

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema:

“SALUD FAMILIAR Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR
DEL SECTOR EU 23. LATACUNGA. 2016”

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Ana Abigaíl López Guerrero

Director: Dr. Becker Santiago Neto Mullo, Esp

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El tribunal receptor del Trabajo de investigación presidido por Doctor José Marcelo Ochoa Egas, Magíster, e integrado por los señores Doctor Orlando Jesús Castro Hayes Especialista, Doctora Verónica Cristina Jurado Melo Especialista, Doctor Ivan Alexander Jiménez Flores Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación dec la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Ambato, para receptar el Trabajo de Investigación con el tema: “SALUD FAMILIAR Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DEL SECTOR EU 23. LATACUNGA. 2016”, elaborado y presentado por la señorita Médica Ana Abigaíl López Guerrero, para optar por el grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.
Presidente del Tribunal

Dr. Orlando Jesús Castro Hayes, Esp.
Miembro del Tribunal

Dra. Verónica Cristina Jurado Melo, Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Ivan Alexander Jiménez Flores, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “SALUD FAMILIAR Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DEL SECTOR EU 23. LATACUNGA. 2016”, le corresponde exclusivamente a: Médica Ana Abigaíl López Guerrero, Autora bajo la Dirección del Doctor Becker Santiago Neto Mullo Especialista, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato

Md. Ana Abigaíl López Guerrero

CC: 0503145088

AUTORA

Dr. Becker Santiago Neto Mullo, Esp.

CC: 1803543220

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Md. Ana Abigaíl López Guerrero

CC: 0503145088

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada.....	i
A la Unidad Académica de Titulación.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
AGRADECIMIENTO	ix
DEDICATORIA	x
RESUMEN EJECUTIVO	xi
EXECUTIVE SUMMARY.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del problema	3
1.2.1 Contextualización	3
1.2.2 Análisis crítico	5
1.2.3 Prognosis.....	6
1.2.4 Formulación del problema	7
1.3 Interrogantes (subproblemas).....	7
1.3.1 Delimitación del Objeto de investigación.....	7
1.4 Justificación.....	8
1.5 Objetivos	9
1.5.1 General.....	9
1.5.2 Específicos	9
CAPÍTULO 2	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes Investigativos	10
2.2 Fundamentación filosófica	12
2.3 Fundamentación legal.....	12
2.4 Categorías fundamentales.....	14
2.5 Hipótesis	24
2.6 Señalamiento de variables	24

CAPITULO 3	25
METODOLOGÍA	25
3.1 Enfoque de la investigación	25
3.2 Modalidad básica de la investigación.....	25
3.3 Nivel o tipo de investigación.....	25
3.4 Población y muestra	25
3.5 Operacionalización de variables.....	27
3.6 Recolección de la información	29
3.7 Plan de procesamiento de la información.....	30
CAPÍTULO 4	32
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	32
4.1 Análisis e interpretación de resultados	32
4.1.1 Características de la Población	32
4.1.2 Funcionamiento del Adulto mayor	33
4.1.3 Escalas de valoración geriátrica	34
4.1.3.1 Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).....	34
4.1.3.2 Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	34
4.1.3.3 Estado cognitivo.....	36
4.1.3.4. Recursos Sociales.....	38
4.1.4 Caracterización de la Salud Familiar	39
4.1.4.1 Funcionamiento familiar	39
4.1.4.2 Familias con riesgo	43
4.1.5 Matriz de Salud familiar.....	51
4.2 Verificación de hipótesis.....	53
CAPÍTULO 5	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
5.1 CONCLUSIONES.....	55
5.2 RECOMENDACIONES	56
CAPÍTULO 6	57
PROPUESTA.....	57
6.1 DATOS INFORMATIVOS	57
6.1.1. Institución ejecutora	57
6.1.2. Beneficiarios	57

6.1.3. Entidad responsable	57
6.1.4. Ubicación	57
6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta.....	57
6.2 Antecedentes de la propuesta	57
6.3 Justificación.....	58
6.4 Objetivos	59
6.5 Análisis de factibilidad.....	59
6.6 Fundamentación Teórico - Científica.....	60
6.7 Modelo Operativo.....	65
6.8 Administración de la Propuesta.....	66
6.9 Previsión de la evaluación.....	66
REFERENCIAS.....	68
ANEXOS	76

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 3

Tabla N° 3.1 Operacionalización de variable independiente – Estado funcional adulto mayor.....	27
Tabla N° 3.2 Operacionalización de variable dependiente – Salud Familiar.....	28
Tabla N° 3.3 Valoración de la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF – SIL) según sus ítems.....	29

CAPÍTULO 4

Tabla N° 4.1 Distribución de Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) del adulto mayor según sexo. Sector EU 23. 2016.....	34
Tabla N° 4.2 Distribución de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) del adulto mayor. Sector EU 23. 2016.....	35
Tabla N° 4.3 Resultados del inventario de características familiares según el contexto socioeconómico y cultural. Sector EU 23. 2016.....	44
Tabla N° 4.4 Resultados del inventario de características familiares según la composición del hogar. Sector EU 23. 2016.....	45
Tabla N° 4.5 Resultados del inventario de características familiares según procesos críticos normativos. Sector EU 23. 2016.....	45
Tabla N° 4.6 Resultados del inventario de características familiares según procesos críticos de salud. Sector EU 23. 2016.....	46

Tabla N° 4.7 Resultados del inventario de características familiares según procesos críticos paranormativos. Sector EU 23. 2016.....	47
Tabla N° 4.8 Resultados del inventario de características familiares según el afrontamiento familiar. Sector EU 23. 2016.....	48
Tabla N° 4.9 Resultados del inventario de características familiares según el apoyo social. Sector EU 23. 2016.....	49
Tabla N° 4.10 Distribución de las familias en la matriz de salud familiar. Sector EU 23. 2016.....	51
Tabla N° 4.11 Distribución de actividades de mayor afectación en la funcionalidad del adulto mayor. Sector EU 23. 2016.....	53
Tabla N° 4.12 Relación del Funcionamiento del adulto mayor con la Salud Familiar. Sector EU 23. 2016.....	53
Tabla 4.13 Asociación de variables.....	54
CAPÍTULO 6	
Tabla N° 6.1 Modelo Operativo.....	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO 2

Gráfico N° 2.1 Categorías Fundamentales.....	14
--	----

CAPÍTULO 4

Gráfico N° 4.1 Distribución de Adultos mayores según sexo. Sector EU 23. 2016.....	32
Gráfico N° 4.2 Distribución de Adultos mayores según grupos de edad. Sector EU 23. 2016.....	33
Gráfico N° 4.3 Distribución del deterioro cognitivo en el adulto mayor. Sector EU 23. 2016.....	37
Gráfico N° 4.4 Recursos sociales y su riesgo en el adulto mayor. Sector EU 23. 2016.....	38
Gráfico N° 4.5 Resultados de la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF- SIL) de familias con adultos mayores. Sector EU 23. 2016.....	39
Gráfico N° 4.6 Distribución del funcionamiento familiar según sexo del adulto mayor. Sector EU 23. 2016.....	40
Gráfico N° 4.7 Funcionamiento familiar según grupos etáreos de adultos mayores. Sector EU 23. 2016.....	41
Gráfico N° 4.8 Componente de mayor afectación en el funcionamiento familiar según la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) sector EU 23. 2016.....	42
Gráfico N° 4.9 Niveles de criticidad en familias con adultos mayores. Sector EU 23. 2016.....	50

AGRADECIMIENTO

Al terminar esta meta en el camino de mi superación profesional, quiero agradecer primeramente a Dios que me ha permitido culminar esta etapa de mi vida.

A los Tutores de mi tesis: Doctora Aida Aguilar, Doctor Becker Neto, Doctora Inés Del Pino Boytel que más que docentes han sido amigos que me han orientada, guiado y aconsejado con nobleza y sacrificio compartiendo sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia y motivación.

Gracias a mis padres por su ejemplo de superación, estabilidad familiar y la perfecta entrega de amor, que han sabido guiarme con paciencia, responsabilidad y moral que siempre estuvieron presentes en todo momento, fieles testigos de tristezas y alegrías que supieron levantarme de cada caída, que Dios los siga bendiciendo y enviándoles su luz y sabiduría.

A mi hermana, quien con su ayuda incondicional estuvo a mi lado en el desarrollo de éste trabajo investigativo aportando con sus conocimientos y motivándome a la culminación del mismo.

A la Universidad Técnica de Ambato, porque en sus aulas recibí los más gratos recuerdos que nunca olvidaré y las enseñanzas que sabré poner en práctica a través de la vida, en el futuro al servicio del bien, la verdad y la justicia.

Y como no agradecer al Sector Eu 23 de la ciudad de Latacunga, por abrirme sus puertas y permitirme acceder a las familias en la recolección de datos necesarios para la realización del proyecto investigativo.

Ana Abigaíl

DEDICATORIA

Al llegar a la cúspide de este trabajo quiero dedicar mi esfuerzo a mis abuelos, que influyeron mucho en mi vida al formar parte de ella, ya que son mi inspiración y ejemplo de perseverancia, porque gracias a ellos aprendí que nada en la vida es fácil, aprendí que la persona que desea ser alguien y superarse debe luchar por sí misma para conseguirlo.

Como no agradecer a dos ángeles que Dios puso en mi camino, mis padres y que junto a mi hermana, me han sabido llevar por el sendero del bien, quienes con su constancia, aliento y apoyo incondicional hicieron posible la culminación de este proyecto investigativo.

Y sin duda mi agradecimiento a dos profesionales que más que tutores son amigos incondicionales como son Doctor Jorge Naranjo y Doctora Amarily Delgado quienes con su ayuda, sus extensos conocimientos y su apoyo incondicional supieron guiarme de la mejor manera en el desarrollo de ésta tesis.

En fin dedico a las personas que desinteresadamente colaboraron para la realización de la misma.

Ana Abigaíl

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“SALUD FAMILIAR Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DEL
SECTOR EU 23. LATACUNGA. 2016”

AUTORA: Médica Ana Abigaíl López Guerrero

DIRECTOR: Doctor Becker Santiago Neto Mullo, Especialista

FECHA: 08 de agosto de 2016

RESUMEN EJECUTIVO

En la actualidad los avances tecnológicos ha permitido disminuir la natalidad y mortalidad, así como mejorar las condiciones sociales, la población adulta mayor es cada vez más numerosa y el cuidado de su salud está constituyendo un problema de salud pública y de seguridad social. Se presume que para el año 2025 habrá alrededor de 600 millones de adultos mayores, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse. La presente investigación tuvo como objetivo explorar las dimensiones de salud familiar afectadas según el estado funcional de adultos mayores, con la finalidad de tener mejores elementos de juicio que garanticen un envejecimiento exitoso. Se mantuvo un enfoque cualitativo y cuantitativo, investigación relacional y transversal, fundamentada en la Teoría de desvinculación de Cumming y Henry, ejecutada a 55 familias con adultos mayores del sector EU 23 – Latacunga. Las técnicas de recolección son la observación, entrevista, fichas familiares, historias clínicas, test geriátricos, FF – SIL e inventario de características familiares de riesgo. Los datos fueron procesados en Excel, tabulados en SPSS y estadísticamente significativos con χ^2 . Se concluye que la salud familiar que predominan son familias disfunción con un nivel de criticidad extrema en más de la mitad, identificándose riesgos de economía crítica, nivel educativo bajo, discapacidad, negligencia en el cuidado o maltrato, mala higiene. Las categorías de funcionamiento más afectadas la armonía y adaptabilidad. La

funcionalidad del adulto mayor determinada por actividades instrumentadas es dependiente, a diferencia de las actividades básicas en que son independientes, el deterioro cognitivo es moderado y tienen alto riesgo social. Se recomienda mejorar los hogares con relaciones familiares óptimas para favorecer el estado funcional e incrementar el autocuidado del adulto mayor y mejorando así la salud familiar.

Descriptor: Envejecimiento, adulto mayor, funcionabilidad, estado cognitivo, ayuda social, salud familiar, niveles de criticidad valoración integral, envejecimiento exitoso.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

“SALUD FAMILIAR Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DEL
SECTOR EU 23. LATACUNGA. 2016”

AUTHOR: Médica Ana Abigaíl López Guerrero

DIRECTED BY: Doctor Becker Santiago Neto Mullo, Especialista

DATE: 08 de agosto del 2016

EXECUTIVE SUMMARY

Nowadays, the technological advances have allowed reducing the birth rate and mortality, as well as improving social conditions, the older population is growing, and its health care is becoming a problem of public health and social security. According to the year 2025, there will be approximately 600 million older adults, increased longevity has requirements that cannot be ignored. The present research aimed to explore the dimensions of family health affected according to the functional status of older adults, in order to have better elements that guarantee a successful aging. It was remained a qualitative and quantitative approach, relational and transversal research based on the theory of decoupling of Cumming and Henry, applied to 55 families with seniors US 23 sector - Latacunga. Collection techniques are observation, interview, family files, clinical files, geriatric test, FF-SIL and family of risk features list. The data were processed in Excel, tabulated in SPSS and statistically significant with χ^2 . It concludes that family health that predominates is family dysfunction with a level of extreme criticality in more than a half, identifying risks of critical economy, low educational level, disability, negligence in care or abuse and poor hygiene. The categories of operation affected more harmony and adaptability. The functionality of the older adults determined by implemented activities over are dependent, in basic activities most are independent,

the cognitive deterioration is moderate and there is a high social risk. It is recommended to improve the homes with optimal family relationships to develop functional status and increase the self-care of the elderly and improving family health.

Keywords: Aging, older adult, functionality, cognitive status, social support, family health, levels of criticality, comprehensive assessment, aging successful.

INTRODUCCIÓN

La familia es considerada como una institución social, limitada por leyes sociales, económicas, biológicas y psicológicas. La familia cumple funciones regidas por la sociedad actual, el correcto cumplimiento de éstas conlleva a mantener una adecuada salud familiar.

La Salud tiene diferentes aceptaciones a nivel familiar, mantiene una política social, una funcionabilidad familiar adecuada, el desarrollo de servicios de salud, planificación familiar, control de niño, control al adolescente, a la mujer y del adulto mayor.

La Organización Mundial de la Salud, en 1978, define a la salud familiar y proponen sus indicadores de análisis. Se concluye que la salud familiar está regida por la capacidad de mantener un adecuado funcionamiento, como una unidad social que comparte una cultura y forma parte de una sociedad, concepto que trasciende más allá que lo físico y mental en sus integrantes, sino que debe proporcionar un ambiente sano para un correcto desarrollo tanto en la sociedad como en el seno familiar.

La evaluación de la salud familiar es compleja, el modelo teórico metodológico, concibe una construcción del conocimiento integral, constituido por dimensiones configurativas como el contexto cultural y socioeconómico, relaciones familiares y sus afrontamientos, crisis normativas y paranormativas, composición de la familia, y el apoyo social, categorías esenciales para evaluar la salud de la familia de forma integral.

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

Al valorar el estado funcional del adulto mayor, vale recalcar que los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante el test geriátrico que propone la salud pública actualmente, valora actividades básicas, actividades instrumentales, estado cognitivo, recursos de ayuda social, entre otras, que establece la atención integral que el adulto mayor requiere.

La Organización mundial de la salud - OMS propone como el indicador más representativo para este grupo etáreo es el estado de independencia funcional. Este criterio, sugiere una evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriores, se decide realizar esta investigación, con el propósito de aumentar el caudal de conocimientos acerca de la salud familiar de los adultos mayores en relación a su estado funcional, lo que permite diseñar estrategias de intervención si fuese necesario a escala individual, familiar y comunitaria en la población de estudio.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1 Tema

SALUD FAMILIAR Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DEL SECTOR EU 23. LATACUNGA. 2016

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

El envejecimiento de la población a nivel mundial ha logrado una inevitable prolongación de la vida, descendiendo la natalidad y la mortalidad en las dos últimas décadas, viéndose cambios en la estructura en la población social, principalmente en países desarrollados en Europa y América del norte, iniciándose progresivamente en todo el mundo, considerándose así que los adultos mayores de 60 años o más ha aumentado del 9% en 1994 al 11% para el 2016 y se estima que para el 2050 se alcance el 21% ¹.

Aunque el aumento de la esperanza de vida representa un triunfo, el envejecimiento de la población plantea diversos retos a familias, comunidades y a sociedades en aspectos como el crecimiento económico, la seguridad económica en la vejez, la organización de los sistemas de atención a la salud y la solidez de los sistemas de apoyo familiar ^{1,2}.

La tasa anual de crecimiento del adulto mayor en la actualidad es de 2.2 por ciento, y llegará a ser hasta de tres por ciento en la segunda década del siglo XXI. Debido a esta dinámica, el número de adultos mayores se triplicó entre 1950 y 2000, pasando de 205.3 a 606.4 millones. Asimismo, se espera que aumente a 1 348.3 millones en 2030 y a 1 907.3 millones en 2050 ².

Ecuador tiene actualmente una población aproximada de 14.5 millones de personas y una relación hombres/mujeres prácticamente equilibrada, con una tasa de

crecimiento de 15.5%. Por su perfil etario, sigue caracterizándose por ser un país eminentemente joven; cerca de un tercio de su población (32%) tiene menos de 15 años de edad y apenas el 7%, más de 65 años. A nivel de Cotopaxi, se estima alrededor de 34.430 adultos mayores ³⁻⁵.

Es evidente que las probabilidades de muerte de la población han disminuido durante los últimos años, como resultado, entre otros factores, de la ampliación de la cobertura y/o mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, saneamiento y educación de predominio en el adulto mayor. Según las estimaciones oficiales, la expectativa de vida bordearía actualmente los 75.2 años: 72.3 años para la población masculina y 78.2 años para la femenina ^{5,6}.

El tema del adulto mayor en el mundo y en América Latina ha motivado cada vez más a las autoridades a conocer más sobre el fenómeno del envejecimiento de la población. El avance de la medicina, las mejoras en la situación alimenticia en países que se mantenían deficitarios en esta materia, el incremento de las actividades deportivas, además de los avances científicos en el área de la biología y la salud, constituyen probablemente las causas principales que han determinado estructuras demográficas con mayor presencia relativa de individuos mayores de 65 años ⁶.

Apenas el 30% de adultos mayores en Ecuador cuenta con la asistencia de un familiar (hijos, esposa o esposo, nietos) para su cuidado. Más de 100.000 personas mayores de 65 años sufren por la falta de ayuda para realizar actividades cotidianas, como comer, usar el servicio higiénico, bañarse, levantarse o acostarse, vestirse o movilizarse de un sitio a otro. En lo referente a la violencia a los adultos mayores, las cifras son alarmantes y, sin embargo, es inconcebible que pasen casi inadvertidas. El 14,70% de ancianos han sido víctimas de insultos y el 14,9% de negligencia y abandono ⁷.

Con la implementación del nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, se entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su

autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. De ahí nace la terminología de Salud Familiar la misma que estimula a mantener un funcionamiento familiar efectivo, logara ser una unidad biopsicosocial con una cultura y sociedad adecuada 7-9.

En el Ecuador existen varias instituciones públicas que brindan servicios de atención a adultos mayores, como el Ministerio de Inclusión Económica Social que es el ente rector de la Política Pública de atención y protección social, el cual inicia un proceso que permitirá fortalecer y mejorar la calidad de los servicios y atención a adultos mayores en los centros públicos y privados ^{11,12}.

En la ciudad de Latacunga, en el Sector EU 23 de la Parroquia Ignacio Flores, existe una de las principales falencias en el ámbito de la salud, en la que al adulto mayor no lo consideran un ente biopsicosocial, sino como un vínculo desfavorable para mantener una salud familiar adecuada, sea por sus limitaciones físicas, cognitivas, enfermedades crónicas o por discapacidades.

Realidad que se plasma en una población de 1400 habitantes de los cuales el 7 % son adultos mayores siendo el 52% de sexo femenino. El sector está conformado por 325 familias, los adultos mayores forman parte de 53 familias constituyendo el 16% del total, es importante recalcar que el abandono es de un 10%, quienes viven solos en regulares o malas condiciones.

1.2.2 Análisis crítico

La evaluación integral del adulto mayor, es innato al equipo de atención integral de salud en la atención primaria, constituyendo así un paso esencial en la salud pública para el diagnóstico oportuno y el manejo integral del adulto mayor, realizando así estrategias de prevención de enfermedades y promoción en salud. Se requieren mucho desempeño participativo de las entidades públicas para que produzcan nueva tecnología y recursos tanto humanos como materiales, que favorezcan la valoración integral del adulto mayor, basado en un enfoque multidisciplinario, que ayude a

fomentar un envejecimiento exitoso como acontecimiento de vida, y generar un vínculo de salud familiar óptimo.

El uso apropiado de métodos evaluativos de salud familiar, crea la necesidad de centros docentes investigativos, con una mejor administración en salud y conocimientos adecuados de las necesidades del adulto mayor y de su familia en la comunidad. De ésta manera se implanta la investigación actual con el propósito de proponer una valoración integral que analice la situación actual del adulto mayor, la de su familia y la realidad de la comunidad, para así proponer estrategias que mejoren su calidad de vida.

El sistema de salud en la actualidad, a nivel de atención primaria, considera que el enfoque debe ser preventivo, efectivo, seguro y eficiente. Los programas en curso se basan en promoción para la salud desde edades tempranas, para mejorar la calidad de salud al llegar a la vejez, término conocido como «envejecimiento saludable», esta prevención primaria, sumado a las detecciones de factores de riesgo, constituyen el aspecto fundamental de los programas en el primer nivel de atención. Protocolos que no se los llevan a cabo como tal y ésta es una de las estrategias que están por implementarse a cabalidad. Se incluye también dentro de estos puntos la detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas, tratamiento y control de enfermedades y un modelo integrado donde se promueve o fomenta el autocuidado de la salud y se articula con el cuidado profesional.

Se pretende fomentar el cuidado al adulto mayor con asilos de ancianos, clubs de adultos mayores, entidades que son de fundamental requerimiento social.

1.2.3 Prognosis

El envejecimiento demográfico es un fenómeno de alta progresión. Las tendencias y proyecciones de población, así como la dinámica demográfica, lo hacen evidente. En caso de que ésta investigación no se lleve a cabo, careceríamos de elementos suficientes y necesarios para proponer medidas que garanticen un envejecimiento exitoso en el adulto mayor y mejorar su calidad de vida.

Es aquí donde radica la importancia de una valoración integral del adulto mayor, valorar su salud entorno a la familia y comunidad, de ésta manera evitar altas prevalencias de enfermedades crónicas no transmisibles, discapacidades y varias afecciones, que con la ayuda de la promoción de salud y prevención de enfermedades se evitaría altos costos económicos, tanto para la familia como para el estado, entre otras consecuencias.

1.2.4 Formulación del problema

¿Cómo influye el estado funcional con la salud familiar de los adultos mayores en el sector EU 23 - subsectores (S1, S5, S6, S7, S8, S10) de la ciudad de Latacunga durante el año 2016?

1.3 Interrogantes (subproblemas)

- ¿Cómo es la salud familiar de los adultos mayores?
- ¿Cuál es el estado funcional de los adultos mayores?
- ¿Existen diferencias de la salud familiar según el estado funcional del adulto mayor?
- ¿Qué acciones pueden mejorar la salud familiar de los adultos mayores?

1.3.1 Delimitación del Objeto de investigación

1.3.1.1 De contenido:

1.3.1.1.1 Campo: Medicina Familiar – Atención Primaria en Salud.

1.3.1.1.2 Área: Salud familiar.

1.3.1.1.3 Aspecto: Estado funcional del adulto mayor y Salud familiar.

1.3.1.2 Según:

1.3.1.2.1 Tiempo: De enero a julio del año 2016.

1.3.1.2.2 Lugar: Sector EU 23, parroquia Ignacio Flores, Ciudad Latacunga.

1.3.1.2.3 Personas: Familias con uno o más adultos mayores del sector EU 23.

1.3.1.3 Línea de Investigación: Promoción de la Salud.

1.4 Justificación

La salud del adulto mayor está muy ligada a su funcionalidad, de modo que dentro de su evaluación es fundamental determinar en forma objetiva su capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria e instrumentada y su grado de dependencia; lo que conlleva a que en mucho de los casos los adultos mayores se conviertan en una carga para quien se encuentra en su entorno, principalmente la familia, en donde aparecen elementos de gran importancia que conforman la salud de la misma, como lazos afectivos, patrones económicos, factores sociales que matizan la relación en cada caso, sea este positivo o negativo yendo desde la sobreprotección hasta el maltrato y abandono, violándose la ética que puede tener influencia determinante en la salud del anciano.

Visto en la actualidad una proyección del crecimiento demográfico y la realidad de la misma en las generaciones venideras, es indispensable conocer aún más ésta realidad y hacer énfasis en las actividades de prevención de enfermedades y de promoción en salud del adulto mayor, para lograr envejecimiento exitoso y evitar crisis familiares normativas o paranormativas que conlleven a una disfunción familiar, viendo la realidad de la población en estudio en la cual predomina la mala calidad de vida del adulto mayor y serios problemas en la salud de su familia.

La importancia de la valoración de la funcionalidad del adulto mayor radica en que la salud como mejor se mide, es en términos de función, siendo la capacidad funcional un buen indicador de salud. La valoración funcional se considera prioritaria por ser uno de los más adecuados indicadores de calidad de vida, un buen predictor de morbimortalidad y del consumo de recursos asistenciales.

Se espera lograr a través de ésta investigación en el Sector EU 23 un impacto social positivo, el mismo que genere cambios de actitudes en la sociedad frente al adulto mayor, que se le considere como un ente biopsicosocial, que llegue a su vejez con un compromiso de vida bien fundamentado, fortalecido en valores, experiencias y vivencias.

Es de gran factibilidad su realización, porque el adulto mayor sería atendido periódicamente tanto en la unidad de salud como en su domicilio, según establece

el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), principalmente del médico familiar, enfatizando en mejorar la salud familiar del adulto mayor y su funcionamiento, tanto físico como cognitivo evitando su abandono y/o deterioro.

1.5 Objetivos

1.5.1 General

- Identificar el estado funcional de los adultos mayores y su influencia en la salud familiar en el Sector EU 23 - subsectores (S1, S5, S6, S7, S8, S10) de la ciudad de Latacunga durante el año 2016.

1.5.2 Específicos

- Caracterizar la salud familiar de los adultos mayores del estudio.
- Determinar el estado funcional, según las escalas de valoración geriátrica.
- Identificar las diferencias de la salud familiar según el estado funcional del adulto mayor.
- Diseñar una estrategia dirigida a mejorar la salud familiar de los adultos mayores.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

En la Ciudad de La Habana, 2004, con el Modelo teórico – metodológico que evalúa la salud familiar en atención primaria, se realizó una investigación científica, utilizando métodos cuantitativos y cualitativos, con grupos focales, llevando a cabo una valoración familiar a través de una encuesta realizado por el equipo de atención integral de salud, donde se aplicó varios enfoques integrales de valoración en el que incluye funcionamiento familiar, apoyo social, procesos críticos, afrontamiento familiar, composición del hogar, contexto socio – económico, modelo que hoy en la actualidad se usa con gran influencia por su utilidad y certeza en los resultados esperados. Este estudio concluye que la salud familiar es compleja de valorar condicionada por la cultura, por el estado socioeconómico, el ambiente, el estado biológico, la genética, la salud mental de cada integrante del hogar ¹³. La prueba de evaluación refleja procesos como roles, cohesión, adaptabilidad, comunicación, afectividad, armonía, permeabilidad, los cuales evalúan la funcionalidad en el hogar, pero queda el dilema si está salud familiar se ve afectada por el estado funcional del adulto mayor, el mismo que se considera para ser estudiado en la investigación actual.

En una investigación que se realizó en Chile en el año 2010, cuyo objetivo es determinar el perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de adultos mayores en un Centro de Salud Familiar de Chillán. Su importancia radica al considerarse la “capacidad funcional” el principal parámetro de evaluación del estado de salud y calidad de vida del adulto mayor. Es un estudio descriptivo transversal, realizado en 88 individuos elegidos por muestreo sistemático. Aplicando instrumentos como: Índice de Barthel, unas 12 encuestas de caracterización sociodemográfica y de salud, escala Depresión de Yesavage y Cuestionario Portátil Breve del Estado Mental (SPMSQ) de Pfeiffer,

para estado cognitivo. Los resultados demostraron que los adultos mayores viven acompañados en un 83%, principalmente de sus hijos en un 52%. Un 65% no participa en grupos comunitarios y la mayoría percibía tener apoyo siempre en emergencias en un 82%. La percepción de salud fue buena a regular (37% y 38% respectivamente), un elevado porcentaje presentaba enfermedades crónicas (91%), prevaleciendo la hipertensión arterial (75%), observándose además sobrepeso y obesidad. En un 52% no presentaba depresión, con funciones mentales intactas.

Funcionalmente prevaleció la independencia en un 61% y dependencia leve en un 39%. Las principales ABVD alteradas fueron “deambular” en un 44%, “subir y bajar escalones” en un 86%, “trasladarse entre silla y cama” en un 33% y “continencia urinaria” en un 24%¹⁴. Como se aprecia la valoración va enfocado solo al adulto mayor más no a la relación de su entorno familiar, menos aún si éste influye de forma favorable o desfavorable, no socializan ambas variables.

El propósito de un estudio transversal, descriptivo - correlacional, realizado en un centro de Salud familiar de Talca, Chile, fue valorar adultos mayores dependientes, su estado funcional. Se evaluó a 55 adultos mayores dependientes utilizando el Índice Katz, la medida de Independencia Funcional (FIM), el índice de Barthel, Minimental y la escala de Zarit. Se encontró una edad media de adultos mayores de 84 años, de los cuales el 74,5% eran mujeres. Los adultos mayores dependientes severos formaron parte del 45%. Un 75% deterioro cognitivo. Se relacionó directamente entre la medida de Independencia Funcional con el Índice de Barthel, el Minimental con el nivel educativo. No se correlaciona la cognición, con la independencia funcional en relación a la edad del adulto mayor¹⁵. Según los datos obtenidos, la mayoría de los adultos mayores con dependencia moderada y severa presentan alteraciones motoras y cognitivas, estando correlacionadas al nivel educacional del sujeto, se evidencia un deterioro del cuidado, con sobrecarga intensa, estudio que corrobora con la investigación actual el mismo que pretende evaluar la salud de toda la familia con adultos mayores.

2.2 Fundamentación filosófica

En ésta investigación se enfoca en un paradigma biosocial en donde la salud se entiende mejor en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no puramente en términos biológicos, paradigma que destaca al médico de familia; se emplea una filosofía basada en la Teoría de la desvinculación de Cumming y Henry, también llamada del ‘desapego’, describe al envejecimiento como un proceso inevitable, en el que muchas de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad se rompen y se altera la calidad de las que se mantienen. Teoría relacionada con el estudio actual estableciendo que el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o desvinculación recíproca entre los adultos mayores, su familia y la comunidad, desvinculación provocada ya sea por sí mismo o por la sociedad.

2.3 Fundamentación legal

2.3.1 Constitución de la República del Ecuador, 2008 ¹⁶

Conforma el marco legal, conceptual y ético que refleja una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta, en todas sus dimensiones, la dignidad de las personas y las colectividades. Reconoce a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria, mientras que la de 1998 las colocaba dentro de los grupos vulnerables.

Art. 1. Igualdad y no discriminación.

Art. 11, literal 8, expresa que los derechos se desarrollarán de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio. Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos.

El enfoque de derechos y de justicia que atraviesa y guía la construcción de la Agenda de política para personas adultas mayores es una medida para corregir las desigualdades e injusticias sufridas por hombres y mujeres mayores de 65 años.

Esto repercute negativamente en el desarrollo integral de nuestra sociedad.

Art. 35. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Art. 3 y 37. Derechos de las personas adultas y adultos mayores.

Art. 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”.

Art. 38. Obligaciones del Estado respecto a las personas adultas mayores.

Art. 42. Prohibición de desplazamiento arbitrario.

Art. 51. Derechos de las personas privadas de libertad.

Art. 62 y 95. Derechos políticos de las personas adultas mayores.

Art. 66. Derechos de libertad: vida libre de violencia.

Art. 81. Derecho de protección: acceso a la justicia.

Art. 83. Deberes y responsabilidades.

Art. 193. Defensoría pública.

Art. 347. Educación: erradicar el analfabetismo y apoyar a los procesos de post-alfabetización y educación permanente.

Art. 341. Protección integral.

Art. 363. Atención integral de la salud.

Art. 363 y 369. Seguridad social.

2.3.2 Ley del Anciano, 1991

Tiene como objetivo primordial garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure salud corporal y psicológica, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

2.3.3 Ley Orgánica de Elecciones, 2000

Contempla para las personas adultas mayores, el voto facultativo.

2.3.4 Ley de Régimen Tributario Interno, 2004

Establece los impuestos que deben pagarse en el país, las exenciones y deducciones, los sujetos obligados al pago, los créditos tributarios, las sanciones a los evasores.

En el caso de las personas adultas mayores y con discapacidad, señala las exenciones a las que están sujetas por su condición, representa un beneficio directo.

2.3.5 Ley Orgánica de Salud, 2006

Según esta normativa, el Estado reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas raras y huérfanas. Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad. Este proceso beneficiará a los adultos mayores que sean diagnosticados con cualquiera de estas enfermedades.

La Propuesta de la Política Pública para personas adultas mayores impulsa, como valor supremo, el respeto a la vida y a la dignidad inherente a toda persona y, por tanto, a los derechos que de ellos se desprenden. Atenderá al fortalecimiento de las relaciones familiares para que los adultos mayores sean asumidos por sus hijos, nietos y los integrantes de la familia.

La Agenda procura que las instituciones, organizaciones, familia y entorno, apoyen y defiendan su integridad y bienestar.

Parámetros legales y constitucionales que apoyan a la ejecución de la presente investigación.

2.4 Categorías fundamentales

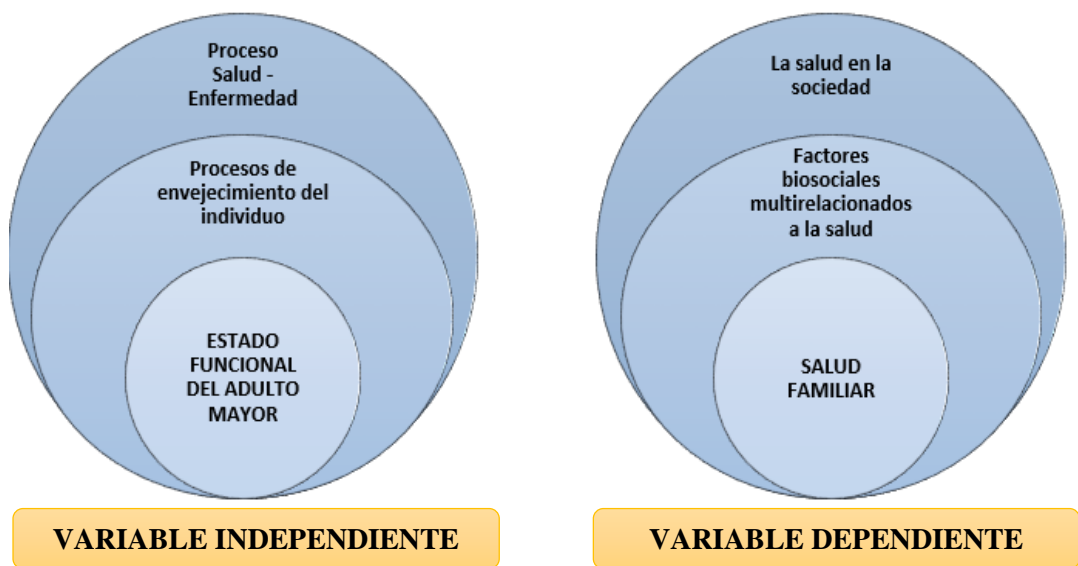


Gráfico N° 2.1 Categorías Fundamentales
Elaborado por: Dra. Ana Abigaíl López Guerrero

2.4.1 FAMILIA

La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso, en el campo de la salud, la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero”, por lo tanto, a ella se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población del país. La comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Por ello, el abordaje de la atención debe integrar todos estos aspectos ¹⁷.

Además, constituye un escenario privilegiado para la interacción y la integración de las personas y la familia. La estructura de la familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen reestructuraciones. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que se mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro ¹⁸.

La familia como institución social cumple funciones básicas tales como: biológica, económica, y función cultural espiritual. Como resultado de la realización de estas funciones se cumple la función educativa. La manera particular en que se dan estas funciones en una sociedad determinada depende, en gran medida del sistema socio económico. Así en una sociedad dada en cada momento histórico las funciones pueden aparecer en equilibrio o hipertrofiadas ¹⁸⁻²⁰.

Es importante tener en cuenta que las familias que se desarrollan en el área rural y a las familias que se desarrollan en el área urbana tienen características particulares y diferentes ²¹. Por lo que es necesario que el equipo asistencial de salud que aplica el modelo de atención, debe conocer estas perspectivas, tipologías y dinámicas para la valoración del sujeto de manera integral.

2.4.2 SALUD FAMILIAR

El concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos, es una justificación muy clara para adoptar una manera diferente de abordar los problemas de salud cotidiano ²¹.

La salud familiar utiliza la concepción de la teoría general de sistemas, que busca un enfoque sistémico del individuo como un todo constituido por subsistemas que interactúan entre ellos. Al mismo tiempo se considera que las personas pertenecen a otros sistemas mayores (sistemas sociales), siendo la familia uno de los más importantes ^{21,22}.

En cuanto a la salud, la familia es la portadora de una tradición cultural de apreciación de lo que se concibe como anormal o como patológico; determina los patrones de cómo enfrentar el estrés y a quién acudir en las situaciones de crisis. Cada día hay más evidencias epidemiológicas y clínicas de la influencia que la familia tiene en la conservación de la salud, en el desarrollo de la enfermedad y en la recuperación ^{21,22}.

Se aprecia a la salud familiar también como una política pública, en la que desarrolla los servicios en salud, mantiene una adecuada funcionabilidad en el núcleo del hogar, en donde se encarga de la salud del niño, el adolescente, el adulto y los adultos mayores ²².

Desde 1978 la Organización Mundial de la Salud define la salud familiar y proponer indicadores de análisis del estado de la salud de la familia y de grupos de familia en el mundo, en función del tiempo y el lugar, así como familias más expuestas a las afecciones. Como resultado de esta reunión se conceptualizó la salud del conjunto de la familia como un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de la misma, como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada y se aclaró que es un concepto que trasciende el estado físico y mental de sus miembros, por cuanto proporciona un ambiente social sano para el desarrollo natural de los que viven en su seno ^{8,9,22}.

Por esta razón la salud familiar no es un estadio, sino un proceso continuo, que se construye a diario, en la propia dinámica interna que establecen los miembros, en la toma de decisiones, en el enfrentamiento ante cada nueva situación, en la forma en que se educan y socializan a los miembros. Por tal motivo es un proceso único e irrepetible en cada familia, que se caracteriza por manifestaciones propias que la identifican en cada grupo familiar

2.4.2.1 Funcionabilidad

Un funcionamiento familiar saludable permite a la familia cumplir con sus funciones y misiones que le están históricamente y socialmente asignados, entre los cuales está la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, la transmisión de valores éticos y culturales, la promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros, el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social), la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual ²³.

El funcionamiento permite una dinámica entre cada miembro del hogar que se valora a través de 7 categorías.

Adaptabilidad: es la habilidad que tiene la familia para acoplarse en la estructura del poder, identificar roles y reglas frente a una situación que lo requiera.

Afectividad: es la capacidad de la familia y de cada uno de sus miembros de expresar y demostrar sus sentimientos y emociones entre ellos.

Armonía: se considera a la relación entre intereses y necesidades individuales con los de la familia, logrando un equilibrio positivo a nivel emocional.

Cohesión: es la unión tanto emocional como física, de la familia, al enfrentarse a situaciones extras, que conlleva a la adecuada toma de decisiones en las tareas diarias y demás.

Comunicación: cada integrante del hogar debe ser capaz de expresar sus ideas, experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: sin duda es la capacidad de cada miembro del hogar de dar y recibir experiencias, fuera del núcleo puede ser de otras familias o instituciones.

Roles: cuando se cumple responsabilidades y funciones por cada miembro de la familia, llegando a una negociación por el núcleo ^{23,24}.

2.4.2.2 Procesos críticos

Todo tipo de crisis implica un importante peso sobre el funcionamiento familiar y requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de los miembros. Existen procesos críticos normativos o transitorias, relacionadas con acontecimientos esperables en el desarrollo familiar y se rigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital, tales como: embarazo, matrimonio, nacimiento del primer hijo, salida del hogar del primer hijo, jubilación, envejecimiento; y existen las crisis paranormativos o no transitorias, son imprevistos que pueden generar conflictos más serios en el entorno familiar, sean estos por desmembramiento, incremento, desmoralización, entorno económico, problemas de salud, entre otras ²⁴.

2.4.2.3 Apoyo social

El apoyo social a la familia está claramente relacionado con los resultados de bienestar de las personas. Está demostrado que el principal apoyo social se encuentra dentro de la familia.

Se entiende por Apoyo Social la relación en la que se ofrece o intercambia ayuda, la misma que puede ser material, emocional o instrumental, está demostrado que el apoyo social es fundamental para el bienestar de la persona y muy recomendable en situaciones de estrés ^{24,25}.

Podemos decir que existen tres sistemas de ayuda:

1. Sistema de ayuda natural, en él está incluido la familia, los vecinos y los amigos.

2. Sistema de ayuda natural organizado, formado por las asociaciones y por los grupos de apoyo.
3. Sistema de ayuda formal o profesional, que lo constituyen los servicios profesionales ya sean públicos o privados.

2.4.2.4 Afrontamiento

La persona que habitualmente brinda el soporte principal (un miembro de la familia) proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud ²⁵.

Se dan varias soluciones:

- Superación de problemas de la familia
- Normalización de la familia
- Relación entre cuidador familiar y paciente
- Salud emocional del cuidador familiar ^{25,26}

2.4.2.5 Composición

La familia actual se caracteriza por la variada y compleja tipología de composición familiar dada por la mayoritaria convivencia multigeneracional, el incremento de los hogares reconstituidos, con hijos de uniones anteriores, la mujer sola como jefa de familia, abuelos con nietos o bisnietos por conveniencias legales y se incrementan los hogares con parejas homosexuales. Actualmente se produce una transición donde coexisten modelos familiares tradicionales y otros que preconizan rupturas generacionales ^{26,27}.

Se han producido cambios en los cánones tradicionales de formación, estabilidad y relaciones de pareja, se han disminuido las barreras de edad, raza, clase, nacionalidad, afiliación religiosa e ideológica, en la formación de parejas y en la decisión de divorcio y maternidad / paternidad, procesos que han provocado contradicciones intra e intergeneracionales que se manifiestan en la planificación familiar, en la educación de los hijos y en la convivencia hogareña ²⁷.

2.4.2.6 Contexto socioeconómico

La familia se constituye en el vehículo trasmisor de pautas culturales a través de varias generaciones permitiendo al mismo tiempo modificaciones de las mismas. La socialización de los miembros es especialmente importante en el período del ciclo vital que transcurre desde la infancia hasta la etapa del adolescente y adulto joven. Entre sus objetivos se encuentran: la protección y continuación de la crianza, la enseñanza del comportamiento e interacción con la sociedad, la adquisición de una identidad de género, la inculcación de valores sociales, éticos y morales, la conformación de una identidad personal, familiar y social. La familia se desarrolla progresivamente en la sociedad, crea nuevos modelos de desarrollo para los hijos y su realización personal y profesional. Como agente de socialización la familia aporta un sano crecimiento en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización ²⁵⁻²⁸.

2.4.3 ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

La funcionalidad se define como la capacidad de una persona de satisfacer sus necesidades de manera autónoma, independiente y satisfactoria, siendo ésta una parte fundamental de la valoración geriátrica integral.

El deterioro funcional en viejos toma cada día más relevancia como un problema mayor de salud pública. En la actualidad, se estima que el número de personas mayores con algún grado de discapacidad se triplicará para el 2050, debido al fenómeno de transición demográfica ²⁹.

Definida como el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno. Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de la praxis que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria ^{8,14,15,30}.

Desde otra óptica, se identifican el término funcionalidad desde la capacidad del sujeto para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener independencia y relaciones sociales; por tanto, son utilizados un sin número de instrumentos para medir la funcionalidad en la esfera física, mental y social ^{8,29}.

2.4.3.1 Edad

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Comprende los 65 años o más según la Organización mundial de la salud. ^{8,14,15,30}

2.4.3.2 Sexo

Un adulto mayor sea hombre o mujer llegan a afrontar problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de cambios biológicos propios de la edad, y que a veces establecen de forma muy rígida, la capacidad para llevar a cabo un acto tan natural como, el de comer o dormir diariamente ^{8,14,29}.

2.4.3.3 Actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria

Los instrumentos que se usan en el Ministerio de salud pública en su mayoría son los Test Geriátricos de Actividades Diarias e Instrumentadas (Katz y de Lawton y Brody) ^{6, 8, 14, 15, 28–35}.

La Escala de Lawton y Brody es utilizada para evaluar las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), lleva en consideración actividades como el uso del teléfono, transporte, compras, preparar alimentos, tareas domésticas, medicación y manejo del dinero. Desarrollada en Philadelphia por el Centro Geriátrico para evaluar la autonomía física del adulto mayor y traducida al español, presenta un coeficiente de reproductividad inter e intra observador de 0.94. Tiene un score que va 0 a 8 puntos, clasificando al adulto mayor como independiente con 8, dependencia leve entre 6 a 7, dependencia moderada entre 4 a 5, dependencia grave entre 2 a 3 y dependencia máxima entre 0 a 1 punto ³⁶.

Las AIVD son un poco más complejas que las actividades básicas en tanto requieren la interacción de procesos mentales, sociales, culturales y físicos de mayor exigencia.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se refieren al cuidado personal, independencia de movimiento-traslado y continencias, aquellas actividades o rutinas que se realizan normalmente en la vida cotidiana, como: comer, vestirse, lavarse o cepillarse los dientes entre otras ^{37,38}.

En las ABVD es inexcusable la consideración del entorno, ya sea físico, social o cultural en el desempeño y participación en las diferentes actividades; siendo la actividad, los mecanismos bio-psico-sociales a través de los cuales el sujeto manifiesta las acciones, integrando dos tipos de actividades: la actividad mental y la actividad física ³⁸.

2.4.3.4 Estado Cognitivo

Existen cambios en el desempeño cognitivo, a medida que pasan los años, viéndose mayor deterioro en los adultos mayores con o sin enfermedades crónicas concomitantes, en donde los daños neurológicos de mayor afectación se encuentran en las esferas de la memoria, la atención, el lenguaje, la valoración espacial y visual y en la inteligencia ^{37,38}.

La alteración de éstas funciones intelectuales son indicativos del deterioro cognitivo, que estimulan a una disminución en la capacidad de relacionarse socialmente, con su familia, en el aspecto laboral o inclusive en sus actividades cotidianas. Los deterioros más graves interfieren negativamente con las actividades de la vida diaria como la demencia.

En el adulto mayor los daños a nivel cognoscitivo es multifactorial, viéndose daño en capacidades como para resolver problemas, en la toma de decisiones, en dar un juicio de valor, en la memoria, progresión lenta que se exacerba a partir de los 60 años, en donde hasta un 50% de adultos mayores pueden desarrollar demencia ³⁹.

Tomando en cuenta esta realidad el objetivo principal del manejo en el envejecimiento es la prevención de factores de riesgo, que pueden acelerar estos trastornos y de esta manera mejorar calidad de vida del adulto mayor tanto en su esfera funcional, mental, social y biológica, es decir cada dominio influye sobre otros y puede comprometer su funcionamiento.

2.4.3.5 Recursos Sociales

El apoyo social agrupa recursos tanto materiales como humanos, que cuenta cada integrante del hogar, para enfrentar crisis como enfermedades, problemas económicos, conflictos familiares, entre otros ^{14,15,39}.

Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Las principales son:

a) Redes de apoyo social natural

- La familia
- Vecinos
- Compañeros de trabajo
- Amigos y allegados
- Compañeros espirituales

Se establece un apoyo como ventaja inmediata con la afinidad adecuada, un apoyo emocional y solidario. Se ha visto inconvenientes como la lejanía de sus miembros, el tipo de relación previa, mal relación con vecinos, que genere a un mal afrontamiento social.

b) Redes de apoyo social organizado

- Organizaciones de ayuda al enfermo
- Organizaciones de voluntariado
- Empresa donde labora
- Seguridad Social
- Instituciones de acogida

Se ve ventajas en este grupo en la que su funcionamiento no dependen directamente de las relaciones afectivas previas, aquí se da accesibilidad a todos los individuos que lo requieran ³⁹.

2.5 Hipótesis

Existe influencia del estado funcional del adulto mayor en la salud familiar en el sector EU 23 - subsectores (S1, S5, S6, S7, S8, S10) de la ciudad de Latacunga durante el año 2016.

2.6 Señalamiento de variables

- **Variable independiente:** Estado funcional del adulto mayor.
- **Variable dependiente:** Salud familiar.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque de la investigación

La investigación utiliza un enfoque investigativo es cualitativo y cuantitativo, se evaluaron las variables en salud familiar y su relación con el estado funcional del adulto mayor, a la vez que se utilizó una medición numérica, con recolección de información y con su análisis estadístico respectivo, buscando resolver la problemática planteada, con el manejo de escalas y test, de ésta manera producir conocimientos nuevos en el campo científico.

3.2 Modalidad básica de la investigación

La modalidad de la investigación fue de campo, con información obtenida a través del uso de historias clínicas, fichas familiares de adultos mayores, test geriátricos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el inventario de características familiares de riesgo.

3.3 Nivel o tipo de investigación

Se realizó una investigación de tipo relacional, observacional y transversal en familias con adultos mayores.

3.4 Población y muestra

La población objeto estuvo constituida por 55 familias con uno o más adultos mayores en un total de 74, conformando el universo del estudio en el Sector EU 23 y subsectores (S1 – S5 – S6 – S7 – S8 – S10) de la ciudad de Latacunga, Provincia de Cotopaxi, durante el año 2016. No se encontró la necesidad de muestra en donde la población total fue el universo de estudio.

3.4.1 Criterios de inclusión

- Familias con adultos mayores residentes en el Sector EU 23, presentes en el momento de la investigación.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Familia con adultos mayores que no deseen participar en el estudio.

3.4.3 Criterios Éticos

Antes de ser incluidos en el estudio se les solicitó a cada adulto mayor, o en su defecto familiar (en caso de deterioro cognitivo importante), su consentimiento informado. Se explicó los objetivos del estudio y la importancia de su participación. Se les garantizó la confidencialidad de la información que ellos aportarían y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo desearan, sin repercusión alguna ante la necesidad de atención médica posterior. La aceptación de los pacientes a participar en el estudio se solicitó verbalmente y por escrito.

3.4.4 Consentimiento informado

Anexo 1

3.5 Operacionalización de variables

TABLA N° 3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE INDEPENDIENTE – ESTADO FUNCIONAL ADULTO MAYOR

La OMS y la OPS, han establecido varios aspectos que miden el estado de salud funcional: las actividades de la vida diaria instrumentales y básicas, la salud mental, el estado cognitivo, la funcionalidad psicosocial, la salud física, los recursos sociales, económicos y ambientales.

DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALAS	TÉCNICA/INSTRUMENTO
Estado funcional del adulto mayor	Edad	Cuantitativa continua	- 65.- 74 años - 75- 84 años - 85 años y más	Test Geriátrico – MSP / cuestionario
	Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	- Hombre - Mujer	
	Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Cualitativa ordinal	- Independiente - Ayuda - Dependiente	
	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Cualitativa ordinal	- Independiente - Necesita cierta ayuda - Necesita mucha ayuda	
	Cognitiva	Cualitativa ordinal	- Deterioro ausente - Deterioro presente	
	Recurso Social	Cualitativa ordinal	- Bajo - Aceptable - Alto	

Tabla N° 3.1 Operacionalización de variable independiente – Estado funcional adulto mayor

Elaborado por: Ana Abigaíl López Gouerrero

TABLA N° 3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE – SALUD FAMILIAR

La salud familiar es un proceso continuo, en la propia dinámica interna de la familia, en la toma de decisiones, en el enfrentamiento ante cada nueva situación, en la forma en que se educan y socializan a los miembros. Proceso único e irrepetible en cada familia, que se encuentra en un continuo equilibrio y cambio según el ciclo vital en curso.

DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALAS	TÉCNICA/INSTRUMENTO
Salud familiar	Percepción del funcionamiento familiar	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Severamente disfuncional - Disfuncional - Moderadamente funcional - Funcional 	Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF – SIL) / cuestionario
	Criticidad familiar	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Moderada - Severa - Extrema 	Inventario de características familiares de riesgo / cuestionario

Tabla N° 3.2 Operacionalización de variable dependiente – Salud Familiar
Elaborado por: Ana Abigaíl López Guerrero

3.6 Recolección de la información

Para la recolección de la información se socializó inicialmente en el sector junto a líderes comunitarios y moradores, sobre la ejecución del proyecto que se pretendía establecer con las familias con adultos mayores, se utilizó fuentes primarias: la observación directa y la entrevista con la aplicación de varios instrumentos validados, tales como los test geriátricos autorizados MSP (Índice de Katz y de Lawton y Brody), test cognitivo y de apoyo social, que permitieron evaluar el estado funcional de los adultos mayores. Anexo 2. La información relacionada con la Salud Familiar se obtuvo a través de la Prueba de percepción del Funcionamiento Familiar (FF- SIL) y el Inventario de características familiares de riesgo. Anexo 3 y 5 respectivamente.

La Prueba de percepción del Funcionamiento Familiar permitió conocer la apreciación de los individuos sobre las relaciones intrafamiliares y la componen 14 afirmaciones, cada una tiene la posibilidad de 5 respuestas. La calificación se da siguiendo parámetros como: casi nunca vale 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 puntos y casi siempre 5 puntos. Se suman los puntos obtenidos y se diagnostica el funcionamiento familiar, y una ubicación en la matriz de salud familiar. Anexo 4. Esta prueba mide con las 14 preguntas 7 procesos implicados en las relaciones intrafamiliares, de cada proceso le corresponden 2 ítems de la forma siguiente:

TABLA N° 3.3 VALORACIÓN DE LA PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF – SIL), SEGÚN SUS ÍTEMS.

PERCEPCIÓN	ÍTEMS
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13
Rol	3 y 9
Afectividad	4 y 14
Comunicación	5 y 11
Adaptabilidad	6 y 10
Permeabilidad	7 y 12

Tabla N° 3.3 Ítems de valoración de la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF – SIL)

El Inventario de características familiares de riesgo (Anexo 5), relaciona 50 características familiares para identificar la presencia en las familias en estudio. Estas características potencialmente pueden generar crisis familiares y categorías de contexto socioeconómico y cultural, composición de la familia, crisis normativas, paranormativas, problemas de salud, afrontamiento familiar y apoyo social. Se califica marcando la característica de la familia, identificando el tipo de afectación familiar sea tipo I, II o III. Se valora el puntaje final y el resultado final identifica el nivel de criticidad familiar (Anexo 6 y 7).

Una vez aplicados y calificados ambos instrumentos para conocer el estadio de salud familiar se llevaron los resultados a la Matriz de Salud Familiar que es un instrumento que permite una valoración cuantitativa y cualitativa de tal condición en grupos de familias (Anexo 8). El cruce se da entre la matriz de salud familiar con la prueba FF – SIL, junto con el nivel de criticidad familiar permitieron ver plenamente la configuración familiar.

La matriz se dividió en 4 cuadrantes. En los cuales el cuadrante 1 está conformado por familias con buen funcionamiento familiar y criticidad baja. El cuadrante 2 con familias funcionales y criticidad elevada. El cuadrante 3 las familias disfuncionales y criticidad baja y el cuadrante 4 las familias disfuncionales y criticidad extrema (Anexo 9).

3.7 Plan de procesamiento de la información

Los datos obtenidos fueron procesados en una base de datos con campos creados para cada una de las variables, se utilizó Excel Microsoft Office 2013. El procesamiento de los datos tabulados estadísticos se realizó en SPSS.

Se presentó la información tabulada para su mejor comprensión, análisis e interpretación, en medidas de frecuencia para variables cualitativas (absolutas y relativas, por ciento en este caso) y medidas de resumen para variables cuantitativas (media).

Se aplicó la matriz de salud familiar que enlazó las familias según su nivel de funcionalidad y la criticidad. Para luego a través de gráficos estadísticos relacionar

con el estado funcional del adulto mayor. Para ellos se utilizó un nivel de significación de 0.05, con la prueba estadística χ^2 para determinar estadísticas descriptivas y pruebas de especificación y validez de la hipótesis.

La cuantificación de los datos obtenidos a través de técnicas aplicadas en la investigación, permitieron analizar los resultados y llegar a establecer las conclusiones y recomendaciones, que serán de gran importancia y apoyo para investigaciones futuras.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

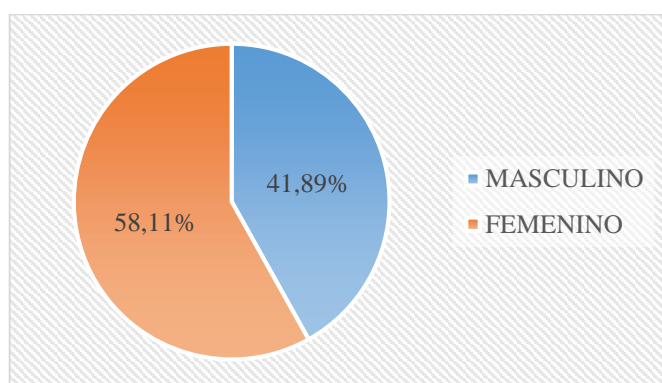
Se realizó una investigación observacional, relacional y transversal con enfoque cualitativo y cuantitativo en la población de adultos mayores para identificar su estado funcional y su influencia con la salud familiar. Se excluyeron 8 familias de hogares unipersonales y de adultos mayores con un deterioro cognitivo marcado.

4.1 Análisis e interpretación de resultados

4.1.1 Características de la Población

La investigación abarcó el período enero 2016 – julio 2016. La población en estudio estuvo constituida por 55 familias conformadas con 74 adultos mayores, del Sector EU 23 y subsectores (S1 – S5 – S6 – S7 – S8 – S10) de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi.

Gráfico 4.1 Distribución de Adultos mayores según sexo. Sector EU 23. 2016

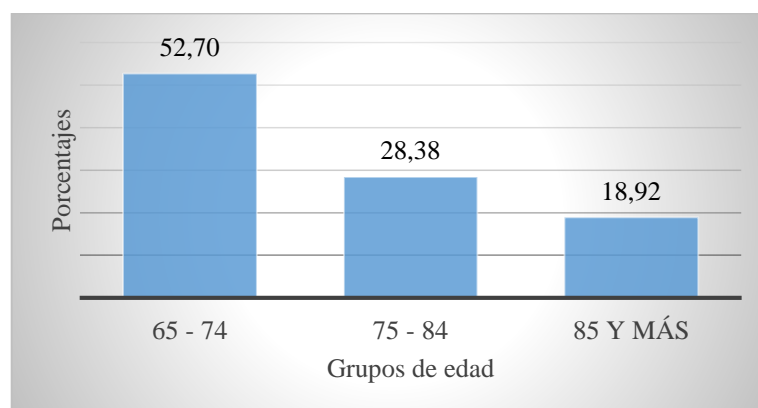


Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

Se determina un 58% (43) de adultos mayores de sexo femenino, condiciones relacionadas con el envejecimiento mayoritario en mujeres, sin duda tienen mayor longevidad comparado con el sexo masculino que abarca el 42% (31) resultados ligados a condiciones biológicas, socioeconómicas y ambientales que se viven actualmente, tomando en cuenta la expectativa de vida, comorbilidades y estilos de vida.

Gráfico 4.2 Distribución de adultos mayores según grupos de edad. Sector EU 23. 2016



Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

Edades entre 65 a 74 años superan el 50% (39) de adultos mayores siendo el grupo más representativo, seguido del grupo de 75 a 84 años con un 28,38% (21). El grupo menos numeroso fue el 85 años y más, con un 18,92% (14); lo que nos indica un comportamiento lógico proporcional entre la mortalidad y la edad; por lo que en los grupos de edades más avanzados existe mayor tasa de mortalidad y por ende menos cantidad poblacional; fenómeno dado por condiciones biopsicosociales propias del envejecimiento, enfermedades crónicas, factores externos; entre otros.

A pesar de que el grupo etario de 85 años y más abarca al menor grupo poblacional del estudio, tiene un porcentaje representativo del 18,92%; y este comportamiento se puede explicar con el aumento de la esperanza de vida dado por factores como el desarrollo médico tecnológico y el incremento de accesibilidad a los servicios de salud y cuidado familiar o de terceros.

4.1.2 Funcionamiento del Adulto mayor

Durante los últimos años se ha logrado un consenso internacional sobre algunas determinantes de salud en adultos mayores. Estos incluyen factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y funcionalidad, además del aspecto social del adulto mayor. La evidencia de la relación entre estos factores y el estado de salud de las personas adultas mayores es amplia para su valoración y la de su familia.

Se conoce que personas con un buen funcionamiento tienen un mejor desempeño diario, y al mismo tiempo, personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado. El funcionamiento puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de los adultos mayores, es importante que la valoración de las personas adultas mayores se incorpore como elemento integral en la atención primaria de salud ⁴⁰.

4.1.3 Escalas de valoración geriátrica

Existen diferentes herramientas y escalas para valorar la funcionalidad del adulto mayor que complementan y ayudan en la valoración clínica e integral ampliamente empleados en la salud pública, escalas que valoran las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, test de desempeño, de calidad de vida, entre otras que cumplen un mismo objetivo que es abarcar la valoración integral del adulto mayor ^{40,41}.

4.1.3.1 Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Valoran Actividades de autocuidado como: aseo personal, vestirse, usar el sanitario, alimentación, trasladarse de un sitio a otro entre otros, caminar, uso de inodoro, el deterioro o alteración de éstas escalas indica la necesidad de dependencia y el requerimiento de una asistencia sea familiar o no ^{40,42}.

TABLA 4.2 Distribución de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) del adulto mayor. Sector EU 23. 2016

ABVD	Sexo				Total	%
	Hombre	%	Mujer	%		
INDEPENDIENTE	28	37,84	26	35,14	54	72,97
DEPENDIENTE	0	0,00	20	27,03	20	27,03
Total	28	37,84	46	62,16	74	100,00

Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

Se realiza la prueba de Chi² del 16,683, con un grado de libertad de 95% de confianza. Con un valor de $P < 0.005$.

Se evidencia una mayor independencia del adulto mayor en actividades básicas superando el 70% (54), En iguales proporciones se establece la independencia de los adultos mayores sean hombres o mujeres, a diferencia de la dependencia que predomina en mujeres en un 27,03% (20). Resultado estadísticamente significativo con un χ^2 del 16,683.

Discrepando con un estudio que se realizó en México, en un centro de investigaciones en salud pública, un 26,9% de adultos mayores son independientes al realizar sus actividades básicas de la vida diaria, lo que representa uno de cada cuatro adultos mayores ⁴⁴.

Comparado en un estudio en el cual valoran el estado de salud del adulto mayor, realizado en Antioquia – Colombia, el 81,7% de los adultos mayores se clasifican como independientes ⁴⁵.

Sin duda el autocuidado del adulto mayor, está condicionado directamente por su valoración personal, el sentirse mejor con ellos mismo, por mejorar su apariencia inclusive se valora la relación directa con la familia, comparado con varios estudios ya descritos el adulto mayor es capaz de realizar actividades básicas o de autocuidado con menos dependencia que las actividades instrumentadas.

4.1.3.2 Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Son las escalas más útiles en la valoración del estado funcional, por valorar estados más precoces de deterioro funcional. El más empleado en la salud pública para el adulto mayor es el índice de Lawton y Brody el cual valora el grado de dependencia según actividades que logra realizar ⁴⁰⁻⁴⁵.

Tabla 4.1 Distribución de Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) del adulto mayor según sexo. Sector EU 23. 2016

AIVD	Sexo				Total	%
	Hombre	%	Mujer	%		
INDEPENDIENTE	7	9,46	0	0,00	7	9,46
DEPENDIENTE	21	28,38	46	62,16	67	90,54
Total	28	38	46	62	74	100,00

Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

La funcionalidad instrumental independiente del adulto mayor está representada apenas en un 9,46% (7), estableciéndose que más del 90% (67) de adultos mayores son dependientes necesitando cierta o mucha ayuda para realizar sus actividades. Valores significativos estadísticamente con una $P < 0,005$.

En relación al sexo la dependencia va ligada en su mayoría a mujeres, con un 62,16% (46) adultos mayores que necesitan cierta o mucha ayuda, para realizar actividades como cuidar la casa, ir de compras, usar medios de transporte, usar teléfono, manejar dinero. Mientras que los hombres son independientes en casi un 10% (7).

Discrepando con un estudio que se realizó en México, en un centro de investigaciones en salud pública, en donde analizaron las condiciones de salud asociado al estado funcional del adulto mayor, denota que un 24,6% de adultos mayores son independientes ⁴⁴.

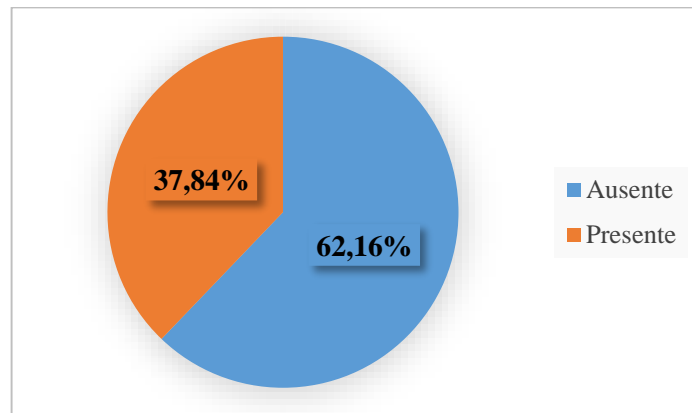
Lo que establece la diferencia podría deberse a las características propias del lugar donde se realiza el estudio. Cotopaxi ha sido una provincia relegada y olvidada por administraciones anteriores al actual gobierno; lo que ha originado desigualdades y deficiencias en lo que respecta a la accesibilidad a los servicios estatales como salud; de igual manera podría deberse a la idiosincrasia de la población con una cultura en prevención y cuidados de la salud muy pobre; las características socioeconómicas, ambientales, entre otros.

Actualmente Cotopaxi es una de las provincias que el Gobierno ha colocado en lugares preferenciales para disminuir las brechas históricas existentes, por lo que están mejorando todos los servicios de salud; lo que predice cambios favorables a mediano y largo plazo.

4.1.3.3 Estado cognitivo

Los declives propios del individuo se ven con el paso de los años, viéndose una afectación cognoscitiva en la memoria, en el juicio, en la toma de decisiones, en la organización de ideas, mayor dificultad en la coherencia, entre otros ^{39,44}.

Gráfico 4.3 Distribución del deterioro cognitivo en el adulto mayor. Sector EU 23. 2016



Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

Se considera que el estado cognitivo es la base de la salud mental del adulto mayor, destacada función presente con deterioro en un 38% (28) de adultos mayores; en el estudio realizado. Estadísticamente significativo con un χ^2 de 62,480.

Discrepando con un estudio que se realizó en México, en un centro de investigaciones en salud pública, en donde se valoró el estado funcional del adulto mayor con sus condiciones de salud, en donde el 7.3% de adultos mayores presentaron deterioro cognitivo ⁴⁴.

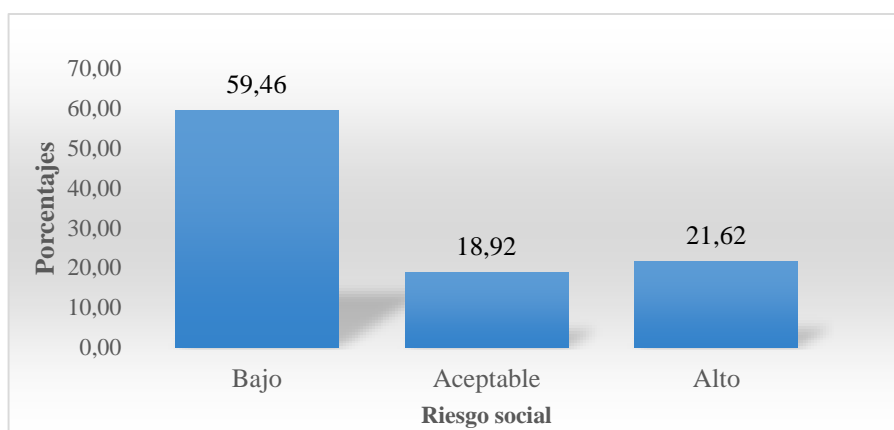
A diferencia del estudio en el cual valoran el estado de salud del adulto mayor, realizado en Antioquia – Colombia, ocho de cada diez adultos mayores presentaron deterioro cognitivo, siendo el 61,9% mujeres ⁴⁵.

Esta cifra se vería justificada ya que el deterioro cognitivo es una de las esferas que se afecta con el envejecimiento. El cerebro, como el resto de órganos del ser humano, se va deteriorando con la edad y su funcionamiento va decayendo en paralelo. Es, por tanto, habitual que con el paso de los años se haga poco a poco evidente una paulatina pérdida de habilidades cognitivas o intelectuales, como un empeoramiento de la memoria, menor agilidad mental, más despistes, mayor dificultad para hacer varias cosas a la vez, menor capacidad de concentración, o reflejos enlentecidos. Estos son signos naturales en un envejecimiento normal.

4.1.3.4. Recursos Sociales

Se valora en 2 conceptos el apoyo social, tanto en un enfoque estructural donde evalúa la relación social y el apoyo de redes que recibe y como un enfoque funcional, en donde se ve la apreciación subjetiva que recibe el adulto mayor, lo que el percibe ⁴⁵.

Gráfico 4.4 Recursos sociales y su riesgo en el adulto mayor. Sector EU 23. 2016



Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

Se establece que casi un 60% (44) adultos mayores tiene un bajo riesgo social, valor significativo que estima la ayuda favorable y permanente en mayor parte por su familia que por instituciones privadas o estatales.

En un estudio realizado en Santiago de Chile en el cual valora el bienestar psicológico, apoyo social y la percepción del adulto mayor, estima que un 80% reciben apoyo por parte del estado y de su familia ⁴⁶.

El mayor apoyo que el adulto mayor puede recibir sin duda es su familia como recurso social que da mayor beneficio y protección, especialmente cuando no existe un apoyo social o formal.

El apoyo social percibido no solo influye en el bienestar al proporcionar estabilidad emocional, atención y protección de otros, sino que también permite al individuo un mayor control percibido, sentirse productivo y tener un sentido en la vida.

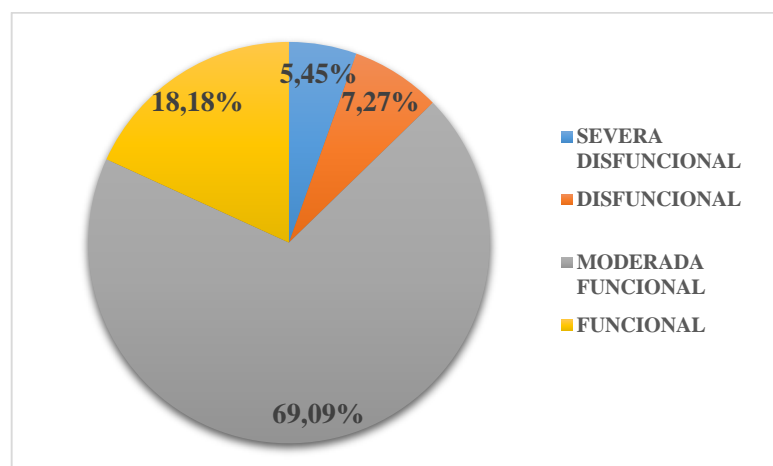
4.1.4 Caracterización de la Salud Familiar

En la salud familiar debe existir un ajuste entre elementos tanto internos como externos del hogar. El modelo epidemiológico identifica a la salud del adulto mayor como el equilibrio ecológico entre este y su medio, según la tríada conformada por el huésped, el ambiente y los agentes internos o externos. Por tal motivo la salud familiar incluye el estado de salud física y mental individual y el nivel de interacción entre los miembros de la familia, al estar condicionada por variables socioeconómicas y culturales, la familia sigue un proceso dinámico susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital y, por lo tanto, como un continuo ⁴⁷.

4.1.4.1 Funcionamiento Familiar

La familia, constituye el núcleo base de la humanidad, juega un papel importante en el proceso salud – enfermedad lo que se hace muy evidente cuando en el seno de la misma hay adultos mayores, los cuales requieren una atención integral muy específica y ajustada a ésta etapa de la vida ^{48,49}.

Gráfico 4.5 Resultados de la prueba de percepción del Funcionamiento Familiar (FF- SIL) de familias con adultos mayores. Sector EU 23. 2016



Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

Con la valoración de la prueba FF- SIL se logra identificar que predominan las familias con adultos mayores moderadamente funcionales en un 69% (38), seguidas de las familias funcionales en un 18% (10), lo que establece que la mayoría de

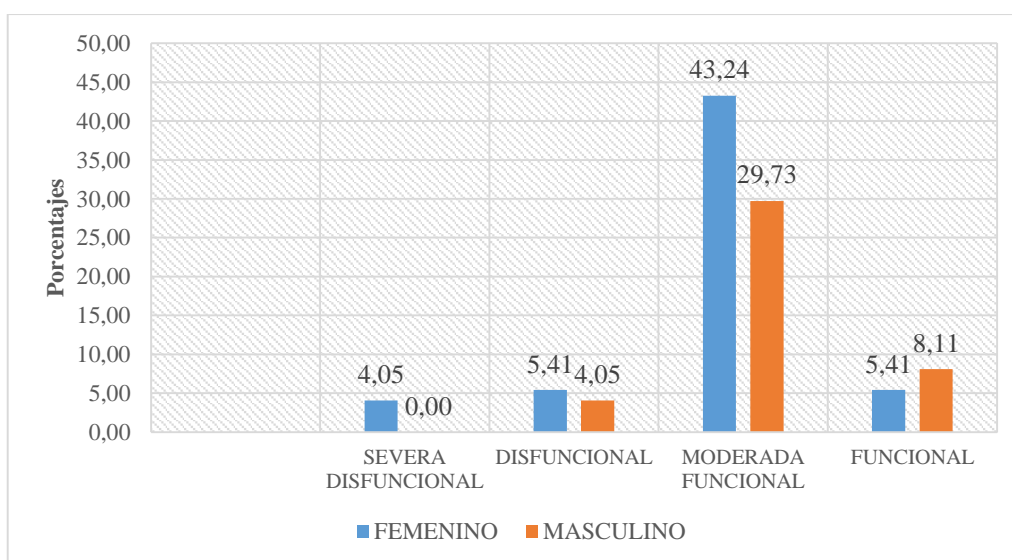
adultos mayores viven en hogares con buenas relaciones intrafamiliares, en su mayoría hogares nucleares o extensos.

A diferencia de un estudio realizado en un Policlínico universitario Tursios Lima en el 2010 el mismo que caracteriza un predominio de familias moderadamente funcionales en un 20% y funcionales en un 80%, no aparecen puntuaciones para familias disfuncionales o severamente disfuncionales ⁴⁸.

En cambio en una investigación realizada en la Habana – Cuba, en donde, caracterizan a los ancianos de acuerdo a los criterios de fragilidad, los adultos mayores formaron parte de familias funcionales en un 57,5 %, y severamente disfuncionales apenas en un 3.33% ⁴⁹.

Lo que equivale que las dos terceras partes de adultos mayores viven en un adecuado núcleo familiar, comparten características semejantes, predominando el nivel de permeabilidad y la comunicación, básicas categorías para mantener una adecuada salud en la familia.

Gráfico 4.6 Distribución del Funcionamiento Familiar según sexo del adulto mayor. Sector EU 23. 2016



Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

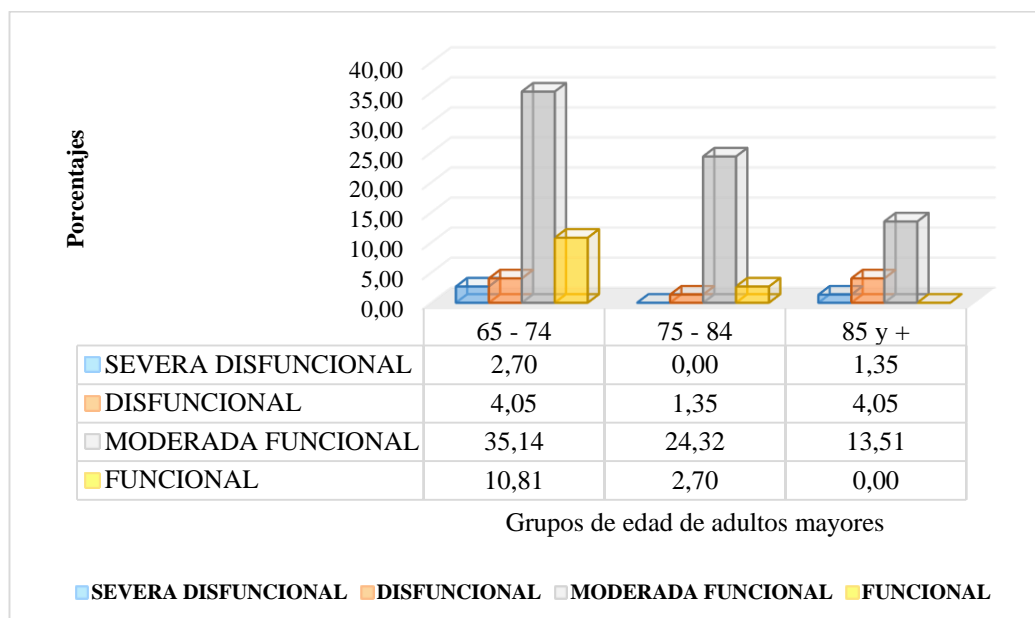
Se evidencia que los hogares moderadamente funcionales están constituidos en su mayoría por mujeres en un 43,24% (32), los hogares disfuncionales y severamente

disfuncionales hay un predominio de mujeres, no se encuentra hogares con severa disfunción con adultos mayores masculinos. Cabe destacar que en los hogares de mejor funcionamiento predominan los hombres con un 8,11% (6).

A diferencia de un estudio realizado en el 2011 en Quito – Ecuador, donde evalúa la calidad de vida del adulto mayor y el nivel de disfunción familiar, denota que los ancianos mantienen una dependencia y asociación, además con un riesgo de 14 veces más que los adultos mayores del sexo masculino tenga una percepción de disfuncionalidad familiar en sus hogares ⁵⁰.

Estableciéndose la relación directa con el sexo femenino, probablemente por la incidencia en este estudio, por el área urbana donde se lleva a cabo la investigación, lo que orienta a pensar que varios son los determinantes para que el adulto mayor tenga la percepción de la funcionalidad familiar, teniendo una línea abierta para una nueva posible investigación, en donde se desarrolle un análisis exhaustivo sobre qué factores influyen con relación al sexo en el nivel de funcionalidad en una familia.

Gráfico 4.7 Funcionamiento Familiar según grupos etáreos de adultos mayores. Sector EU 23. 2016



Fuente: encuestas

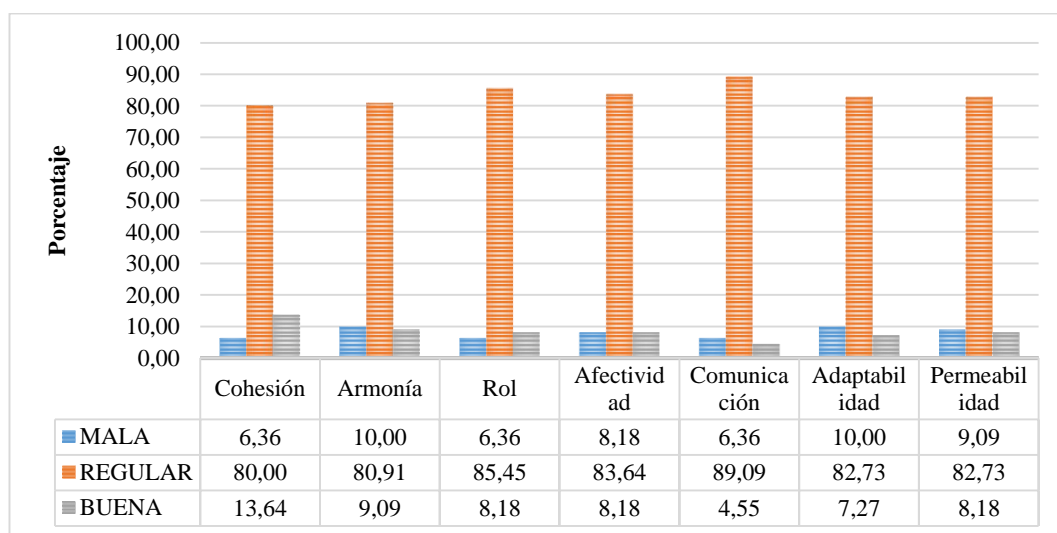
Elaborado por: Ana López Guerrero

El grupo etáreo con mayor número de adultos mayores es el de edades entre los 65 a 74 años de edad, adultos mayores que forman parte en su mayoría a familias moderadamente funcionales, seguida del grupo entre 75 a 84 años, en un 24,32% (18), viendo un valor significativo del 5,40% (4) hogares disfuncionales con adultos mayores en edades de 85 años y más.

Discrepando con el estudio realizado en el 2011 en Quito – Ecuador, donde evalúa la calidad de vida del adulto mayor y en nivel de disfunción familiar concluye que la edad promedio de adultos mayores fue de 65-69 años con hogares disfuncionales 50.

Comparando los estudios se determina un mayor porcentaje de la población está representada por ancianos menores de 75 años, siendo importante relacionar que ha esta edad acceden a la jubilación, presentan pérdidas laborales, se desarrollan como abuelos o son los que se encargan del cuidado de sí mismos, en donde estas crisis pueden generar procesos críticos en la salud de la familia.

Gráfico 4.8 Componente de mayor afectación en el Funcionamiento Familiar según la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF- SIL) sector EU 23. 2016



Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

Como se identifica en el gráfico 10, las categorías con mejor resultado son: la cohesión, roles y comunicación, mientras que las categorías de mayor afectación

son: armonía, adaptabilidad y permeabilidad. Siendo la adaptabilidad y armonía las categorías más afectadas.

Comparado con un estudio realizado en Cuba en el Policlínico docente Dr. Gustavo Aldereguía Lima en Tunas durante el período 2011 – 2012, los resultados demuestran que el funcionamiento familiar, según la dinámica de las relaciones internas, en la mayoría resultó ser funcional en un 80%, seguido de moderadamente funcionales en un 20%, los mejores resultados los mostraron las categorías: cohesión, armonía y afectividad. Se aprecia dificultades en las categorías: permeabilidad, roles, adaptabilidad y comunicación. Siendo la adaptabilidad la categoría más afectada ⁵¹.

Se compara con un estudio realizado en la Universidad de Cuenca, en el cual utilizaron el modelo circuplejo de Olson para valorar la funcionalidad familiar, en donde el 52,3% de familias son caóticas con inadecuada adaptabilidad, unidas en el 40,5% con favorable cohesión ⁵².

Sin duda la adaptabilidad se manifiesta en la inflexibilidad de normas, la poca búsqueda de nuevas soluciones para afrontar problemas, lo que dificulta sus ajustes a nuevas situaciones, como la enfermedad, la jubilación y los cambios de estructura de poder dentro de la familia motivos por los cuales ésta categoría es la menos acoplada al funcionamiento familiar óptimo.

4.1.4.2 Familias con riesgo

El equipo de atención integral de salud es el encargado en la salud pública de evaluar el contexto familiar, identificar riesgos, diagnosticar y planificar intervenciones de promoción y prevención en favor de la salud familiar, en el tiempo requerido y así evitar crisis o falencias en el hogar que a la larga lleven a la ruptura de la misma.

Tabla 4.3 Resultados del inventario de características familiares según el contexto socioeconómico y cultural. Sector EU 23. 2016

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL	N°	% n=55
Economía familiar crítica	27	49,09
Predomina el bajo nivel educacional en los adultos jefes de familia.	28	50,91
Ambiente comunitario insalubre.	21	38,18
Existe un miembro en la familia apto para trabajar y no trabaja.	3	5,45
Condiciones inseguras de la vivienda (estado técnico).	9	16,36
Hacinamiento.	3	5,45
Déficit de alguno de estos servicios en el hogar: agua, sanitarios y electricidad.	5	9,09
Ausencia de alguno de estos equipos básicos (refrigerador, televisor)	1	1,82

Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

Dentro de las características familiares de mayor afectación a nivel socioeconómico y cultural, el 50,91% (28) de familias tienen un nivel educativo bajo en adultos jefes de familia, seguido de un 49,09% (27) familias con una economía crítica, sin dejar de mencionar las condiciones insalubres del sector en un 38,18% (21), como se evidencia la mayoría de afectaciones son determinante modificables con una educación en salud adecuada.

Comparado con un estudio realizado en un Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima de Cuba, en donde las características de riesgo de la dimensión en el contexto sociocultural más frecuentes, en donde una la economía crítica se evidencia en 30 familias con un 33,7%, un bajo nivel educativo en jefes de hogar en 21 familias con un 23.6% y la existencia de un miembro apto para trabajar y no lo hace en 18 familias con un 20.2 % sin dejar de observar las condiciones inseguras de la vivienda ⁵¹.

Sin duda es importante considerar el nivel socioeconómico de las familias, la situación geográfica y sobre todo el contexto cultural de las mismas que son las principales determinantes para valorar el riesgo de ésta categoría.

Tabla 4.4 Resultados del inventario de características familiares según la composición del hogar. Sector EU 23. 2016

COMPOSICIÓN	N°	% n=55
Un solo progenitor al cuidado de hijo (s) menores.	17	30,91
Convivencia de tres y más generaciones.	5	9,09
Menores al cuidado de abuelos o tutores (no hay padres en el hogar)	2	3,64
Hogar de reconstitución múltiple (cambio de más de dos parejas)	1	1,82

Fuente: encuesta **Elaborado por:** Ana López Guerrero

La composición en las familias con adultos mayores se caracteriza en un 30,91% (17) por un progenitor al cuidado de hijos menores, seguido de apenas 5 familias que conviven entre 3 o más generaciones, considerándose familias extensas según su ontogénesis.

Al comparar con un estudio realizado en un Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima de Cuba, en donde las características de riesgo familiar en relación a adultos mayores con discapacidad, la composición de sus familias se caracteriza en un 47% entre tres o más generaciones, seguido de hogares reconstituidos en un 9%⁵³.

Al caracterizar a la familia, nos permite ubicarla según su estructura, su composición, las relaciones intrafamiliares, riesgos potenciales, la resiliencia de la misma y su capacidad para enfrentar su ciclo vital, logrando en cada familia el apoyo, la paz y armonía que requiere en circunstancias de la vida.

Tabla 4.5 Resultados del inventario de características familiares según procesos críticos normativos. Sector EU 23. 2016

CRISIS NORMATIVAS	N°	% n=55
Nuevo matrimonio en el hogar.	2	3,64
Niño menor de un año en el hogar.	2	3,64
Embarazadas	2	3,64
Adolescentes	4	7,27
Senescentes	55	100,00
Salida hijo (a) del hogar (nido vacío).	3	5,45

Fuente: encuesta **Elaborado por:** Ana López Guerrero

El 100% de hogares están constituidos por adultos mayores ya que son los objetos de estudio, seguidos por un mínimo de 7,27% (4), que se constituyen por adolescentes, 5.45% (3) existe un nido vacío por salida de los hijos del hogar y apenas comparten un 3.6% (2) de hogares tiene niños menores, embarazadas o es un hogar con un nuevo matrimonio.

Al comparar con un estudio realizado en un Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima de Cuba, en donde las características de riesgo familiar en relación a adultos mayores con discapacidad, hay la presencia de senescentes en el hogar en el 100% de los casos, le continuó en menor cuantía la presencia de adolescentes en el hogar en un 32,7% y la salida de los hijos del hogar 7,2%, niño menor de un año 4,7%, nuevo matrimonio 3,5% y embarazada con 2,4% ⁵³.

En cada familia existen procesos críticos que son que son esenciales para poder superar obstáculos que nos pone la vida al paso de cada una de las etapas del ciclo vital, las cuales requiere de un incremento de recursos de la familia y de la comunidad para saber superarlas y modificar la salud familiar de forma positiva.

Tabla 4.6 Resultados del inventario de características familiares según procesos críticos de salud. Sector EU 23. 2016

CRÍTICOS DE SALUD	N°	% n=55
Algún integrante con descompensación de su enfermedad crónica.	6	10,91
Problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias en la familia.	27	49,09
Embarazo o madre adolescente.	1	1,82
Algún integrante de la familia es bebedor de riesgo o adicto a bebidas alcohólicas.	9	16,36
Algún integrante de la familia con cáncer.	1	1,82
Algún integrante de la familia es discapacitado físico y o mental.	11	20,00
Algún integrante de la familia con conducta suicida.	1	1,82
Problemas genéticos.	1	1,82
Manifestaciones de abuso, negligencia, maltrato o abandono.	11	20,00

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Ana López Guerrero

Los procesos críticos destacados en familias con adultos mayores en casi un 50% (27) son los problemas nutricionales, principalmente el sobrepeso y la obesidad,

tomando en cuenta el sedentarismo como aliado, seguidos en un 20% (11) por discapacidad sea esta físico o mental y por maltrato o negligencia al adulto mayor.

Comparado con un estudio realizado en un Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima de Cuba, muestra los procesos críticos de salud en las familias, observándose el predominio de la descompensación de las enfermedades crónicas en 23 familias con un 25.8 %; la presencia de adictos a la bebida o bebedores de riesgo en 15 hogares, con un 16.8% y la aparición de madres adolescentes en 11 familias con un 12.4%, sin dejar de mencionar los problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias, presentes en 10 familias que representa el 11.2% ⁵¹.

En este sentido los procesos críticos que devienen de la situación de salud y enfermedad de los integrantes de la familia adquieren un significado especial para la misma y afectan de modo particular a sus integrantes. Categoría ligada a las determinantes socioeconómicas y culturales, siendo las más importantes a mi consideración la mala nutrición, el maltrato o negligencia y sin duda la descompensación de enfermedades crónicas.

Tabla 4.7 Resultados del inventario de características familiares según procesos críticos paranormativos. Sector EU 23. 2016

CRISIS PARANORMATIVAS	Nº	% n=55
Algún integrante presenta conducta antisocial.	4	7,27
Pareja en proceso de separación o divorcio.	1	1,82
Familia en duelo por muerte de un integrante.	3	5,45
Algún integrante presenta conflicto laboral.	1	1,82

Fuente: encuesta **Elaborado por:** Ana López Guerrero

Apenas un 7,27% (4) de las familias con adultos mayores cursan crisis paranormativas o no esperadas, por desmoralización siendo el caso de un integrante con conducta antisocial que abarca vandalismo, robo, riñas callejeras, seguido en un 5,45% (3) por una crisis paranormativa por muerte de un integrante de la familia, siendo el caso por muerte natural, accidente de tránsito y enfermedad oncológica.

Comparado con un estudio realizado en un Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima de Cuba, en donde las características de riesgo familiar en relación a adultos mayores con discapacidad, los procesos críticos paranormativos más

frecuentes la separación eventual en un 5%, seguida por la conducta antisocial de algún integrante en un 3,2% y la presencia de parejas en separación y divorcio y algún miembro joven desvinculado con 1,8% ⁵³.

Cada familia tiene su significado particular de estos procesos, en las que se ve involucrado la cultura, el nivel educativo y la sociedad en la que se desenvuelve. Pero sin duda no dejan de fomentar un riesgo psicosocial que genera mayor vulnerabilidad exigencias para la salud pública.

Tabla 4.8 Resultados del inventario de características familiares según el afrontamiento familiar. Sector EU 23. 2016

AFRONTAMIENTO FAMILIAR	N°	% n=55
Tendencia a no cumplir o subvalorar las indicaciones terapéuticas.	2	3,64
Utilizan medios de curación espirituales en sustitución de los médicos.	1	1,82
Mala higiene en el hogar.	24	43,64

Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

Se establece que en un 43,64% (24) de las familias mantienen mala higiene en el hogar caracterizada principalmente por una inadecuada eliminación de los desechos, convivencia con animales domésticos intradomiciliarios y desorden en utensilios del hogar, seguido del 3.64% (2) familias con adultos mayores que no tienen un adecuado cumplimiento terapéutico o adherencia al mismo, teniendo como principales causas la falta de apoyo por sus familiares a la toma de medicación, el bajo nivel económico para adquirir los fármacos, la mala cobertura y prioridad de atención en centros de salud pública y el problema de traslado de los mismos.

Lo que concuerda con un estudio realizado en un Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima de Cuba, en donde las características de riesgo familiar en relación a adultos mayores con discapacidad, las tendencias inadecuadas para el afrontamiento familiar resultando significativo que el valor más elevado es la mala higiene en el hogar en 123 ancianos (18,6%), las demás aptitudes presentaron bajos porcentajes sin diferencias entre ellas ⁵³.

El afrontamiento familiar ayuda sin duda a que cada integrante del hogar sea capaz de superarlo, tomando en cuenta sus bajos recursos económicos o educativos que limiten una adecuada alimentación, un ambiente insalubre, enfermos crónicos, entre otros que son factores modificables, con el objetivo de fomentar adecuados estilos de vida y mejorar su calidad.

Tabla 4.9 Resultados del inventario de características familiares según el apoyo social. Sector EU 23. 2016

APOYO SOCIAL	N°	% n=55
La familia no cuenta con apoyo de otros familiares fuera del núcleo.	24	43,64
Carencia de algún servicio básico de salud necesitado.	10	18,18
Cuenta con pocos recursos de apoyo comunitario (vecinos, organizaciones e instituciones)	12	21,82
La familia manifiesta signos de aislamiento social.	3	5,45

Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

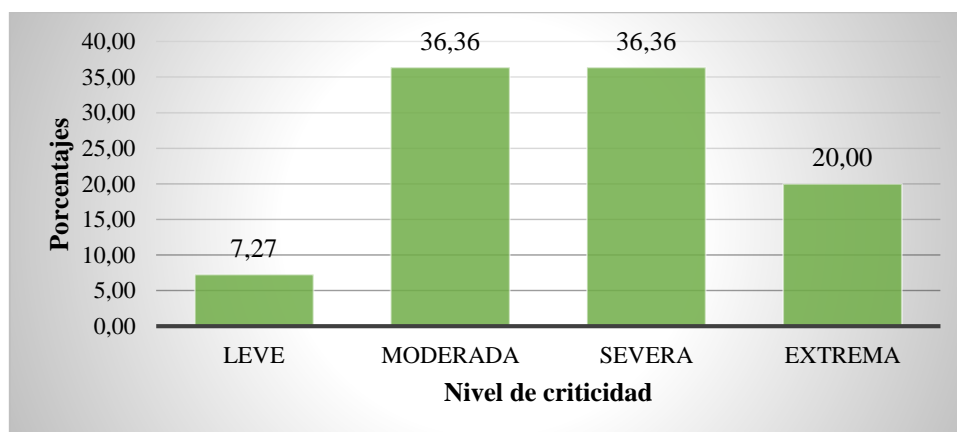
Se obtienen datos muy importantes en el que casi el 45% (24) de las familias con adultos mayores no tiene el apoyo de familiares fuera de su núcleo, por lejanía, por despreocupación y por falta de tiempo, seguido de un 21,82% (12) cuentan con poco apoyo comunitario y apenas en un 5,45% (3) de familias se siente aisladas socialmente, principalmente por el abandono de la familia de origen.

Como lo muestra un estudio realizado en un Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima de Cuba, en donde las características de riesgo familiar en relación a adultos mayores con discapacidad, las deficiencias en el apoyo social detectadas en los ancianos discapacitados, fueron el no contar con el apoyo de otros familiares fuera del núcleo en un 7,2%, seguido por el poco apoyo comunitario en un 6,8% y la carencia de algún servicio básico de salud en un 6,3% y por último el aislamiento social en un 3,3% ⁵³.

Resultados similares han sido reportados en otros estudios destacándose el papel fundamental de la familia y de los amigos como apoyo social. En cuanto al sistema de apoyo, las dificultades están dadas por la lejanía de los familiares cercanos del adulto mayor, que imposibilitan ofrecerlo tanto un apoyo emocional, como instrumental, en el momento que este lo precisa; además de las dificultades en la economía familiar, en muchos casos por el recorte del salario, debido a la jubilación

o por las necesidades que genera la convivencia múltiple, no pudiendo ser satisfechas las necesidades de todos los miembros. Y a nivel estatal la mala cobertura de la ayuda social sin dar prioridad a los que en verdad necesitan como grupo vulnerable.

Gráfico 4.9 Niveles de criticidad en familias con adultos mayores. Sector EU 23. 2016



Fuente: encuesta

Elaborado por: Dra. Ana López G.

Se valora los niveles de criticidad de la salud familiar según los riesgos identificados en el hogar, observándose que la criticidad moderada y severa están presentes en un 36,6% (20) cada una, encontrándose apenas un 20% (11) de familias con una criticidad extrema, características que engloban las categorías valoradas en familias con riesgo, llegando a establecer que más del 50% de hogares mantienen una criticidad sea esta extrema o severa, regida principalmente por una economía familiar crítica, nivel educativo bajo, adiciones en el hogar, hábitos tóxicos, discapacidad física o mental, negligencia en el cuidado o maltrato, muerte de un integrante del hogar, incumplimiento terapéutico, mala higiene en el hogar, familias sin apoyo de la familia fuera del núcleo, aislamiento social.

Lo que se presenta también en el estudio realizado en un Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima de Cuba, en donde las características de riesgo familiar en relación a adultos mayores, se muestra la evaluación final del inventario de riesgos familiares, observándose que la criticidad leve está presente en el 12.4%, la moderada en el 11.2%, la severa en el 76.4% y la extrema no se manifestó en las familias estudiadas ⁵¹.

Los niveles de criticidad muestran preocupación, porcentajes que pueden modificarse mejorando estilos de vida, cumpliendo con la terapéutica médica, manteniendo un lazo familiar, destacar las características y combinaciones de las familias que eleven sus fortalezas y la ponen en condición de sobre esfuerzo para afrontar la vida cotidiana, afectando así menos su salud, su funcionamiento, y sobre todo, su integridad.

La matriz de salud familiar es un resumen que permite una valoración cuantitativa y cualitativa en cada hogar. Ayuda a sintetizar la configuración de cada familia según su funcionalidad y criticidad.

4.1.5 Matriz de Salud familiar

TABLA 4.10 Distribución de las familias en la matriz de salud familiar. Sector EU 23. 2016

		CRITICIDAD	
FF – SIL	CUADRANTE 3 Familia disfuncional + baja o nula criticidad	CUADRANTE 4 Familia disfuncional + criticidad extrema	
	17 (30,91)	31 (56,36)	
	CUADRANTE 1 Familia funcional + baja o nula criticidad	CUADRANTE 2 Familia funcional + criticidad extrema	
	7 (12,73)	0 (0)	

Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

Se establece en la matriz de salud familiar de 55 hogares con adultos mayores. En donde el 56,36% (31) de familias con adultos mayores presentan una disfunción familiar con niveles de criticidad severa, seguido por las familias con disfuncionalidad y criticidad leve en un 17% (12,73), siguiendo una progresión logística no se encuentra hogares con adecuada funcionalidad y criticidad extrema.

Las familias que conforman el cuadrante 4, presentan mayor exigencias con baja funcionalidad para poder sumir roles en cada uno de sus miembros, son familias poco flexibles, en donde no hay señales de afecto, unión o comunicación entre integrantes, el acople funcional a la sociedad es deficiente, en donde su desarrollo

biopsicosocial es limitado, se reflejan en problemas sociales, de salud y requieren de intervención inmediata. Se realiza la prueba de Chi² del 10,360, con un grado de libertad de 95% de confianza. Con un valor de P 0.001, resultado estadísticamente significativo.

Entre las categorías de mayor severidad encontradas en la presente investigación que establecen el nivel de criticidad extrema están: una economía familiar crítica, nivel educativo bajo, adicciones en el hogar, hábitos tóxicos, discapacidad física o mental, negligencia en el cuidado o maltrato, muerte de un integrante del hogar, incumplimiento terapéutico, mala higiene en el hogar, ambiente insalubre, desempleo, familias sin apoyo de la familia fuera del núcleo, aislamiento social, hacinamiento, hogares en reconstrucción múltiple, senescente en el hogar, descompensación de enfermedades crónicas, conflictos laborales y pocos recursos de apoyo.

A diferencia de las categorías que estiman una criticidad leve o nula que son: la convivencia con tres o más generaciones, adolescentes en el hogar, salida de un hijo del hogar o nido vacío, problemas nutricionales o malas prácticas alimenticias.

Comparado con un estudio realizado en un Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima de Cuba, en donde valora las características de riesgo familiar en relación a adultos mayores, presentando una distribución de salud familiar de 663 adultos mayores discapacitados en los cuales dentro de los cuadrantes 1 y 3 no se ubican familias, correspondiente los niveles de criticidad leve y moderada.

Se ubicaron 182 familias en el cuadrante 2 en un 27,5% del total tenían características familiares de riesgo con adecuado funcionamiento familiar. Familias que mantiene adecuado su funcionalidad pese a las exigencias sociales diarias. Un 72.5% de familias se ubicaron en el cuadrante 4, encontrándose una situación de grave afectación de salud familiar con criticidad elevada, características familiares de riesgo ⁵³.

Tabla 4.11 Distribución de actividades de mayor afectación en la funcionalidad del adulto mayor. Sector EU 23. 2016

	Actividades	N°	%
			n=74
ABVD	- se baña con ayuda	17	22,97
	- se acuesta o levanta con ayuda	13	17,57
AIVD	- usa el teléfono	58	78,38
	- transporte	26	35,14
COGNITIVO	- repite 3 palabras	14	18,92
	- fecha	14	18,92
RECURSO SOCIAL	- no recibe y necesita	15	20,27
	- no sale	6	8,11

Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

En la escala de valoración geriátrica sin duda las actividades básicas son las más afectadas viéndose un mayor porcentaje en bañarse con ayuda en un 22.97% (17) y al levantarse o acostarse en un 17.57% (13), en las actividades instrumentadas tenemos que más del 75% (58) de adultos mayores tiene dificultad para usar el teléfono, el deterioro cognitivo se ve diferenciado en un 18.92% (14) por la actividad de repetir 3 palabras resultado coincidencial a saber la fecha, con respecto al riesgo social la mayor afectación es que el adulto mayor no recibe ayuda y necesita en un 20.27% (15).

4.2 Verificación de hipótesis

Para la verificación de la hipótesis se relacionó el estado funcional del adulto mayor sea dependiente o independiente con la salud familiar según la criticidad.

Tabla 4.12 Relación del Funcionamiento del adulto mayor con la Salud Familiar. Sector EU 23. 2016

ADULTO MAYOR	SALUD FAMILIAR - CRITICIDAD								Total	%
	1	%	2	%	3	%	4	%		
Independiente	0	0,00	7	12,73	15	27,27	0	0,00	22	40,00
Dependiente	0	0,00	0	0,00	2	3,64	31	56,36	33	60,00
Total	0	0,00	7	13	17	31	31	56	55	100,00

Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana López Guerrero

$$\text{Chi}^2 = 47,647$$

$$P < 0.000$$

Los resultados de esta investigación confirman la hipótesis alternativa, en la que se concluye que si existe influencia del estado funcional del adulto mayor en la salud familiar, ésta relación estadística es significativa, considerándose que el mayor porcentaje de adultos mayores dependientes (56,46%), forman parte de familias disfuncionales con criticidad severa.

La salud familiar no solo depende de la dinámica y el funcionamiento familiar, sino de varios factores como el contexto sociocultural, la composición, el nivel de criticidad, la funcionabilidad, el afrontamiento y de redes de apoyo, categorías esenciales para evaluar la salud de la familia de forma integral, categorías que de forma integral dan una apreciación amplia de la salud familiar

Tabla N° 4.13 Asociación de variables

Variab les	Chi ²	P valor
Funcionamiento del adulto mayor		
ABVD	16.683	<0.000
AIVD	12.701	<0.000
Deterioro cognitivo	62.480	<0.000
Riesgo social	45.026	<0.000
Salud Familiar		
Niveles de criticidad + FFSIL	10.360	<0.001
Niveles de criticidad + funcionamiento de adulto mayor	47.647	<0.000

Fuente: Tablas de contingencia

Elaborador por: Ana López G.

Sin duda cada una de las variables que se usaron para llegar a verificar la hipótesis son estadísticamente significativas, dando una mejor valoración a la investigación actual.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En la investigación se concluye que existe influencia del estado funcional del adulto mayor en la salud familia, ésta relación, no solo depende de la dinámica y el funcionamiento familiar, sino de varias categorías que catalogan a los hogares según sus riesgos sociales, culturales, su composición, el nivel de criticidad, su funcionabilidad, el afrontamiento familiar y de redes de apoyo, categorías esenciales para evaluar la salud de la familia de forma integral.
- Existe un predominio de familias disfuncionales con niveles de criticidad extrema, siendo la armonía, adaptabilidad y la permeabilidad las dimensiones más afectadas.
- Se ha comprobado que aquellos hogares con relaciones familiares placenteras mejoran y favorecen el estado funcional de sus miembros, lográndose el incremento de conductas de autocuidado en el adulto mayor.
- La funcionalidad del adulto mayor determinada por las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) se establece que la mayoría de adultos mayores son dependientes necesitando cierta o mucha ayuda, a diferencia de las actividades básicas (ABVD) la mayoría son independientes, el deterioro cognitivo es moderado y más de la mitad de adultos mayores tienen riesgo social, notificándose que la atención familiar hacia él es buena, variables consideradas por determinantes de salud socioeconómicas, culturales, ambientales y biológicas.

5.2 RECOMENDACIONES

- Fomentar la toma de conciencia de familias con adultos mayores, para que adopten hábitos de vida saludables, con pleno conocimiento de la importancia frente a factores modificables de salud.
- Fortalecer las redes de apoyo a nivel individual y familiar, participar y ser parte de los clubs de adultos mayores, de brindar una correcta atención integral, e integrarlos a programas recreacionales, culturales y educativos.
- A los hogares que tiene disfuncionalidad familiar identificar las fortalezas, incentivar a la unión, amor y comprensión hacia el adulto mayor, cambiar la imagen del anciano como una carga, a un ser biopsicosocial con conocimientos experiencias, sabiduría con la necesidad de sentirse útil para su familia y sociedad.
- Fortalecer en la atención primaria el programa de atención del adulto mayor del Ministerio de Salud Pública – MSP, socializar y capacitar correctamente sobre el uso de la normativa que está muy bien elaborada y necesita llevarse a cabo para la atención integral del adulto mayor, su familia y la comunidad.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Institución ejecutora

Centro de Salud de Latacunga – Área N° 1

6.1.2. Beneficiarios

Adultos mayores y sus familias del sector EU 23 – Latacunga

6.1.3. Entidad responsable

- Dra. Ana Abigaíl López Guerrero
- TAPS Daysi Loja Barbecho
- Médicos rurales del CSL – área N°1
- Licenciadas de enfermería del CSL – área N°1
- Internos Rotativos de Medicina y enfermería

6.1.4. Ubicación

Calle 2 de Mayo y Hnas. Páez, Parroquia La Matriz, Cantón Latacunga, Provincia de Cotopaxi

6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta

Inicio: enero 2017 **Final:** diciembre 2017

6.2 Antecedentes de la propuesta

En el sector EU 23 de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi, en un período de tiempo comprendido entre enero a julio 2016, se detectó un total de 55 familias con adultos mayores de los cuales suman un total de 74 que conforman hogares en su mayoría nucleares y extensos.

Entre las características principales de éstas familias sobresalen una salud familiar con niveles de criticidad leves a severos con un funcionamiento en su mayoría

adecuado, teniendo a uno o más adultos mayores quienes aproximadamente en más del 90 % son dependientes en la ejecución de actividades instrumentadas y en un 27% en las actividades básicas de la vida diaria, con un deterioro cognitivo del 38% y un riesgo social alto del 40%, valores establecidos principalmente por determinantes de salud socioeconómicas, culturales y ambientales.

Sobresaliendo que existe un mal manejo tanto emocional como físico del adulto mayor a la llegada del envejecimiento, no tienen actividades de recreación, óseo y de relaciones interpersonales, de tal motivo que nace la necesidad de realizar estrategias de acción frente a ésta situación actual de salud.

6.3 Justificación

Con el proceso de envejecimiento disminuye gradualmente la fuerza, la movilidad y el equilibrio, existe falla de la memoria y las funciones de la vista, el oído y demás analizadores, disminuye la velocidad de las reacciones y aumenta su período latente, además las relaciones y los reflejos condicionados se forman y se fijan más lentamente. En esa etapa de la vida, las enfermedades crónicas pueden ser más frecuentes, imponer más limitaciones y requerir más ayuda médica; también las personas se enfrentan a acontecimiento de mucha importancia como la jubilación y el desmembramiento de la familia que crearon por la salida de los hijos adultos del hogar, la muerte del conyugue, e incluso la progresiva disminución de sus fuentes de apoyo social, acercamiento a la muerte, invalidez o discapacidades.

Si bien hace 50 años que comenzó a hablarse de Envejecimiento Exitoso, el término pasa desapercibido hasta que en 1987 es popularizado en un artículo de la revista Science por John Rowe y Robert Kahn, en que distinguen cuánto de lo que se ve en la persona que envejece se debe a los efectos de la enfermedad, y cuánto al envejecimiento “per se”. Se hace la distinción entre “envejecimiento habitual” y “envejecimiento exitoso” (EE) como estados o procesos no patológicos. El envejecimiento exitoso incluye tres componentes, a saber: a) La ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad. b) Alta capacidad cognitiva y funcional. c) Un activo compromiso con la vida.

Tomando en cuenta este enfoque elemental para mejorar el envejecimiento de los adultos mayores, optimizar esta etapa de vida en su plenitud, nace la necesidad de diseñar una intervención educativa a nivel sectorial como médico de familia para lograr suplir las necesidades carente de los adultos mayores con respecto al envejecimiento exitoso, datos obtenidos a través de un diagnóstico educativo ejecutado previamente.

6.4 Objetivos

6.4.1 General

- Implementar una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre el envejecimiento exitoso desarrollado en 12 semanas en adultos mayores del Sector EU 23 - subsectores (S1 – S5 – S6 – S7 – S8 – S10), Parroquia Ignacio flores. Latacunga.

6.4.2 Específicos

- Identificar las principales determinantes que limitan los conocimientos sobre envejecimiento exitoso en adultos mayores.
- Promover la autovalencia reconociendo factores protectores y de riesgo que conducen a un compromiso activo de vida.
- Incrementar conocimientos de hábitos saludables en el adulto mayor y adherencia terapéutica.
- Desarrollar habilidades cognitivas en el adulto mayor optimizando el funcionamiento del mismo.
- Evaluar los conocimientos adquiridos al término de la estrategia educativa.

6.5 Análisis de factibilidad

Esta propuesta es factible de llevarla a cabo, dentro de las políticas establecidas por el Posgrado de medicina familiar y comunitaria, que cuenta con el recurso físico y humano necesario en el CSL- área N°1, para su realización, mejorando así las expectativas del adulto mayor frente a su envejecimiento y la adaptación de la familia frente a éste ciclo de vida.

Este Estudio tiene factibilidad legal así como lo demuestra en el código de Salud del Ecuador valorado por el Ministerio de Salud del Ecuador:

Art. 97. Toda persona está obligada a colaborar y a participar en los programas de fomento y promoción de la salud.

Art. 185.- La Dirección Nacional de Salud requerirá a todas las Instituciones de salud, los datos estadísticos para centralizarlos y elaborarlos, a fin de satisfacer las necesidades de planificación y desarrollo de programas.

Se considera que esta propuesta no requiere de fines económicos alarmantes para su ejecución, por lo que es factible de realizarse.

6.6 Fundamentación Teórico - Científica

En la década del 90 la Organización de Naciones Unidas implementó el 1ro. de Octubre como el Día Internacional del Adulto Mayor con el fin de favorecer los temas de conciencia sobre el valor de la prolongación de la vida y la necesidad de crear sociedades más integradora y justa para todas las personas adultos mayores ^{54,55}.

Pasar de la madurez a la vejez implica ir ajustándose a los cambios tanto en lo físico, psicológico, como social y espiritual, aprendiendo a disfrutar las oportunidades y manejando las limitaciones. Cada persona puede y debe intervenir, hasta cierto punto, en su proceso de envejecimiento. Y es la década de los 50 a 60 años de edad una época ideal para tomar la firme decisión de prepararse para llegar a una vejez sana. ^{54 – 56}

Con el proceso de envejecimiento disminuye gradualmente la fuerza, la movilidad y el equilibrio, existe falla de la memoria y las funciones de la vista, el oído y demás analizadores, disminuye la velocidad de las reacciones y aumenta su período latente, además las relaciones y los reflejos condicionados se forman y se fijan más lentamente. ⁵⁵ En esa etapa de la vida, las enfermedades crónicas pueden ser más frecuentes, imponer más limitaciones y requerir más ayuda médica; también las personas se enfrentan a acontecimiento de mucha importancia como la jubilación y

el desmembramiento de la familia que crearon por la salida de los hijos adultos del hogar, la muerte del conyugue, e incluso la progresiva disminución de sus fuentes de apoyo social, acercamiento a la muerte, invalidez o discapacidades ⁵⁶⁻⁵⁹.

Para la realización de la presente propuesta, será necesario la colaboración y participación de todo el personal involucrado en el proyecto: Ministerio de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, Médicos y Enfermeras del Centro de salud de Latacunga, Internos y estudiantes de Medicina y enfermería y todo el personal que estará en contacto con adultos mayores y sus familias.

El presente estudio tiene la virtud de ser aplicable en el centro de salud de Latacunga – Área N°1, ya que se cuenta con el espacio designado para llevar a cabo esta propuesta, áreas de observación e inclusive una consulta médica de especialidad para el adulto mayor y su familia, de igual manera se llevará a cabo varias actividades en el sector EU 23 La Laguna que cuenta con espacios verdes y áreas de dispersión. Se detalla, las actividades propuestas, el modelo de David Leyva y la encuesta al adulto mayor sobre su conocimiento de envejecimiento exitoso. Ver anexos 11, 12 y 13.

Con el diagnóstico integral de salud del adulto mayor, el objetivo es identificar factores de riesgo y fortalecer los factores protectores, para optimizar su envejecimiento, datos extraídos de historias clínicas y fichas familiares usando técnicas observacionales y la entrevista.

Posteriormente se lleva a cabo un listado de actividades que se ejecutarán tales como:

*** Actividad 1.**

- **Título:** Socialización de la estrategia educativa
- **Objetivo:** Lograr un mejor aprendizaje creando un vínculo afectivo entre adultos mayores y con el personal de salud.
- **Desarrollo:** Se realizará una convocatoria dirigida a los adultos mayores sobre la estrategia educativa a realizarse con el tema de envejecimiento exitoso, para la asistencia a una audiencia y conformación de grupos focales.

* **Actividad 2.**

- **Título:** Envejecimiento exitoso en adulto mayor – Generalidades.
- **Objetivo:** Impartir conocimientos sobre la importancia de un envejecimiento exitoso.
- **Desarrollo:** Se realiza a través de una charla educativa, abarcando temas como: a) la ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad. b) Alta capacidad cognitiva y funcional. c) Un activo compromiso con la vida.

* **Actividad 3.**

- **Título:** Compromiso activo con la vida.
- **Objetivo:** Mantener las funciones vitales y un bienestar independiente.
- **Desarrollo:** Se desarrollará a través de un taller interactivo, en el cual abarcará temas de suma importancia sobre funcionamiento, actividades elementales e instrumentadas y la importancia del bienestar en el adulto mayor.

* **Actividad 4.**

- **Título:** Enfermedades crónicas y discapacidades
- **Objetivo:** Concientizar en el adulto mayor la importancia de la terapéutica y de las secuelas probables.
- **Desarrollo:** Se lleva a cabo a través de una charla educativa, la misma que se enfoca como prioridad el acoplamiento a enfermedades crónicas, aceptabilidad de su enfermedad, adherencias terapéuticas, acciones de rehabilitación y cuidado para discapacidades o limitaciones.

* **Actividad 5.**

- **Título:** Funcionamiento físico y cognitivo.
- **Objetivo:** Enseñar al adulto mayor habilidades de estabilidad y de desarrollo cognitivo.
- **Desarrollo:** a través de una charla educativa se desarrolla temas importantes como una adecuada postura, marcha segura, movimientos coordinados y sistematizados, la importancia de actividades mentales y a través de una técnica demostrativa enfatizar la práctica de técnicas físicas como mentales.

* **Actividad 6.**

- **Título:** Normas dietéticas e Higiene personal.
- **Objetivo:** Educar en el adulto mayor la importancia de hábitos saludables.
- **Desarrollo:** Se lleva a cabo mediante una lluvia de ideas la temática de nutrición y una dieta equilibrada en el adulto mayor, a la vez de la importancia del higiene personal, bucal, aseo diario, imagen corporal adecuada y se usará una técnica demostrativa para desarrollar actividades y aptitudes en práctica de lavado de manos, aseo bucal, vestimenta apropiada y limpia, entre otras.

* **Actividad 7.**

- **Título:** Soporte afectivo familiar.
- **Objetivo:** Lograr en el adulto mayor una empatía familiar.
- **Desarrollo:** Realizada mediante lluvia de ideas en la que el adulto mayor expresará su percepción familiar y a través de la técnica de espina de pescado lugar determinar la causa y su posible efecto.

* **Actividad 8.**

- **Título:** Recreación y pasatiempo.
- **Objetivo:** Educar al adulto mayor en la importancia de la actividad física y pasatiempos.
- **Desarrollo:** A través de un taller interactivo y actividades recreativas destacar actividades y pasatiempos que optimice o fortalezca la salud integral del adulto mayor enseñándole rutinas de ejercicio diario, actividades de ocio, entre otras y su importancia.

Actividad 9.

- **Título:** Funcionamiento familiar.
- **Objetivo:** Elevar los conocimientos del adulto mayor en los parámetros esenciales para lograr un funcionamiento familiar óptimo.
- **Desarrollo:** Actividad que requiere de una charla educativa, en la que se destaca la importancia del funcionamiento adecuado de una familia con adultos mayores.

* **Actividad 10.**

- **Título:** Prevención de accidentes
- **Objetivo:** Desarrollar habilidades de protección frente a accidentes potencialmente prevenibles en el adulto mayor
- **Desarrollo:** Se desarrolla a través de una charla educativa en la que se expone generalidades e importancia de la prevención de accidentes y se efectuará una técnica demostrativa en la que se desarrolle temáticas de cuidado personal, factores generadores o de riesgo, vivienda insegura, entre otras.

* **Actividad 11.**

- **Título:** Evaluación del nivel de conocimientos adquiridos
- **Objetivo:** Conocer el nivel de aprendizaje obtenido en el adulto mayor
- **Desarrollo:** Mediante una encuesta semi estructurada se evalúa el nivel de conocimientos que el adulto mayor adquiere durante el desarrollo de la estrategia a cerca del envejecimiento exitoso.

* **Actividad 12.**

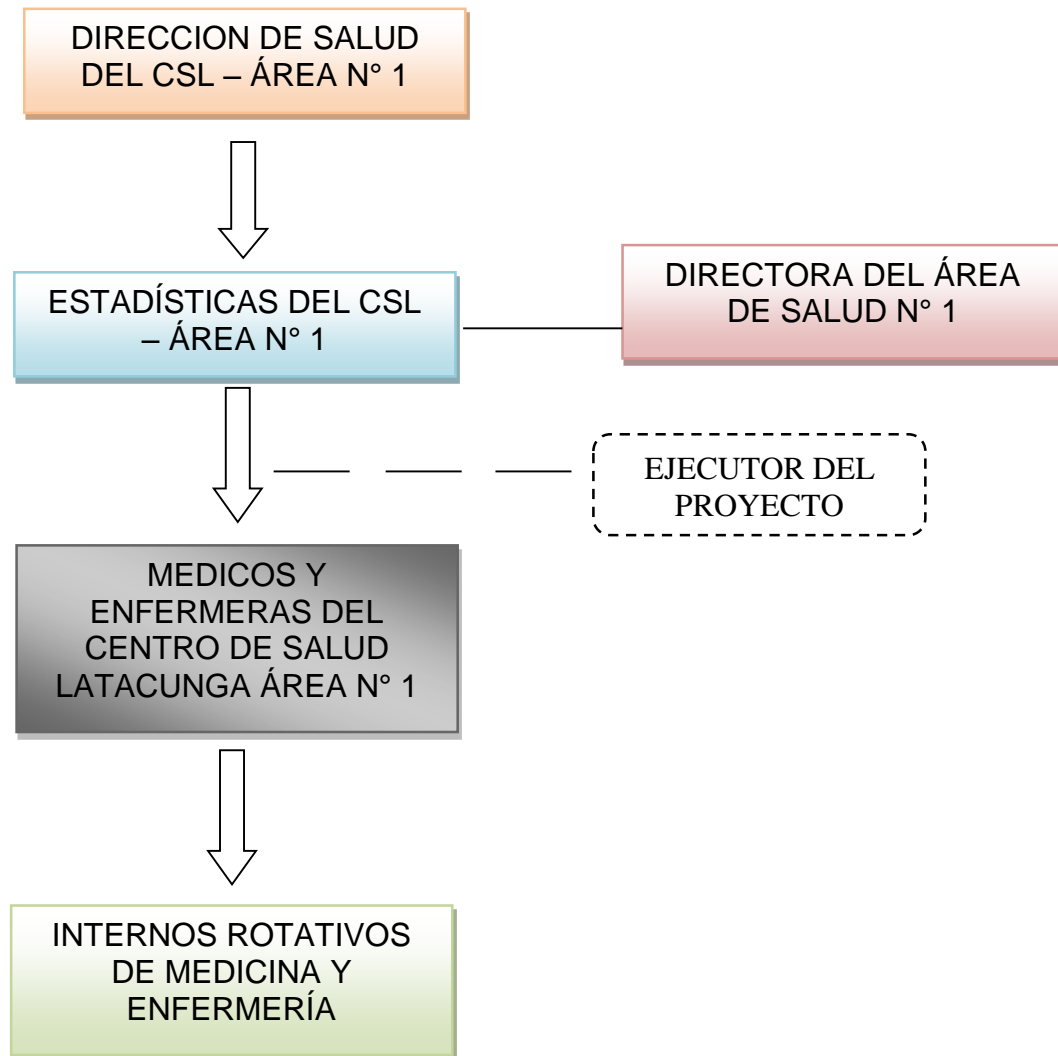
- **Título:** Valoración Integral del adulto mayor.
- **Objetivo:** Conocer al adulto mayor de manera integral en aspecto de salud.
- **Desarrollo:** Durante la estrategia se lleva a cabo a través de la técnica cara a cara con el adulto mayor la priorización de sus necesidades, con un enfoque integral y multidisciplinario aplicado en la consulta médica.

6.7 Modelo Operativo

TABLA 6.1 Modelo Operativo

FASES	METAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	FECHAS	
Planeación	Validar la utilización de la estrategia para un envejecimiento exitoso.	Validar la estrategia en el 100% de pacientes.	Capacitación sobre la estrategia y sus componentes. Realizar pruebas para ver la eficiencia de la estrategia. Utilizar la estrategia como medio de información, seguimiento y acción	Interés por el uso de la estrategia de manejo. Establecer validez para su uso respectivo.	Enero a Febrero del 2017.
Ejecución	Adopción de la estrategia de envejecimiento exitoso en el Sector EU 23 – CSL – ÁREA N°1	Adoptar la estrategia de envejecimiento exitoso como única estructura de valoración para el adulto mayor. Monitorizar su correcto uso.	Seguimiento a la información ingresada en la estrategia.	Entrega de la estrategia para un envejecimiento exitoso en el CSL – ÁREA N°1. Uso adecuado en la unidad de salud.	Marzo a Junio del 2017.
Evaluación	Control del uso de la estrategia.	Controlar el uso adecuado de la estrategia para un envejecimiento exitoso.	Llevar correctamente la guía de manejo Detectar información incompleta.	Establecer medidas correctivas para su adecuado uso.	Julio del 2017.

6.8 Administración de la Propuesta



6.9 Previsión de la evaluación

El seguimiento será de forma progresiva durante el desarrollo de la estrategia educativa, con monitoreo permanente a cargo del médico familiar y comunitario junto al TAPS.

La evaluación de proceso se realizará en forma sistémica para conocer los efectos del programa sobre la audiencia primaria. El cumplimiento de las actividades

propuestas para cada objetivo así como los avances, resultados a corto y mediano plazo.

La evaluación de resultado será trimestralmente se utilizarán los mismos instrumentos utilizados en el primer grupo de intervención, que permitirán evaluar las actividades desarrolladas teniendo en cuenta el nivel de conocimiento adquirido.

La evaluación de impacto se llevará a cabo al año de implementada la estrategia educativa utilizando los mismos instrumentos en donde se verá el impacto que ha tenido la estrategia en los adultos mayores, en su familia y en la sociedad.

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo, 2014. New York: Naciones Unidas; 2014.
2. Arguello N. El envejecimiento de la población mundial. Transición demográfica mundial. [Internet]. Uruguay; 2012 [citado 2015 abr 30]. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.marista.edu.mx%2Fdocuments%2Fdownload%2F33%2Fenvejecimiento-de-la-poblacionmundial&ei=5qgaVcbzKsKXNu7Ug8gN&usg=AFQjCNEeVdP6OkFtzySvmGjrT1AvYILpdw&bvm=bv.89381419,d.eXY>
3. INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. ¿Cómo crecerá la población en Ecuador? [Internet]. Ecuador; 2010 [citado 2015 abr 30]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf
4. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica. [Internet]. Ecuador; 2010 [citado 2015 abr 25]. Disponible en: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SN I%202014/ESTADISTICA/Proyecciones_y_estudios_demograficos/06.pdf
5. OPS: Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos Situación de Salud en las Américas. [Internet] 2016 [citado 2016 oct 22]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=36275&Itemid=270&lang=es
6. Arboleda J, Vargas D, Galicia J. Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en el adulto mayor. [Internet]. Pereira – Colombia; 2009 [citado 2015 abr 30]. Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/980/1/61897a666.pdf>
7. Paredes K. El abandono a adultos mayores ahora se castiga con prisión. [Internet]. Ecuador. 2014 [citado 2015 abr 30]. Disponible en: <http://www.telegrafo.com.ec/palabra-mayor/item/el-abandono-a-adultosmayores-ahora-se-castiga-con-prision.html>
8. MSP: Ministerio de Salud Pública. Guías clínicas geronto – geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. [Internet]. Ecuador; 2011.

- [citado 2015 abr 30]. Disponible en: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>
9. OMS: Organización Mundial de la Salud. Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra.
 10. MIES: Ministerio de inclusión económica y social. Agenda de igualdad para adultos mayores 2012 – 2013. [Internet]. Ecuador; 2014. [citado 2015 abr. 30]. Disponible en: http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
 11. Zapata L. Los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidades. Revista on-line hrea.org. 2013. Estados Unidos de América [Internet]. [citado 2015 nov. 26]. Disponible en: <http://www.hrea.net/learn/guides/discapacidad.html>
 12. Zapata M. Atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria de la Salud. [Internet]. Paraguay. 2011. [citado 2015 nov. 06]. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fpar%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D187%26Itemid%3D238&ei=ccFzVNzeGfSNsQS1tICgDA&usg=AFQjCNGS_tx9rp-Q1eINgDYK9ERgsnKm0A&bvm=bv.80185997,d.eXY
 13. Louro I. Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. Habana – Cuba; 2004.
 14. Lara R, Pinto C, Espinoza E. Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. Rev Chil Salud Pública [Internet]. Chile; 2010 [citado 2015 may. 13]. Vol 14 (2-3): 291-310. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/15410/15865>
 15. Muñoz C, Rojas P, Marzuca G. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. Fisioter Pesq. [Internet] Brasil; 2015; Vol 22(1): 76-83 [citado 2016 abr. 23]. Disponible: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf>

16. CNE: Constitución Nacional. Ecuador. 2008. [citado 2015 nov. 25]. Disponible en: http://www.juridicaoni.com/docs/Ley_del_Anciano_y_Reglamento_a_la_Ley.pdf
17. MSP: Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. [Internet] Perú; 2011. [citado 2015 nov. 25]. Disponible en: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
18. Arboleda A, Vargas D, Galicia J. Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en un grupo de adultos mayores. [Internet] Perú; 2009. [citado 2015 may. 13]. Disponible: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/980/1/61897A666.pdf>
19. Chinchilla R. Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. [revista en la Internet]. Chile; 2015 [citado 2015 nov. 09] 15 (1): 1 – 27. ISSN 1409-4703. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/447/44733027039.pdf>
20. Martínez Haydee. La familia: una visión interdisciplinaria. Rev.Med.Electrón. [Internet]; Cuba; 2015 [citado 2015 nov. 09]; 37(5): 523-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201500050011&lng=es
21. Flores A, Díaz Y, Montoya D. Modelo de atención de salud familiar en la república de Colombia. Universidad CES, [Internet] Colombia; 2010. [citado 2016 jul. 13]. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/781/2/Modelo%20de%20Atencion%20en%20Salud%20Familiar.pdf>
22. Ugarte O. Programa nacional de formación en salud familiar y comunitaria. Ed. MINSA. [Internet] Lima – Perú; 2011 [citado 2015 nov. 09] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s3/III-1.%20PROFAM.pdf>
23. De la Cuesta. D. Funcionamiento familiar, construcción y validación de un instrumento. [Internet] Cuba; 2015 [citado 2015 nov. 09] Disponible en: <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>
24. Macías M, Madariaga C, Valle M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. [revista en la

- Internet]. Colombia; 2013 [citado 2015 nov. 09]; Vol. 30 (1): 123-145. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf>
25. Herrera P. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. Rev Hum Med [revista en la Internet]. Cuba; 2012 [citado 2015 nov. 09]; 12(2): 184-191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200003&lng=es
 26. Placeres José, León R, Delgado I. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. Cuba; 2011 [citado 2015 nov. 09]; 33(4): 472-483. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242011000400010&lng=es
 27. Sepúlveda R, Rivas E, Bustos M, Illesca P. Perfil socio- familiar en adultos mayores institucionalizados: temuco, padre las casas y nueva imperial. Cienc. enferm. [Internet]. Chile; 2010 [citado 2015 nov. 09]; 16 (3): 49-61. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0717>
 28. Louro I, Infante O, De la Cuesta D. Manual para la intervención en salud familiar. Infomed [revista en la Internet]. Cuba; 2002 [citado 2015 nov. 09]; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf
 29. Cano-Gutiérrez C, Borda MG, Reyes-Ortiz C, Arciniegas AJ, Samper-Ternent R. Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más de Bogotá, Colombia. Biomédica. [Internet] Colombia: 2016. [citado 2016 jul. 13]. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3197/3165>
 30. Leite T, Castioni D, Kirchner R, Hildebrandt L. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Enferm. glob. [revista en la Internet]. Brasil; 2015 [citado 09 nov. 2015]; 14(37): 1-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412015000100001&lng=es
 31. Llanes H, Roque D, Álvarez N, Ruíz J. Adulto mayor: algunos factores psicosociales en el uso del tiempo libre. Revista de ciencias médicas de la Habana. [revista en Internet]. Cuba; 2015 [citado 2015 nov. 9]; 21(0):[aprox.

- 15 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/748>
32. Haydeé M, Torres L, Roque D, Álvarez N, Ruíz J. Adulto mayor: algunos factores psicosociales en el uso del tiempo libre. *Revista de ciencias médicas. La Habana*. [revista en Internet]. Cuba; 2015 [citado 2015 nov. 9]; Especial. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/748>
33. Cerquera A, Flórez L, Linares M. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* [revista en Internet] Colombia; 2010 [citado 2015 oct. 28]. 407-428. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587018>
34. Jewell R, Rossi M, Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en américa latina. *Cuadernos de Economía* [revista en Internet]. Colombia; 2007 [citado 2015 oct. 28]. 2007XXVI147-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282121961006>
35. Soberanes S, González A, Moreno C. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. [revista en Internet] Colombia; 2009 [citado 2015 oct. 28]. 14161-172. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326415003>
36. Silva Fhon, J., Castro Benito, J., Coelho Fabricio-Wehbe, S., Fernandes Bolina, A., & Partezani Rodrigues, R. Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría. *Nure Investigación* [revista en Internet], España; 2015. [citado 2016 jul. 13] 12(78). 12(78).. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/731/675>
37. Fócil E, Zavala M.. Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Tabasco, México. *Revista Facultad de Salud* [revista en Internet] México; 2015 [citado 2016 jul. 13] 6(2), 12-19. Disponible en: <http://journalusco.edu.co/index.php/RFS/article/view/746>
38. Carpio Ferrer S, Suarez Nova A, Almanza Barros M, Gómez García L, Quintero Cruz M. Caracterización de las actividades básicas de la vida diaria ABVD en un grupo de adultos mayores institucionalizados. *Rev. Salud mov.* [revista en Internet] Colombia; 2012 [citado 2016 jul. 13] 4(1): 4-18. Disponible en:

<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludmov/article/view/269/266>

39. Robalino J. Los trastornos cognitivos en adultos mayores. Instituto de neurociencia. [revista en Internet] España; 2012 [citado 2016 jul. 13] Disponible en: <https://www.institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores>
40. Giovanella L, Fidelis P, Vega R. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. [revista en la Internet]. Brasil; 2015 Abr-Jun [citado 2015 nov. 09] 39 (105): 300-322. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>
41. OPS: Organización Panamericana de Salud. 2012. Módulos de valoración clínica. Evaluación social del adulto mayor. Parte I. Módulo 7. Editorial Panamericana. Pág. 80 – 96.
42. Benítez R., Martín L, Asensio F. Tratado de Medicina de familia y comunitaria. Atención a las personas mayores. Volumen 2. Editorial Panamericana. España 2012. Cap. 49: 2235 – 2255.
43. Casado V, Calero S, Cordon F. Tratado de Medicina de familia y comunitaria. Atención a las personas mayores. Volumen 2. Editorial Panamericana. España 2012. Cap. 55: 2439 – 2482.
44. Manrique B, Salinas A, Moreno K, Acosta I, Sosa A. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. [revista en Internet] México; 2013. [citado 2016 jun. 30]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a32.pdf>
45. Cano S, Garzón M, Segura A, Cardona D. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [revista en la Internet]. Colombia; 2016 [citado 2016 jun. 30]. 1971-86. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403844773007>.
46. Vivaldi F, Barra, E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia psicológica. Chile; 2012 [citado 2016 jun. 30]. 30(2), 23-29. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>

47. Pérez M, Delgado A, Naranjo J, Álvarez K, Díaz Rosa. Medio familiar de los adultos mayores. Rev Ciencias médicas. [revista en Internet]. La Habana – Cuba; 2012 [citado 2016 jun. 22]. 16(1:97-104). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n1/rpr12112.pdf>
48. Limia Núñez Y, García Hernández A, Vargas González D, Núñez Quintero M, Martínez Escalona MR. Caracterización de la familia del adulto mayor. Revista Electrónica. [revista en Internet] Cuba; 2014 [citado 2016 jun. 22] 39(3). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/253>
49. Ruiz-Álvarez J, Llanes-Torres H, Perdomo-Jorge J, Santamarina-Rodríguez S. Caracterización de ancianos frágiles en consultorios del Médico de Familia. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. Cuba; 2016 [citado 2016 jul. 20]; 22(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/923>
50. Ordoñez L, Autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la zona rural perteneciente a la provincia de Pichincha y su relación con la funcionalidad familia. [Internet] Quito; 2011. [citado 2016 Jun 30]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/4096/T-PUCE3780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
51. Picos A, Acosta T, Rúa S. Caracterización de la salud familiar del consultorio médico # 262. Policlínico universitario Luis A. Turcios Lima.2009. [revista en Internet]. Cuba; 2009. [citado 2016 jun. 30]. Disponible en: http://www.16deabril.sld.cu/rev/244/caracterizacion_cmf262.html.
52. Siguenza W. Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson. [revista en Internet]. Cuenca – Ecuador 2015. [citado 2016 jun. 30]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>
53. Delgado A, Naranjo A. Caracterización de la salud familiar de los adultos mayores discapacitados pertenecientes al Policlínico Turcios Lima durante el año 2007.
54. Alvares S. Medicina General Integral. Atención al adulto mayor. Vol. 1. 2da. Ed. Cuba: Ecmec; 2008. p. 274 -309. Cap. 36.

55. MAIS: Modelo de atención Integral del sistema Nacional de Salud. Componentes del modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intersectorial. Ecuador 2013. p. 61 – 84. Cap. 5.
56. OMS: Organización Mundial de la salud. El Abrazo Mundial Envejecimiento y Ciclo de vida. [Internet]. 2015. [citado 2016 jun. 30]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1
57. Gómez R, Saiach S, Lecuna N. Envejecimiento. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 100. [revista en Internet]. Cuba; 2010 [citado 2016 jun. 30]. Págs: 21-23 Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm>
58. Brigeiro M. Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la promoción de la salud. Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro. Revista Latinoamericana de Psicología. [Internet]. Argentina; 2005. [citado 2016 jun. 30]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202014/ArchivosEnvejecimientoyPoblacion/5%20Envejecimiento%20exitoso%20y%20tercera%20edad.pdf>
59. Francke M, González B, Lozano L. Envejecimiento exitoso una tarea de responsabilidad individual. Rev. Med. Ama y trasciende adultos mayores en acción. [revista en Internet] México; 2011. [citado 2016 jun. 30]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202013/Nacionales%20Mexico/3%20envejecimiento%20exitoso%20uana%20tarea%20de%20responsabilidad%20individual.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad de Ciencias de la Salud
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

La investigación de la salud familiar y la funcionabilidad en el adulto mayor es de suma importancia por la frecuencia con que se producen alteraciones en la misma, afectando la salud de este segmento poblacional.

El propósito del estudio es aportar datos sobre las características de la salud familiar en los ancianos, que puedan servir para mejorar la calidad de la atención de esta población, repercutiendo en la calidad de vida de los adultos mayores.

El presente documento de consentimiento informado, entregado por uno de los investigadores del proyecto titulado “**Salud Familiar y funcionalidad del adulto mayor del Sector EU 23. Latacunga. 2016**”, previa consulta oral.

Yo _____ ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para responder los instrumentos del estudio.

He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta.

También se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, no serán divulgados ni publicados, ni mi identidad, ni los detalles personales.

Estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para esto y sin que afecte las relaciones con el equipo médico, por lo que tendré derecho a continuar recibiendo la atención médica establecida, aún si me niego a participar en el estudio.

Para que así conste firmo el presente consentimiento a los _____ días del mes _____ del 2016.

ANEXO 2. ESCALAS GERIÁTRICAS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad de Ciencias de la Salud
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) INDICE DE KATZ

ACTIVIDADES	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso de inodoro			
Continencia, micción, defecación			
Trasladarse, acostarse, levantarse			
Caminar			
Se alimenta			

Tabla N° 4 Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Índice de Katz

Fuente: Guías clínicas geronto – geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. Ecuador; 2011.

I= INDEPENDIENTE; A=AYUDA; D= DEPENDIENTE

Independiente =2 Ayuda=1 Dependiente=0



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

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

Tabla N° 5 Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Escala de Lawton y Brody

Fuente: Guías clínicas geronto – geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. Ecuador; 2011.

Grados de dependencia:

- Hasta 8 puntos= Independiente
- De 8 a 20 puntos= Necesita cierta ayuda
- Más de 20 puntos= Necesita mucha ayuda



EVALUACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO

Sabe la fecha: día, mes, año, semana		Aprende el nombre de 3 objetos	
Año, mes, día y semana	4	3 objetos	3
Año, mes y día	3	2 objetos	2
Año, mes	2	1 objeto	1
Mes	1	No puede	0
No puede	0		
Repite números al revés 1,3,5,7,9		Toma, dobla y coloca papel	
5 números	5	Toma, dobla y coloca	3
4 números	4	Toma y dobla	2
3 números	3	Toma	1
2 números	2	No puede	0
1 número	1		
No puede	0		
Repite serie de 3 palabras		Copia dibujo de 2 círculos cruzados	
3 palabras	3	Si puede	1
2 palabras	2	No puede	0
1 palabra	1		
No puede	0		

Tabla N° 6 Evaluación del estado cognitivo

Fuente: Guías clínicas geronto – geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. Ecuador; 2011.

Deterioro cognitivo:

- 14 – 19 puntos: Deterioro presente
- Menos de 14 puntos: Deterioro ausente



EVALUACIÓN DE RECURSO SOCIAL

Situación familia		Relaciones y contactos sociales	
Familia o pareja sin conflictos	1	Con todos, sale	1
Pareja de edad similar	2	Con familia y vecinos, sale	2
Familia o pareja con conflictos	3	Con familia, sale	3
Solo, familia no cubre necesidades	4	Con familia y vistas, no sale	4
Solo, desatendido, sin familia	5	Con nadie, no sale	5
Apoyo de la red social			
No necesita	1		
De familia o vecinos	2		
Formal suficiente	3		
Formal insuficiente	4		
Informal	5		
No recibe y necesita	6		

Tabla N° 7 Evaluación de recurso social

Fuente: Guías clínicas geronto – geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. Ecuador; 2011.

Riesgo social:

- 5 o menos puntos: Bajo riesgo
- 6 – 9 puntos: riesgo aceptable
- 10 – 15 puntos: riesgo alto

ANEXO 3. PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad de Ciencias de la Salud
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias 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.					

Tabla N° 8 Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

Fuente: <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>

ANEXO 4. PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA FF – SIL

(Resultados de la prueba FF- SIL)	Puntaje Y Criterio Diagnóstico	Ubicación en la escala de la matriz de salud familiar
Familia severamente disfuncional	Severamente Disfuncional De 14 a 27 puntos	3
Familia Disfuncional	Disfuncional De 28 a 42 puntos	2
Familia moderadamente funcional	Moderadamente Funcional De 43 a 56	1
Familia funcional	Funcional De 57 a 70 puntos	0

Tabla N° 9 Procedimiento de calificación de la prueba FF – SIL

Fuente: <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>

Valores de la prueba FF - SIL	
Casi Siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1
La puntuación total se alcanza sumando los valores de cada respuesta según su ubicación en las categorías de la escala.	

Tabla N° 10 Valores de la prueba FF – SIL

Fuente: <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>

ANEXO 5. INVENTARIO DE CARACTERÍSTICAS FAMILIARES



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad de Ciencias de la Salud
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Marque con una X si han existido estas características en la familia en el último año.	
Contexto socio económico y cultural de la vida familiar.	
1. Economía familiar crítica.	
2. Predomina el bajo nivel educacional en los adultos jefes de familia.	
3. Ambiente comunitario insalubre.	
4. Existe un miembro en la familia apto para trabajar y no trabaja.	
5. Condiciones inseguras de la vivienda (estado técnico).	
6. Hacinamiento.	
7. Déficit de alguno servicios: agua, sanitarios y electricidad.	
8. Ausencia de alguno de estos equipos básicos (refrigerador, televisor)	
Composición del Hogar	
9. Convivencia de tres y más generaciones.	
10. Un solo progenitor al cuidado de hijo (s) menores.	
11. Convivencia de ex parejas en el hogar.	
12. Menores al cuidado de abuelos o tutores (no hay padres en el hogar)	
13. Hogar de reconstitución múltiple (cambio de más de dos parejas)	
Procesos críticos normativos	
14. Nuevo matrimonio en el hogar.	
15. Niño menor de un año en el hogar.	
16. Embarazada en el hogar.	
17. Adolescente en el hogar.	
18. Senescente en el hogar.	
19. Salida hijo (a) del hogar (nido vacío).	
Procesos críticos de salud.	
20. Algún integrante con descompensación de su enfermedad crónica.	
21. Problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias.	
22. Embarazo o madre adolescente.	
23. Algún integrante de la familia es alcohólico.	

24. Algún integrante de la familia es adicto a sustancia ilícita.	
25. Algún integrante de la familia con VIH – SIDA.	
26. Algún integrante de la familia con cáncer.	
27. Algún integrante de la familia es discapacitado físico y o mental.	
28. Algún integrante de la familia está en fase terminar.	
29. Algún integrante de la familia con conducta suicida.	
30. Problemas genéticos.	
32. Manifestaciones de abuso, negligencia, maltrato o abandono.	
Procesos críticos paranormativos.	
33. Algún integrante presenta conducta antisocial.	
34. Pareja en proceso de separación o divorcio.	
35. Familia en duelo por muerte de un integrante.	
36. Pérdida material por accidente, catástrofe o una propiedad.	
37. Algún integrante presenta conflicto laboral.	
38. Algún miembro joven se encuentra desvinculado del estudio.	
39. Incorporación al núcleo de uno o más integrantes.	
40. Separación eventual (misión u otro motivo)	
41. Algún integrante preso.	
Afrontamiento familiar	
42. Rehúsan y/o dilatan la atención de salud.	
43. Tendencia a no cumplir o subvalorar las indicaciones terapéuticas.	
44. Utiliza medicina alternativa en lugar de la tradicional.	
45. Existen creencias y/o prácticas religiosas perjudiciales a la salud.	
46. Mala higiene en el hogar.	
Apoyo Social	
47. La familia no cuenta con apoyo de familiares fuera del núcleo.	
48. Carencia de algún servicio básico de salud necesitado.	
49. Pocos recursos de apoyo (vecinos, organizaciones e instituciones)	
50. La familia manifiesta signos de aislamiento social.	

Tabla N°11 Inventario de características familiares

Fuente: Louro I., Infante O., De la Cuesta D. Manual para la intervención en salud familiar

ANEXO 6. PROCEDIMIENTO PARA LA CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE RIESGO

Plantilla de calificación

Distribución de ítems del inventario según peso y dimensión

	Dimensiones	No. del ítem según dimensión y valoración del peso en la salud familiar.				
		0	I	II	III	Total
1.	Condición socio – económico y material (de 1 a 8)			2, 3, 4,6, 8	1, 5, 7	
2.	Composición del hogar (de 9 a 13)		9	12, 13	10, 11	
3.1	Procesos críticos normativos (de 14 a 19)		14, 16, 17, 19	15, 18		
3.2	Procesos críticos de salud. (de 20 a 31)		21	20, 22, 31	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32	
3.3	Procesos críticos paranormativos (de 32 a 41)		40	37, 38, 39	33, 34, 35, 36, 41	
4.	Afrontamiento familiar (de 42 a 46)			42	43, 44, 45, 46	
5.	Apoyo Social (de 47 a 50)			49	47, 48, 50	
	Total					

Tabla N° 12 Plantilla de calificación

Fuente: Louro I., Infante O., De la Cuesta D. Manual para la intervención en salud familiar

ANEXO 7. TABLA PARA LA UBICACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ESCALA SEGÚN PESO DE LAS CARACTERÍSTICAS

Valores de la escala	Criterios cualitativos para la ubicación de la familia en los valores de la escala.	Valoración cualitativa
0	No presenta ninguna característica o presenta tipo I	Criticidad leve
1	Presenta características II y no presenta ninguna tipo III	Criticidad moderada
2	Presenta entre 1 y 5 característica tipo III y puede o no tener una o varias características tipo I y II.	Criticidad severa
3	Presenta más de 5 características tipo III y puede o no tener una o varias características tipo I y II.	Criticidad extrema

Tabla N° 13 Criticidad según características

Fuente: Louro I., Infante O., De la Cuesta D. Manual para la intervención en salud familiar

ANEXO 8. MATRIZ DE SALUD FAMILIAR

	Criticidad leve a moderada		Criticidad severa a extrema	
	3 - 0	3 - 1	3 - 2	3 - 3
Relaciones Intrafamiliares Disfuncionales	2 - 0	2 - 1	2 - 2	2 - 3
Relaciones Intrafamiliares Funcionales	1 - 0	1 - 1	1 - 2	1 - 3
	0 - 0	0 - 1	0 - 2	0 - 3

Tabla N° 14 Matriz de Salud familiar

Fuente: Louro I., Infante O., De la Cuesta D. Manual para la intervención en salud familiar

En el eje horizontal aparece la calificación del inventario de características familiares de riesgo a escala 0,1,2 y 3 en dirección creciente de criticidad y en el eje vertical la puntuación de la prueba FF – SIL llevada a escala de 0, 1, 2 y 3 según incremento de la disfuncionalidad. La ubicación de la familia en la matriz representa la salud de la familia.

ANEXO 9. RESULTADOS DE TEST

Se ubican los resultados de las pruebas, llevados a un código de la escala, en un espacio en la matriz.

CUADRANTE	RESULTADOS DE LAS PRUEBAS	VALORACIÓN GENERAL
Cuadrante 1	(0 - 0) (0 - 1) (1 - 0) (1 - 1)	Situación de ajuste familiar, criticidad nula o leve y buenas relaciones intrafamiliares.
Cuadrante 2	(0 - 2) (0 - 3) (1 - 2) (1 - 3)	Afectación Grave, a expensas de la criticidad familiar.
Cuadrante 3	(2 - 0) (2 - 1) (3 - 0) (3 - 1)	Afectación grave, a expensas de malas relaciones intrafamiliares pero la criticidad es leve o moderada
Cuadrante 4	(2 - 2) (2 - 3) (3 - 2) (3 - 3)	Afectación muy grave de salud familiar, a expensas de las malas relaciones intrafamiliares y criticidad extrema.

Tabla N° 15 Resultado del Test

Fuente: Louro I., Infante O., De la Cuesta D. Manual para la intervención en salud familiar

ANEXO 10. ACTIVIDADES PROPUESTAS

Nº	ACTIVIDADES	TÉCNICA	LUGAR	FECHA	RECURSOS	RESPONSABLE
1	Socialización de la estrategia educativa	Audiencia	Domicilios	08/08/15 19:00	Humanos Materiales Tecnológicos	Dra. Ana López
2	Envejecimiento exitoso en adulto mayor. Generalidades	Charla educativa	Casa barrial del sector	15/08/15 19:00		
3	Compromiso activo con la vida	Taller interactivo	Casa barrial del sector	22/08/15 19:00		
4	Enfermedades crónicas – discapacidad	Charla educativa	Casa barrial del sector	29/08/15 15:00		
5	Funcionamiento físico y cognitivo	Charla educativa Técnica demostrativa	Casa barrial del sector	3/09/15 15:00		
6	Normas dietéticas e Higiene personal	Lluvia de ideas Técnica demostrativa	Casa barrial del sector	10/09/15 19:00		
7	Soporte afectivo familiar	Lluvia de ideas Espina de pescado	Casa barrial del sector	17/09/15 19:00		
8	Recreación y pasatiempo	Taller interactivo Juegos recreativos	Parque La laguna	24/09/15 10:00		
9	Funcionamiento familiar	Charla educativa	Casa barrial del sector	1/10/15 19:00		
10	Prevención de accidentes	Charla educativa Técnica demostrativa	Casa barrial del sector	8/10/15 15:00		
11	Evaluación del nivel de conocimientos adquiridos	Encuesta	Casa barrial del sector	15/10/15 19:00		
12	Coordinar con adultos mayores para su valoración integral en salud	Cara a cara	Consultorio médico	22/10/15 08:00		

Elaborado por: Ana López Guerrero

ANEXO 11. MODELO DE DAVID LEYVA

PASO 1 Situación Problemática	PASO 2 Identificar lo ideal	PASO 3 Identificar lo real	PASO 4 Discrepancia	PASO 5 Análisis de la necesidad
Bajo conocimiento del adulto mayor sobre la importancia de un envejecimiento exitoso.	Tener a todos los adultos mayores con conocimientos adecuados del envejecimiento y la optimización del mismo.	Adultos mayores con bajo conocimiento sobre la importancia de un envejecimiento exitoso.	Bajo conocimiento de los adultos mayores del envejecimiento exitoso y su importancia cuando deberían tener un óptimo conocimiento del mismo y un mejor manejo.	<p>Capacitación al personal de salud en acciones de Promoción.</p> <p>Desarrollo de acciones educativas para la prevención y control de accidentes en el adulto mayor.</p> <p>Aprovechamiento de las potencialidades y espacios interactivos existentes en la comunidad.</p> <p>Formación de promotores de salud en la comunidad</p>

PASO 6	PASO 7	PASO 8	PASO 9	PASO 10
Metas	Alternativas de solución	Análisis de alternativas	Priorizar alternativas	Propuesta educativa
<p>Lograr estilos de vida saludables en el adulto mayor</p> <p>Evitar accidentes potencialmente prevenibles</p> <p>Cohesión adulto mayor – familia</p> <p>Aumentar la esperanza de vida, a través de un envejecimiento exitoso.</p> <p>Mantener conocimientos actualizados en envejecimiento éxitos con una base científica</p>	<p>Realizar un plan educativa sistematizado dirigido al personal de salud enriquecido en envejecimiento exitoso</p> <p>Fomentar la atención integral del adulto mayor con enfoque multidisciplinario</p> <p>Implementar y fortalecer el club de adultos mayores y buscar líderes locales que promuevan la estrategia</p> <p>Buscar la participación del comité local de salud, intersectorial y de redes de apoyo.</p> <p>Socializar la realidad del adulto mayor con la familia</p>	<p>Valoración médica integral del adulto mayor con enfoque biopsicosocial, de ésta manera fortalecer un envejecimiento exitoso.</p> <p>Redes de apoyo intersectorial, para lograr la inserción del adulto mayor en la sociedad como un ser activo.</p> <p>Socializar la realidad del adulto mayor y valorar su funcionamiento y aporte a la sociedad ayudándolo a superar la crisis propia de la vejez y lograr la cohesión familiar.</p>	<p>Implementar y fortalecer el club de adultos mayores y buscar líderes o promotores que promuevan la estrategia.</p>	<p>Estrategia educativa en mejora del conocimiento en el adulto mayor sobre su envejecimiento y la importancia del mismo.</p>

Elaborado por: Ana López Guerrero



ANEXO 12. ENCUESTA EVALUATIVA AL ADULTO MAYOR SOBRE ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento del adulto mayor sobre calidad de vida y envejecimiento exitoso.

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____ Nivel educacional _____

1. Se siente motivado para participar en las actividades diarias.
2. Sí _____ No _____ A veces _____
3. Vive solo _____ con algún familiar _____ ¿Con quién? _____
4. Actualmente trabaja: si: _____ no: _____ ¿Dónde? _____
5. Padece de alguna enfermedad. Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____
6. Consume medicamentos: Sí _____ No _____ A veces _____ Sistemáticamente _____ ¿Cuál o Cuáles? _____
7. ¿Cuántas horas en la semana usted dedica a la práctica del ejercicio físico? _____
8. ¿Considera mediante la práctica sistemática del ejercicio físico puede mejorar su salud? Sí: _____ No: _____ A veces _____
9. ¿Consume frutas cotidianamente? Sí _____ No _____ A veces _____ Cuáles? _____
10. Cuántas veces a la semana se baña? _____
11. Tiene hábito de fumar. Sí _____ No: _____ A veces _____
12. Ingiere bebidas alcohólicas Sí _____ No: _____ A veces _____
13. Necesita orientaciones sobre la vejez? Si _____ No: _____
14. Te sientes satisfecho con las actividades que realiza diariamente? Sí _____ No _____ A veces _____
15. ¿Cuáles de estos beneficios considera de mayor importancia?
_____ Disminución de dolencias
_____ Mejoraría en el control de las enfermedades
_____ Mejoraría en el sueño
_____ Mejor control de peso (hábitos dietéticos e higiénicos)
_____ Proporciona agilidad y autovalencia
_____ Sentirse seguro y prevenir las caídas o accidentes.
_____ Mejora estado de ánimo (bienestar – autoestima).
_____ Ayuda a enfrentar los problemas de la vida
_____ Ofrecer distracción y recreación
_____ Mejorar las relaciones interpersonales y sociales
_____ Adecuado funcionamiento familiar

GRACIAS.-