine Rojas Reyes*

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Relación entre funcionalidad del adulto mayor y funcionamiento familiar. Sector San Pedro Apóstol. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Selene Katherine Rojas Reyes

## **Agradecimiento**

En primer lugar, agradezco a Dios por su infinito amor y bondad porque me ha permitido una vez más cumplir con mis objetivos de estudios.

A mi esposo Jimmy Leon por recibir su apoyo de superación profesional y tenerme mucha paciencia durante esta etapa.

A mi mami Lucia Reyes Delgado por su ayuda incondicional, como no mencionar a mi papi Ricardo Rojas Mera que ha sido un pilar fundamental en mi formación académica.

A mis hermanos Diego, María José, María Emilia, también a mi cuñada Susana, mis sobrinitos Santiago y Aitana, por estar siempre conmigo en los buenos y malos momentos.

A mis Tutores de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, por las enseñanzas que nos han brindado durante este tiempo.

A mis pacientes por la colaboración prestada en la participación de esta investigación.

## **Dedicatoria**

Este trabajo investigativo es un logro de mucha importancia en cuanto ámbito profesional por tal motivo se lo dedico a mi hija Meily Selene Leon Rojas, ya que ella es una persona muy especial, es mi princesita hermosa mi gran inspiración para poder superarme y ser mejor persona cada día.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

F \_\_\_\_\_

**DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS**

DIRECTOR DEL PROGRAMA

F \_\_\_\_\_

**DRA. SANNY ARANDA CANOSA**

COORDINADORA DOCENTE

F \_\_\_\_\_

**DR. YUBEL BATISTA PEREDA**

OPONENTE

**SISTEMA DE POSGRADO – ESCUELA DE GRADADOS EN CIANECIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
II COHORTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

**TEMA:** “RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018”

**ALUMNO:** SELENE KATHERINE ROJAS REYES.

**FECHA:**

N	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO/60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL PROGRAMA				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
<b>NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>						

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL PROGRAMA  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO .....	V
DEDICATORIA.....	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VII
CALIFICACIÓN .....	VIII
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS .....	X
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN .....	1
EL PROBLEMA.....	5
IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	5
FORMULACIÓN.....	7
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	8
GENERAL.....	8
ESPECÍFICOS.....	8
MARCO TEÓRICO .....	9
CONTENIDO HISTÓRICO.....	9
MARCO CONCEPTUAL.....	12
MARCO CONTEXTUAL.....	21
MARCO LEGAL.....	23
FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	24
MÉTODOS .....	25
JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN DEL MÉTODO.....	25
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	25
Procedimiento de recolección de la información.....	26
Técnicas de recolección de información.....	28
Técnicas de análisis estadísticos.....	28
VARIABLES.....	29
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	31
CONCLUSIONES.....	42
VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	43

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	31
<b>TABLA 2:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	32
<b>TABLA 3:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEÚN OCUPACIÓN Y SEXO. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	33
<b>TABLA N°4:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y SEXO. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	34
<b>TABLA 5:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN FUNCIONALIDAD (ÍNDICE DE KATZ) Y GRUPOS DE EDADES. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	35
<b>TABLA 6:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN FUNCIONALIDAD (ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY) Y GRUPOS DE EDADES. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	36
<b>TABLA 7:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	37
<b>TABLA 8:</b> DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD (ÍNDICE DE KATZ) Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD. AÑO 2018.....	38
<b>TABLA 9:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD (ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY) Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	39

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 1</b> CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	48
<b>ANEXO 2</b> ENCUESTA (CUESTEONARIO) .....	49
<b>ANEXO 3</b> ÍNDICE DE KATZ.....	51
<b>ANEXO 4</b> ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY .....	52
<b>ANEXO 5</b> PRUEBA DE PERCEPCIÓN FAMILIAR FFSIL.....	53

## Resumen

**Antecedentes:** El deterioro funcional en los adultos mayores toma cada día más fuerza como un problema de salud pública en Ecuador. **Materiales y métodos:** Estudio relacional, observacional, prospectivo, corte transversal, la población de estudio fue 123 adultos mayores firmando el consentimiento informado. **Resultados:** Grupo poblacional que predominó 65 a 69 años con el 48.8%, sexo femenino predominó con 49,2%, estado civil casados se representa 68.3%, ocupación ama de casa correspondió al 48%, nivel de instrucción primaria predominó con 64.2%, la funcionalidad de adulto mayor por medio del Índice de Katz son independiente el grupo de edades 65 a 69 años el 45,5%, sobre el Índice de Lawton y Brody necesita cierta ayuda el grupo de edades 70 a 74 años con el 32,4%. Lo relacionado con el funcionamiento familiar por medio del FF-SIL demostró que hay un predominio de familias funcionales con el 53,65%. Para determinar la relación de variables se aplicó el  $X^2$ , hay significación estadística valor  $p = <0,001$  entre el Índice de Katz y FFSIL, además entre el Índice Lawton y el FFSIL el valor  $p = <0,002$ . **Conclusión:** predominaron las siguientes variables sexo femenino, grupos de edades 65 – 69 años, estado civil casado, ocupación ama de casa, estudio primario, funcionalidad índice de Katz independiente, índice de Brody necesita ayuda, funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores predomino familias funcionales y se demostró que hay asociación entre ambas variables.

**Palabras claves:** FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA, ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA, ADULTOS MAYORES.

## Abstract

**Background:** The functional deterioration in the elderly takes more strength every day as a public health problem in Ecuador. **Materials and methods:** Relational, observational, prospective, cross-sectional study, the study population was 123 senior citizens signing the informed consent. **Results:** Population group that predominated 65 to 69 years old with 48.8%, female sex predominated with 49.2%, marital status married 68.3%, housewife occupation corresponded to 48%, primary education level predominated with 64.2%, the functionality of older adult through the Katz Index are independent the age group 65 to 69 years 45.5%, on the Lawton Index and Brody needs some help the age group 70 to 74 years with 32.4 %. The related to family functioning through the FF-SIL showed that there is a predominance of functional families with 53.65%. To determine the relationship of variables, the X<sup>2</sup> was applied, there is statistical significance  $p = <0.001$  value between the Katz Index and FFSIL, in addition between the Lawton Index and the FFSIL the value  $p = <0.002$ . **Conclusion:** the following variables predominated: female sex, age groups 65-69 years, married marital status, housewife occupation, primary study, functionality independent Katz index, Brody index needs help, family functioning in homes of older adults predominantly functional families and it was shown that there is an association between both variables

**Keywords:** FAMILY OPERATION, BASIC ACTIVITY OF DAILY LIFE, INSTRUMENTAL ACTIVITY OF DAILY LIFE, ELDERLY ADULTS

## INTRODUCCIÓN

La familia ocupa un lugar primordial en la formación de motivos y comportamientos relacionados a la salud, interviene en su protección y recuperación de la enfermedad, incluso se toma decisiones sobre el uso de servicios profesionales, además constituye la red de apoyo más potente, eficaz en el ajuste a la vida social. (1)

La evaluación de la salud familiar y el funcionamiento familiar se realiza de manera dinámica, continua, caracterizados por diversos momentos y niveles de profundización, debe ejecutarse la dispensarización y el respectivo análisis de situación integral de salud, para la obtención de información, identificación de los factores de riesgo, problemas de salud, problemas familiares y poder así ejecutar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de cada uno de los integrantes de la familia ya que los problemas de salud individual pueden generar serios problemas de salud familiar sino se trata de forma inmediata y oportuna. (2)

Según la Organización Mundial de Salud (OMS – 1985) Desde una perspectiva funcional, considera que el adulto mayor sano es capaz de enfrentar un proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De esta manera, determinar el concepto de funcionalidad es la clave dentro de la definición de salud para el adulto mayor, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo de edad, el estado de independencia funcional. (3)

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS 2016). Determina que en el año 2100 la cantidad de personas de 60 años y más, aumente tres veces. En cuanto América Latina, en el año 2020 habrá 200 millones de personas adultos mayores, casi el doble que en 2006 con más de la mitad viviendo en América Latina y el Caribe. Para el año 2025, el 69% de quienes nacen en Norteamérica y el 50% de los que nacen en América Latina vivirán más allá de los 80 años. (4)

En la actualidad los avances tecnológicos han permitido disminuir la natalidad, mortalidad y además mejorar las condiciones sociales. La población de adultos mayores es cada vez más numerosa y el cuidado de su salud está constituyendo un problema de salud pública y de seguridad social. Según la Organización mundial de salud para el año 2025 habrá alrededor de 600 millones de adultos mayores, por lo que la longevidad creciente tiene requerimientos propios que no pueden desconocerse.

A nivel mundial con la esperanza de vida aumenta las oportunidades del adulto mayor, familia y sociedad. Con estos años de vida adicional se puede realizar diversas acciones como por ejemplo retomar los estudios, obtener una nueva profesión, emprender un negocio, realizar actividades que le aficionaba y que se dejó momentáneamente por algún inconveniente. Para lograr esto debe tener un estilo de vida saludable que genere aspecto positivo para la sociedad. (5)

Paulo Saad, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) afirma: En los años 1970 América Latina y el Caribe, es reconocida como una región poblacional joven, con altas tasas de fecundidad y natalidad, con un promedio regional de 6 hijos por cada mujer, dando lugar a una baja expectativa de vida, por lo que se avanza a paso firme hacia el envejecimiento de su población, esto determina que los países implementen políticas públicas que respondan a la nueva estructura demográfica. (6)

La Comisión Económica para las América Latina y el Caribe (CEPAL 2016) informa: Que la tasa de fecundidad es de 3 hijos por cada mujer de 25 años, por lo que en la actualidad el promedio de la región está por debajo de la tasa de reemplazo ya que se alcanza 2.1 hijo por cada mujer. Se estiman que la población de la región seguirá aumentando hasta el año 2060 y después de este momento comenzará a disminuir. Por lo tanto, se cree que la explosión demográfica es un problema, esto se debe olvidar, la realidad y el desafío de la región de América Latina y el Caribe es el envejecimiento de la población. (6)

La situación de envejecimiento demográfico que están experimentando los países de América Latina - el Caribe y su relación con aspectos del desarrollo. Se trata de un proceso generalizado, ya que en todos los países de la región la población de 60 años y más muestra una dilatación esencial. Además, el envejecimiento se produce con mayor rapidez de lo que fue históricamente en los países desarrollados. Sin embargo, lo más preocupante es el contexto social y económico de la región, caracterizado por una alta incidencia de la pobreza, una persistente y aguda inequidad social, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las redes de apoyo familiar. (7)

Se considera que la calidad de vida de los adultos mayores está relacionada con su acceso a los recursos monetarios y no monetarios como se puede mencionar, por ejemplo: (ingresos, bienes y servicios); que les permitan vivir un envejecimiento saludable, eficaz y activo.

En Ecuador el grupo poblacional perteneciente a los adultos mayores está cursando por una etapa de crecimiento progresivo, debido a los cambios de comportamiento en las tasas de natalidad, mortalidad e incremento en la esperanza de vida, esto es característico de la fase de transición demográfica.

En términos absolutos, de acuerdo con el Censo realizado en el año 2010 las personas adultas mayores en Ecuador llegarían a 942.000 aproximadamente, de un total de 14'500.000 habitantes, lo cual corresponde al 6,5%. (8)

Mirta Roses dice: "Un envejecimiento saludable permite romper con el estereotipo de que las personas mayores son receptoras pasivas de servicios sociales y de salud, ya que si se mantienen sanas e independientes son un recurso invaluable de la sociedad y contribuyen enormemente al bienestar de la familia y de la comunidad" (9)

Es de gran importancia evaluar la funcionalidad de adulto mayor del sector San Pedro Apóstol perteneciente al Centro de Salud Pedro Carbo, porque permite determinar la capacidad funcional para realizar las actividades diarias y a la vez identificar problemas de salud que conllevan al deterioro de la funcionalidad, desencadenando condiciones de incapacidad severa.

Para poder establecer la salud del adulto mayor, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador lo realiza mediante un test geriátrico valorando las actividades básicas, instrumentales, estado cognitivo y recursos de ayuda social que establece la atención integral de salud que el adulto mayor requiere.

La realización de este trabajo investigativo permitirá conocer el estado funcional que el adulto mayor presenta, para planificar la atención periódica tanto en la unidad de salud como en su domicilio, según lo establece el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), principalmente el médico familiar hará énfasis en mejorar la salud familiar y la funcionalidad del adulto mayor, tanto físico como cognitivo previniendo el abandono y/o deterioro de su estado.

## EL PROBLEMA

### **Identificación, Valoración y Planteamiento.**

La población está envejeciendo en todos los países, aunque cada uno de ellos se encuentra en una etapa distinta de esta transición se está aumentando la proporción de personas mayores en todo el mundo. Mientras que la evolución hacia poblaciones de mayor edad comenzó en las regiones ricas, como Europa y América del Norte, en la actualidad son los países de ingresos bajos y medianos los que están experimentando el cambio más acusado. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en esos países. Chile, China y la República Islámica de Irán tendrán una mayor proporción de personas mayores que los Estados Unidos de América. Estas tendencias también son evidentes para los grupos de edad más avanzada. A mediados del siglo XX, en todo el mundo únicamente había 14 millones de personas de 80 años o más. En 2050, solo en China habrá 100 millones de personas de este grupo de edad, y 400 millones en el mundo entero. (5)

En Ecuador, el promedio de esperanza de vida es de 76.5 años, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Las proyecciones reflejan que la esperanza de vida de los ecuatorianos en 2050 será de 81.5 años, similar al promedio que tendrá la región para esa fecha. En 2100 llegaría a 86.6 años. Las mujeres ecuatorianas tienen una mayor esperanza de vida, con 79.3 años, frente a 73.6 años de los hombres. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, en 2020, ellas podrían alcanzar una esperanza de vida de 80.1 años. (10)

Apenas el 30% de adultos mayores en Ecuador cuenta con la asistencia de un familiar como (hijos, esposa o esposo, nietos) para su cuidado. Más de 100.000 personas mayores de 65 años sufren por la falta de ayuda para realizar actividades cotidianas como, por ejemplo: comer, usar el servicio higiénico, bañarse, levantarse o acostarse, vestirse, movilizarse de un sitio a otro. En lo referente a la violencia a los adultos mayores, las cifras son alarmantes y, sin embargo, es inconcebible que pasen casi inadvertidas. El 14.70% de adulto mayor ha sido víctimas de insultos y el 14.9% de abandono. (11)

El envejecimiento de la población es un fenómeno que se está presentando en la población ecuatoriana, por tanto, lo relacionado a los cuidados sanitarios, el apoyo social, en esta etapa de la vida, deben considerarse para que en un futuro no muy lejano esta población presente condiciones adecuadas de vida tanto a nivel personal, familiar y comunitario. Con la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud con el enfoque Familiar y Comunitario (MAIS-FC), se entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo, que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. De ahí nace la terminología de Salud Familiar que permite mantener un funcionamiento familiar adecuado que genera una vida sana y activa de cada uno de los integrantes de la familia conllevando la unidad biopsicosocial. (12)

En el Ecuador existen varias instituciones públicas que brindan servicios de atención a los adultos mayores, como el Ministerio de Inclusión Económica Social que es el ente rector de la Política Pública de atención y protección social, el cual inicia un proceso que permitirá fortalecer y mejorar la calidad de los servicios y atención a adultos mayores en los centros públicos y privados. (13)

Ecuador según el censo realizado en el año 2010, tiene actualmente una población aproximada de 14'500.000 habitantes y una relación de hombres y mujeres prácticamente equilibrada, con una tasa de crecimiento de 15.5%. Por su perfil población, sigue caracterizándose por ser un país eminentemente joven; cerca de un tercio de su población (32%) tiene menos de 15 años y apenas el (7%) 65 años y más. Con tendencia a aumentar al 9.3% para el año 2025. En la provincia del Guayas consta con una población de 3'645.483 habitantes de los cuales la población de adultos mayores está representada con un total de 195.444 personas. (14) La población de Pedro Carbo en año 2017 es de un total de 49.850 habitantes, el censo realizado en el año 2001 refleja que la población de adultos mayores es de 2762 personas. (15)

El sector San Pedro Apóstol perteneciente al Centro de salud Pedro Carbo no escapa de esta problemática de salud, por tal motivo se genera la importancia de realizar una valoración de salud del adulto mayor, con un enfoque familiar y comunitario, para disminuir la incidencia de enfermedades crónicas y discapacidades física - psicológicas del individuo, ya que al no tratar oportunamente al adulto mayor se desencadenarían crisis paranormativas que provocan disfuncionalidad familiar.

### **Formulación.**

¿Cómo se relaciona la funcionalidad del adulto mayor en la familia del sector San Pedro Apóstol del centro de salud Pedro Carbo en el año 2018?

## **OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **Objetivo general.**

Asociar la funcionalidad del adulto mayor al funcionamiento familiar en el sector San Pedro Apóstol del centro de salud Pedro Carbo en el año 2018.

### **Objetivos específicos.**

- Caracterizar al adulto mayor según variables sociodemográficos.
- Identificar la funcionalidad del adulto mayor.
- Determinar el funcionamiento familiar en el hogar del adulto mayor.
- Determinar la posible asociación entre la funcionalidad del adulto mayor y el funcionamiento familiar.

## MARCO TEÓRICO

### **Contexto histórico.**

La Organización Mundial de Salud da un informe en Ginebra-Washington: Sobre la importancia actual de los avances tecnológicos y en medicina, los mismos están ayudando a que más personas puedan alargar el tiempo de vida, por lo que se prevé que para el año 2050 la cantidad de personas adultos mayores se duplicara a nivel mundial, esto requiriere de un cambio social radical donde se debe asegurar que estos años de vida adicionales sean saludables y lo más dignos posible. Todo este acontecimiento será de mucha satisfacción para el adulto mayor y la sociedad, por tal motivo es un trabajo arduo que tienen los Ministerio de Salud de cada país garantizar hábitos saludables para que los adultos mayores tengan una mejor funcionalidad y sigan participando en la sociedad. Se plantea las siguientes acciones para mejorar un envejecimiento saludable, Red Global de Ciudades y Comunidades amigas de los adultos mayores, este proyecto mejora la seguridad de los adultos mayores, también se debe Realignar los Sistemas de Salud consiste en promoción y prevención de salud donde se incluye un equipo básico de salud y por último que los Gobiernos necesitan desarrollar sistema de atención a largo plazo para así garantizar que las personas mayores vivan los últimos años de vida con respeto y dignidad. (16)

En Chile se realizó un estudio investigativo en el año 2017, con el objetivo de determinar la funcionalidad de los adultos mayores pertenecientes al sector 3 del Centro de Salud Familiar Talcahuano Sur. Cuya metodología de investigación empleada es un estudio de tipo descriptivo con un corte transversal donde se considera que la población de estudio es de 127 adultos mayores del sector 3, seleccionados por medio de muestreo no probabilístico de oportunidad e independientemente del sexo, también se le aplico un examen médico preventivo a los pacientes adultos mayores, donde se utilizó el consentimiento informado para la realización de dicho estudio. Los resultados obtenidos son los siguientes la edad promedio de las personas adultas mayores es de 72 años, con una escolaridad básica representada por el 70.9%, además se determina que el 97% de los investigados padecen de patologías crónicas no

transmisible y que las enfermedades más representativas son las siguientes primer lugar con el 84.7% hipertensión arterial y el segundo lugar con el 72.2 % las dislipidemias. Sobre la funcionalidad del adulto mayor se determina que son autovalentes un 54.2%, los autovalentes con riesgos un total de 44.4% y por último los que tienen riesgo de dependencia se representa con 1.4%, cabe recalcar que la totalidad de la población presenta un estado cognitivo adecuado con un promedio de 18.5 puntos y el 16,9% presento riesgo de caídas. Por lo que se puede concluir que los adultos mayores presentan un alto nivel de funcionalidad y ausencia de deterioro cognitivo, por lo que pueden realizar actividades de la vida cotidiana, pero se identificaron factores de riesgos que amenazan constantemente su funcionalidad. Por lo que se determina continuar con el trabajo de modificar los estilos de vida, para lograr obtener un envejecimiento saludable y un estado de funcionalidad adecuado del mismo. (17)

En Cuba en el año 2017 se realizó un estudio investigativo con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la fragilidad en adultos mayores pertenecientes al Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga. Cuya metodología es un estudio descriptivo y transversal, la muestra de estudio estuvo constituida por 112 adultos mayores frágiles perteneciente a dicha área de salud, cumpliendo con los criterios de inclusión – exclusión y con la respectiva firma del consentimiento informado, además los resultados son expresados en tabla y gráficos. En el estudio predominó el sexo femenino con un total 67.9%, el grupo de edad de predominio es de 65 años y más con un total de 80.4%, cuyo grupo dispensarial con superioridad es el grupo III. Lo que está relacionado con afectaciones geriátricas prevaleció el uso de fármacos en el sexo femenino con un total de 57 personas que representa el 72,2%. Con respecto al funcionamiento familiar se destaca la presencia de familias funcionales en 80 adultos mayores frágiles representado con el 73.2%, seguido las familias moderadamente funcionales con 20 adultos mayores frágiles representado con el 17.9%. A manera de conclusión No cabe duda de que el mayor aspecto social de las personas mayores implica una toma de conciencia en cuanto a la atención a sus requerimientos y necesidades. Un factor que se debe considerar es el fenómeno del sobre-envejecimiento, ya que cada vez se

tendrá más personas longevas con mayores índices de dependencia, así como la feminización de la vejez, dado que la esperanza de vida al nacer es mayor para las mujeres. En la actualidad, los servicios de atención geriátrica declaran que más del 60% de sus usuarios está representado por el sexo femenino, y esto también constituye un reto para el modelo de atención de salud. (18)

En Ecuador en el año 2016 se realizó un estudio investigativo con el objetivo de Identificar el estado funcional de los adultos mayores y su influencia en la salud familiar en el Sector EU 23 de la ciudad de Latacunga. Cuya metodología de investigación es de tipo relacional, con un enfoque cualitativo – cuantitativo y de corte transversal. La población de estudio está conformada por 55 familias, con total de 74 adultos mayores, además esta información se la obtuvo bajo el consentimiento informado de los participantes. Los resultados obtenidos son los siguientes: el grupo de edades que predominó es de 65 – 74 años representado con el 52.70%, en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria el estado independiente se representa con un total de 72.97% y estado dependiente con un total de 27.03%, sin duda las actividades que realiza el adulto mayor es por su valoración personal, además las actividades instrumentales de la vida diaria en el estado independiente tiene un total de 9.46% y se identifica el estado dependiente tiene un total de 90.54%, esto se debe a que el 62.10% de las mujeres dependen de otras personas para realizar cuidados de la casa, tomar llamadas telefónicas, ir de compras, utilizar algún medio de transporte mientras que los hombres son independiente representado con un 10%, sobre el deterioro cognitivo se determina un estado moderado, pero tiene un alto riesgo social. También el resultado de criticidad de la salud familiar se representa por niveles de moderado y severo. Por lo que se exhorta continuar con el trabajo de mejorar los hogares con relaciones familiares óptimas para beneficiar el estado funcional del adulto mayor, mejorando así la salud familiar. (19)

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador perfecciona los protocolos de atención en salud de los adultos mayores, para garantizar una atención integral y un envejecimiento saludable, por medio de un conjunto de actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades, tratamiento oportuno y

recuperación idónea a cada uno de los pacientes adulto mayor, realizándolo de una manera que brinde una atención de calidad, calidez, eficacia, eficiente, oportuna y con equidad basado con un enfoque intercultural y comunitario. La actualización de un protocolo es fundamental ya que mejora la cobertura y la calidad de atención. Cabe recalcar que todo profesional de salud debe brindar una consulta de manera integral para reconocer los factores de riesgo que tiene el individuo, además realizar un examen físico exhaustivo que permita llegar al diagnóstico oportuno, también se puede ayudar con medios de exámenes complementarios. Realizando esto se puede reconocer los problemas de salud que afecta al adulto mayor y a la familia. De esta manera se realiza acciones oportunas a nivel familiar, favoreciendo a un envejecimiento saludable y con funcionamiento familiar idóneo. (20)

## **Marco conceptual.**

### **Familia:**

La Organización Mundial de Salud (OMS) define familia como:

"Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial". (21)

“Conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, entre otro.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”. (21)

La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso, en el campo de la salud, la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero”, por lo tanto, a ella se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población

del país. La comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Por ende, el abordaje de la atención debe integrar todos estos aspectos. (19)

La familia cumple importantes funciones para la sociedad y para el individuo tales como: biosocial, educativa y cultural – económica. La manera particular en que se dan estas funciones en una sociedad determinada depende en gran medida del sistema socio económico. Así en una sociedad dada en cada momento histórico las funciones pueden aparecer en estable o no estable. (1)

Es de gran importancia tener en cuenta que las familias que se desarrolla en el área rural y en el área urbana tienen características particulares y diferentes, por tal motivo es necesario que el equipo asistencial de salud que aplica el modelo de atención integral de salud debe conocer estas perspectivas, tipologías y dinámicas para la valoración de la persona de manera integral. (12)

### **Salud familiar:**

Es el resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, sus condiciones materiales de vida y la salud de cada uno de sus integrantes.

La salud familiar utiliza la concepción de la teoría general de sistemas, que busca un enfoque sistémico del individuo como un todo constituido por subsistemas que interactúan entre ellos. Al mismo tiempo se considera que las personas pertenecen a otros sistemas mayores (sistemas sociales), siendo la familia uno de los más importantes.

El modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS – FC), dinámico, interactivo, capaz de pronosticar y responder oportunamente a las características, necesidades actuales y futuras de salud. El conjunto de estrategias, normas, procedimientos que al completarse organiza el Sistema Nacional de Salud responde las necesidades de salud de las personas, familia y comunidad. Las prestaciones de salud se precisarán en cada nivel con base en el perfil epidemiológico y las determinantes de salud. (12)

El Modelo de Salud Familiar implica una atención, con el propósito de que las familias reciban servicios idóneos, y dicha atención a la salud familiar se caracteriza por ser primaria, integral, continua y anticipativa.

Primaria porque el primer contacto de los usuarios está dado por el equipo de salud, el cual sirve de vínculo y es la entrada natural a la red de servicios de salud, en un modelo establecido por niveles de atención en salud.

Integral por comprender las esferas biopsicosociales, en acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con atención personalizada al individuo, familia y comunidad.

Continua por identificar riesgos y poder prevenir, atender y limitar daños, durante todo el proceso salud-enfermedad.

Anticipativa por considerar con antelación riesgos y daños, según etapas críticas y fase del ciclo vital de las familias. (22)

La evaluación de la salud familiar se debe precisar los siguientes acápites.

**Caracterización de la familia:** debe tener en cuenta la composición y la etapa de desarrollo.

✓ Números de integrantes:

Pequeño: conformada de 1 – 3 personas.

Mediano: de 4 – 6 personas.

Grande: más de 7 personas.

✓ Según generaciones:

Unigeneracional.

Bigeneracional.

Trigeneracional.

Multigeneracional.

✓ Según la ontogénesis de la familia:

Familia nuclear.

Familia extensa.

Familia ampliada.

✓ Según la etapa de desarrollo de la familia:

Está dado por el ciclo vital de la familia, este proceso es continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia, desde el momento de la unión de pareja hasta su muerte.

**Formación:** inicia con el matrimonio culmina con el nacimiento del primer hijo.

**Expansión:** inicia con el nacimiento del primer hijo y culmina con la salida del primer hijo del hogar o adquiere la independencia económica.

**Dispersión:** inicia con la salida del primer hijo del hogar o independencia económica y culmina con salida del ultimo hijo del hogar o independencia económica.

**Contracción:** inicia con salida del ultimo hijo del hogar o independencia económica y culmina con la muerte de ambos cónyuges.

✓ Acontecimiento de la vida familiar:

Matrimonio.

Embarazo.

Nacimiento del hijo.

Ingreso del primer hijo a institución escolar.

Hijo adolescente.

Climaterio.

Jubilación.

Envejecimiento.

Muerte de cónyuge.

Es de gran importancia para el personal de salud identificar el acontecimiento de la vida familiar ya que está directamente relacionada con el enfoque familiar

en la atención de salud a nivel primario, incluso se determina el análisis integral de salud del individuo y colectivo.

✓ Crisis Familiar

La familia puede tener conflictos del desarrollo normativo, generando las crisis familiares la misma se clasifica en:

Crisis normativas o transitorias: son las relacionadas con los acontecimientos normales del desarrollo familiar.

Crisis paranormativas o no transitorias: son las relacionadas con los acontecimientos de carácter accidental y no guarda relación con el desarrollo familiar. Por tal motivo se clasifica en:

Desmembramiento: separación de los cónyuges, abandono, migración, muertes prematuras, hospitalización prolongada de un miembro familiar.

Incremento: adopción, regreso al hogar de algún miembro de la familia, convivencia temporal de un familiar o amigo.

Desmoralización: conducta antisocial, encarcelamiento, conflictos familiares con tendencia comunitaria.

Desorganización: está dado por pérdidas económicas importantes tales como pérdida de trabajo, pérdida de vivienda, deterioro de vivienda; y problemas de salud como embarazo no deseado, embarazo en adolescentes, infertilidad, problemas psicológicos, enfermedades crónicas descompensadas, enfermedades catastróficas, adicciones.

✓ Familiograma: es la representación gráfica de la familia, constituida por símbolos y trazos que permite dibujar el árbol familiar y además refleja datos útiles para el análisis de situación integral de salud. (12) (2)

## **Funcionamiento familiar:**

Un hogar que presente un funcionamiento familiar saludable permite a la familia cumplir con sus funciones y misiones que están socialmente asignados, entre los cuales está la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, la transmisión de valores éticos y culturales, la promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros, el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social), la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

La dinámica familiar de cada uno de los integrantes valora 7 categorías:

- ✓ **Adaptabilidad:** es la habilidad que tiene la familia para adaptarse en la estructura del poder, identificar roles y reglas frente a una situación que lo requiera.
- ✓ **Afectividad:** es la capacidad de la familia y de cada uno de sus miembros de expresar y demostrar sus sentimientos y emociones entre ellos.
- ✓ **Armonía:** se considera a la relación entre intereses y necesidades individuales con los de la familia, logrando un equilibrio positivo a nivel emocional.
- ✓ **Cohesión:** es la unión tanto emocional como física, de la familia, al enfrentarse a situaciones extras, que conlleva a la adecuada toma de decisiones en las tareas diarias y demás.
- ✓ **Comunicación:** cada integrante del hogar debe ser capaz de expresar sus ideas, experiencias de forma clara y directa.
- ✓ **Permeabilidad:** sin duda es la capacidad de cada miembro del hogar de dar y recibir experiencias, fuera del núcleo puede ser de otras familias o instituciones.
- ✓ **Roles:** cuando se cumple responsabilidades y funciones por cada miembro de la familia, llegando a una negociación por el núcleo. (2) (1)

La Prueba de Percepción Familiar (FF-SIL) permite demostrar el funcionamiento familiar de la siguiente forma:

- ✓ Familia Funcional.
- ✓ Familia Moderadamente Funcional.
- ✓ Familia Disfuncional.
- ✓ Familia Severamente Disfuncional.

### **Condiciones materiales de vida familiar:**

Satisfacción de la familia con los ingresos, esto se basa en criterios predominantes de la familia como: satisfechos, moderadamente satisfechos, insatisfechos.

Condiciones estructurales de la vivienda: si se encuentra en buenas condiciones la infraestructura esta sólida y con buen mantenimiento, si es regular las condiciones requiere de reparación, y mala condición la vivienda es insegura.

Equipamiento doméstico básico: posee al menos refrigeradora, radio, plancha, televisor y no tiene equipos básicos.

Hacinamiento: si la casa presenta hacinamiento o no hacinamientos. (2)

### **Salud de los integrantes de la familia:**

Se determina por el grado dispensarial de cada uno de los integrantes de la familia:

- ✓ Grupo dispensarial I: aparentemente sano.
- ✓ Grupo dispensarial II: presenta factores de riesgo.
- ✓ Grado dispensarial III: presenta enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- ✓ Grado dispensarial IV: tiene discapacidades. (12)

### **Adulto mayor:**

Actualmente se considera Adulto Mayor a las personas de 65 años y más. Se tomó esta edad como referencia, según la ley del anciano promulgada en el R.O. 806 de 6 de noviembre de 1991 y decreto ejecutivo No. 127 y su registro general en vigencia en el R.O. 961 del 19 de junio de 1992 y decreto ejecutivo No. 3437. (23)

### **Sexo:**

Un adulto mayor sea hombre o mujer llegan a afrontar problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de cambios biológicos propios de la edad, que a veces establecen de forma muy rígida, la capacidad para llevar a cabo un acto tan natural como, el de comer o dormir diariamente. (23)

### **Estado funcional del adulto mayor:**

(MIN- SAL, 2003) Determina que la funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, es decir, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, lo que demuestra que la funcionalidad esta conservada. (24)

El deterioro funcional en los adultos mayores toma cada día más fuerza como un problema mayor de salud pública. Actualmente se estima que el número de personas mayores con algún grado de discapacidad se triplicará para el 2050, debido al fenómeno de transición demográfica.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador utiliza test geriátrico para evaluar las actividades del adulto mayor, en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se utiliza el Índice de Katz, se toma en consideración actividades tales como: bañarse, se viste y desviste, apariencia personal, uso de inodoro, continencia, micción, defecación, trasladarse, acostarse, levantarse, caminar, se puede alimentar.

Para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se utiliza el Índice de Lawton y Brody, donde se analizan actividades como: cuidar la casa, uso de teléfono, lavado de ropa, uso de transporte, preparación de comidas, manejo del dinero, ir de compras, responsables de los medicamentos. (25)

### **Envejecimiento Saludable:**

Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores (PLANPAM 2013-2017) se refiere al envejecimiento saludable como: La mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad (26)

Esta etapa del adulto mayor la calidad de vida se asocia con la autonomía y su funcionalidad. Las personas que son independientes y presenta un estado emocional equilibrado y a la vez que se encuentren involucrados en actividades posteriores de la jubilación suelen vivir mejor, son más activos, sociables ya que aprovecha toda su capacidad. (27)

### **Envejecimiento Activo:**

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera al envejecimiento activo como: El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El envejecimiento exitoso es un estado donde una persona es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos – sociales, para compensar limitaciones fisiológicas y poder lograr una sensación de bienestar con una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad. (28)

### **Situación de riesgo en adultos mayores (OMS).**

- Edad 80 años y más.
- Que viva solo.
- Estado civil viudos.
- Que vivan en instituciones.
- Que se encuentren socialmente aislados.
- Ancianos sin hijos.
- Discapacidades.
- Que uno de los cónyuges se encuentre discapacitado o con enfermedad catastrófica. (27)

### **Marco contextual.**

En el Sector San Pedro Apóstol se realiza un estudio para determinar la relación entre el estado funcional y el funcionamiento familiar de los adultos mayores en el año 2018.

Ubicación geográfica: el sector San Pedro Apóstol se encuentra ubicado en el cantón Pedro Carbo de la provincia del Guayas cuyos límites geográficos son:

✓ Límites geográficos del cantón Pedro Carbo:

Norte y oeste: cantón Pajan de la provincia de Manabí.

Este: cantón Isidro Ayora y Colimes de la provincia del Guayas.

Sur: cantón de Santa Elena de la provincia de Santa Elena.

✓ Límites geográficos del Sector San Pedro Apóstol:

Norte y oeste: en el barrio Guayaquil.

Sur: sector Brisa del Río.

Este: sector Pedregal.

### Condiciones del medio ambiente:

Se observa que el aire presenta características desfavorables por la contaminación debido al humo de ciertos transportes de cooperativa que ya no deberían circular, esto destruye la capa de ozono provocando enfermedades relacionada con la piel; también hay presencia de mucho polvo en sus alrededores. Todas las personas sin importar la edad ni el sexo son muy susceptibles de padecer diversas enfermedades respiratorias, alergias, entre otras.

El consumo de agua de esta población es potable y su provisión es mediante una red de tubería que pasa por dentro de la casa en ocasiones puede llegar hasta el patio de las casas, para recolectar el agua en tanques o cisternas. Hay hogares que hierven el agua de consumo otros compran agua purificada en botellones; se inculca a la población consumir esta clase de agua para prevenir enfermedades.

El suelo es fértil ya que existe sembrío de arroz, algodón, maíz, girasol, maní, banano, paja toquilla. En el sitio la Chonta se procesa el algodón y también se ha establecido piladora de arroz. Hay que aprovechar este recurso natural porque ayuda mucho a la economía del cantón.

### Condiciones económicas:

De gran trascendencia en el desarrollo de Pedro Carbo, ha sido siempre la agricultura, con el cultivo de arroz, maíz, ajonjolí, árboles de tamarindo, achiote, café, algodón, tomates, pimientos, fréjol de palo, aguacate, frutas tales como naranjas, caña dulce, papaya, sandía, mango, ciruela, guayaba y otros. Además, cabe recalcar que actualmente se está fortaleciendo a la economía mediante varios comerciantes ya que realizan las llamadas ferias donde se oferta los productos todos los fines de semana. (29)

## **Marco legal.**

La constitución de la República de Ecuador año 2008 expresa lo siguientes acápite:

Artículo 36: “las personas adultas mayores recibirán una atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia.”

Artículo 37: “El estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1.- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.”

Artículo 38.- “El estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentara el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

Por lo que el Estado tomara las siguientes medidas:

1.- “Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.”

2.- “Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.”

4.- “Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole o negligencia que provoque tales situaciones.”

6.- “Atención preferente, en caso de todo tipo de emergencias y desastres.”

8.- “Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufren enfermedades

crónicas y degenerativas.”

9.- “Adecuada asistencia económica y psicológica para que garantice su estabilidad física y mental.”

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores, por parte de los familiares o las instituciones establecidas para su protección.

La Ley del Anciano, por su parte, se constituyó en una norma de carácter obligatorio y permanente, que versa sobre materia de interés particular y precautela los derechos económicos, sociales, legales y de prestación integral, de servicios médicos asistenciales, a favor de todas las personas mayores de 65 años. En ella se garantiza el derecho a un mejor nivel de vida. Además, se especifica el papel que deben desempeñar en su ejecución las distintas instituciones nacionales creadas en la norma, como son el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, adscrito al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). El Reglamento que norma el funcionamiento de los Centros de Atención Gerontológico, otorga permisos de funcionamiento de Centros de Atención a los Adultos Mayores. (30)

## **FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

Existe relación entre la funcionalidad del adulto mayor y el funcionamiento familiar en el sector San Pedro Apóstol del centro de salud Pedro Carbo.

## MÉTODOS

### **Justificación de la elección del método.**

Se realizó un estudio en la población de adultos mayores del sector San Pedro Apóstol del centro de salud Pedro Carbo en el año 2018 con el propósito de relacionar la funcionalidad del adulto mayor con el funcionamiento familiar de sus hogares; de nivel investigativo relacional porque se relacionan dos variables (bivariado), observacional ya que no existió intervención del investigador, según la planificación de la toma de datos es prospectivo, porque la fuente de información de los datos es primaria, la autora recoge la información directamente, transversal ya que se miden las variables en una sola ocasión y según el número de variables, es analítico al intervenir más de dos variables de estudio.

### **Diseño de la investigación.**

#### ***Criterios y procedimientos de la selección de la muestra o participantes del estudio.***

La población de estudio está conformada por 123 adultos mayores pertenecientes al sector San Pedro Apóstol del centro de salud Pedro Carbo.

Criterio de Inclusión:

Familia con adulto mayor jefe de hogar que desee participar y firme el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

Adultos mayores que en dos ocasiones de haberse visitado no se encuentre en domicilio.

## ***Procedimientos de la recolección de la información.***

Para la recolección de la información se socializó inicialmente en el sector San Pedro Apóstol junto a líderes comunitarios y moradores, sobre la ejecución del proyecto de familias con adulto mayor, donde cuya recogida de información fue durante los meses de marzo a mayo del año 2018.

Se utilizó fuentes primarias: encuesta (cuestionario) y psicometría.

Para la información de las variables sociodemográfica se realizó una encuesta/cuestionario elaborado por la autora y validado por especialistas de Medicina General Integral y Bioestadística.

Sobre la información relacionada con la funcionalidad del adulto mayor se obtuvo por medio de la aplicación de test geronto-geriátricos como el Índice de Katz modificado y el Índice de Lawton y Brody modificado validado por Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (31)

Índice de Katz modificado evalúa las actividades básica vida diaria (ABVD), como bañarse, se viste y desviste, uso de inodoro, continencia, micción, defecación, trasladarse, sentarse, acostarse, caminar, alimento con la asignación de la siguiente puntuación: 2 puntos independiente; 1 punto ayuda; y 0 puntos si es dependiente.

Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía.

Además, se construyó un indicador por la autora del estudio, utilizando escala Likert para resumir el índice de Katz, se usaron las mismas categorías de cada uno de los ítems de esta escala, el indicador quedó elaborado de la manera siguiente:

Independientes: de 16 a 12 puntos.

Ayuda: de 11 a 6 puntos.

Dependiente: de 5 a 0 puntos.

El índice de Katz modificado permite prever el orden de la pérdida de las funciones y a su vez intensificar las intervenciones sobre ellas.

El Índice de Lawton y Brody modificado valora las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como cuidar la casa, lavado de ropa, preparación de comida, ir de compras, uso de teléfono, uso de transporte, manejo de dinero, responsable de su medicación; con esta escala se determina el grado de dependencia representado por las siguientes puntuaciones:

Independientes: 0 a 8 puntos.

Necesita cierta ayuda: 9 a 20 puntos.

Necesita mucha ayuda: 21 y más puntos.

La información relacionada con el funcionamiento familiar se obtuvo por la aplicación de la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar FF-SIL valorando el criterio de cada uno de los adultos mayores. Este test es validado por Louro Bernal y coautores; consta de 14 preguntas donde la categoría casi siempre tiene un valor de 5 puntos, muchas veces está representado por 4 puntos, a veces de 3 puntos, pocas veces de 2 puntos y casi nunca de 1 punto, donde cuyos resultados determina si es una familia funcional de 70 a 57 puntos, familia moderadamente funcional de 56 a 43 puntos, familia disfuncional de 42 a 28 puntos y severamente disfuncional de 27 a 14 puntos.

### ***Técnica de recolección de información.***

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

<b>Variable</b>	<b>Tipo de técnica</b>
Grupos de edad	Encuesta (Cuestionario)
Sexo	Encuesta (Cuestionario)
Estado civil	Encuesta (Cuestionario)
Etnia	Encuesta (Cuestionario)
Ocupación	Encuesta (Cuestionario)
Nivel de instrucción	Encuesta (Cuestionario)
Funcionalidad del adulto mayor Actividad básica de la vida diaria (ABVD)	Psicometría (Índice de Katz)
Funcionalidad del adulto mayor Actividad instrumental de la vida diaria (AIVD)	Psicometría (Índice de Lawton y Brody)
Funcionamiento familiar	Psicometría (FF-SIL)

### ***Técnica de análisis estadístico.***

Los datos fueron recolectados mediante la aplicación de los test antes mencionados y su vaciamiento se realizó en una computadora laptop marca HP Intel Core i5 en una base de datos de Excel, de tal forma que en las filas se ubicaron a cada uno de los individuos entrevistados y en las columnas las variables. Para relacionar las variables se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 utilizando la prueba no paramétrica de  $X^2$  bondad de ajuste dado que el estudio es transversal, variable de estudio es categórica y de un solo grupo.

## Variables

### *Cuadro de operacionalización de variables.*

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor final</b>	<b>Tipo de Escala</b>
Grupos de edad	Años cumplidos	65 a 69 años 70 a 74 años 75 a 79 años 80 a 84 años 85 y más años	Numérica discreta
Sexo	Caracteres sexuales externos	Masculino Femenino	Catagórica nominal dicotómica
Estado civil	Condición social relacionado con la pareja	Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo	Catagórica nominal politómica
Etnia	Autoidentificación	Mestizo Blanco Indígena Montubio Afroecuatoriano Mulato	Catagórica nominal politómica
Ocupación	Actividad laboral que realiza	Jubilado Jornalero Ama de casa Cuenta propia Trabajador del sector público Trabajador del sector privado	Catagórica nominal politómica

Nivel de instrucción	Último nivel escolar terminado	Ninguno Primario Secundario Universitario	Categórica ordinal politómica
Funcionalidad del adulto mayor Actividades básicas de vida diaria (ABVD)	Test geronto - geriatría de MSP/Índice de Katz modificado	Independiente  Ayuda  Dependiente	Categórica nominal politómica
Funcionalidad del adulto mayor Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Test geronto - geriatría de MSP / Índice de Lawton Brody modificado	Independiente  Necesita cierta ayuda  Necesita mucha ayuda	Categórica nominal politómica
Funcionamiento familiar	Prueba de percepción del funcionamiento familiar/Escala (FF-SIL)	Severamente disfuncional Disfuncional Moderadamente funcional Funcional	Categórica nominal politómica

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

✓ El análisis de las variables sociodemográficas se representa por cuatro tablas estadísticas.

**TABLA 1: Distribución de adultos mayores según grupos de edad y sexo. Sector San Pedro Apóstol. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Grupos de edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>65 a 69</b>	26	48,1	34	49,2	60	48,8
<b>70 a 74</b>	8	14,8	21	30,4	29	23,6
<b>75 a 79</b>	6	11,1	3	4,3	9	7,3
<b>80 a 84</b>	9	16,7	7	10,2	16	13,0
<b>85 y más</b>	5	9,3	4	5,9	9	7,3
<b>Total</b>	54	100	69	100	123	100

Tabla número 1 muestra la distribución de los adultos mayores según grupos de edad y sexo. En el estudio participaron un total de 123 adultos mayores, se aprecia que el grupo de edad que predomina es de 65 – 69 años con un número de 60 personas representado con el 48.8% y en esta categoría predomina el sexo femenino con 34 mujeres representado con el 49,2%.

En el año 2012 se realizó un estudio en México sobre funcionalidad familiar y percepción de adultos mayores donde predominó las siguientes variables el grupo de edades de 65 – 69 años representado con el 34.2% y el sexo femenino con el 56.7% (32). Pero otro estudio realizado en adultos mayores en el año 2017 en Cuba hay un predominio del sexo femenino con el 67.9% (18). Esto nos indica que estudios realizados en otros países concuerdan con el estudio presente.

**TABLA 2: Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Sector San Pedro Apóstol. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Estado civil	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Soltero</b>	0	0	9	13,0	9	7,3
<b>Casado</b>	43	79,8	41	59,4	84	68,3
<b>Unión libre</b>	1	1,8	3	4,3	4	3,3
<b>Separado</b>	3	5,5	4	5,8	7	5,7
<b>Viudo</b>	7	12,9	12	17,5	19	15,4
<b>Total</b>	54	100	69	100	123	100

Tabla 2 nos demuestra la distribución de adultos mayores del sector según estado civil y sexo. Se aprecia que el total de adultos mayores que predomina son los casados con un total de 84 personas que se representa con el 68,3% predominando en esta categoría el sexo masculino.

Estudio realizado en el año 2017 en Ecuador provincia del Guayas sobre el funcionamiento familiar en hogares de adulto mayor en cuanto a estado civil predominio los casados representado con el 47%. Por tanto, en ambos estudios realizado al adulto mayor predomina el estado civil casados. (33)

**TABLA 3: Distribución de adultos mayores según ocupación y sexo. Sector San Pedro Apóstol. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Ocupación	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ninguno</b>	20	37,0	2	2,8	22	17,9
<b>Jubilado</b>	4	7,4	1	1,5	5	4,1
<b>Jornalero</b>	11	20,5	0	0	11	8,9
<b>Ama de casa</b>	0	0	59	85,5	59	48,0
<b>Cuenta propia</b>	19	35,1	7	10,2	26	21,1
<b>Total</b>	54	100	69	100	123	100

Tabla 3 indica la distribución de adultos mayores según ocupación y sexo del sector San Pedro Apóstol. Se observa que hay un predominio de amas de casa con un total de 59 mujeres representado con el 48% seguido la ocupación de cuenta propia con un total de 26 personas representado con el 21,1% predominando en esta categoría el sexo masculino.

Ecuador 2017 estudio realizado de funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores la ocupación predominó el ama de casa con el 50%. (32) ambos estudios coinciden que la ocupación amas de casa predomina.

**TABLA 4: Distribución de adultos mayores según nivel de instrucción y sexo. Sector San Pedro Apóstol. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Nivel de instrucción	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ninguno</b>	17	31,4	17	24,6	34	27,6
<b>Primario</b>	32	59,2	47	68,3	79	64,2
<b>Secundario</b>	4	7,6	3	4,3	7	5,7
<b>Universitario</b>	1	1,8	2	2,8	3	2,4
<b>Total</b>	54	100	69	100	123	100

La tabla 4 nos indica la distribución de adultos mayores según nivel de instrucción y sexo del sector San Pedro Apóstol. Se aprecia que predomina el nivel de instrucción primario con el total de 79 personas representado con el 64,2% y a su vez en esta categoría predomina el sexo femenino, le sigue ningún nivel de instrucción con el total de 34 personas representado con el 27,6% pero en esta categoría se demuestra que hay una igualdad de personas según sexo.

En el año 2017 se realizó en Colombia un estudio sobre la funcionalidad y grado de dependencia del adulto mayor donde predomina el nivel de instrucción primaria con el 53,3%. (34) y en Chile, Jocelyn Mora Quezada en el año 2017, realizó estudio en adultos mayores del sector 3 del Centro de Salud Familiar Talcahuano Sur donde se demuestra que el nivel de instrucción que predomino es básico con el 70,9%. (17) esto estudios realizados a los adultos mayores en otros países concuerdan que el nivel de instrucción que predomina es primario.

En cuanto a la variable sociodemográfica etnia los 123 adultos mayores se auto- identificaron como mestizo y se representa con el 100%.

✓ Para realizar el análisis de variable de funcionalidad de adulto mayor se presenta las siguientes tablas estadísticas.

**Tabla 5: Distribución de adultos mayores según funcionalidad (Índice de Katz) y grupos de edades. Sector San Pedro Apóstol. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Grupos de edades	Funcionalidad (Índice de Katz)					
	Dependiente		Ayuda		Independiente	
	N	%	N	%	N	%
<b>65 a 69</b>	0	0	7	16	31	45,5
<b>70 a 74</b>	0	0	9	21	16	23,5
<b>75 a 79</b>	4	33,3	10	23	9	13,5
<b>80 a 84</b>	4	33,3	8	19	7	10,5
<b>85 y más</b>	4	33,3	9	21	5	7,0
<b>Total</b>	12	99,9	43	100,0	68	100,0

Tabla 5 nos indica la distribución de la funcionalidad del adulto mayor a través del índice de Katz y grupos de edades. Se determina que la funcionalidad por medio de la actividad básica de la vida diaria en la categoría independiente y grupo de edad de 65 a 69 años predomina 31 personas representado con el 45,5% en la categoría ayuda y grupo de edad de 75 a 79 años predomina 10 personas con el 23% y son dependiente 3 grupos de edades desde 75 años y más cada uno de ellos conformado por 4 personas que representa el 33,3%. Además, cabe recalcar que existe un predominio de personas independiente con un total de 68 adultos mayores.

Ecuador 2016 se realizó estudio adultos mayores en el sector EU 23 Latacunga y el Índice de Katz demuestra que el estado independiente se representa con

un total de 72.97% (19). Lo que nos indica que hay una concordancia entre ambos estudios.

**Tabla 6: Distribución de adultos mayores según funcionalidad (Índice de Lawton y Brody) y grupos de edades. Sector San Pedro Apóstol. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Grupos de edades	Funcionalidad (Índice Lawton y Brody)					
	Independiente		Necesita cierta ayuda		Necesita mucha ayuda	
	N	%	N	%	N	%
<b>65 a 69</b>	37	77,0	20	28,1	0	0
<b>70 a 74</b>	5	13,0	23	32,4	4	50,0
<b>75 a 79</b>	2	10,0	6	8,6	1	12,5
<b>80 a 84</b>	0	0	15	21,1	1	12,5
<b>85 y más</b>	0	0	7	9,8	2	25,0
<b>Total</b>	48	100,0	71	100,0	8	100,0

Tabla 6 nos indica la distribución de la funcionalidad del adulto mayor a través del índice de Lawton y Brody y grupos de edad. Se demuestra que de los 123 adultos mayores que realizan actividades instrumentales de la vida diaria son independientes en los grupos de edades de 65 a 69 años 37 personas representado con el 77% en cuanto necesita cierta ayuda en los grupos de edades de 70 a 74 años son 23 personas correspondiente al 32,4% y necesita mucha ayuda en el grupo de edad de 70 a 74 años 4 personas que corresponde al 50%.

Ecuador 2016 se realizó estudio adultos mayores en el sector EU 23 Latacunga y el Índice de Lawton y Brody demuestra que el estado dependiente se representa cuando necesita cierta y mucha ayuda con un total de 90.54% (19). Entre ambos estudios existe concordancia.

✓ El análisis de funcionamiento familiar se representa con una tabla estadística.

**Tabla 7: Distribución de los adultos mayores según funcionamiento familiar (FF-SIL). Sector San Pedro Apóstol. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

<b>Funcionamiento familiar FF-SIL</b>	<b>Adultos mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Familia severamente disfuncional</b>	4	3,25
<b>Familia disfuncional</b>	21	17,07
<b>Familia moderadamente funcional</b>	32	26,03
<b>Familia funcional</b>	66	53,65
<b>Total</b>	123	100

Tabla 7 nos demuestra la distribución del funcionamiento familiar en los hogares de los adultos mayores a través de la prueba de percepción familiar FF- SIL. Hay un predominio de familias funcionales en 66 adultos mayores que corresponde al 53.65%, seguido de familias moderadamente funcional representado con un total de 32 adultos mayores que corresponde al 26.03%.

En Cuba año 2017 estudio realizado por Raidel Gonzales a familias con adultos mayores demuestra que hay un predomino de familias funcionales en 80 adultos mayores representado con el 73,2%. (18) por tal motivo concuerda con el estudio presente.

✓ Para determinar la relación entre funcionalidad del adulto mayor y funcionamiento familiar se presenta las siguientes tablas estadística.

**TABLA 8: Distribución de adultos mayores según relación entre funcionalidad (Índice de Katz) y el funcionamiento familiar. Sector San Pedro Apóstol. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

<b>Funcionamiento familiar</b>  <b>FF-SIL</b>	<b>Funcionalidad (Índice de Katz)</b>							
	<b>Dependiente</b>		<b>Ayuda</b>		<b>Independiente</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Severamente disfuncional</b>	2	50	0	0	2	5,6	4	3,2
<b>Disfuncional</b>	0	0	0	0	21	17,2	21	17,2
<b>Moderadamente funcional</b>	2	50	0	0	30	24,6	32	26,2
<b>Funcional</b>	0	0	1	100	65	52,6	66	53,4
<b>Total</b>	4	100	1	100	118	100	123	100

**p=<0,001**

La tabla 8 demuestra la relación entre funcionalidad (Índice de Katz) y el funcionamiento familiar FF-SIL. El Índice de Katz evalúa la funcionalidad del adulto mayor por medio de las actividades básica de la vida diaria y el FF- SIL permite conocer el funcionamiento familiar esto nos indica que hay una significación estadística debido que el valor  $p = <0,001$ . Con estos resultados de ambas escalas se confirma que la hipótesis planteada es positiva y que existe relación entre la funcionalidad del adulto mayor y funcionamiento familiar en el sector San Pedro Apóstol.

Chile 2016 estudio realizado por Claudia Troncoso sobre funcionamiento familiar y grado de dependencia en el adulto mayor demuestra que no hay asociación entre ambas variables valor  $p = < 0,161$ . (35) Pero en Ecuador año 2016 estudio realizado por Abigail López demuestra que hay significación estadística y el valor  $p = < 0,000$  en cuanto salud familiar y el índice de Katz. (19)

**TABLA 9: Distribución de adultos mayores según relación entre funcionalidad (Índice de Lawton y Brody) y funcionamiento familiar. Sector San Pedro Apóstol. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Funcionamiento familiar FF-SIL	Funcionalidad (Índice Lawton y Brody)							
	Independiente		Necesita cierta ayuda		Necesita mucha ayuda		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Severamente disfuncional</b>	0	0	2	1,6	2	25	4	3,2
<b>Disfuncional</b>	4	9,1	16	22,5	1	12,5	21	17,1
<b>Moderadamente funcional</b>	9	20,5	20	28,2	3	37,5	32	26
<b>Funcional</b>	31	70,5	33	46,5	2	25	66	53,7
<b>Total</b>	4	100	71	100	8	100	123	100

**$p = < 0,002$**

La tabla 9 demuestra la relación entre funcionalidad (Índice de Lawton y Brody) con el funcionamiento familiar FF-SIL. El Índice de Lawton y Brody

evalúa la funcionalidad del adulto mayor por medio de las actividades instrumentales de la vida diaria y el FF- SIL permite conocer el funcionamiento familiar esto nos indica que hay significación estadística y que el valor  $p = < 0,002$ . Estos resultados de las escalas confirman que la hipótesis planteada es positiva de que existe relación entre la funcionalidad del adulto mayor y funcionamiento familiar en el sector San Pedro Apóstol.

Ecuador en el año 2016 estudio realizado por López Ana sobre salud familiar y funcionalidad del adulto mayor por medio del Índice de Lawton y Brody presenta una asociación entre ambas variables y el valor  $p = < 0,001$ . (19)

## CONCLUSIONES

- Las variables sociodemográficas del adulto mayor del sector San Pedro Apóstol del centro de salud Pedro Carbo predominó las siguientes categorías, grupo de edades de 65 – 69 años, sexo femenino, estado civil casado, etnia mestiza, ocupación ama de casa, nivel de instrucción primaria.
- Funcionalidad del adulto mayor por medio del Índice de Katz modificado hay un predominio de las personas independientes y por medio del Índice Lawton y Brody modificado son las personas que necesita ayuda.
- En el funcionamiento familiar de los hogares de los adultos mayores hay predominio de las familias funcionales seguidos de las familias moderadamente funcional.
- Se determina que existe una asociación entre funcionalidad del adulto mayor y funcionamiento familiar.

## **VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Este estudio investigativo presenta fortaleza por el hecho de obtener datos por medio de encuesta/cuestionario realizadas a los adultos mayores y a su vez permite una aproximación real de la problemática, este acercamiento permite conocer la relación entre la funcionalidad del adulto mayor y funcionamiento familiar en el sector San Pedro Apóstol del centro de salud Pedro Carbo, el mismo constituye una ventaja para las instituciones que promueven política de salud, por ende permite realizar actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de esta población, para así mejorar la calidad de vida, fortalecer los factores protectores, disminuir los factores de riesgo, mantener un adecuado control de las enfermedades crónica, para que los adultos mayores sigan formando parte del ámbito familiar, comunitario y social.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sintes Á. Familia en el ejercicio de la Medicina General. In Médicas C, editor. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 533-554.
2. Bernal IL. Evaluación de la Salud Familiar. In Médicas C, editor. Manual para la Intervención en la Salud Familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 13-31.
3. Parra MS. ResearchGate. [Online].; 2005 [cited 2017 11 01. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/262480545\\_ADULTOS\\_MAYORES\\_FUNCIONALES\\_UN\\_NUEVO\\_CONCEPTO\\_EN\\_SALUD](https://www.researchgate.net/publication/262480545_ADULTOS_MAYORES_FUNCIONALES_UN_NUEVO_CONCEPTO_EN_SALUD).
4. Alvear MTd. Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud-PAHO-Argentina. [Online].; 2016 [cited 2017 11 01. Available from: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9982:la-ops-avanza-en-la-cooperacion-con-el-pami&Itemid=290](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=9982:la-ops-avanza-en-la-cooperacion-con-el-pami&Itemid=290).
5. Margaret C. Organización Mundial de Salud. [Online].; 2012 [cited 2017 11 01. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012\\_2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012_2_spa.pdf).
6. Paulo S. Organización de Naciones Unidas. [Online].; 2017 [cited 2017 11 01. Available from: <https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/es/noticias/cepal-envejecimiento-provocara-caida-la-poblacion-america-latina-caribe-2060>.
7. Guzman J. Organización de Naciones Unidas/Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [Online].; 2016 [cited 2017 11 01. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>.
8. Calahorrano N. Avances en el cumplimiento de los Derechos de las personas Adultas Mayores. Informe de país. Quito-Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social, Atención Integral Gerontológica; 2012.
9. Alvear MTd. Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud- PAHO-Argentina. [Online].; 2012 [cited 2017 11 01. Available from: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=929:viviran-mas-80-anos-mas-mitad-que-nazcan-americas-proxima-decada&Itemid=290](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=929:viviran-mas-80-anos-mas-mitad-que-nazcan-americas-proxima-decada&Itemid=290).

10. Mendoza L. El Telegrafo - La esperanza de vida es de 76.5 años. [Online].; 2016 [cited 2017 11 06. Available from: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/la-esperanza-de-vida-en-el-pais-es-de-76-5-anos>.
11. Paredes K. El Telegrafo - El abandono a dulto mayores ahora se castiga con prisión. [Online].; 2014 [cited 2017 11 06. Available from: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra-mayor/17/el-abandono-a-adultos-mayores-ahora-se-castiga-con-prision>.
12. Chiriboga D. Manual Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) - Ecuador. [Online].; 2013 [cited 2017 11 06. Available from: [manual\\_mais\\_2013.pdf](#).
13. Ministerio de Inclusión Economía y Social - Ciudadanía Activa y Envejecimiento Positivo. [Online].; 2013 [cited 2017 11 06. Available from: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%ABblica.pdf>.
14. Vera D. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). [Online].; 2010 [cited 2017 11 06. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/guayas.pdf>.
15. Vera D. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). [Online].; 2010 [cited 2017 11 06. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos\\_Censales/Fasc\\_Cantonaes/Guayas/Fasciculo\\_Pedro\\_Carbo.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos_Censales/Fasc_Cantonaes/Guayas/Fasciculo_Pedro_Carbo.pdf).
16. Chan M. Organización Mundial de Salud - Washington. [Online].; 2015 [cited 2017 11 01. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es).
17. Jocelyn de las Nieves Mora Quezada CFOPSMRA. Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. Revista Cubana. 2017 Feb; 33(1).
18. Dr. Raidel González Rodríguez IJuan Cardentey García DdlCHDGRÁ,MJC. Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. Revista Archivo Médico de Camaguey - Scielo. 2017 Aug; 21(4).
19. Guerrero AAL. Salud Familiar y Funcionalidad del Adulto Mayor del sector EU 23. Latacunga. 2016. 2016..
20. Salud Sd. Agencia Pública Noticia de Quito - Se perfecciona protocolos de atención de salud para adultos mayores. [Online].; 2017 [cited 2017 11 07.

- Available from:  
[http://prensa.quito.gob.ec/index.php?module=Noticias&func=news\\_user\\_view&id=24833&umt](http://prensa.quito.gob.ec/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=24833&umt).
21. Curie M. Organización Mundial de Salud - Deficiencia de la Familia según OMS. [Online].; 2015 [cited 2017 11 11. Available from: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Definicion-De-Familia-Segun-La-Oms/68090662.html>.
  22. Salvador MdSPdS. PAHO-ORG. [Online].; 2012 [cited 2017 11 7. Available from: [http://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=reforma-del-sector-salud&alias=1002-modelo-de-salud-familiar&Itemid=364](http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=reforma-del-sector-salud&alias=1002-modelo-de-salud-familiar&Itemid=364).
  23. Villacis B. Instituto de Estadística y Censos - Población adulto mayor. [Online].; 2010 [cited 2017 11 07. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios Economicos/Evolucion de la industria Alimentaria Beb 2001-2006/Poblacion Adulto Mayor.pdf>.
  24. Marcela Sanhueza Parra MCSJME. Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto en salud. Ciencia y Enfermería Concepción - Scielo. 2005 Dec; 11(2).
  25. Carlos Cano-Gutiérrez MGBCROAJARST. Revista Instituto Nacional de Biomedica - Colombia. [Online].; 2015 [cited 2017 11 11. Available from: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3197/3547>.
  26. Luis P. Scielo. [Online].; 2018 [cited 2018 10 10. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2016.v33n2/199-201/es/>.
  27. Miranda. SCRIBD. [Online].; 2014 [cited 2018 10 10. Available from: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>.
  28. Pinedo LV. Revista Peru Salud Pública - Salud y calidad de vida en el adulto mayor. [Online].; 2016 [cited 2017 11 11. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a01v33n2.pdf>.
  29. Romero LIF. Gobierno Municipal Autónomo Cantón Pedro Carbo - Trayectoria histórica del Cantón Pedro Carbo. [Online].; 2012 [cited 2017 11 15. Available from: [http://www.pedrocarbo.gob.ec/datos/libro\\_thpc.pdf](http://www.pedrocarbo.gob.ec/datos/libro_thpc.pdf).
  30. Yáñez PÁ. Ministerio Salud Pública Ecuador - Normas y protocolos de atención

- integral de salud de los y las adultos mayores. [Online].; 2010 [cited 2017 11 15]. Available from: [http://www.academia.edu/24822111/MSP Normas y protocolos de atenci i%C3%B3n integral de salud de los adultos mayores.](http://www.academia.edu/24822111/MSP_Normas_y_protocolos_de_atenci%C3%B3n_integral_de_salud_de_los_adultos_mayores)
31. Ecuador MSP. Guías clínicas gerontogeriatricas en atención primaria de salud para adultos mayores. [Online].; 2011 [cited 2017 11 11]. Available from: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>.
  32. Erika C. Funcionalidad familiar: Percepción de los adultos mayores de una comunidad rural. [Online].; 2014 [cited 2018 10 22]. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2012FUNCIONALIDADFAMILIARPERCEPCIONDELOAADULTOSMAYORES.pdf>.
  33. Huacon N. [Online].; 2017 [cited 2018 10 22]. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7391/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-8.pdf>.
  34. Laguado E. Funcionalidad y grado de dependencia del adulto mayor. [Online].; 2017 [cited 2018 10 22]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>.
  35. Troncoso C. funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial del adulto mayor. [Online].; 2016 [cited 2018 10 23]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v18n1/a04v18n1.pdf>.
  36. Adhanom T. Organización Mundial de Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 11 01]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
  37. Waters WF. Biblioteca Virtual en Salud. [Online].; 2014 [cited 2017 11 01]. Available from: <http://www.igualdad.gob.ec/biblioteca/biblioteca-de-igualdad/foro-flacso-2014/1202-adultos-mayores-por-william-walters/file.html>.
  38. Salud Sd. Agencia Publica de Noticia de Quito. [Online].; 2017 [cited 2017 11 01]. Available from: [http://prensa.quito.gob.ec/index.php?module=Noticias&func=news user vie w&id=24833&umt=Se%20perfeccionan%20protocolos%20de%20atenci%F3n%20en%20salud%20para%20los%20Adultos%20Mayores.](http://prensa.quito.gob.ec/index.php?module=Noticias&func=news_user_vie w&id=24833&umt=Se%20perfeccionan%20protocolos%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20salud%20para%20los%20Adultos%20Mayores)
  39. Salud Sd. Agencia Publica de Noticia de Quito. [Online].; 2017 [cited 2017 11 01]. Available from:

[http://prensa.quito.gob.ec/index.php?module=Noticias&func=news\\_user\\_view&id=24833&umt=Se%20perfeccionan%20protocolos%20de%20atenci%F3n%20en%20salud%20para%20los%20Adultos%20Mayores](http://prensa.quito.gob.ec/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=24833&umt=Se%20perfeccionan%20protocolos%20de%20atenci%F3n%20en%20salud%20para%20los%20Adultos%20Mayores)

40. Ministerio de Salud Pública Ecuador - Guías clínicas gerontogeriatría en atención primaria de salud para adultos mayores. [Online].; 2011 [cited 2017 11 11]. Available from: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>.

## **Anexo 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del trabajo: “Relación entre funcionalidad del adulto mayor y funcionamiento familiar. Sector San Pedro Apóstol. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018”

Investigadora: Dra. Selene Katherine Rojas Reyes.

Estimado (a) señor (a):

Solicitud del consentimiento informado.

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración, en un estudio investigativo en la población de adultos mayores del sector San Pedro Apóstol del Centro de salud Pedro Carbo en el año 2018, con el propósito de relacionar la funcionalidad del adulto mayor con el funcionamiento familiar de sus hogares. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos, propósitos bien definidos. En todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará costo económico y será aplicado únicamente por mi persona. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla el investigador y que le sirve como requisito solicitado por la Universidad Católica Santiago de Guayaquil la autorización del adulto mayor para participar en la investigación.

Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio. También me han explicado que puedo renunciar a la participación en cualquier momento del desarrollo del proyecto, sin que se afecten mis servicios en este centro de salud. El investigador me informará sobre los resultados obtenidos en el estudio, si así lo solicito. Y para que así conste y por mi libre voluntad firmo el presente consentimiento conjuntamente con el autor en Pedro Carbo a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

---

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CI:

## Anexo 2

### ENCUESTA - CUESTIONARIO.

#### Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Estimado paciente:

Me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre “Relación entre funcionalidad del adulto mayor y funcionamiento familiar. Sector San Pedro Apóstol. Centro de salud Carbo. Año 2018”, por lo que necesito su mayor colaboración actualizando los siguientes datos.

De antemano le agradezco su participación.

Podría anotar su(s) Nombre(s) y apellido(s) completos:

\_\_\_\_\_

¿Qué edad tiene actualmente?: \_\_\_\_\_

Anote su sexo: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero (a): \_\_\_\_\_

Casado (a): \_\_\_\_\_

Unión libre: \_\_\_\_\_

Separado (a): \_\_\_\_\_

Divorciado (a): \_\_\_\_\_

Viudo (a): \_\_\_\_\_

¿Cómo se auto-identifica desde el punto de vista étnico? Elija una de las siguientes opciones:

Mestizo (a): \_\_\_\_\_

Blanco (a): \_\_\_\_\_

Indígena (a): \_\_\_\_\_

Montubio(a): \_\_\_\_\_

Afro ecuatoriano (a): \_\_\_\_\_

Mulato (a): \_\_\_\_\_

¿Cuál es su situación laboral actual?

Jubilado (a): \_\_\_\_\_

Jornalero: \_\_\_\_\_

Ama de casa: \_\_\_\_\_

Cuenta propia: \_\_\_\_\_

Trabajador del sector público: \_\_\_\_\_

Trabajador del sector privado: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel de instrucción escolar?

Ninguno: \_\_\_\_\_

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Universitario: \_\_\_\_\_

### Anexo 3

#### EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) ÍNDICE DE KATZ.

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	AYUDA	DEPENDIENTE
Se baña.			
Se viste y desviste.			
Apariencia personal.			
Uso de inodoro.			
Continencia, micción, defecación.			
Trasladarse, acostarse, levantarse.			
Caminar.			
Se alimenta.			

Fuente: Guías clínicas geronto-geriátricas de atención primaria de salud para adulto mayor MSP.

I = INDEPENDIENTE = 2 puntos

A = AYUDA = 1 puntos

D = DEPENDIENTE = 0 puntos

#### Escala de Likert para el Índice de Katz

16 - 12 puntos = independiente

11 - 6 puntos = ayuda

5 - 0 puntos = dependiente

## Anexo 4

### EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD). ESCALA DE LAWTON Y BRODY.

<b>Cuidar la casa</b>		<b>Uso de teléfono</b>	
Cuida la casa sin ayuda.	1	Capaz de utilizarlo sin problemas.	1
Hace todo, menos el trabajo pasado.	2	Solo para lugares muy familiares.	2
Tareas ligeras únicamente.	3	Puede contestar pero no llamar.	3
Necesita ayuda para todas las tareas.	4	Incapaz de utilizarlo.	4
Incapaz de hacer nada.	5		
<b>Lavado de ropa</b>		<b>Uso de transporte</b>	
Lo realiza personalmente.	1	Viaja en transporte público o conduce.	1
Solo lava pequeñas prendas.	2	Solo en taxi, no en autobús.	2
Es incapaz de lavar.	3	Necesita de acompañamiento.	3
		Es incapaz de usarlo.	4
<b>Preparación de la comida</b>		<b>Manejo del dinero</b>	
Planea prepararla y sirve sin ayuda.	1	Lleva cuentas, va al banco, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes.	2	Solo maneja cuenta sencillas.	2
Prepara platos precocinados.	3	Incapaz de utilizar dinero.	3
Tienen que darle la comida hecha.	4		
<b>Ir de compras</b>		<b>Responsables de medicamentos</b>	
Lo hace sin ninguna ayuda.	1	Responsable de su medicación.	1
Solo hace pequeñas compras.	2	Hay que preparárselos.	2
Tienen que acompañarle.	3	Incapaz de hacerlo por sí mismo.	3
Es incapaz de ir de compras.	4		

Fuente: Guías clínicas geronto-geriátricas de atención primaria de salud para adulto mayor MSP.

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY: Grado de dependencia

0 - 8 puntos: independiente.

9 – 20 puntos: necesita cierta ayuda.

21 y más puntos: necesita mucha ayuda.

## Anexo 5

### PRUEBA DE PERCEPCIÓN FAMILIAR (FF-SIL)

	<b>Casi nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>A veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Casi siempre</b>
1 Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2 En mi casa predomina la armonía.					
3 En mi casa cada uno cumple 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 antes situaciones difíciles.					
8 Cuando alguno de la familia tiene problema, los demás lo ayudan.					
9 Se distribuye las tareas de forma de que nadie este sobrecargado.					
10 Las costumbres familiares pueden modificarse antes determinadas situaciones.					
11 Podemos conversar diversos temas si temor.					
12 Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13 Los intereses de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14 Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Fuente: Medicina General Integral Alvares Sintés.

## **PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA DE PERCEPCIÓN FAMILIAR FF-SIL.**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>PUNTOS</b>
Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Fuente: Medicina General Integral Alvares Sintés.

## **RESULTADOS DE LA PRUEBA DE PERCEPCIÓN FAMILIAR FF-SIL.**

Familia funcional = 70 – 57 puntos.

Familia moderadamente funcional = 56 – 43 puntos.

Familia disfuncional = 42 – 28 puntos.

Familia severamente disfuncional = 27 – 14 puntos.



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, **ROJAS REYES SELENE KATHERINE**, con C.C: # 1310584568 autor/a del trabajo de titulación: **“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. 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, 14 de diciembre de 2018

---

ROJAS REYES SELENE KATHERINE

C.C: 1310584568



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



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

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	"RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. SECTOR SAN PEDRO APÓSTOL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018"		
<b>AUTOR(ES)</b>	Selene Katherine Rojas Reyes		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Luis Roberto Mederos Mesa		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado - Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	14 de diciembre de 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	# 70
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	áreas en medicina familiar y comunitaria, áreas en geriatría, áreas en investigación.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	funcionamiento familiar, actividad básica de la vida diaria, actividad instrumental de la vida diaria, adultos mayores.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras): <b>Antecedentes:</b> El deterioro funcional en los adultos mayores toma cada día más fuerza como un problema de salud pública en Ecuador. <b>Materiales y métodos:</b> Estudio relacional, observacional, prospectivo, corte transversal, la población de estudio fue 123 adultos mayores firmando el consentimiento informado. <b>Resultados:</b> Grupo poblacional que predominó 65 a 69 años con el 48.8%, sexo femenino predominó con 49,2%, estado civil casados se representa 68.3%, ocupación ama de casa correspondió al 48%, nivel de instrucción primaria predominó con 64.2%, la funcionalidad de adulto mayor por medio del Índice de Katz son independiente el grupo de edades 65 a 69 años el 45,5%, sobre el Índice de Lawton y Brody necesita cierta ayuda el grupo de edades 70 a 74 años con el 32,4%. Lo relacionado con el funcionamiento familiar por medio del FF-SIL demostró que hay un predominio de familias funcionales con el 53,65%. Para determinar la relación de variables se aplicó el $X^2$ , hay significación estadística valor $p = < 0,001$ entre el Índice de Katz y FFSIL, además entre el Índice Lawton y el FFSIL el valor $p = < 0,002$ . <b>Conclusión:</b> predominaron las siguientes variables sexo femenino, grupos de edades 65 – 69 años, estado civil casado, ocupación ama de casa, estudio primario, funcionalidad índice de Katz independiente, índice de Brody necesita ayuda, funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores predomino familias funcionales y se demostró que hay asociación entre ambas variables.			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593 (0983860145)	E-mail: sele_skrr@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Landívar Varas Xavier		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-(2206952) Ext. 1830		
	<b>E-mail:</b> posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			