UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

POSTGRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TÍTULO

“Situación socio familiar del adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar en la Zona 7. 2016”

Tesis previa la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

AUTOR: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha. Mg. Sc.

DIRECTORA: Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo. Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo.
Directora de Tesis.

CERTIFICA

Haber dirigido y discutido, en todas sus partes el desarrollo de la tesis titulada **"Situación socio familiar del adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar en la zona 7. 2016",** de la autoría del Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la Institución para los procesos de graduación de posgrado, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante tribunal designado para el efecto.

Loja, Lunes 19 de Diciembre 2016.

Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Elder Bolívar Jumbo Guaicha, declaro ser el autor del presente trabajo de Tesis, eximiendo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales, por los contenidos presentes en ella.

De la misma manera acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación del presente trabajo en la biblioteca virtual de la Institución.

,

Firma:_____

Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha. Mg. Sc.
Cédula: 1102681580.
Correo electrónico: drelderjumbo@gmail.com.

Loja, 2 de febrero del 2017.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Elder Bolívar Jumbo Guaicha declaro ser el autor de la tesis titulada **"Situación socio familiar del adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar zona 7. 2016",** como requisito para optar por el grado de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y en el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de ésta autorización, en la ciudad de Loja a los 02 días del mes de febrero del dos mil diecisiete.

Firma: _____

Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha. Mg. Sc.
Cédula: 1102681580.
Dirección: Jaime Hurtado 53-51 y Augusto César Sandino, Loja.
Correo electrónico: drelderjumbo@gmail.com.
Teléfono: 073028546 – celular: 0993860342.

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo, Mg. Sc.

Tribunal de Grado: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

Tribunal de Grado: Dra. Maricela del Rosario López Morocho, Mg. Sc.

Tribunal de Grado: Dra. Ximena Vásquez Cabrera, Esp.

DEDICATORIA

La culminación de este proceso formativo se la debo al apoyo incondicional de mí querida esposa Kerly Yudy Nieto Rivadeneira y mis hijas Kerly Deyanira y Yudy Vianney, que no han escatimado esfuerzo y sacrificio alguno, apoyándome en todas las situaciones favorables y adversas que se han presentado por más complicados que sean, convirtiéndose en el sentido de mi vida.

Elder Bolívar Jumbo Guaicha

AGRADECIMIENTO

Con el más grande respeto, consideración y estima brindada a mi persona en el ámbito estudiantil y en la realización de esta investigación, hago efusivo mi agradecimiento:

A la Universidad Nacional de Loja, a través del programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, por haberme acogido en su seno y haber fortalecido la formación profesional con responsabilidad y calidad.

A la Dra. Mg. Cleyne Rodríguez Pardillo, en calidad de Directora de Tesis que con sus conocimientos y experiencia en el trabajo con adultos mayores me impulsó y realizó el acompañamiento durante todo el proceso.

Al Ing. José Eduardo González Estrella como asesor metodológico por sus orientaciones en el desarrollo investigativo.

A mis compañeros en el trabajo de campo, que no escatimaron esfuerzos para elaborar la base de datos en toda la zona 7.

Elder Bolívar Jumbo Guaicha

ÍNDICE

CARÁTULA..... i
CERTIFICACIÓN..... ii
AUTORÍA..... iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN..... iv
DEDICATORIA..... v
AGRADECIMIENTO..... vi
ÍNDICE..... vii
TÍTULO..... 1
RESUMEN..... 2
ABSTRACT..... 3
INTRODUCCIÓN..... 4
1. REVISIÓN DE LITERATURA..... 6
1.1 LA FAMILIA..... 6
1.1.1. Ciclos vitales..... 8
1.1.2. Crisis familiares. 9
1.2. ENVEJECIMIENTO..... 11
1.2.1. Teorías del envejecimiento..... 11
1.3. ADULTOS MAYORES..... 13
1.3.1. Anciano sano..... 13
1.3.2. Envejecimiento saludable..... 13
1.3.3. Anciano Enfermo..... 13
1.3.4. Anciano en situación de riesgo..... 13
1.4. GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA..... 14
1.4.1. Gerontología..... 14
1.4.2. Geriatría..... 14
1.4.3. Valoración geriátrica integral..... 15
1.5 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR..... 15
1.6 VALORACIÓN SOCIAL..... 16
1.7. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN..... 19
2. MATERIALES Y MÉTODOS..... 20
2.1. Tipo de investigación..... 20
2.2. Diseño metodológico..... 20
2.3. Unidad de estudio..... 20
2.4. Universo..... 20
2.5. Muestra..... 20
2.6. Muestreo..... 20
2.7. Criterios de Inclusión y exclusión..... 20
2.8. Técnica..... 20
2.9. Instrumentos.-..... 21
2.10. Procedimiento..... 21
2.11. Análisis estadístico..... 21
3. RESULTADOS..... 22

4. DISCUSIÓN 29
5. CONCLUSIONES 31
6. RECOMENDACIONES 32
7. BIBLIOGRAFÍA 33
8. ANEXOS 35
INSTRUMENTOS 35
FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS TESIS 37
CUESTIONARIO FF SIL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR 38
ESCALA DE GIJON ABREVIADA 39
FOTOGRAFÍAS 40
Ilustración 2 Cantón Zapotillo: Equipo que realiza la toma de datos en el cantón Zapotillo 2016. 40
Ilustración 3 Cantón Loja: Dr. Elder Jumbo, toma de datos de encuesta en Loja. 2016. 40
Ilustración 4 Pasaje-El Oro: Toma de datos antropométricos en el cantón Pasaje. 2016 41
Ilustración 5 El Oro: Toma de datos antropométricos en el cantón Pasaje. 2016 41
Ilustración 6 La Chonta- Zamora: Recolección de datos en la provincia de Zamora. 2016 42
Ilustración 7 La Canela- Zamora. Dr. Elder Jumbo Guaicha, trabajo de campo. 2016 42
Ilustración 8 Parroquia El Cisne: Recolección de datos parroquia El Cisne. 2016 43
Ilustración 9 Parroquia San Francisco: Toma de datos antropométricos. 2016 43
PROYECTO 45

TÍTULO

“SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ZONA 7. 2016”.

RESUMEN

La población adulta mayor tiene un crecimiento rápido que obliga a los países a tomar acciones que orienten a un envejecimiento saludable, pues el impacto que genera es multidimensional, afectando al adulto mayor, su familia y a la comunidad a la que pertenece, y que difiere de acuerdo a la condición social, por ello fue imprescindible caracterizar la situación socio demográfica, socio familiar y familiar del adulto mayor en la zona 7, y establecer la relación con la funcionalidad familiar para generar propuestas que permitan mejorar las condiciones de vida. Se realizó una investigación de tipo descriptivo, analítico y de corte transversal, donde se determinó la situación demográfica, socio familiar y familiar de los adultos mayores en la zona 7, determinándose la relación existente entre la situación socio familiar y la funcionalidad familiar. El universo lo constituyeron 99 563 adultos mayores de la zona 7 del Ecuador durante el 2016, con una muestra de 1146 adultos, distribuida en 3 cluster correspondientes a las provincias de: Loja 395, El Oro 385 y Zamora Chinchipe 366, La muestra se tomó probabilísticamente por racimos, para una frecuencia esperada 50%, intervalo de confianza 95%, y defecto de diseño 0,1. La estratificación de la muestra se realizó en base a criterios como altitud, precipitación pluvial y temperatura. Se utilizó instrumentos para recolección de datos de filiación, funcionamiento familiar y para determinar el riesgo socio familiar se aplicó la escala de Gijón modificada. Los datos recopilados fueron procesados y analizados a través del SPSS-16 y para determinar la asociación entre variables se empleó la prueba probabilística no paramétrica de chi cuadrado. Los resultados obtenidos demostraron que la situación socio familiar del adulto mayor tiene una asociación estadísticamente significativa con la funcionalidad familiar.

Palabras claves: Riesgo social, adulto mayor, funcionalidad, familia, escala de Gijón.

ABSTRACT

The elderly population has experienced rapid growth, forcing countries to take actions that lead to a healthy aging process. This is because the impact it generates is multidimensional, affecting the elderly, their family and the community to which they belong and differs according to social status. Therefore, it was essential to characterize the socio-demographic, socio-familial and elderly family situation in zone 7 in order to establish its relationship with family functionality so as to generate proposals that would improve living conditions. A descriptive, analytical and cross-sectional study was carried out, where the demographic, socio-familial and elderly family situation in zone 7 was determined, subsequently identifying the relationship between socio-family situation and family functionality. In 2016, the elderly population of zone 7 in Ecuador comprised 99,563 people, of which a sample of 1,146 adults was used and separated into 3 clusters corresponding to the provinces of Loja 395, El Oro 385 and Zamora Chinchipe 366. The sample was taken probabilistically by cluster producing an expected frequency of 50%, confidence interval of 95% and a design defect of 0.1. Stratification of the sample was performed based on criteria such as altitude, rainfall and temperature. Instruments were used to collect data on family plus family functioning. Additionally, to determine the socio-familial risk, the modified Gijón scale was applied. The data collected was processed and analyzed through SPSS-16. To determine the association between the variables, the probabilistic nonparametric chi-square test was used. The results showed that the socio-familial situation of the elderly has a statistically significant association with family functionality.

Keywords: Social risk, elderly, functionality, family, Gijón scale.

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida ha aumentado notablemente, de tal manera que un niño nacido en Brasil o en Myanmar en el 2015 puede aspirar a vivir 20 años más que uno nacido hace apenas 50 años (OMS, 2015). El fenómeno del envejecimiento creciente en el Ecuador está generando gran impacto, ya que han aumentado los índices de enfermedad crónica degenerativa e incapacidades. El proceso del envejecimiento es multidimensional, que tiene una relación estrecha entre la persona, la familia y la comunidad. Envejecer bien sería lo ideal, y para que ello se produzca se necesita el bienestar social. Este proceso obviamente difiere mucho de acuerdo a las clases sociales, dificultades socio económicas, inequidad de género y etnias. La declaración de Brasilia 2007, establece entre sus objetivos el reconocimiento de la contribución social, cultural, económica y política de las personas de edad; fomentar la participación en la toma de decisiones en todos los niveles y generar oportunidades de empleo. La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud, o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros. El equipo de salud, debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el auto cuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables. El equipo de salud, tiene la responsabilidad de identificar necesidades y articular intervenciones intersectoriales frente a riesgos y problemas que rebasan las posibilidades de intervención desde los servicios de salud (MAIS 2013).

La Constitución Ecuatoriana en el art. 35 establece que las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados.

En Ecuador la Constitución establece claramente las obligaciones del Estado respecto de la protección y garantías de los derechos de las personas adultas mayores (Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013).

En este sentido la red social es fundamental, y se ha determinado que los adultos mayores sin soporte socio familiar adecuado tiene mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de su salud peor de aquellos que tienen buen apoyo socio familiar. En dos comunas de Sincelejo (Colombia) se determina que el 32,3% tienen una aceptable situación social, en el 40.4% hay riesgo social y en el 27,3% existe problema social (Villarreal G 2012).

En el otro ámbito la funcionalidad es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir (Sanhueza M, 2005).Si se produce una alteración en el entorno familiar y social del adulto mayor, va a generar cambios en las relaciones de familia y desencadenan crisis. En Países como Colombia, México, Chile, Perú entre otros, están realizando investigaciones sobre esta temática. En Ecuador existen escasas

investigaciones que permitan comprender el enfoque multifactorial y multidisciplinario de los determinantes de la salud de los adultos mayores. De esta manera, la investigación fue dirigida a determinar si ¿la situación socio familiar del adulto mayor, incide en la funcionalidad familiar?

En la realización de esta investigación se planteó como hipótesis nula: La Situación Socio familiar de los adultos Mayores de la Zona 7, no está relacionada con la funcionalidad familiar; y la hipótesis alterna 1: La situación socio familiar de los adultos mayores de la zona 7, está relacionada con la funcionalidad familiar.

El objetivo general que se propuso en la investigación fue: evaluar la situación socio familiar del adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar en la Zona 7 del Ecuador; y como objetivos específicos:

- Caracterizar la situación socio demográfica, socio familiar y familiar del adulto mayor en la zona 7.
- Establecer la relación entre la situación socio familiar con la funcionalidad de las familias del adulto mayor en la zona 7.

Con estos antecedentes se justificó la realización del presente trabajo, en donde se estableció que la situación socio familiar del adulto mayor está estrechamente relacionada con la funcionalidad familiar.

1. REVISIÓN DE LITERATURA

1.1 LA FAMILIA

Partiendo de la unidad básica de la sociedad como lo es la Familia[1](latín famulus = sirviente o esclavo), su etimología popular o no, parece que es lo que entendían los romanos ante el término originario: conjunto de personas que se alimentan juntas en una casa. Para otros autores, la familia la constituyen la agrupación de personas que conviven y cooperan con la finalidad de ser felices de la mejor manera, teniendo como objetivos primordiales la procreación y crianza de los hijos, y la protección psicosocial de sus integrantes (Garza, 2015). La familia comprende la unidad biopsicosocial, integrada por un número cambiante de personas, unidas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o que conviven en una misma residencia (Zurro, 2014). Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad, cuyos lazos que la definen son dos: Vínculos de afinidad y vínculos de consanguinidad.

Si nos colocamos en la prehistoria, podemos decir según el origen de la familia por tuvo tres épocas principales, cada una de ellas con subdivisiones de estadios inferior, medio y superior. Estas épocas fueron el salvajismo, barbarie y civilización(Engels, 2012).

Salvajismo

En esta época se encuentran los siguientes estadios:

Estadio inferior. La característica de ésta, es que los hombres permanecían en los bosques para protegerse de las fieras, su alimentación era a base de frutos y aparece un lenguaje articulado.

Estadio medio. Resalta aquí el uso del fuego y la alimentación a base del pescado, lo que les llevo a seguir el curso de los ríos, el uso de instrumentos rudimentarios.

Estadio superior. Con el advenimiento del arco y la flecha, hubo un cambio marcado en la población. Se han encontrado indicios de residencia fija y uso de vasijas y tejidos a mano con la confección de cestos.

Barbarie

Estadio Inferior. Se inicia con la aparición de la alfarería, domesticación y cría de animales y el cultivo de plantas.

Estadio medio. Continúa la domesticación de animales, pero cabe destacar el cultivo de hortalizas utilizando el riego y el uso de los adobes secados al sol.

Estadio superior. El rasgo fundamental es la fundición del hierro, a más de fundir herramientas utilizadas para el arado, los cuales eran tirados por animales.

[1] http://etimologias.dechile.net/?familia

Autores como Morgan, señalan que luego de este periodo primitivo y pasan a formar las familias y las clasifica de la siguiente manera:

Familia consanguínea

En esta forma familiar los ascendientes y los descendientes, los padres y los hijos están excluidos de los derechos y deberes del matrimonio. Aquí los descendientes de una pareja en cada generación sucesiva todos fueran entre sí hermanos y hermanas, y por ello maridos y mujeres unos de otros.

Familia Punalúa

Hay dos características principales: la primera es que se excluye a los padres e hijos del comercio sexual, y en segundo lugar la exclusión de los hermanos. El matrimonio por clases es una forma muy primitiva de matrimonio.

Familia Sindiásmica

Esta etapa aparece en el límite entre el salvajismo y la barbarie, y la selección natural había quedado reducida a la última asociación entre hombre y mujer.

Es luego de estas etapas que la familia pasa a su tercera época que es de la civilización.

Para la Organización Mundial de la Salud, la familia es un grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado como tal a la cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.

En la historia de la familia, es a partir de 1861 con Bachofen, MacLenan y Morgan que se empieza a estructural la historia de la familia, de tal manera que la familia más antigua es la consanguínea teniendo como característica que las relaciones se establecían entre hijos, primos, etc. La familia Punalúa en donde las relaciones estaba limitadas a la misma tribu. La familia Sindiásmica, en la cual el hombre vive con una mujer, pero adquiere el derecho a ser infiel.

Familia Monogámica

La familia monogámica, constituyéndose en la primera forma de familia basada en lazos conyugales más fuertes y no puede ser disuelto por deseo de cualquiera de las partes(Garza 2009).

Las familias una vez estructuradas, se pueden clasificar en base a muchos criterios, dentro de los cuales podemos encontrar(Louro 2002).

1. Por el número de sus miembros:

- Familia Pequeña hasta 3 miembros.
- Familia Mediana 4 a 6 miembros.
- Familia Grande más de 6 miembros.

2. Por la ontogénesis de la familia:

- Familia Nuclear: Hasta dos generaciones, matrimonio con o sin hijos y hermanos solos.

- Familia Extensa: Hay dos o más generaciones, que incluye hijos casados con descendencia o no.

- Familia Ampliada: puede incluir otros parientes.

3. De acuerdo al número de generaciones:

- Bigeneracional: dos generaciones.
- Trigeneracional: tres generaciones.
- Multigeneracional: más de tres generaciones.

4. De acuerdo a la presencia de los miembros:

- Completa.
- Incompleta.

1.1.1. Ciclos vitales

El paso de una etapa a otra, se le conoce como Ciclo vital, el mismo que tiene acontecimientos que son muy significativos y empieza desde la unión hasta la muerte de los progenitores, de la misma manera cada una presenta un rol característico de ellas (Álvarez, 2014).

En cada etapa, la transición de las mismas genera en cada persona y a su vez en la familia ciertos cambio que implican reajustar su modo de vida y a la vez de acuerdo a la capacidad de ellos desarrollar mecanismos de enfrentamiento a la nueva situación.

Según la OMS, el ciclo vital se clasifica en:

Formación. Que se extiende desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo. Lo característico de esta etapa es el matrimonio, embarazo y nacimiento del primer hijo. Los posibles conflictos que se generan:

- Frustración de expectativas al matrimonio.
- Prevalecimiento del rol individual frente a la dualidad de la pareja.
- Dependencia excesiva con la familia de origen.
- Infertilidad, embarazos no deseados, etc.
- Disfuncionalidad sexual.

Extensión. Se extiende desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo sale del hogar, aquí la pareja se convierte en un trío y hay que establecer una adecuada comunicación. Los posibles conflictos en esta etapa son:

- La madre se dedica con prioridad a su hijo, y en la mayoría de los casos, el padre queda a un lado, sintiéndose frustrado.
- Expropiación del rol de padre y abandono del rol de esposa y asume el de madre.
- Afrontación inadecuada de las etapas críticas como la etapa pre escolar y adolescencia.
- Manejo de los celos fraternos.
- Inadecuado manejo del infante, sobre protección o descuido.

Contracción. Desde la salida del primer hijo hasta la muerte del primer cónyuge, caracterizada por el cese de la tutela directa de los hijos y el retorno a la comunicación directa del esposos, sin mediación de hijos. Los conflictos representativos son:

- Trasgresión en roles y límite respecto a los hijos adultos y los nietos.
- Alianza con nietos, contraponiendo al padre o la madre.
- Actitud inadecuada frente al proceso del envejecimiento, disfuncionalidad y la incapacidad.
- Frustración entre lo anhelado y lo realizado.
- Regresión a etapas anteriores.
- Aislamiento social o ambas.

Disolución. Va de la muerte del primer cónyuge y termina con el fallecimiento del segundo cónyuge. Según lo menciona Álvarez 2014, es la etapa triste de la familia nuclear en donde la viudez es la etapa más crítica por las pérdidas que se sufre. Los conflictos propios de esta etapa son:

- Enfrentamiento inadecuado de la viudez.
- Enfrentamiento inadecuado a la enfermedad o la incapacidad.
- Frustración de planes fracasados.
- Falta de apoyo familiar.
- Relativos a la herencia de los bienes obtenidos.

En cada etapa del ciclo vital, la familia atraviesa algunos acontecimientos llamadas crisis que pueden ser normativos o llamados también transitorios, y los llamados para normativos o no transitorios que son los que no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital (Santi 2012). Estas crisis tienden a incidir en el funcionamiento que se lo define como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar (Urízar, 2008).

1.1.2. Crisis familiares.

La crisis familiar es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando los métodos acostumbrados para solucionar los problemas (Slaikeu, 2000).

Semánticamente la palabra crisis viene del vocablo chino weiji que significa peligro, oportunidad, si tomamos el origen inglés viene de Krinein que significa decidir.

Las crisis ocurren cuando una tensión afecta a un sistema y requiere un cambio que se aparta del repertorio usual del sistema(Casas, 2000).

Las crisis se clasifican en:

Crisis de desarrollo. Son más predecibles y ocurren cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez hasta la senectud, ejemplo de ellas tenemos:

- Crisis de nacimiento e infancia.
- Crisis de la pubertad y adolescencia.

- Crisis de la primera juventud.
- Crisis de la edad media de la vida.
- Crisis de la tercera edad.

Crisis circunstanciales. Son inesperadas, accidentales y dependen de factores ambientales, abarcan situaciones emocionales y de conducta ante pérdidas o amenazas de pérdidas de los aportes básicos sean físicos, psicosociales y socioculturales interrelacionados, por ejemplo tenemos(Casas, 2000):

- Separación.
- Pérdidas.
- Muerte.
- Enfermedades.
- Desempleo.
- Fracaso económico.
- Accidentes.

Como lo cita Isabel Louro, la crisis no necesariamente es una vivencia negativa. A estas crisis paranormativas o circunstanciales a su vez de acuerdo al origen la divide en:

- Por desmembramiento, son aquellos eventos que constituyen la separación de algún miembro que provocan crisis por esta pérdida familiar (hospitalización, separación, divorcio, muerte).
- Por incremento, si incorporan miembros en la familia.
- Por desmoralización, se dan cuando se rompen normas y valores de la familia (alcoholismo, infidelidad, farmacodependencia, delincuencia, encarcelamiento, actos deshonrosos).
- Por desorganización, son aquellos que obstaculizan la dinámica familiar y que por su naturaleza llevan a la desorganización, por ejemplo pareja infértil, divorcio, accidentes, enfermedades psiquiátricas, retraso mental(González, 2000).

El funcionamiento de la familia es la relación entre los elementos estructurales con algunos componentes más intangibles que caracterizan a todos los sistemas (Sigüenza, 2015). Para valorar el funcionamiento existen algunas escalas como el FF SIL, que toma en cuenta 14 preguntas involucrando cinco etapas:

1. Adaptación: Implica la utilización de recursos intra y extra familiares por el bien común.
2. Participación: Comprende la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia.
3. Crecimiento: La madurez emocional y física, auto-realización y reacción de los miembros de la familia.
4. Afecto: Puntualiza la relación del cuidado y expresión de amor, dolor e ira que existe entre los miembros de la familia.
5. Resolución: Representa la determinación de los miembros de la familia para compartir (Casanova 2014).

1.2. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es el proceso de declive de las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Es decir, constituyen e influyen en el envejecimiento algunos cambios y en el plano biológico se asocia a la acumulación de daños moleculares y celulares, reduciendo gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan los riesgos de enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo hasta llegar a la muerte (Cossio 2015).

El envejecimiento normalmente progresivo y decreciente inicia cuando el individuo ha alcanzado su máxima capacidad dentro del medio, incluida la capacidad reproductiva viéndose afectado de diferentes maneras. La influencia puede darse por factores endógenos como edad, sexo, raza, factores genéticos, etc., y por factores exógenos o ambientales sobre los que nosotros podemos influir a través de mecanismos preventivos para minimizar los efectos nocivos que menoscabarán la esperanza de vida (Millán, 2006).

Existen algunas teorías para explicar el proceso el envejecimiento, que traducen la multifactoriedad del deterioro orgánico (Pardo, 2013).

1.2.1. Teorías del envejecimiento

Existen un sinnúmero de teorías que tratan de explicar el fenómeno de envejecimiento, pero dentro de las más representativas tenemos:

Teorías históricas. Propuestas por Aristóteles, Galeno y Leonardo Da Vinci, está en desuso, y en el caso de este último, menciona que al envejecer, aumenta el grosor de las venas y por lo tanto hay menor riego sanguíneo, disminuyendo la nutrición celular.

Teorías genéticas. Toma relevancia con el descubrimiento del ADN, y con el avance de la ingeniería genética y la presencia de cromosomas que contienen al ADN, y que la herencia se establece a través de la transmisión del ADN. Según la teoría el envejecimiento sería un fenómeno programado que se explica así:

1. La duración máxima de vida es constante para cada especie, no siendo modificable, excepto a través de la manipulación genética.
2. La longevidad es dos veces mayor entre hermanos que entre gemelos.
3. En la mayor parte de las especies la hembra es más longeva que el macho.
4. Algunos cambios en los genes aceleran el envejecimiento, por ejemplo en el síndrome de Hutchinson-Gilford y el síndrome de Werner.
5. Las especies con mayor longevidad tienen una mayor capacidad de reparación del ADN más eficaz.

Teorías no genéticas. Mantienen que el paso del tiempo produce cambios en las moléculas y en los elementos estructurales de las células que alteran sus funciones. La teoría de la privación establece que debido a la arterioesclerosis y a la degeneración vascular, las células reciben menos nutrientes con lo cual alteran en su funcionamiento y envejecen hasta morir. Harman (1956) sostiene que los cambios del envejecimiento se deben a daños sufridos por las membranas celulares a causa de una desorganización peroxidativa con

liberación de radicales libre de gran potencial tóxico. Para evitar este daño, el organismo debe tener un sistema defensivo que actúe en tres fases:

1. Impidiendo la formación de radicales libres a través de enzimas como el citocromo oxidasa, que favorece la reducción trivalente del oxígeno molecular para formar agua y glutatión transferasa.
2. Limpiando al organismo de los radicales libres de oxígeno a través de enzimas antioxidantes como la supeoxidasa dismutasa que elimina radicales superóxido a pH fisiológico formando peróxido de hidrógeno.
3. Mecanismos biológicos de reparación compensatorios del daño ocasionado.

Genética y envejecimiento

Existen personas que logran tener una supervivencia muy prolongada en relación a otras, y ésta sería determinada por genes localizados en el cromosoma 4, y aquellos que fallecen naturalmente antes que otros, sucedería por la variación de un nucleótido (una base nitrogenada, una desoxirribosa y un grupo fosfato). Otro de los hechos relevantes, es el descubrimiento de que el gen p53 prolonga la esperanza de vida de los nematodos, y situación similar ocurriría en el hombre a través de dos mecanismos:

a. Protegiendo al organismo del estrés provocado por el medio ambiente.
b. Ejerciendo el control sobre el crecimiento de las células tumorales (Millán 2006).

El envejecimiento al tratarse de un conjunto de cambios, lo que podemos observar es:

a) Antropométricamente se pierde 1 cm por cada década a partir de los 50 años con la disminución de la altura del espacio intervertebral junto con el incremento de la cifosis dorsal.
b) Redistribución de la masa magra en torno a la cintura, disminuyendo la masa muscular.
c) Es frecuente que encontremos estructuras degenerativas y depósito de sustancias pigmentarias como la lipofucsina. La capacidad de transmisión se reduce, debido a la disminución del número los neurotransmisores cerebrales.
d) Cardiovascularmente hay un cambio en la íntima de las arterias por depósito de colesterol y fosfolípidos con la consiguiente disminución de la luz vascular. La fibra miocárdica se atrofia.
e) Disminuye el flujo sanguíneo glomerular disminuyendo la capacidad de depuración del riñón.
f) A nivel respiratorio, hay una disminución del volumen y capacidad pulmonar por degeneración músculo esquelético.
g) En la mujer es llamativo el proceso de menopausia con la modificación de la FSH y la LH, así como en el hombre la disminución de producción de testosterona.
h) A nivel endócrino, la hormona reguladora de los ritmos circadianos disminuye, lo que conlleva a la disminución de hormonas como: hormona de crecimiento, factor de crecimiento insulinoide de tipo I.
i) Hay disminución de la percepción sensorial.
j) Disminuye la capacidad inmunitaria, con la consecuente disminución de la capacidad de respuesta frente a agentes externos.

1.3. ADULTOS MAYORES

Se considera adultos mayores a las personas que cumpliendo el criterio cronológico superan la edad de 65 años. Para otros países, la edad a superar es la de los 60 años.

Este grupo, algunos autores, lo dividen en tres subcategorías,

a. Ancianos jóvenes de 65 a 74 años.
b. Ancianos entre los 75 a 84 años.
c. Ancianos viejos o ancianos frágiles mayores de 85 años.

La persona adulta mayor, puede presentar algunas características que lo encasillan como (Benítez 2012):

1.3.1. Anciano sano

Se considera aquel que no padece de enfermedad crónica o no presenta algún grado de problema social o funcional.

1.3.2. Envejecimiento saludable

Es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (Cossio 2015, p. 39).

1.3.3. Anciano Enfermo

Cuando está afectado por una patología crónica, sin ser anciano de riesgo, de forma transitoria se incluyen sujetos que están afectados por enfermedades agudas.

1.3.4. Anciano en situación de riesgo

Cuando presenta uno o más de los siguientes factores de riesgo:

a. Vivir solo.
b. Tener más de 80 años (OMS), otros autores describen mayores a 85 años.
c. Padecer de situación de pobreza.
d. Padecer de malnutrición.
e. Estar aislado socialmente.
f. Carecer de apoyo social cercano.
g. Haber perdido recientemente a su pareja (Duelo menor a un año).
h. Padecer de enfermedad en fase terminal.

Desde una perspectiva de funcionalidad, un adulto sano es aquel capaz de enfrentar el proceso del cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal siendo la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir para mantener el cuerpo y subsistir independientemente cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana (Sanhueza, M. 2005).

La calidad de vida del adulto mayor, es un concepto muy importante en la gerontología que se remonta en EEUU, después de la segunda Guerra mundial. La OMS, ha propuesto un modelo conceptual en donde la calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura

y sistemas de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (Caqueo 2012). Otro autor la define como la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares o normas y preocupaciones.

A pesar de no existir enfermedades patognomónicas de la vejez, la mayoría de ellas son más frecuentes, graves e incapacitantes, lo que determina alcanzar esta etapa en diferente grado de manifestación o tipo de envejecimiento.

Evaluar la salud del adulto mayor, no solo es importante tener presente enfermedades, sino también como interactúan con el entorno y repercuten en el funcionamiento de la familia. Con el pasar del tiempo, los adultos mayores, empiezan a sentir carencias especialmente de tipo afectivo, por la escasa interacción social, pérdida de contacto social y de manera especial la pérdida de la movilidad.

La salud de los adultos mayores es asumida por una especialidad médica llamada Geriatría, desarrollando métodos de análisis individual mediante la evaluación geriátrica integral. Este grupo prioritario, vulnerable que posee comorbilidades, deterioro funcional, mental y socio familiar tienen un elevado riesgo de deteriorarse dentro del seno familiar, influyendo negativamente en la funcionalidad de la familia.(Montenegro 2009, p. 169-170)

El uso de las escalas psicométricas es la mejor forma de la valoración geriátrica, las mismas que se encamina a: Reducir la mortalidad, mejorar la capacidad funcional, mejorar su salud mental, disminuir el número de ingresos hospitalarios, aprovechar el uso de los recursos familiares y comunitarios, establecer redes de apoyo y fáciles de aplicar.

Cuando valoramos un adulto mayor lo hacemos de dos enfoques, la valoración clínica a través de los protocolos, normas o guías elaboradas y autorizadas por el MSP y la funcionalidad familiar que se valora a través de las escalas, donde se determina las actividades avanzadas de la vida diaria, las actividades instrumentales y las actividades básicas de la vida diaria.

1.4. GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

El estudio de los adultos mayores, o ancianos está dado por la gerontología y la geriatría, conceptos que muchas de las veces es sujeto de confusión, por ello es imprescindible tener claros dichos conceptos.

1.4.1. Gerontología, se define según Millán 2006, como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, tanto biológicos, psicológicos o sociológicos teniendo en cuenta su evolución histórica y los factores referidos a la salud. Viene del griego *geronto = viejo, anciano y logía* que quiere decir tratado, estudio o ciencia, es decir estudia la vejez y el envejecimiento.

1.4.2. Geriatría, Es parte de la medicina y se ocupa de las enfermedades de las personas adultas mayores, en otras palabras hace referencia al envejecimiento patológico.

La sociedad británica la define como la rama de la medicina que se ocupa no solo de la prevención y asistencia de las enfermedades que se presentan en los

adultos mayores, sino también de la recuperación funcional de éstas y su reinserción en la comunidad, dándole el matiz de atención integral.

El término de geriatría fue utilizado por primera vez por Nasher en 1909 en la obra *Geriatrics: the Diseases of Oldage and Theirtreatment*, aunque su origen como disciplina surge en Gran Bretaña en los años 1930 a 1935 de manos de Marjorie Warren, que estableció las bases de la especialidad tanto desde el punto de vista clínico, como una rehabilitación integral y la integración social.

En nuestra población ecuatoriana se considera adulto mayor a toda persona que ha superado los 65 años (MSP, 2013).

1.4.3. Valoración geriátrica integral, es el proceso diagnóstico evolutivo multidimensional y multidisciplinario, destinado a identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales, sociales, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales para una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento (MSP, 2008).

Para Rosario Benítez, (SemFYC 2012), constituye un método y sistemática de valoración diagnóstica y de actuación en personas mayores a través de un proceso estructurado, dinámico, multidimensional y multidisciplinar; a través de ella se identifican déficits, problemas, necesidades sobre los que actuar, y posteriormente se puede re evaluar y monitorizar los cambios y avances conseguidos.

Es por ello, que lo fundamental de la valoración geriátrica integral es mantener en los adultos mayores la funcionalidad y retrasar o enlentecer la pérdida de la misma.

Se la debe realizar en tres fases:

a. Valoración geriátrica propiamente dicha.
b. Delimitar los problemas encontrados.
c. Establecer un plan de tratamiento y seguimiento de los mismos.

1.5 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Las familias están expuestas a múltiples situaciones que generan crisis y la manera de adaptarse a ellas se basa de la estructura de la familia. Para valorar la funcionalidad se utiliza el test de funcionamiento familiar FF SIL (ver anexo), construido por un máster en psicología para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar.

La salud familiar en este sentido expresa la capacidad que tiene la familia para optimizar sus recursos para disminuir la vulnerabilidad a los diferentes eventos vitales (Álvarez, 2014)

De esta manera podemos decir que la funcionalidad familiar es la dinámica que se da a través de la cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad (Ortega, 1999). Existen 14 preguntas que corresponden a 7 variables.

Número de situación	Variable que mide
1 y 8	Cohesión.
2 y 13	Armonía.
5 y 11	Comunicación.
7 y 12	Permeabilidad.
4 y 14	Afectividad.
3 y 9	Roles.
6 y 10	Adaptabilidad.

Tenemos que en la escala se evalúa en base a la siguiente relación de puntuación:

Cualitativa	Cuantitativa
Casi nunca	1 punto.
Pocas veces	2 puntos.
A veces	3 puntos.
Muchas veces	4 puntos.
Casi siempre	5 puntos.

Este test generalmente se aplica al jefe de la familia, o al que tenga buena relación con los miembros que generen alteración en la dinámica familiar. La categorización al sumar las variables tenemos:

70 a 57 puntos	Familias funcionales.
56 a 43 puntos	Familias moderadamente funcionales.
42 a 28 puntos	Familias disfuncionales.
27 a 14 puntos	Familias severamente disfuncionales.

1.6 VALORACIÓN SOCIAL

Dentro de esta temática, evaluar el componente social del adulto mayor permite determinar los factores que influyen en su salud y consecuentemente la calidad de vida, es decir permite conocer la relación del adulto mayor con su entorno, las relaciones humanas, el soporte para sus necesidades físicas y psicológicas (Rodríguez 2014).

Para evaluar la esfera social se utiliza algunas escalas, entre ellas tenemos la escala de Gijón, que fue creada a finales de los años noventa y se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas que viven en el domicilio. Su objetivo es detectar las situaciones de riesgo y los problemas sociales a la que están expuestos con la finalidad de realizar acciones de intervención social[2]. Es hétero-administrada y valora: Situación familiar, relaciones sociales, y apoyo de la red social (Díaz, 2004).

[2]http://www.buenastareas.com/ensayos/Escala-De-Gijon/5205659.html

El estudio de lo social, es un factor protector en los adultos mayores, y más aún cuando la estructura familiar que permite organizar la manera de inter actuar de cada uno de los integrantes de la familia.

A partir de la versión original de la escala de Gijón (García González et. Al. Atención Primaria 1999) se han eliminado dos ítems como son las barreras arquitectónicas y situación socioeconómica en donde se demostró que no constituían como parámetros predictivos del riesgo socio familiar, al menos luego de las altas hospitalarias.

Los parámetros que evalúa son:

A. Situación socio familiar.
    1. Vive con familia sin dependencia física o psíquica.
    2. Vive con cónyuge de similar edad.
    3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.
    4. Vive solo y tiene hijos próximos.
    5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.

B. Situación económica.
    1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.
    2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo
    3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.
    4. LISMI[3] – FAS Pensión no contributiva.
    5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.

C. Vivienda.
    A. Adecuada a sus necesidades.
    B. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa.
    C. Humedades, mala higiene, sin baño, etc.
    D. Ausencia de ascensor o teléfono.
    E. Vivienda inadecuada (Chabolas o declarada en ruinas)

D. Relaciones sociales.
    1. Relaciones sociales.
    2. Relación social sólo con la familia y vecinos.
    3. Relación social sólo con familia o vecinos.
    4. No sale del domicilio, recibe visitas.
    5. No sale y no recibe visitas.

E. Apoyo de la red social.
    1. Con apoyo familiar o vecinal.
    2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
    3. No tiene apoyo.
    4. Pendiente de ingreso en residencia.

[3] LISMI es la abreviatura que responde a las siglas de la Ley de Integración Social del Minusválido. Además de las diferentes actualizaciones en el BOE (Boletín Oficial del Estado) desde su creación el 7 de Abril de 1982 hasta el día de hoy.

5. Tiene cuidados permanentes.

En base a estos criterios se establecen la puntuación con tres grupos:

Menos de 10 puntos	Normal, aceptable o buena situación social.
Entre 10 a 14 puntos	Existe riesgo social.
Más de 15 puntos	Problema o deterioro social.

Sin embargo, esta escala ha sido modificada y validada por algunos países en base a sus necesidades, es así que el Ministerio de Salud Pública adaptó esta escala a su realidad (MSP, 2008), constando lo siguiente:

Situación socio familiar.

1. Vive con familia y/o pareja sin conflicto.
2. Vive con pareja de similar edad.
3. Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden o no quieren atenderlo.
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas sus necesidades.
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.

Relaciones y contactos sociales.

1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
2. Solo se relaciona con familia/ vecinos/ otros, sale de casa.
3. Solo se relaciona con la familia, sale de casa.
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (más de 1 por semana).
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (menos 1 por semana).

Apoyos red social.

1. No necesita ningún apoyo.
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de Día)
4. Tiene aporte social pero es insuficiente.
5. No tiene soporte social y lo necesita.

Cuando se utiliza las escalas abreviadas, se debe utilizar los rangos con puntuaciones menores y así evitar el enmascaramiento de una aparente buena situación socio familiar o riesgo a los que ya tienen un problema social establecido, dicha puntuación validada es (Salinas, 2003):

Menos de 7 puntos	Normal, aceptable o buena situación social.
Entre 8 a 9 puntos	Existe riesgo social.
Más de 10 puntos	Problema o deterioro social.

El entorno en el que se desarrolla el adulto mayor es fundamental en la calidad de vida del mismo, por ello, determinar su situación socio familiar es la clave en la propuesta de mecanismos de intervención y establecer las redes de apoyo que protejan al adulto mayor.

Optimizar los recursos familiares en el entorno social(Guzmán, 2011), nos permite facilitar y mejorar la actividad social en los adultos mayores evitando la exclusión social de los adultos, al menos cuando han llegado a la jubilación, donde experimenta una serie de acontecimientos ante los cuales no estaba preparado para asumir su nuevo rol.

1.7. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

El estudio se realizó en la Zona de Planificación 7, la cual se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al sur y oriente con Perú, al occidente con Perú y el océano Pacífico. Según la división política administrativa de la zona, esta comprende tres provincias: El Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y, Zamora Chinchipe, con nueve cantones y 28 parroquias.

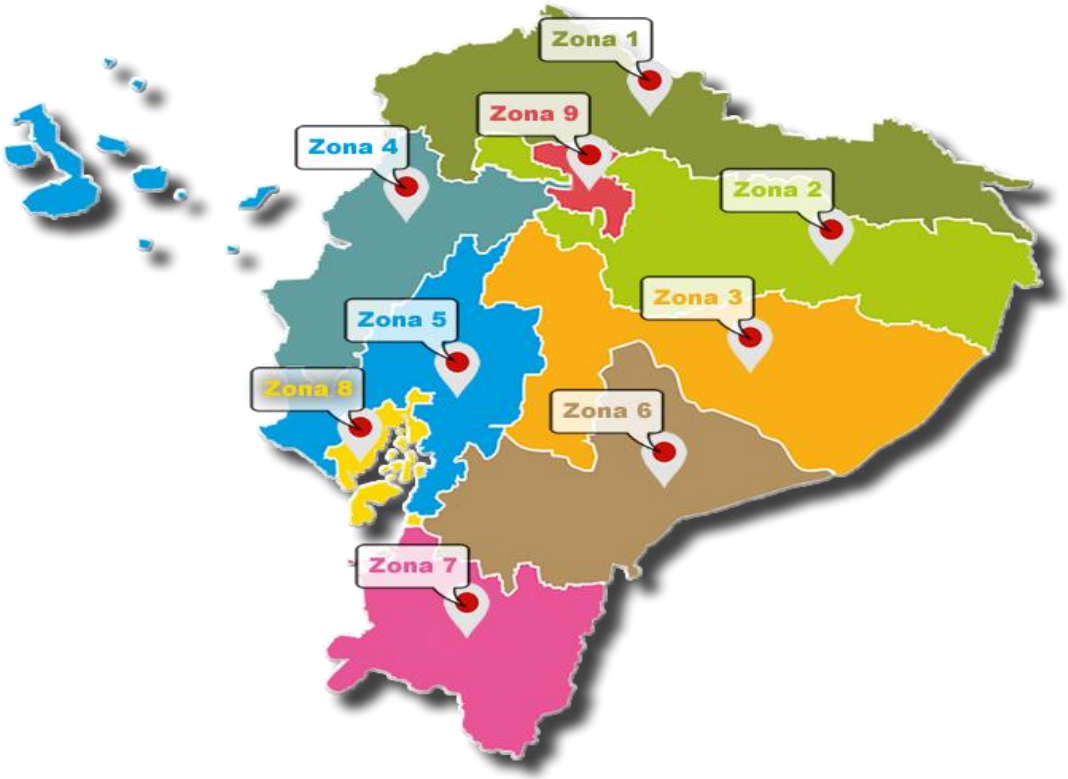


Gráfico1: Distribución del Territorio Nacional por Zonas
Tomado de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

De acuerdo al Registro Oficial No. 290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, se establece que se conformarán 19 distritos (seis en El Oro, nueve en Loja y cuatro en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro,72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe); niveles administrativos de planificación que se establecen para garantizar la distribución y provisión de bienes y servicios públicos de calidad y calidez para la ciudadanía; los cuales son implementados en el territorio nacional por los diferentes ministerios y secretarías.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo de investigación.- Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo.

2.2. Diseño metodológico.- No experimental transversal ya que los datos se tomaron en un solo momento, y es de alcance correlacional, porque se establece la relación entre dos variables en un momento determinado.

2.3. Unidad de estudio.- Adultos mayores.

2.4. Universo.- Integrado por las 99563 personas adultas mayores de la zona 7 del Ecuador, integradas por las provincias de Loja, EL Oro y Zamora.

2.5. Muestra.- La muestra se tomó probabilísticamente por racimos, determinada a través del programa EpiInfo 7, para una frecuencia esperada de 50%, intervalo de confianza de 95%, defecto de diseño de 0,1 y estableciendo un clúster para cada provincia. La muestra tomada fue de 1146 adultos mayores distribuida de la siguiente manera: Loja 395, El Oro 385 y Zamora Chinchipe 366. Para calcular el tamaño de muestra, se tomó la base de datos del IV Censo Poblacional y V de Vivienda (2010), para las tres provincias que conforman la zona 7 en nuestro país.

2.6. Muestreo.- Para determinar la variabilidad de las variables se realizó un muestreo preliminar o piloto que permitió tener un primer estimado de la varianza. Para un grado específico de precisión se empleó la proporción error estándar de la media / media aritmética como índice de precisión (D).

$$n > 2(T/d)\ 2(t\alpha[v] + tB\ (1-p)\ (v))\ 2$$

Así mismo se trabajó con una potencia estadística mínima de 80% para detectar desviaciones mínimas de la hipótesis nula verificable con el empleo de los paquetes informáticos GPower v. 3.2; Minitab v. 17 y Excel (Pita Fernández).

El muestreo fue aleatorio estratificado, dividiendo para ello la población en subgrupos o estratos que tenían alguna característica común (altitud, clima, población, necesidades básicas insatisfechas, etc.); con el objeto que la muestra tenga la misma composición que la población. La selección de sujetos dentro de cada estrato se realizó aleatoriamente utilizando hojas de cálculo previamente diseñadas en el software Excel.

2.7. Criterios de Inclusión y exclusión.- Los criterios de inclusión estuvo dada por todos los adultos mayores que al momento del estudio cumplían con 65 y más años de edad. Los criterios de exclusión fueron: personas que no deseaban participar del estudio, que hayan estado ingresados de manera prolongada en centros hospitalarios o su equivalente, que presenten trastornos mentales o psicológicos que interfieran con la aplicación de los instrumentos y cuando el cuidador o familiar se niegue a dar información.

2.8. Técnica.- Una vez finalizado el proceso de estratificación y aleatorización se elaboró la hoja de ruta para la aplicación del instrumento en campo. Para la

recopilación de información primaria, se efectuó una encuesta semiestructurada, dirigida a los participantes e involucrados de la investigación; aquí se solicitó que contesten en forma objetiva y concreta.

2.9. Instrumentos.- Para la realización del presente trabajo de investigación, se utilizó un cuestionario, donde constaban los datos de: fecha de encuesta, nombre de encuestador, lugar, fecha de nacimiento, procedencia, Instrucción, estado civil, tamaño de la familia, ontogenia familiar, ciclo vital, y finalmente los instrumentos de funcionamiento familiar FF-SIL y la escala abreviada de Gijón.

2.10. Procedimiento.- Se procedió a aplicar los instrumentos, previa aplicación del consentimiento informado a cada encuestado, verificando que cumplan los criterios de inclusión y exclusiones antes mencionadas y posteriores a ello se clasificaron por parroquias y provincias.

2.11. Análisis estadístico.- Para la sistematización, tabulación y análisis de la Información se utilizó matrices en base al programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 16. Se realizó un análisis del índice de correlación "r" de Pearson varía entre 0 y 1, mientras más alto es, mayor correlación existe. Posterior a ello, se procedió al análisis de Confiabilidad del instrumento a través del Alfa de Cronbach, que se aplicó en una población piloto realizada en la parroquia de Vilcabamba.

Dentro del análisis se utilizó el método porcentual y las pruebas no paramétricas como el chi cuadrado (X^2). En el caso de X^2 se toma el valor de *p* para la interpretación: Si el valor de $p < 0,05$ la relación es estadísticamente significativa entre las variables analizadas, aceptando la hipótesis alterna. Si el valor de $\rho > 0,05$, se establece que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables y se asume la hipótesis nula.

3. RESULTADOS

.

Cuadro 1: Distribución de los adultos mayores según el sexo. Zona 7. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
sexo	Mujer	556	48,5
	Hombre	590	51,5
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

El cuadro 1 muestra la distribución de los adultos mayores según el sexo. Zona 7. 2016, existiendo un predominio de hombres con un 51,5%,

Cuadro 2: Distribución de adultos mayores según edad. Zona 7. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	Anciano joven	603	52,6
	Anciano	364	31,8
	Anciano viejo	179	15,6
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

En el cuadro 2 se observa la distribución de adultos mayores según edad. Zona 7. 2016 donde existe mayor número de ancianos jóvenes es decir de 65 a 74 años, correspondiendo al 52,6%, los ancianos viejos que van desde los 85 años en adelante sólo representan el 15,6% debido al aumento de la mortalidad en este grupo.

Cuadro 3: Distribución de adultos mayores según auto identificación. Zona 7. 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Auto identificación	Mulato	1	,1
	Montubio	7	,6
	Afroecuatoriano	2	,2
	Negro	1	,1
	Blanco	17	1,5
	Indígena	59	5,1
	Mestizo	1059	92,4
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

La distribución de los adultos mayores según auto identificación. Zona 7. 2016 se exhibe en el cuadro 3, el 92,4% se auto identifican como mestizos, indígenas el 5,1%, blancos el 1,5%, y los mulatos, montubios, afro ecuatorianos y negros representan el 0,96%.

Cuadro 4: Distribución de adultos mayores según estado civil. Zona 7. 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Unido	53	4,6
	Separado	38	3,3
	Viudo	319	27,8
	Divorciado	54	4,7
	Soltero	116	10,1
	Casado	566	49,4
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

En el cuadro 4 se observa la distribución de adultos mayores según estado civil. Zona 7. 2016; donde el 49,4% están casados, es de señalar que esta tendencia al matrimonio legal es idiosincrasia de los ancianos de este estudio; en segundo lugar, están los viudos con un 27,8% debido a la mortalidad existente en esta etapa de la vida.

Cuadro 5: Distribución de adultos mayores en relación a la instrucción. Zona 7. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Instrucción	Ninguna	269	23,5
	Primaria	785	68,5
	Secundaria	64	5,6
	Superior	28	2,4
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

Dentro de la instrucción de los adultos mayores de la Zona 7. 2016 que se muestra en el cuadro 5, el 23,5% no tienen ningún grado de escolaridad, debido al limitado acceso a los centros educativos en su niñez. El 68,5% alcanzan la educación primaria, aunque en la mayoría de ellos de manera incompleta, por tener que incorporarse a las labores agrícolas tempranamente, y en menor porcentaje el 2,4 presenta estudios de nivel superior.

Cuadro 6: Distribución de adultos mayores en relación al área de procedencia. Zona 7. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Procedencia	Urbano	706	61,6
	Rural	440	38,4
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

El cuadro 6 exhibe la distribución de adultos mayores en relación al área de procedencia. Zona 7. 2016. Dada la distribución geográfica y en forma dispersa, el 61,6% tenía su residencia en el sector urbano de cada parroquia, es decir en la cabecera parroquial, y el 38,4% pertenecían al sector rural.

Cuadro 7: Distribución de adultos mayores en relación al tamaño de la familia. Zona 7. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Tamaño familia	Grande	77	6,7
	Mediana	300	26,2
	Pequeña	769	67,1
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

El cuadro 7 muestra la distribución de adultos mayores en relación al tamaño de la familia. Zona 7. 2016 el 67,1% son pequeñas, el 26,2% medianas y solamente el 6,7% son consideradas grandes.

Cuadro 8: Distribución de adultos mayores en relación al tipo de familia. Zona 7. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo familia	Nuclear	760	66,3
	Extensa	301	26,3
	Ampliada	85	7,4
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

La distribución de adultos mayores en relación al tipo de familia. Zona 7. 2016 se expone en el cuadro 8 donde se encontró que el 66,3% eran nucleares, el 26,3% corresponden a las familias extensas y únicamente el 7,4% son familias ampliadas.

Cuadro 9: Distribución de adultos mayores en relación al ciclo vital familiar. Zona 7. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Ciclo vital	Disolución	331	28,9
	Contracción	764	66,7
	Extensión	26	2,3
	Formación	25	2,2
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

El cuadro 9 muestra la distribución de la población adulta mayor en relación al ciclo vital familiar. Zona 7. 2016 donde la mayor parte de ellos se encontraban en etapa de contracción, es decir desde la partida del último hijo hasta la muerte del primer cónyuge con un 66,7%, seguido de las familias en disolución con 28,9%, propia de los adultos viejos y que generalmente corresponde a aquellos que están solos, es decir en su mayoría viudos.

Cuadro 10: Distribución de adultos mayores en relación al funcionamiento familiar. Zona 7. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Funcionalidad familiar	Severamente disfuncional	167	14,6
	Disfuncional	353	30,8
	Moderadamente funcional	396	34,6
	Funcional	230	20,1
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

En el caso de la funcionalidad familiar de los adultos mayores de la Zona 7. 2016 se expone en el cuadro 10, el 34,6% se encuentran en el rango moderadamente funcional y en último lugar a las familias severamente disfuncionales con 14,6%.

Cuadro 11: Distribución de adultos mayores en relación a la situación socio familiar. Zona 7. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Situación socio familiar	Deterioro socio familiar	195	17,0
	Situación socio familiar intermedia	192	16,8
	Buena situación socio familiar	759	66,2
	Total	1146	100,0

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

El cuadro 11 expone la distribución de adultos mayores en relación a la situación socio familiar. Zona 7. 2016, donde se evidencia que la mayor parte de ellos tienen una buena situación socio familiar con un 66,2% de los adultos, el 16,8% se encuentran en un grupo intermedio o en riesgo socio familiar y solamente el 17,0% presentan deterioro socio familiar.

Cuadro 12: Correlación entre la situación socio familiar y la funcionalidad familiar de los adultos mayores. Zona 7. 2016.

Tabla de contingencia RANGO FFSIL * CATEGORIAS GIJON

		Categorías Gijón			Total
		Deterioro socio familiar	Situación socio familiar intermedia	Buena situación socio familiar	
	Severamente disfuncional	68	35	64	167
		40,72%	20,96%	38,32%	100,00%
	Disfuncional	60	64	229	353
		17,00%	18,13%	64,87%	100,00%
	Moderadamente funcional	30	63	303	396
		7,58%	15,91%	76,52%	100,00%
	Funcional	37	30	163	230
		16,09%	13,04%	70,87%	100,00%
Total		195	192	759	1146
		17,02%	16,75%	66,23%	100,00%

Fuente: Base de datos del macroproyecto calidad de vida en el adulto mayor Zona 7. 2016
Elaborado por: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha, Mg. Sc.

En el cuadro 12 se analiza la correlación entre la situación socio familiar y la funcionalidad familiar de los adultos mayores. Zona 7. 2016. el valor de X^2 calculado es 107,023 mayor que el esperado: 18,5475 estando en la zona de rechazo de la hipótesis nula que expone que la situación socio familiar de los adultos mayores de la Zona 7, no está relacionada con la funcionalidad familiarcon un valor de $p=8,557 \times 10^{-21} < 0,05$ aceptando la hipótesis alterna que plantea que lasituación socio familiar de los adultos mayores de la Zona 7 está relacionada con la funcionalidad familiar.

4. DISCUSIÓN

Los adultos mayores en Ecuador representan el 6,5% según el Censo de Población y Vivienda 2010, con un número mayor en el grupo de 65 a 74 años que corresponde a los ancianos jóvenes, es decir, este grupo forma la base de la pirámide poblacional de los adultos mayores. En este estudio la mayor parte de la población está integrada por los hombres en relación a las mujeres, esto se contrapone a otros estudios como el de Angelópolis Colombia en donde las mujeres ocupan el mayor porcentaje (Zapata, 2015). En los grupos etarios los ancianos de 65 a 74 años es decir ancianos jóvenes representan el mayor porcentaje, similar al estudio realizado en Colombia en la comunidad de Angelópolis.

La dinámica familiar basada en la interacción de sus miembros como lo menciona Bertalanffy en su teoría de los sistemas(Orozco, 2010). El contar con el apoyo de la pareja, de un familiar, amigo o vecino constituye en sí, un factor benéfico dentro del entorno del adulto mayor. El estado matrimonial disminuye el impacto de la soledad, y según Damakakos y col, quienes nunca se han casado expresan mayor soledad(Cardona, 2013). El contar con redes de apoyo se relaciona con un mejor funcionamiento familiar, que aquellas que no cuentan con apoyo. Las familias que cuentan con buen apoyo familiar, seguida de redes de amigos son las que aportan más apoyo a cualquiera sea el tipo de familia (Fontes, 2012). Zapata, señala que el hecho de estar casados o vivir en unión libre constituye una fortaleza afectiva, en tanto que aquellos que están solteros, viudos o separados trae consigo un debilitamiento de las redes sociales con incremento del riesgo de presentar depresión y ansiedad (Zapata, 2015). En la zona 7 del Ecuador, a través del presente trabajo investigativo, se observa que el deterioro socio familiar era mayor en aquellos que se encontraban separados, solteros, viudos o divorciados en relación a los casados o estaban en unión libre, que presentan menor deterioro socio familiar. Además las redes de apoyo familiar y social de los adultos mayores son los pilares fundamentales para evitar el sentimiento de soledad, en mayores de los 80 años este sentimiento de soledad es mayor, en un estudio en Suecia 2010, se demostró que las personas se sentían y vivían solas, por el simple hecho de haber perdido a su cónyuge, hermanos, vecinos o colegas, y en este mismo estudio se determina que entre más viejo es el adulto mayor, se acrecienta el deterioro físico que a su vez impide que se relacione con los demás (Cardona, 2013).

El nivel de instrucción algunos autores lo consideran como un factor protector contra la soledad, de tal manera que estas personas tienen mejores recursos para adaptarse a las situaciones que se generan e incluso para muchas personas adultas mayores el tener un diploma escolar significaba jerarquía o estatus social (Cardona, 2013). Al aumentar la edad obviamente disminuye el nivel de escolaridad, mediado por las dificultades de ingreso a los centros educativos o por las condiciones socio económicas. Este hecho se repite en países como España, que a mayor edad, menor escolaridad (Abellán, 2016). Cuando se habla de envejecimiento activo, no solamente se refiere a lo económico, social, cultural, espiritual o cívica, es por ello que la Organización Mundial de la Salud hace hincapié en la educación como parte fundamental del adulto mayor a los largo de todo el ciclo vital, ya que es la educación la que proporciona las oportunidades e iniciativas para una participación activa dentro de la sociedad (Rodríguez, 2008). En el presente estudio el mayor deterioro socio familiar se encuentra en el grupo que no

posee ningún nivel de instrucción en relación aquellos que poseen mayor nivel de instrucción.

Al tomar en cuenta el tamaño de la familia, se observa que entre más pequeña es la familia, mayor es el deterioro socio familiar. Una familia extensa, es una oportunidad de mejorar la situación de los adultos mayores, pues la relación cooperativa y solidaria en los parientes crea un ambiente de cooperación mutua en el desarrollo de la familia así como el de sus roles (Orozco, 2010). Una mayor percepción de redes de apoyo familiar se relaciona con un mejor funcionamiento familiar, esto reafirma la importancia de contar con adecuados recursos familiares (Fontes, 2012).

El tipo de familia es otro de los factores que se asocian a una buena situación socio familiar, en las familias extensas las relaciones sociales son mejores en relación a los otros tipos de familia según su ontogenia. En Barranquilla Colombia el 81,3% de las familias son extensas, con ello la dinámica familiar interna es mucho mejor (Orozco, 2010). Entre más personas existan en la familia, existen mayores posibilidades de lazos de solidaridad. En este estudio se determina que el mayor porcentaje de la población cuenta con una buena situación socio familiar.

El ciclo vital familiar en los hogares entrevistados en la zona 7 del Ecuador 2016, estuvo distribuida de la siguiente manera: el mayor porcentaje se hallaba en la etapa de contracción, disolución principalmente. Obviamente la etapa en la que existe deterioro socio familiar es la de disolución por el ello de estar sin un apoyo familiar o una adecuada red de apoyo, que hace que el anciano se sienta solo (Cardona, 2013).

Otro aspecto fundamental al valorar la situación socio familiar en los adultos mayores, es el impacto que puede tener en la funcionalidad familiar. En el estudio realizado se puede establecer que las familias severamente disfuncionales son las que presentan mayor deterioro socio familiar. Algo fundamental de resaltar del estudio, es que la población de adultos mayores de la zona 7 del Ecuador, integrada por las provincias de Loja, El Oro y Zamora, tienen una buena situación socio familiar valorada a través de la escala de Gijón.

En el estudio realizado por Gloria Villareal 2012, “Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo Colombia” utilizando la Escala de Gijón encuentran que el 67,7% de los adultos mayores presentan riesgo y deterioro social (Villareal, 2012) siendo mucho más alto que el encontrado en la Zona 7, pero concuerdan que la situación social y familiar así como las redes de apoyo son fundamentales el bienestar de los adultos mayores, y que éste se va deteriorando a medida que pasan los años y las redes de apoyo empiezan a disminuir. Entre mejor sea la red de apoyo mejor será su dinámica familiar en cuanto a funcionalidad y recursos sociales (Fontes, 2012).

Si se compara con el estudio de Luis Varela et. al 2013,“Perfil clínico, funcional y socio familiar realizado en el Distrito San Martín de Porres de Lima Perú”, en donde existe deterioro o problema social 7,6%(Varela, 2015), que es mucho más bajo que el encontrado en la zona 7, pero obviamente existe un grupo intermedio o con riesgo socio familiar elevado de 50,9%, que está próximo a pasar a deterioro socio familiar si no se toman las medidas de intervención.

5. CONCLUSIONES

La población adulta mayor de la zona 7 del Ecuador, está integrada mayoritariamente por hombres, la edad predominante se halla entre 65 a 74 años, el estado civil más frecuente es con pareja, en el nivel educativo más alto alcanzado se halla la primaria y generalmente tienen buena situación socio familiar.

La mayoría de las familias de adultos mayores se caracterizan por ser pequeñas, nucleares en etapa de contracción y moderadamente funcionales.

Los adultos mayores que presentan familias severamente disfuncionales tienen un mayor deterioro socio familiar en relación a los que tienen una mejor funcionalidad familiar, por ello se afirma que la situación socio familiar tiene relación directa con la funcionalidad familiar.

6. RECOMENDACIONES

Difundir los resultados de la investigación a las entidades responsables de la cobertura en atención a los adultos mayores, para fortalecer las estrategias e intervenciones a mejorar la situación de los adultos mayores en la zona 7.

Socializar con el MSP los resultados para mejorar los rangos de valoración de la escala de Gijón abreviada, y realizar de esta manera un adecuado tamizaje de los adultos mayores en riesgo o deterioro social.

Conformar un equipo multidisciplinario para realizar intervención integral en la familia y fortalecer la funcionalidad familiar.

7. BIBLIOGRAFÍA

Abellán. (2016). *Un perfil de los Adultos Mayores en España*. España.

Álvarez, S. (2014). *Medicina General Integral Volumen I*. (E. C. Médicas, Ed.) (Segunda). La Habana Cuba.

Cardona. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B.*, *32*(1), 9–19.

Casanova, L. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, *37*(5), 443–448.

Casas, G. (2000). Las crisis familiares. Una oportunidad para el desarrollo familiar, 1–6. Retrieved from http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000193.pdf

Cossio, M. L. T., Giesen, L. F., Araya, G., Pérez-Cotapos, M. L. S., Vergara, R. L., Manca, M., … Héritier, F. (2015). El Envejecimiento y la Salud. *OMS*, *XXXIII*(2), 81–87. http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2

Díaz. (2004). *Valoración geriátrica integral de la persona con deterioro cognitivo .*

Engels, F. (2012). El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. *Biblioteca Virtual Espartaco*, 109.

Español, E. B. en. (2009). *La familia: concepto, tipos y evolución*. España.

Fontes. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia , México, *35*(2), 147–154.

Garza, T. (2009). *Trabajo Con Familias*. (U. A. de N. León, Ed.) (Segunda ed). México: UANL.

González, I. (2000). Las Crisis Familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr*, *16*(3), 280–286.

Guzmán, G. M. (2011). *Valoración Geriátrica Integral y su significado en el adulto mayor*.

Louro, I. (2002). *Manual para la intervención Familiar*. (T. Sánchez, Ed.) (1st ed.). La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas, Centro Nacional de Información. Retrieved from www.sld.cu/.../manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf

M, Caqueo, Urízar, A. (2012). Calidad de vida : Una revisión teórica del concepto Quality of life : A theoretical review. *Terapia Psicologica*, *30*(1), 61–71. http://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006

María, P., & Santi, H. (2012). Factores de riesgo para la salud familiar : acontecimientos significativos. *Humanidades Médicas*, *12*(2), 184–191.

Montenegro, L. et al. (2009). Aplicación de la evaluación geriátrica en los problemas sociales de adultos mayores. *Acta Med Per Artículo Original*, *4102*(1431), 75–93.

MSP. (2008). Guías Clínicas Geronto - Geriátricas. *Guías Clínicas*, 186. Retrieved from https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-

adulto-mayor.pdf

MSP. (2013). *MAIS*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Retrieved from www.msp.gob.ec

OMS. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. *OMS*. EEUU: Biblioteca de la OMS.

Orozco. (2010). Dinámica Familiar del Anciano Residente en el barrio Modelo de la ciudad de Barranquilla Family Dynamics of the Elderly in the Residential Urban Area, *13*(23), 42–58.

Ortega. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, *15*(3), 164–168. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php? = S0864-03191999000300005&script=sci_arttext

Pardo, G. (2013). Consideraciones Generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, *22*(1), 58–67.

Ramos Martínez, A., Asensio Vegas, A., Núñez Palomo, S., & Millán Santos, I. (2004). Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *Anales de Medicina Interna*, *21*(6), 263–268. http://doi.org/10.4321/S0212-71992004000600002

Rodríguez. (2008). Participación social de las personas mayores. Madrid.

Rodríguez, J. (2014). Panorama Cuba y Salud Panorama Cuba y Salud. *Panorama Cuba Y Salud*, *9*(3), 42–47.

Salinas, R. (2003). *Guía para evaluación del Adulto Mayor*. México.

Sigüenza. (2015). *Funcionamiento familiar*. *Facultad de Psicología*. Universidad de Cuenca.

Slaikeu. (2000). Intervención en crisis.pdf. México: Manual Moderna.

Solá, J. (2003). La familia mirada desde las ciencias sociales Guía para el aprendizaje. Quito.

Urízar, A. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, *20*(4), 577–582.

Varela. (2015). Adulto Mayor de la Comunidad San Martín de Porres Lima , Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*, *32*(4), 2–9.

Villareal, G. (2012). Social and family, health care and functional conditions of elderly people over 65 year old in two neighborhoods of Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*, *28*(1), 75–87. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo. php?pid = S0120-55522012000100008& script=sci_arttext

Zapata. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011, *17*(6), 848–860. http://doi.org/10.15446/rsap. v17n6.34739

8. ANEXOS

INSTRUMENTOS

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Nivel de Posgrado
Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria

Consentimiento informado para el estudio: “CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA ZONA 7 DEL ECUADOR 2016”

Equipo de investigación

Nombre	Título Académico	Institución	Información
Cleyne Rodríguez	Esp. En Medicina General Integral	UNL	2571379 ext. 178
Elder Jumbo	Dr. En Medicina y Cirugía	UNL	
Mónica Guaya	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Robert Ortega	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Yohana Palma	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Diego Pauta	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Paulina Quinche	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Jaime Tigre	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Paola Ureña	Medico	UNL	

Le invitamos a participar de un estudio de análisis de “calidad de vida del adulto mayor en la Zona 7 del Ecuador 2016”. El propósito es darle a conocer la información necesaria sobre el estudio.

“CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Propósito y beneficios

La calidad de vida del Adulto Mayor se relaciona con el estar sano, sin enfermedades, capaz de valerse por sí mismo. Su participación en esta investigación, nos será útil para proponer acciones que puedan mejorar la calidad de vida a través de la aplicación de los programas con los que se cuentan en este país.

Conclusión

Su participación es voluntaria de decidir si desea o no participar en este estudio. Si desea hacerlo, deben contestar todas las preguntas que están en la encuesta. La información es confidencial. Las encuestas serán guardadas en la Universidad Nacional de Loja. Sus nombres serán reservados y no se darán a conocer luego de su participación. Si tienen alguna pregunta o duda sobre este trabajo, nos puede llamar a cualquiera de los investigadores.

_____ _____

Firma del investigador Firma entrevistado

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Nivel de Posgrados
Especialización Medicina Familiar y Comunitaria

Declaración del participante

Se me ha explicado el estudio "Calidad de vida del adulto mayor en la Zona 7 del Ecuador 2016", la oportunidad de hacer preguntas, los beneficios y los posibles riesgos. Si tengo preguntas sobre mis derechos como participante en el trabajo o preguntas después del trabajo, puedo preguntar a uno de los investigadores anotados arriba.

Si_____ No_____ Deseo participar voluntariamente en este trabajo.

Nombre del participante:_____

Doy el permiso para que los investigadores puedan obtener material audio visual en caso de ser necesario.

Si_____ No_____

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS TESIS

Fecha encuesta:	
Nombre del encuestador:	
Lugar de la encuesta:	
Nombre del participante:	
Fecha de nacimiento:	

Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

Auto identificación del participante:

Indígena		Montubio	
Afroecuatoriano/afrodescendiente		Mestizo/a	
Negro/a		Blanco	
Mulato/a		Otros	

Estado civil del participante:

Casado/a		Divorciado/a	
Unido/unida		Viudo/a	
Separado/a		Soltero/a	

Área de procedencia del participante:

Urbano		Rural	

Instrucción del participante:

1 ninguna		2 primaria	
3 secundaria		4 superior	

Tamaño de la familia: ( )

Pequeña		Mediana		Grande	

Ontogénesis familiar:

Nuclear		Extensa		Ampliada	

Ciclo vital familia:

Formación		Extensión		Contracción		Disolución	

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CUESTIONARIO FF SIL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

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

PUNTUACIÓN TOTAL:_____

Familia funcional	57 A 70
Familia moderadamente funcional	43 A 56
Familia disfuncional	28 A 42
Familia severamente disfuncional	14 A 27

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ESCALA DE GIJON ABREVIADA

SITUACIÓN FAMILIAR	Puntuación
Vive con familia y/o pareja sin conflicto	1
Vive con pareja de similar edad	2
Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden o no quieren atenderlo	3
Viven solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades. tiene hijos próximos	4
Vive solo, familia lejana, desatendida, sin familia	5

RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	Puntuación
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	1
Sólo se relaciona con familia / vecinos/ otros, sale de casa.	2
Sólo se relaciona con familia, sale de casa	3
No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 por semana)	4
No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana)	5

APOYOS RED SOCIAL	Puntuación
No necesita ningún apoyo	1
Recibe apoyo de la Familia y/o vecinos	2
Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/ a familiar, vive en residencia, etc.)	3
Tiene soporte social pero es insuficiente	4
No tiene soporte social y lo necesita	5

PUNTUACIÓN	**CLASIFICACIÓN**
Buena situación socio familiar	De 3 a 7
Situación socio familiar intermedia	De 8 a 9
Deterioro socio familiar	Más de 10

FOTOGRAFÍAS

Ilustración 2 Cantón Zapotillo: Equipo que realiza la toma de datos en el cantón Zapotillo 2016.

Ilustración 3 Cantón Loja: Dr. Elder Jumbo, toma de datos de encuesta en Loja. 2016.

Ilustración 4 Pasaje-El Oro: Toma de datos antropométricos en el cantón Pasaje. 2016

Ilustración 5 El Oro: Toma de datos antropométricos en el cantón Pasaje. 2016

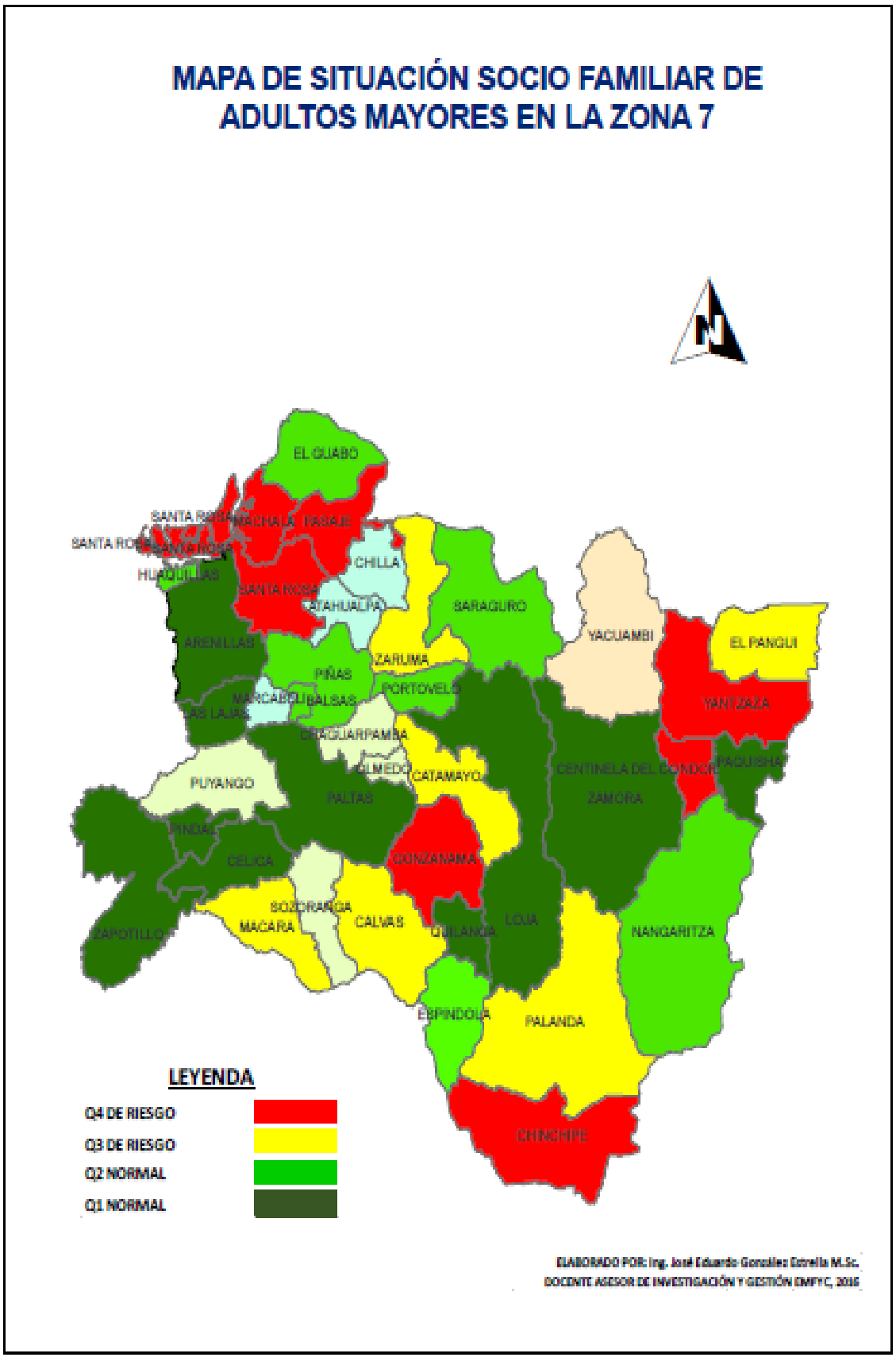
Ilustración 6 La Chonta- Zamora: Recolección de datos en la provincia de Zamora. 2016

Ilustración 7 La Canela- Zamora. Dr. Elder Jumbo Guaicha, trabajo de campo. 2016

Ilustración 8 Parroquia El Cisne: Recolección de datos parroquia El Cisne. 2016

Ilustración 9 Parroquia San Francisco: Toma de datos antropométricos. 2016

MAPA DE RIESGOS SEGÚN LA SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR. ZONA 7. 2016



PROYECTO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

“Situación socio familiar del adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar en la Zona 7. 2016”

RESPONSABLE:
Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha
POSTGRADISTA MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORA:
Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo.
Especialista de primer grado en medicina general integral.
Máster en ciencias en longevidad satisfactoria.

LOJA- ECUADOR

TEMA

"Situación socio familiar del adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar en la Zona 7. 2016"

PROBLEMÁTICA

El fenómeno del envejecimiento creciente en el Ecuador está generando gran impacto, ya que han aumentado los índices de enfermedad crónica degenerativa e incapacidades. El proceso del envejecimiento es multidimensional, que tiene una relación estrecha entre la persona, la familia y la comunidad. Envejecer bien sería lo ideal, y para que ello se produzca se necesita el bienestar social. Este proceso obviamente difiere mucho de acuerdo a las clases sociales, dificultades socio económicas, inequidad de género y etnias. La declaración de Brasilia 2007, establece entre sus objetivos el reconocimiento de la contribución social, cultural, económica y política de las personas de edad; fomentar la participación en la toma de decisiones en todos los niveles y generar oportunidades de empleo. En nuestro país la Constitución establece claramente las obligaciones del Estado respecto de la protección y garantías de los derechos de las personas adultas mayores (Agenda De Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013).

En este sentido la red social es fundamental, y se ha determinado que los adultos mayores sin soporte socio familiar inadecuado tiene mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de su salud peor de aquellos que tienen buen apoyo socio familiar. En dos comunas de Sincelejo (Colombia) se determina que el 32,3% tienen una aceptable situación social, en el 40.4% hay riesgo social y en el 27,3% existe problema social (Villarreal G 2012).

En el otro ámbito la funcionalidad es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir (Sanhueza M, 2005).Si se produce una alteración en el entorno familiar y social del adulto mayor, va a general cambios en las relaciones de familia y desencadenan crisis. En Países como Colombia, México, Chile, Perú entre otras, están realizando investigaciones sobre esta temática, cosa que en nuestro país es muy escasa la información a nivel nacional y local.

PREGUNTA INVESTIGATIVA:

¿Influye la Situación socio familiar del adulto mayor en la funcionalidad de las familias en la Zona 7?

JUSTIFICACIÓN.

La salud familiar resulta de un equilibrio entre la salud, factores socio económicos, culturales y por sobre todo el funcionamiento familiar, y a su vez de esto depende la capacidad que tengan las familias para enfrentar las crisis que en ellas se generen. EL médico familiar debe valorar al adulto mayor de manera integral, incluyendo siempre a la familia, situación para la cual los galenos están insuficiente preparados. El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas. La familia del

anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

Las redes de apoyo social han demostrado ser un gran recurso para que las personas mejoren los estados de salud y de bienestar.

En Ecuador existen escasas investigaciones que permitan comprender el enfoque multifactorial y multidisciplinario de los determinantes de la calidad de vida del adulto mayor desde la perspectiva de la medicina familiar. Al estudiar la situación social y relacionarla a la funcionalidad familiar de las personas adultas mayores, se estará contribuyendo a la adquisición de información local sobre esta problemática, encaminada a buscar las estrategias capaces de fortalecer la atención en este grupo prioritario.

Desde un enfoque holístico y desde la perspectiva de la medicina familiar, al finalizar el estudio se difundirán los resultados y conclusiones de la investigación a través de la publicación de la tesis, tanto en físico como en el repositorio, para q sea asequible a las demás personas. Así también, se devolverá la información obtenida a través de resultados a la población participante.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL.
Los adultos mayores con riesgo social en la zona 7 Ecuador, tienen mayor deterioro en la funcionalidad familiar.

HIPÓTESIS NULA.

La Situación Socio familiar de los adultos Mayores de la Zona 7, no está relacionada con la funcionalidad familiar.

HIPÓTESIS ALTERNA 1.

La situación socio familiar de los adultos mayores de la zona 7, está relacionada con la funcionalidad familiar.HIPÓTESIS ALTERNA 2.

4.1 Modelo matemático

Ho: $X^2t = X^2c$

H1: $X^2t > X^2c$

H2: $X^2t < X^2c$

α : 5% (margen de error)

gl: (v-1) (h-1) (grados de libertad)

ZONA RECHAZO (R): Para establecer la región de rechazo buscamos en la tabla de distribución del X^2 el valor correspondiente a los grados de libertad con la significación del 5%

R: ± 1,96

4.2 Modelo estadístico

$$\boldsymbol{X^2 = \frac{(fo - fe)^2}{fe}}$$

El objetivo general que se propuso en la investigación fue: y como objetivos específicos:

OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la situación socio familiar del adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar en la Zona 7 del Ecuador.

b. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar la situación socio demográfica, socio familiar y familiar del adulto mayor en la zona 7.

2. Establecer la relación entre la situación socio familiar con la funcionalidad de las familias del adulto mayor en la zona 7.

MARCO TEÒRICO.

Partiendo de la unidad básica de la sociedad como lo es la Familia[4] que viene del latín famulus = sirviente o esclavo. Sea etimología popular o no, parece que es lo que entendían los romanos ante el término originario: conjunto de personas que se alimentan juntas en una casa (Español 2009, p. 2). Para otros autores, la familia la constituyen la agrupación de personas que conviven y cooperan con la finalidad de ser felices de la mejor manera, teniendo como objetivos primordiales la procreación y crianza de los hijos, y la protección psicosocial de sus integrantes (Garza 2015, p. 29-30). Zurro, la familia comprende la unidad biopsicosocial, integrada por un número cambiante de personas, unidas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o que conviven en una misma residencia. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad, cuyos lazos que la definen son dos: Vínculos de afinidad y vínculos de consanguinidad (Español 2009).

Para la Organización Mundial de la Salud, la familia es un grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado como tal al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.

En la historia de la familia, es a partir de 1861 con Bachofen, MacLenan y Morgan que se empieza a estructural la historia de la familia, de tal manera que la familia más antigua es la consanguínea teniendo como característica que las relaciones se establecían entre hijos, primos, etc. La familia Punalúa en donde las relaciones estaba limitadas a la misma tribu. La familia Sindiásmica, en la cual el hombre vive con una mujer, pero adquiere el derecho a ser infiel. La familia monogámica, constituyéndose en la primera forma de familia basada en lazos conyugales más fuertes y no puede ser disuelto por deseo de cualquiera de las partes (Garza 2009).

Se puede clasificar en base a criterios estructurales (Louro2002):

Por el número de sus miembros:

- Familia Pequeña hasta 3 miembros.

[4] http://etimologias.dechile.net/?familia

- Familia Mediana 4 a 6 miembros.
- Familia Grande más de 6 miembros.

Por la ontogénesis de la familia:

- Familia Nuclear: Hasta dos generaciones, matrimonio con o sin hijos y hermanos solos.
- Familia Extensa: Hay dos o más generaciones, que incluye hijos casados con descendencia o no.
- Familia Ampliada: puede incluir otros parientes.

De acuerdo al número de generaciones:

- Bigeneracional: dos generaciones.
- Trigeneracional: tres generaciones.
- Multigeneracional: más de tres generaciones.

De acuerdo a la presencia de los miembros:

- Completa.
- Incompleta.

El paso de una etapa a otra, se le conoce como Ciclo vital, y se divide en

- Formación que va desde el matrimonio al nacimiento del primer hijo;
- Extensión desde el nacimiento del primer hijo hasta la salida de un hijo;
- Contracción que va desde la salida de un hijo del hogar hasta la muerte de un cónyuge.
- Disolución hasta la muerte del segundo cónyuge (Solá 2003).

En cada etapa del ciclo vital, la familia atraviesa algunos acontecimientos llamadas crisis que pueden ser normativos o llamados también transitorios, y los llamados para normativos o no transitorios que son los que no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital (Santi 2012). Estas crisis tienden a incidir en el funcionamiento que se lo define como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar.(Urízar, 2008).

La funcionalidad familiar involucra 5 etapas:

Adaptación: Implica la utilización de recursos intra y extra familiares por el bien común.

Participación: Comprende la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia.

Crecimiento: La madurez emocional y física, auto-realización y reacción de los miembros de la familia.

Afecto: Puntualiza la relación del cuidado y expresión de amor, dolor e ira que existe entre los miembros de la familia.

Resolución: Representa la determinación de los miembros de la familia para compartir (Casanova 2014).

Según las normativas del MSP, la población ha sido dividida en grupos llamados ciclos de vida: niñez de 0 a 9 años, adolescencia 10 a 19 años, adultos 20 a 64 años y adultos mayores de 65 y más años (MSP 2013). Según los estudios españoles y de manera práctica a su vez lo divide en tres grupos: 65 a 74 años ancianos jóvenes, 75 a 84 como ancianos y mayores de 85 como ancianos viejos (Ramos, A 2004).

Desde una perspectiva de funcionalidad, un adulto sano es aquel capaz de enfrentar el proceso del cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal. Y esta es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir para mantener el cuerpo y subsistir independientemente cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana (Sanhueza, M. 2005).

La calidad de vida del adulto mayor, es un concepto muy importante en la gerontología que se remonta en EEUU, después de la segunda Guerra mundial, donde podemos encontrar algunas definiciones(Urízar 2008, p. 578). Ferrans (1990). Hornquist (1982). Shaw (1977). Lawton (2001). Haas (1999). Bigelow (1991).Calman (1987). Martin y Stockel (1998). Opong et al (1987).

La OMS, ha propuesto un modelo conceptual en donde la calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (Caqueo 2012). Otro autor la define como la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares o normas y preocupaciones.

El envejecimiento es el proceso de declive de las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Es decir, constituyen e influyen en el envejecimiento algunos cambios y en el plano biológico se asocia a la acumulación de daños moleculares y celulares, reduciendo gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan los riesgos de enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo hasta llegar a la muerte(Cossio 2015).Existen algunas teorías para explicar el proceso el envejecimiento, que traducen la multifactoriedad del deterioro orgánico (Pardo, 2013)..

A pesar de no existir enfermedades patognomónicas de la vejez, la mayoría de ellas son más frecuentes, graves e incapacitantes, lo que determina alcanzar esta etapa en diferente grado de manifestación o tipo de envejecimiento.

Envejecimiento saludable, es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (Cossio 2015).

Evaluar la salud del adulto mayor, no solo es importante tener presente enfermedades, sino también como interactúan con el entorno y repercuten en el funcionamiento de la familia. Con el pasar del tiempo, los adultos mayores, empiezan a sentir carencias especialmente de tipo afectivo, por la escasa interacción social, pérdida de contacto social y de manera especial la pérdida de la movilidad.

La salud de los Adultos Mayores es asumida por una especialidad médica llamada Geriatría, desarrollando métodos de análisis individual mediante la evaluación geriátrica integral. Este grupo prioritario, vulnerable que posee comorbilidades, deterioro funcional, mental y socio familiar tienen un elevado riesgo de deteriorarse dentro del seno familiar, influyendo negativamente en la funcionalidad de la familia.(Montenegro 2009)

El uso de las escalas psicométricas es la mejor forma de la valoración geriátrica, las mismas que se encamina a: Reducir la mortalidad, mejorar la capacidad funcional, mejorar su salud mental, disminuir el número de ingresos hospitalarios,

aprovechar el uso de los recursos familiares y comunitarios, establecer redes de apoyo y fáciles de aplicar.

Cuando valoramos un Adulto Mayor lo hacemos de dos enfoques, la valoración clínica a través de los protocolos, normas o guías elaboradas y autorizadas por el MSP y la funcionalidad familiar que se valora a través de las escalas, donde se determina las actividades avanzadas de la vida diaria, las actividades instrumentales y las actividades básicas de la vida diaria.

Dentro de esta temática, evaluar el componente social del adulto mayor permite determinar los factores que influyen en su salud y consecuentemente la calidad de vida, es decir permite conocer la relación del Adulto Mayor con su entorno, las relaciones humanas, el soporte para sus necesidades físicas y psicológicas (Rodríguez 2014).

Para evaluar la esfera social se utiliza algunas escalas, entre ellas tenemos la escala de Gijón, que fue creada a finales de los años noventa (1990) y se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas que viven en el domicilio. Su objetivo es detectar las situaciones de riesgo y los problemas sociales a la que están expuestos con la finalidad de realizar acciones de intervención social[5]. Es hétero-administrada y valora: Situación familiar, relaciones sociales, y apoyo de la Red social.

La puntuación es:

De 3 a 7	Aceptable o buena situación social.
Entre 8 a 9	Existe Riesgo Social o situación intermedia
Más de 10	Problema social o deterioro social

Medir el riesgo social, es fundamental en la calidad de vida del adulto mayor, si tenemos claro que aunque el envejecimiento no es una enfermedad, si constituye un riesgo de enfermar o perder la autonomía y la funcionalidad, requiriendo cuidados y mayor atención.

METODOLOGÍA.

Tipo de investigación

Se realizará un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental transversal de alcance correlacional. Con este tipo de investigación se medirá el grado de relación que existe entre dos o más variables, en un contexto en particular. En ocasiones solo se realza la relación entre dos variables, pero frecuentemente se ubican en el estudio relaciones entre tres variables.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación Documental

Esta investigación se apoyará en fuentes de carácter documental, esto es, especialmente en información que tiene que ver con la funcionalidad familiar y la situación socio familiar de los adultos mayores de la zona 7; así mismo, la implementación u operativización de herramientas e instrumentos en los procesos de recopilación de datos permitirá tener información de la realidad auténtica de la

[5]http://www.buenastareas.com/ensayos/Escala-De-Gijon/5205659.html

problemática que se pretende investigar. Como subtipos de esta investigación tendrá el apoyo en la investigación bibliográfica, hemerográfica y archivística; al utilizar la primera, se remitirá a la consulta de libros sobre la temática y problema a investigar, la segunda se relacionará con artículos o ensayos de revistas y periódicos en referencia al tema de investigación, y la tercera en documentos o archivos, cartas, oficios, circulares, expedientes, etc., dentro de la zona de influencia del proyecto.

Investigación de campo

La investigación de campo será utilizada en el desarrollo de este proyecto al requerir el apoyo de informaciones que proviene de varias fuentes, entre ellas: entrevistas, cuestionarios, encuestas y observación es directas, aplicadas o dirigidas a los participantes e involucrados en las zonas seleccionadas o identificadas de acuerdo al muestreo que se aplique en la zona 7. Como es compatible desarrollar este tipo de investigación junto a la investigación de carácter documental, primero se consultará las fuentes de carácter documental, a fin de evitar una duplicidad de trabajo.

Cálculo del tamaño de muestra

Para determinar la variabilidad de las variables será necesario realizar un muestreo preliminar o piloto que permita tener un primer estimado de la varianza.

Respecto a la precisión de su estimado, ésta es fijada por el investigador, a través del tamaño deseado del intervalo de confianza.

Una vez definidos esos dos valores (varianza y tamaño del intervalo), se aplicarán fórmulas para calcular el tamaño de muestra. Para calcular el tamaño de muestra para un grado específico de precisión, se empleará la proporción error estándar de la media / media aritmética como índice de precisión (D).

$n > 2(T/d)\ 2(t\alpha[v] + tB\ (1-p)\ (v))\ 2$

Para calcular el tamaño de muestra, se tomará como base de datos del IV Censo Poblacional y V de Vivienda (2010), para las tres provincias que conforman la zona 7 en nuestro país. Se cruzará esta información con la base de datos de adultos mayores, esta información está disponible en la Coordinación Zonal 7 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la que constan

Análisis de la potencia estadística

Conjuntamente con el cálculo del tamaño de muestra, se realizará el análisis de potencia estadística, con el fin de que dicho tamaño no sea ni demasiado alto ni demasiado bajo. Ya que al ser demasiado bajo, el experimento carece de precisión para proporcionar respuestas fiables a las preguntas que se está investigando, mientras que al ser demasiado grande, el tiempo y los recursos serán en vano.

De manera general, la potencia deberá ser razonablemente alta para detectar desviaciones mínimas de la hipótesis nula.

De lo contrario, el experimento no valdría la pena, por lo que se trabajará con una potencia deseada mínima del 80 %.

Para el cálculo del tamaño y potencia de la muestra se utilizó los paquetes estadísticos aplicados EPI INFO v. 7, EPIDAT v. 3.2; y, GPower v. 3.2., los resultados se presentan en el cuadro siguiente:

Provincia	Población	% población	Adultos/as mayores a encuestar
El Oro	2045	40,64	385
Loja	1957	38,89	395
Zamora	1030	20,47	366
Total	5032	100,00	1146
Tamaño de muestra		**1146**	
Potencia de la muestra		**80%**	

De manera general, la potencia es razonablemente alta y con ella se detecta las desviaciones mínimas de la hipótesis nula, por lo tanto, la potencia mínima es del 80 %, la cual puede verificarse con el empleo de los paquetes informáticos GPower v. 3.2; Minitab v. 17 y Excel (Pita Fernández).

Muestreo aleatorio estratificado

El muestreo será aleatorio estratificado se divide a la población en subgrupos o estratos que tienen alguna característica común (altitud, clima, población, necesidades básicas insatisfechas, etc.); e interesa mantener estos estratos en la muestra, para que mantenga la misma composición que la población. La selección de sujetos dentro de cada estrato se realizará aleatoriamente utilizando hojas de cálculo previamente diseñadas en el software Excel.

La estratificación se suele hacer en función de diferentes variables o características de interés.

Para la investigación se tomará la base de datos de adultos mayores, para la provincia de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe la cual será proporcionada por la Coordinación Zonal 7 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Cada una de estas parroquias tiene características ambientales particulares, por lo que se considerarán cuatro características de interés: altitud, temperatura, precipitación y necesidades básicas insatisfechas. Cada característica de interés será dividida en rangos con el propósito de que cada estrato cumpla con al menos un rango dentro de cada características de interés.

Una vez finalizado el proceso de estratificación y aleatorización se elaborará la hoja de ruta para la aplicación del instrumento en campo y la consabida recopilación de información.

Cálculo de la amplitud del intervalo

Para ordenar los datos numéricos en intervalos, se dividirá el rango de la serie de adultos mayores en n intervalos que se desea establecer. Para ello se ordenan los datos de menor a mayor con el fin de detectar los valores extremos, luego se obtiene la diferencia entre el mayor valor y el menor valor. El valor resultante de la esta diferencia servirá para determinar la amplitud que tendrá cada intervalo.

Partiendo de toda esta información, se cruzarán los datos y se obtendrá el número de estratos. Dentro de cada estrato se agruparán las parroquias con características de los criterios discriminantes similares. Dentro de cada estrato se aleatorizará la o las parroquias que se deben visitar para completar el número de encuestas.

Técnicas utilizadas en el proceso de recopilación de la información

Para la recopilación de información primaria, se efectuará una encuesta semiestructurada, dirigida a los participantes e involucrados de la investigación; aquí se solicitará den contestación a los ítems planteados en forma objetiva y concreta.

En la recopilación de información secundaria, se buscará apoyo en los documentos e información sobre el contexto de trabajo, reportes, mapas, de ser posible y de existir, también se indagará en los archivos comunitarios sobre la temática, información en línea, donde se haya planteado el tema de la generación, innovación y operatividad de estrategias para la solución de la problemática, se realizará para corroborar la información recopilada de manera primaria.

Instrumentos

Para obtener una mejor información y de primera mano de parte de los participantes e involucrados se diseñó (ver anexos) una encuesta semiestructurada, en relación a la temática. La utilización de estas herramientas permitirá alcanzar los objetivos planteados en esta investigación.

Para la sistematización, tabulación y análisis de la Información se utilizará matrices en base al programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 18 o posterior, las mismas que permitirán dar validez y confiabilidad a los instrumentos y validar las hipótesis planteadas, cumpliendo lo propuesto en los objetivos.

Análisis de datos

Una vez realizada la prueba piloto, se tabularán los datos en el programa SPSS, donde:

1) Se establecerá el libro de códigos, fijándose bien en el tipo, etiqueta y medida de las variables.

2) Tomando escalas adecuadas para cada caso.

Como primera instancia se realizarán las siguientes operaciones:

1) Para el análisis no se deben considerar los datos generales del instrumento aplicado, únicamente las variables útiles (ítems) de esta investigación.

2) Se obtendrá la suma total de todas las variables útiles.

3) Se realizará un análisis de varianza entre todos los ítems y el total.

4) Se realizarán un análisis de correlación ítem – total. El índice de correlación “r” de Pearson varía entre 0 y 1, mientras más alto sea, mayor correlación habrá entre el ítem; y el total. Valores superiores a 0,8 indican buena participación de este ítem en el resultado total.

Posterior a ello, se procederán al análisis de Confiabilidad del instrumento a través del Alfa de Cronbach se sigue el procedimiento:

1. Una vez que todos los ítems tengan buena correlación con el total, se calcula el índice de validez o consistencia para instrumentos denominado Alfa de Cronbach. En el caso de obtener valores menores a 0,8 donde incluso cada uno de los ítems tuvo correlación con el total del instrumento, se identificarán los ítems con menor grado de correlación y se los podrá eliminar para que le índice aumente.
2. Para la reducción de ítems ¿qué criterios utilizamos? Se los ordena según el índice de correlación con el resultado total de mayor a menor para eliminar los últimos 10 ítems.
3. No podemos seguir eliminando ítems, por lo que la opción es incrementar el valor del Alfa de Cronbach. Para ello se ordenará nuevamente los ítems, pero no en función del índice de correlación sino según su varianza.
4. Se identificarán y eliminarán los ítems que expresan menor grado de variabilidad, empezando por el último, a medida que se modifique, se calculará nuevamente el Alfa de Cronbach, sucesivamente.
5. Si aun así no se incrementa el Alfa de Cronbach, se reescribirán las preguntas o ítems que tengan menor grado de variabilidad expresado en términos de varianza comenzando por aquel que tenga el menor grado de variabilidad y se reescribirán los últimos 10 ítems, aquellos que tienen menor grado de variabilidad, con la finalidad de ampliar el abanico de respuestas reales de la población, para que el Alfa de Cronbach incremente.

Para el procedimiento de las mitades partidas:

1. Se requiere sólo una aplicación de la medición. Específicamente, el conjunto total de ítems (o componentes) es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparados.
2. Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas mitades deben estar fuertemente correlacionadas. Un individuo con baja puntuación en una mitad, tenderá a tener también una baja puntuación en la otra mitad.
3. La confiabilidad varía de acuerdo al número de ítems que incluya el instrumento de medición. Cuantos más ítems la confiabilidad aumenta.

Por último, se realizará la validez del constructo a través de la reducción de dimensiones:

La dimensión está compuesta por n ítems, que deberían agruparse en un concepto más amplio que abarque a varios de ellos. Entonces, la reducción de dimensiones se refiere a agrupar ítems que pueden representar un concepto más amplio entre todos ellos. El conjunto de ítems que finalmente conforman el instrumento se denominan dimensiones. Un instrumento tiene varias dimensiones y en cada dimensión hay varios ítems.

1) Tenemos que ver si los puntajes de cada dimensión son consistentes con el puntaje total y, si los puntajes de cada ítem son consistentes con el puntaje total de su dimensión.

2) Se debe calcular un Alfa de Cronbach para cada uno de los ítems respecto de su dimensión y también un Alfa de Cronbach para el puntaje de cada dimensión respecto del puntaje total.

3) El procedimiento que permite reducir las dimensiones se denomina análisis factorial: a) análisis factorial exploratorio; y b) análisis factorial confirmatorio.

4) Análisis factorial exploratorio: el propio programa sugiere la agrupación de ítems a los cuales debemos agregarle un título que defina este conjunto, ya que la correlación entre ítems sugiere su asociación numérica y conceptual. Se refiere a la búsqueda de los grupos (dimensiones).

5) Análisis factorial confirmatoria: si se tienen definidos cualitativamente los ítems de cada dimensión, este análisis debe confirmar estas agrupaciones. El número de ítems que conforman cada dimensión no necesariamente debe ser igual, pero sería ideal. La estadística sugerirá que algunos ítems sobran de su dimensión; por ello, aquí también se pierden algunos ítems, para estructurar adecuadamente los ítems que conforman el instrumento.

6) Algunos ítems podrían cambiar de dimensión, de tal modo que se espera muchos menos ítems que conformarán el instrumento final.

Operacionalización de variables

Definición	Dimensión	Indicadores (Definición operacional)	Escala
Edad Tiempo de vida en años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Biológica	Se considerará la fecha de nacimiento de la cédula de identidad	65 a 74 años 75 a 79 años 80 años y más.
Sexo Condición orgánica de poseer órganos para fecundar o ser fecundado.	Biológica	Se considerará el sexo de la cédula de identidad	Hombre Mujer
Estado Civil Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo lo que hace relación a su condición de pareja.	Social	Se considerará el consignado en la cédula de identidad	Casado/a Unido/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Soltero/a
Auto-identificación Acto individual de reconocimiento explícito y contextuado de la pertenencia a un grupo étnico.	Social y biológica	Identificación de las personas según su cultura y costumbres	Indígena Afro ecuatoriano / afro descendiente. Negro/a. Mulato/a Mestizo/a Montubio/a. Mestizo/a. Otros.
Nivel de Instrucción Grado de aprendizaje que adquiere una persona en una institución educativa formalizada.	Social	Se considerará el consignado en la cédula de identidad.	Ninguna. Primaria Secundaria Superior.
Residencia Responde a la clasificación censal por el grado de urbanización.	Social	Según clasificación censal del INEC	Urbana Rural

Tipología familiar Formas de organización familiar y de parentesco.	Social	Composición de la familia según el número de miembros.	1 a 3: pequeña. 4 a 6: Mediana. > 6: Grande.
		Composición de la familia según la formación de la familia.	Nuclear: presencia de hasta dos generaciones. Padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos. 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.
<u>Variable Independiente</u> **Funcionalidad Familiar:** La dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia para lograr la satisfacción de las necesidades materiales, el tránsito por el ciclo vital y la solución a las crisis, es decir la capacidad de resolver unidos los problemas	Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de trasmitir sus experiencias de formas clara y directa. Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Afectividad: Capacidad de los miembros de	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones. Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia. Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas.	ESCALA FF-SIL 57 a 70 Funcional 43 a 56 moderadamente funcional 28 a 42 Disfuncional 14 a 27 severamente disfuncional

	la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unas a los otros.		
Ciclo Vital. El ciclo vital es un proceso que la familia atraviesa desde la unión de la pareja para una vida en común hasta la muerte de ambos progenitores y son los descendientes quienes le den continuidad al ciclo.	Social	Etapas del desarrollo de la familia.	Formación: Desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo. Extensión; Nacimiento del primer hijo hasta la salida del primer hijo. Contracción: Salida del primer hijo del hogar hasta la muerte del primer cónyuge. Disolución: muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo cónyuge.
SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR Condición del estado social y familiar, evalúa categorías, establecidas desde una situación ideal o ausencia de problemática a la objetivación de algún problema social.	Biopsicosocial	Evaluación del entorno social en el que se desenvuelve el adulto mayor.	ESCALA DE GIJON 3 a 7: Situación social buena. 8 a 9: Riesgo Social. Mayor 10: problema social o Deterioro social severo.

Área de estudio

El estudio se realizará en la Zona de Planificación 7, la cual se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al sur y oriente con Perú, al occidente con Perú y el océano Pacífico. Según la división política administrativa de la zona, esta comprende tres provincias: El Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y, Zamora Chinchipe, con nueve cantones y 28 parroquias.

De acuerdo al Registro Oficial No. 290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, se establece que se conformarán 19 distritos (seis en El Oro, nueve en Loja y cuatro en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro,72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe); niveles administrativos de planificación que se establecen para garantizar la distribución y provisión de bienes y servicios públicos de calidad y calidez para la ciudadanía; los cuales serán implementados en el territorio nacional por los diferentes ministerios y secretarías.

Aspectos administrativos.

Talento Humano

- Postulante: Dr. Elder Bolívar Jumbo Guaicha.

Recursos materiales.

- Materiales de oficina
- Encuadernación
- Fotocopias
- Materiales de impresión
- Calculadora
- Computador personal
- Impresora
- Cámara fotográfica
- Software aplicados
- Discos compactos
- Balanzas de precisión
- Tallímetro.

Recursos financieros

- Asesoría docente interna.
- Asesoría docente externa.
- Movilización.
- Hospedaje.
- Alimentación.
- Reproducción de documentos de tesis.
- Empastado de tesis.
- Alquiler de equipos.
- Derechos de graduación.
- Derechos de titulación.

El desarrollo del proyecto de investigación (Tesis de Grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria) tendrá un costo aproximado de USD 8,841.00.

Cronograma.

Para la elaboración del cronograma en el proceso de implementación del proyecto de investigación, se empleará el software MS Project v. 2010 y/o posteriores, para lo cual se tiene que seguir paso a paso lo siguiente:

- Se instala el software en la versión correspondiente en el ordenador.
- Se arranca desde el PC el MS Project.
- Iniciamos MS Project con NUEVO PROYECTO.
- Nos dirigimos a VISTA, ESCALA DE TIEMPO (Activamos – Desactivamos).
- Nos dirigimos a la barra de TAREAS, NUEVAS TAREAS: en parte inferior izquierda del monitor haciendo clic derecho activamos PROGRAMACIÓN AUTOMÁTICAMENTE.
- Nos dirigimos a la vista PROYECTO, se procede a configurar lo siguiente: (1) cambiar tiempo de trabajo; (2) crear calendario; (3) crear nuevo calendario base, le ponemos un nombre al nuevo calendario base; (4) opciones (general “OK”; mostrar “OK”; programación: 08h00 – 18h00 y valores decimales); (5) revisión “OK”;(6) guardar “OK”; (7) idioma “OK”; (8) avanzado (tasas $ 0,00/d; habilitamos mostrar tarea de resumen del proyecto).
- Retornamos a CALENDARIO
- Semana laboral
- Detalles: establecer día(s) en estos períodos laborables específicos.
- Lunes……. Viernes

- Excepciones (días no laborables)
- PROYECTO – INFORMACIÓN DE PROYECTO
- Fecha de comienzo (seleccionamos la fecha de inicio del proyecto)
- Calendario, seleccionamos el nombre del calendario creado para el proyecto.
- Calendario de actividades – clic derecho a los días y seleccionamos escala temporal – ESCALA TEMPORAL
- Período no laborable
- Color
- Trama
- Calendario creado.
- Ponemos los nombres de las TAREAS o actividades que realizaremos en el proyecto.
- JERARQUIZAR – TAREA
- Aplicamos sangrías
- Ubicamos la duración de cada tarea
- VINCULACIÓN
- Vinculamos las tareas (Fin a Comienzo, Comienzo a Comienzo, Fin a Fin).
- Se puede vincular de tres formas diferentes y se modifica con un clic en el enlace.
- Se puede insertar HITOS (0 días), al inicio y al fin. Todo lo que es talento humano es gestión y se puede ubicar al final.
- Se vincula el inicio con la primera actividad y la de fin con la última actividad.

El cronograma se puede imprimir en PDF configurando el mismo para 1 o dos páginas en la viñeta vista preliminar de documento.

Presupuesto y financiamiento.

Utilizando el MS Project y conociendo todos los recursos que serán utilizados en la implementación del proyecto y el precio unitario del mismos (RECURSOS: Material, Trabajo, Costo) se procede a la asignación de cada recursos en las actividades del proyecto, esto se lo realiza utilizando la hoja de recursos y habilitando en el Diagrama de Gantt la columna costos. Al final de la asignación de los recursos en las actividades del proyecto, se solicita al software emita los informes de presupuesto total, flujo de caja y períodos de desembolsos.

Los reportes son exportados al Excel en hojas de cálculo dinámicas, los mismos que pueden ser modificados a conveniencia, tal como se presenta a continuación:

Bibliografía

Abellán. (2016). *Un perfil de los Adultos Mayores en España*. España.

Álvarez, S. (2014). *Medicina General Integral Volumen I*. (E. C. Médicas, Ed.) (Segunda). La Habana Cuba.

Cardona. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B.*, *32*(1), 9–19.

Casanova, L. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, *37*(5), 443–448.

Casas, G. (2000). Las crisis familiares. Una oportunidad para el desarrollo familiar, 1–6. Retrieved from http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000193.pdf

Cossio, M. L. T., Giesen, L. F., Araya, G., Pérez-Cotapos, M. L. S., Vergara, R. L., Manca, M., … Héritier, F. (2015). El Envejecimiento y la Salud. *OMS*, *XXXIII*(2), 81–87. http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2

Díaz. (2004). *Valoración geriátrica integral de la persona con deterioro cognitivo .*

Engels, F. (2012). El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. *Biblioteca Virtual Espartaco*, 109.

Español, E. B. en. (2009). *La familia: concepto, tipos y evolución*. España.

Fontes. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia , México, *35*(2), 147–154.

Garza, T. (2009). *Trabajo Con Familias*. (U. A. de N. León, Ed.) (Segunda ed). México: UANL.

González, I. (2000). Las Crisis Familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr*, *16*(3), 280–286.

Guzmán, G. M. (2011). *Valoración Geriátrica Integral y su significado en el adulto mayor*.

Louro, I. (2002). *Manual para la intervención Familiar*. (T. Sánchez, Ed.) (1st ed.). La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas, Centro Nacional de Información. Retrieved from www.sld.cu/.../manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf

M, A. U., & Caqueo-urízar, A. (2012). Calidad de vida : Una revisión teórica del concepto Quality of life : A theoretical review. *Terapia Psicologica*, *30*(1), 61–71. http://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006

María, P., & Santi, H. (2012). Factores de riesgo para la salud familiar : acontecimientos significativos. *Humanidades Médicas*, *12*(2), 184–191.

Montenegro, L. et al. (2009). Aplicación de la evaluación geriátrica en los problemas sociales de adultos mayores. *Acta Med Per Artrículo Original*, *4102*(1431), 75–93.

MSP. (2008). Guías Clínicas Geronto - Geriátricas. *Guías Clínicas*, 186. Retrieved from https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf

MSP. (2013). *MAIS*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Retrieved from www.msp.gob.ec

OMS. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. *OMS*. EEUU: Biblioteca de la OMS.

Orozco. (2010). Dinámica Familiar del Anciano Residente en el Barrio Modelo de la Ciudad de Barranquilla Family Dynamics of the Elderly in the Residential Urban Area, *13*(23), 42–58.

Ortega. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, *15*(3), 164–168. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000300005&script=sci_arttext

Pardo, G. (2013). Consideraciones Generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, *22*(1), 58–67.

Ramos Martínez, A., Asensio Vegas, A., Núñez Palomo, S., & Millán Santos, I. (2004). Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *Anales de Medicina Interna*, *21*(6), 263–268. http://doi.org/10.4321/S0212-71992004000600002

Rodríguez. (2008). Participación social de las personas mayores. Madrid.

Rodríguez, J. (2014). Panorama Cuba y Salud Panorama Cuba y Salud. *Panorama Cuba Y Salud*, *9*(3), 42–47.

Salinas, R. (2003). *Guía para evaluación del Adulto Mayor*. México.

Sigüenza. (2015). *Funcionamiento familiar*. *Facultad de psicología*. Universidad de Cuenca.

Slaikeu. (2000). Intervención en crisis.pdf. México: Manual Moderna.

Solá, J. (2003). La familia mirada desde las ciencias sociales Guía para el aprendizaje. Quito.

Urízar, A. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, *20*(4), 577–582.

Varela. (2015). Adulto Mayor de la Comunidad San Martín de Porres Lima , Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*, *32*(4), 2–9.

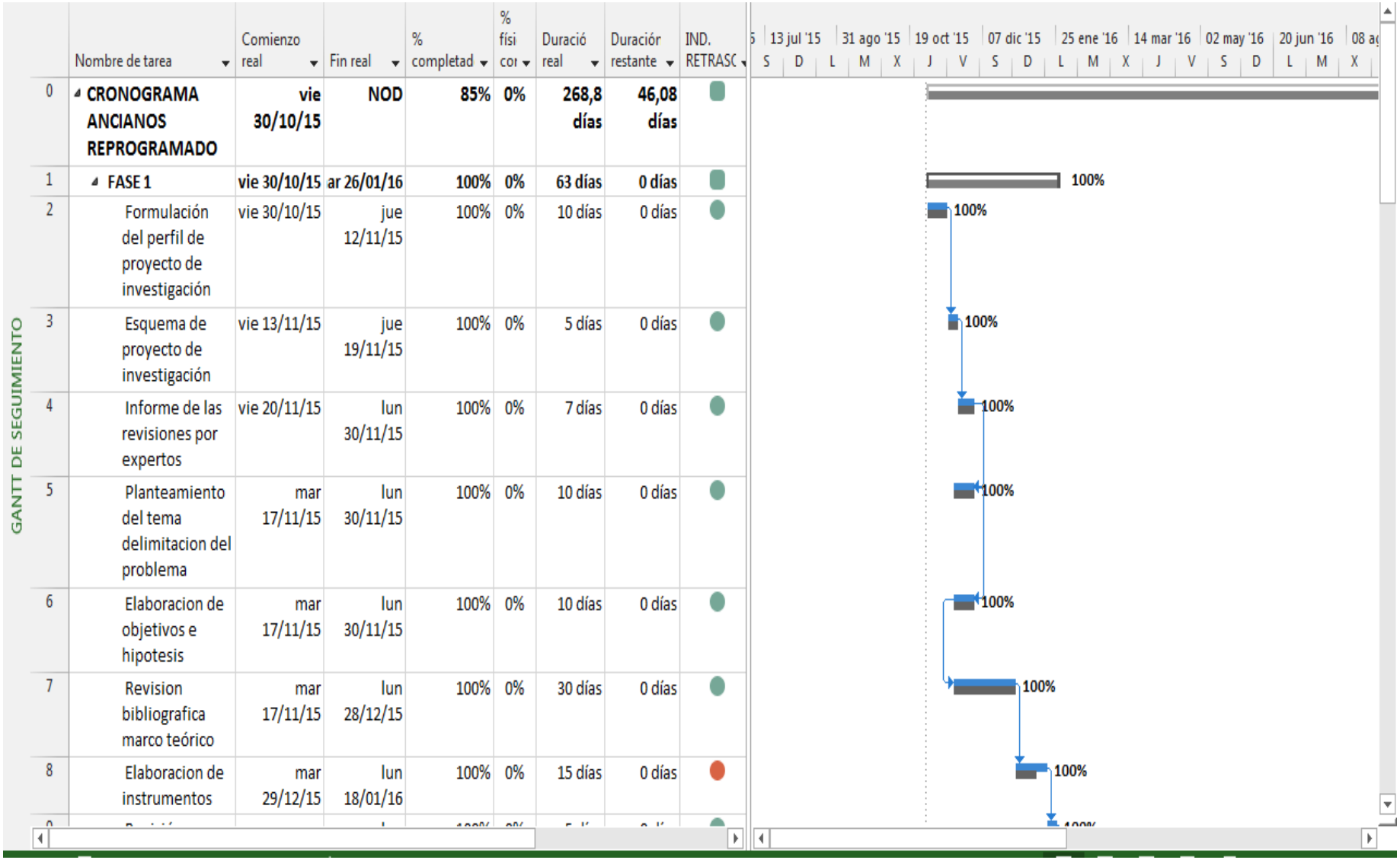
Villareal, G. (2012). Social and family, health care and functional conditions of elderly people over 65 year old in two neighborhoods of Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*, *28*(1), 75–87. Retrieved from http://www.scielo.org.co /scielo.php? pid=S0120- 55522012000100008&script=sci_arttext

Zapata. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011, *17*(6), 848–860. http://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.34739

Anexos

- Calculando el poder
- Determina el tipo de análisis del poder que necesitas. Es posible que tengas ya sea un análisis post hoc, donde se han recogido los datos ya y quieres saber la potencia de tu análisis o un análisis a priori, en el que deseas conocer la cantidad de datos a recoger para lograr un cierto poder.
- Descarga y ejecuta GPower, un programa gratuito para Mac y PC desarrollado en la Universidad de Nueva York (ver Recursos).
- Selecciona el tipo de análisis que estás llevando a cabo a partir de los menús desplegables "Test family" y "Statistical test".

- Selecciona "A priori" o "Post Hoc" en tu caso del menú desplegable "Type of poweranalysis".
- Escribe la información correspondiente en los campos de la sección "Input parameters". Para las pruebas a priori, tienes que introducir el tamaño del efecto, dado como coeficiente r de Pearson, la potencia que deseas lograr y el nivel alfa se utilizas. El alfa es el punto de corte para la significación estadística utilizada en el análisis, por ejemplo, 0,05 en MEDICINA. Para las pruebas post hoc, deberás introducir el tamaño de la muestra del experimento, el tamaño del efecto que lograste, dado como coeficiente r de Pearson y el nivel alfa utilizado. Para ambas pruebas, a priori y post hoc, utiliza el menú desplegable para indicar si la prueba era de una cola o dos colas.
- Haz clic en "Calculate" el botón de abajo a la derecha.
- Lee el resultado en la parte inferior derecha de la pantalla. Para una prueba a priori, el software presenta el tamaño total de la muestra que necesita para alcanzar el nivel deseado de potencia. Para una prueba post hoc, se obtiene la potencia observada del análisis que ha realizado.


GANTT DE SEGUIMIENTO
Nombre de tarea
Comienzo real
Fin real
% completad
% físi cor
Duració real
Duración restante
IND. RETRASC
13 jul '15
31 ago '15
19 oct '15
07 dic '15
25 ene '16
14 mar '16
02 may '16
20 jun '16
0 CRONOGRAMA ANCIANOS REPROGRAMADO vie 30/10/15 NOD 85% 0% 268,8 días 46,08 días
1 FASE 1 vie 30/10/15 ar 26/01/16 100% 0% 63 días 0 días
2 Formulación del perfil de proyecto de investigación vie 30/10/15 jue 12/11/15 100% 0% 10 días 0 días
3 Esquema de proyecto de investigación vie 13/11/15 jue 19/11/15 100% 0% 5 días 0 días
4 Informe de las revisiones por expertos vie 20/11/15 lun 30/11/15 100% 0% 7 días 0 días
5 Planteamiento del tema delimitacion del problema mar 17/11/15 lun 30/11/15 100% 0% 10 días 0 días
6 Elaboracion de objetivos e hipotesis mar 17/11/15 lun 30/11/15 100% 0% 10 días 0 días
7 Revision bibliografica marco teórico mar 17/11/15 lun 28/12/15 100% 0% 30 días 0 días
8 Elaboracion de instrumentos mar 29/12/15 lun 18/01/16 100% 0% 15 días 0 días
100%

Recursos.

Recursos / Detalle	**Cantidad**
Computadora	1
Impresora	1
Papel bond x 500	5
Esferográficos	24
Tableros plásticos	1
Archivadores plásticos	1
CD	2
Memorias USB	1

Presupuesto Detalle	**Costo USD**
Derecho de grado	167,00
Material bibliográfico de investigación	200,00
Material de oficina	500,00
Movilización	500,00
Alimentación	100,00
Impresión y empastado de informe final	100,00
Imprevistos	100,00
Asesoría SPSS	400,00
TOTAL	**2067,00**

Hoja de recolección de datos

Edad	
Sexo	Masculino
	Femenino
Auto identificación	Indígena
	Afro ecuatoriano / Afro descendiente
	Negro / a
	Mulato /a
	Montubio / a
	Mestizo / a
	Blanco / a

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

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

Puntuación total:_____

Familia funcional	57 A 70
Familia moderadamente funcional	43 A 56
Familia disfuncional	28 A 42
Familia severamente disfuncional	14 A 27

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
ESCALA DE GIJON

Situación familiar	Puntuación
Vive con familia y/o pareja sin conflicto	1
Vive con pareja de similar edad	2
Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden o no quieren atenderlo.	3
Viven solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades. tiene hijos próximos	4
Vive solo, familia lejana, desatendida, sin familia	5

Relaciones y contactos sociales	Puntuación
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	1
Sólo se relaciona con familia / vecinos/ otros, sale de casa.	2
Sólo se relaciona con familia, sale de casa	3
No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 por semana)	4
No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana)	5

Apoyos red social	Puntuación
No requiere ningún apoyo	1
Recibe apoyo de la Familia y/o vecinos	2
Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/ a familiar, vive en residencia, etc.)	3
Tiene soporte social pero es insuficiente	4
No tiene soporte social y lo necesita	5

Puntuación	**Clasificación**
Aceptable situación social	De 5 a 9
Existe Riesgo Social	De 10 a 14
Problema social	Más de 15

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Nivel de Posgrado
Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria

Consentimiento informado para el estudio: “CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA ZONA 7 DEL ECUADOR 2016”

Equipo de investigación

Nombre	Título Académico	Institución	Información
Cleyne Rodríguez	Esp. Medicina General Integral	UNL	
Elder Jumbo	Dr. En Medicina y Cirugía	UNL	2571379ext. 178
Mónica Guaya	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Robert Ortega	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Yohana Palma	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Diego Pauta	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Paulina Quinche	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Jaime Tigre	Doctor en Medicina y Cirugía	UNL	
Paola Ureña	Medico	UNL	

Le invitamos a participar de un estudio de análisis de “calidad de vida del adulto mayor en la Zona 7 del Ecuador 2016”. El propósito es darle a conocer la información necesaria sobre el estudio.

“CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Propósito y beneficios

La calidad de vida del Adulto Mayor se relaciona con el estar sano, sin enfermedades, capaz de valerse por sí mismo. Su participación en esta investigación, nos será útil para proponer acciones que puedan mejorar la calidad de vida a través de la aplicación de los programas con los que se cuentan en este país.

Conclusión

Su participación es voluntaria de decidir si desea o no participar en este estudio. Si desea hacerlo, deben contestar todas las preguntas que están en la encuesta. La información es confidencial. Las encuestas serán guardadas en la Universidad Nacional de Loja. Sus nombres serán reservados y no se darán a conocer luego de su participación.

Si tienen alguna pregunta o duda sobre este trabajo, nos puede llamar a cualquiera de los investigadores.

_____Cleyne Rodríguez Pardillo _____ 2016

Firma del investigador principal Nombre fecha

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Nivel de Posgrados
Especialización Medicina Familiar y Comunitaria

Declaración del participante

Se me ha explicado el estudio “calidad de vida del adulto mayor en la Zona 7 del Ecuador 2016”, la oportunidad de hacer preguntas, los beneficios y los posibles riesgos. Si tengo preguntas sobre mis derechos como participante en el trabajo o preguntas después del trabajo, puedo preguntar a uno de los investigadores anotados arriba.

Si_____ No_____ Deseo participar voluntariamente en este trabajo.

Nombre del participante:_____

Doy el permiso para que los investigadores puedan obtener material audio visual en caso de ser necesario.

Si_____ No_____

El ORO							
N° encuestas	**27/05/2016 Hora salida: 04H00 Ruta 1**	**N° encuestas**	**23/05/2016 Hora salida: 04H00 Ruta 2**	**N° encuestas**	**24-25/05/2016 Hora salida: 04H00 Ruta 3**	**N° encuestas**	**26/05/2016 Hora salida: 04H00 ruta 4**
7	Balsas	8	La libertad	85	Machala	8	Bella María
15	Piñas	8	Palmales	15	El guabo	15	Buenavista
17	Portovelo	14	Arenillas	8	Peaña	85	Pasaje
9	Zaruma	21	Huaquillas	8	La Iberia	34	Santa rosa
16	Arcapamba						
8	Zaracay						
8	Guayquichuma						

ZAMORA CHINCHIPE.					
N° encuestas	**04-05/07/2016 Hora salida: 04H00 Ruta 1**	**N° encuestas**	**06-07 /07/2016 Hora salida: 04H00 Ruta 2**	**N° encuestas**	**08-09/07 /2016 Hora salida: 04H00 Ruta 3**
31	Zumbi	91	Yanzatza	12	San Francisco
12	Paquizha	24	Chicaña	12	La canela
12	Bellavista	55	El Pangui	37	Zumba
24	Guayzimi			12	La Chonta
15	Zurmi			9	Malacatos
15	Timbara			8	Quinara

LOJA							
N° encuestas	**19-20/05/2016 Hora salida: 04H00 Ruta 1**	**N° encuestas**	**21-22/05/2016 Hora salida: 04H00 Ruta 2**	**N° encuestas**	**17-18/05 /2016 Hora salida: 04H00 Ruta 3**	**N° encuestas**	**16/05/2016 Hora salida: 04H00 ruta 4**
9	Santiago	100	Loja	8	Nambacola		
9	San Lucas	7	El tambo	8	Purununa	22	Macará
9	Saraguro	17	Catamayo	8	Gonzanama	9	zapotillo
8	San Sebastián de Yulluc	8	Chuquiribamba	8	El Ingenio	7	Pindal
8	Lluzhapa	9	El Cisne	8	Quilanga	16	Celica
9	Celen			9	27 de abril	15	Catacocha
8	El Tablón			9	Bellavista		
12	Imbana			21	Cariamanga		
				7	Amaluza		

THE CANADIAN HOUSE CENTER

THE CANADIAN HOUSE CENTER

El que suscribe, en representación de **THE CANADIAN HOUSE CENTER CIA. LTDA**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución Ministerial **Nº 320 - 15.**

CERTIFICA.-

Que el resumen de Tesis titulada **"SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR ZONA 7. 2016"** realizada por el **Sr. ELDER BOLIVAR JUMBO GUAICHA** con cédula de identidad 1102681580, estudiante del nivel de postgrado de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA,** ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo Director Académico de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 01 de Febrero del 2017

ROYAL INTERNATIONAL LANGUAGE ACADEMY
THE CANADIAN HOUSE CENTER

LIC. ROSS SAMPAYO
DIRECTOR ACADÉMICO
THE CANADIAN HOUSE CENTER

Loja Matriz: Venezuela 19-77 Entre José María Peña y Av. Pío Jaramillo Alvarado • Loja-Ecuador • Teléfonos: 2584334/2584450
Loja Centro: Miguel Riofrío 14-35 Entre Bolívar y Sucre • Loja-Ecuador • Teléfono: 2571800
www.thecanadianhousecenter.com
/CHCLoja
@CHCLoja