



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

TEMA:

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN HOGARES CON ADULTOS MAYORES
DEL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA N° 4, CENTRO DE SALUD
URBANO PLAYAS. AÑO 2018.**

AUTOR:

DR. WILLIAM ARTURO SALAZAR CASTRO

Trabajo de Titulación
previo a la Obtención del Título de

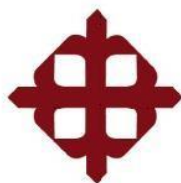
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

DRA. GEORGINA JIMENEZ ESTRADA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA
SALUD**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por *el Dr. William Arturo Salazar Castro*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre del 2018

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Georgina Jiménez Estrada

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, *William Arturo Salazar Castro*

DECLARO QUE:

El trabajo de investigación "*Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores del consultorio médico de familia N° 4, Centro de Salud urbano Playas. Año 2018*" previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 17 días del mes de del diciembre 2018

EL AUTOR:

William Arturo Salazar Castro.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, William Arturo Salazar Castro

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “*Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores del consultorio médico de familia N° 4, centro de salud urbano Playas. Año 2018*”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre del 2018

EL AUTOR:

William Arturo Salazar Castro

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS DR. WILLIAM ARTURO SALAZAR CASTRO.doc (D45638693)
Submitted: 12/12/2018 7:21:00 PM
Submitted By: williamarturosalazarcastro@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

proyecto-final-mayo-4.docx (D38318151)
<http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
<http://repositorio.unillanos.edu.co/jspui/bitstream/001/834/1/RUNILLANOS%20C-SAF%200049%20ENTORNO%20FAMILIAR%20DEL%20ADULTO%20MAYOR%20EN%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20LA%20COMUNA%205%20EN%20LA%20CIUDAD%20DE%20VILLAVICENCIO%252C%202016.pdf>
<https://prezi.com/gvc6vhtb2vjq/por-que-se-dice-que-la-familia-es-la-base-de-la-sociedad/>

Instances where selected sources appear:

4

1. Agradecimiento

A Dios motor propulsor en mi camino por la vida y a todos los adultos mayores del Ecuador quienes han inspirado este trabajo y en especial a los del consultorio 4 del cantón Playas, que a pesar de haber tenido una vida difícil nunca se quejaron.

2. Dedicatoria

A mis padres, hermanos e hijos quienes han soportado mi ausencia, a los compañeros del posgrado y a todas las familias del consultorio 4 con los cuales he aprendido a amar la salud familiar.

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes, he concluido con éxito un proyecto importante en mi vida y el que dedico a todos.

3. Tribunal de Sustentación



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

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS XAVIER FRANCISCO

DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA SANNY

COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA YUBEL

OPONENTE



4. Acta de Sustentacion



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

TEMA: " FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN HOGARES CON ADULTOS MAYORES DEL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA NO 4, CENTRO DE SALUD URBANO PLAYAS. AÑO 2018."
ALUMNO: WILLIAM ARTURO SALAZAR CASTRO
FECHA:

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

Observaciones: _____

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DR. YUBEL BATISTA PERERA
OPONENTE
TRIBUNAL DE LA SUSTENTACION

DRA SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACION

5. ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. AGRADECIMIENTO.....	VI
2. DEDICATORIA.....	VII
3. TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
4. ACTA DE SUSTENTACION.....	IX
5. ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	X
6. ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
7. ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIV
8. RESUMEN.....	XV
9. ABSTRACT.....	XVI
10. INTRODUCCIÓN.....	2
11. EL PROBLEMA.....	9
11.1 IDENTIFICACION, VALORACION Y PLANTEAMIENTO.....	9
11.2 FORMULACIÓN.....	11
12. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	12
12.1 GENERAL.....	12
12.2 ESPECÍFICOS.....	12
13. MARCO TEÓRICO.....	13
13.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVO.....	13
13.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	15
13.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	16
13.3.1 Artículos de la Constitución Política del estado ecuatoriano 2008.	18
13.3.2 Enfoques de las políticas para adultos/as mayores.....	20
13.3.3 Objetivos que contempla la Ley del anciano.....	22
13.3.4 Derechos de las personas adultas mayores.....	22
13.4 FUNDAMENTACIÓN ÉTICA.....	24
13.4.1 Principios éticos y carácter humano presentes en los programas de atención integral al adulto mayor:.....	24
13.5 DIMENSIONES DEL DESARROLLO DEL ENVEJECIMIENTO.....	26
13.5.1 Envejecimiento. Definiciones.....	27
13.6 DEFINICIONES DE FAMILIA.....	29
13.6.1. Tipos de familia y número de generaciones.....	31
13.6.2 Ciclo de vida familiar.....	32
13.6.3 Crisis familiares.....	32
13.6.4 La familia y el adulto mayor.....	35
13.7 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	36
13.7.1 Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).....	37
14. METODOS.....	43
14.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	43
14.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	43

14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	43
14.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	43
14.2.3 Técnicas de recolección de información.....	46
14.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	46
15. VARIABLES.....	47
15.1 Operacionalización de variables.....	47
16. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
17. CONCLUSIONES.....	71
18. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	72
19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	86
ANEXO II. TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL).....	87
ANEXO III. FICHA FAMILIAR.....	90
ANEXO IV. ENCUESTA.....	92

6. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según edad y sexo pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.....	49
Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según instrucción académica pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.....	51
Tabla 3. Distribución de los adultos mayores según estado civil pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.	53
Tabla 4. Distribución de los adultos mayores según la situación laboral pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.....	54
Tabla 5. Distribución de los adultos mayores según etnia pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.	55
Tabla 6. Distribución de las familias de los adultos mayores según el tamaño, pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud Urbano Playas. Año 2018.....	57
Tabla 7. Distribución de las familias de los adultos mayores según ontogénesis, pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.....	59
Tabla 8. Distribución de las familias de los adultos mayores según el número de generaciones, pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.	60
Tabla 9. Distribución de las familias de los adultos mayores según su ciclo vital, pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud Urbano Playas. Año 2018.	61
Tabla 10. Distribución de las familias de los adultos mayores según los tipos de crisis familiares pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas en el año 2018.	63
Tabla 11. Distribución de las familias de los adultos mayores según las relaciones internas pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.	65

Tabla 12. Interpretación del funcionamiento familiar, en las familias de los adultos mayores que pertenecen al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.68

7. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	86
ANEXO II. TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL).....	87
ANEXO III. FICHA FAMILIAR.	90
ANEXO IV. ENCUESTA.	92

8. Resumen

Antecedentes: 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.

Materiales y Métodos: Investigación descriptiva, observacional, transversal y prospectiva. El universo estuvo formado por 83 adultos mayores y sus familias, perteneciente al consultorio médico 4 del centro de salud urbano Playas, del cantón Playas, año 2018. Como criterio de inclusión, adulto mayor que a la selección cumple con criterios del investigador (jefe de familia) que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado. Se aplicó una encuesta realizada por el autor para estimar la crisis familiar que cursaban de igual manera la encuesta cubana ff-sill para valorar el funcionamiento familiar y las relaciones internas donde el autor realizó una escala tipo Likert para su mejor interpretación. **Resultados:** Las características sociodemográficas predominantes son mujeres de 65 a 70 años (36,3%) mestizos (57,8%) casados y un (28,9%) amas de casa, con nivel académico de primaria (60.2%), prevalecen las familias medianas (51.8%), nuclear (54.2), multigeneracional (41%) y en contracción (73.5%), predomina la no existencia de crisis (63.9%) y las dimensiones cohesión (51.8%), afectividad (51.8%) y comunicación (72.3%) son las más favorables, las familias funcionales ocupan el mayor porcentaje (51.8%). **Conclusiones:** Los adultos mayores residen en hogares donde el funcionamiento familiar es adecuado.

Palabras clave: FAMILIA, ADULTO MAYOR, MEDICINA FAMILIAR, SALUD.

9.Abstract

Background: Currently, technological advances have allowed decreasing birth and death rates and improve social conditions; the older population is increasingly numerous and their health care is fast becoming a public health and social security. **Materials and Methods:** Descriptive, observational, transversal and prospective research. The universe consisted of 83 older adults and their families, belonging to the medical clinic 4 of the Playas urban health center, in the Playas district, 2018. As an inclusion criterion, the older adult than the selection meets the criteria of the researcher (head of family) who agreed to participate in the investigation and signed informed consent. A survey carried out by the author was applied to estimate the family crisis that the Cuban ff-sill survey carried out in order to assess family functioning and internal relationships where the author made a Likert scale for better interpretation. **Results:** The predominant sociodemographic characteristics are women aged 65 to 70 years (36.3%) mestizos (57.8%) and married (28.9%) housewives with primary academic (60.2%) prevail medians (51.8%), nuclear (54.2%), multigenerational families (41%) and shrinking (73.5%), dominates the nonexistence of crisis (63.9%) and cohesion (51.8%) dimensions, affection and communication (72.3%) are the most favorable, functional families (51.8%) occupy the highest percentage. **Conclusions:** Older adults living in households where family functioning is adequate.

KEY WORDS: FAMILY, AGE, FAMILY PRACTICE, HEALTH.

10. INTRODUCCIÓN

La familia se considera la célula básica de la sociedad y la institución social más cercana al individuo (1), constituye el grupo primario del ser humano, en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias e incorpora las principales pautas de comportamiento y le da un sentido a su vida (2).

Las personas se unen a ella con fuertes lazos afectivos y sociales. Personas, familia y comunidad deben de ser consideradas como una unidad dialéctica interrelacionada entre sí en el pensamiento y la acción. El rol de la familia en esta sociedad forma parte fundamental en todos sus ejes, siendo esta la mayor prestadora de atención de salud en nuestro medio, es de las instituciones sociales más antiguas y más fuertes, considerada como un sistema y una unidad (3).

Tiene como rasgo distintivo de otros grupos sociales, su desarrollo regular. El cual puede dividirse en determinadas fases, de ellas el equipo de trabajo de salud familiar y comunitaria, debe tener conocimiento pleno y dominar todas sus características para determinar conductas a seguir (1).

La disminución de la mortalidad en todas las edades, especialmente la infantil, el control o erradicación de algunas enfermedades transmisibles, así como el mejoramiento en las condiciones sociales y los avances tecnológicos han sido determinantes para extender la vida humana. 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. No obstante, la posibilidad de vivir más no conlleva necesariamente la oportunidad de vivir mejor. Las características del grupo de población con 60 años o más expresan de manera resumida las ventajas en salud, sociales, económicas y políticas alcanzadas por los individuos en los años previos (4,5).

Tales ventajas dependen no sólo de las habilidades personales, sino de las circunstancias que coinciden en el contexto, para cada etapa del ciclo vital, tanto los propiamente coyunturales como aquellos que pueden ser más estables y duraderos. Como consecuencia, cada generación exhibe la huella de los acontecimientos que le son relevantes; seguramente las generaciones que se suceden inmediatamente en el tiempo ofrecen más elementos comunes si mantienen el mismo denominador que respecto de aquellas que están distantes cronológicamente o han vivido cambios cruciales (4,5).

La familia en la sociedad actual, ha sufrido cambios importantes, en lo que se refiere a diversos sistemas familiares, relacionados a modo de producción distintos. Se ha producido un proceso de especialización de la familia cuya función tiende a reducir la crianza y la socialización de los hijos menores; esto se refleja en las funciones que debe cumplir, como, la educación de los hijos o el cuidado de los padres mayores, que en gran parte le corresponde a la familia, han sido asumidas hoy en día, por instituciones públicas y/o privadas (4).

La familia patriarcal integrada por la pareja de abuelos, sus hijos y los nietos, alojados bajo el mismo techo, no es lo típico de estos tiempos en nuestra cultura. Pero se mantienen variantes de ella con suficiente frecuencia como para que se le deba tomar en cuenta. Incluso viviendo en diferentes domicilios pueden mantenerse un vínculo intenso como para considerarla un solo núcleo funcional (6).

Jugando la familia un papel prioritario en el proceso salud enfermedad, lo que se hace muy evidente cuando en el seno de la misma existen adultos mayores, los cuales requieren una atención integral muy específica y ajustada a esta etapa de la vida (2).

Envejecer debe ser una experiencia positiva, tener un cuerpo capaz ha llegado a ser considerado igual a la normalidad, y como las personas mayores no pueden adecuarse siempre a este ideal, son vistas en términos negativos.

Pero el envejecimiento debe llegar a ser una experiencia positiva corresponden hacerse mejorías en la calidad de la vida para las personas mayores. Ignorar sus necesidades es al mismo tiempo negar sus derechos y desperdiciar un fondo de capacidades y experiencias que ellos representan (7).

La discriminación, la exclusión y hasta la persecución y la violencia proyectan una sombra sobre los últimos años de muchas personas mayores. Reducir la vulnerabilidad y promover su inclusión no es crear servicios especiales para las personas mayores sino más bien asegurarse que tengan acceso igualitario a los servicios generales junto con otros grupos vulnerables (7).

El ser adulto mayor es un proceso normal relacionado con el paso del tiempo se inicia con el nacimiento y continua a lo largo de la vida (8). La tercera edad, se considera como el último periodo de la vida ordinaria del hombre. De hecho, la Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU) ha considerado como persona de la tercera edad a todos los mayores de 60 años. La ONU considera que es muy importante velar por ellos, cuidarlos y tratar de darles cuantas facilidades sean posibles para que lleguen a la vejez digna, sin discriminación y puedan adaptarse integralmente a la sociedad y a pesar de su edad sigan siendo útiles hasta donde sus fuerzas y capacidad les permitan (9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que existe una verdadera revolución demográfica en el mundo, dado que la población adulta está creciendo a un ritmo sin precedentes, para el año 2025 habrá alrededor de 600 millones de adultos mayores, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse (10).

El 8% de la población mundial tiene más de 65 años, y se estima que en 20 años aumente al 20%. Este proceso de envejecimiento poblacional es un reto para la salud pública, ahora este aumento va de la mano con las comorbilidades presentes en este grupo etario (11).

En Europa, España es uno de los países con una esperanza de vida más larga, 85.1 años en las mujeres y 79.2 en los hombres. Las proyecciones poblacionales para los próximos años indican un continuo aumento de estas cifras y un estrechamiento de las diferencias entre ambos sexos (12).

En América del Sur, Uruguay constituye uno de los países más envejecidos con un 17% de su población mayor de 60 años, el 13,4% es mayor de 65 años, dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía (13).

El país que representa una esperanza de vida más larga de América Latina es Chile con un 79.5 años, seguido muy cerca de Cuba con 79.4 años. La menor esperanza de vida se registra en el África subsahariana, donde nueve países tienen una expectativa de menos de 55 años para ambos sexos (14).

En México por ejemplo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, para el año 2050 se tendrá una población total de 132 millones de habitantes, de los cuales 12,5 millones corresponderán al grupo de 60 y más años (5).

La población ecuatoriana representa el 0,2% del mundo y el 2% de América Latina, crece cada vez más lento, siendo más representada el área urbana (15). La tasa global de fecundidad disminuyó a 2,4% en el 2010, representando la tasa más baja comparándola con los censos de 1982, 1990 y 2001 respectivamente (16).

En el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la situación de salud en las Américas y sus indicadores básicos en el año 2016, se da a conocer que el 7% de la población ecuatoriana tiene 65 años o más. Según una encuesta, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) existen 1 229 089 adultos mayores, en la sierra, reside la mayoría (596 429) seguido de la costa (589 431) predominando las mujeres

(53,4%) y la mayor cantidad se encuentra en el rango de 60 a 65 años de edad. Debido al incremento de adultos mayores, el INEC en Ecuador desde el año 2010, viene realizando proyecciones al futuro, considerando que para el 2025, la población adulta mayor se incrementará de un 6.9% a un 9.3% (17).

Según encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Ecuador (SABE) 2009. La mayor población de adultos se encuentra en la región sierra, existe a nivel de país una diferencia porcentual mínima a favor de los hombres, en la partición de adultos mayores por edad las mujeres entre 85 y 90 años tienen el mayor porcentaje y los hombres entre 76 – 80 años; 9 de cada 10 adultos viven con una persona, que lo acompaña, 1 de cada 2 adultos son cuidados por los hijos. El 81,6% se encontraron satisfechos con la vida, aunque 3 de cada 10 adultos en el país indican sentirse desamparados con frecuencia (18).

En el 2010 la población con más de 60 años en la provincia Guayas ascendió en 331 377; en las proyecciones del 2017 alcanzaría 4 207 066 habitantes, de ellos 329 166 serían mayores de 60 años y para el 2020 se proyecta una población de 4 387 434 habitantes, donde 475 125 sobrepasarán los 60 años. En el cantón Playas la población ascendió a un total de 41 935 personas en el año 2010, los hombres representaban el 1,2% y las mujeres el 1,1%, las proyecciones para el 2020 son de 59 628 habitantes (19).

La población adulta mayor según datos del INEC en el 2015 en el cantón Playas de la provincia Guayas representó el 4.5% de la población total perteneciente al cantón.

Ecuador, al igual que en la mayoría de los países, ha experimentado la transición demográfica hacia una población longeva con características particulares, acompañado de un aumento de las morbilidades crónicas degenerativas y discapacidades lo que obliga a realizar cambios importantes en la estructura política, económica y social, con prioridad en la prestación de servicios sociales y de salud (20).

El Ministerio de Salud Pública en Ecuador se encarga de elaborar, ejecutar y evaluar políticas y programas de salud dirigida a toda la población, específicamente a la adulta mayor, constituyendo un proceso de acompañamiento, asesoría técnica y capacitación a los equipos de salud sobre los procesos y resultados en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAI-FCI) (21).

La OMS en 1978, define la salud familiar y propone sus indicadores de análisis. Definiendo que la salud familiar está regida por la capacidad de mantener un adecuado funcionamiento (17).

Hablar de funcionamiento familiar, tema muy abordado en los últimos tiempos, requiere una integración de todos aquellos factores que pueden influir en este. Muchos autores al evaluarlo tienen en cuenta varios criterios: como el cumplimiento de las funciones básicas, la dinámica de las relaciones internas y la capacidad de afrontamiento a las crisis. Además, las funciones de la familia están sujetas a variaciones relacionadas con los cambios de estructura y las etapas que atraviesan, sin embargo, a pesar de la diversidad familiar continúan resaltando las funciones básicas: la biosocial, la educativa, cultural y la afectiva, que siempre se manifiesta a través del cumplimiento de las anteriores (17).

El convivir en familia requiere la puesta en práctica de un conjunto de estrategias que pueden favorecer la dinámica de las relaciones internas, las cuales, a la vez, permiten evaluar el funcionamiento familiar. Muchos autores describen que para evaluar esta dinámica se debe tener en cuenta indicadores como cohesión, armonía, comunicación, roles, adaptabilidad, permeabilidad y afectividad (17).

En el año 2018 el departamento de estadística del Distrito 09D22 maneja una población en el cantón de 3804 adultos mayores.

El informe final de la investigación se estructuró en capítulos que incluyen:

resumen, índice, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco teórico, metodología, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones y referencia bibliográficas.

El objetivo general de la investigación consistió en evaluar el funcionamiento en familias con adultos mayores para identificar que problemas afectaron el funcionamiento familiar y que dimensiones internas se encontraron afectadas para implementar acciones hacia los adultos mayores.

Los médicos familiares comunitarios deben trabajar por cambiar esa imagen desvalorizada hacia este grupo vulnerable de la sociedad, se realizó un estudio descriptivo, ejecutándose en el consultorio número 4 de Medicina Familiar del área de atención del Centro de Salud Anidados de Playas, de la parroquia General Villamil del Cantón Playas, provincia Guayas, durante el 2018.

11. EL PROBLEMA

11.1 IDENTIFICACION, VALORACION Y PLANTEAMIENTO

La adultez mayor está considerada como un periodo en el que las personas experimentan numerosos cambios que si bien dependen del estilo de vida y del sistema social y familiar, influyen continuamente en las diversas áreas del funcionamiento familiar (22).

La situación de salud y bienestar de los adultos mayores se sitúa dentro del contexto de las redes sociales, especialmente a nivel de familia. Los factores operativos que indican en la formación y mantenimiento de estas redes son económicos, culturales, residenciales y afectivos. Por lo tanto, se necesita enfrentar un reto, la doble carga de enfermedad, más la carga de discapacidad lo que incrementa la demanda de servicios para atender a los adultos mayores teniendo en cuenta el número de personas que envejecen; la feminización del envejecimiento y la economía de esta población (23).

Por medio de la consulta médica clásica resulta infravalorado el deterioro que puede llegar a tener el adulto mayor; tanto es así, que la valoración geriátrica integral, resulta una herramienta para detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en la dimensión médica, mental, funcional y social. La valoración debe incluir no solo los aspectos individuales, sino las características y crisis que sufren sus familias, así como la evaluación de su funcionamiento familiar.

En Ecuador, 940 905 personas tienen más de 65 años de edad, lo que representa un índice de envejecimiento de 20.8%; (22.2% mujeres y 19.4% hombres) siendo ligeramente superior en el área rural 21.5% al área urbana 20.3%. Las provincias de Pichincha y Guayas son las que tienen mayor población adulta mayor, superando los 90 000 habitantes (24).

La parroquia General Villamil del cantón Playas, provincia de Guayas, no está

exenta de esta situación. En este lugar, de forma subjetiva se ha comprobado que también existe un número significativo de familias, que conviven con al menos un adulto mayor, pero se desconoce su funcionamiento. Ni existen evidencias de haberse realizado investigaciones previas sobre este tema, en el cantón por lo que el autor se planteó la siguiente interrogante.

11.2 Formulación

¿Cuál es el funcionamiento familiar que tienen los hogares con adultos mayores que pertenecen al consultorio N° 4, del centro de salud urbano Playas, en el año 2018?

12. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

Evaluar el funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores que pertenecen al consultorio N° 4 del centro de salud urbano Playas en el año 2018.

12.2 Específicos

Caracterizar a los adultos mayores de la población en estudio, según variables sociodemográficas.

Caracterizar la familia de los adultos mayores según su composición, estructura y crisis que presentan.

Establecer las relaciones internas del funcionamiento familiar del adulto mayor.

Identificar el funcionamiento familiar según la percepción del adulto mayor.

13. MARCO TEÓRICO

13.1 Antecedentes investigativo.

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, en Ecuador para determinar el funcionamiento familiar, se obtuvo que el 52.3% de las familias presentan una adaptabilidad alta, lo que significa, según los autores, una tipología familiar caótica y una cohesión media del 40.5% considerada como familias unidas (25).

En Cuba, Pérez Martín y colaboradores, realizaron un estudio descriptivo y transversal de 62 familias, donde viven adultos mayores pertenecientes al policlínico universitario "Turcios Lima", en el año 2010, para precisar algunas características del medio familiar se aplicó la prueba de funcionamiento familiar FF-SIL. Predominaron los adultos mayores que viven en familias extensas y 2 adultos mayores en su composición y el mayor número de ancianos perciben un adecuado funcionamiento familiar en sus hogares (26).

En un estudio descriptivo sobre la dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal, realizado por Takense Goncalves y colaboradores en el 2011, para conocer la dinámica de familias con ancianos de 80 años o más, bajo cuidados de familiares en su domicilio. Se mostró un aumento de cuidadores masculinos; cónyuge anciano dependiente de su par; con inclusión substancial de familiares en el elenco de cuidadores (nietas/os, sobrinas/os, hermanas/os. La dinámica de la familia se reveló de buena funcionalidad, sin embargo, el estilo de vida del cuidador y la calidad de vida de ambos, cuidador y anciano, se manifestaron regulares (27).

Rodríguez Pardillo y Tigre Bueno, en el año 2006 realizaron una investigación de tipo transversal, donde estudiaron la relación entre la situación cognitiva y la funcionalidad familiar de los adultos de 65 años y más de la zona 7 en Ecuador. Utilizaron el cuestionario de actividad funcional de Pfeffer (FAQ), para la detección de la situación cognitiva del adulto mayor y el test FF-SIL

para el funcionamiento familiar. Cuando establecieron la relación se encontró asociación estadísticamente significativa (OR 1,66; IC 95% 1,27 – 2,17; $p < 0,05$), esta asociación resulta una problemática de salud familiar que desde los servicios de salud debe ser priorizada (28).

En estudio realizado en Ambato, Ecuador en el año 2016 por López Guerrero, sobre salud familiar y funcionalidad del adulto mayor, Se exploraron las dimensiones de salud familiar afectadas según el estado funcional de adultos mayores. Mediante las técnicas de observación, entrevista, fichas familiares, historias clínicas, test geriátricos, FF- SIL. Se concluye que predominan las familias disfuncionales 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 y mala higiene (29).

Estuvieron como características 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 que son independientes, el deterioro cognitivo fue moderado, acompañado de alto riesgo social (29).

La influencia de los talleres recreativos en la calidad de vida y dinámica familiar de los jubilados que acuden a un centro de atención ambulatoria del IESS en Quito, Ecuador en el periodo de marzo - abril del 2015. Fue investigado por Andrade y Romero. Valoraron la dinámica familiar con el test FF-SIL y la calidad de vida con el test COOP-WONCA. Se demostró en los talleres una mejoría estadísticamente significativa en la percepción de la salud en general, sin embargo no se mostró relación con las demás variables de calidad de vida ni funcionalidad familiar (30).

En Ecuador, la doctora Huacón Castro N, realizó una exploración cuya población de estudio fue la totalidad de las familias que entre sus integrantes vivía al menos un adulto mayor, perteneciente al centro de salud Pascuales de la ciudad de Guayaquil en el año 2016. Predominaron los adultos mayores

del sexo femenino, con edades entre 65 y 74 años y mestizos, predominaron las crisis vinculadas a la vejez por problemas de salud, sobresalieron las familias moderadamente funcionales y dentro de sus categorías, se pudo comprobar que existía en los hogares, baja afectividad y armonía, entre sus miembros y el funcionamiento familiar, era mayormente adecuado (17).

13.2 Fundamentación filosófica.

Durante este siglo se ha propuesto un gran número de teorías para explicar la naturaleza del envejecimiento. Marchan desde la teoría simple de desgaste o deterioro hasta la teoría, en gran parte discutida, error catástrofe (31).

Las teorías del envejecimiento ofrecen explicaciones de las causas y efectos de este proceso, que es similar en los distintos niveles de organización biológica (tisular, celular y molecular) tanto en el hombre como en cualquier otro animal multicelular. Dada la gran complejidad de los cambios que tienen lugar en el envejecimiento, no sorprende que se hayan propuesto numerosas teorías para explicar el dónde, el cómo y el porqué de estos cambios (32).

A medida que las personas envejecen cambian sus conductas, las interacciones sociales y las actividades que realizaban. Existen 2 teorías actuales sobre el envejecimiento (33). La investigación se centró en las teorías psicosociales: teoría desvinculación; teoría vacía de roles; teoría de la dependencia estructurada.

La primera de estas aportaciones psicosociales al estudio del envejecimiento es la teoría de la desvinculación. Desarrollada al inicio de los años sesenta en el seno de un grupo de investigadores sociales pertenecientes al Comité de Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago. Entre sus estudiosos se destacan Elaine Cumming, William E. Henry, Robert J. Havighurst y Bernice L. Neugarten. La formulación de la teoría como tal correspondió a los dos primeros (34).

Estos científicos, al tener en cuenta que la mayor parte de los ancianos

continuaban viviendo en la comunidad durante toda su vida, planteó la necesidad metodológica de estudiar a las personas mayores en su ambiente natural de forma continuada, dentro de su entorno cotidiano y no en los hospitales, asilos o residencias. Centraron su argumento en que la desvinculación o desconexión es un proceso evitable que acompaña al envejecimiento, en el que gran parte de los lazos entre individuo y sociedad cambian cualitativamente, se alteran o llegan a romperse, por lo que tiene un carácter bidireccional, tanto de la sociedad hacia el individuo como de éste hacia la primera (34).

Esta investigación se enfocó en un paradigma biosocial en donde la salud se define como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

En palabras Del Bosque S; la salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja y se divierte; es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud (35). Paradigma que destaca al médico familiar y comunitario, orientándose en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario que se centra en el cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones.

Se empleó en la investigación una filosofía basada en la Teoría de la desvinculación de Cumming y Henry, 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 (29).

13.3 Fundamentación legal.

Los Planes de Desarrollo (2007; 2008; 2013) se articularon con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En esta ocasión, el nuevo Plan Nacional de Desarrollo se pronuncia de manera directa con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que continúan lo anteriormente establecido en los ODM. Se ha hecho este ajuste basado en el compromiso ajustado a la idea de caminar juntos hacia objetivos comunes para asegurar una vida digna (a todas las personas, en todo lugar y en todo momento) (36).

En esta línea, Ecuador ha sido un signatario ejemplar de los varios instrumentos internacionales de derechos humanos, tanto del sistema universal como ser un Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Como respuesta, los ODS se integran en el actual Plan entrelazando la agenda internacional con los Objetivos Nacionales de Desarrollo, lo que permitirá seguir mostrando al país como referente internacional y pionero en la vinculación de estrategias y derechos; la principal característica de esta nueva propuesta de desarrollo ha sido, situar al ser humano y a la naturaleza en el centro de la gestión pública, priorizando, como resultado, que se garanticen plenamente los derechos de hombres, mujeres, niños y adultos mayores, para construir una sociedad motivada por la diversidad y las relaciones armónicas (36).

La libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana, en los derechos fundamentales del hombre, está la dignidad y el valor de la persona y la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad (37).

Los derechos de los adultos mayores, considerados internacionalmente se mencionan en la declaración Universal de los derechos Humanos de 1948, donde “el derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez”. Sin embargo, en los países de América Latina las

normas de protección de los adultos mayores son de recién aplicación y cumplimiento, iniciándose a finales de la década de los años 80 (37).

Ser sujeto a derecho significa que la persona toma conciencia de su condición y por ello se asume como titular de una serie de derechos, los cuales están garantizados jurídicamente en leyes; por lo tanto, tiene la capacidad para demandar su cumplimiento de ellas, además el cumplimiento de las mismas permite a las personas adultas mayores, a sus familiares y cuidadores tener conciencia de su condición y saber cómo proceder en lo que respecta a los derechos que están garantizados jurídicamente en:

- Constitución de la República 2008.
- Ley del Anciano.
- Deberes y Derechos del Adulto/ Adulta Mayor.

13.3.1 Artículos de la Constitución Política del estado ecuatoriano 2008.

La actual constitución incorporó el reconocimiento de los siguientes derechos para los adultos/as mayores en los siguientes artículos:

Art. 35 - las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales. El Estado prestará especial protección a las personas en condiciones de doble vulnerabilidad.

Art. 36 – Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos 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 o superen los sesenta y cinco años de edad.

Bajo estos principios, se debe entender que no es posible lograr el régimen de Desarrollo y Buen Vivir planteados en la constitución, mientras persistan las condiciones de pobreza y desigualdad. No se puede vivir bien, mientras otras en el entorno vivan mal. El modelo de desarrollo que se define en la constitución plantea garantizar los derechos para alcanzar el Buen Vivir de la población y se fundamenta en principios éticos como la dignidad humana, la igualdad, la libertad y la solidaridad, que se plasman en derechos humanos universales, vinculantes y exigibles. Con relación a su aplicación, los derechos son indivisibles, inalienables e interdependientes; abarcan distintas dimensiones de la vida humana como agua, salud y alimentación, habitad, vivienda y ambiente sano, trabajo y seguridad social, educación, comunicación y cultura (36).

El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento por medio del que se concreta la garantía de derechos en un marco de políticas públicas; por tanto, su vinculación y la ejecución de su cumplimiento son importantes frente a los diversos niveles del gobierno, otras funciones del Estado, e incluso el propio sector en su papel como corresponsable de los procesos de desarrollo. La ciudadanía es consciente de estas premisas, de allí que sus propuestas se centran en diferentes pasos, en los que uno de ellos es reconocer la necesidad de especialización (tanto en los sistemas de protección y atención integral, como en los servicios sociales), tomando en cuenta el aspecto integral del ciclo de vida. Es esencial para la ciudadanía que exista un criterio de especialidad y especificidad. En consecuencia, deben de ser considerada cada una de las etapas del ciclo de vida, los momentos de transición entre etapas, y las características propias de la población (36).

Obligaciones del Estado: Derechos a garantizar

Art. 37 – el Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en los servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

13.3.2 Enfoques de las políticas para adultos/as mayores.

Medidas específicas.

Art. 38 – El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades pueblos y nacionalidades; asimismo fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de esas políticas.

En particular el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la

participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

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

13.3.3 Objetivos que contempla la Ley del anciano.

Art. 2 – Garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

Art. 3- El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos.

Hogares de protección: Los ancianos indigentes, o que carecieren de familia, o que fueren abandonados recibirán ayuda obligatoria en los hogares de protección estatal.

Salud: Todos los servicios médicos públicos y privados deben contar con atención geriátrico-gerontológico y disponer que un 5% de su infraestructura se destine a este fin. La importación de medicamentos para el tratamiento especializado, geriátrico y gerontológico estará libre de impuestos.

Educación: Se incluirán temas relacionados con la tercera edad en los currículos de educación primaria y media. Los estudiantes de sexto curso podrán acogerse a programas de voluntariado para la obtención de título de bachiller. Las escuelas de medicina incluirán en el plan de estudio, programas docentes de geriatría y gerontología. Se promueve la investigación gerontológica.

13.3.4 Derechos de las personas adultas mayores.

Para la Organización de Naciones Unidas (ONU), las personas mayores tienen derechos a vivir con independencia, participación, cuidados, autorrealización y con dignidad. Además, establece que deberán tratar de:

- Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.
- Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.

- Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación.
- Ser flexibles, juntos con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.
- Compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencias y valores con las generaciones más jóvenes.
- Participar en la vida cívica de su sociedad.
- Buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a las comunidades (38).

En Ecuador mediante acuerdo ministerial 000153 del 21 de marzo 2007, se aprobó y autorizó la publicación de las “Políticas integrales de salud para el adulto mayor” elaborado por la dirección de Normalización del Sistema nacional de Salud del Adulto Mayor (38).

Para continuar con el proceso de implementación de las políticas integrales de salud para el adulto mayor fue imprescindible contar con las “Guías geronto-geriátrica de atención primaria de salud”, documento técnico normativo que permite la toma de decisiones de los profesionales de la salud en la resolución oportuna de los problemas de salud y fortalece la atención primaria enfocando la prevención y la promoción de la salud para lograr en el grupo poblacional de las personas adultas mayores, alargar en lo posible la independencia y funcionalidad hacia una vejez digna (39).

Perpetuando con el proceso de implementación de las “Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores”, documento técnico normativo que fortaleció la asistencia integral a los adultos mayores en forma continua y progresiva. En el año 2011 la dirección Nacional de Normatización a través del área del Adulto Mayor, con la participación de los actores calificados en el tema elaboraron el “Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente”, que responde al modelo continuo, asistencial y progresivo, estudios epidemiológicos y tecnologías contemporáneas para que sea aplicado obligatoriamente en todas las entidades del sector salud tanto

público como privado (38).

13.4 Fundamentación ética.

El mundo se hace viejo. Es la primera vez en la historia de la humanidad en que un gran número de personas llegan a la ancianidad. Cuando se rinde culto a la velocidad, la técnica, la eficiencia y la juventud, se olvida con frecuencia el valor de la experiencia y la sabiduría de lo vivido presente en los ancianos, que se niegan a reajustar su existencia a normas que no concuerdan con su ritmo biopsicosocial instituido en otras circunstancias socioculturales. Se establecen así conflictos en cuanto al papel social del anciano en el mundo actual (40).

13.4.1 Principios éticos y carácter humano presentes en los programas de atención integral al adulto mayor:

Autonomía: Aceptar el derecho del adulto mayor a tomar decisiones y tratarlo con respeto y dignidad (40). Se tuvo en cuenta en el estudio, el adulto mayor recibió toda la información necesaria para que decidiera con toda libertad ser parte de la investigación.

No maleficencia: Cuando el adulto mayor está en el proceso de morir este principio puede requerir el no llevar a cabo dolorosas pruebas médicas, ya que no habría beneficio para el paciente (40). Se tuvo en cuenta en la investigación, no se puso en riesgo la integridad psicosocial del adulto mayor.

Beneficencia: El tratamiento que se elija debe tener potencial de ayuda al paciente, los agentes de salud y el servicio social están moralmente obligados a proveer tal cuidado (40).

Justicia: Los profesionales de la salud tratan igualitariamente y bien al adulto mayor (40). Se tuvo en cuenta en el estudio, los datos obtenidos se manejaron con cautela, sólo tuvo acceso a la información el personal que realizó la investigación.

Decir la verdad: El adulto mayor tiene derecho a recibir información completa sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento; alternativas de tratamiento, riesgos y beneficios y entender las implicaciones de cada uno, recibir esta información de forma compasiva y no abrupta, aunque no la haya solicitado (40).

En ocasiones se debe aplicar la excepción “Privilegio terapéutico”: No conocer la verdad, pues esta puede causar un daño sustancial al paciente, cuando la familia pide no informar al adulto mayor, debe estudiarse con cuidado, ya que a veces existen temores infundidos. Procurar, cuando el diagnóstico es grave, informar al adulto en presencia de algún familiar (40)

Consentimiento informado: Esto implica que el adulto mayor recibe la suficiente información para entender lo que implica cada decisión tomada de manera libre, basada en sus valores personales y deseos. Se le dé tiempo, se le anime a que formule preguntas, se le provea de soporte emocional y espiritual y se le respete (40). Se tuvo en cuenta en la investigación, cada adulto mayor y sus familiares, firmaron el consentimiento informado (Anexo 1).

Decisión sustitutiva: Cuando el adulto mayor no es capaz de tomar decisiones, debe buscar un sustituto. Persona que sea capaz de entender la información y las consecuencias de su decisión y de acuerdo a los deseos del adulto mayor, si los conoce. Para ello debe haber tenido conversaciones con él o que el adulto mayor haya expresado sus deseos sobre su salud en un documento legal. Si no se pueden conocer los deseos del adulto mayor se debe actuar en lo que puede ser considerado el mejor interés para él (40).

Confidencialidad: Protección del récord de salud del adulto mayor. El agente de salud y los proveedores de servicio social tienen el deber de no revelar información a terceros, que el adulto mayor no lo desee, incluida la familia. Mantener la confidencialidad es una forma de respetar la autonomía del adulto mayor y de promover la confianza y comunicación. Se requiere un lugar

privado para discutir temas sensibles y la información debe mantenerse en lugar seguro. En algunas ocasiones es permisible e incluso obligatorio romper la confidencialidad: enfermedades trasmisibles, enfermedad mental que pueda causar daño a otros o situación de abuso (40).

Decisiones sobre tratamientos: El adulto mayor tiene el derecho de negarse a tratamientos de sostenimiento vital si no son curativos. La resucitación cardiopulmonar no es beneficiosa cuando el paciente es terminal o posee problemas médicos múltiples. En algunos casos la carga de hidratar artificialmente o de aportar nutrientes puede ser mayor que los beneficios, en el caso de pacientes terminales (40).

Aspectos éticos en el control del dolor: Es éticamente aceptable e incluso obligatorio paliar el dolor del paciente aun cuando puede acortar la vida. Es importante reconocer que algunos adultos mayores pueden elegir aceptar un cierto nivel del dolor para evitar ser sedados (40).

Aspectos éticos al final de la vida: Unir los conceptos del cuidado al final de la vida con los principios y prácticas de los cuidados paliativos y los proveedores de servicio social puede ofrecer al adulto mayor y su familia un espectro completo de oportunidades y opciones de tratamiento, apoyo y cuidado de la salud, que se extienda al período de duelo (40).

13.5 DIMENSIONES DEL DESARROLLO DEL ENVEJECIMIENTO

El rápido crecimiento del número de personas mayores en todo el mundo está creando una revolución demográfica global sin precedentes. Durante este siglo, los avances en la higiene y el suministro de agua y el control de enfermedades infecciosas han reducido mucho el riesgo de una muerte prematura. Como consecuencia, la proporción de población mayor de 60 años en el mundo está aumentando más rápidamente que en cualquier era anterior (41).

En 1950 había aproximadamente 200 millones de personas mayores de 60

años en todo el mundo. Para el año 2000 hubo más de 550 millones. El incremento en número y proporción es prevenible. Por primera vez en la historia, la mayoría de los que han sobrevivido la niñez pueden esperar vivir más de 50 años (41).

Al igual que en el resto del mundo Ecuador tiene una población en proceso de rápido envejecimiento cuya expectativa de vida es de 75 años, cuando hace una generación, solamente fue de 55 años, las necesidades de seguridad, salud y económicas en la vejez aumentan significativamente, por lo que requieren medidas en materia de políticas públicas, que garanticen y están pendientes que estas personas no caigan en la pobreza y abandono durante la última etapa de su vida (38).

Esto conlleva a la larga historia de vida de los adultos mayores que han tenido que enfrentar muchas situaciones, siendo protagonistas de interacciones familiares, sociales y laborales. A pesar de todo esto, los adultos mayores continúan proyectándose al futuro, entendiendo el mundo de hoy, integrándose en él de manera activa y aplicando sus saberes en las actividades que realizan. Es necesario tener en cuenta que lo primordial es mantener a los adultos mayores en actividad, tanto físico como mental, alejar complicaciones del envejecimiento patológico que se expresa en estado de fragilidad y dependencia (42).

Entonces es necesario recordar a todos los actores que en año 2007 respondieron a la demanda de trabajar en favor de una convención internacional para las personas mayores. Este compromiso se cristalizó en la declaración de Basilea, que tuvo consecuencias inéditas tanto en el discurso sobre las personas de edad como en su concepción como titulares de derechos en nuestra región, que hoy debemos mantenerlo (43).

13.5.1 Envejecimiento. Definiciones

El médico de atención primaria necesita conocer la peculiaridad de los

aspectos médicos del envejecimiento, que incluyen la presentación atípica de las enfermedades, las que demandan un abordaje diferenciado y una evaluación y manejo integral (44).

El envejecimiento es un proceso inalterable, universal, acumulativo, secuencial y progresivo que les sucede a todos desde que nacen (45). Más que la última etapa de la vida del ser humano, es un proceso natural, universal, continuo, irreversible, individual y diferente, en donde factores genéticos, culturales, educativos, socioeconómicos, actitudes, experiencias, expectativas y la adaptación de éste en su medio ambiente, dan al proceso del envejecimiento su carácter de individual y heterogéneo (38).

Se han propuesto innumerables definiciones sobre el envejecimiento otros autores referencian que es un proceso progresivo, intrínseco, universal asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente (39).

El envejecimiento fisiológico se considera un hecho normal, siempre que posibilite el disfrute de una buena calidad de vida, adaptada a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acometen a lo largo de la existencia (39).

Ninguna enfermedad es causada por la edad. No obstante, la edad avanzada rara vez llega sola, habitualmente se acompaña de fragilidad, comorbilidad, riesgo de aislamiento social y dificultades económicas. Por tanto, el cuidado de los ancianos requiere una combinación de medicina basada en problemas y de medicina basada en el diagnóstico (46).

Cuando se instauran una o varias enfermedades en el proceso fisiológico de envejecimiento y modifica el curso del mismo, se habla de envejecimiento patológico (39).

La senectud nunca debe considerarse como un estado enfermizo sino como un proceso natural, ya que está describiendo una fase de la vida que conlleva el paso del tiempo y la aparición de secuelas en el cuerpo. Es un periodo en el que la persona se ve obligada a cambiar su modo de vida, adaptándose a una nueva situación social y psicológica (Conte, 1995) y Meléndez, 2000) la describen como la suma total de los cambios dependientes del transcurso del tiempo, que son comunes a todos los miembros de una misma clase o especie y que tienen lugar a lo largo de la vida, tras haber alcanzado la madurez de talla, forma y función (47).

13.6 Definiciones de familia.

Familia proviene del latín *fames*, en referencia al grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens, derivado de *famulus* siervo y esclavo, derivado a su vez, de *osco famel*, *famulus* se vinculaba con la raíz *fames*, que significa hambre, por manera que la voz se refiere al grupo de personas que se alimentaban unidas en una misma casa, compartiendo el pan nuestro de cada día y a quienes el padre de familia estaba obligado a alimentarlos (48).

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un agregado de interacciones (49). Recordemos que la familia funciona como un sistema, formado por un conjunto de unidades interrelacionadas con unas características que son: la globalidad, la homeostasis de un sistema abierto (en continuo cambio), con una estructura y dinámica propias, con unas reglas y roles establecidos, formado por unos subsistemas, con sus fronteras o límites y con una adaptabilidad y comunicación propia, en donde cada uno de sus integrantes interactúa como un micro grupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad (50).

La OMS ha definido la familia como el grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado, por lo general, al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos (51). Esta definición ha quedado desfasada, ya que se han suscitado modificaciones, las parejas homosexuales de hecho o derecho, el retraso de la salida de los hijos del hogar, entre otros cambios, han dado lugar a una nueva y más amplia dimensión de lo que se entiende por familia (52).

La ONU define la familia como un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un periodo indefinido de tiempo; además se le considera la unidad básica de la sociedad (53).

Louro I. y Zurro M. Ratifican que la familia, es la célula fundamental de la sociedad, formada por la unión matrimonial y los lazos de parentesco existentes, en las relaciones de esposo y esposa, padres e hijos, hermanos, abuelos y otros parientes que vivan bajo un mismo techo y administren en común la economía doméstica (54).

Según autores brasileños la familia es la que proporciona los aportes afectivos y materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de cada uno de sus miembros, desempeña un rol importante y definitivo en la educación informal y formal, es ahí donde sus integrantes aprenden y enseñan valores éticos y humanísticos, se desarrolla la capacidad de afrontar problemas, se profundizan las redes de solidaridad. Es en su interior donde se construyen los límites intergeneracionales y los valores culturales (55,56).

El concepto de familia se enriquece al adquirir un claro contenido social, al apreciar que en muchos de sus cambios estructurales y funcionales intervienen factores socioeconómicos. El ser humano no puede vivir a plenitud estando aislado, pues tiene el instinto gregario muy desarrollado y necesita de la familia, sobre todo y entre otras cosas, cuando se propone llegar a los 120 años con una calidad óptima (52).

La familia juega un papel fundamental en el proceso salud enfermedad, lo que se hace muy evidente cuando en el seno de la misma existen adultos mayores, los cuales requieren una atención integral muy específica y ajustada a esta etapa de la vida. Si las tendencias demográficas nos llevan a una población envejecida, también se tendrán más familias con uno o varios ancianos, lo que da un carácter muy peculiar a este grupo social (2).

Se considera la familia una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos y culturales, jugando un decisivo papel en el desarrollo psico-social de sus integrantes (57).

13.6.1. Tipos de familia y número de generaciones.

La composición de la unidad familiar permite la clasificación de la familia, según su estructura, en función de los miembros que comparten el hogar. Los criterios de clasificación estructural están dados, por el número de miembros que da lugar al tamaño de la familia, considerándose: (58)

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

Según su ontogénesis, la familia, se clasifica en:

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

Según el número de generaciones se denomina (54,58):

- Unigeneracional: cuando convive una generación.
- Bigeneracional: cuando conviven 2 generaciones

- Multigeneracional: aquella en la cual conviven más de 2 generaciones.

13.6.2 Ciclo de vida familiar.

Es un proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja para una vida en común hasta su muerte, Se expresa en etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar (58).

1. Formación (matrimonio)
2. Extensión (desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último hijo)
3. Contracción (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último)
4. Disolución

Los cambios en los patrones del ciclo de vida de la familia se han modificado debido a la menor tasa de natalidad; la esperanza de vida; la evolución del papel de la mujer; las altas tasas de divorcios y nuevos matrimonios, el aumento de madres solteras, parejas no casadas, y las adopciones monoparentales, el aumento de la visibilidad de las parejas y las familias de gays y lesbianas

13.6.3 Crisis familiares.

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo se denomina como crisis evolutiva.

Según Blaustein S. estas crisis son llamadas evolutivas porque están en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia y con los cambios, en consecuencia, de las pautas

de interacción en el contexto familiar. En estas crisis evolutivas se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles, poniendo de manifiesto un desarrollo cada vez más acabado de individualización y de una estructura familiar cada vez más compleja y diferente a la anterior, lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia (58).

Por su parte Louro I. plantea que en este proceso de cambio predominan las tareas denominadas desarrollo, las que están relacionadas con las etapas del ciclo vital que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse, crecer y madurar. Cuando cada uno de los miembros de la familia tiene bien definidas sus funciones y roles correspondientes al ciclo vital cronológico, va creándose una estructura familiar organizada que le permite tener un desarrollo en su entidad familiar y en la individualidad personal de sus componentes. Pero si en el esfuerzo de reorganización familiar la propia estructura familiar por su falta de flexibilidad, no lo permite, aparecen las disfunciones familiares (59).

Las crisis familiares son clasificadas en dos grandes grupos: crisis transitorias y crisis no transitorias o paranormativas (58).

1. Crisis normativas o transitorias: son las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se rigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital.

Mencionamos los principales eventos vitales, que se consideran propios de los períodos de contracción y disolución y que son las causas de crisis (6).

Contracción: partida de los hijos del hogar paterno, el nuevo hogar de los hijos, las nueras y yernos, los nietos, la familia trigeneracional conviviendo, relaciones generacionales, involución, jubilación, envejecimiento, enfermedad y muerte en la familia ampliada, vuelta a la pareja inicial (nido vacío:

sexualidad y armonía), la enfermedad final del primero de los cónyuges (6).

2. Crisis paranormativas o no transitorias: son las relacionadas con acontecimientos de carácter accidental y no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital. Estas se clasifican, según la naturaleza del acontecimiento que las provoca:

1. Desmembramiento: separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia.

- Hospitalización prolongada.
- Abandono.
- Separación conyugal.
- Salida del hogar al extranjero o a otras provincias del país.
- Muerte prematura respecto al ciclo vital.
- Suicidio.

2. Incremento: incorporación de uno o más miembros de la familia:

- Regreso al hogar.
- Adopción.
- Convivencia temporal.

3. Desmoralización o desorganización: crisis caracterizadas por la afectación de los valores y principios éticos-morales de la familia:

- Conducta antisocial.
- Encarcelamiento.
- Escándalos en la comunidad, entre otros.

Cambios económicos importantes: tanto en sentido negativo como positivo:

- Pérdida del trabajo.

- Deterioro de las condiciones de la vivienda.
- Pérdida de alguna propiedad importante como la casa.
- Una herencia.

Problemas de salud:

- Embarazo no deseado.
- Infertilidad.
- Intento de suicidio.
- Trastornos psiquiátricos.
- Accidentes
- Diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida.

13.6.4 La familia y el adulto mayor.

En acercamientos más profundos al proceso de envejecimiento, a la relación familia adulto mayor, a la implicación esencial que tiene la red familiar en el apoyo y cuidado de nuestros ancianos; podemos apreciar que nos movemos en un campo en el que se deben tomar en consideración holísticamente complejas aristas (60).

Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud; por el contrario, el contexto familiar de desapego y desinterés conduce a sentimientos de abandono y surge la depresión que es campo propicio para las enfermedades; modifican la vida cotidiana del adulto mayor y la familia. Un estudio realizado sobre el binomio familia y adulto mayor concluyó que las familias necesitan estar preparadas y sensibilizadas para la convivencia y atención de sus adultos mayores (61).

La familia no es un lugar que puede ser naturalizado como bueno en sí mismo, pues en ella también se pueden consolidar y reproducir las desigualdades sociales, por ejemplo, entre el hombre y la mujer, entre padres e hijos, donde

también suelen existir autoritarismo, individualismo y procesos discriminatorios (D Jong, 2000). Tal el caso que representa la situación de los adultos mayores, especialmente los de edad más avanzada, que en oportunidades sufren situaciones de abandono familiar, cuando no son expulsados con la internación geriátrica; u otro tipo de arreglos intrafamiliares, en donde no se tiene en cuenta la subjetividad del propio anciano (62).

13.7 Funcionamiento familiar.

Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren equivalencia propia, También se le considera medio de interrelación con el macro y microsistema social (58). Es la categoría que sintetiza los procesos psicológicos que ocurren en toda la familia, actúa como fortaleza y posibilita un desarrollo saludable en sus miembros y como muro de contención frente a la adversidad, es un elemento dinámico que puede ejercer influencia en la preservación de la salud o en la aparición de enfermedades y otros daños (63).

La primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, es la familia y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, no siempre es fuente de apoyo, a menudo la vivencia de problemas familiares precipita reacciones o respuestas entre las cuales se encuentran el descontrol de la enfermedad crónica o su aparición (63).

Cuando se diagnostica su funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar, permiten una orientación en la conservación de la integralidad, con el fin de mantener en lo posible una homeostasis biológica y psicoactiva, para generar acciones que permitan mejorar la calidad de vida de las familias, así como del adulto mayor y mejor control del paciente enfermo (64).

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y

socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- 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 centrado en 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.

Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos estamos refiriendo al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto (57).

13.7.1 Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

El funcionamiento de la familia puede evaluarse a través de: el cumplimiento de las funciones básicas y la dinámica de las relaciones internas, puede realizarse con cada uno de estos aspectos por separado o en forma integrada (58).

El test de funcionamiento familiar (FF-SIL) es un instrumento construido con la finalidad de evaluar la funcionalidad familiar. Fue una propuesta realizada por una psicóloga cubana y validada en la población latinoamericana en el año 1994. Es uno de los instrumentos más utilizados y más sensibles en el Análisis de la Situación de Salud con un enfoque familiar para valorar dimensiones como: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad,

afectividad, roles y adaptabilidad (58).

Cohesión: unión familiar y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Expresa el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando puede contar con esta posibilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar (65, 66).

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo (58).

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. En cada sociedad y en cada cultura existen patrones de comportamiento familiar, por lo que se hace difícil homogeneizar los roles de cada uno de los integrantes del grupo de una manera específica. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Si las responsabilidades y las normas familiares son discutidas y no impuestas, todos se van a sentir responsables, importantes, tomados en cuenta y listos para asumir sus responsabilidades futuras (65, 67,68)

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivencia y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. La familia es un grupo de potencia natural en la cual se establecen recíprocas dependencias y vínculos afectivos entre sus miembros, la función de expresar amor, brindar afecto y protección es primordial en la vida familiar, el afecto constituye el vehículo en el cual se ejercen las funciones familiares y uno de los canales comunicativos más importantes en las relaciones de esa naturaleza. Al nivel familiar le corresponde brindar afectividad. Si no existe satisfacción de las necesidades afectivas de las personas no hay salud familiar (69,70).

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus

experiencias de forma clara y directa. Es parte de la dinámica familiar proporcionándole forma y contenido, cuando se refiere a la comunicación familiar se engloba escucha activa, empatía, libertad de expresión, claridad, respeto y consideración (68).

La escucha activa significa escuchar con comprensión y atención, saber lo que la otra persona trata de comunicar y transmitirle que se ha recibido su mensaje, la empatía se refiere a la capacidad de percibir e identificarse con los sentimientos de los demás, en la convicción de que al ponerse en esta situación se crea un clima más favorable para la resolución de los problemas, la libertad de expresión hace referencia a la comodidad con que los miembros de la familia expresan sus sentimientos, la claridad al grado de expresión de los sentimientos y los pensamientos individuales y el respeto y la consideración se refieren al grado de sensibilidad y permeabilidad sobre lo que dicen otros (68).

Los integrantes de la familia son capaces de transmitir sus experiencias, conocimientos de una manera clara y directa, la familia aporta un sano crecimiento en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización. Estilos comunicativos defectuosos influyen en la distorsión de los límites y espacios familiares. La comunicación es vista como el eje central de los problemas familiares (69, 71,72).

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. No es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir la habilidad para cambiar la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación, se manifiesta desde el caos: poca adaptabilidad, hasta la rigidez: exceso de patrones e inflexibilidad (69, 72).

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Un concepto central para entender la relación de

la familia con los demás sistemas sociales (71). Es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas (72, 73).

La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales como pudiera ser el médico que ejerce la medicina familiar y comunitaria (74).

Tanto el extremo de total impermeabilidad en la relación meso sistémica con escuela, amigos y familia de origen, como el exceso de permeabilidad que genera la interferencia no controlada de otros subsistemas en la vida familiar es disfuncional, en el caso de la impermeabilidad extrema se impide la conformación de redes de apoyo, útiles para la sobrevivencia de la familia, como son el vínculo de origen. En la permeabilidad extrema, por el contrario, la familia no puede crecer con sus propios objetivos y recursos como grupo, debido a la interferencia de otros sistemas de su mismo nivel. Ejemplo, la relación entre los padres y algún miembro de su familia de origen que intenta que las reglas funcionen a su modo (73).

Familia como sistema permeable.

- _ Permite posibilidad de cambio de sus miembros.
- _ Es sensible a los cambios en los otros sistemas y genera acciones de acuerdo a ellos.

Familia como sistema no permeable.

- _ Admite poco o ningún cambio a sus integrantes
- _ Sus acciones están sujetas a una estructura de autoridad rígida (73).

El test está constituido por 14 preguntas (Anexo 2) y consiste en una serie de situaciones que pueden o no ocurrir en la familia, distribuidas por cada variable

(58).

1 y 8 ----- Cohesión

2 y 13 ----- Armonía

3 y 9 ----- Roles

4 y 14 ----- Afectividad

5 y 11 ----- Comunicación

6 y 10 ----- Adaptabilidad

3 y 12 ----- Permeabilidad

Estas dimensiones internas hacen posible identificar a través del valor que se obtenga en los ítems que corresponde a cada una de ellas la que se encuentre afectada en la familia.

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala cualitativa/escala cuantitativa

Casi nunca 1 punto

Pocas veces 2 puntos

A veces 3 puntos

Muchas veces 4 puntos

Casi siempre 5 puntos

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (X) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al

final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera.

De 70 a 57 puntos. Familias funcionales

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

14. METODOS

14.1 Justificación de la elección del método.

Se realizó un estudio en el consultorio 4 del centro de salud urbano Playas para conocer el funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores, de nivel investigativo descriptivo, una variable de estudio (variable de interés) y el resto de las variables son de caracterización, de tipo observacional porque no existió intervención del investigador, se efectuó de acuerdo a la práctica clínica habitual donde el investigador fue un observador y descriptor de lo ocurrido, de corte transversal, ya las que las variables fueron medidas en una sola ocasión, y prospectivo debido a que la fuente de información fue primaria, el investigador recogió la información directa en el campo.

14.2 Diseño de la investigación.

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

El universo estuvo formado por 83 adultos mayores y sus familias, pertenecientes al consultorio médico 4 del centro de salud urbano Playas, del cantón Playas, que cumplieron los criterios de participación en el estudio.

Criterios de inclusión:

Adulto mayor que a la selección cumple con criterios del investigador (jefe de familia) que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Adultos mayores con déficit mental que obstaculice la recolección de los datos.

14.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Previa a la recolección de la información, la investigación fue aprobada por el

comité de ética de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil, en su realización se cumplieron con las normas éticas contempladas en la declaración de Hlesinki, los participantes expresaron su consentimiento de participación voluntaria en el estudio de forma escrita (Anexo 1).

La información se recogió a partir del mes de marzo del año 2018 hasta mayo del mismo año. Para dar respuesta al objetivo específico número uno y caracterizar a los adultos mayores, según variables sociodemográficas, se revisaron las fichas familiares, las cuales fueron actualizadas durante las visitas domiciliarias a los hogares de los ancianos (Anexo 3) y se aplicó encuesta elaborada por el autor (Anexo 4).

Para dar respuesta al objetivo específico número dos sobre la caracterización de la familia del adulto mayor teniendo en cuenta su composición o estructura (según su tamaño, ontogénesis, número de generaciones, ciclo vital crisis familiares transitorias o normativas y no transitorias o paranormativas que presentaban se recogió la información a través de la ficha familiar (Anexo 3) y encuesta realizada por el autor (Anexo 4).

Para dar respuesta al objetivo número tres e identificar las relaciones internas del funcionamiento familiar según la percepción que el adulto mayor tenía de su familia, se aplicó la encuesta cubana sobre funcionamiento familiar (FF-SIL) (Anexo 2), que se aplicó al adulto mayor, identificándose la percepción que él tiene sobre su familia, este instrumento posee varias categorías que están distribuidas de acuerdo a los ítems que se exploran, en su estructura interna tiene 7 dimensiones (cohesión, armonía, roles, afectividad, comunicación, adaptabilidad y permeabilidad) a través del valor que se obtuvo en cada uno de los ítems que corresponde se identificaron las que se encuentran afectadas.

La calificación se realizó en la escala tipo Likert, por la manera de influir en la familia se agruparon de la siguiente forma:

_ Desfavorable, de 2 a 4 puntos

_ Moderadamente favorable, de 5 a 7 puntos

_ Favorable, 8 a 10 puntos

Los niveles los elabora el autor para un mejor análisis.

En el objetivo número cuatro a través de la encuesta, se midió además el funcionamiento familiar, puntuación (FF-SIL) en todas las familias estudiadas. La puntuación final de la prueba es de 70 a 14 puntos (ver anexo 5) permitiendo calificar a la familia en cuatro categorías según su funcionamiento: funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. Dicha encuesta ha sido utilizada y validada en el Ecuador.

14.2.3 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variables	Tipo de técnicas
Edad	Documental (Ficha Familiar)
Sexo	Documental (Ficha Familiar)
Nivel de Instrucción	Documental (Ficha Familiar)
Estado Civil	Documental (Ficha Familiar)
Situación Laboral	Documental (Ficha Familiar)
Etnia	Documental (Ficha Familiar)
Tipo de familia, según su tamaño	Documental (Ficha Familiar)
Tipo de familia, según su ontogénesis	Documental (Ficha Familiar)
Tipo de familia según el número de generaciones.	Documental (Ficha Familiar)
Tipo de familia según su ciclo vital	Documental (Ficha Familiar)
Tipo de crisis familiar transitorias	Encuesta
Tipo de crisis familiar no transitorias	Encuesta
Funcionamiento de relaciones internas familiar.	Encuesta (FF – SIL)
Funcionamiento familiar	Encuesta (FF – SIL)

14.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico utilizando frecuencias absolutas y relativas, se introdujeron los datos en una hoja de Microsoft Excel, que posteriormente fue exportada al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows en el cual se realizó el procesamiento y análisis

estadístico.

La información se presentó en forma de tablas.

15. VARIABLES.

15.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos	65-74 75-84 85-94 95 y más	Cuantitativa discreta
Sexo	Características biológicas de cada paciente	Masculino Femenino	Cualitativa nominal dicotómica
Nivel de instrucción	Último año escolar aprobado	Ninguna, Primaria, Secundaria y Universitario	Cualitativa ordinal
Estado civil	Relación social de pareja referida	Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión libre	Cualitativa Nominal
Situación Laboral	Actividad laboral que desempeña.	Trabaja Jubilado Ama de casa	Cualitativa nominal politómica
Autoidentificación etnia	Etnia con la que se autoidentifican	Mestizo (a), Montubio (a), Cholo (a)	Cualitativa nominal
Tipo de familia según su tamaño	1 a 3 miembros 4 a 6 miembros Más de 6 miembros	Pequeña Mediana Grande	Cualitativa ordinal
Tipo de familia según ontogénesis	Clasificación según el proceso de desarrollo de la familia	Nuclear Extensa Ampliada Mixta	Cualitativa nominal

Tipo de familia según el número de generación	1 generación 2 generaciones Más de 2 generaciones	Unigeneracional Bigeneracional Multigeneracional	Cualitativa ordinal
Tipo de familia según su ciclo vital	Clasificación de la etapa vital que se encuentra la familia	Contracción Disolución	Cualitativa nominal
Tipo de crisis familiares presentes.	Normativas Paranormativas	Si, No	Cualitativa nominal
Funcionamiento de relaciones internas: Ítems del FF SILL	Cohesión. Armonía Roles Afectividad Comunicación Adaptabilidad Permeabilidad	Favorable Medianamente favorable Desfavorable	Cualitativa nominal
Funcionamiento familiar, puntuación FF-SIL	70 -57 56-43 42-28 27-14	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Cualitativa ordinal

16. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con base a los objetivos propuestos y con la información recopilada en campo se analizó y construyó la siguiente información con las características individuales y familiares cuyos resultados se detallan a continuación.

Las tablas de la 1 a la 5, resumen las variables sociodemográficas correspondientes al primer objetivo del estudio.

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según edad y sexo pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
65 a 70	24	28,9	30	36,3	54	65,1
71 a 74	3	3,7	10	12	13	15,7
75 a 79	4	4,9	7	8,4	11	13,3
80 a 84	2	2,4	3	3,6	5	6
Total	33	39,8	50	60,2	83	100

En la población de estudio predominó el sexo femenino con 50 miembros, lo que representa el 60,2%, el masculino con 33 miembros representando el 39,8%. El rango de 65 a 70 años alcanzó porcentajes de 28,9% en el sexo masculino y un 36,3% en el sexo femenino. El índice de masculinidad: expresa que por cada 1 mujer hay aproximadamente 1,5 hombres.

Los años de vida adicionales y los cambios demográficos que estos generan tienen profundas repercusiones para cada persona y para las sociedades en que vivimos. Otorgan oportunidades sin precedentes, y es probable que tengan efectos fundamentales en la forma en que vivimos la vida, las cosas a las que aspiramos y la manera en que nos relacionamos con los demás (75).

El promedio de vida de las personas en todo el mundo ha aumentado de forma significativa. La duración máxima, generalmente se ha determinado que es cerca de 75 años, para las mujeres y algo más corto para los hombres en el Ecuador, aunque algunos expertos sugieren que puede ser poco a poco cada vez mayor. Un número de factores influyen en la longevidad como la herencia y el estilo de vida, evitar el tabaquismo, mantener un peso adecuado, la dieta y hacer ejercicio apropiadamente. Debemos tener en cuenta que la exposición a las toxinas ambientales puede acortar la esperanza de vida, incluso entre las personas con la composición genética más robusta (76).

Como se ha descrito, en el presente trabajo, predomina el sexo femenino y el rango de edad de 65 a 70 años alcanzó el mayor porcentaje, la tendencia a la longevidad en la población estudiada, no es alta, lo que coincide con la población adulta del cantón Playas donde solo se encuentran 680 habitantes con más de 80 años y de ellas 380 son féminas. Según datos de la sala Situacional de Salud del distrito 09D22.

A nivel mundial las mujeres presentan una mayor expectativa de vida que el hombre, a pesar de ser el género que más problemas padecen surgidos por su historia personal, como mala nutrición, embarazos y violencia intrafamiliar, entre otros (77).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe en su informe demográfico plantea que tanto en Ecuador como en Bolivia, Chile, Colombia y Cuba en la población adulta mayor predominan las féminas (78).

En estudio realizado en Perú la población evaluada fue mayoritariamente de género femenino, con un rango predominante de edad entre 60 a 79 años, lo que es concordante con el perfil del envejecimiento a nivel latinoamericano planteado en el estudio de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) (79). Y en la Encuesta Condiciones de Vida, (ECV) 5ta. Ronda, donde se evidencia que la población total de adultos mayores, de la ciudad de Quito urbana, es de 5,5% adultos mayores hombres y 6,4 % de adultas mayores mujeres (80).

Igual al estudio ejecutado en Ambato en el ER2 La Victoria y en el subcentro de San Pedro del Cebollar la distribución de adultos mayores, coinciden el grupo más representado y el sexo, con los resultados presentados por el autor (81,82).

Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según instrucción académica pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.

Instrucción Académica	No.	%
Ninguna	25	30,1
Primaria	50	60,2
Secundaria	8	9,6
Total	83	100

En la tabla 2 se evidencia que la población que predominó en cuanto a la instrucción académica son los de primaria terminada, con 50 personas para un 60,2%. Es significativo señalar que hay 25 personas que no tienen escolaridad representando el 30,1% de la muestra.

Resultados similares a las investigaciones elaboradas por Borja en Ambato, Huacón en Guayaquil y la realizada en Cartagena Colombia (81, 17,8).

El otro porcentaje más representativo lo ocupó el grupo sin ninguna instrucción, coincidiendo con estudio presentado en la sierra ecuatoriana donde el analfabetismo se muestra en el 51,4% (83).

Es de señalar que Ecuador trabaja arduamente en la reducción del analfabetismo adulto establecido en el marco de Dakar, donde la región presenta una situación comparativamente positiva, en contraste con las demás regiones en vías de desarrollo. América Latina y el Caribe ya poseían en 2000 niveles mucho más alto de alfabetismo adulto (88,9% en promedio), los cuales continuaron lentamente aumentando, hasta llegar en 2012 a 93,3%,

en promedio (84). Agregando a lo anterior que, en estudio realizado en Quito en el año 2015, el mayor por ciento corresponde a los adultos mayores que tienen una secundaria completa (85).

Varios estudios como el elaborado en Guinea Bissau sobre violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en una comunidad en el año 2013 predominó el nivel de escolaridad iletrado en un 44,0% (86) y en un estudio realizado en México la mayoría refirió haber cursado menos de 3 años de escolaridad (87).

Siempre debemos tener en cuenta que las personas instruidas viven mejor que las que no lo son, aun cuando tengan los mismos ingresos, ya que tienen más probabilidades de cultivar sus intereses y ocupaciones.

Las edades avanzadas de la vida están llenas de riquezas propias, que todos los seres humanos pueden disfrutar, es una etapa en la que hay capacidades a fortalecerse y otras por desarrollarse, mediante el proceso educativo los ancianos pueden incorporar a su vida diaria conductas de salud física, social, mental y espiritual que favorezcan su estado de bienestar (88).

El proceso educativo a esta edad se desarrolla no como un proceso de enseñanza – aprendizaje, sino de orientación aprendizaje, donde su objetivo fundamental es convertirse en un “otro” que potencie el desarrollo sin importar el nivel educacional que posee el adulto mayor (89).

En el siglo XXI el gran desafío es ofrecer una educación de calidad a todos. Es evidente que el acceso a internet es clave para un aprendizaje permanente incluir a los adultos mayores es abrir nuevos caminos de entendimiento y de reciprocidad al incorporar una enorme capacidad cognitiva y emocional en la sociedad del conocimiento. Los adultos mayores pueden aportar mucho a los más jóvenes y viceversa. Los abuelos contando cuentos a sus nietos sigue siendo una tradición familiar de intercambio de experiencias y de ideas entre generaciones en un ambiente de cariño y comprensión. El nieto enseñando a

sus abuelos a usar un celular o una computadora es la novedad pedagógica del siglo (90).

La capacidad de aprender y de enseñar no se agota con el pasar de los años, y una prueba de ello es la enorme variedad de cursos de capacitación de todo tipo para personas de la tercera edad (90).

Tabla 3. Distribución de los adultos mayores según estado civil pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.

Estado Civil	No.	%
Soltero	9	10,8
Casado	44	53
Divorciado	6	7,2
Viudo	4	4,8
Unión Libre	20	24,1
Total	83	100

En la tabla 3 se observa que el estado civil que predomina es casado, con 53,0%, seguido de 20 adultos en unión libre que representan 24,1%. Se destaca que solo 4 adultos mayores son viudos.

Al hacer referencia al estado civil coincide la investigación con estudio realizado en Cuba en el año 2010 (2), igual se presenta el estado civil casado en un estudio realizado por Tigre Bueno en Loja, Ecuador en el año 2016 (28) y por Borja en Ambato (81). Las parejas son en su mayoría de edades muy similares, por lo tanto, están al cuidado de un familiar de menor edad generalmente hijas.

Se contraponen a lo anterior planteado varias investigaciones como la

publicada en la revista de ciencias médicas de la Habana en el año 2015 (28), a un estudio español (91) y al realizado en Venezuela (92) donde predominaron la viudez y los adultos sin pareja. Igual es impresionante en la literatura consultada que en el estado Hidalgo en México 89, 322 personas de la tercera edad son viudos (93).

La ausencia de pareja puede considerarse como la falta del vínculo de relación primaria, la cual muchas veces es sustituida por los hijos y otros familiares, amigos, entre otros. En ese sentido, la descendencia de las personas mayores, independientemente de la condición matrimonial que se haya experimentado resulta ser la red primaria de vínculos sustantivos en la etapa de la vejez (94).

Cabe recalcar que la vejez es mayoritariamente femenina, los efectos de la vejez se dejan sentir especialmente en los hombres por lo dramático que para ellos resulta. Los adultos que viven en pareja, se convierten en elementos muy beneficiosos para su salud y el disfrute de su bienestar, donde la vida en familia resulta ser un elemento que protege la salud (95).

Tabla 4. Distribución de los adultos mayores según la situación laboral pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.

Situación laboral	No.	%
Trabajador	24	28,9
Jubilado	16	19,3
Ama de casa	43	51,8
Total	83	100

En la tabla 4 se ofrece la distribución de la población según la situación laboral. El mayor porcentaje corresponde a la población de ama de casas, con el 51,8%, seguida por activos con un 28,9%.

Según la situación laboral predominante pertenece a las amas de casa. Se corresponde con la situación laboral más frecuente en el cantón entre las mujeres de todas las edades, dato que recae con el bajo nivel cultural y los patrones culturales del país, apreciación esta del autor.

En estudio realizado en México igual predomina entre la población adulta mayor, el sexo femenino y la ocupación ama de casa (96).

La ocupación de los adultos mayores en un estudio en Latacunga demuestra que este no genera representatividad económica para sus necesidades, en si existe un predominio del 38,6 % que no trabajan (83). Según estudios realizados en encuesta ENEMDUR el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada para su edad y sexo (97).

Es de señalar que los ingresos económicos constituyen un elemento clave en la calidad de vida en la vejez. La seguridad económica de las personas mayores radica en la capacidad de disponer y usar, de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en monto suficiente. El goce de la seguridad económica les permite satisfacer las necesidades objetivas y tomar decisiones con independencia (98).

Tabla 5. Distribución de los adultos mayores según etnia pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.

Etnia	No.	%
Mestizo	48	57,8
Montubio	23	27,7
Cholo	12	14,5
Total	83	100

En la tabla 5 se observa que la etnia que predominó es la mestiza con el 57,8%.

El Ecuador proclamó mediante su constitución del 2008, la voluntad de consolidar la unidad de la nación en el reconocimiento de la diversidad de sus regiones, pueblos, etnias y culturas, definiéndose como un estado unitario, democrático, pluricultural y multiétnico, en el cual conviven diferentes nacionalidades. Étnicamente esto está marcado por la presencia de mestizos, indígenas, afroecuatorianos y blancos; ubicados en diferentes regiones costa, sierra y amazonía, todas con especificidades muy ricas.

En el censo de población y vivienda del año 2010, se hizo un proceso de auto-identificación de acuerdo a las costumbres y tradiciones de los ciudadanos y se determinó que los habitantes del Ecuador se identifican en 45 etnias.

Autoidentificarse como mestizo fue la etnia que predominó en la pesquisa es de señalar que un porcentaje mayor a lo referido en la investigación se autoidentifican como cholos por vivir en la costa ecuatoriana, el cholo es descendiente de las sociedades originarias de la costa, se asientan a la orilla del mar, en las islas del Golfo de Guayaquil y los esteros de agua salada se dedican primordialmente a la pesca y navegación, pero esta etnia no está identificada en los registros estadísticos del sistema de salud, por lo que asumen ser mestizos la gran mayoría, según estudios del autor en el análisis de la situación de salud de la comunidad, elaborado por el autor.

En la actualidad las tradiciones y costumbres de la etnia chola pueden desaparecer ante el incremento del fenómeno de aculturación y globalización en las zonas rurales de la costa ecuatoriana, razón por la cual, es deber de todos proteger este patrimonio cultural intangible y ese legado cultural.

En otras investigaciones realizadas en Ecuador como la presentada por Tigre Bueno predominó la etnia mestiza con un 92,41%, siendo una pesquisa realizada en la sierra ecuatoriana (28), donde la etnia que predomina es el

quichua. El mestizaje ecuatoriano comenzó a principios del siglo XVI, cuando los conquistadores españoles, ante la escasez de mujeres europeas, tomaron como esposas o raptaron a mujeres indígenas, igual se considera la mezcla entre europeos, nativos americanos, árabes, orientales y/o afrodecendientes.

Las tablas de la 6 a la 10, resumen las variables caracterización de la familia del adulto mayor, teniendo en cuenta su composición, estructura, ciclo vital y crisis familiares por las que transita, correspondientes al segundo objetivo del estudio.

Tabla 6. Distribución de las familias de los adultos mayores según el tamaño, pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud Urbano Playas. Año 2018.

Tamaño de la familia	No.	%
Pequeña	28	33,7
Mediana	43	51,8
Grande	12	14,5
Total	83	100

La tabla 6 representa la distribución de las familias según número de miembros, la clasificación con más predominio es la mediana con 43 familias, representando el 51,8%, seguido por las familias de clasificación pequeñas representando el 33,7%.

Al estudiar la clasificación por el número de integrantes de la familia, debemos comenzar planteando que los cambios demográficos actuales, conjuntamente con la situación económica existente han hecho que cada día aumente el número de hogares con uno o más ancianos conviviendo con varias generaciones bajo el mismo techo. Esta característica familiar es considerada

como de alto riesgo para la alteración de los procesos que influyen en el funcionamiento familiar, lo que requiere de un gran ajuste en el hogar (94).

Domínguez y colaboradores, citados por Acuña Rodríguez, consideran que, el principal sistema social del adulto mayor es la familia y de ella viene el apoyo que recibe, pues se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La familia del anciano debe brindar apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas (8).

El lugar de la familia en la atención primaria es importante por la relación entre esta y el desarrollo biológico de los individuos. El adulto mayor ha sido moldeado por la estructura, la dinámica y el ciclo vital del sistema familiar.

Si bien pueden existir conflictos entre las diferentes generaciones de la familia, no siempre ocurre así, pues, aunque existen objetivos diferentes entre sus miembros de acuerdo con la edad e intereses de cada uno, se puede llegar a un entendimiento que permita relaciones familiares satisfactorias.

La investigación coincide con el trabajo de Huacón en parroquia Pascuales perteneciente a la misma provincia donde se desarrolló el estudio (17) y los de Pérez en Cuba (26), es de destacar que en un cierto número de publicaciones predominan las familias pequeñas, como en los adultos mayores incorporados a Círculos de Abuelos del poblado Nueva Paz en Cuba, (98); el estudio donde caracterizan al adulto mayor publicado en la revista Zoilo Marínelo (99) y el estudio realizado en Guinea Bissau (86), antes mencionado.

Tabla 7. Distribución de las familias de los adultos mayores según ontogénesis, pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.

Ontogénesis	No.	%
Nuclear	45	54,2
Extensa	24	28,9
Extendida	14	16,9
Total	83	100

En la tabla 7 se representa la distribución de las familias según su ontogénesis, el mayor porcentaje lo representan las familias con clasificación nuclear con un 54.2%, seguido por las familias extensas con un 28,9%, la más baja es la familia extendida con un 16,9%.

En la investigación de Tigre Bueno (28) donde midió el estado cognitivo y funcionalidad familiar de los adultos mayores de la zona 7 en Ecuador, la mayoría de los adultos mayores pertenecen a una familia pequeña en un 67,1% lo que se contrapone a la investigación; sin embargo, si se hace coincidente con el presente estudio que la familia nuclear es la principal entre los adultos mayores encuestados.

Igual resultado obtuvo Garcés Jerez cuando estudió el síndrome de fragilidad en el adulto mayor y su repercusión en la salud familiar en la parroquia Cunchibamba en el año 2015, al clasificar las familias de los adultos mayores se reflejó un porcentaje elevado en las familias nucleares (100).

La publicación sobre depresión y funcionalidad familiar en Adulto Mayor, realizada en México, el 56,36 % de las familias, eran nucleares (101). Al igual que la investigación de Saavedra en el mismo país (96). Datos coincidentes con los resultados de este trabajo, cuando se refirió a la clasificación de la

familia según su proceso de desarrollo.

Otros estudios realizados en Ecuador en provincias vecinas (15), se acercan sus resultados a la investigación cuando predominan las familias extensas que ocuparon el 28,9% en encuesta, coincidiendo con los de Morales Vento y colaboradores (98).

Investigaciones realizadas en Latinoamérica por Sandra Reyes y colaboradores como la encuesta nacional sobre la vida en familia entre los adultos mayores derechohabientes del instituto del seguro social en México, se encontró que la mayoría 57,4% vivían en una familia extensa (102). Semejante sucede en la tesis realizada en Iquique en el año 2014, donde se estudió los efectos psicosociales de la desvinculación familiar desde la percepción de los adultos mayores autovalentes en situaciones de abandono familiar en establecimientos de larga estadía del adulto mayor (103).

Tabla 8. Distribución de las familias de los adultos mayores según el número de generaciones, pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.

Número de generaciones	No.	%
Unigeneracional	18	21,7
Bigeneracional	31	37,3
Multigeneracional	34	41
Total	83	100

La tabla 8 representa la clasificación de las familias según el número de generaciones, predominó la familia multigeneracional con 41,0%, seguido por las familias bigeneracional con 31 familias representando el 37,3%. Mientras que el número de familia unigeneracional son solo 18, de 83 familias que representan el total.

En el mencionado estudio realizado por Morales Vento, se observó predominio de las familias trigeneracionales, en el 43,48 %. En segundo orden de prioridad las familias unigeneracionales, y en menor medida aparecen las familias bigeneracionales y multigeneracionales (98). Resultados que no coinciden con los obtenidos por el autor.

En el presente estudio predominaron las familias multigeneracionales compuestas por madre, abuela e hijo hasta la compleja red de vastos sistemas de parentescos que no estaban alojados en el mismo domicilio, pero ejercían notable influjo y conocen cuáles son sus diferentes funciones y su organización jerárquica.

Tabla 9. Distribución de las familias de los adultos mayores según su ciclo vital, pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud Urbano Playas. Año 2018.

Ciclo vital	No.	%
Formación	3	3,6
Extensión	1	1,2
Contracción	61	73,5
Disolución	18	21,7
Total	83	100

En la tabla 9 se observa que predominó la contracción en las familias, según

su ciclo vital con 73,5%, mientras que el número de familias en extensión es solo 1, de 83 familias que representan el total.

Debemos tener en cuenta que las dinámicas del ciclo vital son cambiantes en su forma y función, por ende, en cada familia es diferente con el pasar del tiempo, por esta razón es necesario estudiarlas como un sistema desde su conformación y durante cada uno de los ciclos que atraviesa, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y predecible en donde la solución de las tareas de una fase anterior facilita la superación de una fase posterior (104).

En la investigación predomina la contracción en las familias coincidente con el estudio realizado por Tigre Bueno; que en diferentes puntos ha sido referenciado (28).

En la mayoría de las familias se cumplen los principios que rigen la etapa y las tareas dentro del proceso como tolerar la partida de los hijos, permitir la independencia de los hijos, que elijan sus parejas y vocaciones, aceptan los cambios de límites generacionales y apertura de límites familiares, asumen los roles de abuelos y desarrollan sistemas de relaciones y apoyo mutuo que les permiten mantener a la distancia generaciones en contacto y en algunos casos se han enfrentado a las múltiples pérdidas, juventud, salud, vitalidad, trabajo, el enfrentamiento a la soledad y la muerte de la pareja (105).

Tabla 10. Distribución de las familias de los adultos mayores según los tipos de crisis familiares pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas en el año 2018.

Existencia de la afección	Tipos de crisis familiar			
	Crisis normativa		Crisis paranormativas	
	No	%	No	%
Existe	35	42,2	30	36,1
No existe	48	57,8	53	63,9
Total	83	100	83	100

La tabla 10 representa que, en las familias de 83 adultos, predominó la no existencia de crisis, solo en 35 de ellas existen crisis normativas, que representa un 42,2% y en 30 existen crisis paranormativas.

Al ser la familia la cedula básica de la sociedad y la institución social más cercana al individuo, a la cual está ligado por fuertes lazos afectivos y sociales, así como por estrechos intereses de necesidad e incluso de supervivencia, para cualquier humano una crisis personal repercute en su familia y una crisis de la familia pasa a ser, probablemente, una crisis personal (106).

Además, tener presente el carácter sistémico de esta institución, a manera de intermediario natural entre el macro sistema, constituido por el aparato sociocultural que nos rodea, parte del ecosistema que incluye la naturaleza, modificada por la actividad del hombre y la persona, complejísimo microsistema (106).

El ciclo vital lo atraviesa toda familia, es un proceso permanente de contradicciones entre constante exigencias que demandan los acontecimientos de la vida, el modo de afrontarlos y la organización familiar. Estos acontecimientos son hechos que traducen particular significado y en

ese sentido se originan procesos de cambios en la vida del individuo y el grupo familiar, caracterizados por modificaciones en la estructura y el funcionamiento, implica ajustes en los roles y genera nuevos mecanismos de afrontamiento para incorporar la nueva situación, el impacto de estos acontecimientos tendrá una repercusión familiar variable y suele convertirse en una crisis familiar (107,108).

En las familias del estudio predominaron la no existencia de crisis, pero se debe tener siempre presente que coexisten en cada familia procesos críticos que son esenciales para poder culminar obstáculos que nos pone la vida, al paso de cada una de las etapas del ciclo vital, las cuales requiere de una acentuación de recursos de la familia y de la comunidad para saber superarlas y modificar la salud familiar de forma positiva.

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 y exigencias para la salud pública.

En el 2014, Limia Núñez y col. Realizan la caracterización de la familia del adulto mayor y sus conclusiones se diferencian de la presente investigación, en ella predominaron las crisis normativas como la jubilación, el envejecimiento y la enfermedad (95).

Ávila Oliva, en el 2012, caracteriza las familias del anciano con deterioro cognitivo, obtuvo resultados que difieren de la investigación, todas las familias tenían crisis familiares con predominio de las paranormativas en el 86,1 % (109).

En estudio realizado en Cuba en el año 2011, se publica una investigación que difiere de la presente, se plantea en la misma, que las crisis paranormativas son las que mayor influencia tienen sobre los ancianos ellos mismos pueden recibir en su hogar a un hijo divorciado o unirse a la familia

de un hijo, pueden sufrir la muerte de estos o del otro cónyuge antes del periodo indicado, sufrir hospitalizaciones prolongada o una discapacidad (56).

La tabla 11, resumen las variables de las relaciones internas del funcionamiento familiar del adulto mayor correspondientes al tercer objetivo del estudio.

Tabla 11. Distribución de las familias de los adultos mayores según las relaciones internas pertenecientes al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.

Dimensiones	Categorías					
	Favorable		Moderadamente favorable		Desfavorable	
	N0	%	N0	%	N0	%
Cohesión	43	51,8	30	36,1	10	12,1
Armonía	25	30,1	43	51,8	15	18,1
Rol	12	14,6	20	24,0	51	61,4
Afectividad	43	51,8	35	42,2	5	6,0
Comunicación	60	72,3	18	21,7	5	6,0
Adaptabilidad	32	38,6	49	59,0	2	2,4
Permeabilidad	41	49,4	39	47,0	3	3,6

La familia es un núcleo donde interactúan varios componentes: sentimientos, conductas, expectativas, motivaciones y necesidades de sus integrantes. Todo este proceso se efectuará en un contexto dinámico establecido según cada etapa evolutiva de la familia, que por consiguiente permitirá el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar (110).

Así podemos ampliar la visión acerca del enfoque de familia y su dinámica dentro de un proceso multidisciplinario, donde intervienen varios aspectos y características tanto externas como internas dentro del ciclo familiar, las que interactúan entre sí proporcionando los cambios de la dinámica familiar (30).

Al analizar la cohesión de las familias en la tabla 11 se observó que 50 de ellas no tenían una cohesión favorable para enfrentar las diferentes situaciones y tomas de decisiones. Ninguna de las familias funcionales exhibe mala cohesión, parece ser que a medida que se afecta la cohesión de una familia, más posibilidades hay que esta sea disfuncional.

Una familia que cuente con un adulto mayor y que tenga dificultad para ponerse de acuerdo a la hora de la atención del mismo o para tomar decisiones para darle el adecuado tratamiento a este integrante de la familia será una familia que poco podrá hacer como sistema de apoyo por este anciano; allí debe de estar vigilante el EAIS, no solo para ayudar al anciano sino a la familia en su conjunto.

El análisis de la dimensión armonía, se encontró que más del 65% de los hogares de estos ancianos tenían una armonía entre moderadamente favorable y desfavorable según la percepción del propio anciano, no hay correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en su equilibrio emocional positivo. Mientras más afectada esté, más difícil será enfrentar y solucionar problemas.

El 14,6% de las familias según la distribución de roles presentan esta dimensión como favorable. Una familia que presente dificultades en esta

dimensión, como se representa en la investigación significa que las funciones y las responsabilidades recaen en un miembro de la familia, repercutiendo en el funcionamiento de la misma.

La dimensión afectividad solo es desfavorable en un 6%, lo que significa que la mayoría de los miembros de la familia tienen la capacidad de evidenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

El 72,3% de las familias demostraron una favorable comunicación entre sus miembros, son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara directa.

La dimensión adaptabilidad se muestra moderadamente favorable en un 59% significa que existen dificultades en la habilidad de las familias para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación determinada.

Según la permeabilidad en un 49,4% de las familias esta dimensión es favorable y un 47% moderadamente favorable lo que demuestra que presenta algún grado de dificultad en la capacidad de dar y recibir experiencias de otras familias o instituciones, se debe trabajar en ellas porque si la familia no es permeable todo cuanto se haga en pro de modificar conductas, actitudes y hábitos individuales y colectivos, será en vano.

Al comparar el funcionamiento de las relaciones internas expuestas en este trabajo con la bibliografía consultada, nos muestra Ana Abigail (29) en su estudio que las dimensiones de mejor resultado fueron, la cohesión, roles y comunicación, mientras que armonía y adaptabilidad las más afectadas.

Comparando con un estudio realizado en Cuba, durante el periodo 2011 – 2012, los mejores resultados lo mostraron las dimensiones cohesión, armonía y afectividad. Se apreció dificultades en permeabilidad, roles, adaptabilidad y comunicación (111).

Al confrontarlo con una investigación realizada en Ecuador en la provincia de

Cuencas, donde utilizaron el modelo de circumplejo de Olson para valorar la funcionalidad familiar se presentó mayoritariamente una inadecuada adaptabilidad y una favorable cohesión (25).

La tabla 12, resumen las variables donde se interpreta el funcionamiento de las relaciones (FF SIL) internas en las familias de los adultos mayores correspondientes al cuarto objetivo del estudio.

Tabla 12. Interpretación del funcionamiento familiar, en las familias de los adultos mayores que pertenecen al consultorio No 4 del centro de salud urbano Playas. Año 2018.

Interpretación del FFSIL	No.	%
Familia funcional	43	51,8
Familia moderadamente funcional	38	45,8
Familia disfuncional	2	2,4
Total	83	100

La efectividad con que se desenvuelve la conducta de los miembros de una familia para cumplir sus funciones básicas y satisfacer las necesidades individuales y colectivas dependientes de ellos se entiende por funcionalidad. Una familia puede ser funcional o disfuncional de acuerdo con el modo adecuado o inadecuado en que se satisfaga las necesidades de sus integrantes y que haga posible o entorpezca el bienestar y el ajuste emocional y social dentro de ella (107).

Lo que se hace muy evidente cuando en el seno de la misma hay adultos mayores, que requieren una atención integral muy específica y ajustada a esta etapa de la vida (112,95).

En la muestra seleccionada predominó la familia funcional con 43 miembros, lo que representa el 51,8%, seguido de la familia moderadamente funcional con 45,8%. Mientras que solo 2 familias son disfuncionales y ninguna de ellas severamente disfuncional.

Los reportes epidemiológicos concernientes a la funcionalidad familiar son extremadamente heterogéneos, con resultados muy variables según los riesgos autóctonos de cada población estudiada. No obstante, nuestros resultados armonizan con los previamente descritos en Ecuador (113).

En estudio citado por Wang, et al 2015, menciona que la familia es un ente dinámico y cuya evaluación del funcionamiento familiar ningún instrumento lo puede captar en su totalidad (114)

Cuando se midió la frecuencia del nivel de funcionamiento familiar en los adultos mayores de la parroquia San Juan Gualeceo en la provincia Azuay, los resultados no coinciden con los planteados en esta investigación donde el 58,6% tuvo una familia moderadamente funcional (115) igual resultado plantea la doctora López en Latacunga que con el FF-SIL logró identificar que predominan las familias con adultos mayores moderadamente funcionales en un 69,1% (29).

Así como el planteado por la doctora Ordoñez en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, donde uno de sus objetivos fue determinar la disfuncionalidad familiar en adultos mayores tanto en el área urbana como rural de Pichincha, prevaleció la percepción del anciano de vivir dentro de una familia moderadamente funcional (116).

Se hacen coincidente con la presente investigación varios estudios revisados como en el que la funcionalidad familiar fue valorada en un grupo de adultos mayores que acuden al centro de atención primaria Cotocallao del IESS en agosto del 2015, con igual instrumento obteniendo un 67,5% de familias funcionales (30) y con el estudio realizado en Guadalajara México donde el

77% de las familias de los adultos son funcionales (117).

El individuo necesita apoyo familiar y la ausencia de este puede generarle soledad, este es un recurso vital de promoción y prevención de la salud (63).

Siempre tener presente como médicos familiares comunitarios que hay que distinguir lo que es una familia dentro de la persona y lo que es la persona dentro de la familia. La primera definición representa las relaciones interpersonales en el grupo familiar, mientras que la segunda representa las experiencias familiares incorporadas por las personas (118).

Los resultados que se presentan ofrecen una evaluación del funcionamiento en familias con adultos mayores pertenecientes al consultorio N0 4 del CS Urbano Playas, sin llegar a establecer relaciones de causalidad dado el diseño transversal del estudio.

17. CONCLUSIONES

Predomina el sexo femenino, la instrucción académica de nivel primario, estado civil casado, con la ocupación ama de casa y se autoidentifican como mestizos.

En el estudio prevalece la familia mediana, nuclear y multigeneracional y en contracción.

Aventaja la no existencia de crisis familiares y en el funcionamiento de las relaciones internas las dimensiones cohesión, afectividad y comunicación predominaron como favorables, la dimensión rol aportó el mayor porcentaje como desfavorable.

En la interpretación del funcionamiento familiar el mayor porcentaje lo ocupan las familias funcionales.

18. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación actual evaluó el funcionamiento familiar en familias con adultos mayores. La selección del tema fue fundamentado en el análisis de la situación de salud del consultorio médico 4 del centro de salud urbano Playas.

Se considera que el estudio se pudo realizar gracias a la permanencia del médico familiar y comunitario durante 3 años en el área asignada, buscando una atención personalizada con calidad y calidez, donde se evidenció la relación médico – paciente en la apertura para aplicar las encuestas con la confidencialidad necesaria.

En su mayor porcentaje la información consultada para discutir los resultados con otros estudios se obtuvo mediante buscadores Scielo, LILACS y PubMed. Las palabras claves para la búsqueda fueron familia, Adulto Mayor, Medicina familiar, Salud, Se seleccionaron poblaciones semejantes a la actual investigación y en su mayor parte de los últimos 5 años, de varias regiones del mundo pero en especial de América Latina, además se tuvieron en cuenta los datos estadísticos actualizados en el país.

A pesar de los indudables aportes del presente trabajo quedan algunas insatisfacciones que debemos tener en cuenta, la población de estudio estuvo restringida a un solo consultorio médico, por lo que se sugiere continuar con la línea de investigación teniendo en cuenta en la valoración del adulto mayor no solo los aspectos individuales, sino las características y crisis que sufren su familia, sí como la evaluación de su funcionamiento familiar.

19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sintés Álvarez R. Salud. Volumen I. Parte XI. Salud familiar. Capítulo 3. Medicina General Integral. / Colectivo de autores; rev. Roberto Álvarez Sintés; [pról. Alfredo Espinosa. Brito]; 3. ed. aumentada y corregida. -- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014. 358 p., 5 t.: il., tab. Disponible en <https://www.scribd.com/document/319751825/medicina-gral-tomo1-pdf>
2. Pérez MM. Medio familiar de los adultos mayores. Rev. de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Vol. 16, Núm. 1 (2012) [citado: 20 Sept 2017]; Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/874/html>.
3. Marante E, et al. Training families for the management of dependent old people. AMC [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Sep. 05]; 18(3): 284-296. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000300004&lng=es.
4. Cifuentes P. Adulto mayor institucionalizado. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Trabajo Social. Tesis para optar al grado académico de Licenciada en Trabajo Social. Tesis para optar al Título de Asistente Social. Santiago, Chile 2005. [citado 22 Sept 2017]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/176/tesis>
5. Flores Villavicencio. Condiciones sociales y Calidad de vida en el adulto mayor. Experiencia de México, Chile y Colombia. Universidad de Guadalajara. Primera Edición, 2011. Disponible en: www.cucs.udg.mx/.../
6. Portieles A. Texto Crisis, familia y Psicoterapia. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2002. 380 pag. Disponible en: newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Crisisfamiliapsicoterapia.pdf
7. Informe sobre Envejecimiento y el desarrollo: Un resumen. Pobreza, Independencia y las personas mayores en el mundo. Acción Global sobre el envejecimiento. Disponible en [http:// www.earthsacan.co.uk](http://www.earthsacan.co.uk)
8. Acuña I, et al. Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena. Trabajo para optar al título de enfermera. Universidad de Cartagena facultad de enfermería Cartagena D. T Y C.2015. Disponible en <https://www.google.com.ec/search?rlz=>
9. Sarabia CM. Successful aging and quality of life, its role in the theories of

- the aging. Gerokomos [Internet]. 2009 Dic [citado 2017 Nov 02] ; 20(4) : 172-174. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lng=es.
10. Tello M. Nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en centro de atención de salud del Minsa. 2014. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú 2015. Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4256>
 11. Berrío M. Envejecimiento de la población, un reto para la salud. Revista Colombiana de Anestesiología. 2012. Volume 40, Issue 3, August–October 2012, Pages 192-194. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.rca.2012.04.001>
 12. Grupo de trabajo del consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes estudios e investigación de Madrid; 2014. (Último acceso 16 de septiembre 2017). http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
 13. Grupo de trabajo del programa nacional del adulto mayor. Programa nacional del Adulto mayor. Ministerio de salud pública de Uruguay. Dirección general de salud; 2005. (Último acceso 16 de septiembre 2014). Disponible en <http://www.msp.gub.uy/>
 14. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas mundiales 2014. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/
 15. Villacis B. País atrevido, la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Edición especial. Revista Analitika. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Quito. Ecuador 2012. www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/.../Nuevacarademograficadeecuador.pdf
 16. Instituto nacional de estadísticas y censos. Comisión de transición hacia la definición de la institucionalidad pública que garantice la igualdad entre hombres y mujeres. Decreto ejecutivo 1733RO 601-29 de mayo 2009. Disponible en: <http://dds.cepal.org/redesoc/portal/instituciones/ficha/?id=1671>
 17. Huacón NR. Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, Consultorios 17 y 18, centro de Salud Pascuales, junio 2015 – junio 2016. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. [Tesis para optar al grado

- académico de especialista en Medicina familiar y comunitaria.] Ecuador 2017. <http://repositorio.ussg.edu.ec/handle/>
18. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (INEC). 2017 www.ecuadorencifras.com.
 19. Instituto Nacional de Estadística y Censos Salud, INEC Bienestar y Envejecimiento (2009). www.inec.gob.ec; www.ecuadorencifras.com.
 20. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de las personas adultas mayores. Ecuador; 2012-2013. Disponible en: [http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)
 21. Ministerio de Salud Pública. Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2011.
 22. Duran Di. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270. Recuperado em 06 de sept de 2017, Disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100019&lng=pt&tlng=es. 7116300736.
 23. Freire WMS PhD. Investigadora principal SABE (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento) Ecuador 2009 – 2010.
 24. República del Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población y Vivienda 2010. Mujeres y hombres del Ecuador en Cifras III. Serie de información estratégica. ISBN: 978-9942-07-390-7. (citado 16 Sep 2017) Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
 25. Siguenza WG. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. Tesis previa a la obtención del título de Magister en psicoterapia del niño y la familia. Cuenca, Ecuador, 2015. [citado 22 Sep 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>
 26. Pérez MM. Medio familiar de los adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Sep 04] ; 16(1): 97-104. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100012&lng=es.
 27. Takase LH. Dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2011;19(3):Tela 1-Tela 9. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421956003> 22.

28. Tigre JO. Estado cognitivo y funcionalidad familiar de los adultos mayores de la Zona 7. Ecuador, 2016. [Tesis para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.] Universidad Nacional de Loja. 2017. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18401>
29. López A. Salud Familiar y Funcionalidad del Adulto Mayor del sector EU Latacunga. 2016. [Tesis para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.]. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Dirección de Posgrado. 2016. <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24107>
30. Andrade AC, Influencia de los talleres recreativos en la calidad de vida y dinámica familiar de los jubilados que acuden al centro de atención primaria Cotocollao. Del IESS en el periodo marzo – abril 2015. [Tesis para optar por el título de especialista en medicina familiar y comunitaria]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2015. Disponible en repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10253
31. Pardo Andreu Gilberto. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2003 [citado 2017 Nov 02]; 22(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008&lng=es.
32. García M. Aspectos psicosociales del envejecimiento. Diagnóstico. Vol 42, num 2- marz-abr 2003. Disponible en <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/43-46.html>
33. Villarroel Vargas JF. Capacidad funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. La Calera centro, Latacunga. [Tesis para optar por el grado académico de especialista en medicina familiar y comunitaria]. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Dirección de Posgrado <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24196>
34. Aguerre B, Curcio CL. Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, 22(2), 1146-1162. (2008). <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/43-46.html>
35. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Manual del Modelo de atención integral de salud familiar, comunitaria e intercultural. 2013. Disponible es: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub_gobernanza_salud/manual_mais_2013.pdf

36. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una vida. República del Ecuador. Consejo Nacional de Planificación y desarrollo – Senplades 2017. Quito- Ecuador. Disponible en: [www. Planificación.gob.ec](http://www.Planificación.gob.ec).
37. De los derechos humanos, Declaración Universal. Declaración Universal de los Derechos humanos. Tomado de <http://www.aprodeh.org.pe>, 2003.
38. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Normatización del SNS. Área de Salud del Adulto Mayor. Manual para cuidadores de las personas adultas mayores dependientes, Quito. Agos, 2011. Disponible en <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones>.
39. Ministerio de Salud Pública Yáñez P, Martínez D. Guías geronto-geriátricas de atención primaria. Ecuador. 2008.
40. Llanes C. Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007 Sep [citado 2017 Nov 02]; 23(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300006&lng=es
41. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873sp37a.pdf>.
42. Vélez ER. Evaluación del cumplimiento de las Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los Adultos Mayores en el Centro de Salud Pascuales en el 2015 [Tesis para optar por el grado académico de Especialista en medicina familiar y comunitaria]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2017 <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/>
43. CEPAL. Comisión económica para América Latina y el Caribe. Boletín 13 Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Ene 2016. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/39876>
44. Ministerio de Salud Pública. Guía de mejoramiento de la calidad en la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Ecuador 2011
45. Conferencia regional sobre envejecimiento. Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe - Asunción, 27 a 30 de junio de 2017 <https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/es>
46. Arencibia H, Diagnóstico y tratamiento en medicina interna. En Rodríguez V. Cap 93. Anciano hospitalizado, pag 961-2. Editorial de Ciencias Médicas.

La Habana. 2012

47. Ceballos G. Actividad física y calidad de vida en adultos mayores. In: *Actividad Física en el Adulto Mayor (2012). El Manual Moderno*, pp. 1-139. ISBN 9786074482843 Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/4476>
48. Duran A. Código de la familia. [Internet]. 2013. <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodefamilia/2013/10/31/codigo-de-familia>.
49. Herrera PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1997 Dic [citado 2017 Oct 24] ; 13(6): 591-595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es.
50. Capa GA, Factores relacionados en la falla de adherencia terapéutica en los adultos mayores polimedicados que acuden a la consulta externa del hospital un canto a la vida y fundación tierra nueva. 2013 [Tesis para optar por el grado de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2013. Disponible en <http://repositorio.puce.edu.ec>
51. Organización Mundial de la Salud. Adulto Mayor. [Internet]. 2010. [citado 20 sep 2017]. Disponible en: http://search.who.int/search?q=concepto+de+adulto+mayor&ie=utf8&site=who&client=_es_r&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=UTF8&ulang=es&ip=181.112.105.241&access=p&sort=date:D:L:d1&entqr=3&entqrm=0&entsp=a__hq_policy&lr=lang_es&wc=200&wc_mc=1&ud=1&start=10.
52. Zurro M, Cano J, Gené J. Atención Primaria. 7 ed. Barcelona España. Elsevier, 2014, t 1; (64 – 66).
53. Organización de Naciones Unidas. Federación Internacional del Desarrollo de la Familia [En internet] [Consulta 2015 noviembre]. Disponible en: <http://www.thefamilywatch.org/VRKDBR.pdf>.
54. Louro I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. Volumen II. Parte XI. Familia. Capítulo 59. Medicina General Integral. / Colectivo de autores; rev. Roberto Álvarez Sintés; [pról. Alfredo Espinosa. Brito]; 3. ed. aumentada y corregida. -- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014. 358 p., 5 t.: il., tab.
55. Ferrari M. A importância da família. In: *Família Brasileira: a base de tudo*. São Paulo/Brasília: LIMONAR [Internet]. 2011. [citado 201709-25]; 33(4); 11-25. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/rt/printerFriendly/855/html>.

56. Placeres JF. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Ago [citado 2018 Oct 24] ; 33(4): 472-483. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es
57. Zaldívar DF. Funcionamiento familiar saludable p.12. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf
58. Louro I. et. al. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, reimpresión 2012. 48 p. ISBN 978959-212-746-3. Disponible en [www.sld.cu/galerias/pdf/.../manual para la intervencion en la salud familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/.../manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf)
59. González I. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 Jun [citado 2017 Nov 04] ; 16(3): 270-276. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300010&lng=es
60. Collazo Y. Apoyo familiar a los ancianos. (Universidad Central Marta Abreu. Cuba. Disponible en: www.cedem.uh.cu/sites/.../12.%20Apoyo%20familiar%20a%20los%20ancianos....pdf
61. Zapata BI, et al. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011 .Rev. salud pública. 17 (6): 848-860, 2015 Universidad CES. Medellín, Colombia. Aceptado 18 Julio 2015) Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/viewFile/34739/55071>
62. Landriel E. Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social. Santiago del Estero (Argentina) - Universidad Nacional de Santiago del Estero e Instituto San Martín de Porres. 2000 Disponible en: www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf
63. Balseca NH. Factores de riesgo intrafamiliares relacionados con el Consumo de alcohol. Población del eu 06. Pujilí, 2015 –2016.[Tesis para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Técnica de Ambato. <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24242/1>
64. Velasco M. Armas de Hernández MJ Editorial Revista Latinoamericana de

- Hipertensión, vol. 3, núm. 4, mayo-junio, 2008, pp. 1-1 Sociedad Latinoamericana de Hipertensión Caracas, Organismo Internacional Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170252187001>.
65. Casado V. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria 2da ed. Barcelona: Editorial médica Panamericana; 2012: 2456-58.
66. González Benítez I. Las crisis familiares. Rev. Cubana Med Gen Integral 2000.
67. Girón J. Adolescentes, ocio y consumo de Alcohol. España 2007.
68. Valladares M. La familia: Una mirada desde la psicología. Rev. Ciencias Médicas Cienfuegos ISSN: 1727 -897 X medisur 2008.
69. Gómez Arroba O. Las familias disfuncionales y su influencia en el consumo de Alcohol de los estudiantes del colegio Reinaldo Miño Altamarano de la parroquia Santa Rosa, cantón Ambato en el período agosto 2012-enero 2013. Tesis Universidad Técnica de Ambato. 2013.
70. Valdés J. Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico. 2014, 8 (1) [biblioteca virtual Linea]. Disponible: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/41/50>. [consulta: 18 de mayo 2018]
71. Ares P. psicología de la familia: Una aproximación a su estudio. La Habana. Ed. Félix Varela. 2003.
72. Valdez A. Familia y desarrollo, Intervenciones en terapia familiar. México: El Manual Moderno, 2007.
73. Concepción J. Estrategia Didáctica para estimular el desarrollo de competencias comunicativas en idioma inglés de estudiantes de especialidades Biomédicas. Tesis doctoral. Universidad Cenral de las Villas. 2004.
74. Monereo C. Estrategias de gestión temporal en las actividades colaborativas mediadas por ordenador. Análisis cualitativo de los episodios estratégicos. Rev Teoría de la Educación 2004.
75. OMS, Informe sobre envejecimiento y salud. 2015. Disponible en: www.who.int/ageing/publications/world-report/2015/es.
76. Gordillo LR. Tesis [Internet]. 2017 [citado el 26 de junio 2018]. Recuperado a partir de <http://dscape.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27176>

77. Hernández RY et al. Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores de Casa de Abuelos Cotorro. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana 2012; 9 (1) Disponible en: www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34787
78. CEPAL. Comisión económica para América Latina y el Caribe. Chile. Boletín demográfico. América Latina. Proyecciones de población urbana y rural 1970 – 2025. Julio 2005
79. Saavedra AG, González, Santa Lucía RT. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Rev Atención Familiar Vol 23 n 1. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>
80. República del Ecuador. INEC. Encuesta Condiciones de Vida, 5ta. Ronda. La población adulto mayor en la ciudad de Quito. Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. Análisis Estadístico socioeconómico. Quito, octubre, 2008. [citado 22 mayo 2018]; Disponible en: www.inec.gov.ec
81. Borja PE. Autopercepción y percepción familiar de la calidad de vida del Adulto Mayor ER 12, La Victoria 2015 – 2016. Universidad Técnica de Ambato. Tesis para optar por el título de Especialista en primer grado en Medicina Familiar y Comunitaria. Pag 100. Disponible en: repositorio.uta.edu.ec.
82. Suquilanda JA. Tesis [internet]. 2017 [citado el 26 de junio de 2018]. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27164>.
83. Miranda JF Capacidad funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. La Calera centro, Latacunga. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Dirección de Posgrado. Tesis para optar por el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24196>).
84. UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Educación para todos. América Latina y el Caribe. Revisión regional 2015 de la educación ara todos. OREAL/2014/PI/H/1. Disponible en. unesco.org
85. Andrade AC. Influencia de los talleres recreativos en la calidad de vida y dinámica familiar de los jubilados que acuden al centro de atención primaria “Cotocollao” del IESS en el periodo marzo- abril del 2015. Tesis. Disponible en URI: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10253>

86. Enamorado GV. Violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en una comunidad de Guinea Bissau. MEDISAN [Internet]. 2013 Jul [citado 2018 Mayo 27] ; 17(7): 1053-1059. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000700004&lng=es.
87. Suárez Torres MO. Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico "Joaquín Albarrán". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Ago 05] ; 31(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200005&lng=es.
88. Baster JC. Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2012 Mar [citado 2018 Jul 30]; 38 (1): 168 – 173. Disponible en http://scielo.sld.cu.php?script=sci_arttext&pid=s064-34662012000100016&lng=es
89. Viltres M. Actividades extradocentes para fortalecer la incorporación de los ancianos a la Cátedra del adulto mayor del municipio Media Luna. Universidad de Granma. Cuba. Ciencia & Futuro V 6 N0 1 Año 2016. https://revista.ismm.edu.cu/index.php/revista_estudiantil/article/view/1256
90. Battro A. El cerebro no se jubila. Academia nacional de Educación. www.acaedu.ar. Pontifica Academia de Ciencias www.pas.va [https://www.fundacionceibal.edu.uy/sites/default/files/Battro,%20El%20cerebro%20no%20se%20jubila%20\(1\).pdf](https://www.fundacionceibal.edu.uy/sites/default/files/Battro,%20El%20cerebro%20no%20se%20jubila%20(1).pdf)
91. González Domínguez RA. Sexualidad en el adulto mayor: Mitos y realidades. AMC [Internet]. 2005 Ago [citado 2018 Ago 05] ; 9(4): 67-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000400007&lng=es
92. Zuñiga A. Percepción del Adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares. Desarrollo Científico Enfer. Vol N0 4 Mayo. 2012. <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-134.pdf>
93. Osorio G. Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo.. Tesis para otra por el título de licenciado URI: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/230> Fecha: 2007
94. Navarro M.G. Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el área urbana México./Enferm. investig. desarro. 2013, julio diciembre,

vol 11(2): 77-95. dspace.unitru.edu.p
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9208>

95. Limia Núñez Y. Caracterización de la familia del adulto mayor. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2014 [citado 2018 Oct 24];39(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/253>
96. Saavedra-González AG et al. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Aten Fam. 2016;23(1):24–28. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>
97. ENENDU. Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC.
98. Herrera Santi PM. Jubilación y vejez, su repercusión en la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2008 Dic [citado 2018 Mayo 06]; 24(4).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400008&lng=es
99. Morales Vento E. et al. Caracterización de la percepción de las relaciones familiares de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos. REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2015 21(2) [citado 11 Oct 2016]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh2015/cmh152c.pdf>
100. Cervera L. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. AMC [Internet]. 2008 Dic [citado 2018 Mayo 27] ; 12(6): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000600006&lng=es
101. Garcés KE. Síndrome de fragilidad en el Adulto Mayor y su repercusión en la salud familiar, parroquia Cuchibamba 2015 – 2016. Trabajo de investigación previo al grado académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Técnica de Ambato. Disponible en:
102. Saavedra-González AG. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Atención Familiar. Vol. 23. Núm. 01:24–28. [citado 22 May 2018]; Enero - Marzo 2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-depresion-funcionalidad-familiar-adultos-mayores-90450348>
103. Reyes S. Vida en familia entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del seguro social México 1998 – 1999. <http://>

https://www.researchgate.net/profile/Sandra_Reyes_Beaman/publication/308886336

104. Contreras J. Efectos psicosociales de la desvinculación familiar desde la percepción de los adultos mayores autovalentes en situación de abandono familiar, en el establecimiento de larga estadía del adulto mayor “Huerto de Paz” de la Comuna de Alto Hospicio. Tesis para Optar al título profesional de trabajador social y al grado académico de Licenciado en Trabajo Social. Universidad Arturo Prat del Estado de Chile. Iquique – Chile 2014. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/267048710/efectos-psicosociales-adulto-mayor-pdf>
105. Ludizaca BE. Tipos de familia estructural y la relación con sus límites. Monografía previa a la obtención del título de Licenciada en Psicología. Educativa en la especialización de Orientación Profesional 2013. Universidad de Cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4302>.
106. Moratto S. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015 CES Psicología, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, 2015, pp. 103-121 Universidad CES Medellín, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423542417006>.
107. Clavijo A. Crisis familia y psicoterapia. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana 2002. 380 p.
108. Louro I. Modelo teórico metodológico para la evaluación de Salud del grupo familiar en la atención primaria. Tesis doctoral. Escuela de Salud Pública, Cuba. 2004
109. Ávila Oliva Marcia Maritza. Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Jun [citado 2018 Oct 24] ; 38(2): 246-252. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200007&lng=es.
110. Alonso G. P. Funcionamiento familiar desde la percepción del adulto mayor. Convención Salud 2015. Habana Cuba. Disponible en: www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/.../777
111. Familiar A de M. Conceptos básicos para el estudio de las familias Arch Med Fam 2005, 7 (1): 15 -9

112. Picos A. Caracterización de la salud familiar del consultorio médico 262. Policlínico Universitario Luis A. Turcios Lima. 2009.
113. Ruiz J. Caracterización de ancianos frágiles en consultorio del médico de la familia. Rev Ciencias Médicas de La Habana. Cuba 2016.
114. Wang, B He, P & Dong B. 2015. Asociation between family functioning and cognitive imparment among.
115. Ávila SC. Determinantes sociales relacionadas a la depresión del adulto mayor en el centro de salud de la parroquia San Juan cantón Gualaceo provincia de Azuay 2015. Título para optar por la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Universidad de Cuenca. Ecuador 2017 <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27256>
116. Ordoñez LM. Autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la zona rural (Hospital Pedro Vicente Maldonado) y urbana (unidad de atención ambulatoria la Ecuatoriana) pertenecientes a la provincia de Pichincha y su relación con la disfuncionalidad familiar. Ecuador 2015. Disertación previa a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar. Pontifica Universidad Católica del Ecuador. Disponible en: repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/4096/T-PUCE3780.pdf;sequence.
117. Rodríguez J. Correlación de la calidad de vida y la funcionalidad familiar de los adultos mayores de capilla Guadalupe. Tepatitlán de Morelos, Universidad de Guadalajara. 2014.
118. Rubinstein A. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Bases fundamentales de la práctica de la Medicina. 2da edición Argentina. Medicina Panamericana 2006.

20. ANEXOS

ANEXO I. Consentimiento Informado

Yo, Dr. William Arturo Salazar Castro, posgradista de medicina familiar y comunitaria en el Centro de Salud Anidado de Playas, me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre funcionamiento familiar en hogares con adulto mayor.

Por tal motivo le informo e invito a usted, a formar parte del estudio que se desarrollará en el consultorio médico de familia No 4, centro de salud Anidado Playas. El estudio pretende encuestar a los adultos mayores y aplicar diferentes técnicas en las que solamente deben responder preguntas, cuyas respuestas se mantendrán en total confidencialidad, por lo que, al formar parte de la investigación Ud. no se expondrá a ningún riesgo. Los resultados de la investigación le serán oportunamente comunicados.

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

Consiento voluntariamente formar parte en esta investigación, después de haber leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

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

Nombre del Participante: _____

C.I. _____

Fecha Día/mes/año

Firma del investigador: _____

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO II. Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

	Casi nunca.	Pocas veces.	A veces.	Muchas veces.	Casi siempre.
1.-Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2.-En mi casa predomina la armonía					
3.- En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4.-Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5.-Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6.-Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					

7.-Tomamos en consideraciones las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8.-Cuando uno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9.- Se distribuyen las tareas de manera que nadie este sobrecargado.					
10.-Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11.-Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12.-Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13.- Los intereses y necesidades de cada cual son					

respetados por el núcleo familiar					
14.- Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

ANEXO III. FICHA FAMILIAR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR FICHA FAMILIAR											
BLOQUE 1: DATOS DE IDENTIFICACION DE LA UNIDAD OPERATIVA REPOSABLE											
Fecha de Visita (dd/mm/aaa)			2016	2017	2018	Responsable de diagnóstico de salud individual y familiar					
Institucion del Sistema			Código			Nombre:					
Nombre de la Unidad Operativa						Firma:					
BLOQUE 2: IDENTIFICACION DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR											
Ubicación Geográfica			Identificación General			Unidades			Dirección		
1. Provincia			4. Zona			7. Manzana			11. Calle 1		
2. Cantón			5. Sector			8. Edificio			12. Calle 2		
3. Parroquia			6. Localidad, Comunidad, Recinto/Bar			9. Vivienda			13. Nombre, Nº casa, bloque, edificio		
Tiempo que vive en esta casa						10. Hogar <input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/>			14. Lote <input type="checkbox"/>		
									15. Nº Telefónico Fijo <input type="checkbox"/>		
16. Meses						Celular <input type="checkbox"/>			Referencia		
17. Años									Fijo <input type="checkbox"/>		
									Celular <input type="checkbox"/>		
BLOQUE 3: DATOS DE LA VIVIENDA (Encierre en un círculo el código de la respuesta)											
1. Tipo de la Vivienda						2. Via de Acceso Principal a la Vivienda					
			2016	2017	2018				2016	2017	2018
Casa/ Villa						Calle o carretera adoquinada, pavimentada o de concreto					
Departamento en casa o edificio						Calle o carretera empedrada					
Cuarto(d) en casa de inquilinato						Calle o carretera lastrado o de tierra					
Mediagua						Camino, sendero, chaquiñán					
Covacha						Rio/ mar/ Lago					
Choza						Otro					
Otra vivienda particular											
3. Tiempo de desplazamiento											
			2016				2017				2018
Tipo de desplazamiento			Tiempo (min)			Tiempo (min)			Tiempo (min)		
Motor											
Pie/Triche											
Canoa											
Aereo											
Otro											
4. Condiciones de la Vivienda											
a. ¿El material predominante del techo de la vivienda es:						b. ¿El material predominante del piso de la vivienda es?					
			2016	2017	2018				2016	2017	2018
Hormigón (losa, cemento)?						Duela, parquet, tablón o piso flotante?					
Asbesto (eternit, eurolit)?						Tabla sin tratar?					
Zinc?						Cerámica, baldosa, viril o mármol?					
Teja?						Ladrillo o cemento?					
Palma, paja u hoja?						Caña?					
Otros materiales						Tierra?					
						Otros materiales?					
c. ¿El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de?:						d. ¿El estado del techo de la vivienda es?:			e. ¿El estado del piso de la vivienda es?		
			2016	2017	2018				2016	2017	2018
Hormigón?						Bueno <input type="checkbox"/>			Bueno <input type="checkbox"/>		
Ladrillo o bloque?						Regular <input type="checkbox"/>			Regular <input type="checkbox"/>		
Adobe o tapia?						Malo <input type="checkbox"/>			Malo <input type="checkbox"/>		
Madera?											
Caña revestida o bahareque?											
Caña no revestida?											
Otros materiales											



Ministerio
de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR

FICHA FAMILIAR

#	Nombres	Apellidos	Fecha de nacimiento	Edad	HC / C.I.	Parentesco	Sexo		Escolaridad										
							F	M	A	SE	BC	BI	BCHC	BCHI	SC	SI			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
TOTAL																			
							Familia		Apoyo de Red en Salud										
							Funcional		Si										
							No Funcional		No										

ANEXO IV. ENCUESTA.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO

Nombre:

Fecha: Código:

Estimado paciente me encuentro desarrollando un proyecto de investigación.

Le aseguro que esta encuesta es completamente voluntaria y confidencial, por lo que el anonimato está garantizado.

Si hay alguna pregunta que usted desea no responder, simplemente me avisa y continuamos a la próxima.

1. Cuantos años cumplidos tiene usted. ___ años
2. Sexo M ___ F ___
3. Situación laboral: ___ Activo ___ Jubilado ___ Ama de Casa
4. Tipo de familia
 - a. Según su tamaño: ___ Pequeña ___ Mediana ___ Grande
 - b. Según su ontogénesis ___ Nuclear ___ Extensa ___ Ampliada ___ Mixta.
 - c. Según su generación: ___ Unigeracional ___ Bigeneracional ___ Multigeneracional
 - d. Según su ciclo vital: ___ Formación ___ Extensión ___ Contracción ___ Disolución.
5. Crisis familiares normativas.
Contracción

- a. Cuantos hijos han abandonado su hogar ____
- b. Ha perdido hermano u otros familiares o amigos allegados.
____ Si ____ No
- c. Como es la relación con sus nietos. ____ B ____ R ____ No existe.

Disolución

- a. Vive con su cónyuge ____ Si ____ No
- b. Le han dicho alguna vez que lo llevaran a un asilo o casas para personas de edad. ____ Si ____ No ____ No responde.
- c. Alguien le ha manejado o maneja el dinero sin su consentimiento
__ Si ____ No ____ No responde

6. Crisis familiares paranormativas.

Incremento.

- a. En los últimos 6 meses se ha incorporado a su hogar alguna persona ajena a su núcleo personal. ____ Si ____ No.
- b. Ha regresado a su hogar hijos(as) después de llevar tiempo fuera de este __ Si __ No

Desorganización.

- a. En su hogar prima la armonía y buenas relaciones interpersonales entre sus miembros ____ Si ____ No ____ No responde
- b. Algún miembro de su hogar ha abandonado estudio o trabajo en los últimos 6 meses. ____ Si ____ No ____ No sabe
- c. Algún miembro de su hogar padece alguna discapacidad o enfermedad catastrófica. ____ Si ____ No ____ No sabe

Desmoralización.

- a. En su hogar alguno de sus miembros está afectado por el alcohol.
__ Si __ No
- b. En su hogar alguno de sus miembros está afectado por las drogas.
____ Si ____ No.

Desmembramiento.

- a. Algún miembro de su familia ha muerto de causa prematura en el último año. ____ Si __ No.
- b. Algún miembro de su familia ha abandonado el país en los últimos 6 meses. ____ Sí __ No



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Salazar Castro William Arturo**, con C.C: # 1307713840 autor del trabajo de titulación: **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN HOGARES CON ADULTOS MAYORES DEL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA No 4, CENTRO DE SALUD URBANO PLAYAS. AÑO 2018.** previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **17 de diciembre del 2018**

f. _____

Nombre: **Salazar Castro William Arturo**

C.C: **1307713840**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN HOGARES CON ADULTOS MAYORES DEL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA No 4, CENTRO DE SALUD URBANO PLAYAS. AÑO 2018		
AUTOR(ES)	William Arturo Salazar Castro		
REVISOR(ES)/TUTOR (ES)	Georgina Jiménez Estrada		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	95
ÁREAS TEMÁTICAS:	Geriatría, Medicina Familiar, Medicina Interna		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Familia, Adulto Mayor, Medicina Familiar, Salud, Envejecimiento, Hogar		

RESUMEN/ABSTRACT: **Antecedentes:** 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. **Materiales y Métodos:** Investigación descriptiva, observacional, transversal y prospectiva. El universo estuvo formado por 83 adultos mayores y sus familias, perteneciente al consultorio médico 4 del centro de salud urbano Playas, del cantón Playas, año 2018. Como criterio de inclusión, adulto mayor que a la selección cumple con criterios del investigador (jefe de familia) que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado. Se aplicó una encuesta realizada por el autor para estimar la crisis familiar que cursaban de igual manera la encuesta cubana ff-sill para valorar el funcionamiento familiar y las relaciones internas donde el autor realizó una escala tipo Likert para su mejor interpretación. **Resultados:** Las características sociodemográficas predominantes son mujeres de 65 a 70 años (36,3%) mestizos (57,8%) casados y un (28,9%) amas de casa, con nivel académico de primaria (60,2%), prevalecen las familias medianas (51,8%), nuclear (54,2), multigeneracional (41%) y en contracción (73,5%), predomina la no existencia de crisis (63,9%) y las dimensiones cohesión (51,8%), afectividad (51,8%) y comunicación (72,3%) son las más favorables, las familias funcionales ocupan el mayor porcentaje (51,8%). **Conclusiones:** Los adultos mayores residen en hogares donde el funcionamiento familiar es adecuado.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4- 0939302481	E-mail: williamarturosalazarcastro@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas	
	Teléfono: +593-4-3804600	
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	