

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA

**TEMA:**

---

“CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR RELACIONADO CON  
EL ABANDONO FAMILIAR. LA CALERA CENTRO, LATACUNGA.”

---

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

Autora: Md. Jenny Fernanda Villarroel Vargas

Directora: Dra. Josefa Margarita Miranda Vázquez, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

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

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por el Doctor José Marcelo Ochoa Egas, Magíster, e integrado por los señores Doctor Idalberto Creagh Bandera, Especialista, Doctor Jorge Luis Vázquez Cedeño Especialista, Doctora Mónica Paulina Silva Tirado, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR RELACIONADO CON EL ABANDONO FAMILIAR. LA CALERA CENTRO, LATACUNGA”, elaborado y presentado por la señora Médica Jenny Fernanda Villarroel, Vargas, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

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

-----  
*Dr. Idalberto Creagh Bandera, Esp.*  
Miembro del Tribunal

-----  
*Dr. Jorge Luis Vázquez Cedeño, Esp.*  
Miembro del Tribunal

-----  
*Dra. Mónica Paulina Silva Tirado, Esp.*  
Miembro del Tribunal

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR RELACIONADO CON EL ABANDONO FAMILIAR. LA CALERA CENTRO, LATACUNGA.”, le corresponde exclusivamente a: la Médico Jenny Fernanda Villarroel Vargas Autora bajo la Dirección de Doctora Josefa Margarita Miranda Vázquez, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

-----  
Md. Jenny Fernanda Villarroel Vargas  
c.c.0502874597

**AUTORA**

-----  
Dra. Josefa Margarita Miranda Vázquez, Esp.  
c.c. E113535

**DIRECTORA**

## **DERECHOS DE AUTOR**

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

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

-----  
Md. Jenny Fernanda Villarroel Vargas  
c.c.0502874597

**AUTORA**

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA .....	i.
A LA UNIDAD ACADÉMICA DE TITULACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.....	ii.
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN .....	iii.
DERECHOS DE AUTOR .....	iv.
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS .....	v.
ÍNDICE DE TABLAS .....	vi.
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii.
AGRADECIMIENTO .....	viii.
DEDICATORIA .....	ix.
RESUMEN EJECUTIVO.....	x.
EXECUTIVE SUMMARY .....	xi.
<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>3</b>
5.2 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	3
1.1 TEMA: CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR RELACIONADO CON EL ABANDONO FAMILIAR. LA CALERA CENTRO, LATACUNGA. ....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 <i>Contextualización.</i> .....	3
1.2.2 <i>Análisis Crítico</i> .....	6
1.2.3. <i>Prognosis</i> .....	7
1.2.4 <i>Formulación del Problema</i> .....	7
1.2.5 <i>Interrogantes</i> .....	7
1.2.6 <i>Delimitación del objeto de la investigación</i> .....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	8
1.4 OBJETIVOS .....	8
1.4.1 <i>General:</i> .....	8

1.4.2. Específicos: .....	9
<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>10</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	10
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	15
2.2.1 <i>Teorías del Envejecimiento</i> .....	15
2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL .....	16
2.4.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES .....	19
2.4.1 ADULTO MAYOR .....	19
2.4.1.1 <i>Envejecimiento.</i> .....	20
2.4.1.2 <i>Cambios Estructurales y funcionales en el envejecimiento.</i> ..	20
2.4.1.3. <i>Envejecimiento Funcionalidad y Autonomía</i> .....	22
2.4.1.4. <i>Familia y Funcionalidad del Adulto Mayor.</i> .....	24
2.4.1.5. <i>Instrumentos para la valoración de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.</i> .....	26
2.4.2. FAMILIAS EN EL ECUADOR .....	26
2.4.3.MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR .....	27
2.4.3.1 <i>Abandono o Negligencia en el Adulto Mayor: Definición</i> .....	28
2.4.3.2. <i>Ancianos Abandonados.</i> .....	29
2.4.4. FAMILIA DEL ADULTO MAYOR .....	30
2.4.4.1. <i>Rol del adulto mayor en la familia</i> .....	30
2.4.5. EDAD, SEXO Y ENVEJECIMIENTO.....	30
2.4.6. OCUPACIÓN, ABANDONO FAMILIAR Y ENVEJECIMIENTO.....	31
2.4.7. ETNIA.....	33
2.4.8. TIPO DE FAMILIA Y NÚMERO DE GENERACIONES .....	33
2.5. HIPÓTESIS.....	34
2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	34
2.6.1. <i>Variable Dependiente</i> .....	34
2.6.2. <i>Variable Independiente.</i> .....	35
2.6.3 <i>Variable Moderadora</i> .....	35

<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>36</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>36</b>
3.1 ENFOQUE .....	36
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	36
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	36
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	36
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO .....	38
3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	41
3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	42
<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>43</b>
<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	43
4.1.1. <i>Grupo de edades geriátricas.</i> .....	44
4.1.2. <i>Adultos mayores y sexo</i> .....	45
4.1.3. <i>Adultos mayores y nivel de instrucción</i> .....	46
4.1.4. <i>Adultos mayores y ocupación</i> .....	47
4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA .....	48
4.3 CAPACIDAD FUNCIONAL Y ABANDONO FAMILIAR .....	48
4.4 ABANDONO DEL ADULTO MAYOR .....	51
4.5 CAPACIDAD FUNCIONAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	51
4.5.1 <i>Actividades básicas de la vida diaria y grupos de edad</i> .....	51
4.5.2. <i>Actividades básicas de la vida diaria y sexo</i> .....	53
4.5.3 <i>Actividades básicas de la vida diaria y nivel de instrucción</i> .....	54
4.5.4 <i>Actividades básicas de la vida diaria y ocupación</i> .....	55
4.5.5 <i>Actividades instrumentales de la vida diaria y grupos de edad</i> . 56	
4.5.6 <i>Actividades instrumentales de la vida diaria y sexo</i> .....	57
4.5.7 <i>Actividades instrumentales de la vida diaria y nivel de</i> <i>instrucción</i> .....	57
4.5.8 <i>Actividades instrumentales de la vida diaria y ocupación</i> .....	59
4.6 ESTRUCTURA FAMILIAR Y ABANDONO FAMILIAR .....	61

4.7 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	61
<b>CAPÍTULO 5.....</b>	<b>64</b>
5.1 CONCLUSIONES .....	64
5.2 RECOMENDACIONES.....	65
<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>66</b>
<b>PROPUESTA.....</b>	<b>66</b>
6.1 DATOS INFORMATIVOS .....	66
6.1.1. <i>Tema</i> .....	66
6.1.2. <i>Institución ejecutora</i> .....	66
6.1.3. <i>Beneficiarios</i> .....	66
6.1.4. <i>Ubicaciones</i> .....	66
6.1.5. <i>Tiempo estimado para la ejecución</i> .....	67
6.1.6. <i>Equipo responsable</i> .....	67
6.1.7. <i>Presupuesto</i> .....	67
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....	67
6.3. JUSTIFICACIÓN .....	68
6.4.OBJETIVOS .....	69
6.4.1. <i>Objetivo general</i> .....	69
6.4.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	69
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD .....	69
6.6. FUNDAMENTACIÓN.....	70
6.7. MODELO OPERATIVO.....	73
6.8. ADMINISTRACIÓN.....	74
6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN. ....	74
<b>MATERIALES DE REFERENCIA .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Operacionalización de la variable independiente .....	38
Tabla N° 2: Operacionalización de la variable dependiente.....	38
Tabla N°: 3. Operacionalización de la variable moderadora .....	39
Tabla N°4: Operacionalización de las variables intervinientes.....	40
Tabla N° 5: Distribución de los adultos mayores según las actividades básicas de la vida diaria y el abandono familiar. Barrio La Calera Centro.2015-2016 .....	49
Tabla N° 6: Distribución de las actividades instrumentales de la vida diaria según el abandono familiar. Barrio La Calera Centro.2015-2016. ....	50
Tabla N° 7: Distribución del abandono en los adultos mayores Barrio La Calera Centro.2015-2016. ....	51
Tabla N°8: Distribución de los adultos mayores según las actividades básicas de la vida diaria y grupos de edades geriátricas. Barrio La Calera Centro.2015-2016.....	52
Tabla N° 9: Distribución de los adultos mayores según actividades básicas de la vida diaria y sexo. Barrio La Calera Centro.2015-2016.....	53
Tabla N° 10: Distribución de los adultos mayores según actividades básicas de la vida diaria y nivel de instrucción. Barrio La Calera Centro.2015-2016 .....	54
Tabla N° 11: Distribución de los adultos mayores según actividades básicas de la vida diaria y ocupación. Barrio La Calera Centro.2015-2016 .....	55

Tabla N° 12: Distribución de los adultos mayores según actividades instrumentales de la vida diaria y edades geriátricas. Barrio La Calera Centro.2015-2016.....	56
Tabla N° 13: Distribución de los adultos mayores según las actividades instrumentales de la vida diaria según sexo. Barrio La Calera Centro.2015-2016.....	57
Tabla N° 14: Distribución de los adultos mayores según actividades instrumentales de la vida diaria y nivel de instrucción. Barrio La Calera Centro.2015-2016.....	57
Tabla N° 15: Distribución de los adultos mayores según las actividades instrumentales de la vida diaria y ocupación. Barrio La Calera Centro.2015-2016.....	59
Tabla N° 16: Distribución de los adultos mayores según abandono familiar y estructura familiar. Barrio La Calera Centro.2015-2016.....	61
Tabla N°. 17Capacidad funcional,estructura familiar y abandono con su nivel de significancia.....	62

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Categorías fundamentales .....	19
Gráfico N°: 2 Grupos de edades geriátricas. Barrio La Calera Centro. 2015-2016.....	44
Gráfico N°3: Distribución de los adultos mayores según sexo. Barrio La Calera Centro. 2015-2016. ....	45
Gráfico N° 4: Distribución de los adultos mayores según nivel de instrucción. Barrio La Calera Centro. 2015-2016 .....	46
Gráfico 5: Distribución de los adultos mayores según ocupación. Barrio La Calera Centro. 2015-2016. ....	47
Gráfico 6: Distribución de los adultos mayores según ocupación. Barrio La Calera Centro. 2015-2016. ....	48
Gráfico N°7: Un marco de salud pública para el Envejecimiento Saludable: oportunidades para la acción de salud pública en el curso de la vida .....	72

## **AGRADECIMIENTO**

A los profesores de posgrado y  
compañeros de aula.

A todos los que contribuyeron de alguna  
forma para la ejecución del presente  
trabajo. Muchas gracias.

## **DEDICATORIA**

A Vicente mi esposo que por su apoyo incondicional hizo que el presente trabajo se lleve a cabo.

A mis hijos Daniela y Emilio fuente de inspiración para mi superación.

A mis padres que con sus consejos y palabras de aliento me dieron la fuerza a culminar este proyecto.

A mi abuelita María ejemplo a seguir de un adulto mayor con un espíritu jovial.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA: CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR  
RELACIONADO CON EL ABANDONO FAMILIAR. LA CALERA  
CENTRO, LATACUNGA.**

**AUTOR:** Médico Jenny Fernanda Villarroel Vargas.

**DIRECTOR:** Doctora Josefa Margarita Miranda Vázquez, Especialista

**FECHA:** 8 de Agosto del 2016

### **RESUMEN EJECUTIVO**

El envejecimiento poblacional es un hecho inevitable, se estima que entre el 2000 al 2050 la población envejecida ascienda del 11 al 22 %, con ello el incremento de las diversas enfermedades o trastornos propios de la edad entre otras dificultades. El objetivo de estudio fue establecer la relación entre capacidad funcional del adulto mayor con el abandono familiar en el Barrio La Calera Centro, Latacunga. Se realizó un estudio descriptivo de corte trasversal población fue integrada por 70 adultos mayores de la comunidad a quienes previo consentimiento informado se le aplicó las escalas para valoración de la capacidad funcional Índice de Katz modificado y la escala de Lawton y Brody modificada y la encuesta para valorar abandono familia y aspectos sociodemográficos de la población. Para el análisis estadístico se utilizó el Ji cuadrado de Pearson con un nivel de significancia del 0.05. En el estudio el grupo de edades que predominó fue entre los 65 a los 74 años (tercera edad) con el 59%

de la población y la categoría longevo con el 3%. La media de la edad es 73,96, a edad mínima es de 65 años y la máxima de 91 años, predomino el sexo femenino. Se reportó el abandono en el 75,7% de los adultos mayores y tuvo significancia con respecto a la capacidad funcional. Los resultados significativos fueron en la relación entre ABVD y las AIVD con las edades geriátricas  $p: 0,001$  y  $p: 0,002$  respectivamente, así como también las AIVD con la ocupación siendo  $\chi^2: 38,939$  y  $p: 0,000$  otro resultado significativo fue el abandono familiar y la estructura familiar  $p: 0,002$ . Se puede concluir que hubo relación significativa entre capacidad funcional, estructura familiar y abandono.

**Palabra claves:** Capacidad funcional, abandono familiar, adultos mayores, familia.

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

**THEME:**

**FUNCTIONAL CAPACITY OLDER RELATED WITH FAMILY ABANDONMENT. LA CALERA CENTER, LATACUNGA.**

**AUTHOR:** Médico. Jenny Fernanda Villarroel Vargas

**DIRECTED BY:** Doctora. Josefa Margarita Miranda Vázquez, Specialist.

**DATE:** August,08 2016

**EXECUTIVE SUMMARY**

Population aging is inevitable, it is estimated that between 2000 and 2050 the aging population rise from 11 to 22 %, thereby increasing the various diseases or disorders own age among other difficulties. The aim of the study was to establish the relationship between functional capacity of the elderly with family abandonment in neighborhood La Calera Center, Latacunga. A descriptive study of crosscut population was composed of 70 adults over the community who prior informed consent is applied scales for assessing the capability it works Index modified Katz and scale Lawton and Brody modified and the survey was conducted abandonment assess family and socio-demographic aspects of the population. For statistical analysis Pearson Chi square was used with a significance level of 0.05. In the study, the predominant age group was between 65 to 74 years (elderly) with 59% of the population and the long-lived category with 3%. The average age is 73.96, a minimum age is 65 years and maximum of 91 years, female gender predominance . neglect in 75.7 % of seniors



reported and had significance with regard to functional capacity. Significant results were in the relationship between AVD and AIVD with geriatric age  $p: 0.001$  and  $p: 0.002$  respectively , as well as the AIVD with the occupation being  $x^2 : 38.939$   $p : 0,000$  other significant result was the family abandonment and family structure  $p : 0,002$ .Se can conclude that there was significant relationship between functional capacity , family structure and abandonment.

**Key words:** functional capacity, family abandonment , older adults, family.

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno del envejecimiento de la población a escala mundial es un hecho de gran transcendencia social que está suscitando el interés desde múltiples ámbitos (político, económico, sociológico, sanitario y de investigación científica) por las enormes consecuencias que está produciendo y que se acentuarán en los próximos años. Este envejecimiento poblacional es una realidad incuestionable y un logro histórico que está comportando un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos frecuentemente incapacitantes, lo que incide de trabajo y, por supuesto, en las pensiones, y afecta de forma importante a la composición de la familia y a las condiciones de vida.

En todos los estudios publicados se observan una mayor prevalencia y una tendencia al aumento de la dependencia en aquellos sectores de población mayor y muy mayor, y la principal causa de ello es la enfermedad, y no la edad, como consecuencia de la combinación de cambios fisiopatológicos relacionados con la edad (fragilidad y síndromes geriátricos), enfermedades crónicas y procesos agudos o intercurrentes, todo ello, además, influido por el entorno psicosocial.

El progresivo control de los procesos crónicos graves de alta mortalidad ha llevado a un crecimiento de las afecciones degenerativas de la senescencia, enfermedades degenerativas crónicas que, a su vez, son las que causan una mayor dependencia. La relación entre enfermedad y dependencia es, pues, evidente. El estado de salud, sobre todo la incidencia de enfermedades crónicas, es una de las variables más fuertemente asociadas a la dependencia y está condicionado por la interacción de factores de orden biológico, psicológico y social o ambiental.

En si el proceso de envejecimiento de la población conlleva a la toma de decisiones rápidas por parte de los países y que en el caso de los países

desarrollados lo han venido trabajando por mucho tiempo y lo afrontan adecuadamente; contrariamente en los países en vías de desarrollo este fenómeno ha llegado en forma inesperada por la globalización y adelantos de la tecnología y las políticas de salud, y aún no se encuentran completamente preparados para dar solución a las exigencias de este grupo de edades, ahí surgen las distintas inequidades en la atención de los adultos mayores ya que el sistema y la sociedad no se encuentran preparados; el aspecto que se menciona es una falta de atención en las necesidades de esta población que, por sus cambios fisiológicos propios de la edad, determinan la disminución de su funcionalidad y en muchos casos asociados a múltiples patologías crónico degenerativas que pueden condicionar a un posible abandono familiar

El maltrato a las personas mayores puede ser físico, sexual, psicológico, emocional, financiero y material, e incluir formas como el abandono, la negligencia y pérdidas graves de dignidad y respeto. Ocurre tanto dentro como fuera de un contexto en el que se da asistencia, por ejemplo, entre dos cónyuges con capacidad funcional alta o por parte de un hijo adulto que depende de la persona mayor que le proporciona vivienda o seguridad financiera.

El aumento de la expectativa de vida conduce a que los adultos mayores cohabiten con otras generaciones en su misma familia, lo cual puede acarrear una reestructuración en la red familia y en si en el papel que él juega, así como también en el apoyo mutuo entre los miembros de la familia.

Los diversos cambios que se producen por la edad, hacen que los adultos mayores sean dependientes de mayores cuidados que debe proporcionar el estado tales como: cuidados directos, servicios sanitarios entre otros y por ende si una sociedad no se encuentra preparada, la población adulta mayor se verá afectada provocando un problema social y familiar.

## **CAPÍTULO 1.**

### **5.2 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Tema: Capacidad funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. La Calera Centro, Latacunga.**

#### **1.2 Planteamiento del problema**

##### **1.2.1 Contextualización.**

Uno de los fenómenos sociales actuales a considerar es el envejecimiento poblacional que tal y como muestran los últimos estudios, es un proceso vertiginoso que evidencia un incremento de la esperanza de vida e incrementa el índice de envejecimiento poblacional traduciéndose en una importante demanda para la sociedad <sup>1</sup>. En si el envejecimiento de la población traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región. Estas transformaciones ya son experimentadas por el mundo desarrollado y, si bien Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias, algunas circunstancias la diferencian de estos países, tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento como a la estructura social y económica que enfrentará las consecuencias de este proceso <sup>2</sup>.

En los países europeos la población envejece de forma progresiva y rápida. El número de personas mayores crece al mismo tiempo que cambian sus características personales y sociales, tienen nuevas formas de vida, sus opiniones y objetivos difieren bastante de los que tenían quienes formaban este grupo de población hace unas décadas. España es actualmente uno de los países pioneros en materia de envejecimiento. Según constatan los informes sobre las personas mayores en España las

personas de edad ya representaban el 17% de toda la población en 2003 y se prevé que este porcentaje llegue al 30,8% en el año 2050 <sup>3</sup>. La población envejecida trae consigo múltiples aspectos que se deben tomar en cuenta es entre ellos están los diversos problemas de salud.

El aumento de la esperanza de vida de la población conduce a que los adultos mayores frecuentemente cohabiten entre varias generaciones en la familia, lo cual podría llevar a diferentes cambios en el apoyo familiar y en si a la red familiar, como son el papel que juega el adulto mayor en el seno familiar. Las principales consecuencias que se pueden generar en los adultos mayores con respecto al Estado es las pensiones de jubilación que debe sostener el mismo, la ayuda y participación social y en si el gasto sanitario por las diferentes morbilidades que el adulto mayor presenta en esta etapa. En si se habla que los cambios afectarían con más fuerza a la mujer, puesto que se debe dedicar al cuidado de los adultos mayores y de sus propios hijos; es así que las mujeres adultas mayores, además de preocuparse por sus padres aún vivos, deben brindar apoyo a sus hijos, atender el hogar y cuidar a sus nietos <sup>4</sup>.

El envejecimiento de la población es el principal fenómeno demográfico de esta época y adquirirá especial relevancia en el futuro por sus implicaciones tanto para la sociedad en su conjunto denominado envejecimiento de la población, como para las personas de edad avanzada el envejecimiento individual. La sociedad debe adaptarse a una situación sin precedentes e implementar políticas que faciliten los ajustes necesarios en diversas áreas de obligación pública. Estos ajustes exigen equidad intergeneracional y de género, pues es preciso satisfacer las necesidades de personas que se encuentran en etapas diferentes del ciclo vital. De igual manera, suponen redefinir el papel que cabe desempeñar al Estado, el sector privado y la familia, dadas las transformaciones en los hogares originadas por la emancipación de las mujeres y su integración creciente al mercado laboral. Ante la envergadura y el amplio espectro de tales retos es imperativo que los

sectores público, privado y académico concentren esfuerzos y recursos para realizar investigaciones novedosas y multisectoriales. Es necesario que se diseñen nuevas y creativas soluciones en procura de brindar bienestar a la población de todas las edades.

Según la OMS 2012 estima que la población adulta mayor en el mundo ascenderá más de lo previsto es así que entre el 2000 y 2050 los mayores de 60 años se duplicarán pasando del 11% al 22%, en América Latina se estima que para el 2020 habrá 200 millones de persona con más de 60 años y esta cifra subirá a 310 millones en el 2050; siendo necesario implementar políticas que brinden programas, servicios y atención especial a esta población .<sup>5</sup>

En el Ecuador de acuerdo al Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010 existen 940.905 adultos mayores correspondiendo el 52,6% a mujeres y el resto a hombres, además representan el 6,5% de la población total del país <sup>6</sup>.

En la provincia de Bolívar los adultos mayores representan el 9,7% del total de la población y en Loja el 9,2%, siendo las provincias con mayor cantidad de adultos mayores; mientras que la provincia de Zamora Chinchipe exhibe el menor por ciento de población adulta mayor con solo un 4,5% <sup>7</sup>.

Los adultos mayores en la provincia de Cotopaxi representan el 7,8 % de la población. En el Barrio la Calera Centro según el Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS 2014) corresponden a un 6.7%.

El abandono familiar en la sierra ecuatoriana es muy evidente, los adultos mayores son excluidos por los miembros de la familia ya llegando a esta etapa, donde se pierden las relaciones entre los integrantes de la familia a nivel afectivo y como ser social del grupo familiar, lo cual conlleva a que este grupo no presente un envejecimiento activo como ser biopsicosocial,

lo cual está amparado por las políticas del estado ecuatoriano que se han fortalecido en la última década.

En estudios sobre prevalencia de abandono familiar a los adultos mayores en el Ecuador, específicamente en Cuenca menciona que el abandono corresponde al 71,10%; mientras que en Chile es del 66,7%; en Perú, del 54%; y en Estados Unidos con un 48,7% <sup>8</sup>.

Según la encuesta SABE (Salud Bienestar y Envejecimiento) el 14,9 % <sup>9</sup> reporta abandono del adulto mayor y en el Barrio La Calera Centro según el (ASIS, 2014) se reportó el 14%, lo cual nos conlleva a identificar las causas del mismo y a realizar una intervención oportuna.

### **1.2.2 Análisis Crítico**

El envejecimiento está condicionado por el aumento en la esperanza de vida, la disminución en la tasa de natalidad y de mortalidad, así como también el control de la fecundidad que se ha venido dando en los últimos años, debido al mejoramiento en los servicios de salud, así como también a la accesibilidad de los mismos, al mejor control de las enfermedades crónicas degenerativas, a los avances en la tecnología entre otros; lo cual orientará a que los servicios de salud sobre todo y los demás programas e instituciones encargados de esta población a participar activamente con un enfoque preventivo, de evaluación familiar y a la vez de proponer una intervención , con el fin de que los adultos mayores no representen una carga para la familia y en si para la sociedad; tratar de conservar la independencia a lo máximo de los adultos mayores pero sobre todo identificar y tratar de forma oportuna y adecuada las enfermedades crónicas degenerativas, así como también los factores de riesgo para padecerlas que conllevan a los grados síndromes geriátricos que puedan comprometer la autonomía de los adultos mayores y ser posibles candidatos al abandono familiar mediante una valoración geriátrica integral.

### **1.2.3. Prognosis**

El envejecimiento de la población es un fenómeno que se está presentando en la población ecuatoriana, por tanto, lo relacionado a los cuidados sanitarios, el apoyo social entre otros en esta etapa de la vida, deben considerarse para que en un futuro no muy lejano esta población presente unas condiciones adecuadas de vida tanto a nivel personal, familiar y comunitario y que como médicos de familia nos compete las acciones de promoción y de prevención. Mediante el presente trabajo se aportará con información y con los resultados del mismo, se propone una estrategia para lograr desarrollar en los adultos mayores del Barrio La Calera Centro un envejecimiento activo.

### **1.2.4 Formulación del Problema**

¿Qué patrón de relación existe entre la capacidad funcional del adulto mayor y el abandono familiar en el Barrio La Calera Centro?

### **1.2.5 Interrogantes**

¿Qué características sociodemográficas y funcionales presentan los adultos mayores objeto de estudio?

¿Qué diferencias existen entre estructura familiar y el abandono del adulto mayor?

¿Qué estrategias se puede implementar para lograr un envejecimiento activo?

### **1.2.6 Delimitación del objeto de la investigación**

#### **1.2.6.1 Contenido**

- **Campo:** Medicina - Atención Primaria en Salud- Gerontología
- **Área:** Capacidad funcional y Adulto Mayor.
- **Aspecto:** Abandono familiar.



### **1.2.6.2Tiempo -Espacial**

- **Tiempo.** - Año 2015- 2016
- **Lugar.** - Sector ER50 Barrio la Calera Centro, Latacunga
- **Personas.** - Todos los adultos mayores
- **Línea de investigación:** Epidemiología y Salud pública

### **1.3 Justificación**

Debido que en la actualidad al crecimiento demográfico de la población se orienta al envejecimiento y por tanto a la atención integral del adulto mayor, en este sentido, el problema en cuanto al abandono del mismo es pertinente el actuar por parte del médico de familia con respecto a la promoción de la salud, prevención y control de las patologías, lo cual posee un impacto social en beneficio de los adultos mayores con un enfoque integral para sensibilizar y concientizar a la familia y la comunidad a llevar a cabo un envejecimiento activo.

El presente trabajo es factible porque no requiere una inversión económica sustancial, aporta además información sobre la magnitud del problema y que los resultados puedan servir para futuros trabajos enfocados en el mismo; así como también a la reflexión de los profesionales de la salud tanto públicos y privados y las instituciones encargadas de esta población, los actores sociales y muy especialmente a la familia a que participen en la protección de los adultos mayores.

### **1.4 Objetivos**

#### **1.4.1 General:**

- Establecer la relación entre capacidad funcional del adulto mayor con el abandono familiar en el Barrio La Calera Centro, Latacunga.

#### **1.4.2. Específicos:**

- Caracterizar al adulto mayor según su capacidad funcional y variables sociodemográficas.
- Identificar la relación entre estructura familiar y abandono del adulto mayor.
- Elaborar un plan de intervención en el manejo integral del adulto mayor para lograr un envejecimiento activo.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO TEÓRICO**

La valoración funcional se ha basado en la medición de la discapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) las dificultades para llevarse a cabo hacen que los adultos mayores caigan en dependencia y discapacidad siendo un posible factor de riesgo para diversos problemas de orden social como lo es el abandono familiar.

#### **2.1 Antecedentes Investigativos**

Un estudio descriptivo, transversal realizada en Cuba entre el año 2013-2014, en donde se caracterizó el estado funcional, cognitivo y biomédico en 21 adultos mayores. Se evaluó la independencia en las actividades básicas del diario vivir a partir de la prueba de Katz las actividades instrumentadas con la prueba de Lawton y la esfera mental con el examen mínimo del estado mental. Los adultos mayores que predominaron fueron entre las edades de 90 y 94 años, con predominio del sexo femenino, hubo dependencia para las actividades instrumentadas, predominaron las enfermedades cardiovasculares, prevaleció el deterioro cognitivo leve y el estado funcional de los ancianos estudiados se caracterizó por dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria e independencia para las actividades básicas de la vida diaria<sup>10</sup>.

Jürschik et al. <sup>11</sup> en España realizó un estudio descriptivo y trasversal, el objetivo fue conocer la prevalencia de sospecha de maltrato e identificar los factores asociados en las personas mayores sin déficit cognitivo, que son atendidas por la unidad geriátrica ubicada en el servicio de urgencias

del hospital. La población a estudio fue de 65 años o más, valorada por la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) geriátrica del servicio de urgencias del hospital Arnau de Vilanova de Lleida. El total de participantes fue de 127. La sospecha de maltrato se midió con el cuestionario de la *American Medical Association (AMA)* y la *Canadian Task Force (CTF)*. Las variables estudiadas fueron las características sociodemográficas y la dependencia funcional. Los resultados que arrojó esta investigación fueron la prevalencia de sospecha de maltrato con el 29,1%. Los subtipos más frecuentes fueron por abandono y psicológico, y menos frecuente por negligencia. Los factores asociados fueron el sexo femenino, profesión previa no remunerada, ser viudo, y vivir solo.<sup>10</sup> Concluyeron que tres de cada 10 personas mayores fueron identificadas como posibles víctimas de maltrato. Debido al relativo aislamiento de muchos adultos mayores que son maltratados, una visita inesperada al servicio de urgencias puede ser la única oportunidad para su detección. Las unidades geriátricas ubicadas en esta área deberían incluir en la valoración integral, la sospecha de malos tratos a dicha población. Para ello, es necesario poder contar con un instrumento con un alto índice de sensibilidad y especificidad para la detección de los malos tratos en las personas mayores<sup>11</sup>.

Así mismo se ha observado, que no existe una relación directa entre el grado de dependencia física y el riesgo de sufrir maltrato<sup>12,13</sup>, a pesar de que se ha determinado que la discapacidad física podría conducir a una situación de abuso porque la defensa propia o escapar de la situación de maltrato es limitada<sup>14</sup>, Citado por Jürschik<sup>11</sup>.

El estudio realizado en el Perú encontró que el riesgo de que los adultos mayores a sufrir violencia intrafamiliar está asociado con la carencia de una actividad laboral y que a mayor grado de escolaridad, menor es el riesgo de sufrir violencia, se señala además que el envejecimiento del adulto mayor puede presentar disminución de la capacidad funcional y

cognitiva, lo cual puede conducir a padecer algún tipo de dependencia y a sufrir violencia <sup>15</sup>.

El proceso de envejecimiento del ser humano forma parte del ciclo biológico natural envejecer con calidad es una necesidad cada vez mayor en el entorno familiar y social. Por tanto, es prioritaria la investigación enfocada a evaluar el estado de salud biopsicosocial que guardan los adultos mayores. La mayoría de los países desarrollados aceptaron la edad cronológica de 65 años para definir a la “persona mayor” <sup>16</sup>.

El estudio, realizado por Velasco et al. <sup>16</sup> muestra que aun cuando existieron adultos mayores institucionalizados en redes sociales muy estables, la gran mayoría presentan algún grado de deterioro social sean hombres o mujeres, lo que indica que son llevados al asilo o casa hogar por sus familiares y viven una situación de abandono, lo cual es una práctica que debería disminuir si se tomarán en cuenta los cambios demográficos que actualmente se viven.

En un estudio realizado en México por Cervantes et al.<sup>17</sup> en donde el objetivo fue determinar el estado de salud en el adulto mayor con 60 o más años de edad mediante una valoración geriátrica integral, fue un estudio de diseño transversal descriptivo en unidades de atención primaria de México. La población estuvo conformada por adultos mayores con y más de 60 años, se aplicó escalas para la valoración funcional: (Katz), (Lawton y Brody), y social (Escala de Recursos Social). Se reportó un 2% con dependencia total de actividades básicas de la vida diaria; 14,3% deterioro en actividades instrumentales y 48,0% presentan recursos sociales medianamente deteriorados<sup>17</sup>.

El estudio realizado por Cervantes, et al.<sup>17</sup> refiere que el adulto mayor al presentar comorbilidades y deterioro en las esferas mental y social conlleva a cambios en el entorno familiar a nivel social, que además en Latinoamérica los hogares se caracterizan por mantener a los adultos

mayores en casa al cuidado de las hijas o mujeres lo cual conlleva a un cambio en la dinámica familiar puesto que en ocasiones la mujeres optan por priorizar cuidados a los hijos, nietos y dejan a un lado los cuidados de los adultos mayores que pueden ser esposo o padres <sup>17</sup>.

La tendencia a presentarse con mayor frecuencia la valoración funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) se mantiene alto lo cual coincide con el estudio transversal en México por Arias, et al.<sup>18</sup> en una población de 60 años y más; se estableció la prevalencia de la discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria, respectivamente, así como los factores asociados en la población de edad avanzada. Los resultados fueron: la edad media de los pacientes en estudio fue de  $71,6 \pm 8,7$ , 61,2% eran mujeres. Se encontró prevalencia de 9,6% de discapacidad en las AVD y del 31,5% para el AIVD, concluyeron que las dificultades funcionales son comunes en la población anciana mexicana. Estos datos muestran variables clave para el riesgo de discapacidad funcional. Una mejor comprensión de las capacidades funcionales, así como de factores de riesgo los adultos mayores se enfrentan cada día proporciona una guía para elaborar un plan de prevención, para implementar intervenciones adecuadas, o para proporcionar la atención adecuada<sup>18</sup>.

El estudio realizado por Barrantes, et al.<sup>19</sup> describe que, de los adultos mayores de 65 años, el 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD.

En un estudio realizado en Colombia concluye que la soledad es un aspecto que lleva a los adultos mayores a sentirse desamparados y vulnerables. A pesar de encontrarse satisfechos por el apoyo de la familia, algunos manifiestan, en especial las mujeres, sentirse maltratados <sup>20</sup>. Por lo que se debe tener énfasis potenciar las redes de apoyo hacia los adultos mayores. En Cuba en una revisión bibliográfica concluye que la familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las

interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia. Es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar <sup>21</sup>.

En un estudio realizado en Medellín, Colombia por Cardona et. al.,<sup>22</sup> se identificó once factores asociados con la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de la ciudad de Medellín, de los cuales se identificaron inicialmente como factores de riesgo: el parentesco con el adulto mayor, el número de hijos, el número de horas diarias dedicadas al cuidado del adulto mayor, el estado de salud del cuidador, el abandono o disminución de actividad por el cuidado del adulto mayor, recibir ayuda para el cuidado, la razón por la que recae el cuidado, la edad del adulto mayor, la percepción de necesidad de cuidado hacia el adulto mayor; y como factores de protección fueron identificados: la independencia funcional del adulto mayor y el bueno o regular estado de salud del mismo <sup>22</sup>. Lo mencionado anteriormente indica que, si existe independencia funcional en el adulto mayor, el cuidador no estará sobrecargado y por tanto es un factor protector para evitar el abandono familiar en los ancianos.

En un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal en 275 adultos mayores realizado en Colombia por Villarreal, G.<sup>23</sup>, se determinó las condiciones sociofamiliares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años mediante encuesta, se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud. Se emplearon la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, Escala de Lawton y Brody, Índice de Katz para la valoración funcional y la Escala Minimental para la evaluación cognitiva. Los resultados que se obtuvieron fueron que el 61% de los adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años. Con criterios diagnósticos de hipertensión arterial (75.2%), cardiopatías isquémicas (70.5%) y osteoarticulares (68.3%), los cuales se incrementan con la edad

y en el sexo femenino, el 51% presenta pluripatología. La comorbilidad se relacionó con polimedicación (76%), problemas bucodentales (70.1%), dolores en miembros inferiores y depresión (68 y 54.1% respectivamente). El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social que en cuanto al abandono familiar reportó un 8 %, siendo más representativo en las mujeres ( $p < 0,05$ ). La valoración funcional se deterioró con la edad ( $p < 0,05$ ); concluye además que los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad <sup>23</sup>.

En Antioquia, Colombia un estudio reportó el 2,5% haber sufrido descuido, 5,0% necesidades afectivas ignoradas, 1,7% algún caso de agresión física, 0,4% agresión sexual y 1,3%, afirmó haber sufrido maltrato económico<sup>24</sup>.

## **2.2 Fundamentación Filosófica**

### **2.2.1 Teorías del Envejecimiento**

A medida que las personas envejecen cambian sus conductas, las interacciones sociales y las actividades que realizaban. Existen algunas teorías sobre el envejecimiento que algunos investigadores clasifican de la siguiente manera<sup>25</sup>.

- Teorías históricas acerca de la vejez.
  - Teoría del desgaste de órganos y tejidos.
  - Teoría de la intoxicación por sustancias intrínsecas.
- I. Teorías actuales del envejecimiento:
1. Teorías biológicas:
    - A. Teorías orgánicas:
      - Teoría autoinmune.



- Teoría neuroendocrina.
- Teoría del colágeno.
- Teoría de los radicales libres.

#### B. Teorías genéticas:

- Teorías de la programación genética.
- Teoría de la acumulación de errores.

#### 2. Teorías psicosociales:

- Teoría desvinculación.
- Teoría vacío de roles.
- Teoría de la dependencia estructurada.

La teoría que más se vincula al presente estudio es la de la desvinculación, llamada también teoría del retraimiento, la cual presenta un proceso inevitable en donde se rompe el vínculo anciano – familia – sociedad.

Como se ha observado en las visitas domiciliarias los adultos mayores se desvinculan socialmente frente a su familia y a la sociedad, modifican sus preferencias y por lo tanto eligen retirarse paulatinamente de los roles sociales y reducen sus compromisos con los demás. En ocasiones el individuo es forzado a renunciar las actividades que realizaba antes tanto económicas, así como las relacionadas con la sociedad y de poco a poco van perdiendo los papeles de liderazgo.

### **2.3.- Fundamentación Legal**

En el ámbito internacional, los derechos de las personas adultas mayores se encuentran contemplados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, donde se proclama “el derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez”<sup>26</sup>.

El Plan Internacional de acción de las Naciones Unidas adoptado por todos los países en Madrid, en abril del 2002 reconoce la importancia del

maltrato en los adultos mayores y se pone en contexto de los Derechos Humanos Universales, en donde la prevención del maltrato en los adultos mayores involucra a todos<sup>27</sup>.

Los artículos relacionados a los adultos mayores articulados con la Constitución de la República del Ecuador <sup>4</sup>:

Art. 1 Igualdad y no discriminación.

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

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

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

Art. 42 Prohibición de desplazamiento arbitrario.

Art. 51 Derechos de las personas privadas de libertad.

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

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

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

Art. 83 Deberes y responsabilidades.

Art. 193 Defensoría pública.

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

Art. 341 Protección integral.

Art. 363 Atención integral de la salud.

Art. 363 y 369 Seguridad social.

Lo anterior es un resumen en las innovaciones se observan desde la perspectiva del Plan Nacional del Buen Vivir en la nueva Constitución, las que parten del reconocimiento del Estado como “constitucional de derechos y justicia” (Art. 1), frente a la noción de Estado social de derechos. Este cambio implica el establecimiento de garantías constitucionales que permiten aplicar directa e inmediatamente los derechos, sin necesidad de que exista legislación secundaria <sup>4</sup>.

**Constitución de la República del Ecuador**, “Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad...”

En este marco se construye la Agenda de Igualdad para las y los adultos mayores, esta Agenda está sujeta y articulada al Plan Nacional para el Buen Vivir, la que constituye instrumento de política pública, elaborada con la activa participación ciudadana más la de otros estamentos y niveles de gobierno que, una vez implementadas, permitirán a la población una vida con dignidad. De esta se posibilitará el desarrollo como base fundamental, no sólo para la construcción de ciudadanía y cohesión social, sino para el buen vivir individual y colectivo <sup>4</sup>.

## 2.4.- Categorías Fundamentales

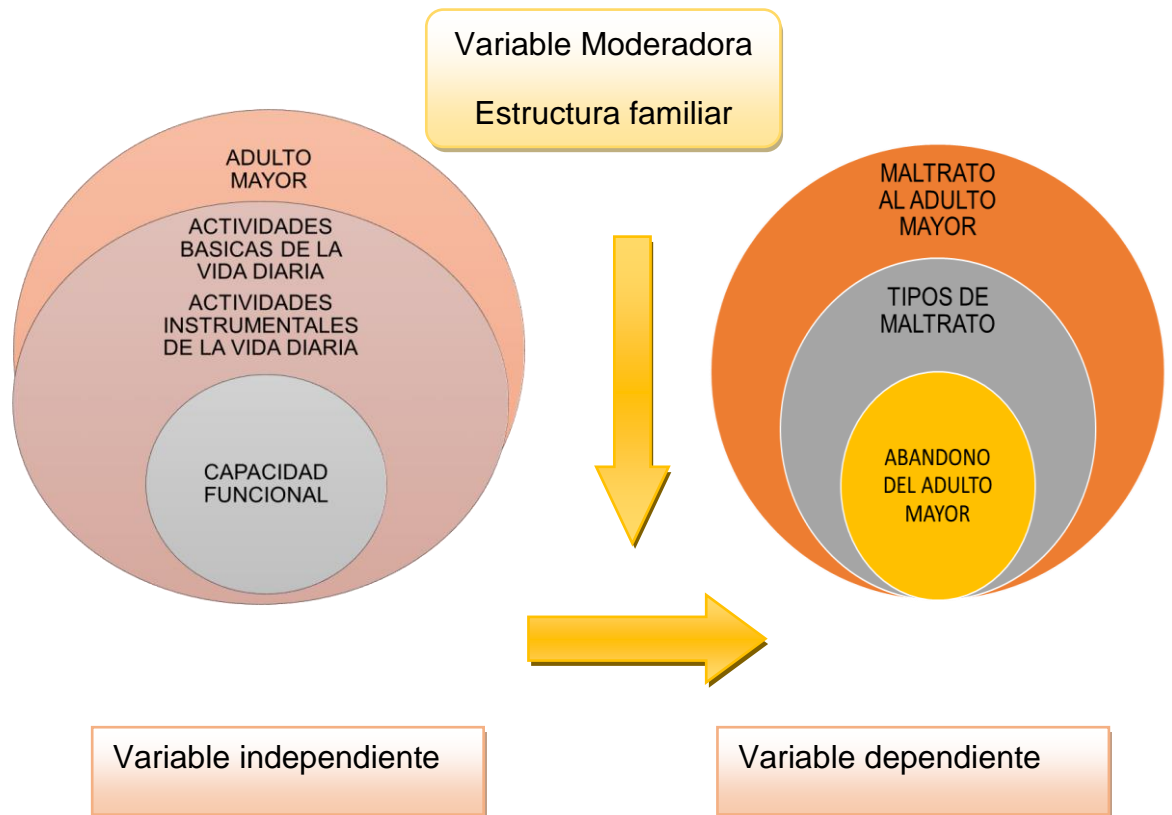


Gráfico 1. Categorías fundamentales

Elaborado por: Jenny Villarroel

### 2.4.1 Adulto Mayor

Según el artículo N° 36 de la Constitución de la República del Ecuador se considera persona adulta mayor aquella persona que hayan cumplido los 65 años de edad <sup>28</sup>.

En los adultos mayores se consolida muchas experiencias y sabidurías que se transmiten de generación en generación. Son una población de la que se puede sacar muchas experiencias y valores que han venido cultivando a lo largo de toda su vida. El Ministerio de Inclusión Económica y Social tiene como fin el garantizar la protección social básica y la protección especializada que en este caso es el abandono de los adultos

mayores y el Estado tiene como competencias la promoción de la atención integral de la población a lo largo del ciclo de vida <sup>4</sup>.

#### **2.4.1.1 Envejecimiento.**

El envejecimiento es un proceso que produce cambios graduales en muchos sistemas orgánicos. El signo inicial más frecuente del envejecimiento son las dificultades para trabajar. Claramente el envejecimiento es universal, pues afecta a todo el mundo. Es de naturaleza intrínseca, pues, los cambios que se producen durante la vejez forman parte de unos procesos propios del organismo. El envejecimiento es progresivo y continuo. Es deletéreo al ser un proceso que, en última instancia, conducirá a la muerte. Por lo tanto, queda claro que la respuesta, “homogéneo”, es la incorrecta al no ser una característica del envejecimiento, ya que cada persona envejece de una manera diferente e individual. Por lo tanto, el envejecimiento es heterogéneo <sup>29</sup>.

Por tanto para enfrentar las consecuencias del envejecimiento de la población los países deben diseñar estrategias que suplan las necesidades de este grupo, por tanto dentro de las políticas ante respuesta al envejecimiento es la de brindar las mismas oportunidades así como también el de involucrar a los miembros de la familia a que se ofrezca un apoyo familiar, cohesión entre sus integrantes, respeto y consideración hacia los adultos mayores.

#### **2.4.1.2 Cambios Estructurales y funcionales en el envejecimiento.**

El deterioro funcional no es homogéneo en los diferentes sistemas y órganos de la economía humana de un individuo y tampoco entre los distintos individuos, por lo que surgen cambios tanto anatómicos como fisiológicos que a continuación se describen <sup>30</sup>.

**Tejidos de sostén:** Existe un aumento de la fuerza de cohesión y estabilidad del colágeno, la elastina presenta fragmentación y

calcificación; disminución de la capacidad de regeneración del tejido conjuntivo lo cual conlleva a la disminución de la elasticidad tisular <sup>30</sup>.

**Piel y faneras:** La piel es menos elástica, vascularizada y deshidratada, existe pérdida de grasa subcutánea, son frecuentes las úlceras de estasis venosa en las piernas, así como pérdida de la sensibilidad. La sequedad de la piel conlleva a la formación de arrugas cutáneas y laxitud de la piel, existe además tendencias a desarrollar úlceras de presión de decúbito, y en el cabello se observa encanecimiento y alopecia<sup>30</sup>.

**Aparato Cardiovascular:** Existe una disminución de la reserva cardíaca, escasa respuesta del pulso al ejercicio y respuesta inadecuada al ortostatismo<sup>30</sup>.

**Aparato Respiratorio:** Disminución de la capacidad vital, flujo espiratorio máximo y flujo espiratorio forzado, aumento del volumen residual y de la diferencia alveolo arterial del oxígeno, además los adultos mayores son candidatos a presentar con mayor frecuencia neumonías y broncoaspiración <sup>30</sup>.

**Sistema nefrourológico:** Hay una disminución de la función renal y de la capacidad de concentración; el tono se disminuye en los uréteres, vejiga y uretra, así como también trastornos del vaciamiento completo de la vejiga, en los hombres presentan la tendencia a la incontinencia urinaria e infección <sup>30</sup>.

**Aparato genital femenino:** Se observa vaginitis atrófica, predisposición a la dispareunia hemorragias e infecciones además se observa alteraciones en la función sexual <sup>30</sup>.

**Aparato genital masculino:** Existe agrandamiento de la próstata y cambios en la función sexual <sup>30</sup>.

**Aparato gastrointestinal:** Alteración en el sentido del gusto, así como también cambios a nivel de boca, dientes, papilas, lengua y encías. El

tránsito esofágico es prolongado y hay predisposición al reflujo esofágico. El tránsito intestinal es lento por lo que se predispone al estreñimiento <sup>30</sup>.

**Sistema Endocrino:** Existe cambios en la respuesta de insulina a los niveles de glucosa en sangre, los niveles hormonales se modifican <sup>30</sup>.

**Sistema hematopoyético e inmune:** Disminución de algunas reacciones inmunológicas, ferropenia, el fibrinógeno se encuentra elevado <sup>30</sup>.

**Sistema nervioso central:** La memoria tiende a reducirse, existe confusión mental así como también predominan las enfermedades ligadas a sustancias neurotransmisoras como son Parkinson, Corea de Huntington y enfermedad de Alzheimer <sup>30</sup>.

**Órganos de los sentidos:** Aparece la presbicia y la presbiacusia <sup>30</sup>.

**Musculo esquelético:** Hay una pérdida global de la masa muscular y reducción de la fuerza muscular<sup>30</sup>.

#### **2.4.1.3. Envejecimiento Fisiológico y Patológico**

El envejecimiento fisiológico se considera un hecho normal, en donde el adulto mayor lleve una buena calidad de vida en todos los aspectos biológico, mental y social, que se adaptan a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acontecen a lo largo de la existencia. Cuando se instauran una o varias enfermedades en el proceso fisiológico de envejecimiento y modifica el curso del mismo se denomina el envejecimiento patológico; según el acuerdo de Kiev de 1979 la OMS considera a los adultos mayores a las personas de más de 60 años para quienes viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados <sup>30</sup>.

#### **2.4.1.3. Envejecimiento Funcionalidad y Autonomía**

El envejecimiento es un acontecimiento normal del individuo en donde hay una disminución del 25 a 30% de las células que forman parte de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, provocando un cambio

en la homeostasis y por ende afecta la vitalidad orgánica, lo cual hace que este proceso en el ser humano lo haga más vulnerable a presentar enfermedades crónicas degenerativas a esto se suma la predisposición genética y los inadecuados estilos de vida, riesgos ambientales y socioeconómicos que se suman en la aparición de las enfermedades conduciendo a que la capacidad funcional del adulto mayor se deteriore y por tanto pierda su independencia <sup>31</sup>.

La sintomatología clásica en los adultos mayores ante una determinada enfermedad no se presenta en los individuos más jóvenes ya que la presentación de la sintomatología es atípica en los adultos mayores a diferencia de la semiología clásica que se presenta en las primeras etapas de la vida, es así que como primera manifestación de la enfermedad en los adultos mayores es a través de alteraciones en la capacidad funcional lo cual constituye un signo de alerta más significativo<sup>31</sup>.

La independencia funcional es la capacidad de cumplir o realizar determinadas actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Las actividades de la vida diaria son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente<sup>31</sup>.

Por tanto, en la Atención Primaria de Salud se intenta cumplir con el objetivo de llegar a un envejecimiento activo con acciones de promoción y prevención, realizando una valoración geriátrica integral en donde permite vigilar de forma cercana los cambios funcionales que presente el adulto mayor para de esta manera identificar, prevenir y rehabilitar la pérdida total o parcial de la independencia involucrando a la familia y la comunidad.



#### **2.4.1.4. Familia y Funcionalidad del Adulto Mayor.**

Los rectores de las políticas públicas de los países deben tomar en cuenta la creciente debilidad de las redes de apoyo familiar, así como la falta de servicios sociales que garanticen condiciones de vida dignas para las personas de edad avanzada <sup>5</sup>.

En relación a la capacidad funcional que es definida como la habilidad de mantener las actividades físicas y mentales necesarias al adulto mayor, lo que significa poder vivir sin ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria según lo refiere Silva MJ, et.al <sup>32</sup> y Fielder M.et.al <sup>33</sup> citado por Silva J. <sup>34</sup>. Debe ser valorada oportunamente para identificar a tiempo los factores de riesgo y en si proponer una intervención inmediata.

La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo, siendo más notoria en mayores de 65 años. La afectación de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en aproximadamente el 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50%, además se considera que la capacidad funcional es un indicador de salud <sup>35</sup> citado por Varela y col <sup>36</sup>.

La valoración de la capacidad funcional en los adultos mayores es fundamental y considerada como indicador de salud pues con ello se puede establecer un juicio clínico y un pronóstico adecuado, la función de una persona marca su calidad de vida bienestar, así como también las relaciones entre los integrantes de la familia. Nos permite realizar un pronóstico y diagnóstico de las enfermedades es así que nos permite describir el estado de salud del anciano identificar los factores de riesgo y las enfermedades y realizar una intervención oportuna en el mismo <sup>37</sup>.

Bayó, en España, reportó que 39.4% de los adultos mayores de 75 años son dependientes en una o más actividades básicas de la vida diaria.

Cáceres, en Costa Rica, informa que 15.8% de los adultos mayores de 60 años tienen una baja capacidad funcional. En México, Gutiérrez-Robledo, obtuvo 10% de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años, y 77% en el grupo de más de 90 años. Martínez-Mendoza, en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62% de dependencia para las ABVD y 75% de dependencia para las AIVD. Citado por De La Fuente Bacelis T. y Cols<sup>38</sup>.

Los resultados en la investigación realizada en Pinar del Río Cuba, refiere que todas las deficiencias aumentaron con la edad y en el estado funcional integral predominaron los ancianos independientes, activos y satisfechos con la vida que llevan, fundamentalmente en el sexo masculino<sup>39</sup>.

En el Perú encontró una relación significativa entre funcionalidad y edad, así como también situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión además menciona que la dependencia funcional es elevada en la población adulta mayor<sup>36</sup>.

En un estudio realizado en Quito de diseño epidemiológico analítico transversal donde se evaluaban las actividades instrumentales de la vida diaria no se encontró marcada dependencia, existió una dependencia en el 1.2 por ciento e independencia total en el 98.8 por ciento, así también se observó que existía un 29.8% de adultos mayores que presentaban un grado leve de independencia. Luego de la aplicación del Índice de Katz, se concluyó que la mayoría de ellos tuvieron su capacidad funcional conservada, así como adecuada funcionalidad familiar según lo señala Avendaño et.al<sup>40</sup> citado por Moreno et.al. Hubo prevalencia de dependencia física para las actividades básicas de la vida diaria la misma que es elevada y se asocia a factores biológicos y sociales<sup>41</sup>.

#### **2.4.1.5. Instrumentos para la valoración de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.**

La valoración funcional se ha basado en la medición de la discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria las cuales se subdividen en actividades básicas de la vida diaria e instrumentales; su evaluación en ancianos con alto nivel funcional puede ayudar a identificar a personas en riesgo de desarrollarla en breve. Dentro del espectro de la discapacidad las actividades las ABVD suponen el nivel más elemental de función, siendo esenciales para el autocuidado y las ultimas en perderse, además están poco influidas por condicionantes sociales o culturales, entre ellas están el baño, el aseo, el uso del retrete, la movilidad y las transferencias, la capacidad de comer y vestirse y las continencias. Las AIVD son esenciales para la adaptación al medio ambiente y presentan mayor complejidad de ejecución, puesto que permiten que la persona viva autónoma en la sociedad subclasificándose en actividades domésticas como lavar, limpiar, cocinar y comprar y no domésticas o comunitarias como manejo de dinero, control de la medicación, uso del teléfono y de un medio de transporte <sup>37</sup>.

#### **2.4.2. Familias en el Ecuador**

La familia es el contorno donde los individuos nacen y el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado <sup>42</sup>. Las Naciones Unidas definen a la familia “como una unidad en los estudios demográficos que representa todo un hogar o una parte de este, una familia estadística o una familia censal generalmente se compone de todos los miembros de un hogar emparentados por consanguinidad, adopción o matrimonio <sup>43</sup> citado en estadísticas por el día internacional de la familia<sup>44</sup>.

Las familias en Ecuador han dejado de ser las tradicionales (mamá, papá e hijos), pues existen otros modelos de composición por cuestiones económicas, sociales y de género.

En Ecuador, según la última Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos publicada en el 2013 por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), el tamaño promedio de un hogar es de 3.9 personas, siendo de cuatro en el área rural y de 3.8 en la urbana <sup>44</sup>.

### **2.4.3. Maltrato en el adulto mayor**

Los adultos mayores son sujetos de diversas formas de maltrato por parte de las personas en las que confían, con consecuencias duraderas importantes. Se define el maltrato de los adultos mayores como: “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que ocurre en una relación basada en la confianza. El maltrato a las personas mayores puede ser físico, sexual, psicológico, emocional, financiero y material, e incluir formas como el abandono, la negligencia y pérdidas graves de dignidad y respeto <sup>45</sup> puede ocurrir en diferentes contextos es así que, entre dos cónyuges con capacidad funcional alta o por parte de un hijo adulto que depende de la persona mayor que le proporciona vivienda o seguridad financiera.

El maltrato a las personas mayores tiene consecuencias físicas graves, como dolor, lesiones e incluso la muerte, y efectos psicológicos como estrés y depresión, además de aumentar el riesgo de que la persona mayor sea hospitalizada o enviada a una residencia de personas mayores. Estos efectos pueden ser particularmente importantes en las personas mayores que padecen deterioro de la capacidad intrínseca y tienen menos resiliencia para hacer frente a las lesiones físicas y psicológicas que puede producir el maltrato. Aunque no se cuenta con suficientes datos rigurosos, especialmente de contextos institucionales,

una revisión de antecedentes encargada para este informe reveló que la prevalencia del maltrato de las personas mayores en los países de ingresos altos o medianos era de entre el 2,2 % y el 14 % De acuerdo con el análisis, los tipos más comunes de maltrato son:<sup>45</sup>

- el maltrato físico (prevalencia: 0,2 % al 4,9 %);
- el abuso sexual (prevalencia: 0,04 % al 0,82 %);
- el maltrato emocional, por encima de un umbral de frecuencia o intensidad (prevalencia:0,7 % al 6,3 %);
- el abuso financiero (prevalencia: 1,0 % al 9,2 %);
- la negligencia (prevalencia: 0,2 % al 5,5 %).

Los factores de riesgo para el de maltrato son: el sexo femenino; dependencia; mal estado de salud física o mental (o ambas); bajos ingresos o carezcan de apoyo social. La calidad de las relaciones cercanas y las modalidades de convivencia también parecen influir en el riesgo. Los familiares que maltratan a las personas mayores suelen tener problemas de salud mental (por ejemplo, trastornos de la personalidad) y problemas de abuso de sustancias, a diferencia de los familiares o cuidadores que no maltratan a las personas mayores. Las personas que maltratan a menudo dependen de la persona a la que maltratan. Aunque es difícil formular una respuesta de salud pública al maltrato de las personas mayores porque prácticamente no hay pruebas fiables sobre la efectividad de los programas de prevención<sup>45</sup>.

#### **2.4.3.1 Abandono o Negligencia en el Adulto Mayor: Definición**

La negligencia o abandono implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o el dejar desamparado a una persona que depende de uno o por lo cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada. La

negligencia intencionada se produce cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo, cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado<sup>31</sup>.

#### **2.4.3.2. Ancianos Abandonados**

A nivel mundial aproximadamente 500.000 personas mayores de 60 años experimentan malos tratos o abandono al año. De este total se comunica apenas el 21% siendo verificados por los servicios de protección de los adultos. En lo referente a los tipos malos tratos o desatención se reporta lo siguiente:<sup>46</sup>

- Desatención (48,7%).
- Emocionales/psicológicos (35,5%).
- Explotación económica/material (30,2%).
- Físicos (25,6%).
- Abandono (3,6%).

Apenas el 30% de adultos mayores en Ecuador cuenta con la asistencia de un familiar (hijos, esposa o esposo, nietos) para su cuidado. Más de 100.000 personas mayores de 65 años sufren por la falta de ayuda para realizar sus actividades diarias, como bañarse, comer, usar el servicio higiénico, levantarse de la cama o acostarse, moverse de un lugar a otro o vestirse<sup>9,26</sup>.

Los datos corresponden a la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE I) realizada en Ecuador en 2009. En lo referente a la violencia a los adultos mayores, las cifras son alarmantes y, sin embargo, es inconcebible que pasen casi inadvertidas. El 14,70% de viejos fue víctima de insultos y el 14,9% de negligencia y abandono <sup>9,26</sup>.Un

estudio realizado en Cuenca en el 2010 se reporta el 71 % de maltrato a los adultos mayores por abandono<sup>8</sup>.

En el Barrio la Calera Centro se identificó por las Fichas Familiares y el Análisis de la Situación Integral de Salud 2014 que el 14 % de adultos mayores estaban abandonados, lo cual se corresponde a lo reportado en la encuesta SABE I.

#### **2.4.4. Familia del Adulto Mayor**

##### **2.4.4.1. Rol del adulto mayor en la familia**

En el Ecuador según datos del INEC refiere que de 3.810.548 que declararon tener un jefe de hogar el 10,4% pertenece a personas adultas mayores <sup>6</sup> y que el tipo de familia a la que pertenecen corresponde al 55.7% a la familia extensa; en el 9,3% hogares unipersonales (personas que viven solas o con servicio doméstico) y el 7,3 % en hogares compuestos<sup>31</sup>.

##### **2.4.5. Edad, Sexo y Envejecimiento**

Desde el punto de vista demográfico, el envejecimiento es un proceso extraordinariamente específico del sexo. A lo largo del tiempo la tasa de mortalidad de las mujeres ha sido muy diferente a la de los varones, con unas variaciones considerables con la esperanza de vida, en donde la expectativa de vida de las mujeres ha ido aumentando notablemente. La esperanza de vida en el Ecuador para el 2010-2015 según datos de la CEPAL señala que es de 75,6 años, para los hombres de 72,7 años y para las mujeres 78,7 años <sup>4</sup>.

La justificación de este fenómeno, no se conoce bien, aunque probablemente refleje la presencia de factores genéticos, así como de conducta y estrés social. En cualquier caso, la menor supervivencia de los varones, con relación a las mujeres, explica la desigualdad en el número

de mujeres de la tercera edad, disparidad que se acentúa cada vez más con la edad <sup>29</sup>.

En vista a que la población anciana y debilitada predomine en el sexo femenino resulta importante la adecuada intervención social, así como también las políticas públicas en cuanto a la jubilación en este grupo etario que en la mayoría de los casos se quedan al frente en el hogar apoyando a la familia.

#### **2.4.6. Ocupación, Abandono Familiar y Envejecimiento**

El envejecimiento posee implicaciones importantes en el trabajo, sobre todo del varón <sup>29</sup>. Las ocupaciones principales de los adultos mayores, de acuerdo al Censo 2001, es la agrícola, pesca, en la Costa; tareas manuales con alguna o ninguna calificación en la Sierra. Las categorías de profesionales y técnicos, personal administrativo y funcionarios públicos solo representan, en conjunto, el 6,7% de la población adulta mayor ocupada <sup>31</sup>.

En un estudio realizado en México por Pelcastre, Blanca y col. refiere que en los últimos años diversos autores han estudiado la existencia y el efecto de los apoyos sociales, especialmente en el caso de los adultos mayores, pues constituyen un grupo vulnerable que, dependiendo de sus propios recursos, grado de funcionalidad, así como de su condición de género, económica y de salud, es mayor o menormente apoyado por el grupo familiar o social más cercano. Además, debido al poco apoyo de la mayoría de los gobiernos y a los recursos públicos insuficientes asignados a este grupo de población en rápido crecimiento, el estudio y la comprensión de cómo sobreviven los adultos mayores, especialmente en situación de pobreza, se convierte en un tema relevante<sup>47</sup>



#### **2.4.7. Valoración funcional de adulto mayor, nivel de escolaridad y envejecimiento**

Los adultos mayores que poseen un adecuado nivel de instrucción se preocupan por el autocuidado y en sí de su salud lo que facilita su independencia, a diferencia de los adultos mayores que menos instrucción tienen lo cual hace que no lleguen a comprender el autocuidado de su salud.

La pérdida de la autonomía de los adultos mayores por la presencia de enfermedades crónicas degenerativas por un insuficiente autocuidado que por lo general es por desconocimiento hace que ellos dependan cada día más de sus familiares y que a la larga pueda debutar en un abandono familiar.

En Chimborazo el 43,5 % corresponde a adultos mayores que no saben leer ni escribir seguido de la provincia de Cotopaxi con el 40,4%<sup>6</sup>. El porcentaje de analfabetismo total de adultos mayores es de 26,9% para ambos sexos. Equivale a menos cinco a seis veces superior al de los más jóvenes<sup>31</sup>.

Según Melguizo, Estela, 2012 en estudio en Colombia las mujeres tienen 2,3 veces más probabilidad de tener buen autocuidado. Del mismo modo, los adultos mayores que tienen estudios secundarios o superiores a estos tienen 2,7 veces más oportunidad de tener un adecuado autocuidado<sup>48</sup>.

Según datos del censo realizado por el INEC en el 2010 los adultos mayores poseen un modesto nivel educativo siendo para los hombres el 13% y el 11% para las mujeres que han completado la secundaria, mientras que el 54,9% poseen ciclo primario y básico, el analfabetismo afecta más a las mujeres que a los hombres posiblemente se deba a la desigualdad de género<sup>4</sup>.

En un estudio realizado en Colombia los participantes de mayor escolaridad mostraron mayor oportunidad de tener una buena percepción de la plenitud personal <sup>48</sup>.

#### **2.4.7. Etnia**

La etnia es un parámetro importante ya que debido a las creencias que manejan la etnia indígena por su interculturalidad sufren consecuencias por el envejecimiento de forma desproporcionada, los problemas de discriminación ejemplo la rudeza, la falta de educación, estrés, pobreza y asistencia sanitaria deficiente <sup>29</sup>.

#### **2.4.8. Tipo de familia y número de generaciones**

A pesar de todos los cambios en la estructura y dinámica que pueden haber llevado a la fragmentación de las redes familiares, los adultos mayores cuentan fundamentalmente con el apoyo de la familia para poder solventar sus problemas de acceso a comida y medicamentos, debido al debilitamiento de redes comunitarias. No obstante, en el futuro la capacidad de las familias para asumir ciertas responsabilidades, ante el apoyo que demandan los diferentes miembros, podría disminuir de forma importante, a causa de tres aspectos fundamentales: la disminución del número de miembros de la familia y potenciales proveedores de apoyo por la baja de la fecundidad; el debilitamiento del esquema de cuidado fundamentalmente provisto por mujeres, por motivo de su creciente participación en el proceso económico-laboral y por último, la modificación del modelo de residencia, basado en la cohabitación de los adultos mayores con sus familias, como resultado de cambios en los patrones de nupcialidad y el aumento de las necesidades de esta población que demandará cada vez más recursos médicos costosos <sup>47</sup>.

Un dato importante que sucedió en los años 1999-2000 que por la crisis económica muchos integrantes de la familia en especial jóvenes tuvieron que salir del país para encontrar días mejores para su familia, por lo que

muchos hogares se quedaron a cargo de adultos mayores y bajo su cuidado a nietos porque sus padres estaban ausentes siendo del 6% en 2001 y 5% en el 2010<sup>4</sup>.

Se ha observado que por el trabajo de los ecuatorianos en otros países obligó a los adultos mayores al cuidado de sus nietos convirtiéndose en una familia extensa con varias generaciones, pero no solo la emigración contribuye a este comportamiento es así que hoy en día el nivel de satisfacción de las familias ecuatorianas obliga a que tanto padre y madre salgan a trabajar para contribuir económicamente en el hogar y elevar el nivel de satisfacción de la familia, por lo que en ocasiones se olvidan de los adultos mayores y no se encaminan a sus necesidades.

A pesar de que, en general, las relaciones familiares en esta etapa de la vida son muy importantes, en el estudio realizado por Pelcastre, Blanca y col. se identificó que no siempre se mantiene una buena relación con los hijos, nueras y nietos por lo que los adultos mayores consideran que es mejor mantener cierta distancia para evitar problemas. Esta percepción fue más común entre las mujeres con mejores condiciones de salud, con menor edad en comparación con los varones y con mayor posibilidad de funcionalidad e independencia. Se reconoció además que el estado de salud, como la movilidad física, determina en gran parte las relaciones que se establecen con la gente que vive cerca<sup>47</sup>. Es claro notar que tiene que ver mucho la autonomía de los adultos mayores y las relaciones familiares.

## **2.5. HIPÓTESIS**

Existe mayor abandono familiar en el adulto mayor dependiente.

## **2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS**

### **2.6.1. Variable Dependiente**

Abandono Familiar.

### **2.6.2. Variable Independiente**

Capacidad funcional del adulto mayor.

### **2.6.3 Variable Moderadora**

Estructura Familiar

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Enfoque**

Se realizó una investigación cuantitativa.

#### **3.2 Modalidad básica de la investigación**

Se realizó una investigación de campo que constituye la adecuada recogida, tratamiento, análisis y presentación de datos, basado en una estrategia de recolección directa de la realidad de las informaciones necesarias para la investigación.

#### **3.3. Nivel o tipo de investigación**

Se efectuó un estudio descriptivo con diseño transversal, donde se parte de un grupo de adultos mayores que serán clasificados según su capacidad funcional y el abandono familiar.

#### **3.4 Población y muestra**

Se involucró a todos los adultos mayores y sus 40 familias cuyo universo estuvo formado por 70 adultos mayores del Barrio La Calera Centro, de la ciudad de Latacunga, Provincia de Cotopaxi, en el periodo comprendido 2015- 2016.

No se encuentra la necesidad de calcular la muestra ya que se estudió a toda la población.

##### **3.4.1. Criterios de inclusión:**

Todos los adultos mayores residentes en el Barrio La Calera de la ciudad de Latacunga que colaboraron con el estudio y que convivan o no con su familia.

#### **3.4.2. Criterios de exclusión:**

Adultos mayores con trastornos mentales.

#### **3.4.3. Criterios de Salida**

Adultos mayores que fallecieron o que trasladaron de domicilio en forma definitiva.

#### **3.4.4 Fundamentación Ética**

Para este estudio cada paciente firmó el consentimiento informado previa su participación con el fin de preservar la confidencialidad y la autonomía del sujeto de estudio. (Anexo 1)

### 3.5 Operacionalización de las variables del estudio

**Variable independiente. Capacidad funcional del adulto mayor.**

**Definición:** Habilidad de mantener las actividades físicas y mentales necesarias al adulto mayor, lo que significa poder vivir sin ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria<sup>32,33,34</sup>.

Dimensión	Indicador	Escalas	Ítem	Técnica/ Instrumento
Capacidad funcional del adulto mayor	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).	Independiente: 2 Ayuda: 1 Dependiente: 0	Existe capacidad funcional en el adulto mayor	Encuesta Cuestionario
		Independiente: Hasta 8 puntos Necesita cierta ayuda: 8-20 puntos Necesita mucha ayuda: Más de 20 puntos		

**Tabla N° 1: Operacionalización de la variable independiente**  
Elaborado por: Jenny Villarroel

**Variable Dependiente: Abandono Familiar. Definición:** Implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral <sup>31</sup>.

Dimensión	Indicador	Escalas	Ítem	Técnica/ Instrumento
Abandono familiar	Vive solo  Considera la falta de ayuda para cuidar de su persona cuando usted lo necesita	<b>Si</b>  <b>No</b>	Existe abandono familiar en los adultos mayores.	Encuesta Cuestionario

**Tabla N° 2: Operacionalización de la variable dependiente**  
Elaborado por: Jenny Villarroel

**Variable Moderadora: Estructura familiar.** Modalidad de convivencia en la que se encuentra inmerso el adulto mayor en el momento del estudio<sup>49</sup>.

Dimensión	Indicador	Escalas	Ítem	Técnica/ Instrumento
Estructura Familiar	Número de personas que integran una familia.	Familia nuclear: presencia de hasta dos generaciones	Que estructura familiar presentan los adultos mayores	Encuesta  Cuestionario
		Familia extensa: presencia de dos generaciones o más		
		Familia ampliada: Familia nuclear o extensa integrada por otros parientes que no pertenecen al mismo tronco		
		Sin familia: persona que vive sola		

**Tabla N°: 3. Operacionalización de la variable moderadora**

**Elaborado por: Jenny Villarroel**



**Operacionalización de las Variables Sociodemográficas del estudio:  
Características de los adultos mayores.**

Dimensión	Indicador	Escalas	Ítem	Técnica/ Instrumento
Características sociodemográficas	Edades Geriátricas	Tercera edad=65-74 años Cuarta edad=75-89 años Longevo=mayor de 90 años	Edad en años cumplidos en el momento del estudio	Encuesta Cuestionario
	Sexo	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Encuesta Cuestionario
	Nivel de Escolaridad	Analfabeto Alfabeto Educación básica Bachillerato Superior	Nivel de escolaridad alcanzado al momento del estudio	Encuesta Cuestionario
	Ocupación	Jornalero Agricultor Comerciante Quehaceres domésticos No trabaja Cuenta Propia Otros	Ocupación de los adultos mayores en el momento de estudio	Encuesta Cuestionario
	Etnia	Mestizo Indígena Blanco Afroamericano Montubio	Autoidentificación étnica	Encuesta Cuestionario

**Tabla N°4: Operacionalización de las variables intervinientes**  
Elaborado por: Jenny Villarroel

### **3.6 Plan de recolección de la información**

Para la recolección de la información se utilizaron fuentes de información primaria y secundaria que a continuación se detallan:

Para la valoración del abandono se realizó las preguntas correspondientes al tema tomado como referencia la pregunta realizada en la encuesta SABE 2009 y el trabajo de investigación realizado en Cuenca en el 2009 por Flores Eulogia <sup>8,9</sup>, en donde las preguntas de abandono del adulto mayor una fuese afirmativa se considera como abandono; las mismas que se describen en el cuestionario sobre datos Sociodemográficos, familia y abandono familiar del adulto mayor. (Anexo 2)

Para la valoración de la capacidad funcional se aplicaron los instrumentos de evaluación de funcionalidad a los adultos mayores los mismos que ofrece las normas y protocolos de Atención Integral de salud de las y los adultos mayores del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; se utilizó el índice de Katz modificado y la escala de Lawton y Brody para las actividades básicas de la vida diaria y las instrumentales respectivamente.

Índice de Katz modificado<sup>31</sup> (Anexo 3)

El índice de Katz valora las actividades básicas de la vida diaria es decir valora la dependencia del adulto mayor dentro del hogar, como es bañarse, vestirse, utilizar el inodoro, alimentarse, etc.

Este instrumento Asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D).

- Escala de Lawton y Brody Modificada <sup>31</sup>(Anexo 4)

La escala de Lawton y Brody valora lo que son las actividades instrumentales de la vida diaria es decir valora la necesidad de ayuda que necesita el adulto mayor dentro del hogar y fuera, como es el de manejar

su dinero, tomar un transporte público, uso de teléfono, etc. Cuya interpretación se designa como grado de dependencia la misma que se corresponde hasta 8 puntos como independiente; de 8 a 20 puntos se cataloga como necesita cierta ayuda y más de 20 puntos se considera que necesita mucha ayuda.

### **3.7 Plan de procesamiento de la información.**

Los datos obtenidos de los instrumentos se llevaron a un modelo de recolección de datos automatizado en el programa Excel 2010, de donde se exportaron a una base de datos en el programa Epidat 3.0 para su análisis estadístico. Se calcularon medidas de resumen descriptivas para datos cuantitativos (porcentaje) y datos cualitativos (media, mediana, moda y desviación estándar), luego se procedió a su cruzamiento en tablas de contingencia para identificar posible asociación entre variables, con un nivel de significación de 0.05. Se empleó la prueba del Ji cuadrado de Pearson para el análisis estadístico.

## CAPÍTULO 4

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 Características sociodemográficas

En Latinoamérica los indicadores de envejecimiento poblacional muestran una gran diferencia entre países de la región, a consecuencia de las diferentes tendencias demográficas a las que están sujetos. En América Latina, tiene en promedio 7.4 por ciento de población de mayores de 60 años <sup>5</sup>.

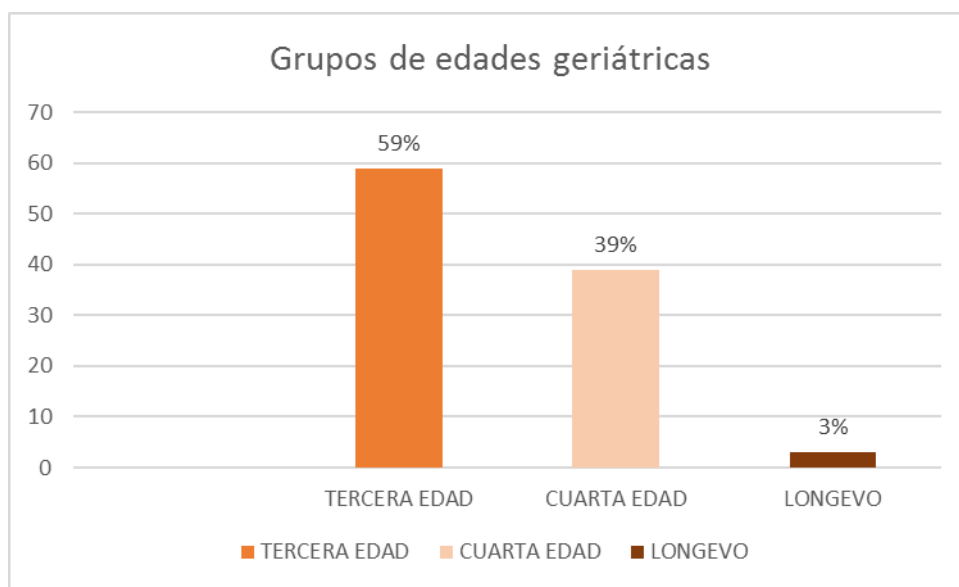
En Ecuador el 6,5 % corresponde a la población adulta mayor de los cuales el 52,6% corresponde al sexo femenino y el resto al sexo masculino<sup>6</sup>.

El porcentaje de población adulta mayor en Cotopaxi es del 7,8 % <sup>7</sup> datos del INEC 2010 y en el Barrio la Calera Centro según el Análisis de la Situación inicial de Salud (ASIS 2014) corresponde al 6.7%, cuya tendencia es similar a la nacional y local, el abandono en esta zona es muy evidente en donde son excluidos por los miembros de la familia, excluyéndolo como ser social lo cual conlleva a que este grupo no presente un envejecimiento activo, derecho que está amparado por las políticas del estado ecuatoriano y que se han fortalecido la última década.

El envejecimiento es multidimensional; esto incide en la propia persona, en la familia y la comunidad, por lo que es necesario emprender acciones para la protección en esta etapa de la vida y que sea un ente activo en la sociedad, los cambio que se producen en el envejecimiento son progresivos los mismos que tienen que ver con la condición social.

#### 4.1.1. Grupo de edades geriátricas.

La esperanza de vida en el Ecuador sigue en ascenso, por lo que la presencia de la población adulta mayor obliga a cambios en las políticas de estado, así como también el de la puesta en marcha de programas de promoción y prevención para este grupo.



**Gráfico N°: 2. Grupos de edades geriátricas. Barrio La Calera Centro.2015-2016**

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

La media de la edad es 73,96, la moda es de 65 la edad mínima es de 65 años y la máxima de 91 años. El 100% de población se auto identificó como mestiza.

En el gráfico No. 2 existe predominio del grupo de edades entre los 65 a los 74 años con el 59% de la población y la categoría longevo con el 3%; lo que aumenta el riesgo de presentar múltiples enfermedades crónico – degenerativas , y por ende la disminución de la capacidad funcional.

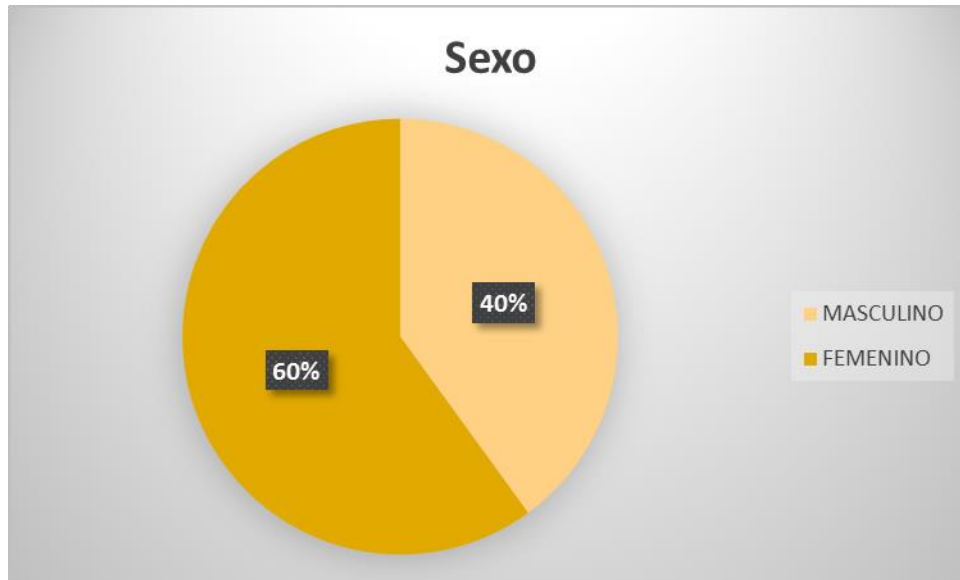
Se agrupó a la población en las edades geriátricas que corresponde a:<sup>50</sup>

Tercera edad: 65 a 74 años

Cuarta edad: 75 a 89 años

Longevo:90 a 99 años

#### 4.1.2. Adultos mayores y sexo



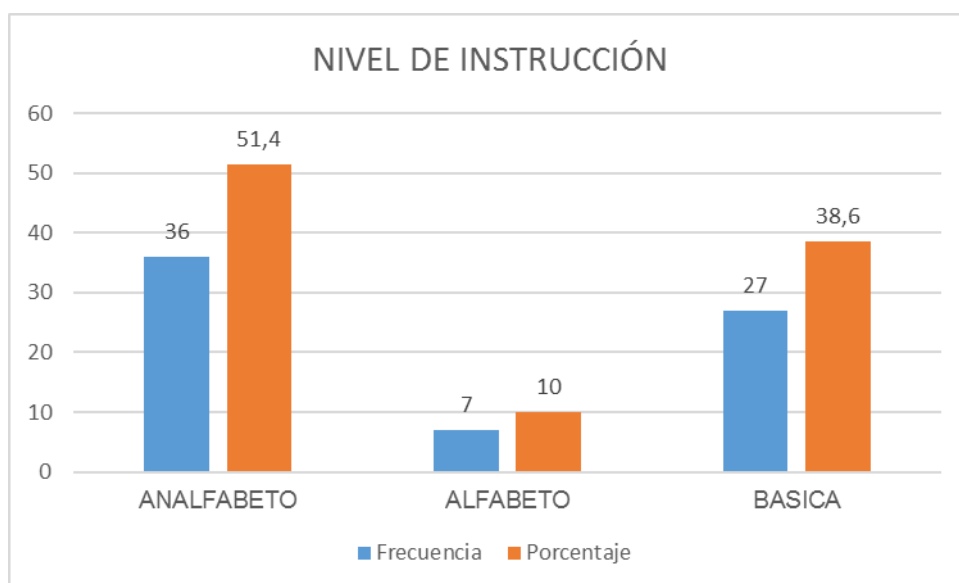
**Gráfico N°3: Distribución de los adultos mayores según sexo. Barrio La Calera Centro.2015-2016.**

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

Hubo predominio del sexo femenino con el 60% en la población estudiada, cuyo porcentaje es similar a los datos <sup>6</sup>.

Este fenómeno considera la autora del trabajo se debe a que el sexo masculino se encuentra sometido a factores de riesgo que han mermado sus expectativa de vida.

### 4.1.3. Adultos mayores y nivel de instrucción



**Gráfico N° 4: Distribución de los adultos mayores según nivel de instrucción. Barrio La Calera Centro.2015-2016**

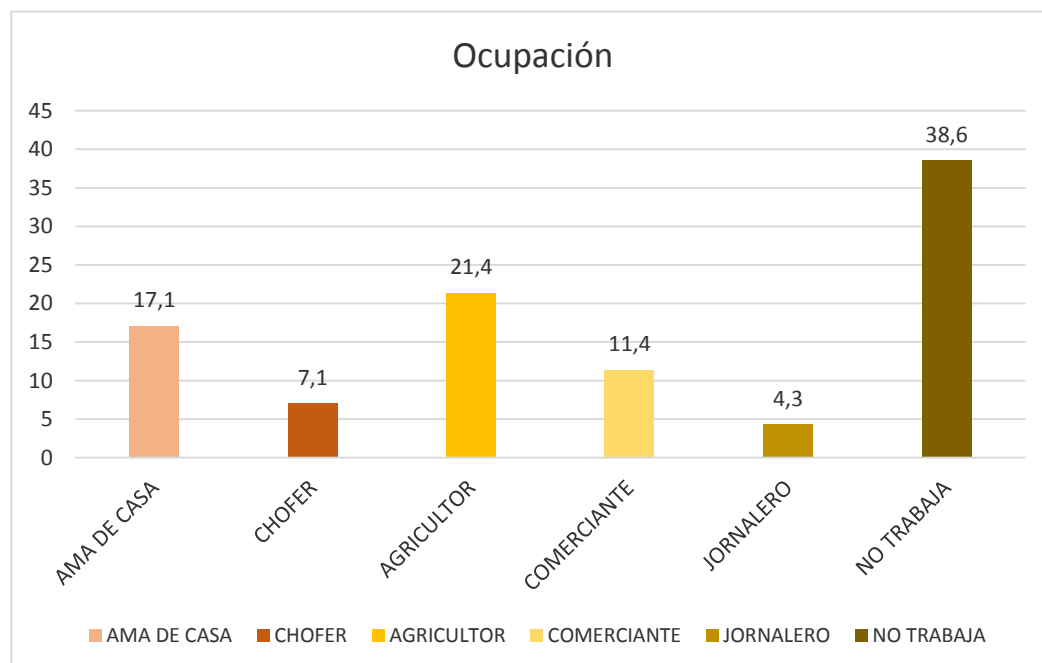
**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

Los adultos mayores del estudio presentaron un 51,4 % de analfabetismo.

Según datos proporcionados por el INEC el analfabetismo total en los adultos mayores es de 26,9% para ambos sexos a nivel de Cotopaxi el analfabetismo en forma general representa el 13,6 %<sup>6</sup>.

El 80,65% de los adultos mayores no tienen un alfabetismo funcional es decir leer y escribir un recado<sup>4</sup>.

#### 4.1.4. Adultos mayores y ocupación



**Gráfico 5: Distribución de los adultos mayores según ocupación. Barrio La Calera Centro.2015-2016.**

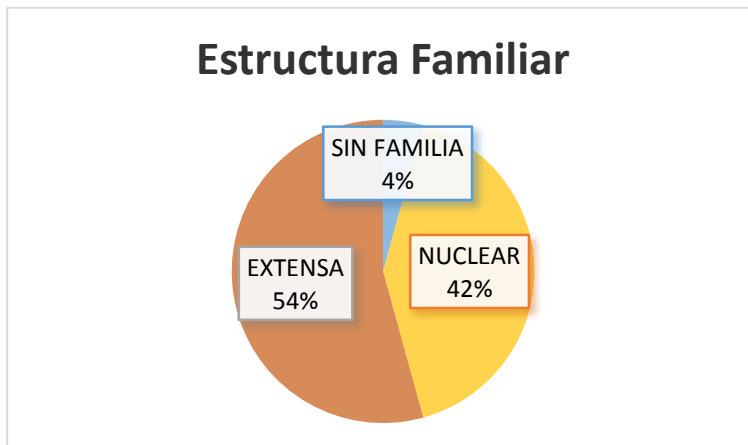
**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

La ocupación de los adultos mayores del estudio no genera representatividad económica para sus necesidades, en si existe un predominio del 38,6 % que no trabajan seguido de la ocupación agricultor debido a que el sitio en donde se desenvuelven es rural. En menor cuantía es la ocupación de jornalero con el 4,3 %.

Según estudios realizados, únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada para su edad y sexo (Encuesta ENEMDUR)<sup>4</sup>.



## 4.2 Características de la familia



**Gráfico 6: Distribución de los adultos mayores según estructura familiar. Barrio La Calera Centro.2015-2016.**

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

La mayoría de los adultos mayores en ocasiones no acceden a las prestaciones y programas que tiene el estado para dar atención a sus necesidades como por ejemplo la protección social

Sobre todo, es muy importante hacer énfasis en lo que respecta a la convivencia generacional ya que como se observa en el gráfico N° 6 el 54% de los adultos mayores del estudio corresponden a la estructura familiar extensa.

## 4.3 Capacidad funcional y abandono familiar

El estado de salud actual de los adultos mayores es el resultado complejo de al menos tres factores: las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante primeros cinco años), los perfiles de riesgos conductuales (el tabaquismo, alcoholismo, régimen alimentario, actividad física), y el uso y acceso a los servicios de salud (reflejados en el nivel de educación y participación en el mercado laboral). Por ello, el logro de un envejecimiento activo requiere acciones

multisectoriales con un enfoque de promoción de salud y desarrollo humano a lo largo del ciclo vital <sup>51,52</sup>.

**Tabla N° 5: Distribución de los adultos mayores según las actividades básicas de la vida diaria y el abandono familiar. Barrio La Calera Centro.2015-2016**

Actividades básicas vida diaria	Abandono Familiar				Total	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Independiente	36	51,4	17	24,30	53	75,7
Dependiente	14	20,0	0	0	14	20,0
Ayuda	3	4,3	0	0	3	4,3
Total	53	75,7	17	24,30	70	100,0

$\chi^2: 7,202$ , gl: 2, p: 0,023

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

Los adultos mayores independientes correspondieron al 75,7% y solo el 20% los dependientes

Con respecto al abandono familiar resulto mas frecuente en los independientes que en los dependientes

La capacidad funcional con respecto a las actividades básicas de la vida diaria en cuanto a la independencia correspondió al 75,7%, se presentó abandono en el 20% de los adultos dependientes, con respecto a la categoría de adultos mayores que necesitaban ayuda correspondió al 4,3%. Hubo relación significativa con respecto a ambas variables.

Los adultos mayores necesitan de ayuda para ejecutar las ABVD y las AIVD, afectando a más de 100 mil personas adultas mayores en el país (SABE I 2009)<sup>4</sup>.

Las actividades básicas de la vida diaria son las ultimas en perder su independencia

**Tabla N° 6: Distribución de las actividades instrumentales de la vida diaria según el abandono familiar. Barrio La Calera Centro.2015-2016.**

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	ABANDONO				Total	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Independiente	0	0	3	4,3	3	4
Necesita cierta ayuda	24	34,3	13	18,6	37	53
Necesita mucha ayuda	29	41,4	1	1,4	30	43
Total	53	75,7	17	24,3	70	100

$\chi^2: 18,884; gl: 2; p: 0,000$

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

Con respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria hubo un predominio del 53 % con la categoría necesita cierta ayuda y el 43% con el ítem necesita mucha ayuda y en menor porcentaje de los adultos mayores fueron independientes con el 4 % lo cual se hace énfasis a que los adultos mayores presentan cierta dependencia para las (AIVD); el abandono se presentó en un 41% en la categoría necesita mucha ayuda con respecto a la capacidad funcional (AIVD). La relación entre estas dos variables fue significativa ( $p: 0,000$ ).

Estudios previos demuestran que no existe problema en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria pero si hay considerable diferencia para las actividades instrumentales de la vida diaria ya que requieren siempre de algún tipo de ayuda <sup>10,17,18</sup>.

Se describe también que la dependencia no tiene relación con el abandono <sup>11-14</sup> Pero hay estudios también en los que identifican que es un factor de riesgo para abandono la dependencia <sup>15</sup>.

#### 4.4 Abandono del adulto mayor

El 14,7% de los adultos mayores fue víctima de insultos y el 14,9% presento negligencia y abandono (SABE I)<sup>4</sup>. Este hecho por lo general no lo rebelan los adultos mayores por lo que el equipo de salud y entidades que les corresponden cumplir con ello debe ser más perceptivo ante este problema.

**Tabla N° 7: Distribución del abandono en los adultos mayores Barrio La Calera Centro.2015-2016.**

Abandono Familiar		
	N°	%
SI	53	75,7
NO	17	24,3
Total	70	100

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

En la tabla anterior se observa que el 75.7% de los adultos mayores están abandonados y solo un 24.3% no tienen esta condición.

El 30% de los adultos mayores cuenta con asistencia de una persona para su cuidado que por lo general son los hijos o hijas, esposo o esposa, nietos o nietas, el 36,5% de las mujeres mayores de 80 años necesitan asistencia. SABE 2009 I <sup>4</sup>.

Es de consideración por parte de la autora del trabajo que el abandono que sufren los ancianos, los vuelven más vulnerables.

#### 4.5 Capacidad funcional y variables sociodemográficas

##### 4.5.1 Actividades básicas de la vida diaria y grupos de edad

La capacidad funcional es un indicador de salud y está ligado a distintos factores tanto genéticos como los del entorno en el que se desenvuelve el adulto mayor.

**Tabla N°8: Distribución de los adultos mayores según las actividades básicas de la vida diaria y grupos de edades geriátricas. Barrio La Calera Centro.2015-2016.**

ACTIVIDADES BASICAS DIARIAS	GRUPOS DE EDAD						Total	
	TERCERA EDAD		CUARTA EDAD		LONGEVO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
INDEPENDIENTE	40	57,1	13	18,6	0	0,0	53	75,7
DEPENDIENTE	1	1,4	11	15,7	2	2,9	14	20,0
AYUDA	0	0,0	3	4,3	0	0,0	3	4,3
Total	41	58,5	27	38,6	2	2,9	70	100,0

$\chi^2:30,116$  ;gl:4;p: 0,001

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

En relación a las ABVD el 57,1% % de la población de estudio fue independiente correspondiente a las edades entre 65 a 74 años y que conforme avanza la edad se requiere de cierta dependencia es así que el 15,7% requirió ayuda reportándose en el grupo de cuarta edad (75 a 89 años); el análisis estadístico reporto una relación significativa entre ambas variables.

Los adultos mayores cuya edad es mayor de 80 años necesitan mayor cuidado y ayuda de las actividades <sup>4,9</sup>.

La salud funcional es medida por las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); son usadas muy ampliamente como indicador de salud en las poblaciones ancianas. Así que la dificultad para cumplir con las AVBD y las AIVD están muy relacionadas con la edad <sup>53</sup>.

#### 4.5.2. Actividades básicas de la vida diaria y sexo

**Tabla N° 9: Distribución de los adultos mayores según actividades básicas de la vida diaria y sexo. Barrio La Calera Centro.2015-2016**

ACTIVIDADES BASICAS DIARIAS	SEXO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%		
INDEPENDIENTE	20	28,6%	33	47,1%	53	75,7%
DEPENDIENTE	7	10,0%	7	10,0%	14	20,0%
AYUDA	1	1,4%	2	2,9%	3	4,3%
Total	28	40,0%	42	60,0%	70	100,0%

$\chi^2$ : 0,752; gl:2; p: 0,798

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

Con respecto al sexo el 75,7% de los adultos mayores fueron independientes; pero hubo predominio en el sexo femenino con el 47,1% de llevar las actividades básicas de la vida diaria con respecto al sexo masculino; la dependencia con respecto al sexo fue del 7% para ambos; en cuanto a la categoría ayuda hubo predominio en el sexo femenino con el 2,9%, datos estadísticos en otros estudios reportan que un tercio de las mujeres de 85 años y más tenían al menos una dificultad en llevar a cabo alguna de las actividades tanto para ABVD y las AIVD .

Las prevalencias más altas de deterioro en las actividades se deben a enfermedades musculoesqueléticas. No hubo significancia con respecto a esta variable<sup>53</sup>.

### 4.5.3 Actividades básicas de la vida diaria y nivel de instrucción

**Tabla N° 10: Distribución de los adultos mayores según actividades básicas de la vida diaria y nivel de instrucción. Barrio La Calera Centro.2015-2016**

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA	NIVEL DE INSTRUCCIÓN						Total	
	ANALFABETO		ALFABETO		BASICA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
INDEPENDIENTE	23	32,9%	6	8,6%	24	34,3%	53	75,7
DEPENDIENTE	11	15,7%	1	1,4%	2	2,9%	14	20,0
AYUDA	2	2,9%	0	0,0%	1	1,4%	3	4,3
Total	36	51,4%	7	10%	27	38,6%	70	100

$\chi^2$ : 0,694;gl; 4;p:0,171

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

En cuanto al nivel de instrucción hubo predominio de la categoría independencia con el nivel de instrucción básica con el 34,3% y 15,7% fueron dependientes en aquellos que fueron analfabetos.

Se describe en la literatura que el hecho de ser mejor instruidos proporciona un autocuidado de la salud por lo que el nivel de instrucción más elevado es un factor protector para la independencia en los adultos mayores. Las relaciones entre las variables estudiadas arrojan datos no significativos<sup>53</sup>.

#### 4.5.4 Actividades básicas de la vida diaria y ocupación.

**Tabla N° 11: Distribución de los adultos mayores según actividades básicas de la vida diaria y ocupación. Barrio La Calera Centro.2015-2016**

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	OCUPACION													
	AMA DE CASA		CHOFER		AGRICULTOR		COMERCIANTE		JORNALERO		NO TRABAJA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
INDEPENDIENTE	9	12,9%	4	5,7%	15	21,4%	8	11,4%	3	4,3%	14	20,0%	53	75,7%
DEPENDIENTE	3	4,3%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	14,3%	14	20,0%
AYUDA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,3%	3	4,3%
Total	12	17,1%	5	7,1%	15	21,4%	8	11,4%	3	4,3%	27	38,6%	70	100,0%

$\chi^2:18,115;gl:10; p: 0,57$

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

Hubo predominio del grupo de adultos mayores que no trabajan con el 38,6% seguido de la actividad agricultura con el 21,4%, con relación a la dependencia el 14% perteneció al grupo que no se encontraban con una ocupación. Las relaciones entre las variables estudiadas arrojan datos no significativos.

El entorno social en el que se desenvuelve los adultos mayores en este caso tener algún tipo de ocupación que no es necesario valorarlo como productividad sino el hecho de realizar actividades y sentirse bien consigo mismo es un factor protector para el envejecimiento saludable<sup>45</sup>.



#### 4.5.5 Actividades instrumentales de la vida diaria y grupos de edad.

**Tabla N° 12: Distribución de los adultos mayores según actividades instrumentales de la vida diaria y edades geriátricas. Barrio La Calera Centro.2015-2016**

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES VIDA DIARIA	GRUPOS DE EDAD						Total	
	TERCERA EDAD		CUARTA EDAD		LONGEVO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
INDEPENDIENTE	3	4,3	0	0,0	0	0,0	3	4,3
NECESITA CIERTA AYUDA	29	41,4	8	11,4	0	0,0	37	52,9
NECESITA MUCHA AYUDA	9	12,9	19	27,1	2	2,9	30	42,9
Total	41	58,6	27	38,6	2	2,9	70	100,0

$\chi^2:18,887;gl:4;p:0,002$

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

En comparación con las ABVD en donde se reportó el 75,7% de independencia en este caso solo el 4,3% se observa. Es decir que para la realización de la AIVD se requiere apoyo por parte de los integrantes de la familia o de otra persona.

En cuanto a las AIVD se observó que el 41,4% de la población necesitó cierta ayuda en la tercera edad y el 27,1% necesitó mucha ayuda con respecto al grupo de cuarta edad; las edades en las que se presentó mayor dependencia para estas actividades es en la cuarta edad con el 27,1.<sup>17,38</sup> Las relaciones entre las dos variables arrojan datos significativos.

#### 4.5.6 Actividades instrumentales de la vida diaria y sexo.

**Tabla N° 13: Distribución de los adultos mayores según las actividades instrumentales de la vida diaria según sexo. Barrio La Calera Centro.2015-2016**

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES VIDA DIARIA	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
INDEPENDIENTE	1	1,4	2	2,9	3	4,3
NECESITA CIERTA AYUDA	14	20,0	23	32,9	37	52,9
NECESITA MUCHA AYUDA	13	18,6	17	24,3	30	42,9
Total	28	40,0	42	60,0	70	100,0

$\chi^2$ :2,67; gl:2; p: 0,913

Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta

Existe predominio de necesitar cierta ayuda para las AIVD en la población femenina el 32,9% y con el 24,3% para la categoría necesita mucha ayuda, lo cual se corresponde a varios estudios <sup>17,19,38</sup>. La relación entre variables no fue significativa.

#### 4.5.7 Actividades instrumentales de la vida diaria y nivel de instrucción.

**Tabla N° 14: Distribución de los adultos mayores según actividades instrumentales de la vida diaria y nivel de instrucción. Barrio La Calera Centro.2015-2016**

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES VIDA DIARIA	NIVEL DE INSTRUCCIÓN							
	ANALFABETO		ALFABETO		BASICA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
INDEPENDIENTE	0	0,0	0	0,0	3	4,3	3	4
NECESITA CIERTA AYUDA	14	20,0	6	8,6	17	24,3	37	53
NECESITA MUCHA AYUDA	22	31,4	1	1,4	7	10,0	30	43
Total	36	51,4	7	10,0	27	38,6	70	100

$\chi^2$ :13,996;gl:4;p:0,09

Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta

Las AIVD resulto con más predominio con el 51,4 % que no contaban con ningún nivel de instrucción en donde de reportó que el 31,4% necesitó mucha ayuda para la AIVD, dentro del grupo con nivel de instrucción básica el 24,3% necesitó cierta ayuda. No hubo relación significativa entre las variables.

#### 4.5.8 Actividades instrumentales de la vida diaria y ocupación.

**Tabla N° 15: Distribución de los adultos mayores según las actividades instrumentales de la vida diaria y ocupación. Barrio La Calera Centro.2015-2016**

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES VIDA DIARIA	OCUPACION													
	AMA DE CASA		CHOFER		AGRICULTOR		COMERCIANTE		JORNALERO		NO TRABAJA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
INDEPENDIENTE	2	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	3	4,3
NECESITA CIERTA AYUDA	6	8,6	4	5,7	14	20,0	5	7,1	3	4,3	5	7,1	37	52,9
NECESITA MUCHA AYUDA	4	5,7	1	1,4	1	1,4	2	2,9	0	0,0	22	31,4	30	42,9
Total	12	17,1	5	7,1	15	21,4	8	11,4	3	4,3	27	38,6	70	100,0

$\chi^2$ : 37,212; gl:10: p: 0,001

Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta

El 31,4% de la población necesitó mucha ayuda y no trabajaba, seguido de la ocupación agricultor con el 21,4 % . La relación fue significativa.

Según la bibliografía constituye un factor de riesgo para abandono en el adulto mayor el no tener actividad económica <sup>15..</sup>

#### 4.6 Estructura familiar y abandono familiar

**Tabla N° 16: Distribución de los adultos mayores según abandono familiar y estructura familiar. Barrio La Calera Centro.2015-2016.**

ESTRUCTURA DE LA FAMILIA	ABANDONO				Total	
	SI	NO		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%
SIN FAMILIA	3	4,29	0	0,00	3	4,3
NUCLEAR	17	24,29	12	17,14	29	41,4
EXTENSA	33	47,14	5	7,14	38	54,3
Total	53	75,71	17	24,29	70	100,0

x 2: 8,130; gl:2; p: 0,023

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

Se observa que existe predominio de abandono en la familia extensa con un 47,14 %. Este comportamiento se debe a que los hijos de los adultos mayores se dedican más a su familia actual es decir esposos e hijos incluso nietos participando ya en sus propios intereses, dejando a un lado las necesidades que puedan presentar los adultos mayores en el seno familiar.

Son excluidos por los miembros de la familia ya llegando a esta etapa por lo que el adulto mayor no se desenvuelve como ente social, lo cual conlleva a que este grupo no presente un envejecimiento activo lo cual está amparado por las políticas del estado ecuatoriano que se han fortalecido la última década<sup>5,53</sup>.

#### 4.7 Verificación de la hipótesis

El planteamiento de la hipótesis es la siguiente:

H0= No existe mayor abandono familiar en el adulto mayor dependiente.

H1=Existe mayor abandono familiar en el adulto mayor dependiente

El nivel de significación de los resultados es del 0,05; los datos significativos fueron con relación a la capacidad funcional con el abandono familiar en donde se pudo observar que al aplicar el Ji cuadrado de Pearson con lo referente a las Actividades Básicas de la vida diaria fue del  $\chi^2:7,202$  con una  $p: 0,023$  así como también en las actividades instrumentales de la vida diaria en donde el valor fue  $\chi^2:18,884$   $p:0,000$ .

Por tanto en este caso se aceptó la hipótesis alteranativa  $p:<0,05$  y se rechazó la hipótesis nula.

**Tabla N°. 17 Capacidad funcional, estructura familiar y abandono con su nivel de significancia.**

CAPACIDAD FUNCIONAL	ABANDONO FAMILIAR			
	ABVD		$p:0,023$	
	AIVD		$p:0,000$	
	EADAES GERIÁTRICAS	SEXO	N. INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN
	ABVD	$p:0,001$	$p:0,798$	$p:0,171$
	AIVD	$p:0,002$	$p:0,09$	$p:0,57$
ESTRUCTURA FAMILIAR	ABANDONO FAMILIAR			
	$p:0,023$			

**Elaborado por: Jenny Villarroel Fuente: Encuesta**

Con respecto a la Capacidad Funcional, las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se presentó abandono familiar en el 51,4% resultando ser adultos mayores independientes, (Tabla N° 6) comparado en cambio con las actividades instrumentales de la vida diaria(AIVD), se presentó con más frecuencia el abandono familiar en aquellos adultos mayores dependientes (necesita cierta ayuda 34,3% y necesita mucha ayuda 41,4%) (Tabla N° 7), la relación capacidad funcional y abandono familiar fue significativa.

En cuanto a la relación entre capacidad funcional y variables sociodemográficas hubo relación significativa entre capacidad funcional y

edades geriátricas es así que conforme avanza la edad aumenta la dependencia.

Hubo relación significativa con respecto a AIVD y ocupación en donde los adultos mayores no presentan un trabajo y por ende sus ingresos económicos son nulos o bajos siendo un factor de riesgo el no poseer actividad económica para algún tipo de maltrato en este caso el abandono; presentan además una dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y todo ello se suman a sufrir inequidades en el contexto social.

Con respecto a la estructura familiar y abandono familiar hubo relación significativa es así que hubo abandono en el tipo de familia extensa (integrada por adultos mayores, hijos y nietos) con el 47,14%.



## **CAPÍTULO 5**

### **5.1 CONCLUSIONES**

En la investigación predominaron los adultos mayores de la tercera edad, sexo femenino, nivel de instrucción analfabeto y en su mayoría no trabajaban, y abandonados por su familia.

Según la capacidad funcional predominaron los adultos mayores independientes para las actividades básicas de la vida diaria con abandono familiar; en relación a las actividades instrumentales de la vida diaria fue más frecuente los adultos mayores abandonados que necesitaban ayuda, resultando ser una relación estadísticamente significativa.

Con respecto a las ABVD y variables sociodemográficas resultaron mas frecuente los adulto independientes de la tercera edad sexo femenino , con instrucción básica, agricultores y abandonados; sin embargo en las AIVD predominaron los adultos mayores que necesitaban ayuda, analfabetos y no poseían trabajo.

La estructura familiar en la que se presentó mayor abandono en el adulto mayor fue la familia extensa, los resultados fueron significativos

Con respecto a la capacidad funcional y abandono familiar presentó una relación significativa.

Hubo mayor independencia de los adultos mayores con respecto a las ABVD en relación con las AIVD.

Con lo referente a la edad existe dificultad en la ejecución de a ABVD y las AIVD; pero se tornan más dependientes conforme avanza la edad con respecto a la realización de las AIVD.

Predomino el grupo de adultos mayores independientes en las ABVD que tuvieron nivel de instrucción básica.

La necesidad de tener apoyo para las AIVD fue más evidente en el sexo femenino.

La necesidad de ayuda en las AIVD resulto más predominante en los adultos mayores que no trabajaban en comparación con aquellos que tenían alguna ocupación.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

- Poner en marcha la estrategia diseñada.
- Se debería tomar en cuenta la relación entre abandono familiar y variables sociodemográficas, así como también enfermedades crónicas degenerativas.
- Extender el presente estudio a comunidades urbanas.

## **CAPÍTULO 6**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 Datos informativos**

##### **6.1.1. Tema**

Capacidad Funcional del Adulto Mayor relacionado con el Abandono Familiar. La Calera Centro, Latacunga.

##### **6.1.2. Institución ejecutora**

La presente propuesta se pondrá en práctica en la unidad del Ministerio de Salud Pública, Centro de Salud Tipo B Patután, en el área de consulta externa y en la comunidad del Barrio La Calera Centro.

##### **6.1.3. Beneficiarios**

Población adulta mayor del área en mención y sus familias.

##### **6.1.4. Ubicaciones**

Lugar: Unidad del Ministerio de Salud Pública - Centro de Salud Tipo B Patután.

Comunidad: Barrio La Calera Centro.

Parroquia: Eloy Alfaro

Cantón: Latacunga

Provincia: Cotopaxi

### **6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución**

Una vez presentado el trabajo de investigación y posterior defensa se pondrá en ejecución la propuesta previa comunicación de los resultados encontrados en el trabajo investigativo al Coordinador encargado del Centro de salud. El tiempo estimado es de 12 meses.

### **6.1.6. Equipo responsable**

Equipo de salud integrado por: Médico, Enfermera, TAPS, Psicólogo, Nutricionista.

### **6.1.7. Presupuesto**

El presupuesto dirigido para el cumplimiento de la propuesta es de 1000 dólares americanos.

## **6.2. Antecedentes de la propuesta**

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad). Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. A medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población <sup>37</sup>.

Un desafío en el que no está exento los países de Latinoamérica y en especial los que se encuentran en vías de desarrollo como lo es el Ecuador es el impacto del envejecimiento de la población y del envejecimiento individual sobre como los gobiernos podrán mantener el financiamiento y cobertura de los diferentes sistemas de protección hacia el adulto mayor , mostrando que si bien la cobertura de los sistemas de seguridad social seguirá aumentando, la viabilidad de los sistemas está

muy ligada a problemas de orden político, administrativo y económico. Por lo que en este contexto se advierte que la familia tiene y seguirá teniendo un papel importante que jugar en el sostenimiento de las personas de mayor edad.

En muchos países y naciones del mundo los adultos mayores representan sabiduría y lo mejor de una sociedad; enseñando a las nuevas generaciones a tener respeto y admiración por el legado que han dejado los adultos mayores en la sociedad. Pero por lo general la sociedad actual en donde es más notoria la cultura de la juventud dejan a un lado los saberes del anciano lo cual provoca una devaluación del mismo perdiéndose poco a poco la consideración y respeto hacia ellos.

El maltrato del adulto mayor específicamente el abandono es un fenómeno que se informa de manera insuficiente provocando los que algunos lo denominan el efecto “iceberg”.

El abandono en el adulto mayor es un hecho inaceptable que se debe detectar a tiempo y realizar una intervención adecuada.

### **6.3. Justificación**

Los cambios en los países en especial en el Ecuador comienzan a repercutir considerablemente en la estructura de las poblaciones en las diferentes atenciones en especial lo que tiene que ver en salud y en el ámbito social debido a que no solo se van a presentar las patologías propias de la edad sino también un cambio en la estructura de la sociedad la misma que no se encuentra bien preparada para dar una adecuada atención a este grupo vulnerable que son los adultos mayores , por lo que es necesario proponer nuevas estrategias que de acuerdo a los resultados arrojados en el presente trabajo son para de alguna manera cubrir las de la población envejecida.

La familia se torna el apoyo del adulto mayor, las nuevas generaciones deben respetar sus saberes como seres llenos de experiencia ya que de ahí parte el comportamiento de las sociedades futuras y de la consideración y respeto hacia los ancianos, la propuesta permitirá a las familias y a los adultos mayores conocer sobre los cuidados pertinentes hacia él y sobre todo el de concientizar que en un futuro no muy cercano estarán atravesando por esa etapa en donde se necesita mantener lazos cercanos con la familia y la capacidad de vivir en forma independiente.

## **6.4. Objetivos**

### **6.4.1. Objetivo general**

- Realizar acciones promotoras para preservar la autonomía del adulto mayor en la sociedad logrando el envejecimiento activo.

### **6.4.2. Objetivos específicos**

- Reforzar a nivel de las familias y la comunidad en donde se desenvuelven los adultos mayores las necesidades que poseen.
- Generar en las familias de los adultos mayores el buen trato con respeto y consideración.
- Promover actividades lúdicas para preservar en el adulto mayor su capacidad funcional llegar a un envejecimiento activo mediante los clubes de adultos mayores.

## **6.5. Análisis de factibilidad**

La aplicación de la presente propuesta es factible debido a que se puede desarrollar en la comunidad, así como también en el centro de salud correspondiente debido a que cuenta con el talento humano, el espacio físico.

El trabajo interdisciplinario lo plantea las mismas políticas de protección hacia el adulto mayor lo cual está amparado en la Constitución de la República del Ecuador y derechos de los adultos mayores.

Constitución de la República del Ecuador, “Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad...”<sup>4, 28</sup>.

## **6.6. Fundamentación**

El Envejecimiento Saludable refleja la interacción permanente entre las personas y los entornos que habitan.

Las estrategias de salud pública dirigidas a las personas con niveles altos y estables de capacidad intrínseca deben centrarse en fomentar y mantener esta capacidad el mayor tiempo posible. Los sistemas de salud tendrán que detectar y controlar a tiempo las enfermedades y los factores de riesgo. Las estrategias relativas al entorno serán cruciales para alentar conductas saludables, ya que permitirán fomentar las habilidades y los conocimientos de las personas y poner en práctica iniciativas ambientales más amplias, como evitar a lo máximo el consumo de sustancias tóxicas como es el tabaco o proporcionar espacios seguros y agradables para la actividad física<sup>45</sup>. Esto se logrará mediante la participación activa de los equipos de salud con la adecuada coordinación de los actores de la comunidad y las demás instituciones como lo es el MIES, mediante las visitas domiciliarias.

En el caso de las personas adultas mayores que ya presenten un deterioro de su capacidad funcional las intervenciones de salud pública requieren un enfoque diferente; debido a que ya en esta etapa las

enfermedades ya se hayan instalado, y los sistemas de salud en general no se centrarán en la prevención o la curación, sino en reducir al mínimo los efectos de estas afecciones en la capacidad general de la persona. Por lo tanto, se necesitan servicios para ayudar a detener, moderar o revertir el deterioro de la capacidad. Asimismo, se debe ampliar el papel del entorno en la facilitación de la capacidad funcional a medida que disminuye la capacidad, y las estrategias que ayuden a las personas a superar este deterioro deben cobrar cada vez más importancia<sup>45</sup>.

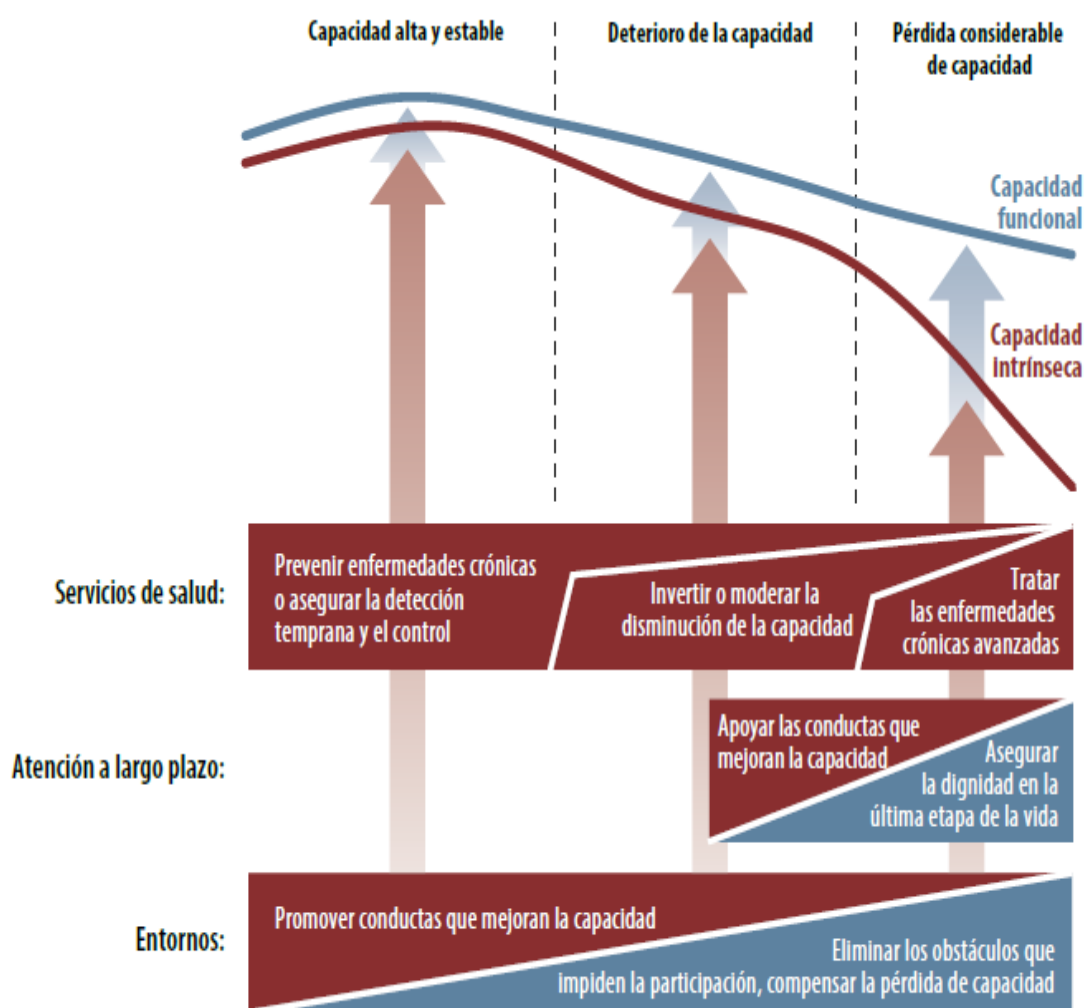
Hoy en día los espacios públicos poseen medidas para facilitar el transporte de las personas con discapacidad, la presencia de espacios físicos para promover la actividad física, etc.

Una respuesta de salud pública a las necesidades de las personas mayores que presentan pérdidas significativas de la capacidad o tienen riesgo alto de presentarlas se centrará en la atención a largo plazo. Los sistemas de atención a largo plazo cumplen la función de posibilitar que las personas mayores mantengan un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana<sup>45</sup>.

En este caso promover la participación activa de la familia con respecto a los adecuados estilos de vida, así como también la educación las nuevas generaciones al no maltrato a las personas mayores.

Las intervenciones de salud pública deben ser igualmente continuas para acompañar a las personas mayores en su transición de una etapa a la otra.





**Gráfico N°7: Un marco de salud pública para el Envejecimiento Saludable: oportunidades para la acción de salud pública en el curso de la vida**

Fuente: OMS,2015 <sup>45</sup>

## 6.7. Modelo operativo

Fases	Etapas	Metas	Presupuesto	Responsables	Tiempo
<b>Planificación</b>	1.-Aprobación de las autoridades pertinentes para le realización de la propuesta 2.-Presentación de la propuesta 3.-Entrega de la programación de la propuesta	1.Comunicación con el Coordinador del Centro de Salud Tipo B Patután	Copias:5.00 Impresiones:20.00 Transporte:20.00	Jenny Villarroel Vargas y el equipo EAIS	2meses
<b>Ejecución</b>	1.-Organizar ferias de salud en la comunidad y en el propio centro con atención integral. 2.-Conformacion y fortalecimiento de los clubes de adultos mayores 3.-Trabajo intersectorial con los actores sociales para la conformación de la comunidad amiga del adulto mayor.	1.Concientizar a toda la población sobre lo importante de mantenerse sanos y sobre todo el adecuado cuidado al adulto mayor	Copias:5.00 Impresiones:20.00 Transporte:20.00	Jenny Villarroel Vargas y el equipo EAIS	8meses
<b>Evaluación</b>	1.- Nueva valoración funcional cada 6 meses como indica el protocolo de los adultos mayores	1.Preservar el mayor tiempo posible la autonomía en los adultos mayores.	Copias:5.00 Impresiones:20.00 Transporte:20.00	Jenny Villarroel Vargas y el equipo EAIS	2meses

## **6.8. Administración**

Coordinación y planificación con el coordinador del Centro de la Salud tipo B Patután, así como también con el distrito para el equipamiento en talento humano, insumos para la debida atención integral de los adultos mayores.

## **6.9. Previsión de la evaluación.**

El llenado de las escalas para la valoración geriátrica no solo debe quedar para cumplir con los estándares como documentos sino más bien para una percepción de como es el comportamiento de la capacidad funcional en los adultos mayores para una rápida y oportuna intervención.

## MATERIALES DE REFERENCIA

- 1.- Arias, Cándida Filgueira, Hernández Suárez María. "Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores." Revista Internacional de Formación Profesional, Adultos y Comunidad 3.1 .2016. [citado 23-05-2016]. Disponible en: <http://journals.epistemopolis.org/index.php/adultoscomunidad/article/view/1322>
- 2.- Rodríguez, José Carlos Ramón, et al. "Intervención educativa sobre calidad de vida en el adulto mayor. Chacao. Miranda. Junio 2015." 2015. [citado 12-12-2015]. Disponible en: [socecsholguin2015.sld.cu/index.php/socecsholguin/2015/paper/download/128/84](http://socecsholguin2015.sld.cu/index.php/socecsholguin/2015/paper/download/128/84)
- 3.- Monreal Bosch, Pilar, Del Valle Arantza, Gifre Mariona. "Envejeciendo en un mundo cambiante. El entorno rural una nueva realidad social." Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social 13.2 004763. 2013 [citado 12-12-2014]. Disponible: [http://ddd.uab.cat/pub/athdig/athdig\\_a2013m7v13n2/athdig\\_a2013m7v13n2p47.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/athdig/athdig_a2013m7v13n2/athdig_a2013m7v13n2p47.pdf)
- 4.- Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para adultos mayores. Antecedentes.2012-2013. Segunda edición. [citado 12-12-2014]. Disponible en: [http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)25.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. En América habrá 200 millones de adultos mayores en 2020. 2012.[citado 2016-05-23] Recuperado de [http://www.docsalud.com/articulo/3362/seg%C3%BAAn-la-oms-enam%C3%A9rica\\_habr%C3%A1-200-millones-de-adultos-mayores-en-2020](http://www.docsalud.com/articulo/3362/seg%C3%BAAn-la-oms-enam%C3%A9rica_habr%C3%A1-200-millones-de-adultos-mayores-en-2020).

6.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Adulto mayor y la jefatura de hogar. Revista e-Analisis. 2012 [citado 12-12-2014]. Disponible en: [www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis4.pdf](http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis4.pdf)

7.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Fascículo de la Provincia de Cotopaxi 2012 .[citado12-12-2014].Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/cotopaxi.pdf>

8.- Flores Benalcázar E. Prevalencia y factores asociados a maltrato en adultos mayores de la parroquia de Yanuncay de la ciudad de Cuenca, 2009” [tesis Magister en Salud Pública en Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2009[citada23-07-2015]. 75 p. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3931/1/doi454.pdf>

9.- Freire W.et.al.Encuesta Nacional de Salud Bienestar y Envejecimiento 2009-2010 SABE. 2010 Quito-Ecuador[citado12-12-2014]. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>

10.- De la Pedraja García, Esther Lilia, et al. "Evaluación funcional, cognitiva y biomédica de ancianos de 90 años y más." Acta Médica del Centro 9.2: 1-11. 2015. [citado12-02-2016].Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/252/404>

11.- Jürschik P,Viladrosa M, Botigué T,Lavedán A, Vena A,Noguera T. Prevalencia y factores asociados a sospecha de malos tratos en la unidad geriátrica del área de urgencias del hospital. Rev Esp GeriatrGerontol.2013;48(2):55–5 [citado03-03 2015].[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90195061&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=124&ty=85&a](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90195061&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=85&a)

ccion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v48n02a90195061pdf001.pdf

12.- Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Juvinya D, Vila A, Vilalta-Franch J. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2009; [citado 12-12-2014]. 57:815-22.

13.-Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, Morris JN. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc.* 2003; [citado el 12-12-2014]. 51:24-31.

14.-Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001; [citado el 12-12-2014]. 36:8-1

15.- Silva Fhon, J., et al. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. *Revista de la Facultad de Medicina,* 2015, vol. 63, no 3, p. 367-375. [citado el 12-12-2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a04.pdf>

16.- Velasco Rodríguez R., Godinez Gomez R., Mendoza Pérez R., Torres Ignacio M., Moreno Gutiérrez Á., Lopez H. Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2012; 20 (2): 91-96 [citado el 12-12-2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122f.pdf>

17.-Cervantes Becerra R, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza Enma Rosa, Martínez González Lidia . Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *AtencionPrimaria.*2015; 47(6) :329-35. [citado el 12-09-2015]. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002716>.

18.-Arias Merino E., Mendoza Ruvalcaba N., Ortiz Genaro G., Velázquez Brizuela I., Meda Lara R., Cueva-Contreras J. Physical function and associated factors in community-dwelling elderly people in Jalisco, Mexico. ScienceDirect . May–June, 2012. Volume 54, Issue 3, Pages 271–e278. [citado el 12-09-14]. Disponible en: <http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943%2812%2900044-1/fulltext>

19.-Barrantes Monge M.,García Mayo E., Gutiérrez Robledo L.,Miguel Jaimes A.. Functional dependence and chronic disease in older Mexicans. Salud pública Méx [Internet]. 2007 Jan [cited 2015 July 23] ; 49( Suppl 4 ): s459-s466. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007001000004&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000004&lng=en).

20.- Zapata Lopez, B.Delgado Villamizar,N; Cardona Arango,D Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2011. Revista de Salud Pública= Journal of Public Health, 2015, vol. 17, no 6, p. 848.[Citado 2016-05-22]. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/1ff71a82e9922a7419e192f333d6c269/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035756>.

21.- Placeres Hernández J., De León Rosales L., Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2015-07-23] ; 33(4): 472-483. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext).

22.- Cardona D, Segura A, Berberí D, Agudelo M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 30-39. [citado 23-07-2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2013000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2013000100004&script=sci_arttext)

23.- Villarreal Amarís G., Month Arrieta E.. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Salud, Barranquilla [serial on the Internet]. 2012 June [cited 2015-07-23] ; 28( 1 ): 75-87. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522012000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522012000100008&script=sci_arttext)

24.- Cano SM, Garzón MO, Segura AM, Cardona D. Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(1):67-74.[citado 2015-05-23]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n1/v33n1a09.pdf>

25.- Hernández González, C. "Teorías del envejecimiento." La vejez en movimiento. Un enfoque integral 43.2013.

26.-Robalino, M. Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor institucionalizado en los asilos de ancianos sagrado corazón de Jesús de la ciudad de Ambato y el asilo de ancianos de Patate. [Tesis].Universidad Técnica de Ambato; 2015.Recuperado el 10-08-2016. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9255/1/Robalino%20Quintana,%20Miguel%20Angel.pdf>.

27.- Organización Mundial de la salud .Declaración de Toronto para la prevención Global del Maltrato de las personas mayores.2002.

[citado 12-12-2014].Disponible en: [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf?ua=1).

28.-Constitución de la República del Ecuador. 2008. [citado12-12-2014]. Disponible en: [www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf).



29.-Ham Richard J, Sloane Philip D. Atención Primaria en Geriatría. El envejecimiento normal. Signos precoces del envejecimiento. Segunda Edición. Madrid: Mosby;1995. p.25-35. [citado 12 -12- 2014].

30.- Guías Clínicas Geronto Geriátricas de atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito; Ecuador; 2008.p 15-16. [citado el 12-12-2014]. Disponible en: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>.

31.- Ministerio de salud Pública. Normas y Protocolos de Atención Integral de salud de las y los Adultos Mayores. Marco conceptual y de referencia. Envejecimiento, Funcionalidad y Autonomía. Quito: Ecuador; 2011.p25. [citado12-12-2014]. Disponible en:<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOSCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20Y%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>

32.-Silva MJ, Lopes MVO, Araujo MFM, Morales GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividade da vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. Acta Paul Enferm. 2006;19(2):201-6.

33.- Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):409-15

34.-Silva J., Jack R. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2012. Recuperado el 12 -03- 2015; 20(5) Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf)

35.- Hazzard W, Reubin A. Principles of geriatric medicine and gerontology. McGraw Hill; 1999: 1535-1546.

36.- Varela Pinedo L., Chávez Jimeno H., Galvez Cano M., Mendez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Rev Med Hered 2005;16:165-171. Recuperado 13-03-2015. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n3/v16n3ao1.pdf>.

37.-Abizanda Soler P., Rodríguez L. Tratado de Medicina Geriátrica. Demografía y Epidemiología del Envejecimiento. España: Editorial El Sevier.; 2015.p:2. Cap. 1.

38.-De La Fuente-Bacelis T, Quevedo E., Jiménez A, Zavala M. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. Archivos en Medicina Familiar .2010. Recuperado el 13 - 03- 2015 12(1) Disponible en [www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719083001](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719083001)

39.- Álvarez González K., Delgado Cruz A., Naranjo Ferregut J., Pérez Martín M., Valdés del Pino A. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2015 -04-08]; 16(2): 124-137. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156131942012000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942012000200010).

40.- Avendaño P, García M, Proaño P. Valoración de la función física con los índices de Katz y Lawton y funcionalidad familiar con el apgar familiar en el adulto mayor que acude al primer nivel de atención de la Policía Nacional en Quito de abril a junio del 2006 .[Tesis de especialidad]. Universidad Central del Ecuador; 2006 [Resúmen]. Recuperado 13-03-2015. Disponible: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=573248&indexSearch=ID>

41.-Moreno González G, Moreno Jaramillo A., Valdivieso P. Shephard, J. Estudio de prevalencia de corte transversal sobre la Valoración de la

capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia El Valle Cuenca . [Tesis doctoral].Universidad de Cuenca; 2013. Recuperado13-03-2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5013/1/MED212.pdf> .

42.- ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 16.s/f [citado 2015-04-12]. Disponible en:<http://157.150.195.10/es/documents/udhr/>

43.- Milagros, Barahona. “Familias, hogares, dinámica demográfica, vulnerabilidad y pobreza en Nicaragua”, en: Población y Desarrollo, serie 69.s/f.Disponible <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/26013/lcl2523-P.pdf>. 29 de mayo 2013

44.-Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas por el día internacional de la familia. Revista e-Analisis. 2013. [Recuperado13 -03-2015] Disponible en <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis9.pdf>.

45.- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y La Salud; 2015.[Recuperado el 12 -12 -2015]. Disponible en: [enapps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://enapps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf) OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra.

46.Tom W.,Marsha,F. Aspectos socioeconómicos y legales.La asistencia del paciente geriátrico.3<sup>ra</sup> Edición.Barcelona:El Sevier:2009.p:609-615.

47.Pelcastre-Villafuerte B.,Treviño-Siller S.,González-Vázquez T., Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 -05- 11] ; 27( 3 ): 460-470. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300007).

48.-Melguizo Herrera E, Acosta López A, Castellano Pérez B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena Colombia. Salud Uninorte 2012;28(251-263):2012. [citado 12-12-2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957008> Fecha de consulta: 11 de mayo de 2015.

49.-Zenarut Zabestia, A. Rodríguez, J.López M .Agurezabal I. Atención a la familia.Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria .Vol.II. Editores: Casado Vicente, V.: 2<sup>da</sup> Edición. Editorial Panamericana. 2010, p:2444.

50.- Baster J.. Glosario de Términos y Definiciones Gerontología y Geriatria. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.

51.- Peláez, M.; Palloni, A.; Ferrer, M. Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. CEPAL - SERIE Seminarios y conferencias. No. 2:171-94.

52.- Espinosa Brito A.. Epidemiología latinoamericana del adulto mayor En: Penny Montenegro E.(eds.) Geriatria y Gerontología para el Médico internista. 1ra ed. Bolivia: La Hoguera: 2012. p:57-66.

53.- Grundy, E. Epidemiología del envejecimiento En: Brocklehurst J.(eds.) Geriatria. Séptima ed. España: Madrid: 2010. p3-20.

## ANEXOS

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

### **Anexo 1**

#### **Consentimiento informado**

Yo Dra. Jenny Fernanda Villarroel Vargas responsable del presente estudio, como medio para realizar la tesis de grado. Tema: CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR RELACIONADO CON EL ABANDONO FAMILIAR.LA CALERA CENTRO, LATACUNGA.

Mi participación consiste en responder las preguntas relacionadas datos sociodemográficos ,de familia y abandono familiar en el adulto mayor , el test, de Índice de Katz de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, el test de Lawton y Brody, los cuales se realizaran en un tiempo aproximado de 30 minutos en los cuales responderá al encuestador los ítems necesarios para la realización de dicho test, así mismo se me informó, que los datos proporcionados serán totalmente confidenciales, además de que puedo dejar de participar o continuar en el estudio de investigación, si así lo decido en el momento que lo desee, sin que se origine problema alguno.

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene como propósito indagar “la capacidad funcional del adulto mayor y el abandono familiar”. De ante mano me han aclarado los investigadores que este estudio no me puede causar ningún riesgo y los resultados obtenidos serán de beneficio o utilizados para mejorar los programas preventivos de salud.

.....  
Firma del encuestado(a)  
Latacunga, Ecuador 2015-2016

.....  
Firma del investigador

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Anexo 2**

**Datos Sociodemográficos, Familia y abandono familiar del adulto mayor.**

Sírvase llenar la respuesta que usted considere a continuación con una x, si no puede escribir usted nos responde la respuesta verbalmente.

**1.- Edad:** \_\_\_\_\_ en años

**2.-Sexo:** Femenino\_\_\_\_\_ Masculino\_\_\_\_\_

**3.- Nivel de escolaridad:**

Analfabeto\_\_\_\_\_

Alfabeto\_\_\_\_\_

Básica\_\_\_\_\_

Bachillerato\_\_\_\_\_

Superior \_\_\_\_\_

**4.- Ocupación.**

¿En que trabaja usted? \_\_\_\_\_

**5.-Autoidentificación étnica.**

Mestizo\_\_\_\_\_

Indígena\_\_\_\_\_

Blanco\_\_\_\_\_

Afroamericano \_\_\_\_\_

Montubio \_\_\_\_\_

### **6.-Tipo de familia según estructura**

¿Cuántos miembros viven en la casa? \_\_\_\_\_

### **7.-Tipo de familia según número de generaciones**

Su familia está integrada por:

Abuelos, hijos y nietos \_\_\_\_\_

Solo abuelos \_\_\_\_\_

Adulto mayor y sus hijos \_\_\_\_\_

Abuelo(s) y Nieto (s) \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **8.- Abandono**

Vive solo \_\_\_\_\_ Vive con familiares \_\_\_\_\_

¿Considera la falta de ayuda para cuidar de su persona cuando usted lo necesita? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Anexo 3**

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

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

I= INDEPENDIENTE; A=AYUDA; D= DEPENDIENTE

Independiente =2 Ayuda=1 Dependiente=0



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Anexo 4: EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) .ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADA**

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

**Nota:** Grado de dependencia. Hasta 8 puntos= Independiente, De 8 a 20 puntos= Necesita cierta ayuda, Más de 20 puntos= Necesita mucha ayuda

**Tabla N° 1. Anexos. Distribución de las edades de los adultos mayores datos descriptivos.**

<b>Estadísticos</b>	
Media	73,96
Mediana	72,50
Moda	65
Desviación estándar	7,825
Mínimo	65
Máximo	91
Suma	5177

Fuente: Encuesta Elaborado por: Jenny Villarroel

**Tabla N° 2. Anexos. Distribución de los grupos de edades geriátricas datos descriptivos.**

GRUPOS DE EDAD	N°	Porcentaje
TERCERA EDAD	41	59
CUARTA EDAD	27	39
LONGEVO	2	3
Total	70	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Jenny Villarroel

**Tabla N° 3. Anexos. Distribución del sexo de los adultos mayores datos descriptivos.**

SEXO				
	N°	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	28	40	40	40
FEMENINO	42	60	60	100
Total	70	100	100	

Fuente: Encuesta Elaborado por: Jenny Villarroel

**Tabla N° 4. Anexos. Distribución de los adultos mayores según nivel de instrucción datos descriptivos.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANALFABETO	36	51,4	51,4	51,4
ALFABETO	7	10	10	61,4
BASICA	27	38,6	38,6	100
Total	70	100	100	

Fuente: Encuesta Elaborado por: Jenny Villarroel

**Tabla N°5: Anexos. Distribución de los adultos mayores según ocupación datos descriptivos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AMA DE CASA	12	17,1	17,1	17,1
CHOFER	5	7,1	7,1	24,3
AGRICULTOR	15	21,4	21,4	45,7
COMERCIANTE	8	11,4	11,4	57,1
JORNALERO	3	4,3	4,3	61,4
NO TRABAJA	27	38,6	38,6	100
Total	70	100	100	

Fuente: Encuesta Elaborado por: Jenny Villarroel

**Tabla N° 6. Anexos. Factores de riesgo del maltrato a las personas mayores y valor de las pruebas de los factores de riesgo<sup>45</sup>.**

<b>Nivel</b>	<b>Factores de Riesgo</b>	<b>Valor de las pruebas</b>
Individual (víctima)	Género: femenino	Bajo-Moderado
	Edad mayor de 74 años	Bajo-Moderado
	Dependencia: discapacidad importante	Alto
	Mal estado de salud física	Alto
	Trastornos mentales: depresión	Alto
	Nivel socioeconómico o ingresos bajos	Alto
	Dependencia financiera	Bajo Moderado
	Raza	Bajo Moderado
	Deterioro cognitivo	Alto
Aislamiento social	Alto	
Individual (agresor)	Trastornos mentales: depresión	Alta
	Abuso de sustancia: alcohol, drogas	Alta
	Dependencia de la persona maltratada: financiera, emocional, relacional	Alta
Relación	Relación de la víctima y el agresor	Bajo Moderado
	Modalidad de convivencia: la víctima vive sola con el agresor	Alto
Comunidad	Estado civil	Bajo Moderado
	Ubicación geográfica: socialmente aislado	Bajo Moderado
Sociedad	Estereotipos negativos sobre el envejecimiento	Datos insuficientes
	Normas culturales	Datos insuficientes

**Fuente: OMS.2015.**











