



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN HOGARES CON ADULTOS
MAYORES, CONSULTORIOS 17 Y 18, CENTRO DE SALUD PASCUALES;
JUNIO DE 2015 A JUNIO DE 2016”**

AUTOR:

DRA. NORMA DEL ROCÍO HUACÓN CASTRO

DIRECTOR:

DR. JOSÉ FERNANDO PLACERES HERNÁNDEZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE 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 *la Dra. Norma del Rocío Huacón Castro*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

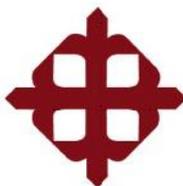
Guayaquil, a los 4 días del mes de ener año 2017

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. José Fernando Placeres Hernández

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landivar Varas



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Norma del Rocío Huacón Castro

DECLARO QUE:

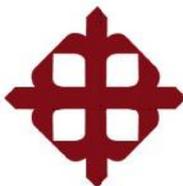
El Trabajo de investigación “*Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, consultorios 17 y 18, Centro de Salud Pascuales; junio de 2015 a junio de 2016.*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales 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 4 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

Norma del Rocío Huacón Castro



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

AUTORIZACIÓN:

YO, Norma del Rocío Huacón Castro

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “*Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, consultorios 17 y 18, Centro de Salud Pascuales; junio de 2015 a junio de 2016.*”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

Norma del Rocío Huacón Castro

1 Agradecimiento

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por permitir seguir adelante dándome fuerzas para continuar, a mis padres Angel y Norma quienes han sido el pilar fundamental en el desarrollo de cada etapa de mi vida, a mi tutor Dr. José Placeres por su apoyo y enseñanzas constantes.

2 Dedicatoria

Dedico esta investigación a mi querida hija Catalina García y a mi esposo Aldo García pues son quienes me alegran cada día y mi apoyo incondicional.

Los amo eternamente.

3 Resumen

Antecedentes: En la actualidad la familia se enfrenta a difíciles retos y experimenta cambios que alteran su funcionamiento. Esta situación representa un problema de salud pública emergente, en las comunidades con adultos mayores. **Materiales y Métodos:** Investigación descriptiva, observacional, transversal. La población de estudio, fue la totalidad de las familias que entre sus integrantes vivía al menos un adulto mayor, de los consultorios médicos 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, en el período de junio 2015 a junio 2016. **Resultados:** Predominaron los adultos mayores del sexo femenino, con edades entre 65 y 74 años y mestizos. La mitad eran amas de casa. Prevalcieron los casados y la mayoría tenía un bajo nivel de instrucción. Destacaron los que no mostraban deterioro cognitivo, los que habían presentado depresión moderada la semana anterior a la aplicación del formulario, los que presentaban riesgo de desnutrición y riesgo social aceptable y los que necesitaban cierta ayuda en las actividades de la vida diaria. La mayoría de las familias clasificaron como extensas, medianas y multigeneracionales; presentaban, predominantemente, crisis vinculadas a la vejez y por problemas de salud. Sobresalieron las familias moderadamente funcionales y dentro de sus categorías, se pudo comprobar que existía en los hogares, baja afectividad y armonía, entre sus miembros. **Conclusiones:** En los hogares donde conviven adultos mayores, el funcionamiento familiar, era mayormente adecuado.

Palabras Clave: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, ADULTOS MAYORES, ANCIANIDAD, VEJEZ.

4 Abstract

Background: Nowadays, the family faces difficult challenges and experience changes that impair function. This situation represents an emerging public health problem in communities with older adults. **Materials and Methods:** Descriptive research, observational, cross-sectional study. The population studied was the totality of the families that among its members lived at least one elderly, from those belonging to doctors' offices 17 and 18 of the "Centro de Salud Pascuales", in the city of Guayaquil, during the period of June of 2015 to June of 2016. **Results:** The elderly female predominated, aged between 65 and 74 years old and mestizos. Half of them were housewives. The married prevailed and the majority had a low level of education. They highlighted those that showed no cognitive impairment, those who had presented moderate depression a week prior to the form application, those who exhibited risk of malnutrition and acceptable social risk and the ones who needed some help in daily activities. The majority of families were classified as large, medium and multigenerational; they presented predominantly crises linked to old age and health problems. The moderately functional families stood out and within their categories, it was possible to verify that in their homes existed a low affection and harmony among its members. **Conclusion:** In homes where seniors live, the family functioning, was mostly adequate.

Keywords: FAMILY FUNCTIONING, ELDERLY, AGENESS, OLD AGE.

5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO	I
2 DEDICATORIA.....	II
3 RESUMEN	III
4 ABSTRACT	IV
5 ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	V
6 ÍNDICE DE TABLAS	VII
6 ÍNDICE DE ANEXOS	VIII
7 INTRODUCCIÓN.....	1
8 EL PROBLEMA	4
1.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	4
1.2 FORMULACIÓN	4
9 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	5
2.1 GENERAL	5
2.2 ESPECÍFICOS	5
10 MARCO TEÓRICO.....	6
10.1 APROXIMACIÓN A LAS DEFINICIONES DE FAMILIA.....	6
10.2 LA FAMILIA COMO INSTITUCIÓN SOCIAL.....	7
10.3 EL PAPEL Y LA POSICIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA.....	8
10.4 EL ENVEJECIMIENTO.. ..	9
10.5 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR.. ..	12
10.6 OTRAS APROXIMACIONES A LA DEFINICIÓN DEL ADULTO MAYOR.. ..	13
10.7 LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR.. ..	15
10.8 ESTRUCTURA. FUNCIONES. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	17
10.9 ACTIVIDAD COGNITIVA Y FUNCIONAL EN EL ANCIANO.....	20
10.10 FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN EL ANCIANO.. ..	21
10.11 DEPRESIÓN.. ..	22
10.12 NUTRICIÓN EN EL ANCIANO.....	23
10.13 FACTORES SOCIALES EN EL ANCIANO.....	24
10.13 BASES LEGALES.. ..	24
11 MÉTODOS	29
11.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	29
11.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	29
11.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	
11.2.2 Procedimiento de recolección de la información	
11.2.3 Técnicas de recolección de información	
11.2.4 Técnicas de análisis estadístico	
11.3 VARIABLES	30
11.3.1 Operacionalización de variables	
12 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	36
13 DISCUSIÓN.....	44
14 CONCLUSIONES	52
15 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	54

6 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según edad y sexo. Consultorios 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.....	36
Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según autoidentificación étnica. Consultorios 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.....	36
Tabla 3. Distribución de los adultos mayores según actividad laboral. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015 - junio 2016.....	37
TABLA 4. Distribución según estado civil de los adultos mayores. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.....	37
TABLA 5. Distribución de los adultos mayores según nivel de instrucción. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.....	38
TABLA 6. Distribución de los adultos mayores según y deterioro cognitivo. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.....	38
TABLA 7. Distribución de las familias según depresión en la última semana. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.....	39
Tabla 8. Distribución de las familias según riesgo de desnutrición. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.....	39
Tabla 9. Distribución de las familias de los adultos mayores según riesgo social. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.....	40
Tabla 10. Distribución de las familias de los adultos mayores según nivel de dependencia consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.....	40
Tabla 11. Distribución de las familias de los adultos mayores según su ontogénesis. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.....	41

Tabla 12. Distribución de las familias de los adultos mayores según número de integrantes. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.....	41
Tabla 13. Distribución de las familias de los adultos mayores según número de generaciones. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.....	42
Tabla 14. Distribución de las familias de los adultos mayores según crisis familiares. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.....	42
Tabla 15. Distribución de las familias de los adultos mayores según funcionamiento familiar. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.....	43
Tabla 16. Análisis cualitativo de las categorías del funcionamiento familiar Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.....	43

7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1:ENCUESTA	65
ANEXO 2:FORMULARIO 057.....	68
ANEXO 3:FICHA FAMILIAR	70
ANEXO 4:PRUEBA DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	71
ANEXO 5:CONSENTIMIENTO INFORMADO	73

8 INTRODUCCIÓN

La familia en la sociedad actual, ha sufrido cambios importantes, en lo que se refiere a sistemas familiares diversos, relacionados a modos de producción distintos. Se ha producido un proceso de especialización de la familia cuya función tiende a reducir la crianza y la socialización de los hijos menores; esto se refleja en que las funciones que debe cumplir, como, por ejemplo, la educación de los hijos o el cuidado de los padres mayores, que en gran parte le corresponden a la familia, han sido asumidas hoy en día, por instituciones públicas y/o privadas. Sin embargo, tal como lo señala Cifuentes Reyes, (1) “...en América Latina las recurrentes crisis económicas han propiciado que muchas familias desempeñen una gama muy amplia de funciones, lo que se refleja en una extensión laboral del trabajo doméstico”. (1, 2)

Hasta mediados del siglo XX, las familias eran más grandes, tenían mayor número de miembros, con la limitación de que la expectativa de vida era menor, por ello mismo, la vejez no constituía un problema social. Había una mayor cantidad de jóvenes para compartir y cuidar a los ancianos. (1)

La familia es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad y constituye el grupo más primario del ser humano; en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias e incorpora las principales pautas de comportamiento y le da un sentido a su vida. Sin embargo, a pesar de las grandes transformaciones del mundo contemporáneo, la familia sigue siendo el hábitat natural del hombre, ya que cumple funciones que son insustituibles por otros grupos e instituciones. Juega un papel fundamental en el proceso salud enfermedad, lo que se hace muy evidente cuando en el seno de la misma existen adultos mayores, los cuales requieren una atención integral muy específica y ajustada a esta etapa de la vida. Si las tendencias demográficas nos llevan a una población envejecida, también se tendrán más familias con uno o varios ancianos, lo que da un carácter muy peculiar a este grupo social. (3)

La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad. En este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado. Sin embargo, la longevidad está produciendo retos sin precedentes a los responsables de la elaboración de las políticas en general y a los ciudadanos en particular, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica y la oferta de servicios de la salud de calidad, a un segmento de la población que, por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad. Los cambios demográficos actuales, conjuntamente con la situación económica existente, también han propiciado, que cada día aumente el número de hogares con uno o más ancianos conviviendo con varias generaciones bajo el mismo techo. Esta característica familiar es considerada como de alto riesgo para la alteración de los procesos que influyen en el funcionamiento familiar, lo que requiere de un gran ajuste en el hogar. (3)

La tercera edad, se considera como el último periodo de la vida ordinaria del hombre y así se ha definido. De hecho, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha considerado como persona de la tercera edad a toda persona mayor de 60 años. La ONU considera que es muy importante velar por ellos, cuidarlos y tratar de darles cuantas facilidades sean posibles para que lleguen a una vejez digna, sin discriminación y puedan adaptarse integralmente a la sociedad y que, a pesar de su edad, sigan siendo útiles hasta donde sus fuerzas y capacidad les permitan. A lo largo de la vida de las personas puede haber diferentes capacidades o formas de vida que lleven a desgastarse o a perder sus facultades físicas unos antes que otros. (4)

Se pueden considerar varios tipos de edades. La edad cronológica por lo general se conoce como el tiempo transcurrido desde que la persona nace hasta el tiempo que ha vivido de acuerdo al uso establecido, es decir, medido por años. La edad biológica tiene que ver con la salud; en qué condiciones se encuentra el organismo biológicamente hablando, debido al uso que se la ha dado durante toda la vida. Hay personas que tuvieron una buena alimentación, hicieron ejercicios físicos regularmente, tuvieron todas las condiciones de vida básicas y necesarias, de forma digna, durante toda su vida; se cuidaron y llegaron a los 60 o 70 años en buenas condiciones físicas y mentales; lo que les permitió enfrentar la vida de manera distinta a las personas que tienen problemas porque fumaban o porque nunca hicieron ejercicios o tuvieron un accidente. También existe la edad funcional, es decir, la capacidad del ser humano de mantener los roles personales y sociales dentro de la comunidad. Puede haber personas completamente sanas, pero que por alguna razón no pueden desarrollar el rol que normalmente se esperaría de ellos, es decir, tienen problemas de integración social, son muy cerrados, tal vez antisociales, etc. Son aspectos que hay que considerar para entender la definición de la tercera edad. (4)

El funcionamiento familiar es un tema muy abordado en los últimos tiempos. Hablar de funcionamiento requiere una integración de todos aquellos factores que pueden estar influyendo en este. Para muchos autores al evaluar el funcionamiento familiar hay que tener en cuenta varios criterios: el cumplimiento de las funciones básicas, la dinámica de las relaciones internas y la capacidad de afrontamiento a las crisis. Las funciones de la familia están sujetas a variaciones relacionadas con los cambios de estructura y con la etapa que atraviesa, sin embargo, a pesar de la diversidad familiar continúan resaltando las funciones básicas: la biosocial, económica, la educativa cultural y la afectiva, que siempre se manifiesta a través del cumplimiento de las anteriores. El convivir en familia requiere la puesta en práctica de un conjunto de estrategias que pueden favorecer la dinámica de las relaciones internas, las cuales, a la vez, permiten evaluar el funcionamiento familiar. Muchos autores describen que para evaluar esta dinámica se debe tener en cuenta indicadores como: cohesión, armonía, comunicación, roles, adaptabilidad, permeabilidad y afectividad. (5, 6,7)

Los problemas del funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición como en la descompensación de enfermedades crónicas, en las mayorías de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud. La ancianidad es una etapa vulnerable relacionada con el incremento de la inadaptabilidad en el núcleo familiar de los ancianos, manifestando entre otros, sentimientos de soledad y tristeza. Por ello la aceptación de funciones por parte de los ancianos, parece estar relacionada con la satisfacción de poder ayudar en el hogar en las actividades cotidianas que en él se realizan. (3)

En la medida en que la familia sea capaz de actuar de forma unida, cohesionada, sin llegar a ser fusionada, sin perder la autonomía de cada miembro; cambiar las estrategias cuando sea necesario, o sea, de afrontar adecuadamente sus problemas o crisis sin que se afecte su comunicación, tiene mayores posibilidades de gozar de salud familiar y por tanto de un buen funcionamiento familiar. Sobre todo si en ellas reside un adulto mayor. (5,7)

Al mostrarse las condiciones del estado de salud de las familias en los hogares con presencia de adultos mayores, (AM) los resultados reflejan la importancia de abarcar las cuatro dimensiones: atención médica, psicológica, funcional y social, así como las características, crisis y el funcionamiento de sus familias. Los resultados de la investigación constituyen aportes, al constituir los primeros sobre el tema en los consultorios 17 y 18 del Centro de Salud de Pascuales. Los datos obtenidos constituyen los elementos a considerar para el trabajo diario, el análisis sistemático de la situación de salud de la comunidad y una fuente de información que podrá ser utilizada en el futuro, para el diseño y realización de nuevas investigaciones; así como un marco de referencia para proponer programas de promoción de salud y de prevención de enfermedades, en el nivel primario de atención, que propicien mayor calidad de vida y salud para los adultos mayores y sus familias, con un enfoque intercultural, interdisciplinario e intersectorial y con el apoyo de los líderes de la comunidad. Identificar que problemas afectan en el funcionamiento familiar y que utilidad tienen estos resultados, hacer ver en qué dimensión se encuentra afectado el mismo en el grupo de estudio, lo que nos demuestra que perspectiva hacia los adultos mayores tiene las familias y como los médicos familiares e integrales deben trabajar por cambiar esa imagen desvalorizada hacia este grupo vulnerable de la sociedad.

El informe final de la investigación se estructuró en capítulos que incluyen: resumen, índice, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco teórico, metodología, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas. El objetivo general de la investigación consistió en caracterizar el funcionamiento familiar en los hogares con presencia de adultos mayores y el tipo de estudio realizado fue descriptivo, ejecutándose en dos Consultorios de Medicina Familiar del área de atención del Centro de Salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, provincia Guayas, durante junio de 2015 a junio de 2016.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

En la República del Ecuador, 940.905 personas tienen más de 65 años de edad, lo que representa un índice de envejecimiento de 20, 8; (22, 2 mujeres y 19,4 hombres) siendo ligeramente superior en el área rural (21,5) al área urbana (20,3) Las provincias de Pichincha y Guayas son las que tienen mayor población adulta mayor, superando los 90.000 habitantes. (8) En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, República del Ecuador para determinar el funcionamiento familiar, se obtuvo que el 52.3 % de las familias presentan una adaptabilidad alta, lo que significa, según sus autores, una tipología familiar caótica y una cohesión media del 40.5 % considerada como familias unidas. (9)

Favorecido por el incremento de la esperanza de vida al nacer, la existencia de los diferentes programas de atención médica y rehabilitación a este grupo de la población, que incluyen, el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y otras acciones, a nivel mundial se ha incrementado el número de adultos mayores en diferentes poblaciones, repercutiendo en los ámbitos económico, social y principalmente en el sistema de salud, quien deberá ofrecer mayores servicios, acorde a sus necesidades. Por medio de la consulta médica clásica resulta infravalorado el deterioro que puede llegar a tener el adulto mayor; tanto es así que, la valoración geriátrica integral, resulta una herramienta para detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en la dimensión médica, mental, funcional y social. Esa valoración debe incluir no solo los aspectos individuales, sino las características y crisis que sufren sus familias, así como la evaluación de su funcionamiento familiar.

La República del Ecuador y la provincia Guayas, e igualmente la comunidad de Pascuales, en la ciudad de Guayaquil, no están exentas de esta situación. En este lugar, de forma subjetiva se ha comprobado que también existe un número significativo de familias, que conviven con al menos un adulto mayor, pero se desconoce cómo funcionan. Tampoco existen evidencias de haberse realizado investigaciones previas sobre este tema, por lo que la autora se planteó la siguiente interrogante:

9.2 Formulación

¿Qué repercusión tiene la presencia de los adultos mayores en el funcionamiento familiar, de los hogares, pertenecientes a los consultorios números 17 y 18, del Centro de Salud Pascuales, en el periodo de junio 2015 a junio 2016?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Caracterizar las familias en las que conviven adultos mayores, pertenecientes a los consultorios médicos 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales de la ciudad de Guayaquil, entre los meses de junio de 2015 a junio de 2016.

10.2 Específicos

- Caracterizar según variables socio-demográficas, a los adultos mayores de los consultorios 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales.
- Identificar la existencia de deterioro cognitivo, tipo de depresión, riesgo de desnutrición y social, así como el nivel de dependencia en los adultos mayores.
- Clasificar las familias de los ancianos, según su composición y crisis que presentan, funcionamiento familiar y sus categorías, en los hogares con presencia de adultos mayores.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 Aproximación a las definiciones de familia

Etimológicamente el término familia proviene del latín *fames*, (que significa hambre, haciendo alusión al grupo de personas que se alimentaban juntas en una misma casa y a quienes su jefe o gens estaba obligado a alimentarlos) derivado de *famulus*, en referencia al grupo de siervos y esclavos, procedente de osco (personas de uno de los antiguos pueblos de Italia central) que eran patrimonio de ese jefe o gens. Familia era el organismo social, cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, los hijos y esclavos, con la patria potestad, con el derecho de vida y muerte sobre todos y la transmisión por testamento. (6, 10) Desde una visión religiosa la familia se encuentra constituida por la trinidad (Padre, Hijo y Espíritu Santo), comprendiendo que una sola de ellas no podría dar a entender la imagen de Dios. De la misma forma la familia terrenal establecida por una fuerza divina, se constituye en el momento que “el hombre dejará a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer y serán una sola carne”. (Génesis 2:24) (entendida ésta como el estado de variación del funcionamiento familiar) (10) Desde el punto de vista filosófico la familia es una categoría histórica, su vida y forma concreta de organización está condicionada por el régimen económico social imperante y por el carácter de las relaciones sociales en su conjunto. (11)

Muchos son los conceptos de familia, uno de los más valorados es, que se considera el grupo de dos o más personas integrantes de un mismo núcleo particular, emparentado hasta el cuarto grado de consanguinidad y seguido de afinidad. Igualmente, el concepto de hogar o núcleo censal, hace referencia a la persona o grupo de personas con o sin vínculo de parentesco, que tienen un presupuesto común, cocinan para el conjunto y conviven de forma habitual, ocupando una vivienda o parte de ella. (6) Para Benítez (12) el elemento básico que define el hogar es la coresidencia de individuos y la organización cotidiana como unidad de convivencia. La familia la define como el parentesco y la red de relaciones mucho más extensas y sutiles que las limitadas a un hogar, considera importante la descripción de algunos elementos tales como número, crecimiento, tamaño, características demográficas del jefe del hogar, la relación de parentesco que tienen con este y los tipos de hogares existentes; argumenta que una parte considerable de los conocimientos sobre este. La categoría familia es activa, nunca permanece estática, por lo que ha sobrevivido a todas las transformaciones socioeconómicas que han ocurrido a lo largo de la historia, desde la comunidad primitiva hasta la sociedad socialista, estableciéndose formas de relación consanguínea, punalúa, sindiásmica, hasta la monogámica. La familia en todos los casos se ha desarrollado en el ámbito de las influencias sociales de cada uno de los regímenes económico-sociales, las condiciones históricas sociales concretas y sus sistemas de principios y valores. Ha sido el grupo de intermediación con otros grupos de la sociedad y existe consenso en que constituye su célula básica. (6, 13-16)

La familia es el grupo natural del ser humano. Es único y particular. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional. (6,13, 15)

11.2 La familia como institución social

Otra definición de familia que se ha tornado algo clásica es la que cita Valbuena Vanegas, (17) precisando que la familia es “la célula o núcleo básico de la sociedad, como la institución social primaria, como un subsistema social o como una relación social”. Es tal, la complejidad de establecer un concepto de familia que en el Diccionario de la Real Academia Española (18), se tiende a no complicarse demasiado, considerando a la familia como un grupo de personas relacionadas entre sí, y que viven juntas. Una definición muy concreta pero que todavía deja algunas ambigüedades, pues no explica un componente afectivo-relacional como es el tema de la cohesión afectiva. Sin embargo, la concepción de familia en el siglo XXI ya no es la misma que la de antaño, así por ejemplo citas de Robles y Di Leso (19) conciben a la familia desde el Derecho como: “conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos, interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión intersexual, la procreación y el parentesco”, definición que se torna algo caduca en la actualidad, puesto que, no considera a la familia como una entidad capaz de aceptar o adoptar a otros individuos, así como la familia conformada por la unión de sujetos de un mismo sexo. Igualmente, en el artículo titulado: “Familia reconstruida. El significado de familia, en la familia reconstituida”, (20) se incluyen esos aspectos, determinando que familia es: “un sistema social compuesto por un grupo de personas relacionadas entre sí, ya sea por lazos consanguíneos, legales, afectivos y morales, de forma significativa”.

Aproximándonos a una definición que pudiera contemplar la mayor cantidad de aspectos de los diversos contextos y etapas familiares, la Organización Mundial de la Salud (OMS) que indica; “la familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica...es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud”. (21) La psicóloga cubana Arés Muzio, la define como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia (22) Esta misma autora considera que, familia es un concepto de límites difusos y establece tres ejes de análisis que son importantes a la hora de definirla: consanguinidad, convivencia y afectividad. (23) La Doctora Louro Bernal, ratifica que es la célula fundamental de la sociedad, importantísima forma de organización de la vida cotidiana personal, fundada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco; en las relaciones multilaterales entre el esposo y la esposa, los

padres y sus hijos, los hermanos y las hermanas, y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica. (7)

Sea cual sea el tipo de familia que se considere, toda modalidad o tipo de familia comparte ciertas características básicas, que están relacionadas con lo que la familia hace, es decir, con las funciones que desempeña.

Lo peculiar de la familia está relacionado con:

La reproducción en su interior: la función reproductora está acompañada en la especie humana del surgimiento de algún tipo de afecto, que se constituye a partir de la satisfacción de los requerimientos físicos y emocionales necesarios en el recién nacido para la construcción de apego con la madre u otra figura sustituta. Esta relación primaria es la que posibilita la parentalidad a lo largo de la crianza, la transmisión y recreación de la cultura y una función de intermediación entre la persona y la sociedad. (24)

Badinter (25) expone que la mayoría de los padres no saben por qué tienen hijos o hijas. De hecho, la decisión surge en mayor medida de lo afectivo y de lo normativo, que de la toma de conciencia racional de las ventajas y los inconvenientes. La familia presiona para que la pareja tenga hijos o hijas y las que deciden no tenerlos son vistas como anómalas. Tanto la sociedad como el Estado ejercen una presión como defensores de la natalidad y se estigmatiza a la mujer que decide no ser madre. Desde esta perspectiva, la familia mantiene y proyecta la vida humana y se constituye en una especie de intérprete de requerimientos y aportes de las personas hacia la sociedad. La familia sirve a sus miembros y a los de la sociedad dentro de la cual participa, en la medida que todos éstos sirven a aquella. El aprender a servir solidariamente, con racionalidad y eficacia, son factores claves de aprendizaje de la vida que comienza en familia. (26)

Si se quiere conocer acerca de un país o una sociedad, se debe conocer cómo vive y actúa la familia; si se quiere prever el futuro de una sociedad, se puede saber bastante de ella observando las familias; y si se quiere reflexionar sobre la identidad personal, por qué se es de una forma y no de otra, por qué se actúa de esta manera, o por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de estas respuestas están en la historia familiar de cada uno. (12)

11.3 El papel y la posición del adulto mayor en la familia

El papel y la posición del adulto mayor en la familia y la sociedad han tenido variaciones de acuerdo con el desarrollo social. La familia constituirá por siempre la mejor garantía para el bienestar físico y espiritual de las personas de edad avanzada y para el anciano representa, además, la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. (13)

El ser humano no puede vivir a plenitud estando aislado, pues tiene el instinto gregario muy desarrollado y necesita de su familia, sobre todo y entre otras cosas, cuando se propone llegar a los 120 años con una calidad óptima.

De ahí la importancia que tiene este grupo social en la atención y cuidados al adulto mayor y el papel que juega el anciano como parte integrante de ella (27) .Las relaciones familiares están determinadas por múltiples factores: unos de tipo físico-material y otros del tipo psicológico afectivo, de los que dependen en mayor o menor medida el fortalecimiento y la armonía de las relaciones de la familia, así como el bienestar y la seguridad de los adultos mayores. Entre el senescente y su familia se establece, casi siempre, una relación de ayuda mutua, basada en las actividades de la vida cotidiana, lo que le permite también, seguir sintiéndose útil. (28) La dinámica familiar puede verse afectada en muchas ocasiones por situaciones que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del padecimiento de una enfermedad crónica o una discapacidad. En la medida que el anciano tenga mayor autonomía e independencia, se favorece también su estado emocional, y ello permite la satisfacción de poder ayudar en el hogar y así mejora la percepción que, sobre las relaciones familiares, posee el anciano. (24)

Los padres tienen expectativas de ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especies en el caso de los jubilados y atención de los más viejos en casos de enfermedad. Es en el juego de estas expectativas mutuas, en el que operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos. (28)

El acelerado ritmo que se vive hoy en día, sobre todo en las ciudades, deja fuera de las actividades a las personas mayores, quitándole el rol protagónico en la producción y asignándole el vacío, la incertidumbre económica y la soledad dada por el aislamiento. De esta manera la sociedad cargada de preceptos negativos con respecto al anciano, margina a este sector de la población. (1) Esta realidad social daña severamente la autoestima de la persona mayor. La desvalorización está dada por la falta de sentido de sus vidas y la carencia de una función social luego de toda una vida de servicios a la comunidad, a través de su trabajo y el respeto de sus semejantes. Esta marginación del adulto mayor, a su vez distancia a los jóvenes del anciano privándolo de las experiencias y sabiduría del que ha vivido mucho. Más aún, los aleja, de la posibilidad de entender a la vejez como parte de la vida, ayudándolos de esta manera, a prepararse, planificando su futuro para no dejar relegadas a otros; decisiones que deben ser personales. (1)

11.4 El envejecimiento

El envejecimiento se define como una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos y se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación ante los cambios; (26) es un proceso multifactorial con pérdida de las funciones, un incremento de la morbilidad y la disminución de la fertilidad con el alcance de la edad. (29) Es un indicador positivo de los logros de los sistemas de salud y del desarrollo económico de los países. La mayor cobertura y calidad de los servicios sanitarios y sociales y el acceso a mejores

condiciones de vida materiales han reducido la tasa de mortalidad y prolongado la vida de millones de personas. Una consecuencia de ello es que los adultos mayores representan cada vez una proporción mayor de la población. (30)

El envejecimiento concebido como un proceso, que experimentan los individuos puede ser visto, además, desde dos enfoques, uno biológico y otro social. La vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida. La situación actual de dependencia de los ancianos ha sido creada por la política social. Una política social en muchas ocasiones no publicada, afirma que los ancianos “no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el “viejo” se mantenga activo y autovalente. La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva a la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse a modo de actualizar sus propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación: la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar. (26, 31)

El envejecimiento de la población es un indicador positivo de los logros de los sistemas de salud y del desarrollo económico de los países. La mayor cobertura y calidad de los servicios sanitarios y sociales y el acceso a mejores condiciones de vida materiales han reducido la tasa de mortalidad y prolongado la vida de millones de personas. Una consecuencia de ello es que los adultos mayores representan cada vez una proporción mayor de la población. (30) Es un fenómeno demográfico que preocupa a muchas personas en el mundo. En el último decenio, en la región de América Latina y el Caribe, se ha incrementado notablemente la población de 60 y más años, (32) lo que ha condicionado, sea tema de análisis permanente en los servicios de salud. (33-35) En Cuba, por ejemplo, según las estadísticas, este grupo representa el 19 % de la población y se estima que para el 2020 será el 21,5 %, para el 2030, el 30,3 % y para el 2050 un 36,2 %. Hay un predominio del sexo femenino en adultos mayores cubanos. El 13,7 % viven solos y en el 63,8 % de los hogares, donde hay adultos mayores, no existen individuos de 0 a 14 años. (32, 36) En relación a la distribución geográfica, un estudio muestra que las provincias del occidente y centro presentan un lento crecimiento de la población envejecida, mientras que la zona oriental y la provincia de Pinar del Río, se encuentran en una etapa de aceleración del crecimiento de la población envejecida. A partir de dichos resultados se realizan análisis comparativos a nivel nacional y con diferentes países de América Latina. (37)

El costo de un sistema inicial para adultos mayores dependientes en países

como Chile, es relativamente bajo en comparación con los modelos de los países industrializados. En términos metodológicos, resulta importante la discusión previa sobre el tipo de modelo que se desee implementar y las posibilidades financieras de llevarlo a cabo. Además, se debe validar la opción de utilizar juicios de expertos para cualquier evaluación que se realice. (38)

El incremento de la expectativa de vida, trae aparejado, cambios en los patrones de morbilidad, entre los que se aprecian las discapacidades físicas y mentales de naturaleza creciente, que se incluyen entre los problemas de salud más importantes a enfrentar en la actualidad. (39-41) Se considera que las actividades de la vida diaria (AVD), que se conciben como la capacidad para mantener su autovalidismo, constituyen el indicador más importante para medir el funcionamiento en el anciano. (26, 42, 43) Las AVD se dividen en básicas (ABVD) e instrumentadas (AIVD). Las ABVD son esenciales para llevar a cabo el autocuidado: alimentación, vestirse, aseo personal, necesidades fisiológicas y otras, mientras que las AIVD son más complejas y necesarias para desarrollar una vida independiente: uso del teléfono, realización de compras, preparación de comidas, uso del transporte, autoadministración de medicamentos, capacidad para manejar las finanzas, etc. La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales como pensar, recordar, comunicar, orientarse y calcular; esta función cambia con la edad. Si bien en algunos individuos permanece igual que en su juventud, la mayoría no aprenden cosas como antes, mientras que otros sufren de deterioro cognitivo leve (DCL) e incluso llegan a padecer la enfermedad de Alzheimer, que deteriora severamente a la persona. El DCL se caracteriza por un “deterioro que no cumple criterios suficientes para ser identificado como demencia y que va acompañado de una relativa preservación de la independencia funcional”. (44, 45) Gran parte del deterioro físico y mental que se evidencia en algunos ancianos tienen su origen en el paulatino aislamiento del acontecer diario en la comunidad y el país. La carencia de un rol profesional y/o laboral desempeñado por tantos años con el que se identifican como personas, da cabida a la depresión, la reclusión y gradualmente a la falta de interés en el arreglo personal, en alimentarse balanceadamente y en mantener una vida social activa. (1, 27)

La interacción de los factores biológicos con la psicología del comportamiento y con los procesos sociológicos del envejecimiento aparece con frecuencia en los estudios realizados hasta la fecha. La posibilidad de controlar una enfermedad está condicionada por la aptitud social para integrar a la persona enferma a un sistema de vida que le ayude a resolver sus problemas ambientales y particularmente la aptitud para desenvolverse en la actualidad. De igual forma, la capacidad social para integrarse, varía según el individuo que envejece. (46)

La tendencia a favor de una vejez activa procura que el anciano conserve su independencia, su libertad de acción y su iniciativa, de manera que sea capaz de elegir el mayor número de opciones en su vida, sin desconocer la realidad de que la gente de mayor edad es menos capaz de ejercer su independencia, tiene menos eficiencia en su trabajo y es más vulnerable a las enfermedades.

(47) Una muestra evidente de la magnitud del envejecimiento de la población mundial en los distintos países, es que la edad media de la población tiende a crecer cada día más. En la segunda mitad del siglo XX, se produjo un incremento de 20 años de esperanza de vida al nacer en todo el mundo, hasta el nivel actual de 66 años. El número de personas que arriban o sobrepasan los 60 años se ha incrementado de algo más de 400 millones en 1950 a 600 millones en la actualidad y un pronóstico de 1200 millones en el año 2025. De ahí que las tendencias demográficas destaquen el envejecimiento poblacional como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas. (5, 32, 43, 46)

Si se tiene en cuenta que el envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción de 2 % de los adultos mayores de 60 años cada año, se calcula que en el planeta viven 600 millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que en el año 2025 se duplicará y en el 2050 ascenderá a 2000 millones de personas. (47) La baja natalidad, la disminución en la población de reemplazo, una migración externa con saldo negativo, con un cambio de tendencia en los últimos años, en el tamaño y funcionamiento de las familias; son algunos de los factores a tener en cuenta en el análisis de este proceso y su influencia en la dinámica de la sociedad. (33) Los servicios de salud deben estar preparados para asumir este desafío, no solo en función de los indicadores de mortalidad y morbilidad, sino también en el aprovechamiento y generación de capacidades para la promoción de salud y la prevención de enfermedades. (33, 47)

11.5 Situación del adulto mayor en el Ecuador

En el Ecuador, según una encuesta, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, (INEC) (48) existen 1'229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431) predominando las mujeres (53,4 %) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. Debido al incremento de adultos mayores, el INEC del Ecuador desde el año 2010, ha realizado proyecciones a futuro, considerando que para el año 2025, la población adulta mayor se incrementará de un 6.9 % a un 9.3 %. (49) En el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la situación de salud en las Américas y sus indicadores básicos en el año 2016, se da a conocer que el 7 % de la población ecuatoriana tiene 65 años o más. (50)

Se trata de una población que crece rápidamente (3,5 %) y con un ímpetu mayor que el que muestra la población de edades más jóvenes. En efecto, la velocidad de cambio de esta población será entre tres y cinco veces mayor que la población total en los períodos 2000-2025 y 2025-2050, respectivamente". Las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en el Ecuador, son en su mayoría deficitarias. Se estima que el 57.4 % corresponde a 537.421 personas, que se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Las personas adultas mayores en Ecuador, tienen un modesto nivel educativo; solo el 13 % de los hombres y el 11 % de las mujeres ha completado la secundaria. En el país solamente el 54 % de los adultos mayores han

completado el ciclo primario y básico. Para las personas adultas mayores, la tasa de mortalidad en el período 2005 - 2010 fue de 38 por mil para mujeres, y 44 por mil para los hombres. Actualmente, fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años de edad. El 68 % de las personas adultas se declaran propietarios de su vivienda, aunque no todas están en condiciones óptimas. El 20% de las personas adultas mayores residen en viviendas en condiciones precarias, presentando carencias en su estructura y disponibilidad de servicios. El 3 % de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas. El 75 % de la población mayor a 65 años no cuentan con afiliación a un seguro de salud; y solo el 23 % de la población con 60 años o más, está afiliado al Instituto de Seguridad Social. El 14.70 % de adultos mayores fue víctima de insultos y el 14.9 % víctimas de negligencia y abandono. Hasta agosto de 2012, 579.172 adultos mayores accedían a la pensión de 35 dólares del Bono de Desarrollo Humano para adultos mayores. Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19 %), diabetes (13 %), problemas del corazón (13 %) y enfermedades pulmonares. (8%) (48)

El envejecimiento de la población en el Ecuador, se considera como resultado de la disminución de los niveles de mortalidad donde una parte creciente de la población sobrevive hasta edades avanzadas y además que, con la caída de la fecundidad se ha reducido la proporción de niños y jóvenes, esto se traduce en un proceso inminente de envejecimiento poblacional en el país. (51)

Dado que, a nivel nacional en el Ecuador, se ha comenzado a tomar conciencia de esta situación y los datos estadísticos que demuestran el aumento de la población adulta mayor y de los problemas que viven, es que se están generando políticas públicas que están a favor de este grupo social que demográficamente adquiere relevancia. El objetivo central de estas políticas es integrar al adulto mayor a la sociedad, vinculándolo a actividades que les son ofrecidas por el Estado. Así, por ejemplo, se ha estimulado durante los últimos años, la recreación, el deporte, el turismo, especialmente el de salud, los cuales están dados principalmente para lograr que las personas mayores puedan integrarse a la sociedad dignamente, ocupar de buen modo y si tienen recursos, su tiempo libre. (49, 52)

11.6 Otras aproximaciones a la definición de adulto mayor

El término anciano se utiliza para referirse a aquella persona que se encuentra dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o población de personas mayores. La población de adultos mayores, como se conoce, es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como personas mayores de 60 años y en algunos países desarrollados se sigue esa perspectiva; aunque otros consideran como adultos mayores a las personas con 65 años o más. Para el desarrollo humano óptimo, la familia constituye el contexto de mayor importancia, guía a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión y determinación, con el fin de mantener la

congruencia familiar y responder a las demandas del entorno. (28, 53)

Esas características de la familia deben ser tenidas en cuenta igualmente donde convive un adulto mayor. Los tratadistas han recurrido a diferentes doctrinas e interpretaciones, considerándolos como un grupo que, comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, se les reconoce como pertenecientes a la tercera edad o ancianos. (54)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, ha definido al adulto mayor, como aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. Existen diversas explicaciones acerca del término adulto mayor, se considera a aquellas personas que han alcanzado una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; en el caso de aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo. En Ecuador hacen parte de este grupo las personas que cumplen 65 años. (55)

El hecho de que las personas vivan más años es un buen indicador del grado de desarrollo humano alcanzado por un país. Para el Ecuador esto implica un enorme desafío social y político para lograr una mejor calidad de vida de las personas. Así, el envejecimiento y la vejez pasan a ser un tema estratégico en el proyecto de país. (54)

Existen variados mitos acerca de la vejez, que hacen ver al anciano como a una persona diferente y no como a un igual. A esta etapa se le denomina de distintas maneras: tercera edad, ya mencionada, (28) edad de oro, senectud, y otras. Estos términos, distintos en su escritura y oralidad, en general producen inquietud ya que remiten a uno de los aspectos más angustiosos para el ser humano occidental, que es la vejez y la cercanía con la muerte. Dicho proceso, natural e irremediable para todo ser vivo, representa preocupación y temor, que no solo impulsa a un constante cuestionamiento de la vida, sino además y especialmente en la sociedad actual, conlleva un interés por evadir lo que el envejecimiento supone, siendo esto último, significativamente condicionado por el contexto social, económico y cultural en el que nos corresponde vivir. Para aquellas personas que están viviendo esta última etapa de su ciclo vital en la sociedad, la vejez representa no solo la cercanía de la muerte, sino también el alejamiento social de lo que había sido su rutina cotidiana, el trabajo, los amigos, el cuidado de los hijos, su hogar, entre otros aspectos. (1)

11.7 La familia y el adulto mayor

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento, la problemática familiar se hace compleja porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. Abordar la problemática del envejecimiento como proceso, demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud. Las mayores expresiones de bienestar físico y psíquico en la vejez se encontraron siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia, postura que se confirmó hace más de una década. (6, 13, 31)

El individuo de 60 años o más que se encuentra laboralmente activo, tiene considerables razones para sentirse emocionalmente satisfecho en su núcleo familiar, pues presupone la conservación del status familiar, al poder influir de forma positiva en el sustento económico de la familia. Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea que la importancia de la familia para el adulto mayor está dada en: ser la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que pudiera necesitar y ser fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer. (31) Además de los cambios y las limitaciones propios de la edad, el adulto mayor es susceptible a desarrollar padecimientos crónicos, principalmente hipertensión arterial y diabetes mellitus; (56-59) en consecuencia, se pueden incrementar los niveles de discapacidad y dependencia física con repercusiones en la funcionalidad familiar (31) y son justamente esas, otras de las necesidades que debe atender la familia a este grupo de la población.

Se ha mencionado el papel positivo de las redes familiares, sociales y comunitarias en el bienestar general y la salud de las personas mayores. También influyen las relaciones entre las distintas generaciones que conviven en una misma época, dentro y fuera del ámbito familiar, siendo lógico que los encuentros entre generaciones deban comenzar en la familia. El sentirse necesario es uno de los predictores de longevidad. En la mayor parte de estudios longitudinales las personas mayores que se sienten necesitadas por los suyos suelen vivir más y mejor. Tratar de mantener las relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción en el que cada miembro de la familia sienta que todos colaboran en un bienestar común es un objetivo importante para obtener un envejecimiento satisfactorio. Existe una falsa idea, a saber, que son los adultos mayores, los que reciben el cuidado de la familia. Ello es parcialmente cierto y ocurre, sobre todo, en las personas mayores con serios problemas de salud. Sin embargo, son las personas mayores las que, en mayor proporción, son cuidadoras de los otros miembros de la familia. En un estudio reciente se pone de relieve que el 20 %

de las mujeres y el 13 % de los hombres mayores cuidan a otros adultos y que el 40 %, tanto de hombres como de mujeres mayores cuidan a niños. (a sus nietos) (56) El adulto mayor, independientemente de los factores que influyan sobre la familia, debe enfrentar nuevos roles familiares a su edad:

-Ser padres de hijos (as) adultos. (as)

-Ser abuelo. (a)

-Eventualmente ser viudo. (a)

-Ser suegro. (a)

Principales funciones de ser abuelos:

-La función gratificadora que surge de una relación afectiva con el nieto.

-El abuelo se perpetúa en el nieto.

-Reparación de relaciones anteriores con los hijos.

-Trasmisión de valores y cultura familiar.

-Ser imagen de identificación para los nietos.

-Recuperación del patrimonio consanguíneo y perpetuación de la descendencia. (6,13)

Autores como Alonso Galbán, (31) han definido como abuelo ideal a aquel abuelo disponible y cariñoso, cercano al nieto, ubicado en la etapa evolutiva que está viviendo, que acepta el ser abuelo como un aspecto más de su identidad personal, familiar y social, respeta las reglas del sistema parental, respeta el crecimiento del nieto, del hijo y de él mismo en su etapa y papel. Tiene flexibilidad frente a los cambios y necesidades, siendo capaz de asumir en situaciones críticas, la función que haga falta. Cuando los padres entran en la vejez y no pueden cuidarse por sí mismos pasan a ser cuidados por los hijos lo que puede provocar fricciones, por lo general muy serias, llegando a convertirse en una crisis que algunos llaman de desvalimiento. La mejor solución, según plantean estudiosos del tema, es la aceptación realista de las fuerzas, limitaciones y las habilidades para permitirse ser independiente por parte del anciano y que el hijo adulto, tenga la habilidad de aceptar el papel de cuidador y simultáneamente siga siendo hijo. Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias y serán más felices. (30) De ahí que se recomienden actitudes que le permitan al adulto mayor ser un integrante respetado y valorado en todo momento en el marco de la familia:

-Actitud de comprensión hacia los miembros de la familia.

- Aceptar a cada uno con sus cosas buenas y malas.
- Mostrarse prudentes, discretos y con mucho tacto en su actuar con las personas de la familia.
- Escuchar y hablar lo justo y necesario, cuidar de no herir.
- No dar consejos no solicitados.
- Ceder mucho, especialmente con los adolescentes y jóvenes, de manera que para ellos sea un agrado el venir a la casa de los abuelos.
- Tratar de ayudar, pero no entrometiéndose ni imponiendo ideas.
- Mantener una buena comunicación de confianza y de mucho diálogo.
- Compartir situaciones, actividades, decisiones.
- Evitar peleas y discusiones.
- No inmiscuirse en la vida de los hijos sino dejar que ellos hagan su vida como estimen conveniente.
- Evitar ser quejumbrosos y negativos. (6, 7,31)

En resumen, la familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia. Es la familia la institución más importante para el anciano y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar. (6,7, 22,23, 61)

11.8 Estructura. Funciones. Funcionamiento familiar

La función familiar, se refiere a la manera por la cual la familia es vista por sus miembros, en el cumplimiento de ese compromiso y permite identificar las percepciones individuales de los valores de la familia como recurso psicosocial o como soporte social. (6,7, 23, 61) Según el artículo: “La familia: una visión interdisciplinaria”, este grupo social, representa una institución de carácter universal, que en las diversas relaciones espacio - tiempo siempre ha estado presente y lo considera desde una perspectiva interdisciplinaria. Ofrece criterios de la autora en torno al significado, los tipos y las funciones de la familia; haciendo hincapié en el matrimonio como base de la misma, clave para la perpetuidad de la especie humana y célula de la organización y evolución social. (62)

Como se ha dicho, (63) a inicios del presente siglo XXI, la familia se diversifica más estructuralmente; sin embargo, ella tiene funciones bien específicas que le permiten alcanzar los objetivos que le corresponden como

institución social. Las más importantes son las siguientes:

- Satisfacer las necesidades afectivas de sus integrantes.
- Compartir colectivamente los deberes y derechos inherentes a ella.
- Cumplir con el mantenimiento económico y material de sus miembros.
- Reproducir sus miembros para la conservación de la especie.
- Educar a sus hijos en los valores de la sociedad; el amor a la propia familia, al estudio, al centro educacional, a la patria y sus símbolos, y al trabajo; en las normas de convivencia; administración y cuidado de los bienes; la moral y el respeto.

La composición de la unidad familiar permite la clasificación de la familia, según su estructura, en función de los miembros que comparten el hogar. Los criterios de clasificación estructural están dados, por el número de miembros que da lugar al tamaño de la familia, considerándose:

- Familia grande: la integrada por más de 6 miembros.
- Familia mediana: la conformada entre 4 y 6 miembros.
- Familia pequeña: la que incluye de 1 a 3 miembros.

Este dato es útil para la obtención del índice de hacinamiento y el per cápita familiar. Para el análisis de la situación de salud, su valor dependerá de otras características estructurales, de la edad y la condición de salud que posean los miembros de la familia, entre otros aspectos.

Según su ontogénesis, la familia, se clasifica en:

- Familia nuclear: cuando existe la presencia de hasta dos generaciones: padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos.
- Familia extensa o extendida: presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados o en unión consensual con descendencia o sin ella.
- Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes y amigos.

Según el número de generaciones se denomina familia multigeneracional, a aquella en la cual conviven más de dos generaciones, como por ejemplo la trigeneracional y cuatrigeneracional. Si solo conviven dos generaciones, se considera, bigeneracional. (7, 64)

Las crisis familiares, son la expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan y que producen desorganización en el seno familiar. Se clasifican en dos grandes grupos:

-Crisis transitorias o normativas. Incluye momentos como: matrimonio, embarazo, nacimiento del primer hijo, entrada del primer hijo a una institución infantil escolar, hijo adolescente, jubilación, envejecimiento y muerte del primer cónyuge.

-Crisis no transitorias o paranormativas. Se clasifican en: crisis por incremento, desmembramiento, desmoralización, cambios económicos importantes y problemas de salud. (7, 64)

La funcionabilidad de la familia, se refiere a la característica relativamente estable de relacionarse el grupo de forma interna. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se estable en el interior de cada familia y que le dan identidad propia. El funcionamiento familiar, como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, se produce de forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. La evaluación del funcionamiento familiar, según la dinámica de las relaciones internas de la familia, puede medirse mediante la aplicación de la prueba FF-SIL. Las categorías a evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y para la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.

- Comunicación: los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

- Adaptabilidad: habilidad para cambiar estructura de poder, y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

- Afectividad: capacidad de los miembros de vivenciar, y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

- Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

- Permeabilidad: capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. (7, 64)

Por su frecuencia y complejidad, la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el Médico de Familia, tanto en la precisión diagnóstica, lo que constituye el objetivo único y primordial de su trabajo. (51)

En Cuba, el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia ha constituido un ejemplo a seguir en todas las latitudes y ha garantizado el cumplimiento de su encargo social, implementando un grupo de programas destinados a lograr un estado de salud en la población que se corresponda con la prioridad y voluntad política establecida en el país. (65,66) En el Ecuador, el programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, está encaminado a lograr especialistas integrales con altos valores humanos y calidad científica, que permitan fortalecer la estrategia de la Atención Primaria de Salud, (considerando a la familia como el centro de la atención) y modificar el cuadro de salud existente con eficiencia, efectividad y satisfacción de la población. (67, 68)

La familia moderna no contempla en su estructura la presencia de ancianos, todo se planifica para la familia nuclear, tanto en espacio como en actividades. Los ancianos de la familia sin un espacio quedan de algún modo, socialmente a la deriva; ello ha hecho necesario la creación e incremento de los hogares de larga estadía. (1, 6) El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. (31) La problemática del envejecimiento demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud. (6, 13)

11.9 Actividad cognitiva y funcional en el anciano

El síndrome confusional agudo es un desorden agudo, transitorio, global y fluctuante de la cognición, atención, percepción, pensamiento, memoria, psicomotricidad y del ciclo sueño-vigilia, con nublazón de la conciencia, potencialmente reversible. Es un trastorno multifactorial que ocurre con relativa frecuencia en la práctica médica y a menudo es soslayado por los clínicos. (69) Es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, baja del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora de carácter fluctuante y reversible. En todos los casos es consecuencia de una enfermedad somática aguda, considerada como urgente en Geriatria. (70)

El envejecimiento normal suele implicar un deterioro cognitivo progresivo asociado a la edad, en el que las dificultades cognitivas más comunes afectan a la memoria, la capacidad de aprendizaje, el rendimiento motor y las funciones ejecutivas, así como a un enlentecimiento generalizado en el procesamiento de la información. Como deterioro cognitivo, en la literatura existente se encuentran diversos términos relacionados con pérdidas leves de memoria asociadas a la edad. Así, el trastorno cognitivo leve, según la clasificación internacional de enfermedades, (CIE-10) el deterioro cognitivo leve y el trastorno neurocognitivo leve, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, editado por la Asociación

Estadounidense de Psiquiatría, (DSM-IV) tienen en su origen un mecanismo patológico subyacente. La demencia sería la condición más incapacitante dentro del continuo de dificultades cognitivas, (y también funcionales) que aparecen durante la vejez. Son muchos los factores predictores del deterioro cognitivo y del inicio de la demencia identificados hasta el momento. Entre ellos se citan la edad, el sexo, el nivel educativo, la historia familiar de demencia o el ser portador del alelo *e4* de la apolipoproteína E, las dificultades en memoria, los problemas con la marcha o el volumen del hipocampo. (71, 72)

Algunos adultos mayores, tienen hasta 1.5 veces más riesgo de pérdida en funciones cognoscitivas y hasta 1.6 veces más riesgo de desarrollar demencia. La detección de deterioro cognoscitivo, se puede llevar a cabo con cualquiera de las herramientas clínicas disponibles: Examen Mini Mental de Folstein, Prueba de dibujo del Reloj, Escala de Montreal, Cuestionario de Pfeiffer. (58)

La pérdida funcional tiene un grave impacto sobre la calidad de vida de los adultos mayores, suponiendo un riesgo para el mismo, con alta probabilidad de sufrir eventos adversos y dónde medir la situación funcional previa, es muy importante y marca las medidas necesarias para evitar este deterioro, por ejemplo, el ingreso hospitalario. El deterioro funcional en los adultos mayores, es reflejo de una reserva orgánica funcional comprometida, siendo necesario un abordaje multidisciplinario pronto y oportuno, que asegure un manejo y rehabilitación adecuados, que busquen el mantenimiento y recuperación de la función física y una buena autopercepción de la calidad de vida. Vigilar y evaluar los cambios en la función, es parte del quehacer cotidiano de profesionales dentro de la atención en las personas mayores. (72-77)

La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores, son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados. La OMS, ha definido la salud del anciano por su capacidad para funcionar y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente. Así, la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social (6, 31, 46, 47, 73-79)

11.10 Fragilidad y dependencia en el anciano

El término fragilidad es usado frecuentemente para referirse a personas mayores, pero su definición ha sido difícil de conceptuar. Distintos investigadores usan criterios de diagnóstico diferentes, más o menos estandarizados. La mayoría de los estudiosos concuerdan en que, la fragilidad es un estado asociado al envejecimiento y que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha dado en llamar un estado

de homeostenosis que aumenta el riesgo de incapacidad, pérdida de la resistencia y mayor vulnerabilidad ante factores adversos. (80, 81) Se considera dependiente aquella persona que necesita ayuda o supervisión para realizar las actividades de la vida diaria, lo que se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización. El desarrollo de la vida, la capacidad funcional y la longevidad deben ir acompañados de una adecuada salud, pues sin esta condición hay, a medida que se envejece, una alta probabilidad de acercarse a la dependencia por una limitación no controlada que lleve a la discapacidad en cualquier orden. (81)

En concreto, podría decirse que las estructuras familiares actuales conducen al aislamiento de los miembros de más edad. El hecho de vivir en domicilios diferentes y frecuentemente distantes, la falta de medios y de espacio en la casa de los hijos para acoger a sus padres, junto con otros factores, han llevado a pensar que la única opción de las personas, cuando sobreviene la vejez es valerse por sí mismas y si ella está asociada a enfermedad o discapacidad, es ingresar en un establecimiento de larga estadía para que sea cuidado en este último período de su vida. (1, 6)

En algunos países se atienden personas mayores que gozan de diferentes grados de salud: ancianos sanos que no presentan patologías crónicas o problemas de salud importantes, ancianos enfermos que presentan alguna patología aguda o crónica no invalidante, ancianos “frágiles” o de “alto riesgo” y el paciente geriátrico. Se estima que las tasas de prevalencia para la fragilidad y prefragilidad alcanzan valores tan elevados como 27 % y 51 %, respectivamente. (82, 83) El aumento significativo de personas mayores de 60 años y las proyecciones demográficas estimadas al respecto, indican la importancia que este grupo de edades, va adquiriendo en diferentes países incluyendo los sudamericanos, lo que va evidenciando un desafío para sus sociedades acerca de ¿cómo asegurar una calidad de vida digna a todos los adultos mayores? Esta pregunta adquiere especial importancia cuando, lo que se observa en dicho entorno, en sentido general es, exclusión, segregación y discriminación social con estas personas. Esta situación de discriminación, si bien no tan sólo la viven las personas de edad, se ve acentuada en este caso, por la magnitud que va adquiriendo este grupo de población. (1, 81)

11.11 Depresión

La depresión, es el problema de salud más común en la población adulta mayor, condicionado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales; a su vez es el síndrome geriátrico más frecuente en la consulta externa de los pacientes mayores de 60 años, produce alto grado de discapacidad y representa un problema socio-familiar y de salud pública. (84) Es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. Puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo. (70)

El adulto mayor, es muy susceptible de padecer depresión. La valoración

inicial del adulto mayor, debe incluir siempre el estado de ánimo, mediante herramientas de tamizaje como la escala de depresión geriátrica (GDS). La evaluación del estado de ánimo deberá repetirse cada año y/o en caso de una declinación del estado funcional. El tratamiento de depresión debe ser parte de las intervenciones diseñadas para mejorar el autocuidado en los adultos mayores diabéticos. Se acepta que la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico tiene mejor efecto que cualquier componente de manera individual, sin embargo, la evidencia sugiere que el mantenimiento del medicamento para prevenir la recurrencia es mejor que la psicoterapia sola. Se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina para el tratamiento de la depresión en el adulto mayor, entre otras medidas, que pueden incluir el uso de antidepresivos tricíclicos, utilizando dosis bajas y con las precauciones necesarias. (59,75)

11.12 Nutrición en el anciano

La nutrición es el conjunto de procesos por los cuales el organismo, ingiere, absorbe, transforma, utiliza y excreta los nutrientes contenidos en los alimentos con el fin de obtener energía, construir y reparar las estructuras corporales y regular los procesos metabólicos. Es por tanto un proceso involuntario, sigue siempre el mismo curso, salvo que esté alterado. (85)

Debido al incremento de enfermedades y discapacidades en los ancianos y a otros factores, se ha observado en este grupo de población un aumento de los problemas nutrimentales con repercusiones fatales en diferentes ámbitos (personal, familiar, social). De hecho, la mala nutrición (por deficiencia: desnutrición; o por exceso: sobrepeso y obesidad), es considerada como un síndrome geriátrico. El estado nutricional del anciano está relacionado con el propio proceso de envejecimiento, y este proceso está influenciado por el estado nutricional mantenido a lo largo de la vida. Durante el envejecimiento, se producen cambios corporales (aumento de masa grasa, disminución de masa magra), aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias, y coexisten enfermedades crónicas y agudas. Asimismo, el estado nutricional del anciano se relaciona con el deterioro de sus capacidades funcionales, con una habitual polimedicación y con la situación socioeconómica en que se encuentra. De acuerdo a esto, en caso de verse afectado cualquiera de estos elementos, se pone en riesgo la situación nutricional de los ancianos. Por ejemplo: si un anciano tiene una funcionalidad limitada, difícilmente podrá alimentarse por sí mismo, necesariamente dependerá de terceras personas y, si vive solo, será aún más difícil que se alimente, por lo que correrá mayor riesgo de desnutrirse. Otro ejemplo son los ancianos que viven en extrema pobreza y que, además, tienen problemas de masticación y/o de deglución. Estos ancianos optan por consumir alimentos con bajo valor nutrimental o energético (caldos, atole de agua, verduras muy cocidas) tanto por el precio "accesible" de estos alimentos como por su problema en el tubo digestivo alto. Estos problemas de desnutrición y sobrepeso u obesidad en los adultos mayores son muy comunes. La prevalencia de desnutrición es de 1 a 15 % en ancianos ambulatorios, de 17 a 70 % en los hospitalizados y hasta 85% en los que están en asilos, de acuerdo a lo reportado en estudios internacionales.

Estos porcentajes se incrementan a medida que se van asociando otros factores de riesgo, como los socioeconómicos (nivel socioeconómico, situación familiar y redes de apoyo social, si vive en asilo o en su domicilio particular, entre otros), los psicológicos (depresión, demencia) y los fisiológicos (dependencia funcional, enfermedades, etc.) Cuantos más factores de riesgo están presentes, mayor es la prevalencia de desnutrición y peor será la evolución de la misma. (49,86)

Se ha concluido en algunos estudios que, aunque un alto porcentaje de adultos mayores consumen una dieta moderadamente variada y bien variada, se demuestra una asociación significativa entre el estado de fragilidad del adulto mayor y la variedad en el consumo de alimentos. (87-90)

11.13 Factores sociales en el anciano

Se conceptualiza los factores sociales como, las condiciones sociales favorables o adversas que influyen en el bienestar general en un sentido o en otro. La cantidad y calidad del vínculo interpersonal de los ancianos en su interrelación con la comunidad, nos puede decir cómo funcionan socialmente. (91, 92)

Una característica esencial del ser humano, es la de ser un ser social. Los aspectos sociales determinantes de la salud de las personas adultas mayores, son parte integral de su valoración geriátrica. El objetivo de realizar una valoración social del adulto mayor, es estudiar la relación entre el anciano y su medio, así como identificar si los recursos se están utilizando de manera óptima. Personas con un buen funcionamiento social, tienen un mejor desempeño diario y personas con buena salud, mantienen un funcionamiento social más adecuado. El funcionamiento social es un factor protector o de riesgo en el bienestar de las personas adultas mayores. (93)

11.14 Bases legales

Una definición de familia desde el ordenamiento jurídico, lo establece el nuevo Código Integral Penal del Ecuador del año 2014 en su párrafo primero, artículo 155, en el que alude: ...“se consideran miembros del núcleo familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación.” (94)

En la V Cumbre de las Américas, la Declaración de Puerto España, Trinidad y Tobago, en el año 2009: las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a: “Continuar trabajando para incorporar los temas de la vejez en las agendas de política pública y a promover, en el marco regional y con el apoyo de la OPS y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de la Organización de Naciones Unidas, (ONU) un examen

sobre la viabilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores”. El apoyo a este proceso fue reiterado al más alto nivel en la VI Cumbre de las Américas donde las y los Jefes de Estado y de Gobierno reafirmaron su compromiso de: “Avanzar en el fortalecimiento de la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, mediante la promoción de políticas públicas, programas y servicios, salvaguardando así su dignidad, su bienestar físico, mental, social y su calidad de vida, teniendo en cuenta los esfuerzos que se están llevando a cabo en el ámbito interamericano en la elaboración de un instrumento jurídicamente vinculante para proteger los derechos de las personas mayores y la consideración del tema en el ámbito internacional” (95)

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del año 2015, (96) en el capítulo II, sobre: Principios generales, en su Artículo 3, quedaron definidos los principios generales aplicables a la Convención:

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

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

La Constitución de la República del Ecuador, (97) expresa en su artículo 36: Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.”. El artículo 37, considera que: “el Estado garantizará a las personas adultas mayores, entre otros, el derecho a:

1.- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas”

El artículo 38 de la carta magna, expresa que: “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, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de:

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”. (97)

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 de edad. En ella se garantiza el derecho aun 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. (98)

El objetivo primordial en la atención integral en la salud de las personas adultas mayores (PAM), en el Ecuador, es evitar y limitar la aparición y desarrollo de deterioro funcional. La edad avanzada rara vez llega sola, sino que habitualmente se acompaña de fragilidad, comorbilidad, aislamiento social y dificultades económicas. Por lo tanto, la atención de las PAM es compleja, requiere de una combinación de medicina basada en problemas y la medicina basada en diagnóstico en el marco de la Política Pública y modelo continuo, asistencial y progresivo. En las “Normas y Protocolos, de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores” promulgada el año 2010, se incluyó en el capítulo 15, estándares e indicadores de calidad. (70) Con el propósito de afinar el proceso, se elaboró la Guía de Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención Integral de Salud de las PAM. Proceso que debe ser medido y monitoreado en forma permanente. Esta guía, se ha desarrollado tomando en cuenta los mecanismos internos de los servicios de salud para mejorar la calidad del enfoque de la garantía de calidad, que considera la definición de la calidad, su monitoreo y el mejoramiento continuo, razón por la que se han definido estándares de atención, indicadores e instrumentos para monitorearlos y el enfoque de ciclos rápidos para mejorar los procesos de atención. (99)

En el artículo 67 de la propia constitución de la República del Ecuador, se reconoce la familia en sus diversos tipos. Y dice que: El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Éstas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes. (97) Mientras que en el artículo 69, se dice que: Para proteger los derechos de las personas integrantes de la familia:

1. Se promoverá la maternidad y paternidad responsable; la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de sus hijas e hijos, en particular cuando se encuentren separados de ellos por cualquier motivo.
2. Se reconoce el patrimonio familiar inembargable en la cuantía y con las condiciones y limitaciones que establezca la ley. Se garantizará el derecho de testar y de heredar.
3. El Estado garantizará la igualdad de derechos en la toma de decisiones para la administración de la sociedad conyugal y de la sociedad de bienes.

4. El Estado protegerá a las madres, a los padres y a quienes sean jefas y jefes de familia, en el ejercicio de sus obligaciones, y prestará especial atención a las familias disgregadas por cualquier causa.
5. El Estado promoverá la corresponsabilidad materna y paterna y vigilará el cumplimiento de los deberes y derechos recíprocos entre madres, padres, hijas e hijos.
6. Las hijas e hijos tendrán los mismos derechos sin considerar antecedentes de filiación o adopción.
7. No se exigirá declaración sobre la calidad de la filiación en el momento de la inscripción del nacimiento, y ningún documento de identidad hará referencia a ella. (97)

12 MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio observacional, en el cual no existió intervención del investigador y porque los datos reflejan la evolución natural de los diferentes eventos investigados, en correspondencia con los objetivos y alcance de la investigación; que tuvo carácter descriptivo, en correspondencia con el número de variables analíticas. Se describen parámetros del tema objeto de estudio. La investigación se clasificó como de corte transversal, ya que en correspondencia con el número de ocasiones que se miden las variables, son medidas en una sola ocasión.

12.2 Diseño de la investigación

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

La población de estudio fue la totalidad de las familias 58 que entre sus integrantes vivía al menos un adulto mayor, (66) de las/los pertenecientes a los consultorios médicos 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, en el período del mes de junio del año 2015 hasta junio del año 2016. En dichas familias vivían 29 adultos mayores del sexo masculino y 37 adultas mayores del sexo femenino.

Criterios de inclusión:

-Personas mayores de 65 años que convivieran con otros miembros de la familia en sus hogares o en los hogares de sus familiares.

Criterios de exclusión:

-Personas mayores de 65 años que vivieran solos.

-Personas mayores de 65 años que estuvieran residiendo temporalmente en la comunidad.

-Adultos mayores que no dieran su consentimiento para participar en la investigación.

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Para dar respuesta al objetivo específico número uno y caracterizar a los adultos mayores, según variables sociodemográficas, se aplicó a los mismos, un cuestionario, (Anexo I) elaborado por la autora de la investigación, la cual se realizó durante las visitas domiciliarias a los hogares de los ancianos.

Para dar respuesta al objetivo específico número dos e identificar la existencia de deterioro cognitivo, tipo de depresión, riesgo de desnutrición y/o social y nivel de dependencia en los adultos mayores, se aplicó la actualización del formulario: SNS-MSP / HCU form. 057 / 2010: Escalas geriátricas y sus Listas de escalas, variables y puntajes para la atención al adulto mayor, establecidos por el Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador, (Anexo II) las cuales se aplicaron cara a cara a los adultos mayores, por la autora de la investigación en los hogares de los mismos, durante las visitas domiciliarias.

Para dar respuesta al objetivo específico número 3, que consistió en clasificar las familias, teniendo en cuenta su composición o estructura (según su ontogénesis, tamaño y número de generaciones) así como las crisis transitorias y no transitorias que presentasen. (Anexo I). El trabajo se realizó durante las propias visitas domiciliarias al realizar la actualización de los datos de las Fichas familiares correspondientes. (Anexo III) Utilizando los criterios de clasificación de Louro Bernal I. y colaboradores. (7) Para caracterizar el funcionamiento familiar y sus categorías, en los hogares con presencia de adultos mayores, se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar. (FF-SIL) (Anexo IV), valorándose el funcionamiento familiar, según el criterio de los propios adultos mayores. (7)

Toda la información se obtuvo de forma confidencial y previa información y solicitud a los adultos mayores de participar en el estudio, a través del consentimiento informado, firmado por los mismos. (Anexo V).

12.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Cuestionario
Sexo	Cuestionario
Autoidentificación étnica	Cuestionario
Situación laboral	Cuestionario
Estado civil	Cuestionario
Nivel de instrucción	Cuestionario
Deterioro cognitivo	SNS-MSP / HCU form. 057 / 2010
Depresión	SNS-MSP / HCU form. 057 / 2010
Riesgo de desnutrición	SNS-MSP / HCU form. 057 / 2010
Riesgo social	SNS-MSP / HCU form. 057 / 2010
Dependencia	SNS-MSP / HCU form. 057 / 2010
Composición o estructura de la familia	Ficha familiar
Crisis familiares transitorias	Ficha familiar

Variable	Tipo de técnica
Crisis familiares no transitorias	Ficha familiar
Funcionamiento familiar	Test de Funcionamiento Familiar. (FF-SIL)
Categorías del funcionamiento familiar	Test de Funcionamiento Familiar. (FF-SIL)

12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico de la información obteniéndose el valor porcentual de las variables, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas. Para el procesamiento de la información se creó una base de datos al efecto en Microsoft Excel, los cuales fueron exportados al programa Excel SPSS, versión 15.0

12.3 Variables

12.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Valor final	Indicador	Tipo de variable
Edad	Años cumplidos	Porcentaje	Cuantitativa continua
Sexo	Femenino, masculino	Porcentaje	Cualitativa nominal
Autoidentificación étnica	Blanco (a), negro (a), mestizo (a), mulato (a), afroecuatoriano (a), indígena	Porcentaje	Cualitativa nominal politómica
Situación laboral	Activo (a), jubilado (a), ama de casa	Tasa de prevalencia	Cualitativa nominal politómica
Estado civil	Soltero (a), casado (a), viudo (a), divorciado (a)	Porcentaje	Cualitativa nominal
Nivel de instrucción	Sin instrucción, primaria, secundaria, universitario	Porcentaje	Cualitativa ordinal
Deterioro cognitivo	Presente, ausente	Porcentaje	Cualitativa nominal
Depresión	Normal, moderado, severo	Porcentaje	Cualitativa nominal
Riesgo de desnutrición	Presente, ausente	Porcentaje	Cualitativa nominal
Riesgo social	Bajo, aceptable, alto	Porcentaje	Cualitativa ordinal
Nivel de dependencia	Independiente, necesita ayuda, necesita mucha ayuda	Porcentaje	Cualitativa nominal
Tipo de familia, según ontogénesis	Nuclear, extensa o extendida, ampliada o mixta	Porcentaje	Cualitativa nominal
Tipo de familia, según número de integrantes	Pequeña, mediana, grande	Porcentaje	Cualitativa nominal
Tipo de familia, según número de generaciones	Unigeneracional, bigeneracional, multigeneracional	Porcentaje	Cualitativa nominal
Tipo de crisis transitorias	Muerte del primer cónyuge, Jubilación, vejez	Porcentaje	Cualitativa nominal

Variable	Valor final	Indicador	Tipo de variable
Tipo de crisis no transitorias	Desmembramiento, incremento, desmoralización, Cambio económico importante, Problemas de salud	Porcentaje	Cualitativa nominal
Funcionamiento familiar	Funcional, Moderadamente funcional, Disfuncional, Severamente disfuncional	Porcentaje	Cualitativa nominal
Categorías del funcionamiento familiar	Cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol permeabilidad	Porcentaje	Cualitativa nominal

Aspectos éticos: la investigación cumplió con todos los aspectos de la Declaración de Helsinki y se desarrolló después de ser aprobada por el Comité de ética de investigaciones de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se observó predominio del sexo femenino (56,06 %) y del grupo de edades de 65 a 74 años, (60,60 %) seguido del de 75 a 84 años de edad. (27,27 %) Del total de 66 adultos mayores, sólo una anciana tenía 95 o más años, como se observa en la tabla 1 sin llegar a ser centenaria, lo que hace suponer que la tendencia a la longevidad en la población estudiada, no es alta.

Tabla 1. Distribución de los ancianos según edad y sexo. Consultorios 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Grupos de edades en años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N	%	N°	%
65 a 74	17	58,6	23	62,2	40	60,6
75 a 84	10	34,5	8	21,6	18	27,2
85 a 94	2	6,9	5	13,5	7	10,6
95 y mas	0	0,0	1	2,7	1	1,5
Total	29	100,0	37	56,0	100,0	100,0

Al responder el cuestionario, la mayoría de los adultos mayores se autoidentificaron desde el punto de vista étnico, como mestizos (as). (Tabla 2) Esta es una tendencia, en sentido general, de la población que atiende la autora.

Tabla 2. Distribución de los ancianos según autoidentificación étnica. Consultorios 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Autoidentificación Étnica	N°	%
Blanco/a	2	3,0
Negro/a	3	4,5
Mestizo/a	60	90,9
Indígena	1	1,5
Total.	66	100,0

En la tabla 3, se describe la situación laboral de los adultos mayores, predominando con un 50 % las amas de casa. Casi el 32 % estaban jubilados y apenas el 18,20 % se encontraban activos laboralmente. Estos datos coinciden con la población estudiada, la cual ya no es económicamente activa y además predominan en ella, las mujeres.

Tabla 3. Distribución de los ancianos según actividad laboral. Consultorios 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.

Situación Laboral	Total	
	N°	%
Activo	12	18,2
Jubilado	21	31,8
Ama de Casa	33	50,0
Total	66	100,0

La condición de casado prevaleció como estado civil, seguido de la viudez que, en esta etapa del ciclo vital de la familia, constituye uno de los eventos más frecuentes, al producirse la muerte del primer cónyuge. Son pocos los adultos mayores divorciados. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de los ancianos según estado civil. Consultorios 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015-junio 2016.

Estado civil	Total	
	N°	%
Soltero	10	15,2
Casado	31	47,0
Viudo	23	34,8
Divorciado	2	3,0
Total	66	100,0

El nivel de instrucción de este grupo de personas es bajo. El 44,00 % no tenía instrucción y el 51,50 % apenas completó los estudios primarios. (Tabla 5) Estos resultados se deben, a la poca accesibilidad a instituciones

educacionales, que tuvieron los adultos mayores durante su infancia y juventud.

Tabla 5. Distribución de los adultos mayores según nivel de instrucción. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Nivel de instrucción	Total	
	N°	%
Sin nivel de instrucción	29	44,0
Primaria	34	51,5
Secundaria	3	4,5
Total.	66	100,0

Se pudo comprobar que el 62,2 % de los adultos mayores no presentaban deterioro cognitivo. (Tabla 6). No obstante el 37,8 % si lo presentaba, lo que se pudiera relacionar con el alto por ciento de ellos, (44,0 %) que no tenían ningún grado de instrucción.

Tabla 6. Distribución de los adultos mayores según deterioro cognitivo. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Deterioro cognitivo	Total	
	N°	%
Presente	25	37,8
Ausente	41	62,2
Total	66	100,0

El 60,60 % de los adultos mayores declararon haber presentado manifestaciones de depresión moderada la semana anterior a la aplicación del formulario, (Tabla 7) y siete de ellos presentaron depresión severa.

El riesgo de desnutrición, (malnutrición por defecto) estuvo presente en la mayoría de los adultos mayores; (51,51 %) aspecto que debe ser considerado como factor de riesgo para padecer otras enfermedades, de ahí su importancia. (Tabla 8)

Tabla 7. Distribución de los adultos mayores según presencia de depresión en la última semana. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Depresión en la última semana	Total	
	N°	%
Normal	19	28,8
Moderada	40	60,6
Severa	7	10,6
Total	66	100,0

Tabla 8. Distribución de los adultos mayores según riesgo de desnutrición. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Riesgo de desnutrición	Total	
	N°	%
Ausente	32	48,4
Presente	34	51,5
Total	66	100,0

En la tabla 9, se puede observar que el 77,3 % de los adultos mayores presentan un riesgo social aceptable, al aplicárseles el formulario 057 del Ministerio de Salud Pública. No obstante el 21,2 % es considerado de alto riesgo social, por lo que corresponde dar seguimiento a la situación familiar de cada uno de ellos, a sus relaciones y contactos sociales, forma de convivencia, al apoyo de las redes sociales, entre otros aspectos.

Como puede comprobarse en la (tabla 10), muchos adultos mayores (71,20 %) consideran que necesitan cierta ayuda, en actividades de la vida diaria, como ser responsable de su medicación, preparar su comida, cuidar la casa, salir de compras o movilizarse solos. Aspecto importante a considerar igualmente, para la atención integral que necesitan.

Tabla 9. Distribución de los adultos mayores según riesgo social. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Riesgo social	Total	
	N°	%
Bajo	1	1,5
Aceptable	51	77,3
Alto	14	21,2
Total	66	100,0

Tabla 10. Distribución de los adultos mayores según nivel de dependencia. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Dependencia	Total	
	N°	%
Independiente	1	1,5
Necesita cierta ayuda	47	71,2
Necesita mucha ayuda	18	27,3
Total	66	100,0

Según su ontogénesis, la familia extensa fue la que predominó en dichos hogares de los adultos mayores en el 56.10 % de los casos, (Tabla. 11) seguidas en casi igual cantidad, de forma respectiva, de las nucleares y las ampliadas. (22,70 % y 21, 20 %, respectivamente)

Al distribuirse las familias de los adultos mayores, según el número de integrantes, predominaron las familias medianas con el 58.60 %, (Tabla 12) seguidas en casi igual proporción de las grandes y las pequeñas. (44,70 % y 18,90 % respectivamente)

Al distribuirse las familias de los adultos mayores, según el número de generaciones, predominaron las familias multigeneracionales con el 59.10 %. (Tabla 13) seguidas de las bigeneracionales con un 39,40 %.

Tabla 11. Distribución de los adultos mayores según su ontogénesis a los consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Familias según ontogénesis	N°	%
Nuclear	14	24,4
Extensa	32	55,1
Ampliada	12	20,6
Total	66	100,0

Tabla 12. Distribución de los adultos mayores según número de integrantes. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Familias según número de Integrantes	N°	%
Pequeña	11	18,9
Mediana	34	58,6
Grande	13	22,4
Total	58	100,0

Al distribuir las crisis familiares presentes en los hogares de los adultos mayores, la vejez, como evento no aceptado, fue una de las crisis transitorias con mayor presencia, (63,60 %) seguida de la muerte del primer cónyuge. (33,30 %) Entre las crisis no transitorias predominaron los problemas de salud (72,70 %) seguidas de los cambios económicos importantes. (43,90 %) En muchas de las familias, existía más de una crisis.

Tabla 13. Distribución de los adultos mayores según número de generaciones. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Familias según número de generaciones	N°	%
Unigeneracional	1	1,5
Bigeneracional	26	39,4
Multigeneracional	39	59,1
Total	66	100,0

Tabla 14. Distribución de las crisis familiares en los hogares de los adultos mayores. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Crisis familiares		N°	%
Transitorias	Muerte del primer cónyuge	22	33,3
	Jubilación	19	28,8
	Vejez	42	63,6
No Transitorias	Desmembramiento	20	30,3
	Incremento	11	16,7
	Desmoralización	9	13,6
	Cambio económico importante	29	43,9
	Problemas de salud	48	72,7

Al distribuir las familias de los ancianos, según funcionamiento familiar, (Tabla 15) predominaron, con el 56,10 %, las familias moderadamente funcionales. Sólo 4 familias eran disfuncionales. La presencia de adultos mayores en las familias, hace suponer que todavía resulte una figura a imitar y se valoren sus juicios, consejos y experiencias, sean tenidos en consideración y se cuente con ellos para tomar decisiones, lo que permite, un mejor funcionamiento familiar.

Tabla 15. Distribución de las familias de los adultos mayores según funcionamiento familiar. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Al analizar las categorías del funcionamiento familiar en los hogares con presencia de adultos mayores, se pudo comprobar que existía baja afectividad (72,20 %) y armonía (68,20 %) entre sus miembros y la permeabilidad (13,60 %) y adaptabilidad (10,60 %) fueron las categorías cualitativamente más altas entre sus miembros.

Funcionamiento familiar	N°	%
Familias funcionales	25	37,9
Familias moderadamente funcionales	37	56,1
Familias disfuncionales	4	6,1
Total	66	100,0

Tabla 16. Análisis cualitativo de las categorías del funcionamiento familiar. Consultorios 17-18 del Centro de Salud Pascuales. Junio 2015- junio 2016.

Categorías	Alta		Media		Baja	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cohesión	2	3,0	23	34,8	41	62,1
Armonía	1	1,5	20	30,3	45	68,2
Comunicación	3	4,5	25	37,9	38	57,6
Adaptabilidad	7	10,6	30	45,5	29	43,9
Afectividad	3	4,5	14	21,2	49	74,2
Rol	3	4,5	21	31,8	42	63,6
Permeabilidad	9	13,6	25	37,9	32	48,5

14 DISCUSIÓN

El adulto mayor es un grupo de población con características sociodemográficas, económicas, psicoemocionales y biológicas muy complejas. Como se ha comprobado, en el presente trabajo, predomina el sexo femenino y la tendencia a la longevidad en la población estudiada, no es alta.

Según la Encuesta Condiciones de Vida, (ECV) 5ta. Ronda, la población total de adultos mayores, de la ciudad de Quito urbana, es de 5,5 % adultos mayores hombres y 6,4 % de adultas mayores mujeres. (100)

En un estudio realizado en Tamaulipas, México, por Saavedra-González y colaboradores, en el año 2016, predominó el sexo femenino y una edad promedio de 70,2 años. (101)

Una investigación para obtener el título de enfermera (o) sobre Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los centros de vida, de la ciudad de Cartagena, obtuvo en sus resultados que, el 54,6 % de los participantes eran del sexo femenino y la edad promedio de 79 años. (102)

En Madruga, provincia Mayabeque, Cuba, al estudiarse los factores psicosociales en el uso del tiempo libre de los adultos mayores, en el año 2015, predominó el sexo femenino y los que tenían entre 60 y 70 años de edad. (92) Evidentemente el estudio coincide con los resultados plasmados en otra investigación, (103) donde predominan los ancianos comprendidos entre 60 y 70 años de edad, lo que está dado por las posibilidades y potencialidades con que cuenta este grupo a diferencia de los demás, pues los mismos se encuentran en una etapa reciente a la jubilación, donde hasta hace poco mantenían una vida laboral activa, que desarrollaron durante un periodo prolongado, encontrándose su estado físico y mental, en mejores condiciones para aportar ideas y desarrollar actividades, favoreciendo el empleo del tiempo libre.

En otro estudio realizado en Monterrey, para caracterizar el binomio adulto mayor-familia de convivencia, éstos tenían una edad media, de 70 años. (104) Mientras que en un artículo sobre malnutrición del adulto mayor y factores asociados, en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú, el 84,7 % de los AM, tenían entre 60 y 79 años y el 15,3 %, eran de 80 años o más. La edad promedio era de $70,22 \pm 8,16$ años. (105) En una investigación realizada en la Comunidad Geriátrica "Jesus de Nazareth" en Cuenca, República del Ecuador, hubo predominio entre los adultos mayores del sexo femenino y del grupo de 70 a 79 años de edad. (106)

En la distribución de los adultos mayores, según autoidentificación étnica, en una investigación que constituyó el Trabajo de Investigación de la Especialidad Medicina General Integral, realizada en Limonar, Matanzas, Cuba, predominó la raza blanca, con el 84,16 % del total; seguidos de la raza

negra y la mestiza, (107) resultado diferente al obtenido por la autora. Mientras que en la encuesta sobre condiciones de vida, situación sociodemográfica y socioeconómica del año 2008 en Quito, se encontró que de la población de los adultos mayores el mayor porcentaje pertenecían al grupo étnico de los mestizos, (75,6 %) seguido de los blancos, (17,4 %) indígenas (5,5 %) y mulatos (1,5 %) en ese orden, (101) datos más cercanos a los obtenidos en la investigación que se describe.

En otras bibliografías consultadas, no se constatan datos sobre esta variable, en estudios sobre adultos mayores, la cual se considera importante, entre otras razones, porque existen enfermedades que se relacionan con la raza o la etnia.

En lo referente a la situación laboral, en un artículo publicado por investigadores mexicanos refleja que predominan las mujeres cuya ocupación principal son las labores del hogar, (64%) (105) coincidiendo este resultado con el de la autora. En la investigación realizada en Limonar, Matanzas, Cuba, predominaron los jubilados. (107)

En una investigación realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social se determinó que el 35.9 % de la población de 65 años y más edad trabaja, porcentaje que se incrementa a 52 % en localidades de menos de 2 500 habitantes. Si la persona es el jefe del hogar, la probabilidad de que trabaje es mucho mayor, alcanzando 81.5 % en el ámbito nacional. (108)

En referencia al estado civil de los longevos, en la investigación realizada por De la Pedraja y colaboradores, (45) sus resultados, son comparables con los encontrados por Martínez Queroll y Pérez Martínez, que revelan que el estado civil más frecuente, era la viudez. (42) Ambos resultados difieren de los de la autora. En la encuesta de condiciones de vida, de la población adulto mayor en la ciudad de Quito, realizada en el año 2008, seis de cada diez adultos mayores eran casados o vivían en unión libre y tres de cada diez adultos mayores eran viudos. (100)

En un estudio mexicano sobre depresión y funcionamiento familiar, se obtuvo que la mayoría de los AM (83 %) y sobre todo mujeres, tenían bajo nivel de escolaridad. (109) Mientras que en el estudio realizado en la Comunidad Geriátrica “Jesús de Nazareth” en Cuenca, predominó entre los AM como nivel de instrucción, el primario. (106) Resultado similar al encontrado en la encuesta de condiciones de vida, de la población adulto mayor en la ciudad de Quito. (101)

La investigación para obtener el título de enfermera (o) realizada en la ciudad de Cartagena, Colombia, comprobó, en el acápite escolaridad, que el 52,1 %, de los AM estudiados, no término la primaria. (102) Estos resultados son similares a los obtenidos por la autora.

Armas Castro J., citado por De la Pedraja García y coautores, considera que, la función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales como

pensar, recordar, comunicar, orientarse y calcular; esta función cambia con la edad. Si bien en algunos individuos permanece igual que en su juventud, la mayoría no aprenden cosas como antes, mientras que otros sufren de deterioro cognitivo leve (DCL) e incluso llegan a padecer la enfermedad de Alzheimer, que deteriora severamente a la persona. El DCL se caracteriza por un “deterioro que no cumple criterios suficientes para ser identificado como demencia y que va acompañado de una relativa preservación de la independencia funcional”. (45) La investigación realizada por Bayarre Veá y colaboradores sobre “Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores, en cinco provincias de Cuba”, demuestra que el cálculo, la atención y el recuerdo, son las funciones mentales que primero se ven afectadas en las personas de edad avanzada. (110)

En una investigación donde se realizó la evaluación funcional, cognitiva y biomédica en ancianos, realizada en el año 2015, en Santa Clara, Cuba, (45) el 57.2 % de los AM, mostraron un deterioro cognitivo leve, el 19 % un estado cognitivo normal y un 19 % demencia. Un anciano, (4.8 %) padecía retraso mental. Los procesos cognoscitivos más afectados, fueron, la memoria de reproducción (93 %) y la atención y el cálculo, (67 %) seguidos de la memoria de fijación. (60 %) En cuanto a la orientación, el 33 % de afectación, fue fundamentalmente a expensas de la orientación temporal. Estos resultados superan los obtenidos en los dos consultorios de Pascuales.

El envejecimiento no es sinónimo de deterioro cognitivo. En el estudio realizado en Masma Chicche, Junín, Perú se encontró que el 27,8 % de los adultos mayores tenían deterioro cognitivo, (105) datos cercanos a los encontrados por la autora en su trabajo, aunque todavía inferiores. Similares resultados obtuvieron los autores de un estudio (111) realizado en las Casas de Abuelos de Holguín, donde el 84,8 % de los ancianos estudiados no presentaron alteraciones en la esfera cognitiva.

En el artículo: Fragilidad, dependencia y repercusión social en ancianos atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica, al distribuirse los ancianos frágiles, de acuerdo a su estado cognitivo y a su estado afectivo, predominaron los que no presentaban deterioro cognitivo (69 %); (81)

Roig Hechavarría y coautores, (112) dieron a conocer también que el 88,6 % de los ancianos estudiados, en un consultorio médico, no tenían deterioro de sus procesos cognitivos y el 11,3 %, tenía deterioro leve. Resultados similares a los de la autora.

La depresión en adultos mayores es una patología de gran importancia en la actualidad, dado el aumento global de la expectativa de vida y las comorbilidades crónicas que conlleva. En el primer nivel de atención, es necesario poder identificar oportunamente este tipo de padecimiento y canalizar en tiempo y forma a las áreas específicas para determinar el diagnóstico definitivo y establecer el manejo concreto. Es importante el seguimiento que se realice para que el adulto mayor se desempeñe lo mejor

posible con una calidad de vida aceptable. (101) En la investigación sobre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México, realizada en el año 2016, el 27.7 % de ellos, presentó algún grado de depresión, (101) cifra igualmente inferior a la obtenida por la autora. En el estudio realizado en Madrugá, en el año 2015, la depresión fue leve en el 14,5 % de los AM, (92) siendo también inferior este dato, a lo obtenido en el presente trabajo.

En la investigación realizada por Roig Hechavarría y coautores, (112) los ancianos estudiados, en un consultorio médico, presentaban algún tipo de depresión. (77, 33 %) También coincide con los resultados obtenidos en el estudio del comportamiento de la depresión en el AM, realizado en el Policlínico Cristóbal Labra, de Cuba; (107) al igual que los que se reportan en el estudio realizado en Masma Chicche, Junín, Perú, donde se encontró que el 69,4 % de los AM, presentaron depresión y riesgo de la misma. (105)

La autora considera que, la prevención de la enfermedad depresiva en el anciano, es una tarea de urgente actuación, cuyo primer eslabón, debe ser la correcta valoración geriátrica que se realice.

En 1982, la asamblea mundial sobre el envejecimiento, aprobó el Plan de Acción Internacional de Viena, el cual recomienda el aseguramiento para las personas mayores de las áreas de salud y nutrición. La participación social en particular de las mujeres, la seguridad económica, así como de la vivienda, el medio ambiente y la educación. (114) El proceso de envejecimiento implica una serie de cambios que repercuten directamente sobre el estado nutricional de la población adulta mayor, que la hace vulnerable con un riesgo elevado de sufrir deficiencias nutricionales. La pérdida del gusto u olfato, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, trastornos neurodegenerativos, enfermedades como el cáncer o cambios en la composición corporal, se consideran factores de riesgo.

Entre otros factores principales relacionados con la malnutrición se encuentran: la falta de acceso a comida de alto valor nutritivo; la soledad, dado que comer es una actividad social por lo que simplemente compartir tiempo al desayunar o almorzar aumenta el placer de hacerlo. (105) En el estudio realizado, sobre malnutrición del adulto mayor y factores asociados, en un distrito de, Perú, el 29,16 % de los AM, tenía malnutrición, el 57,9 %, presentaban riesgo de malnutrición, y el 13,9 %, no estaban malnutridos. (105)

En una investigación sobre los factores de riesgo asociados a la malnutrición en adultos mayores en Nueva Zelanda, se encontró entre las causas de alto riesgo de la malnutrición, el súbito cambio de peso, la percepción del propio peso, el comer solo, así y un menor consumo de leche. (116)

Desde hace más de una década se han reportado rangos de incidencia de desnutrición que abarcan del 12.0% al 50.0%; entre la población de ancianos hospitalizados y del 23.0 % al 60.0 %, entre aquellos que viven en

condiciones de institucionalización, (117) lo que coincide con el presente estudio. Según el Departamento de Atención a la Salud, de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, (Ciudad de México) el riesgo nutricional aumenta en ancianos que están enfermos, son pobres y en aquellos que tienen un acceso limitado al cuidado médico. (117)

Guillermo, García, Conde y Gómez, citados por Tabio Henry y colaboradores, (118) consideran que, durante el envejecimiento las personas enfrentan un mayor peligro de contraer determinadas enfermedades, de perder su autonomía, o de morir. Los factores que aumentan su vulnerabilidad son los llamados factores de riesgo social. Estos rebasan el marco de la enfermedad física, con mayor importancia en los aspectos de la vida, para citar algunos ejemplos: desde el punto de vista macrosocial; las pérdidas, la desaparición física o espiritual sea de hijos, conyugues, amigos o familiares, aislamiento, ausencia de confidente, inactividad, inadaptación a la jubilación, insatisfacción con actividades cotidianas, pérdida de papeles sociales, institucionalización, condiciones materiales de vida, edad avanzada. Desde el punto de vista microsocia (familiar) deben tenerse en cuenta aquellos componentes básicos de la función familiar disminuidos o nulos y que inciden en la satisfacción del anciano: apoyo o ayuda que recibe del resto de la familia, comprensión, protección, aceptación de los miembros de la familia a los deseos del anciano, la participación que le brinda la familia en la discusión de cuestiones y soluciones de problemas de interés común.

La evaluación social en un estudio peruano sobre malnutrición del adulto mayor y factores asociados, al aplicar la escala de Guijón, mostró que la población en estudio, (93,1%) presentó algún problema social, por lo que se consideró como una característica de la misma, (105) cifra muy superior a la obtenida por la autora.

En otro estudio, ya mencionado, realizado en Villa Clara Cuba, en el 2015, se divulga que el 24 % de los ancianos, dependían de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. (45) En el estudio realizado en Junín, Perú, se encontró que el 48,6 %, de los adultos mayores, eran dependientes funcionales para las actividades de la vida diaria, (105) cifras inferiores a los obtenidos en el estudio realizado por la autora, en dos consultorios del Centro de Salud de Pascuales.

En el artículo: Fragilidad, dependencia y repercusión social en ancianos atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica, al analizar el nivel de dependencia de los adultos mayores frágiles, se observó, que la mayoría era independiente. (54 %); (81) resultado que no coincide con los de la autora.

Resultados diferentes se encontraron también en el Policlínico Universitario "28 de septiembre", de la Provincia de Santiago de Cuba, en el que predominaron los ancianos dependientes con respecto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria y se encontró una prevalencia de los que tenían dependencia funcional en una o dos actividades básicas, (37.9 %)

seguidos de los que presentaron esta variable en tres o cuatro de estas tareas. (32.4 %) (114) Igualmente, al obtenido en una investigación en Pinar de Río, (120) donde se evalúa la capacidad funcional de 120 adultos mayores y se evidencia que, la mayoría de los ancianos encuestados se consideran independientes, activos y satisfechos con la vida que llevan.

Para la autora, la existencia de deterioro cognitivo, de algún tipo de depresión, riesgo de desnutrición y/o social y manifestaciones de dependencia en los adultos mayores, constituyen problemas de salud, que repercuten negativamente en el funcionamiento familiar

Domínguez y colaboradores, citados por Acuña Rodríguez y colaboradores, (102) consideran que, el principal sistema social del adulto mayor es la familia y de ella viene el apoyo que recibe, pues se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La familia del anciano debe brindar apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

En Madruga Cuba, al estudiarse algunos factores psicosociales en el uso del tiempo libre por el adulto mayor y clasificarse las familias de acuerdo a la ontogénesis, predominaron las extensas, en el 65,4 % de los casos, (93) lo que resulta coincidente con los resultados de este trabajo; al igual que con los de Morales Vento y colaboradores, (121) que en su estudio encontraron mayormente familias extensas, (69.57 %) a continuación de las cuales se ubicaron 4 sujetos que conviven en un núcleo unipersonal (viven solos) y 3 que lo hacen en familias nucleares, representando el 17.39 % y 13.04 % del total de la muestra, respectivamente. No se encontraron en la muestra familias ampliadas.

En la investigación sobre Depresión y funcionalidad familiar en AM, realizada en México, el 56,36 % de las familias, eran nucleares. (101) Dato no coincidente con los resultados de este trabajo.

De acuerdo al tamaño de las familias de los adultos mayores estudiados, incorporados a Círculos de Abuelos del poblado Nueva Paz, Cuba, de septiembre de 2011 a marzo de 2012, se evidenció un predominio de las familias pequeñas en el 47.83 % de ellas, seguidas de las medianas con un 39.13 % y en menor proporción las familias grandes con solo un 13.04 % del total de la muestra. (121)

En el mencionado estudio realizado en Nueva Paz, Cuba, se observó predominio de las familias trigeracionales, en el 43.48 % de la muestra. Le siguió en orden de prioridad las familias unigeracionales, con un 30.44 % y en menor medida aparecen las familias bigeneracionales y multigeracionales, con un 17.39 % y 8.69 %, respectivamente. (121) Resultados que tampoco coinciden con los obtenidos por la autora.

En la literatura revisada, (122) coinciden los resultados con los de la autora,

al comprobarse la existencia de varias crisis en una misma familia y predominar entre las transitorias, el afrontamiento a la vejez y su no adaptación a la misma por los adultos mayores y entre las no transitorias, los problemas de salud por el padecimiento de varias enfermedades crónicas en estas edades extremas de la vida.

Hay autores que ubican la vejez como edad de riesgo psicológico por la soledad, aquí radica la importancia que requiere que los ancianos se inserten en grupos sociales y organizaciones que se diseñan con la finalidad de que tengan un espacio donde intercambiar sus ideas y relacionarse generacionalmente con su propio grupo de edades. (92)

Los resultados descritos, difieren con los de otros estudios, (123) en los que se obtuvo como resultado que, las crisis normativas o transitorias, con un 67 % predominaron y en menor número se encontraban las no transitorias o paranormativas y dentro de ellas, las por incremento y por desmembramiento. Sólo en 2 familias, del trabajo mencionado, estuvieron presentes, la desmoralización y la desorganización.

La evaluación de la percepción del funcionamiento familiar se realizó a través del test FF-SIL, que mide el grado de funcionalidad basados en siete dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. Un artículo realizado en Puebla, México, sobre funcionamiento familiar en adultos mayores, publica que, el 69 % de las familias, se clasificaron con funcionabilidad adecuada. (108) En otro estudio mexicano sobre depresión y funcionamiento familiar, mencionado anteriormente, se obtuvo una prevalencia de disfunción en el 49 % de las familias y en ese caso, no se encontró relación entre disfuncionalidad familiar y depresión. (101) Hernández y colaboradores, (124) informan en su estudio, que el 28 % de las personas encuestadas, manifestaron disfuncionalidad familiar moderada, mientras que Zavala (109) obtuvo como resultado, un 35 %, cifras que no coinciden con las de la autora Hernandez y colaboradores (124)

En la tesis para obtener el título de enfermera(o) de la ciudad de Cartagena, (102) se obtuvo, que el 77.5 % de los AM, percibió una buena funcionalidad familiar, el 13.7 % una disfuncionalidad moderada y el 8.8 %, una disfuncionalidad severa.

La diferencia de estos resultados podría estar relacionada con aspectos del contexto sociocultural y familiar de los participantes de cada estudio. La autora considera que, la relación entre funcionamiento familiar y su riesgo familiar en los AM, no pudo ser contrastado con literatura publicada, pues no se encontraron suficientes investigaciones que incorporaran esta variable, en este periodo de la vida.

Acuña Rodríguez y colaboradores, (102) encontraron en su trabajo que, en la dimensión adaptabilidad, con la cual se valora la satisfacción de la persona con relación al apoyo recibido por la familia, se evidenció que el 69.8 % de los

adultos mayores encuestados, manifestó estar casi siempre satisfecho, el 19.3 % a veces y el 10.9 % restante, casi nunca. En el componente de la afectividad que valora la expresión y respuesta de emociones entre la persona y su familia, el 71.7 %, refirió estar casi siempre satisfecho, el 18.3 %, a veces está satisfecho y por último, el 11.0 %, casi nunca. Estos resultados superan ampliamente los encontrados en la presente investigación.

En otro estudio sobre percepción de los adultos y las adultas mayores y su relación con la familia, el contexto social y el Estado, que constituyó la Tesis previa a la obtención del título de Magister en Intervención Psicosocial y Familiar, en Ecuador, (106) el 52.3 % de las familias, presentan una adaptabilidad alta, y una cohesión media del 40.5 %, siendo consideradas como familias unidas. Haciendo un análisis cualitativo, los resultados en general no coinciden con los de la autora, pues las familias presentan una adaptabilidad alta, siendo los padres quienes ejercen las relaciones de poder, imponiendo y estableciendo las reglas familiares y una cohesión media, pues los lazos emocionales entre sus integrantes se ven reflejados en la preocupación constante de los padres por los conflictos de sus hijos, compartiendo el tiempo libre entre ellos, lo que los hace más permeables en sus relaciones, situación no expuesta de igual manera en el trabajo que se expone.

A medida que aumenta el riesgo familiar, es decir al aumentar los factores que amenacen la adaptación adecuada al entorno, las familias se ven enfrentadas a una mayor disfuncionalidad familiar. Lo anterior cobra importancia, ya que los acontecimientos normativos, no normativos y de salud, es decir los riesgos a los que se expone la familia, provocan cambios en la dinámica familiar, (14, 125) sobre todo, si se trata de familias o de hogares, donde en ellos, conviven adultos mayores.

15 CONCLUSIONES

Predominaron los adultos mayores del sexo femenino, con edades entre 65 y 74 años y mestizos. La mitad eran amas de casa. Prevalcieron los casados y la mayoría tenía un bajo nivel de instrucción.

Destacaron los que no mostraban deterioro cognitivo, los que habían presentado depresión moderada la semana anterior a la aplicación del formulario, los que presentaban riesgo de desnutrición, y riesgo social aceptable y los que necesitaban cierta ayuda en las actividades de la vida diaria.

La mayoría de las familias clasificaron como extensas, medianas y multigeneracionales y presentaban, predominantemente, crisis vinculadas a la vejez y por problemas de salud. Sobresalieron las familias moderadamente funcionales y dentro de sus categorías, se pudo comprobar que existía en los hogares, baja afectividad y armonía, entre sus miembros.

16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación las limitaciones fueron que en algunos hogares de los adultos mayores estos no se encontraban en el momento de la entrevista por razones tales como que, pasan tiempo de forma itinerante en casas de sus hijos, lo que dificultó realizar el total de pacientes que en un principio se proyectó.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cifuentes Reyes P. Adulto mayor institucionalizado. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Trabajo Social. Tesis para optar al grado académico de Licenciada en Trabajo Social. Tesis para optar al Título de Asistente Social. Santiago, Chile 2005. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/176/tesis>
2. Aylwin A. N, Solar S. MO. Trabajo Social Familiar. Ediciones Universidad Católica de Chile. Primera edición: enero 2002. ISBN: 956-14-0629-2. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <file:///C:/Users/p/Downloads/Trabajo%20Social%20Familiar%20N.%20Aylwin.pdf>
3. Pérez Martín MM, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Álvarez González K, Díaz Rey RC. Medio familiar de los adultos mayores. Rev. de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Vol. 16, Núm. 1 (2012) [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/874/html>
4. Sánchez G. Esperanza para la Familia, A. C. catálogo 0234, [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.esperanzaparalafamilia.com>
5. Pérez Arzuaga N, Salazar Morales k, Núñez Álvarez L. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana – CIMF. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Intervención educativa sobre funcionamiento familiar en adultos mayores. Consultorio # 23. Niquero. 2010. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewFile/317/165>
6. Placeres Hernández JF, De León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul [citado 22 Ago 2016]; 33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>
7. Louro Bernal I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. Volumen II. Parte XI. Familia. Capítulo 59. Medicina General Integral. / Colectivo de autores; rev. Roberto Álvarez Sintés; [pról. Alfredo Espinosa. Brito]; 3. ed. aumentada y corregida. -- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014. 358 p., 5 t.: il., tab
8. República del Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población y Vivienda 2010. Mujeres y hombres del Ecuador en Cifras III. Serie de información estratégica. ISBN: 978-9942-07-390-7. (citado 16 Ago 2016) Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
9. Siguenza Campoverde WG. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. Tesis previa a la obtención del título de Magister en psicoterapia del niño y la familia. Cuenca, Ecuador, 2015. [citado 22 Ago 2016]; Disponible

- en:<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>
10. Ponce Durán, A. Código de Familia. Obtenido de Revista Judicial. No. 10477. 31 de Octubre de 2013. [citado: 20 Sept 2016]; <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derchodefamilia/2013/10/31/codigo-de-familia>
 11. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. Moscú: Editorial Progreso; 1976.
 12. Benítez ME. La familia como categoría demográfica. En: Benítez ME. La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2003. p. 41-6.
 13. Zaldívar Pérez DF. Funcionamiento familiar saludable [citado 8 Oct 2016]. Disponible en:<http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=238>
 14. Louro Bernal I. Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria [tesis] [Internet]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005 [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/79/>
 15. Bayo M. J. El papa de la familia: SAN JUAN PABLO II. Amor y vida. Segundo trimestre, 2014. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: http://www.arquidiocesisdelahabana.org/contens/publica/amor_vida/a%20y%20v%202-2014/pdf/el%20papa%20de%20la%20familia.pdf
 16. Takase Gonçalves LH, Mendes Costa MA, Martins M, Modesto Nassar S, Zunino R. La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(3): [09 pantallas] mayo-jun. 2011. [citado 22 Ago 2016] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_03.pdf
 17. Valbuena Vanegas I. Discusiones y reflexiones en torno a la Investigación en familia. Tend. Ret. ISSN 0122-9729. Vol. 17, No. 1, enero-junio 2012, [citado 22 Ago 2016]; pp. 59-66. Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/1811/1679>
 18. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. 2014. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=TENSION>
 19. Robles C., & Di Leso L. El concepto de familia y la formación académica en trabajo social. Año 2 - Nro. 3 - Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" 2012. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_3/pdf/8_robles.pdf
 20. Walters Pacheco KZ ; Cintrón Bou FN ; Serrano-García I. Familia Reconstituida. El Significado de "Familia" en la Familia Reconstituida. Psicología Iberoamericana, 2006. Vol. 14 No.2, pp. 16-27. ISSN: 1405-0943. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920321003>
 21. OMS. 57ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia. Informe de la Secretaría. 8 de abril de 2004. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en:http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_12-sp.pdf

22. Arés Muzio P. *Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002.
23. Arés Muzio P. *La Familia. Una mirada desde la Psicología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010.
24. *Relaciones sociales: Familia, escuela y compañeros*. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://psidesarrollo3equipo18.wikispaces.com/Tema+6.+Relaciones+sociales.+Familia,+escuela+y+compa%C3%B1eros>.
25. Badinter, E. *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. España: La Esfera de los Libros. 2011. p. 22.
26. Reyes Torres I, Castillo Herrera JA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2011 [citado 22 Ago 2016]; 30(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03002011000300006&lng=es&nrm=iso
27. Selman-Housein Abdo E. *El hombre un ser social en: Cómo vivir 120 años*. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008.
28. Gómez Juanola M, López Zamora A, Moya Rodríguez M, Hernández Jiménez OR. Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(1-2) [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi031-205t.htm
29. *La calidad de una vida longeva depende de la fragilidad del cuerpo* [Internet]. 2008 Feb 18 [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://blog-cristobalpera.noscuidamos.com/2008/02/18/la-calidad-de-una-vida-longeva-depende-de-lafragilidad-del-cuerpo/>
30. World Health Organization. *Global Health and Aging*. Washington: US National Institute on Aging, National Institutes of Health; 2011. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/global_health_and_aging.pdf
31. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro A.M, Carrasco García M. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública* v.33 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007. [citado 22 Ago 2016]. versión On-line ISSN 0864-3466. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=So86434662007000100010&script=sci_arttext
32. CEPAL [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2015 [citado 11 Nov 2016]. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*. Disponible en: http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp?xml=/deype/agrupadores_xml/aes250.xml
33. Martínez Abreu J. Envejecimiento poblacional, tema de análisis permanente en los servicios de salud. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2015 Nov-Dic [citado 15 Nov 2016]; 37(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201500600001
34. Swartz K, Miake N, Farag N. Long-term care: Common issues and

- unknowns. *J Policy Anal and Manag.* 2012;31(1): [citado 15 Nov 2016]; 139 – 52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22180893>
35. Fernandez J, Forder J. Reforming Long-term Care Funding Arrangements in England: International Lessons. *AEPP.* 2012;34(2): [citado 15 Nov 2016]; 346 – 62. Disponible en: <http://aepj.oxfordjournals.org/content/34/2/346.short>
36. BVSCUBA [Internet]. La Habana: MINSAP; 2015. Anuario estadístico de Cuba [aprox. 3 pantallas]. [citado 11 Oct 2016]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
37. Barros Díaz O, Aroca González P. Econometría espacial y el análisis sociodemográfico: Aplicación en la formación de agrupaciones espaciales de envejecimiento en Cuba, período 2003-2009. *Rev Nov Pob [Internet].* 2014 Dic [citado 11 Nov 2016]; 10(20) Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782014000200001&lng=es&nrm=iso
38. Matus-López M, Cid Pedraza C. Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012 – 2020. *Rev Panam Salud Publica vol.36 no.1* [citado 22 Ago 2016]; Washington jul. 2014. versión impresa ISSN 1020-4989. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892014000600005&script=sci_arttext
39. Bayarre Veal HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Garrido Díaz VD. Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas, Cuba 2000-2004. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2008 [citado 22 Ago 2016]. 34(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000200002&lng=es&nrm=iso
40. Bayarre Veal HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Garrido Díaz D. Factores de riesgo de discapacidad física en ancianos de Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].* 2008 [citado 22 Ago 2016]; 24(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgi02208.htm
41. Bayarre Veal HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Garrido Díaz D, González de Piñera Marrero A. Modelos para el vaticinio de discapacidad física en adultos mayores en el nivel primario de atención. *Rev Cubana Med Gen Integr v.25 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2009.* [citado 11 Oct 2016]. versión On-line ISSN 1561-3038. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100003
42. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].* 2006 [citado 22 Ago 2016]; 22(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi01106.htm
43. Llanes Betancourt C. Evaluación funcional y anciano frágil. *Rev Cubana Enferm [Internet].* 2008 [citado 23 Sept 2016]; 24(2): [aprox. 5 p.].

- Disponible
 en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So86403192008000200005&lng=es&nrm=iso
44. Armas Castro J, Carrasco García MR, Ángel Valdés S. Los Factores de progresión del deterioro cognitivo leve a la Enfermedad de Alzheimer. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet]. 2008 [citado 22 Ago 2016]; 7(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2008000400020&lng=es&nrm=iso
 45. De la Pedraja García EL. Evaluación funcional, cognitiva y biomédica de ancianos de 90 años y más. *Acta Médica del Centro / Vol. 9 No. 2, 2015*. [citado 22 Sept 2016]; Disponible en:<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/252/404>
 46. Zavala G. M., Vidal G. D, Castro S. M, Quiroga P, Klassen P. G. Funcionamiento social del adulto mayor. *CIENCIA Y ENFERMERIA XII* (2): 53-62, 2006. ISSN 0717-2079. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/arto7.pdf>
 47. ONU. Programa de Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Una sociedad para todas las edades: evolución y exploración. En: *La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades*. Nueva York: Naciones Unidas; 2005. p. 1 -13.
 48. República del Ecuador. INEC Instituto Nacional de Estadísticas y censo. Byron Villacís. 2010. Director General. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: www.ecuadorencifras.comwww.inec.gob.ec
 49. Bernal-Orozco MF, B. Vizmanos, A. J. Celis de la Rosa. La nutrición del anciano como un problema de salud pública. 2008. *Antropo*, 16, 43-55. [citado 11 Sept 2016]; Disponible en:<http://www.didac.ehu.es/antropo/16/16-6/BernalOrozco.pdf>
 50. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2016.
 51. Celis Calderón, KG. (2015-01). El envejecimiento y el sistema general de pensiones del Ecuador. Tesis para optar al grado de magíster en políticas públicas. Universidad de Chile. Santiago, ENERO 2015. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134600/El%20envejecimiento%20y%20el%20sistema%20general%20de%20pensiones%20de%20Ecuador.pdf?sequence=1>
 52. Álvarez González K, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Pérez Martín MM, Valdés del Pino AM. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2012 Abr [citado 11 Sept 2016]; 16(2): 124-37. Disponible en:http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200010&lng=es
 53. OEA. Asamblea General. Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. 15 al 16 de junio de 2015. Washington, D.C. Disponible en: <http://www.ippdh.mercosur.int/wp->

- content/uploads/2015/06/Espa-%C2%A6o1_CONVENCI-%C3%B4N-INTERAMERICANA-SOBRE-LA-PROTECCI-%C3%B4N-DE-LOS-DERECHOS-HUMANOS-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES.pdf
54. República del Ecuador. Ministerio de inclusión y economía social. Agenda de igualdad para adultos mayores. 2012-2013. Segunda edición. (2012) [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
 55. Jaramillo Rojas EU. Evaluación de la limitación funcional del adulto mayor relacionada con la autopercepción de su salud, año 2011 - 2012. Tesis para la obtención del título de Licenciado/a en Enfermería. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Repositorio de Tesis. Quito, agosto del 2012. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5066>
 56. Quintana Setien C. Hipertensión arterial en Diagnóstico y tratamiento en medicina interna. Colectivo de autores. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2012. p. 93.
 57. Pañi Parapi DS, et al. Estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del Hogar Cristo Rey, Cuenca, 2013. Universidad de Cuenca. Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en enfermería, 2014. [citado 11 Sept 2016]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20570/1/TESIS.pdf>
 58. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Diagnóstico y Tratamiento de diabetes mellitus en el Adulto Mayor vulnerable. Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de GPC: IMSS-657-13, 2012. Editor General División de Excelencia Clínica. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. [citado 11 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/657GRR.pdf>
 59. De la Paz Castillo KL, Proenza Fernández L, Gallardo Sánchez Y, Fernández Pérez S, Mompié Lastre A. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. MEDISAN 2012; 16(4): 489. [citado 11 Sept 2016]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_4_12/san01412.pdf
 60. INFORME TFW 2013-2. Informe elaborado por el Área de Salud y coordinado por el Dr. José Antonio Serrano, secretario del Área. El papel de la familia en el envejecimiento activo. 29 abril 2013. Disponible en: <http://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Informe2013-2.pdf>
 61. Ortega Alvelay A, Osorio Pagola M, Fernández Vidal A. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(2). [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi04203.htm
 62. Martínez Vasallo MM. La familia: una visión interdisciplinaria. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 Sep-Oct [citado: 12 Oct 2016]; 37(5). Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1502/html_54
 63. Álvarez Sintés R. Salud familiar. Medicina General Integral. Tomo 1. Capítulo 19. Parte V. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2014

64. Louro Bernal I. et. al. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, reimpresión 2012. 48 p. ISBN 978-959-212-746-3.
65. Placeres Hernández JF, Martínez Abreu J. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Mar-Abr [citado: 20 Sept 2016]; 36(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema01.htm>
66. González Rodríguez R, Cardentey García J. Un acercamiento al Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Rev. Med. Electrón. vol.37 no.4 Matanzas jul.-ago. 2015. [citado: 20 Sept 2016]; 36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242015000400012&script=sci_arttext
67. Naranjo Ferregut JA, Delgado Cruz A, Sánchez Pérez Y. Programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador con participación de profesores cubanos. Rev. Ciencias Médicas. Julio-agosto, 2015; [citado: 20 Sept 2016]; 19 (4):737-745. Disponible en: http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2217/html_10712
68. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) 2013. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
69. Romero Cabrera AJ. Asistencia clínica al adulto mayor. Capítulo 10. Fallo Mental I. Delirium. 2da ed. La Habana. ECIMED, 2012. p.: 112 – 118.
70. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección de Normatización del SNS. Normas y Protocolos de atención integral de salud de las y los Adultos Mayores. Quito, Ecuador. Mayo 2010.
71. López AG, M. Dolores Calero. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 44. Núm. 04. Julio - Agosto 2009. [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-predictores-del-deterioro-cognitivo-ancianos-13139965>
72. Comité editorial. Estrategia y plan de acción sobre demencias y otros trastornos discapacitantes en las personas mayores. Geroinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria Vol.10. No.1. 2015. RNPS 2110 ISSN 1816-8450. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/verpost.php?pagina=1&blog=http://articulos.sld.cu/gericuba/&post_id=1551&c=4686&tipo=2&idblog=90&p=1&n=day
73. Comité editorial. Actualidad y perspectiva de la Evaluación Geriátrica. Lo que marca la diferencia. (3ra parte y final) Geroinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria Vol.9. No.3. 2014. RNPS 2110 ISSN 1816-8450. [citado 22 Ago 2016]; 33(4). Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/verpost.php?pagina=1&blog=http://articulos.sld.cu/gericuba/&post_id=1551&c=4686&tipo=2&idblog=90&p=1&n=day
74. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Sánchez Soroa MA, Leyva

- Salerno BM. Cuidados Paliativos en ancianos con demencias. Geroinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria. Vol.10. No.1. [citado 22 Ago 2016]; 2015. RNPS 2110 ISSN 1816-8450. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/verpost.php?pagina=1&blog=http://articulos.sld.cu/gericuba/&post_id=1551&c=4686&tipo=2&idblog=90&p=1&n=day
75. Ruiz de Chávez-Ramírez, et al. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Revista de Educación y Desarrollo, 29. Abril-junio de 2014. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf
76. Rodríguez Martín E, Rodríguez Martín M. Depresión en el adulto mayor. Cárdenas. 2014. Gerontoinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria. RNPS 2110 ISSN 1816-8450. Vol.9. No.3. 2014. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/verpost.php?pagina=1&blog=http://articulos.sld.cu/gericuba/&post_id=1551&c=4686&tipo=2&idblog=90&p=1&n=day
77. Durán-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enferm. univ vol.10 no.2 México abr. 2013. versión On-line ISSN 2395-8421. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-depresion-funcion-cognitiva-adultos-mayores-90292929>
78. Crespo Guzmán A, Hernández Esterlin Y, Rowley Anderson J, Claro Pereira N. Evaluación funcional y depresión en adultos mayores. Policlínico universitario "René Bedia". Municipio boyeros, 2012. Geroinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria. RNPS 2110 ISSN 1816-8450. Vol.7. No.3. 2012. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/verpost.php?pagina=1&blog=http://articulos.sld.cu/gericuba/&post_id=1551&c=4686&tipo=2&idblog=90&p=1&n=day
79. Villanueva Claro M. Abordaje histórico de la psicología de la vejez. Rev Haban Cienc Méd. [Internet]. 2009 Sep [citado 2016 Jun 1]; 8(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000300002&lng=es
80. Pérez Martín MM, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Álvarez González K, Díaz Rey RC. Medio familiar de los adultos mayores. Rev. de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Vol. 16, Núm. 1 (2012) [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/874/html>
81. Díaz Díaz M, Sebastián Silveira Hernández P, Guevara de León Y, Ferriol Rodríguez M. Fragilidad, dependencia y repercusión social en ancianos atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica. Acta Médica del Centro / Vol. 8 - No. 2 - 2014. [citado 22 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/119>

/html

82. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral.» *Atención Primaria*. Vol. 47. Núm. 06. Junio 2015 - Julio 2015. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estado-salud-el-adulto-mayor-90431670>
83. Jiménez Betancourt E, Írsula Betancourt L. Adulto mayor en estado de fragilidad. *MEDISAN* [Internet]. 2010 [citado 22 Sept 2016]; 14(3):0-0. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san17310.htm
84. Álvarez Síntes R. et al. Atención al adulto mayor. *Grandes Síndromes geriátricos. Depresión. Medicina General Integral*. Tomo 2. 3ra. ed. aumentada y corregida. La Habana. Ed. Ciencias Médicas. 2014. Capítulo 55. p. 507-509.
85. Álvarez Síntes R. et al. *Medicina General Integral*. Volúmen I. 3era ed. La Habana. ECIMED, 2014. p.: 267-378.
86. Romero Cabrera AJ. *Asistencia clínica al adulto mayor*. Capítulo 5. Aspectos nutricionales en el adulto mayor. 2da ed. La Habana. ECIMED, 2012. p.: 57 - 68.
87. Kaiser M, Bandinelli S, Lunenfeld B. Frailty and the role of nutrition in older people. A review of the current literature. *Acta Biomed*. 2010 [citado 12 Sept 2016]; 81(1):37-45. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Frailty+and+the+role+of+nutrition+in+older+people.+A+review+of+the+current+literature.+Acta+Biomed.+2010%3B>
88. Arencibia Pérez H, González Moro AM, Rodríguez Rivera L. Discapacidad y funcionalidad en las personas mayores. *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Geroinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria. RNPS 2110 ISSN 1816-8450. Vol.6. No.2. 2011. [citado 22 Sept 2016]; Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/verpost.php?pagina=1&blog=http://articulos.sld.cu/gericuba/&post_id=1551&c=4686&tipo=2&idblog=90&p=1&n=day
89. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. [citado 7 Oct 2016]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
90. Hernández Triana M. Envejecimiento. *Rev Cubana Salud Pública* vol.40 no.4. Ciudad de La Habana oct.-dic. 2014. versión ISSN 0864-3466. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662014000400011
91. Contino Álvarez JE, González Pérez VB, Borges Acosta M. La calidad de vida del anciano en la granja "Unidad proletaria". *Cifuentes, Villa Clara. Medicentro Electrónica* [Internet]. 2011 [citado 18 Ago 2016];15(4). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/363/443>
92. Llanes Torres HM, Roque Martínez D, Álvarez N, Ruíz Álvarez J. Adulto

- mayor: algunos factores psicosociales en el uso del tiempo libre. Rev de Ciencias Médicas. La Habana 2015 [citado 18 Ago 2016]; 21 (No. Especial) Disponible en:http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/748/pdf_43
93. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial De La Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Promoción de salud y envejecimiento activo. Serie materiales de capacitación, Número 1. Parte I: Módulos de valoración clínica. Módulo 7. Evaluación social del adulto mayor. Primera edición Marzo, 2002. [citado 18 Ago 2016]; Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf>
 94. República del Ecuador. Asamblea Nacional. Código Orgánico Integral Penal 2014. Oficio No. SAN-2014-0138 Quito, 03 de febrero de 2014. Artículo 155. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-act.pdf>
 95. Organización de Estados Americanos. VI Cumbre de las Américas. 14 y 15 de abril de 2012. Cartagena de Indias, Colombia. Disponible en: <http://www.summit-americas.org/sextacumbre.htm>
 96. ONU. Asamblea General. Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. 15 al 16 de junio de 2015. Washington, D.C. Disponible en: http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2015/06/Espa-%C2%A601_CONVENCI-%C3%B4N-INTERAMERICANA-SOBRE-LA-PROTECCI-%C3%B4N-DE-LOS-DERECHOS-HUMANOS-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES.pdf
 97. Constitución de la República del Ecuador. 2008 [citado 22 Ago 2016]; Disponible en:http://www.asambleanacional.gov.es/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
 98. República del Ecuador. Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores.15/4/2012. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección de atención integral gerontológica. [citado 2016 Jun 1] Disponible en:<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/ecuador.pdf>
 99. Ministerio de Salud Pública. OPS-Ecuador. Consultoría Externa: Dr. Luis Vaca Tamayo. Guía para el mejoramiento de la calidad en la atención integral de salud de las personas. Quito – Ecuador. Septiembre 2011. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en:<http://www.colegiomedicoguayas.com/GUIAS%20MSP/GUIA%20DE%20MEJORAMIENTO%20DE%20LA%20CALIDAD%20EN%20LA%20ATENCIÓN%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf>
 100. República del Ecuador. INEC. Encuesta Condiciones de Vida, 5ta. Ronda. La población adulto mayor en la ciudad de Quito. Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. Análisis Estadístico socioeconómico. Quito, octubre, 2008. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: www.inec.gov.ec

- 101.Saavedra-González AG. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*. Vol. 23. Núm. 01:24–28. [citado 22 Ago 2016]; Enero - Marzo 2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-depresion-funcionalidad-familiar-adultos-mayores-90450348>
- 102.Acuña Rodríguez I. Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena. Trabajo para optar al título de enfermera (o). Universidad de Cartagena Facultad de Enfermería Cartagena D. T y C. 2015. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en:<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2642/1/PERCEPCI%C3%93N%20DE%20LA%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20CARTAGENA.pdf>
- 103.Tuesca Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte* [Internet]. 2012 [citado 18 Oct 2016];21. Disponible en:<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/download/4113/2525>
- 104.Aguilar Hernández RM, Félix Alemán A, Luz Martínez Aguilar ML, Vega Alanis MC, Quevedo Díaz MM, Gutiérrez Sánchez G. Caracterización del binomio adulto mayor-familiar de convivencia. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Vol 6. Año. 6 No. 4 Oct-Dic 2009. [citado 18 Oct 2016] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu094c.pdf>
- 105.Contreras AL, et al. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. *Rev Med Hered* [online]. 2013, vol.24, n.3, [citado 18 Oct 2016] pp. 186-191. ISSN 1729-214X. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n3/v24n3a01.pdf>
- 106.Durán Oleas. JC. Percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado. Tesis previa a la obtención del título de Magister en Intervención Psicosocial y Familiar. Fundación Comunidad Geriátrica “Jesús de Nazareth”, Cuenca, Ecuador, 2012. [citado 18 Oct 2016] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/451>
- 107.Zambrano Alcívar DH. Repositorio de Tesis Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Caracterización de los adultos mayores y sus familias en dos consultorios, Policlínico “Nelson Fernández”, Limonar, 2014. Trabajo de Terminación de la Especialidad para optar por el título de Especialista de Primer grado en Medicina General Integral. Matanzas. 2015.
- 108.García-Madrid G, et al. Funcionabilidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; [citado 18 Oct 2016] 15 (1): 21-26. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071d.pdf>
- 109.Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *PSICOGERIATRÍA* 2010; [citado 18 Oct 2016] 2 (1): 41-48. Disponible en:

- http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf
110. Bayarre Veá, HD.; Pérez Piñero, JS.; Menéndez Jiménez, J; Tamargo Barbeito, TO.; Morejón Carralero, A; Garrido Díaz, D; González de Piñera Marrero, A Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba, 2000-2004. *Rev Cubana Salud Pública* v.34 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2008. [citado 18 Oct 2016] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So86434662008000300002
 111. Roig Hechavarría C, Vega Bonet V, Ávila Fernández E, Ávila Fernández B, Gil Gillins Y. Aplicación de terapia cognitivo conductual para elevar la autoestima del adulto mayor en Casas de abuelos. *Correo Científico Médico de Holguín* 2011 [citado 25 Oct 2016];15(2):3-6. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no152/no152ori01.htm>
 112. Roig Hechavarría C, Ávila Fernández E, Mac Donal Bron D, Ávila Fernández B. La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2015; 31(3):346-352. [citado 25 Oct 2016]; Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/65/23>
 113. Rodríguez Blanco L, Sotolongo Arró O, Luberta Noy G, Calvo Rodríguez M. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2013 [citado 23 Oct 2016];29(1):64-75. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=So86421252013000100009&lng=es>
 114. Moro Baster JC. Glosario en términos y definiciones. *Gerontología y Geriatria*. La Habana: Ciencias Médicas; 2011
 115. Mila R, Formiga F, Duran P, Abellano R. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*. 2012;139(11):502-508. [citado 23 Oct 2016]; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 116. Watson S, Zhongxian Z, Wilkinson T. Nutrition risk screening in community-living older people attending medical or falls prevention services. *Nutrition & Dietetics* 2010; 67(2): 84-89. [citado 23 Oct 2016]; Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1747-0080.2010.01424.x/abstract>
 117. Velásquez Alva MC. Desnutrición en los adultos mayores: la importancia de su evaluación y apoyo nutricional. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Volumen 12 No. 2. Abril - Junio 2011. [citado 23 Oct 2016]; Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/xii/2/ensayo/ensayo_des_adult_may.htm
 118. Tabio Henry YE, Rubido Gómez D, López Lorenzo ME. Factores de riesgo social en el adulto mayor. *Revista Infociencia* Vol.15, No.3, julio-septiembre, 2011.
 119. García Otero A, Prades de la Rosa E, Fernández Quintana M, Legrà Legrà Y, Zayas Medina C. Evaluación de los estados funcional y afectivo en la población geriátrica del área de salud «28 de Septiembre». *Medisan* [Internet]. 2013 Feb [citado 15 Oct 2016];17(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_17_2_13/san06213.htm
 120. Álvarez González K, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Pérez Martín

- MM, Valdés del Pino AM. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Abr [citado 11 Oct 2016];16(2): 124-37. Disponible en:http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200010&lng=es
121. Morales Vento E, Hernández Ulloa E, Del Río Oliva Y, Ortega Dorta Y. Caracterización de la percepción de las relaciones familiares de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos. REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2015 21(2) [citado 11 Oct 2016]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2015/cmh152c.pdf>
122. Instituto Internacional de estudios sobre la familia. España. INFORMETFW 2013-2. El papel de la familia en el envejecimiento activo. 29 ABRIL 2013. [citado 11 Oct 2016]; Disponible en: <http://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Informe2013-2.pdf>
123. Del Cerro Campano, Y. Caracterización biopsicosocial del adulto mayor perteneciente al Consultorio Popular Pariapan del Municipio Juan Germán Roscio, Estado Guárico en la República Bolivariana de Venezuela, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, febrero 2011. Consultado: 22 octubre 2016. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/11/.
124. Hernández. Y, Pérez. C, Pérez. R, Alejandro Saavedra. A, Alejandro Tápanes. A, Legón. A, Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores de Casa de Abuelos Cotorro. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2012, 9(1). (fecha de acceso: 05 Oct 2016) Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev12012/hph03112.html>
125. Sofía Contreras-García Y, González Ayamante A. Funcionamiento familiar en mujeres climatéricas sintomáticas usuarias del nivel primario de atención en Chile. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología Vol. 41, Núm. 4 (2015). [citado 11 Oct 2016]; Disponible en:<http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/7/7>

ANEXOS

Anexo I.

Encuesta.

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Estimado paciente. Me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, pertenecientes a los consultorios 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales, durante el periodo junio de 2015 a junio de 2016, 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: _____

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

Blanco (a): _____

Negro (a): _____

Mestizo (a): _____

Mulato (a): _____

Afro ecuatoriano (a): _____

Indígena: _____

¿Cuál es su situación laboral actual?:

Activo (a): _____

Jubilado (a): _____

Ama de casa: _____

¿Cuál es su Estado civil actual?:

Soltero (a): _____

Casado (a): _____

Viudo (a): _____

Divorciado (a): _____

¿Cuál es su Nivel de instrucción?:

Sin instrucción: _____

Primaria: _____

Secundaria: _____

Universitario: _____

Clasificación de la familia según ontogénesis:

Nuclear: _____

Extensa o extendida: _____

Ampliada o mixta: _____

Clasificación de la familia según número de integrantes:

Pequeña: _____

Mediana: _____

Grande: _____

Clasificación de la familia según número de generaciones:

Unigeneracional: _____

Bigeneracional: _____

Multigeneracional: _____

Tipo de crisis familiares transitorias:

Muerte del primer cónyuge: _____

Jubilación: _____

Vejez: _____

Tipo de crisis familiares no transitorias:

Desmembramiento: _____

Incremento: _____

Desmoralización: _____

Cambio económico importante: _____

Problemas de salud: _____

Anexo II.

Formulario 057: Listas de escalas, variables y puntajes para la atención al adulto mayor, establecidos por el Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador.

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO DEL ADULTO MAYOR	NOMBRE Y APELLIDO DEL CUIDADOR	EDAD	SEXO	N° HISTORIA CLÍNICA	
11 ESCALAS GERIÁTRICAS (PRIMER SEMESTRE)						
CÍRCULO=1 CUADRADO=0			CÍRCULO=1 CUADRADO=0			
TAMIZAJE RÁPIDO		SI NO SI NO	ACTIVIDAD INSTRUMENTAL		PUNTOS PUNTOS	
DIFICULTAD VISUAL	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	CUIDA LA CASA 1-2 puntos	
DIFICULTAD AUDITIVA	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	LAVA LA ROPA 1-3 puntos	
PRUEBA DE 'LEVANTATE Y ANDA' MAYOR A 18 SEG.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	PREPARA LA COMIDA 1-4 puntos	
PERDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	VA DE COMPRAS 1-4 PUNTOS	
PERDIDA DE PESO MAYOR DE 4.5 KG EN 6 MESES	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	USA EL TELEFONO 1-4 puntos	
PERDIDA DE MEMORIA RECIENTE	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	USA MEDIOS DE TRANSPORTE 1-4 PUNTOS	
SE SIENTE TRISTE O DEPRIMIDO	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	MANEJA DINERO 1-3 puntos	
PUEDE BAÑARSE SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	CONTROLA SUS MEDICAMENTOS 1-3 puntos	
SALE DE COMPRAS SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	PUNTAJE	
VIVE SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	FECHA	
FECHA					RESPONSABLE	
RESPONSABLE						
ACTIVIDADES BÁSICAS		I A D I A D	COGNITIVO		PUNTOS PUNTOS	
SE BAÑA	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	SABE FECHA, DIA, MES, AÑO, SEMANA 0-4 PUNTOS	
SE VISTE Y DESVISTE	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	APRENDE EL NOMBRE DE 3 OBJETOS 0-3 PUNTOS	
CUIDA SU APARIENCIA PERSONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	REPITE NUMEROS AL REVÉS 1, 3, 5, 7, 9 0-3 PUNTOS	
UTILIZA EL HODORO	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	TOMA, DOBLA Y COLOCA PAPEL 0-3 PUNTOS	
CONTROLA ESPINTEROS	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	REPITE SERIE DE 3 PALABRAS 0-3 PUNTOS	
SE TRASLADA, SE ACUESTA, SE LEVANTA	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	COPIA 3 CÍRCULOS CRUZADOS 0-1 PUNTO	
CAMINA	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	PUNTAJE	
SE ALIMENTA	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	FECHA	
PUNTAJE					RESPONSABLE	
FECHA						
RESPONSABLE						
SIGLAS						
I: INDEPENDIENTE = 2	A: AYUDA = 1	D: DEPENDIENTE = 0				
A: AUSENTE = 2	M: MODERADO = 1	S: SEVERO = 0				
DEPRESIÓN		SI NO SI NO	NUTRICIONAL		A M S A M S	
ESTA SATISFECHO CON SU VIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	DISMINUCIÓN DE INGESTA EN ÚLTIMO TRIMESTRE	<input type="checkbox"/>
HA DEJADO DE HACER ACTIVIDADES DE INTERÉS	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	INMOVILIDAD	<input type="checkbox"/>
SE SIENTE SU VIDA VAGA	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMA NEURO PSICOLÓGICO (DEMENCIA O DEPRESIÓN)	<input type="checkbox"/>
SE ABURRE CON FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD AGUDA EN ÚLTIMO TRIMESTRE	<input type="checkbox"/>
ESTA DE BUEN ANIMO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	PERDIDA DE PESO EN ÚLTIMO TRIMESTRE	0 1 2 3 0 1 2 3
ESTA PREOCUPADO PORQUE ALGO MALO VA A SUCEDERLE	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	0 1 2 3 0 1 2 3
SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	PUNTAJE	
SE SIENTE A MENUDO DESAMPARADO	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	FECHA	
PREFIERE QUITAR EN CASA A SALIR A ACTIVIDADES NUEVAS	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	RESPONSABLE	
TIENE MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LOS DÍAS	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
CREE QUE ES MARAVILLOSO ESTAR VIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		
SE SIENTE ÚTIL	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
SE SIENTE LLENO DE ENERGÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		
SE SIENTE SIN ESPERANZA ANTE LA SITUACIÓN ACTUAL	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
SE SIENTE QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		
PUNTAJE						
FECHA						
RESPONSABLE						

LISTAS DE ESCALAS, VARIABLES Y PUNTAJES

COGNITIVO					
SABE LA FECHA: DIA, MES, AÑO, SEMANA	APRENDE EL NOMBRE DE 3 OBJETOS	REPITE NUMEROS AL REVES: 1, 3, 5, 7, 9	TOMA, DOBLA Y COLOCA PAPEL	REPITE SERIE DE 3 PALABRAS	COPIA DIBUJO DE 3 CIRCULOS CRUZADOS
4 AÑO, MES, DIA Y SEMANA	3 3 OBJETOS	5 5 NUMEROS	3 TOMA, DOBLA Y COLOCA	3 3 PALABRAS	1 SI PUEDE
3 AÑO, MES Y DIA	2 2 OBJETOS	4 4 NUMEROS	2 TOMA Y DOBLA	2 2 PALABRAS	0 NO PUEDE
2 AÑO Y MES	1 1 OBJETO	3 3 NUMEROS	1 TOMA	1 1 PALABRA	
1 AÑO	0 NO PUEDE	2 2 NUMEROS	0 NO PUEDE	0 NO PUEDE	
0 NO PUEDE		1 1 NUMEROS	DETERIORO COGNITIVO: 14 - 19 = AUSENTE // MENOS DE 14 = PRESENTE		
		0 NO PUEDE			

NUTRICIONAL					
DISMINUCION INGESTA EN LOS 3 ULTIMOS MESES	PERDIDA DE PESO EN LOS 3 ULTIMOS MESES	INDICE DE MASA CORPORAL	MOVILIDAD	PROB. PSICOLOGICO O ENF. AGUDA EN ULTIMO TRIM	DEMENCIA O DEPRESION
0 SEVERA	0 PERDE > 3 Kg o PEMA < 45.5 Kg	0 < 19	0 CAMA O SILLA	0 SI	0 SEVERA
1 MODERADA	1 NO SABE	1 19 a 20	1 SE LEVANTA NO SALE	2 NO	1 MODERADA
2 AUSENTE	2 DE 1 A 3 Kg	2 21 a 22	2 VA AFUBA		2 AUSENTE
	3 NO PERDE	3 23 o MAS			

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

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

BASICAS	RECURSO SOCIAL			GRUPO DE EDAD	VIVE CON
0 DEPENDIENTE	SITUACION FAMILIAR	RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	APOYO DE LA RED SOCIAL	1 65 - 74	1 FAMILIAR
1 CON AYUDA	1 FAMILIA O PAREJA, SIN CONFLICTOS	1 CON TODOS, SALE	1 NO NECESITA	2 75 - 84	2 NO FAMILIAR
2 INDEPENDIENTE	2 PAREJA DE EDAD SIMILAR	2 CON FAMILIA Y VECINOS, SALE	2 DE FAMILIA O VECINOS	3 85 - 94	3 SOLO
	3 FAMILIA O PAREJA, CON CONFLICTOS	3 CON FAMILIA, SALE	3 FORMAL SUFICIENTE	4 95 O MAS	4 INSTITUCION
	4 SOLO, FAMILIA NO CUBRE NECESIDADES	4 CON FAMILIA O VECINOS, NO SALE	4 FORMAL INSUFICIENTE		
	5 SOLO, DESATENDIDO, SIN FAMILIA	5 CON MADRE, NO SALE	5 INFORMAL		
	RIESGO SOCIAL: 5 o MENOS = BAJO // 6 - 9 = ACEPTABLE // 10 - 15 = ALTO				
			6 NO RECIBE Y NECESITA		

INSTRUMENTAL					
CUIDA LA CASA	USA EL TELEFONO	USA TRANSPORTE	PREPARA LA COMIDA	LAVA LA ROPA	VA DE COMPRAS
1 Cuida la casa sin ayuda	1 Capaz de utilizarlo sin problemas	1 Viaje en trans. público o conduce	1 Plana, prepara y sirve sin ayuda	1 La realiza personalmente Viaje en trans., público o conduce	1 La hace sin ninguna ayuda
2 Hace todo, menos el trabajo pesado	2 Sólo para lugares muy familiares	2 Sólo en taxi, no en autobús	2 Prepara si le dan los ingredientes	2 Sólo lava pequeñas prendas Sólo en taxi, no en autobús	2 Sólo hace pequeñas compras
3 Necesita ayuda para todas las tareas	3 Puede contestar pero no llamar	3 Necesita acompañamiento	3 Prepara platos precocinados	3 Es incapaz de lavar Necesita acompañamiento	3 Tienen que acompañarlo
4 Necesita ayuda para todas las tareas	4 Incapaz de utilizarlo	4 Es incapaz de usarlo	4 Tienen que darle la comida hecha	MANEJA DINERO	
5 Incapaz de hacer nada				1 Lleva cuentas, va a bancos, etc.	MANEJA MEDICAMENTOS
				2 Sólo maneja cuentas sencillas	1 Responsable de su medicación
				3 Incapaz de utilizar dinero	2 Hay que preparárselos
					3 Incapaz de hacerlo por sí mismo

DEPENDENCIA: hasta 6 puntos = independiente // 6 a 20 puntos = necesita cierta ayuda // más de 20 puntos = necesita mucha ayuda.

Anexo IV.

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL):

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente)

SITUACIONES.	Casi Nunca	Pocas veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Las categorías que se deben evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

1. **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
2. **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
4. **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
5. **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
6. **Rol:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociada por el núcleo familiar.
7. **Permeabilidad:** capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Dichas categorías quedaron distribuidas de acuerdo con los ítems que se exploran:

1. **Cohesión:** 1 y 8.
2. **Armonía:** 2 y 13.
3. **Comunicación:** 5 y 11.
4. **Adaptabilidad:** 6 y 10.
5. **Afectividad:** 4 y 14.
6. **Roles** 3 y 9.
7. **Permeabilidad:** 7 y 12.

Anexo V. Consentimiento informado

Yo, Dra. Norma del Rocío Huacón Castro que laboro en el Centro de Salud Pascuales, me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, pertenecientes a los consultorios 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales, durante el periodo junio de 2015 a junio de 2016.

Por tal motivo le informo e invito a usted, a formar parte del estudio que se desarrollará con el auspicio de las instalaciones de los consultorios del médico de familia, números 17 y 18, del Centro de Salud Pascuales, en la parroquia Pascuales, Cooperativa San Francisco. El estudio pretende encuestar a los adultos mayores y aplicar diferentes técnicas en las que solamente deben responder preguntas, cuyas respuestas se mantendrán en total confidencialidad, por lo que, al formar parte de la investigación Ud. no se expondrá a ningún riesgo. Las respuestas solo serán utilizadas para tal fin y los resultados de la investigación le serán oportunamente comunicados.

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

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

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

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

Nombre _____ del
Participante _____

C.I. _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Muchas gracias por su colaboración.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Huacón Castro Norma del Rocío, con C.C: #0916004393 autor(a) del trabajo de titulación: “Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, consultorios 17 y 18, Centro de Salud Pascuales; junio de 2015 a junio de 2016” previo a la obtención del grado **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 graduación 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 graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de enero de 2017

f. _____
Nombre: Huacón Castro Norma del Rocío
C.C: 0916004393

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, consultorios 17 y 18, Centro de Salud Pascuales; junio de 2015 a junio de 2016 "		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Huacón Castro Norma del Rocío.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Hernández Placeres José Fernando Dr.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Medicina Familiar y Comunitaria		
GRADO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de Enero de 2017	No. DE PÁGINAS:	88
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Funcionamiento familiar, adultos mayores, ancianidad, vejez. Family functioning, elderly, ageness, old age.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: En la actualidad la familia se enfrenta a difíciles retos y experimenta cambios que alteran su funcionamiento. Esta situación representa un problema de salud pública emergente, en las comunidades con adultos mayores. Materiales y Métodos: Investigación descriptiva, observacional, transversal. La población de estudio, fue la totalidad de las familias que entre sus integrantes vivía al menos un adulto mayor, de los consultorios médicos 17 y 18 del Centro de Salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, en el período de junio 2015 a junio 2016. Resultados: Predominaron los adultos mayores del sexo femenino, con edades entre 65 y 74 años y mestizos. La mitad eran amas de casa. Prevalcieron los casados y la mayoría tenía un bajo nivel de instrucción. Destacaron los que no mostraban deterioro cognitivo, los que habían presentado depresión moderada la semana anterior a la aplicación del formulario, los que presentaban riesgo de desnutrición y riesgo social aceptable y los que necesitaban cierta ayuda en las actividades de la vida diaria. La mayoría de las familias clasificaron como extensas, medianas y multigeneracionales; presentaban, predominantemente, crisis vinculadas a la vejez y por problemas de salud. Sobresalieron las familias moderadamente funcionales y dentro de sus categorías, se pudo comprobar que existía en los hogares, baja afectividad y armonía, entre sus miembros. Conclusiones: En los hogares donde conviven adultos mayores, el funcionamiento familiar, era mayormente adecuado.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2267290/ 0984938155	E-mail: normita_huacon@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Lándivar		
	Teléfono: +593-4-2206953-2-1-0 ext: 1830		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec.		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			