



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES”**

Autora: Altamirano Núñez, Vanessa Alexandra

Tutor: Psi. Cl. Mg. Gaíbor González, Ismael Álvaro

Ambato – Ecuador

Agosto 2020

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Proyecto de Investigación sobre el tema **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES”** de Altamirano Núñez Vanessa Alexandra, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, enero del 2020

EL TUTOR

A handwritten signature in blue ink is positioned above a horizontal line. The signature is stylized and appears to be the name of the tutor, Gaibor González, Ismael Álvaro.

Psi. Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES”**, como también los contenidos, análisis, conclusiones y propuesta son de responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, enero del 2020

LA AUTORA



Altamirano Núñez, Vanessa Alexandra

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Trabajo de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, enero del 2020

LA AUTORA



Altamirano Núñez, Vanessa Alexandra

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación sobre el tema: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES”** de Altamirano Núñez Vanessa Alexandra, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, agosto del 2020

Para constancia firma:

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación es dedicado a todas las personas que me han apoyado a lo largo de mi carrera estudiantil, a mis docentes, mi familia, compañeros y amigos más cercanos.

Principalmente mi título se lo dedico a mis padres quienes supieron guiarme y apoyarme para lograr mis metas, a mi madre Narcisa que ha estado conmigo en cada etapa de mi vida impulsándome día a día para llegar a ser una profesional y a mi hermano Fabricio que en los momentos buenos y malos siempre ha estado aquí, gracias a los dos que hasta el momento han sido un pilar fundamental en mi vida.

A mis tíos, abuelitas y primas gracias por su apoyo incondicional, por estar al pendiente de cada decisión que doy, todos ustedes han sido mi motivación para hoy haber logrado cumplir una de mis metas tan esperadas.

Gracias a ustedes, todo mi amor y consideración siempre.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme sabiduría, salud y fortaleza hasta el día de hoy, sin el nada de esto se pudo haber logrado.

A mi familia en general que en el transcurso de mi vida han sabido ser un ejemplo de perseverancia, humildad y unión; siempre estando presentes con muestras de cariño y demostrando interés con consejos para hoy llegar al objetivo.

A mi tutor el Psi. Cl. Mg. Gaibor González Ismael Álvaro por haberme brindado su tiempo, paciencia y conocimientos durante el desarrollo de mi proyecto y hoy culminar mi trabajo investigativo.

Al Centro Gerontológico “vida a los años” por haberme permitido ingresar a realizar mi proyecto investigativo desinteresadamente y brindarme el apoyo necesario para recoger toda la información requerida.

A mis maestros los psicólogos y psicólogas que formaron parte de mi crecimiento educativo y personal.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 Antecedentes Investigativos.....	2
1.1.1 Contexto	2
1.1.2 Estado del Arte	6
1.1.3 Fundamentos Teóricos	12

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Familia	12
Tipos de Familia.....	15
Holones	17
Tipos de Holones	17
Dinámica Familiar	18
Sistema Familiar.....	18
Estilos de Familia	18
Ciclo de una Familia.....	19
Funcionalidad Familiar	20
Disfuncionalidad Familiar	22
Tipos de Disfunción Familiar	23

CALIDAD DE VIDA

Salud	24
Bienestar	24
Salud mental y calidad de vida	25
Calidad de vida del adulto mayor.....	25
Dimensiones de la Calidad de Vida	28
1.2 Objetivos	30

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA.....	32
2.1 Materiales	32
2.1.1 Descripción de los materiales utilizados.....	32
2.2 Métodos	35
2.2.1 Nivel y tipo de investigación.....	35
2.2.2 Selección del área o ámbito de estudio.....	36
2.2.3 Población.....	36
2.2.4 Criterios de inclusión y exclusión	36
2.2.5 Diseño Maestral.....	37
2.2.6 Operalización de las Variables.....	38
2.2.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información.....	40

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
3.1 Análisis y discusión de los resultados	41
3.2 Verificación de Hipótesis	49

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
4.1 Conclusiones	50
4.2 Recomendaciones.....	51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	59
Anexo 1:.....	59
Anexo II.....	60
Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar. FF-SIL	60
Anexo III	62
Escala FUMAT	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo	28
Tabla 2. Operalización de la variable de Funcionalidad Familiar	38
Tabla 3. Operalización de la variable de Calidad de Vida	39
Tabla 4. Distribución de la población según el género	41
Tabla 5. Niveles de Funcionalidad Familiar	42
Tabla 6. Índice de Calidad de Vida.....	44
Tabla 7. Correlación de Variables	46
Tabla 8. Rangos de acuerdo al Género.....	48
Tabla 9. Estadística de contraste de acuerdo al género	48
Tabla 10. Verificación de Hipótesis.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la población según el género	41
Gráfico 2. Niveles de Funcionalidad Familiar.....	43
Gráfico 3. Índice de Calidad de Vida.....	45
Gráfico 4. Correlación de Variables	47

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEAMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES”

Autora: Altamirano Núñez, Vanessa Alexandra

Tutor: Psi. Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

Fecha: Ambato, Enero del 2020

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en adultos mayores del Centro Gerontológico “Vida a los años”, se utilizó un diseño de investigación de tipo correlacional, con enfoque cuantitativo, con corte transversal y de campo; se trabajó con una población de 50 personas mayores a 60 años de edad, 33 personas del género femenino y 17 personas del género masculino que asisten diariamente al centro de atención diurno para recibir apoyo físico, psicológico, emocional y cognitivo debido al trabajo multidisciplinario que la institución brinda. Para recopilar la información se evaluó individualmente a cada uno de los institucionalizados utilizando instrumentos validados como el test de Funcionalidad Familiar (FF – SIL) y la escala de Calidad de Vida (FUMAT). En resultados mediante la prueba de correlación de R de Pearson se demostró que existe una correlación directa entre la funcionalidad familiar y calidad de vida mediante ($R=0,748$, $N=50$, $p<0,01$) por lo que se acepta la hipótesis alterna, ya que el 70% de la población tiene una familia funcional, el 38% una calidad de vida muy buena y el 44% calidad de vida alta; es decir que a mayor funcionalidad familiar mayor calidad de vida, además no existió una diferencia significativa con respecto al género en el nivel de funcionalidad familiar y calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: FUNCIONALIDAD FAMILIAR, CALIDAD DE VIDA, ADULTOS MAYORES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

“FAMILY FUNCTIONALITY AND THE QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS”

Author: Altamirano Núñez, Vanessa Alexandra

Tutor: Psi. Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

Date: Ambato, January 2020

SUMMARY

The objective of this research work was to determine the relationship between family functionality and the quality of life in older adults of the Gerontological Center "Life to the years", a correlational research design was established, with a quantitative approach, with a cut cross and field; It is needed with a population of 50 people over 60 years of age, 33 people of the female gender and 17 people of the male gender who attend the day care center daily to receive physical, psychological, emotional and cognitive support due to the multidisciplinary work that the institution providing. To collect the information, it is evaluated individually in each of the institutionalized ones using validated instruments such as the Family Functionality test (FF - SIL) and the Quality of Life scale (FUMAT). In results, the Pearson's R correlation test shows that there is a direct correlation between family functionality and quality of life through ($R = 0.748$, $N = 50$, $p < 0.01$), so the hypothesis is accepted alternative, since 70% of the population has a functional family, 38% a very good quality of life and 44% high quality of life; that is to say, the greater the family functionality, the greater the quality of life, there is also no significant difference with respect to gender in the level of family functionality and quality of life.

KEYWORDS: FAMILY FUNCTIONALITY, QUALITY OF LIFE, OLDER ADULTS

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores son un grupo de atención prioritaria en nuestro entorno debido a su envejecimiento y por el alto crecimiento de esta población con frecuencia son abandonados, maltratados por sus familiares o renuncian a vivir con sus familias, por tal razón es necesario investigar esta problemática para evitar que los problemas de salud mental vayan aumentando y esto afecte al bienestar del adulto mayor. El presente proyecto conviene realizarlo para evidenciar la realidad y la situación actual del funcionamiento familiar y calidad de vida de los adultos mayores, ya que hoy en día la familia se va deslindando de ellos dejándolos la mayoría del tiempo solos y no existe una participación plena de la familia.

La investigación servirá para demostrar el valor de que en una familia exista cohesión, comunicación, y adaptabilidad familiar, conociendo que la familia es un factor protector pero también puede llegar a ser un factor de riesgo cuando surgen problemas dentro de la misma, mediante los datos logrados se pretende dar a conocer a la sociedad e instituciones involucradas en lo que se debe trabajar y así tomen alternativas o la iniciativa de desarrollar programas que permitan regenerar la calidad de vida y lograr un desarrollo integral de los adultos mayores.

Los beneficiarios directos con los resultados de la investigación será la población abordada, cada una de sus familias y las instituciones que trabajan con adultos mayores ya que se demostrara la importancia de que en la familia exista un ambiente positivo para desarrollar nuevas generaciones con valores y permitir que en su sistema cada uno de los integrantes influya de manera adecuada, además los resultados ayudaran a generar alternativas de intervención y profilaxis psicológica.

Finalmente, la investigación es trascendental para la Carrera de Psicología Clínica ya que una de sus responsabilidades es mantener una atención holística a grupos vulnerables; y buscar resolver un problema hoy en día evidente ya que la familia es el factor principal y actualmente existen varias familias que ponen en riesgo su capacidad de funcionamiento e incluso de supervivencia, lo cual se torna un factor de peligro para el desarrollo normal de un adulto mayor.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes Investigativos

1.1.1 Contexto

La Organización Mundial de la Salud – OMS (2018) acerca del maltrato del adulto mayor refleja que en el último año aproximadamente 1 de cada 6 personas mayores de 60 años sufrieron algún tipo de abuso en entornos familiares y comunitarios las que conllevan a graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas. En residencias o centros de atención de ancianos las tasas de maltrato son altas ya que cada dos de tres trabajadores han infligido malos tratos en el último año y por el envejecimiento de la población se prevé un aumento del problema ya que la población mayor a 60 años se duplicará significativamente, de 900 millones en el 2015 a 2000 millones en el 2050.

OMS (2017) realizó una publicación denominada la salud mental y los adultos mayores en la cual menciona que hasta el 2015 más del 20% de la población que pasa los 60 años sufren algún trastorno mental o neurológico y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso, la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes; la ansiedad afecta al 3,8% de la población, los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas casi al 1%, una cuarta parte de las muertes son por daños autoinfligidos y el 23% de la carga mundial general de mortalidad y morbilidad son ancianos, y gran parte de esa carga se atribuye a enfermedades de larga duración como cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, cardiopatías, enfermedades osteomusculares (artritis y osteoporosis) y los trastornos mentales y neurológicos.

La ONG Social Progress Imperative (SPI, 2016) realizó una publicación sobre el Índice de Progreso Social donde se evidencia los países que tienen la más alta calidad de vida del mundo, tomando como referencia la calidad de vida de las ciudades en países de América Latina, Chile es el país de la región mejor ubicado en la tabla, con una puntuación de 82,12% en el Índice de Progreso Social, Costa Rica y Uruguay comparten el segundo lugar regional, con un puntaje de 80,12% destacándose en necesidades básicas, Argentina está

cuarta en la región y en el puesto 38 a nivel global, Brasil está séptimo en la región, Colombia octavo, Perú noveno y México décimo, mientras Ecuador se encuentra en el puesto 53 a nivel mundial con 69.56%.

La HelpAge International – HAI (2015) realizó un estudio sobre el índice global del envejecimiento que cubre el 91% de la población mundial. Los datos reflejan que hay alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo cual representan el 12% de la población global, en 2030 esta cifra habrá aumentado a 1.400 millones, lo que representará el 16,5%, y en 2050 ascenderá a 2.100 millones es decir el 21,5% de la población global. En cuanto a la calidad del envejecimiento Suiza se ubica en la cima ya que tiene una serie de políticas y programas para el envejecimiento activo y la promoción de capacidades, salud y entornos favorables; globalmente el 46,8% de mujeres entre 55 y 64 años son económicamente activas, en comparación con el 73,5% de hombres, las mujeres que trabajan fuera de la casa generalmente ganan menos que los hombres y por lo que las oportunidades de ahorrar para su vejez son limitadas; en América Latina el 52,4% de las mujeres y el 62,3% de los hombres reciben pensiones.

Pereyra (2015) efectuó un estudio sobre Calidad de Vida para la consultora Global Mercer, mediante el análisis de más de 440 ciudades en el mundo en cuanto a sus condiciones de vida, entorno social, político, económico, sociocultural; condiciones de salud, educación, transporte, ocio, bienes de consumo, alojamiento y naturaleza, señala que la ciudad de Viena, ocupa el primer puesto en la clasificación mundial de calidad de vida, seguido de Zúrich, Auckland y Múnich, todas éstas ubicadas en Europa Occidental; por otra parte en Sudamérica, Montevideo ocupa el lugar 78 con mejor calidad de vida, seguido de Buenos Aires y Santiago de Chile que ocupan el número 93 y 94, respectivamente.

La Comisión Económica de América Latina y el Caribe – CEPAL (2019) menciona que hay 10 adultos mayores (de 65 años y más) por cada 100 niños y jóvenes; en comparación con los 7 países de América Latina, Ecuador ocupa el cuarto puesto con 28 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años y a la vez indica que la esperanza de vida de la población está aumentando y al mismo tiempo que el número de nacimientos está disminuyendo, el 41,35% tienen una edad entre 65 y 70 años, el 24,71% una edad entre 71 y 75 años, por lo que la población adulta mayor representa el 7,17% del total de la población total.

CEPAL (2019) al hablar del nivel de pobreza hace referencia que el 25,9% de los ancianos a nivel nacional se encuentran en esta situación, el 10% en zonas urbanas y el 27,4% en zonas rurales; es decir las condiciones de vida son reflejos del historial laboral de esta población y de la acumulación de activos conseguidos a lo largo de la etapa económicamente activa. En este contexto, es preciso acotar que seis de cada diez adultos mayores pertenecen a la población económicamente inactiva lo que los lleva a depender de terceros (familiares, Estado, etc.), para contar con medios de subsistencia y por su parte únicamente cuatro de cada diez adultos mayores son económicamente productivos; de estos únicamente el 18% cuenta con un empleo adecuado, el 61% se encuentran con un empleo no pleno y al rededor del 0,5 % se encuentra desempleado. Con respecto a la felicidad muestra que a lo largo de la vida disminuye conforme aumenta la edad de las personas, en una escala del uno al diez, siendo diez el valor más alto para expresar cuan feliz es una persona, se observa que en adultos mayores los valores tienden a descender hasta la puntuación de 6,7 entre los 82 y 85 años.

En el Ecuador el telégrafo (2019) estima que hasta el 85% de las agresiones a los adultos mayores suceden dentro del seno familiar. Entre el 4% y 6% de las personas de tercera edad en el mundo sufren malos tratos y no se atreven a denunciar; que el 95% de estos abusos se dan en la familia y que menos del 20% de los casos son denunciados. Los malos tratos y sufrimientos infligidos a las personas de más edad seguirán aumentando, más aún con el envejecimiento de la población, en los próximos nueve años la población mayor de 60 años en el mundo superará los 1.200 millones.

INEC (2014). El Instituto en la Ciudad de Quito (2016), ejecutó un estudio en Ambato sobre la Calidad de vida obteniendo un índice de 64, para obtener esta puntuación se evaluó las siguientes subescalas: servicios básicos (67), suelo y vivienda (83), movilidad (47), seguridad (88), ambiente (67), 5 áreas verdes (53), seguridad económica (42), salud (58), educación (76), inclusión (54), bienestar subjetivo (72), cohesión social (67) y ocio (58).

Según los resultados de la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE – (2015) el 30% de adultos mayores carece de ingresos y su sobrevivencia depende de la familia, incorporación en condiciones precarias al mercado laboral, escaso acceso a albergues públicos y privados, o viven en situación de mendicidad; el 27% son analfabetos; situación que se incrementa en las mujeres.

Según el Instituto Nacional de Estadística Censos – INEC (2015) referente a los vínculos matrimoniales en adultos mayores el número de divorcios de este grupo etario creció en un 12,5% del 2016 al 2017, en un informe en el que destacó que los mayores de 65 años se divorcian frecuentemente por mutuo acuerdo. Dicha institución precisó que 141 hombres de esa edad se divorciaron de sus parejas menores de 50 años, la principal causa de divorcio registrada es por mutuo acuerdo, aunque existen otros motivos como el abandono injustificado y adulterio. El índice más alto de rupturas matrimoniales se da en la provincia insular de Galápagos con el 38,2% divorcios por cada 10 000 habitantes, mientras que en la provincia andina de Azuay en 2017 el índice llegó a 12,78%. El Instituto atribuye ese fenómeno a que los hombres mayores permanecen un promedio de 31,7 años en matrimonio, mientras que las mujeres 36,9 años.

INEC (2015) en la publicación de la Encuesta Condiciones de Vida enfocada en estudiar los impactos económicos y las condiciones de vida en que se encuentra inmersa la población ecuatoriana reflejan que el 7,6% son personas mayores de 65 años, y respecto a este grupo etario muestran que del total de población el 14,6% tiene discapacidad y el 85,4% no la tiene; el número de persona con presencia de enfermedades es de 862.616, de estas el 70,9% lleva a cabo el tratamiento y el 29,1% no lo posee; del total de población el 6,6% consume cigarrillos, bebidas alcohólicas y cerveza y por otra parte el 93,6% no ingiere ningún tipo de sustancia; con respecto a nivel de instrucción el 23,3% no tiene ninguno, el 54,5% siguió la primaria, el 15,1% tiene la secundaria y el 7,2% la instrucción superior y por otra parte el porcentaje por pobreza del total el 83,1% no es pobre y el 18,7% si lo es

El Ministerio de Inclusión Económica y Social – MIES (2015) tras la atención a 75 mil adultos mayores de las zonas urbanas y rurales refirió que apenas el 30% de este grupo poblacional cuenta con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas; en el caso de las mujeres mayores de 80 años que cuentan con asistencia para su cuidado, el porcentaje alcanza solo el 36,5% de la población nacional. La desprotección que existe en la población anciana está vinculada al proceso de urbanización y a la progresiva práctica del abandono por parte de la familia que ya no ejerce el rol de cuidado; cabe recalcar que las ventajas que cumple la familia en su rol de cuidadora de ancianos han sido señaladas por tener generalmente como objetivo

mayor seguridad emocional e intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización.

MIES (2017) llevo a cabo una proyección de datos estadísticos en los que refleja que la población del adulto mayor hasta ese año fue de 1 180 944, en este grupo se encuentran las personas mayores de 65 años, de ellos un 57,4% (677 862) vive en situación de pobreza y pobreza extrema, el 14,9% fueron abandonadas y no recibían dinero, alimentos o medicamentos que necesitaban para sostenerse e incluso han pasado largos períodos solos.

1.1.2 Estado del Arte

El presente estudio se refuerza con investigaciones previamente realizadas por otros autores, mencionando a continuación as conclusiones más destacadas:

Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez (2016) realizaron un estudio en México sobre el nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor, con 116 participantes donde el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia en sus actividades diarias y el 19.8% una dependencia leve; sobre el autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6% muy buena capacidad por otra parte la apreciación de la calidad de vida en la dimensión física el 24% se consideran con buena salud y el 56% regular. En conclusión, se encontró una mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; una correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida; así como la calidad de vida y la edad.

Troncoso y Soto (2018) en Chile efectuaron un estudio sobre la Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores, donde participaron 60 voluntarios con los siguientes resultados: más del 70% de los adultos mayores presentaron familias muy funcionales y solo el 3% familias con graves disfunciones; el 45% fueron autovalentes con riesgo y 16.7% con riesgo de dependencia. No se encontró relación entre funcionalidad familiar y salud física; si hay asociación entre funcionalidad familiar, salud psicológica y relaciones interpersonales. En conclusión, aquellos que pertenecen a familias con una mejor dinámica interna, disfrutaban de una mejor calidad de vida.

Medina, Cuaresma, Salvatierra (2019) realizaron un estudio en Perú sobre la relación entre la funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes con una población de 400 participantes como resultado entre las variables muestra que prevaleció la disfunción familiar severa con un 42.3% en el adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2, el 21.4% de adultos mayores con Diabetes tienen buena funcionalidad familiar; sobre las manifestaciones depresivas existe el mínimo leve con un 28.6%, mayor moderado con un 25.5% y el 4.6% de los adultos mayores no presentaron manifestaciones depresivas. En conclusión, arroja una correlación significativa entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas, es decir, a baja funcionalidad familiar mayores manifestaciones depresivas.

Poblete, Castillo, Sandoval, Silva y García (2015) en México en un estudio sobre Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos se evaluaron a 30 adultos mayores que realizan ejercicio físico tres veces a la semana, los resultados demostraron que el 16.6% presenta depresión establecida, el 26.7% depresión leve y el 56.7% está en una categoría normal. El deterioro cognitivo el 86.7% presenta déficit leve y el 13.3% normal. Finalmente, la dimensión de calidad de vida es de 71.21 se califica como óptima. En conclusión, el ejercicio físico sistemático es importante para la mantención de los parámetros de deterioro cognitivo, depresión y autopercepción de la calidad de vida a pesar del envejecimiento.

Dueñas, Bayarre, Triana y Rodríguez (2009) realizaron un estudio en Cuba sobre la calidad de vida percibida en los adultos mayores con una población de 742 adultos mayores con el resultado del 43,3 % con predominio de calidad de vida percibida baja, hubo una diferencia importante en el comportamiento de la calidad de vida y la escolaridad con tendencia a empeorar en medida que se incrementa la edad y disminuye la escolaridad. No existió diferencias por género ni estado civil, en conclusión, predominó la baja calidad de vida sobre esta población.

Herazo, Quintero, Pinillos, García, Núñez, y Suarez (2017) en Colombia realizaron un estudio sobre las diferencias en la calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores que residen en una institución en comparación con aquellos que viven en sus hogares, se evaluaron a 113 adultos mayores institucionalizados y a 132 que viven en su residencia habitual. Resultando que, en las dimensiones de calidad de vida, el funcionamiento físico de los institucionalizados es del 49% y de los no institucionalizados

de 75%; la funcionalidad en las actividades de la vida diaria evidencio mayor promedio que los adultos mayores no institucionalizados. El 88,5% de los institucionalizados y el 77,1% de los no institucionalizados presentaron bajos niveles de actividad física. La variable de condición física arrojó mejores resultados en los adultos mayores no institucionalizados. En conclusión, la condición de institucionalización se relaciona con menores promedios en calidad de vida, funcionalidad y condición física.

Capote, Casamayor, Castañer, Rodríguez, Moret y Peña (2016) en Cuba realizaron un estudio sobre el deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con insuficiencia renal, donde participaron 30 pacientes mayores a 60 años con tratamiento de hemodiálisis, se encontró deterioro cognitivo en el 16,6% de los pacientes y de estos el 80% se relacionó con una calidad de vida considerada como pobre. En conclusión, se encontró una elevada prevalencia de deterioro cognitivo en el grupo de pacientes estudiados los cuales se relacionaron con una pobre calidad de vida.

Quiroz, Quintana, Flores, Castro, García y Rubio (2017) en un estudio realizado en México para analizar el efecto independiente de la soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y vivir solo o con otros como predictores de depresión y calidad de vida en adultos mayores, donde participaron 489 mayores del sur del estado de Sonora de entre 60 y 97 años, quienes completaron la escala ESTE para medir soledad, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el WHOQOL-OLD para medir su calidad de vida. Los resultados indican que son las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y el deterioro en la calidad de vida, así como una mayor edad, la presencia de enfermedades y la ausencia de una pareja.

Zavala y Domínguez (2010) en México realizaron un estudio sobre la depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores donde participaron 100 usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (60 mujeres y 40 varones) entre 60 y 91 años, dando como resultado que el 51 % es funcional, el 35% presenta disfunción moderada y el 14% disfunción grave; los factores asociados a la depresión fueron: escolaridad baja, estado civil no unido y la edad. En conclusión, la frecuencia de la depresión y la disfunción familiar fue elevada en comparación con lo informado por los participantes

Roca (2017) en Ecuador se realizó un estudio sobre la calidad de vida en los adultos mayores intervenidos y no intervenidos con el modelo de atención integral en salud, en el cual participaron 297 adultos mayores donde se obtuvieron los siguientes resultados; en las dimensiones de desempeño emocional 76%, desempeño físico 64.3%, y salud general 58.5%; mientras que los puntajes más bajos fueron en las dimensiones de salud mental 38.8%, función social 46.5%, función física 48.5% y vitalidad 49.6%. No existió diferencia entre los adultos mayores intervenidos y no intervenidos por el modelo de atención integral de salud, observándose con un puntaje promedio de 92.35% de los intervenidos en comparación a los no intervenidos que tuvieron un promedio de 93%. Al evaluarse el puntaje alcanzado según dimensiones se encontró que solo en la dimensión salud mental los intervenidos por el modelo de atención integral tuvieron puntaje significativamente mayor a los no intervenidos. No existió diferencia en las medias de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos en las siete dimensiones restantes. En conclusión, los adultos mayores que recibieron el servicio, así como los que no recibieron mantienen una calidad de vida casi igual en las áreas físico, psíquico y social; lo que demuestra las actividades realizadas hacia la población no están siendo bien ejecutadas ya que no han tenido mayor efecto y es necesario determinar los factores que intervienen.

Cardona, Segura, Muñoz y Agudelo (2019) en Colombia realizaron un estudio para determinar la capacidad predictiva de la felicidad sobre el funcionamiento familiar de adulto mayor con la participación de 1524 personas mayores a 60 años de edad, obteniendo como resultado que las características asociadas al funcionamiento familiar fueron cuidado de residencia, alto nivel educativo, sexo femenino, no padecer trastornos mentales, tener pareja sentimental, percepción de la felicidad, baja vulnerabilidad, sin riesgos de depresión y contar con apoyo social. Las que aportan a su predicción fueron ser mujer, ser feliz, no haber sido maltratado, no ser vulnerable, no tener depresión, tener apoyo instrumental y social. La felicidad es el mayor predictor según el modelo calculado con sensibilidad del 92.6% y especificidad del 40.8%. En conclusión, si se mejora el bienestar subjetivo de adulto mayor se permitirá ver a la vejez con una imagen positiva como facilitador de buenas relaciones familiares e integrante activo de la sociedad.

Sánchez y del Roció (2018) en Perú realizó un estudio sobre el Funcionamiento familiar y maltrato al adulto mayor en el cual participo una población de 60 adultos mayores con el objetivo de identificar el nivel de funcionamiento familiar y medir la presencia de maltrato

al adulto mayor. Obteniendo como resultado una buena función familiar en un 46.7%, disfunción familiar leve en un 35%, disfunción familiar moderada en el 15% y disfunción familiar severa en el 3.3%; por otra parte respecto al maltrato del adulto mayor, existe ausencia de maltrato en un 60%, maltrato leve en un 26.7%, maltrato moderado el 8.3% y maltrato severo en el 5%; los principales agresores de un adulto mayor en una familiar son la pareja, nuera, hijos y yernos, en conclusión existes un relación significativa entre las dos variables.

Cuicapoza y Carmen (2019) en Perú realizaron un estudio sobre la Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes con el objetivo de determinar su relación y una población conformada por 100 personas y se obtuvo como resultado que el 70,94% de los pacientes se afecta su calidad de vida y el 64,4% de las familias tienen un funcionamiento familiar de rango medio y equilibrado y el 35,6% de rango extremo. En conclusión, si existe relación entre la calidad de vida y funcionamiento familiar de os pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Pinkas, Gujski, Humeniuk, Racziewicz, Bejga, Owoc y Bojar (2016) realizaron un estudio sobre el estado de salud y calidad de vida de mujeres de avanzada edad con la participación de 870 mujeres de más de 90 años dando como resultado que el 76% sufría dolor crónico, el 81% tenía problemas geriátricos mayores como hipoacusia, 69% trastornos visuales, el 60% incontinencia urinaria, solo una minoría el 39% habían sufrido calidad, y desmayos, el 17% incontinencia de heces , el 24% un deterioro funcional grave y el 10% deterioro cognitivo. A cerca de la calidad de vida las mujeres de edad avanzada puntuaron positivamente en una escala del 1 al 5 con el 3,3%, las relaciones sociales 3.5% y el medio ambiente 3,2%, por otra parte, los resultados no fueron alentadores en su salud general 2,7%, la salud física 2,7%, y la salud psicológica 2,8%. En conclusión, mientras aumenta el dolor crónico de las mujeres disminuye su calidad de vida.

Machón, Larrañaga, Dorronsoro, Vrotsou y Vergara (2017) en España realizaron una investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud y factores asociados a la funcionalidad independiente de los adultos mayores, la calidad de vida es un indicador de salud en las personas adultas mayores que puede ser afectado por diferentes factores para demostrar esto se realizó un estudio con una muestra de una población de 634 individuos funcionalmente independientes mayores a 65 años de España; se obtuvo como resultados que el 55% eran mujeres y el 46% califico su CVRS como pobre y que existen variables

que se asocian con la pobre CVRS como la presencia de discapacidad, no participar en actividades cognitivamente estimulantes o actividades sociales grupales, bajo nivel de apoyo social y presencia de obstáculos en el entorno familiar cercano. En conclusión, existen muchas variables fuertemente relacionadas CVRS por lo que se debe diseñar programas adecuados con el objetivo de mejorar el envejecimiento y retrasar la dependencia.

Pérez y Martínez (2016) en México realizaron un estudio sobre la Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores con una muestra de 120 adultos mayores de 65 a 89 años, 98 mujeres y 22 hombres, se comparó el estado de salud mental de cada individuo incluida la depresión y su funcionamiento familiar. Dando como resultado que las mujeres presenta mayores síntomas en cuanto a su salud mental y la depresión que los hombres. Sobre el funcionamiento familiar ambos sexos tienen un nivel medio indicando que sus familias cumplen con las funciones asignadas.

Paredes de la Cruz, Rodríguez y Jemileth (2019) en Perú realizaron un estudio sobre la calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores con el objetivo de relacionar ambas variables escogen una población de 120 adultos mayores a través de un muestreo no probabilístico. Los resultados fueron que el 49,2% presentaron calidad de vida regular, el 42,5% calidad de vida mala y el 8,3% calidad de vida buena. Por otra parte, sobre el apoyo familiar el 73,3% refiere se medió, el 16,7% apoyo familiar alto y el 10% apoyo familiar bajo. En conclusión, existe una correlación de 0,037 entre la calidad de vida y el apoyo familiar.

Vargas y Melguizo (2017) en Colombia realizaron un estudio sobre la calidad de vida en adultos mayores donde se trabajó con una población de 107604 adultos mayores y una muestra de 660 personas, se tomó en cuenta la teoría de calidad de vida relacionada a la salud y la edad promedio 71 años con prevalencia del 55,7% sexo femenino, tener pareja estable 62,6%, escolaridad primaria 49,6%, ocupación en el hogar 52,8%. Se evidenció superioridad del apoyo social adecuado 89,5%, no presentar síntomas depresivos con significancia clínica 86,9%, independencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria 60,8%, independencia para realizar actividades básicas 86,3%, percibir salud con buena 51,4%, percibir calidad de vida relacionada con salud como excelente 87,4%. En conclusión, se observó que la calidad de vida se asocia efectivamente cuando se tiene

un apoyo social apropiado y se logra tener independencia de realizar las actividades diarias y negativamente al hecho de trabajar o tener una pensión.

Rojas (2016) en Ecuador realizó un estudio sobre la funcionalidad familiar como indicador del estado actual y pronóstico de los síndromes geriátricos en adultos mayores, se buscaba correlacionar el grado de funcionalidad de sus familias con la presencia de síndromes geriátricos; con una población de 149 adultos mayores se demostró que los adultos mayores tienen una disfuncionalidad del 56% en sus familias, y al valorar individualmente el 51,1% de los adultos mayores con incontinencia tienen disfuncionalidad, el 51% de adultos con iatrogenia, el 46,3% con dismovilidad, el 47,6% con fragilidad y el 38,9% los de caída.

Carrera y Wylman (2019) en Guatemala realizaron un estudio sobre la reacción entre resiliencia y calidad de vida en adultos mayores con una población de 17 personas, las cuales 13 fueron mujeres y 4 hombres que participaron voluntariamente; se utilizó la escala de resiliencia, la escala FUMAT y datos sociodemográficos para recolectar los datos respectivos, obteniendo como resultado de las pruebas estadísticas el grado de relación entre los niveles de resiliencia y la calidad de vida para poder prevenir y abordar con la debida orientación científica.

1.1.3 Fundamentos Teóricos

El siguiente sustento teórico se lo realizó desde el enfoque sistémico, pero ha sido necesario hacer referencia a otros autores de diferentes escuelas ya que son personajes representativos de la psicología.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Familia

Según la O.M.S (2009) la familia son los integrantes de un hogar ligados entre sí, por un lazo sanguíneo, de adopción y matrimonio. El nivel de parentesco escogido para establecer

los límites de la familia depende del uso al que los daos estén destinados, por ende, no se pueden definir con precisión a escala mundial.

Por otro lado, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos publicado por Gonzalo Ramírez (2011) la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado.

Minuchin (2003), cita que la estructura de familia es un conjunto impalpable de demandas funcionales que instauran las formas de interacción recíproca de los sujetos que la conforman. Además, afirmo que la familia compone la parte extracerebral de la mente, ya que en gran medida establece las respuestas del niño y que la vida psicológica no es solamente un proceso interno.

Freud menciona que el ser humano ha tolerado tres golpes en su orgullo personal: el primero conocer que la tierra no es el centro del universo; el segundo la hipótesis de que el hombre desciende de los animales, y el tercero que la mente está determinada por fuerzas inconscientes que el hombre no siempre es capaz de controlar

Haley añade un cuarto golpe a la afirmación de Freud; y es que la conducta humana no solamente está dentro del individuo, sino que la sociedad juega un gran papel en la misma y esencialmente su familia.

Según García (1991), la familia es el principal sistema por excelencia, lo más poderoso a que un individuo pertenece; vivir en familia contribuye el medio más apropiado para la crianza de los hijos, en circunstancias apropiadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y constituye la influencia más temprana y perdurable del proceso de socialización.

Para Thomas (1974), los seres humanos la familia es el encadenamiento natural para crecer y recibir auxilio, con el paso del tiempo se ha definido modelos de interacción como la estructura familiar que al mismo tiempo maneja el funcionamiento de los miembros de la familia y su conducta; ya que la familia debe tener una estructura para poder ejecutar tareas esenciales

Bronfenbrenner (1987), menciona que la familia es el sistema que constituye y conforma en mayor medida el proceso de un individuo desde su concepción. Para Bronfenbrenner el

entorno es lo que trasciende y afecta directamente al desarrollo de la persona. El modelo ecológico nos permite apreciar distintas maneras con las que un individuo se relaciona con su entorno.

Según Bronfenbrenner (1986), Rodrigo y Palacios, (1998) y Papalia y Olds, (1992), la familia es el principal microsistema porque conforma la vida de una persona durante varios años, el exterior juega un papel importante, aunque no participe de manera activa o directa ya que pueden llegar a influir en las relaciones que se dan dentro del microsistema. El mesosistema familiar es un sistema con los que la familia conserva relación y tiene intercambios directos como la escuela, el club deportivo, los vecinos; y en los cuales se reflejan las tensiones familiares en el comportamiento del hijo en los diferentes lugares antes mencionados; que a su vez puede representar una fuente de apoyo o de deterioro personal. El macrosistema, son las ideologías, creencias, valores culturales que da forma a la estructura de las instituciones sociales.

Para Minuchin (1986), Andolfi (1993), Musitu (1994), Rodrigo y Palacios (1998) en la Teoría General Sistémica definen a la familia como un sistema, es decir, la familia son un grupo de personas organizadas e independientes que están en constante interacción, se disciplinan por medio de reglas y por funciones dinámicas entre sí y con el exterior; para el enfoque sistémico la familia se basa no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, sino más bien en el conocimiento de la familia como grupo de identidad propia.

Fishman (1995) La familia es el entorno básico de aprendizaje para las personas, es el origen de las relaciones más duraderas y el primer apoyo social de cada persona, con modelos de relación que se conservan a lo largo de la vida.

O'Connor y McDermott (1998) la familia como sistema se define por la propiedad de totalidad, es decir, el sistema está formado por un grupo de personas las cuales conforman un todo complejo y unitario.

Herrera S. (2007), la conexión entre los integrantes de una familia es muy pequeño que el cambio de uno de sus integrantes incita a la modificación de los otros y esto provoca una transformación de toda la familia. Así, por ejemplo, cuando un miembro de la familia se

encuentra enfermo modifica la vida de su entorno familiar debido a que estos deben cambiar sus hábitos en su vida para cuidar al familiar enfermo.

Imaginar a la familia como un sistema significa que esta forma una unidad e integridad, no podemos simplificarla como la suma de las características de sus miembros, es decir, la familia no es la suma de individualidades, sino un ligado de interacciones. Al hablar de la familia como un sistema, se relaciona con la causalidad de dificultades familiares, los cuales se ven de una forma lineal (causa-efecto) lo que es una visión errónea; debido a que en una familia no existe “culpable”, sino que los problemas son precisamente a las dificultades en la interacción familiar. El funcionamiento familiar se debe ver de una manera circular no lineal.

Tipos de Familia

Minuchin y Fishman (1997) las clasificaron así:

- **Familias de pas de Deux.** - Está integrada por dos personas, esta conformación es propensa a una dependencia recíproca, sucede cuando los hijos se van y los padres atraviesan el nido vacío.
- **Familia de tres generaciones.** - Actualmente este tipo de familia es el más evidente en la sociedad ya que está conformado por los padres o uno de ellos, el hijo y los abuelos; en particular sucede en las madres solteras.
- **Familia con soporte.** - Sucede cuando los padres destinan responsabilidades en el hogar y roles que no les pertenecen, son hijos que con cargas que no les corresponden y por tal motivo corren el riesgo de ser excluidos del subsistema de hermanos y de alianza con el de los padres.
- **Familia acordeón.** - Cuando uno de los progenitores está ausente o lejano y las responsabilidades de protección, cuidado y crianza las adopta totalmente el padre presente; siendo así los hijos tienden a excluir al padre ausente provocando la separación de los mismos y designándoles etiquetas de bueno, malo y abandonado.

Minuchin S. y Fishman (1997), postuló las siguientes clases de familia:

- **Familias cambiantes.** - Es aquella que no cuenta con un domicilio fijo y estable, lo que vendría a afectar a los hijos porque son los que más dificultades presenta a los cambios ya que deben cambiar su círculo social, costumbres y la escolaridad lo que seguramente perturbará en la funcionalidad familiar.
- **Familia huéspedes.** - Son familias que brindan acogida a un nuevo integrante en el hogar y le dan el rol de hijo temporalmente y en ser tiempo le brindan lazos afectivos, hasta que el niño regrese a su hogar de origen.
- **Familias con un fantasma.** - Sucede cuando un miembro de esta familia ha fallecido y el sistema no ha superado el duelo lo que dificulta restablecer roles y responsabilidades que antes las desempeñaba el difunto.
- **Familias descontroladas.** - Se las llama así por la mala comunicación, conflictos, disfunción de límites y existe problemas en cuanto a la jerarquía y control de los miembros.
- **Familia aglutinada.** - La figura materna predomina como autoridad y es quien impone la regla dentro del hogar; el rol paterno pasa a segundo plano. En esta familia no se respeta la individualidad y por lo general no logran adaptarse a los cambios ya que puede existir agresión, entonces prefieren mantenerse de forma rígida.

Valarezo, L. (2003) clasifica a la familia de la siguiente manera:

- **Familia nuclear.** - Está conformada por los padres e hijos, esta puede ser completa o incompleta si falta algún miembro por separación o muerte.
- **Familia extensa.** - Son familias compuestas por las tres generaciones familiares, de ramificaciones horizontales (padres, hijos, nietos, otros). Aquí los papeles de la familia se asignan de acuerdo con la edad de cada uno.
- **Familia compuesta.** - Es una familia extensa, que acoge un o más personas que no vienen a ser pariente.
- **Familia mixta.** - Es una familia de tipo nuclear que incluye personas externas no parentales.
- **Familia de convivencia.** - Son personas que no tienen dependencia de parentesco sanguíneo solo se relacionan por entes económicos o necesidades sociales, culturales o académicas.

Holones

Koestler A. se refiere a un Holón como algo que es a la vez un todo y una parte, es útil en la terapia familiar por un holón es la unidad de intervención de la familia ya que la familia nuclear, la familia extensa, el individuo y la comunidad son un todo y forman parte.

Tipos de Holones

Minuchin. Y Fishman (2004), mencionan los siguientes tipos:

- **Holón individual.** – El individuo incluye el concepto de sí mismo en el contexto, contiene los determinantes personales e históricos. Se dice que es la persona dentro del contexto que al relacionarse con la familia y la sociedad agrega un refuerzo para generar la capacidad de adaptación al cambio.
- **Holón conyugal.** – es la unión de dos adultos con el propósito de formar una familia, comparten propósitos, metas, interés en común que los lleve a complementarse y en cada uno de ellos exista una aceptación mutua de interdependencia. Es la pareja en sí dentro del sistema, su función es establecer límites para resguardar la integridad de la misma creando un ambiente de satisfactorio de necesidades psicológicas. Estas reglas deben ser flexibles para cuando la pareja esta fuera del contexto familiar, así creara un sostén emocional entre ellos y fortificara la relación.

Para Beavers (1992) la pareja instaura el deseo de vida familiar en el cual se establecen normas, roles y objetivos; son quienes en fin es quienes abordan el poder de autoridad.

Cusinato (1992) indica que la relación conyugal es reciprocidad en que las pérdidas o ganancias deben ser asumidas por los dos y su vez de manera independiente lo cual define la armonía.

- **Holón parental.** – se constituye con la llegada de los hijos, en este subsistema los adultos tienen la responsabilidad de cuidar y proteger a los niños; es la relación que existe entre padres e hijos su función es la negociación según la edad de los hijos, cabe mencionar que este holón es importante para el proceso de aprendizaje de los niños ya que se les puede enseñar que es correcto y lo que no es correcto.

- **Holón de los hermanos.** – Los hermanos llegan a ser para el niño el primer grupo de iguales con los que interactuara de manera lúdica, sienten el apoyo entre si y pueden conocer lo que es ser amigos y cómo manejar a los enemigos para un futuro.

Dinámica Familiar

Agudelo (2005) menciona que la dinámica familiar comprende interacciones que se dan en cada uno de los integrantes de la misma que se dan a partir de los roles, reglas, comunicación y afecto entre ellos. Refiere que la comunicación clara es esencial para establecer los límites, roles y jerarquía, debido a que si no son definidos prevalece la falta de comprensión entre los miembros del sistema deteriorando la cohesión familiar.

Sistema Familiar

Minuchin y Watzlawick (1977-1989) indican que un sistema es el acumulo de sujetos que se relacionan entre sí con diferentes particularidades.

Koestler A. (1980) describe que una familia está formada por subsistemas u Holones que demuestra una unidad y a su vez un todo al que le nombra sistema.

Estilos de Familia

Minuchin (1984) menciona:

- **La familia funcional.** - Sucede cuando existe un cumplimiento de los límites y reglas que son flexible y establecida por cada integrante.
- **La familia caótica.** - Se da cuando los límites en la familia no son definidos o permeables.
- **La familia desligada.** - Se evidencia cuando la familia no cumple con las funciones de protección y su comunicación es disfuncional ya que los límites son muy rígidos lo que provoca que exista coalición, alianzas y triangulación.

Minuchin S. (1984) indica:

- **Las alianzas.** - son las cercanías entre integrantes de la familia.
- **Las coaliciones.** - es la unión de dos miembros en contra de alguien de la familia.
- **La triangulación.** - se da cuando existe una coalición de un hijo con su padre en contra del otro progenitor, o sino cuando se utiliza a un hijo para conservar la relación de pareja.

Ciclo de una Familia

Halley y McGoldrick. (1980-1989) puntualizan seis fases:

- **Familias jóvenes emancipadas.** - En esta etapa la persona pasa a formar parte de sociedad adulta y elige una pareja. En esta fase el proceso emocional de cambio se da la aceptación de la separación de la familia de origen.
- **Unión de la familia a través del matrimonio pareja recién instituida.** - En esta fase se realiza una reafirmación de las relaciones con las familias de origen y amigos mediante arreglos incrementando el nivel emocional, el compromiso con el nuevo sistema.
- **Familia con hijos pequeños.** - La llegada de los hijos a una familia hace que la relación de pareja ya no tenga el mismo nivel de satisfacción que al principio y probablemente uno de los dos se sienta excluido del sistema, es por eso por lo que es importante restablecer las normas y roles parentales.
- **La familia con los hijos adolescentes.** - Este periodo debe ser flexible en las normas para poder permitir que los hijos entren y salgan en el sistema así dándoles un espacio de independencia. Aquí los padres deben asumir que los hijos en algún momento deberán irse y tendrán que quedarse solos de nuevo-
- **Emancipación de los hijos.** - Es un transcurso de crisis para los padres ya que se da el síndrome del nido vacío, los hijos salen de su hogar para independizarse y formar su propio núcleo familiar. Aquí los progenitores deben asumir el rol de abuelos y restablecerse como pareja.
- **La familia en las últimas etapas de la vida.** - En esta fase ya se han adaptado al cambio de roles generacionales de abuelos, los padres vienen a disfrutar de su

jubilación y compartir más como pareja. Además, se preparan para la muerte de amigos y familiares cercanos.

Funcionalidad Familiar

McGoldrick y Carter (2003) refiere que el movimiento y cambio en la familia significa el funcionamiento de la misma y es la capacidad del funcionamiento familiar es un transcurso en el que participan el individuo, la familia y la cultura.

Aganto C. (1994), alude que el funcionamiento familiar tiene dos propósitos el interno la salvaguardia de los miembros del sistema y el otro fin externo es la adaptación a la sociedad.

Según Vargas Mendoza y Sánchez Vásquez (2009) habla sobre la funcionalidad familiar como la capacidad de los integrantes de una familia de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Por otro lado, Herrera Santí (1997) hace un análisis del funcionamiento familiar y la importancia de un adecuado estado de salud en el miembro de este sistema presenta varios indicadores para valorar el funcionamiento familiar. La familia como ente social debe desempeñar tres funciones básicas: la función económica, biológica y educativa, este es uno de los indicadores para valorar la funcionalidad familiar, es decir, la familia debe ser capaz de satisfacer necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, procediendo como sistema de apoyo. Así que por tanto los indicadores para medir funcionamiento familiar son los siguientes:

- Desempeño eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).
- Que el sistema familiar permita el progreso de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos,

Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar. Se habla de una familia funcional cuando las labores o roles asignados a cada uno de los miembros están claros y son reconocidos por éstos; cuando existe flexibilidad y entre los miembros de la familia se complementan y cumplen las funciones dispuestas. Aquí se debe analizar la jerarquía que puede darse horizontalmente (mismo poder) o verticalmente (diferentes niveles de jerarquía). Por ejemplo, en la relación conyugal debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre-hijos debe ser vertical.

En la familia debe darse una comunicación coherente, afectiva y clara para que esta permita compartir las diferencias que cada uno tiene. Al hablar de comunicación disfuncional se refiere a los dobles mensajes o a mensajes incongruentes, es decir, lo que expresa verbalmente no es acorde con lo que transmite extra verbalmente.

El sistema familiar este apta para adaptarse a cambios con facilidad, una familia no funciona adecuadamente cuando existe rigidez en la misma ya que la familia y un continuo equilibrio-cambio. En conclusión, al hablar de funcionalidad no es algo estable y fijo, sino más bien es un procedimiento que se debe ajustar constantemente.

Minuchin (2003) menciona sobre el funcionamiento familiar como la capacidad de afrontar los cambios, donde se enseña una serie de suficientes de pautas transaccionales alternativas, la flexibilidad para movilizarse cuando es necesario, asimismo como el responder a cambios internos y externos siendo capaz de transformarse y le permita enfrentar nuevas circunstancias sin perder la continuidad.

Olson (1979), puntualiza que el funcionamiento familiar es la reciprocidad de vínculos afectivos entre las personas que conforman el sistema lo que se denomina cohesión y por medio de esta agiliza la capacidad de efectuar cambios en su estructura con el único objetivo de superar los problemas que se pueden presentar a lo largo de la vida familiar para conseguir la adaptación. Olson determina tres dimensiones para valorar el nivel de funcionalidad familiar la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación.

- **Cohesión.** - Schmidt, Barreyro y Maglio (2010) dicen que es el nivel de vínculos, lazos filiales, el apego o desapego donde se evidencia el tiempo que permanecen juntos sin intervenir en la autonomía de cada uno.
- **Adaptabilidad.** - Schmidt (2010) es la capacidad de resistencia frente a los cambios del sistema, es decir, los cambios en relación con límites, roles.
- **Comunicación.** - Lorente y Martínez (2003) describen que una habilidad para transmitir información de manera clara y precisa. Al haber algún cambio en la comunicación probablemente altere el nivel de cohesión y la adaptación en la familia.

Ortega T. (1999) indica que la funcionalidad familiar es una dinámica interrelacionada que se da por la armonía, cohesión, establecimiento de roles, afectividad, permeabilidad y adaptación. Describe otros tipos:

- **Permeabilidad.** - Capacidad de contribuir con vivencias propias hacia otras familias y aprender de las experiencias.
- **Armonía.** - Es la correspondencia del interés y necesidades de la familia para mantener el equilibrio emocional.
- **Roles.** - Parsons (1956) menciona dos ejes, en primer lugar, el otorgado al hombre que es el proporcionar seguridad, supervivencia, de satisfacer necesidades de la familia más económicas. Y el segundo eje se lo atribuye a la madre ya que ella brinda el afecto.
- **El afecto.** - Gimeno (1999) afirma que el afecto aporta un papel importante en la familia ya que le proporciona seguridad a la pareja y a los hijos.

Disfuncionalidad Familiar

García (1988) cuando se pierde la diferencia de roles que realizan los hijos y los padres es cuando aparece la disfunción en la familia puesto que han perdido el control de la situación.

Se entiende por disfuncionalidad familiar al incumplimiento de varias funciones de la familia como el afecto, cuidado, socialización, reproducción y estatus familiar; continuadamente a la variación que se provoque en ciertos subsistemas familiares será

llamada disfuncional. Es decir, cuando los roles de la familia no están definidos o se encuentran alterados.

Para Minuchin (1986) y Hoffman (1992) muestran que una familia disfuncional tendría algunas o todas estas características.

- Límites confusos, rígidos al interior o al exterior del sistema.
- La jerarquía no se ve compartida con el subsistema padre e hijo.
- Centralidad negativa.
- Las Coaliciones en alguno de los miembros de la familia.

La disfunción familiar viene a ser una variación de perturbaciones en el funcionamiento familiar, es donde se presentan crisis que provoca una interacción negativa.

Tipos de Disfunción Familiar

Minuchin y Halley (1992-1999) relatan:

- **La familia Aglutina.** - Aquí hay una confusión de funciones y roles, no respeta la individualidad de cada miembro, hay una mala comunicación.
- **La familia sobreprotectora.** - Esta familia impide trabajos para los hijos con el objetivo de evitarles algún tipo de sufrimiento, evitan comportamientos con el fin de anticipar el peligro, esto genera en los hijos inseguridad y dependencia limitándoles el desarrollo y habilidades de afrontamiento.
- **La familia rígida.** - No admiten la flexibilidad de normas, límites, valores; familias que por lo general prevalece el autoritarismo esto provoca una mala comunicación.

CALIDAD DE VIDA

Salud

La Organización Mundial de la Salud (1948), define a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social; por otra parte, salud no significa solamente estar libre de una enfermedad.

La OMS (2004), el estado individual y colectivo de calidad de vida y bienestar, es la consecuencia de diferentes situaciones biológicas, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y funcionamiento del sistema de salud; resultado de factores sociales, ambientales biológicos del sistema de salud. Su ejecución precisa la condición de estar y permanecer sano.

Oblitas (2008), menciona que la salud difiere de dos dimensiones; la dimensión física que significa no tener alguna enfermedad o algún síntoma producido por la enfermedad, estar sano es fundamental para tener una calidad de vida. Y la dimensión psicológica que es el discernimiento del individuo de su cognición y su estado afectivo, donde se añaden creencias, religión y significado de la vida.

Asili (2004), la salud para el adulto mayor es la posibilidad de atenderse así mismo sin necesitar ayuda y participar de manera activa en entorno familiar y la sociedad. El simple hecho de que un individuo tenga una limitación para realizar sus actividades diarias la cual le impide su libre funcionalidad significa que afectara su calidad de vida.

Bienestar

Cualidad de tener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles y no solo de su manera de posesión, sin embargo, el bienestar es un estado subjetivo del ser humano ya que cada uno lo puede percibir de distintas maneras.

Ryan y Deci (2001) proponen diferenciar los tipos de bienestar, el primero ligado a la felicidad (bienestar hedónico) y segundo con el desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico). En contraste existen otros autores que han ampliado la clasificación antes mencionada exponiendo que hipotéticamente existe el bienestar subjetivo el cual

representaría a la tradición hedónica y el bienestar psicológico simbolizaría a la tradición eudaimónica.

Díaz (2006) se refiere al bienestar psicológico como un modelo que encierra dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así también como la salud de la persona, autonomía, su crecimiento personal y funcionamiento integral que le permitan enfrentar la vida cotidiana.

Salud mental y calidad de vida

Según la OMS (2009), el ser humano tiene calidad de vida el momento que llega a tener estabilidad física, económica, social, emocional y psíquica; se la debe encontrar en presencia o no de una enfermedad, es importante mencionar que para que una persona tenga salud mental su principal fundamento es el bienestar global del individuo; a inicios del siglo XXI se estable que la calidad de vida es un etapa de homeostasis del ser humano donde se encuentra en equilibrio emocional, físico, mental y afectivo; los cuales impulsan al individuo a desenvolverse adecuadamente en sus habilidades y a promoverlas para que puedan afrontar de la mejor manera situaciones estresantes.

OMS (2004) la falta de estudios o desconocimiento sobre que significa calidad de vida ha llevado a que muchos países en los centros de salud busquen simplemente el bienestar físico de la persona olvidándose lo importante que es el bienestar psicológico y emocional, instituciones de Salud Pública dejan a un lado la Salud Mental sin saber lo fundamental que viene a ser esta en la vida.

Calidad de vida del adulto mayor

Para referirse a calidad de vida en el adulto de vida ha sido conveniente explicar conceptos básicos que abarca este tema.

El ciclo vital del adulto mayor empieza a partir de los 60 – 65 años según varios autores, es la consecuencia de evoluciones, aprendizaje, experiencias que cada persona ha ido almacenando a lo largo de su vida, es una etapa donde los cambios físicos y psicológicos son más notables y la funcionalidad de la persona puede ser limitada. Es una etapa de

reflexión donde se valoran las metas y logros alcanzados, los desaciertos cometidos y el comportamiento.

Erick Erickson (1979) definió a la vejez como una etapa de la vida en la que se desea equilibrar la búsqueda de la integridad del yo con la desesperación, se da inicio a los 65 años y termina con la muerte. La aceptación positiva de la crisis madurativa da paso a una experiencia de integridad, lo que simboliza la aceptación de un ciclo vital y propio. Radica en aceptarse como un individuo único, con sus debilidades y fortalezas, recordar sus experiencias de una manera positiva, asimilando los errores que haya cometido durante la vida, lo que le permitirá enfrentar y adaptarse a nuevas situaciones, conservando su identidad.

Ruiz y Valdiviezo (2002) se refiere al ciclo vital sobre el envejecimiento, adultez y vejez, empezando su redacción con una frase del biólogo Shock “vivir es envejecer” y según la OMS (1999) “el envejecimiento es una de las remotas características que definen y unifican en este mundo lleno de diversidad y constante cambio, estar envejeciendo debe ser motivo de celebración tenga 20, 60 o 10 años”

Por otra parte, el envejecimiento para Leiton y Ordoñez (2003) es un proceso natural continuo irreversible dinámico progresivo, declinante y heterogéneo, donde ocurren cambios físicos, psicosociales, como resultado de la interacción de actores genéticos, sociales, culturales.

Existen varios autores que establecen un envejecimiento primario como un proceso orgánico y un envejecimiento secundario que se relaciona con los aspectos sociales y psicológicos, es así como paradójicamente cada año de vida es un año menos para vivir. Al realizar esta diferenciación sobre el envejecimiento no tiene relación dualista (mente-cuerpo), debido a que existen personas que afirman tener 70 años, pero sentirse como de 50 años.

Por otra parte, Busse (1969) sobre el envejecimiento primario menciona que se caracteriza por cambios innatos del envejecimiento y el secundario son consecuencia de las enfermedades.

Existen dos interrogantes cuando se estudia el envejecimiento desde el punto de vista psicológico: ¿envejecer afecta la manera de comportarse? o ¿el comportamiento afecta la

forma de envejecer? Y es así como a estas preguntas tiene una respuesta afirmativa después de investigaciones según Finley y Delgado (1981) Existen diferentes criterios para sobre la adultez como el contexto socioeconómico, reproductivo y laboral, aunque en lugares de escasos recursos asumen muy tempranamente estos roles considerados adultos.

Birren (2000) La adultez es el periodo donde un individuo tiene más metamorfosis en general, debido a que atraviesan por más ritos de paso (los hijos se van de su hogar, jubilación, divorcio, enviudan) y se dan nuevas posibilidades y factores.

Chaparro y Londoño (2007) se dice que uno envejece de la manera en que ha vivido, es decir, cada persona tiende a afrontar de diferente manera esta etapa dependiendo de su historia personal. Sin embargo, existen ciertas cualidades estudiadas por Erik Erikson sobre este ciclo que para él es la etapa final de la vida. Envejecer es una etapa natural que atraviesa el ser humano y se caracteriza por ser paulatina, definitiva, final, por el declive en su funcionalidad, fuerza y estado físico siendo propenso a enfermedades.

Además, existen diferentes puntos de vista de la calidad de vida en el adulto mayor:

Para Selligman (2005) el ser humano puede desempeñarse en su entorno adecuadamente cuando sus pensamientos son positivos, solamente las personas que han logrado tener una madurez emocional pueden llegar a sentirse cómodas, adaptarse, sentir felicidad con su estado físico y autosuperación por el nivel cognitivo de cada una de ellas. Es importante mencionar que los seres humanos que desarrollaron de manera positiva su inteligencia emocional y cognición son capaces de tener mayor resiliencia ante una dificultad.

Carr (2007) después estudios realizados por un psicólogos y psiquiatras mencionan que las enfermedades mentales son elementos que establecen el estilo y calidad de vida de los seres humanos, por otro lado, al no existir una red de apoyo próxima ayuda a que las personas tengan depresión la cual demuestra una baja calidad de vida.

Martin (1990) la calidad de vida en la etapa adulta es el eje central para definir el bienestar de su entorno y la sociedad. Cabe recalcar que existen varios factores en esta etapa de la vida como el estado civil, su economía, su entorno social, su estado de salud y el factor cultural ya que cada uno de estos favorecerá o perjudicará la vida del adulto mayor.

Martín (1994) el adulto mayor debe participar activamente en su entorno para tener calidad de vida la cual signifique para el algo beneficioso.

Según Vera (2007) la calidad de vida está ligada a la personalidad del ser humano, su bienestar y placidez de la vida que tiene, y se la puede relacionar con múltiples factores como su experiencia, salud, interacción social y ambiental.

Velandia (1994) la calidad de vida del adulto mayor es consecuencia de la intercomunicación de algunas características de la vida humana (alimentación, vivienda, educación, indumentaria); y estas permiten un óptimo estado de bienestar, según el proceso de evolución del envejecimiento, la adaptación a su ambiente biológico y social el cual es diferente para cada ser humano; ya que puede haber alteraciones físicas, psicológicas, psicosociales.

Krzejmen (2001) mantiene que la calidad de vida del adulto mayor se dará cuando este tenga una participación en su círculo social, así esta etapa será vivida plenamente, de lo contrario, será una etapa de declive funcional y aislamiento social.

Eamon O'Shea (2003) sustenta que tener una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y una buena vida significa calidad de vida de un adulto mayor.

Dimensiones de la Calidad de Vida

Según el modelo ecológico de Schalock y Verdugo (2002) las dimensiones de calidad de vida pueden analizarse a través de diferentes indicadores en los cuales se puede intervenir y ser evaluados.

Tabla 1. Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo

Dimensión	Indicadores
Bienestar Emocional	- Seguridad - Espiritualidad - Disminución del

	- Felicidad	estrés
	- Auto concepto	- Satisfacción
Relaciones Interpersonales	- Intimidad	- Afecto
	- Familia	- Interacciones
	- Amistades	- Apoyos
Bienestar Material	- Propiedad	- Comida
	- Seguridad	- Posesiones
	- Estatus socioeconómico	- Protección
Desarrollo Personal	- Educación	- Habilidades
	- Satisfacción	- Competencia personal
	- Actividades significativas	- Progreso
Bienestar Físico	- Salud	- Actividades de la vida diaria
	- Ocio	- Movilidad
	- Seguro médico	- Tiempo libre
	- Cuidados sanitarios	- Nutrición
Autodeterminación	- Autonomía	- Valores personales y metas
	- Decisiones	- Control personal
	- Autodirección	- Elecciones
Inclusión Social	- Aceptación	- Voluntariado
	- Apoyos	- Ambiente laboral
	- Ambiente residencial	- Roles sociales
	- Actividades comunitarias	- Posición social
Derechos	- Derecho a voto	- Juicio justo
		- Derecho a ser

- Accesibilidad	propietario
- Privacidad	- Responsabilidades cívicas

Fuente: Schalock R. L. PhD. “La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales”, Pág. 28.

1.2 Objetivos

General

- Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en los adultos mayores.

Mediante la prueba de correlación R de Pearson se determina que si hay relación entre los niveles de Funcionalidad Familiar y las dimensiones de Calidad de Vida; por lo tanto, cumple la hipótesis alterna y la correlación se la puede denominar fuerte. Ya que el 70% de la población tiene una Familia Funcional en similitud con la Calidad de Vida que 38% y 44% de la población tiene Calidad de vida Muy Buena - Alta respectivamente.

Específicos

- Valorar el nivel de funcionalidad familiar que existe en los adultos mayores.

Mediante la aplicación del Test de Funcionalidad Familiar FF – SIL el cual consta de 14 ítems que evalúan siete dimensiones como armonía, cohesión, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad donde la suma de estos nos dan niveles para categorizar el tipo de funcionalidad familiar que tiene cada persona; en el cual se pudo evidenciar que el 70% del grupo evaluado tienen una familia funcional, el 28% una familia moderadamente funcional, el 2% presentan una familia disfuncional y por último la familia severamente disfuncional que en este estudio no se evidencio.

- Evaluar los niveles de calidad de vida de los adultos mayores.

Con la ayuda del test FUMAT que evalúa la calidad de vida en sus ocho dimensiones (bienestar emocional, relaciones, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos) y de acuerdo al percentil de la suma de las dimensiones se ubica en diferentes niveles, siendo así el 44% de la población tiene una calidad de vida alta, el 38% tienen una calidad de vida muy buena, el 12% una calidad de vida media- buena, el 6% calidad de vida media, finalmente el estudio ningún individuo presentó una calidad de vida baja.

- Identificar de acuerdo con el género diferencias significativas en el nivel de funcionalidad familiar y calidad de vida.

Después de realizar la correlación entre funcionalidad familiar y calidad de vida según el género se aplicó la prueba de U de Mann Whitney verificando que no existe una diferencia significativa entre las puntuaciones, ya que la diferencia de las variables fue de 0.3%; sin embargo, se puede mencionar que la mayoría de la población eran mujeres en un 66% y el 34% eran hombres.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Materiales

2.1.1 Descripción de los materiales utilizados

Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Nombre: Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Autores: Ortega, T., De la Cuesta, D. y Días, C.

Año: 1999

Evalúa: mediante 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptación; los cuales determinan los grados de funcionalidad familiar: funcional, moderadamente funcional, disfuncional, severamente disfuncional.

Ámbito de aplicación:

No. de Ítems: 14

Tiempo: 15 minutos

Aplicación: Individual o Colectiva

Descripción: Consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no en una familia. Perteneciendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el cuestionario.

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

Existen respuestas cualitativas con su respectivo puntaje para cada situación.

- Casi nunca: 1 punto
- Pocas veces: 2 puntos
- A veces: 3 puntos
- Muchas veces: 4 puntos
- Casi siempre: 5 puntos

Para cada una de las 14 situaciones el sujeto debe responder marcando con una X en la situación que se asemeja más a la realidad con su familia.

Calificación e Interpretación: Se debe sumar los puntos del cuestionario y después se determinará en la categoría que se encuentra el Funcionamiento Familiar.

- Familia Funcional: de 70 a 57 puntos.
- Familia Moderadamente Funcional: de 56 a 43 puntos.
- Familia Disfuncional: de 42 a 28 puntos.
- Familia Severamente Disfuncional: de 27 a 14 puntos.

Cómo evalúa diferentes áreas al final de la evaluación se puede observar la predominancia de una de las 7 variables de cuestionario dependiendo la calificación del sujeto.

Confiabilidad: es temporal del 0,93 y el estudio de consistencia interna elevado de 0,85.

Validez: Existe una confiabilidad del test entre 0.67 y 0.94; siendo el único dato aceptable para para este tipo de valides

Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT

Nombre: Escala FUMAT

Autores: Verdugo, M., Gómez, L. y Arias, B.

Año: 2009

Evalúa: Es una evaluación objetiva con el fin de identificar el perfil de la calidad de vida de cada individuo en diferentes áreas (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos.

Ámbito de aplicación: Adultos Mayores (más de 50 años) y personas con discapacidad (a partir de 18 años).

No. de Ítems: 57

Tiempo: 10 minutos

Aplicación: Individual

Descripción: La escala consiente en: lograr datos objetivos relativos a la calidad de vida de los individuos y de las situaciones que intervienen en su funcionamiento; evaluar todos los servicios proporcionados por ejemplo (rehabilitación, atención al usuario, Alzheimer, servicio de orientación gerontológico, consultas externas); y conseguir datos de ellos en relación con las ocho dimensiones de calidad de vida.

Consta de 57 ítems que valoran los diferentes indicadores que forman las ocho dimensiones de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003): Bienestar emocional,

Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. Los ítems se describen en tercera persona, con formato declarativo y se responden con cuatro opciones:

- Nunca o casi Nunca: 1 punto
- A veces: 2 puntos
- Frecuentemente: 3 puntos
- Siempre o casi Siempre: 4 puntos

Una vez terminada la aplicación de la escala y comprobado que no se ha dejado ninguna cuestión en blanco, el informador debió puntuar e interpretar los resultados de las dimensiones de la calidad de vida.

Calificación e Interpretación: Para conseguir el índice de calidad de vida primero se obtiene la puntuación directa total en cada una de las 8 dimensiones sumando las respuestas (1, 2, 3, 4...), después colocamos la puntuación estándar y el percentil correspondiente a la puntuación directa total de cada dimensión. Finalmente se suman las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y este valor después de revisar el cuadernillo según la tabla expuesta en el mismo, el total de la puntuación se convierte en el índice de calidad de vida y su percentil.

El perfil de Calidad de vida de cada individuo, se lo evidenciara gráficamente con las puntuaciones estándar obtenidas en las dimensiones de calidad de vida, se puntuará cada dimensión y se unirá con una línea para el que evaluador observe y de modo fácil pueda discriminar en que área e individuo necesita apoyo.

2.2 Métodos

2.2.1 Nivel y tipo de investigación

La presente investigación es de enfoque cuantitativo debido a que se utiliza datos numéricos que serán tabulados estadísticamente para comprobar la hipótesis; es de tipo correlacional porque se pretende relacionar la variable funcionalidad familiar con la calidad de vida, ambas variables se medirán con test; también es bibliográfica ya que para

el desarrollo del proyecto se utilizaron fuentes bibliográficas-documentales, artículos científicos, libros y revistas; además tiene un corte transversal ya que se aplicó los test una sola vez en un mismo tiempo, las variables fueron medidas a través del test FF-SIL para funcionalidad familiar y la escala FUMAT para calidad de vida enfocado a personas de la tercera edad y finalmente de campo ya que la investigación se la realizo de una manera directa con la población.

2.2.2 Selección del área o ámbito de estudio

Tungurahua

Ambato

Huachi Loreto

Centro Gerontológico “Vida a los Años”

2.2.3 Población

Para la realización de este proyecto de investigación se tomará como universo de estudio a investigar a 50 adultos mayores del Centro Gerontológico “Vida a los Años” de la provincia de Tungurahua del cantón Ambato. Tomando en cuenta que esta población es finita, por lo tanto, se trabajara con todos los integrantes y no se aplica fórmula.

2.2.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de 60 años en adelante.
- Adultos mayores que puedan leer y escribir.
- Ambos sexos hombres y mujeres.
- Adultos mayores que permanezcan y acudan al programa de servicio social del Centro Integral Asistencial, previo conocimiento y firma del consentimiento informado para participar en este estudio.
- Adultos Mayores que hayan formado el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que no se encuentren en el Centro Integral Asistencial.
- Que no estén acorde a la edad.
- Adultos mayores analfabetos.
- Adultos mayores que no firmen el consentimiento informado.

2.2.5 Diseño Maestral

La población es pequeña por lo que se trabajara con todos los adultos mayores de centro gerontológico “Vida a los años” de la provincia de Tungurahua

2.2.6 Operalización de las Variables

Tabla 2. Operalización de la variable de Funcionalidad Familiar

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Instrumentos
Funcionabilidad Familiar	El funcionamiento familiar radica en la capacidad del sistema familiar para efectuar con sus funciones afrontando y superando cada fase del ciclo vital, las crisis por las que cruza, dando lugar a modelos que consientan visualizar la dinámica interna en función del medio en que se desarrolla (Vargas, 2008).	De 70 a 57 Puntos Familia Funcional De 56 a 43 Puntos Familia moderadamente funcional De 42 a 28 Puntos Familia Disfuncional De 27 a 14 Puntos Familia severamente Disfuncional	Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Fuente: Proyecto de Investigación Elaborado por: Vanessa Altamirano

Tabla 3. Operalización de la variable de Calidad de Vida

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Instrumentos
Calidad de Vida	<p>Son las percepciones, aspiraciones, necesidades y las satisfacciones de las personas se refiere al contexto en el cual se desarrolla la persona, es un tema multidisciplinar y se implica en lo físico, psicológico, social, político. (Tonon, 2009).</p>	<p>De acuerdo al Percentil:</p> <p>De 1-40 Calidad de Vida Baja</p> <p>De 41-50 Calidad de Vida Media</p> <p>De 51-60 Calidad de Vida Media-Buena</p> <p>De 61-80 Calidad de Vida Muy Buena</p> <p>De 81-94 Calidad de Vida Alta</p>	FUMAT Escala de Calidad de Vida

Fuente: Proyecto de Investigación Elaborado por: Vanessa Altamirano

2.2.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

- Informar el tema, los objetivos y el procedimiento del proyecto
- Firmar el consentimiento informado
- Verificar los criterios de inclusión y exclusión
- Aplicar los Test
- Calificar los Test
- Tabular los resultados
- Realizar un informe con conclusiones y recomendaciones de los resultados

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Análisis y discusión de los resultados

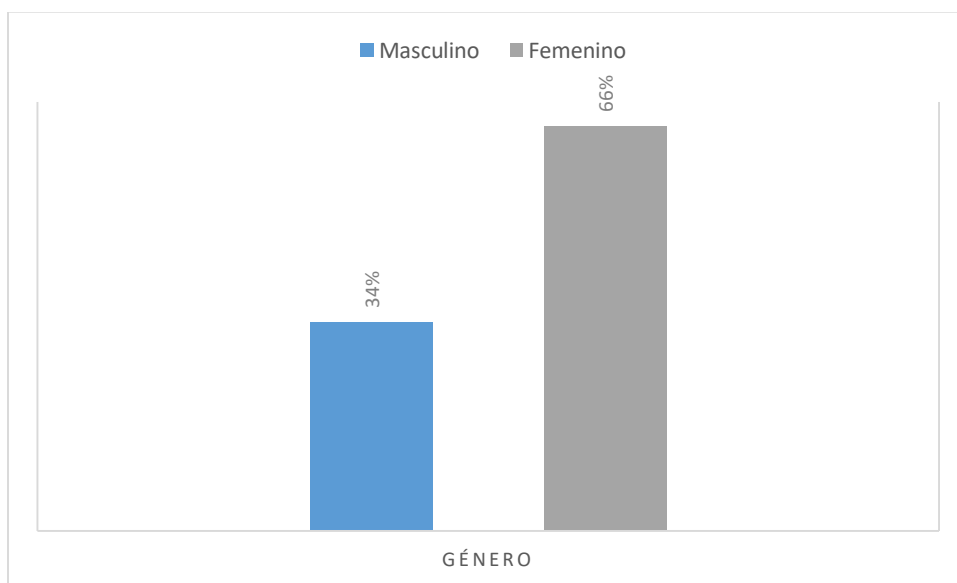
Tabla 4. Distribución de la población según el género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	17	34%
Femenino	33	66%
TOTAL	50	100%

Elaborado por: Altamirano Núñez Vanessa Alexandra

Análisis: Se evaluó a toda la población de la institución donde todos cumplían con los criterios de inclusión; de ellos el 34% fueron hombres que equivale a 17 personas, y el 66% de la población eran mujeres que son 33 personas, cumpliendo así un total de 50 personas evaluadas.

Gráfico 1. Distribución de la población según el género



Elaborado por: Vanessa Altamirano

Discusión: Se presencia una mayor presencia de mujeres entre los evaluados de la investigación, destacando que la mayoría son mujeres que buscan realizar actividades lúdicas y distraerse para no permanecer solas en casa, por el contrario, pocos son los hombres debido a los paradigmas sociales evitan institucionalizarse voluntariamente.

Niveles de Funcionalidad Familiar

Tabla 5. Niveles de Funcionalidad Familiar

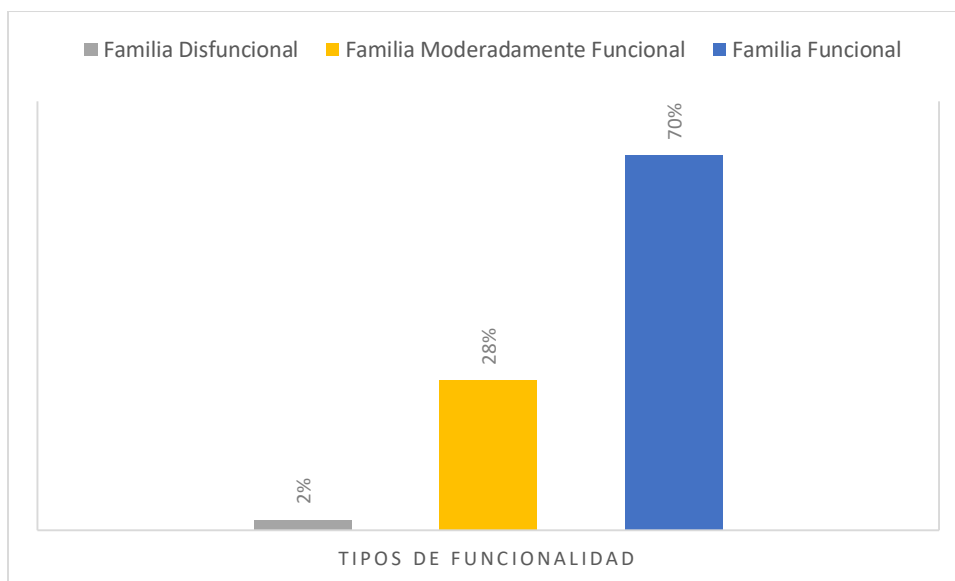
Tipo de Familia	Frecuencia	Porcentaje
Familia Severamente Disfuncional	0	0%
Familia Disfuncional	1	2%
Familia Moderadamente Funcional	14	28%
Familia Funcional	35	70%
TOTAL	50	100%

Nota: Distribución de frecuencias y el porcentaje de la muestra según el funcionamiento Familiar.

Elaborado por: Altamirano Núñez Vanessa Alexandra

Análisis: Se evaluó a una población de 50 personas, del grupo 1 persona que representa el 2% de los participantes presenta un nivel bajo de funcionalidad siendo una familia disfuncional; el 28% de los participantes que equivale a 14 personas tiene un nivel medio o familia moderadamente funcional; mientras que el 70 % que equivale a la mayoría de la población es decir 35 personas tener un nivel alto de funcionalidad siendo una Familia Funcional.

Gráfico 2. Niveles de Funcionalidad Familiar



Elaborado por: Vanessa Altamirano

Discusión: De la población abordada se evidencio en su mayoría a Familias Funcionales, esto podría ser por encontrarse en una institución privada donde la mayoría de los evaluados tienen un nivel económico medio-alto y han sido profesionales, todos se encuentran en dicha institución por voluntad propia y al menos unos de sus hijos están al pendiente de irlos a dejar y traer; por otra parte existe una minoría de la población que representa a familias moderadamente funcionales este grupo de personas por su avanzada edad su salud se ha ido deteriorando lo que provoca un aislamiento en su hogar o en la institución y también problemas con sus hijos al no sentirse comprendidos.

Los resultados obtenidos difieren con la investigación sobre funcionalidad familiar y nivel de autoestima de adultos mayor donde el 60 % de los adultos mayores el cual es muy significativo y similar al estudio presente realizado ya que el adulto mayor no se encuentra satisfecho con su familia por diferentes motivos lo cual no es favorable para su entorno, esto le provoca un desequilibrio emocional y por ende una baja calidad de vida. (García y Liberato, 2014)

Índice de Calidad de Vida

Tabla 6. Índice de Calidad de Vida

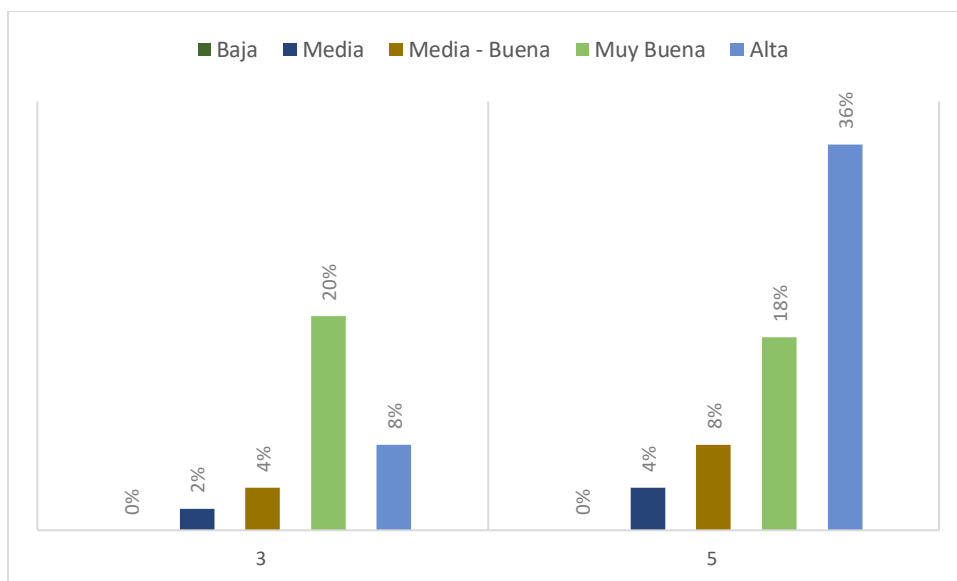
Calidad de Vida	Percentil	Género			
		Hombres		Mujeres	
		N	%	N	%
Baja	1 - 40	0	0%	0	0%
Media	41 - 50	1	2%	2	4%
Media - Buena	51- 60	2	4%	4	8%
Muy Buena	61 - 80	10	20%	9	18%
Alta	81 - 94	4	8%	18	36%
TOTAL		17	34%	33	66%

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Altamirano Núñez Vanessa Alexandra

Análisis: Al establecer el nivel calidad de vida según su percentil y genero se puede evidenciar que 6% de la población presenta Calidad de Vida media de los cuales (2% son hombres y el 4% son mujeres; el 12% tienen Calidad de Vida Media – Buena siendo el 4% hombres y el 8% mujeres; el 38% muestra Calidad de Vida Muy Buena donde el 20% son hombres y el 18% son mujeres; por último y sienta el más sobresaliente el 44% que ostenta una Calidad de Vida Alta en el cual el 36% de la población son mujeres y el 8% son hombres. Respecto al género no existe una diferencia significativa, demostrando así que en su gran mayoría al menos el 72% de la una población de 50 personas tienen Calidad de Vida Muy Buena – Alta.

Gráfico 3. Índice de Calidad de Vida



Elaborado por: Altamirano Núñez Vanessa Alexandra

Discusión: Entre los resultados obtenidos de los participantes se evidencio que la su mayoría presentan Calidad de Vida Alta ya que se al encontrarse en una institución privada cuentan el apoyo familiar, no depende de otra persona para realizar sus actividades cotidianas, tiene bienestar emocional, económico, físico y social; se podría agregar que al encontrarse institucionalizados reciben el apoyo psicológico, médico y terapias física para mejor su salud.

Los datos coinciden con la investigación de la perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género ya la práctica de la actividad físico-recreativa; ya que, en cuanto al género, la depresión geriátrica fue más frecuente en mujeres ($F = 5.86$). La salud fue la principal motivación para hacer actividad física y los principales beneficios para ambos sexos se sintieron más revitalizados, más felices, energizados y aliviando el dolor. En conclusión, la calidad de vida (apoyo social, autonomía, salud mental) tal como la perciben las personas mayores no muestra diferencias en cuanto al género o las razones para hacer ejercicio o los beneficios recibidos, a excepción de la depresión, que es más frecuente en las mujeres. (Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A, 2004).

Correlación de Ambas Variables

Tabla 7. Correlación de Variables

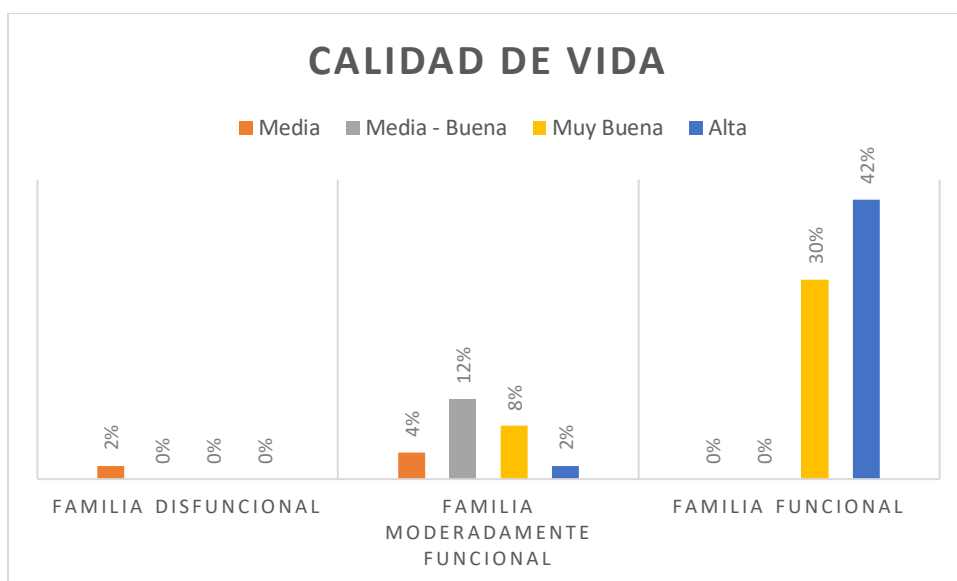
Calidad de Vida	Funcionalidad Familiar			
	Familia Severamente Disfuncional	Familia Disfuncional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Funcional
Baja	0%	0%	0%	0%
Media	0%	2%	4%	0%
Media - Buena	0%	0%	12%	0%
Muy Buena	0%	0%	8%	30%
Alta	0%	0%	2%	42%

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Altamirano Núñez Vanessa Alexandra

Análisis: Al correlacionar ambas variables se puede evidenciar que el 2% de la población tiene una familia Disfuncional y una Calidad de Vida media, el 4% de la población tiene una familia moderadamente funcional y una calidad de vida media, el 12% de la población tiene una familia moderadamente funcional y una calidad de vida media – buena, el 8% tiene una familia moderadamente funcional y una calidad de vida muy buena, el 2% de la población tiene una familia moderadamente funcional y una calidad de vida alta; finalmente el 30% que tienen una familia funcional y una calidad de vida muy buena seguido del 42% de la población tiene una familia funcional y una calidad de vida alta.

Gráfico 4. Correlación de Variables



Elaborado por: Altamirano Núñez Vanessa Alexandra

Discusión: Después de la correlación se puede evidenciar que la mayoría de la población tiene una calidad de vida alta y una familia funcional, y es mínima la población con calidad de vida media y familia disfuncional; es decir existe una correlación significativa.

Esto coincide con la investigación sobre calidad de vida y funcionalidad familiar del adulto mayor ya que en dicha investigación la calidad de vida baja se concentró entre el 23 y el 28%, la disfuncionalidad familiar se asoció con una peor calidad de vida en la salud física (RP 1,8 IC95% 1,094–3,008), relaciones sociales (RP 2,0 IC95% 1,223–3,515) y el entorno (RP 2,8 IC95% 1,632–5,087), a mayor edad, personas sin ocupación, sexo femenino, sin instrucción, sin pareja menor calidad de vida. Los familiares perciben como factores favorecedores de la calidad de vida, la salud, el trabajo, la participación, el afecto y la solidaridad. En conclusión, la calidad de vida está relacionada con la funcionalidad familiar en tres de sus cuatro dimensiones. (Segarra, 2017)

Tabla 8. Rangos de acuerdo al Género

Rangos de acuerdo al Género				
	Genero	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad vida puntaje	Hombre	17	23,21	394,50
	Mujer	33	26,68	880,50
	Total	50		
Funcionalidad familiar	Hombre	17	23,44	398,50
	Mujer	33	26,56	876,50
	Total	50		

Elaborado por: Altamirano Núñez Vanessa Alexandra

Tabla 9. Estadística de contraste de acuerdo al género

Estadísticos de contraste		
	Calidad vida puntaje	Funcionalidad familiar
U de Mann-Whitney	241,500	245,500
W de Wilcoxon	394,500	398,500
Z	-,803	-,918
Sig. asintót. (bilateral)	,422	,359
Sig. exacta (bilateral)	,429	,406
Sig. exacta (unilateral)	,215	,203
Probabilidad en el punto	,003	,079
a. Variable de agrupación: Genero		

Elaborado por: Altamirano Núñez Vanessa Alexandra

Análisis: Debido a que la distribución de las puntuaciones no era normal se aplicó la prueba U de Mann Whitney encontrando que no existen diferencias significativas en las puntuaciones de Calidad de vida por genero 1 RM= 23,21 y 1RM = 26,68, U=241,5 $p>0,05$ y Funcionalidad Familiar por genero 1RM= 23,44 y 2RM, 26,56, U=245,5, $p>0,05$

3.2 Verificación de Hipótesis

Tabla 10. Verificación de Hipótesis

Correlaciones			
		Funcionalidad familiar	Calidad de vida puntaje
Funcionalidad familiar	Correlación de Pearson	1	,749**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	50	50
Calidad de vida puntaje	Correlación de Pearson	,749**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	50	50
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			

Se aplicó la prueba de correlación R de Pearson encontrando que si existe relación entre el nivel de funcionalidad familiar y las puntuaciones de calidad de vida ($R=0,748$, $N=50$, $p<0,01$), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna pues si existe relación entre las dos variables.

Hipótesis Alterna

La funcionalidad familiar se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores.

Hipótesis Nula

La funcionalidad familiar no se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Se concluye que existe relación entre las variables Funcionalidad Familiar y Calidad de Vida en los adultos mayores verificando la hipótesis alterna, después de aplicar la prueba de correlación R de Pearson ($R=0,748$, $N=50$, $p<0,01$). Se puede observar que existe un 74% de correlación y cumpliendo con el primer objetivo general planteado.
- Existe el predominio del 70% de Familias funcionales seguida del 28% de familias moderadamente funcionales y un 2% de familias disfuncionales en los adultos mayores institucionalizados en el Centro Gerontológico “Vida a los años”, existe esta superioridad ya que al ser un centro de atención privado diurno no existe el abandono de la familia estando pendientes de ellos constantemente, su nivel económico es bueno, en su mayoría son personas con nivel escolar superior y son jubilados lo que provoca que sigan participando activamente en la sociedad y su familia.
- De acuerdo con la Escala FUMAT 44% de los adultos mayores presentan una Calidad de vida alta o excelente seguida de una calidad de vida muy buena con el 38% lo que significa que la mayoría de los abuelitos de esta institución se sienten satisfechos con su vida actual, felices, tienen el afecto de su familia y amigos siendo constantemente apoyados, pueden aun desenvolverse solos, se siente incluidos y aceptados en la sociedad ya el compartir en el centro gerontológico les sirve de ayuda y distracción estableciendo nuevas relaciones de amistad; el 12% y 6% de la población tuvieron una calidad de vida media buena y media respectivamente.
- Con respecto al género no existe una diferencia significativa en cuanto a esta índole, ya que entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida la variación fue de 0,3% después de aplicar la prueba de U de Mann Whitney. A pesar de existir

más mujeres que hombres en la institución no hubo significancia, es decir, tanto hombres como mujeres tienen igual calidad de vida y funcionalidad familiar.

- La funcionalidad de adulto mayor si va ligada a la calidad de vida ya que se establece que si un anciano tiene una familia funcional, se siente amado, escuchado por su familia podría transmitir eso a su entorno. En su mayoría los longevos tratan de ser independientes, buscan y realizan actividades para continuar manteniendo sus funciones cognitivas, y una de la principal causa de tener una familia disfuncional es la falta de comunicación y no sentirse útil en su hogar esto provoca un aislamiento social, un declive en sus emociones y pérdida de su autodeterminación.

4.2 Recomendaciones

- Educar a la población aún joven para que estos resultados sigan siendo positivos, ya que muchas de las personas no tienen claro el concepto de calidad de vida y el papel importante que juega la familia para tener una vida plena, esto se podría realizar con campañas que ilustren lo eficaz que resultaría dar una atención integral en todas sus esferas a los seres humanos.
- Fomentar la intervención de la familia con los adultos mayores, ya que ellos buscan atención, ser escuchados y aportar participando activamente en tareas familiares y sociales, manteniendo la unión familiar y el respeto mutuo. Mantener la inclusión de los adultos mayores en la familia, realizar talleres dinámicos dirigidos a sus capacidades y habilidades para que así vayan fortaleciendo su capacidad cognitiva y autocuidado donde su familia se vea involucrada mediante reuniones grupales que endurezcan el vínculo afectivo y con la sociedad.
- Actualmente los adultos mayores se han convertido en una población que va creciendo con rapidez por tal motivo se debería prestar mayor atención en su calidad de vida ya que al tener varias dimensiones, es fundamental en estos años cuidar la salud física porque esta beneficiara emocionalmente al individuo, fortalecerá su motivación y niveles de energía.

- A pesar de que la experiencia de envejecer es diferente para hombres y mujeres por el contexto sociocultural, debemos cambiar esta visión e iniciar proyectos que promuevan los valores igualitarios y reconozcan el papel importante de los géneros.
- Realizar más estudios de estas variables en los centro de salud gratuitos o en un asilo de ansianos con el fin de demostrar que la familia juega un papel muy importante en la vida de una persona y sobre todo en la vida de los adultos mayores ya que por su avanzada edad pasan a ser una población expuesta a problemas físicos emocionales y sociales; ya muchas veces no cuentan con una familia y esto provocara que los profesionales de la salud se capaciten y sepan cómo intervenir pudiendo así resguardar y promover la calidad de vida los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Bernal, J. G., & de la Fuente Anuncibay, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 7(1), 121-130.
- Chaparro, O., Mauricio, J., & Londoño, I. (2007). Ciclo vital individual: vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Julio-Septiembre*, (3), 1072-1084.
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14, 21-34.
- Estremero, J., & Bianchi, X. G. (2003). Familia y ciclo vital familiar. *Manual para la salud de la mujer*, 19, 19-21.
- Minuchin, S., Fishman, H. C., & Etcheverry, J. L. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Pillcorema Ludizaca, B. E. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites* (Bachelor's thesis).
- Thomas, L. (1974). *The lives of a cell. Notes of a biology watcher*, New York (The Viking Press) 1974.
- Torres Rojas, V. E. (2016). *Funcionalidad familiar como indicador del estado actual y el pronóstico de los síndromes geriátricos en adultos mayores* (Master's thesis, Universidad del Azuay).
- Troncoso Pantoja, C., & Soto-López, N. (2018). Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horizonte Médico*, 18(1), 23-28.

Varela Pinedo, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor.

Velandia A. (1994) Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. p. 300.

Vera, M. (2007, September). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 68, No. 3, pp. 284-290). UNMSM. Facultad de Medicina.

Verdugo Alonso, M. Á., Gómez Sánchez, L. E., & Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Salamanca, España).

LINKOGRAFÍA

Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Gustavo Alcántara Moreno. *Sapiens*, 9(1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

Carrasco, A. E. R., García-Mas, A., & Brustad, R. J. (2009). Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 335-347. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2009-13210-011>

Carrera, A. L., Aguilar, G., & Wylman, D. (2019). *Relación entre resiliencia y calidad de vida en adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar pertenecientes a la Parroquia Medalla Milagrosa, Colonia La Verbena, zona 7* (Doctoral dissertation, Universidad de San Carlos de Guatemala). Recuperado de: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/12016/>

Censos, E. I. (2011). Encuesta nacional de relaciones Familiares y Violencia. Recuperado de: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/sitio_violencia/presentacion.pdf

- Cuicapoza, P., & Carmen, E. (2019). Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. del Hospital Belén de Trujillo, 2018. Recuperado de: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/13039>
- García M, Liberato J. funcionamiento familiar y nivel de autoestima de adulto mayor hipertenso [tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería], Trujillo-Perú; Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/925>
- García, J. M. S. (1991). Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61-67. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/7d9f/5b0215e9614f440352afb22eeb4cc09e5c05.pdf>
- Herazo-Beltrán, Y., Quintero-Cruz, M. V., Pinillos-Patiño, Y., García-Puello, F., Núñez-Bravo, N., & Suarez-Palacio, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Recuperado de: <http://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/2454>
- Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos -Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300159
- Machón, M., Larrañaga, I., Dorronsoro, M., Vrotsou, K., & Vergara, I. (2017). Health-related quality of life and associated factors in functionally independent older people. *BMC geriatrics*, 17(1), 19. Recuperado de: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0410-3>
- Medina Moreano, A. E., Cuaresma Casa, S. P., & Salvatierra Vega, S. E. (2019). Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes-Programa de Diabetes en un hospital del MINSA, junio-agosto 2018. Recuperado de: <http://190.116.48.43/handle/upch/5566>

- Molina Contreras, C. D. S., Bahsas, F., & del Pilar Hernández, M. (2009). Funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes diabeticos amputados. *MedULA*, 18(1), 8+. Recuperado de: <http://bdigital.ula.ve/storage/pdf/mdula/v18n1/articulo2.pdf>
- Paredes de la Cruz, I. E., Rodríguez, P., & Jemileth, B. (2019). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho-Chosica, 2018. Recuperado de: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1776>
- Pinkas, J., Gujski, M., Humeniuk, E., Racziewicz, D., Bejga, P., Owoc, A., y Bojar, I. (2016). Estado de salud y calidad de vida de las mujeres en edad avanzada. *Monitor de ciencias médicas: revista médica internacional de investigación experimental y clínica*, 22, 3095. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1805/180522556003.pdf>
- Poblete-Valderrama, F., Castillo, C. M., Sandoval, E. D., Silva, P. V., & García, M. A. (2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Ciencias de la Actividad Física*, 16(2), 71-77. Recuperado de: <http://revistacaf.ucm.cl/article/view/80>
- Quiroz, C. O. A., Quintana, J. T., Flores, R. G., Castro, S. B. E., García, J. J. V., & Rubio, L. R. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179-188. Recuperado de: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535>
- Roca, M., & Narcisa, B. (2017). Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas–Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6561>
- Sánchez, C., & del Rocío, M. (2018). Funcionamiento familiar y maltrato al adulto mayor que acude al centro del adulto mayor de santa cruz de cajamarca, 2017. Recuperado de: <http://200.62.226.186/handle/upaorep/3737>
- Zavala-González, M. A., & Domínguez-Sosa, G. (2010). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*, 2(1),

https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

REDALYC: Carrasco, A. E. R., Campbel, R. Z., García-Mas, A., Brustad, R. J., Quiroz, R. G., & López, A. L. (2010). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición. *Revista de psicología del deporte*, 19(1), 117-133. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/2351/235116414008.pdf>

SCIELO: Capote Leyva, E., Casamayor Laime, Z., Castañer Moreno, J., Rodríguez Apolinario, N., Moret Hernández, Y., & Peña Ruiz, R. (2016). Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 45(3), 354-364. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000300010

REDALYC: Córdoba, A. M. C., Jaimes, L. O. F., & Restrepo, M. M. L. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31), 407-428. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587018.pdf>

REDALYC: Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., Muñoz-Rodríguez, D. I., & Agudelo-Cifuentes, M. C. (2019). La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 97- 111. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3091/309159610009/309159610009.pdf>

REDALYC: Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>

SCIELO: Dueñas González, D., Bayarre Vea, H. D., Triana Álvarez, E., & Rodríguez Pérez, V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista cubana de medicina general integral*, 25(2), 0-0. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002

REDALYC: García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I., & Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(22), 91-110. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645449006.pdf>

SCIELO: Ortega, T., De la Cuesta, D. and Días, C. (1999) Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev. Cubana Enfermer*, 15(3), 164-168. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03191999000300005

REDALYC: Pérez, B. E., & Martínez, A. O. R. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 38-46. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133947583005.pdf>

REDALYC: Ruiz, E. D., & Valdivieso, C. U. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 1(1), 17-27. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>

SCIENCEDIRECT: Saavedra-González, A. G., García-de León, Á., Duarte-Ortuño, A., Bello-Hernández, Y. E., & Infante-Sandoval, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*, 23(1), 24-28. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>

SCIELO: Vargas-Ricardo, S. R., & Melguizo-Herrera, E. (2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19, 549-554. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n4/549-554/>

SCIELO: Vissupe, C., Domingas, M., Angulo Gallo, L., Guerra Morales, V. M., Louro Bernal, I., & Martínez González, E. (2016). Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-10. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400005

ANEXOS

Anexo 1:

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA



Yo, _____ con Cédula de Identidad-
_____ autorizo a la Sta. Vanessa Alexandra Altamirano Núñez hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema **“Funcionalidad familiar y calidad de vida de los adultos mayores de Centro Gerontológico “Vida a los años”**.

El objetivo de este documento es darle a conocer que:

La participación en esta investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o abandonar el estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para posteriores investigaciones.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza total discreción y confidencialidad en la información obtenida.

Gracias por su participación

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo II

Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar. FF-SIL

Nombre: _____ **Fecha de Aplicación:** _____

Sexo: Femenino () Masculino () **Edad:** _____

Instrucciones: En el cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL). A continuación, se les presenta una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Se necesita que Ud. puntúe su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

No.	Situaciones	1	2	3	4	5
1	Se toma decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi familia cada una cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					

8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9	Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son representados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
TOTAL						

Anexo III

Escala FUMAT

Nombre: _____ **Fecha de Aplicación:** _____

Sexo: Femenino () Masculino () **Edad:** _____

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a su calidad de vida. Por favor, marque la opción de respuesta que mejor le describa y no deje ninguna cuestión en blanco. Gracias por su colaboración.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e	1	2	3	4

	inseguridad				
Puntuación Total:					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para usted	4	3	2	1
Puntuación Total:					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario o pensión	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que	4	3	2	1

	necesita				
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
Puntuación Total:					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	3	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
Puntuación Total:					

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la	4	3	2	1

	calle				
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
Puntuación Total:					

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
Puntuación Total:					

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	4

47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
Puntuación Total:					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
Puntuación Total:					

Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
<i>Bienestar Emocional</i>			
<i>Relaciones Interpersonales</i>			
<i>Bienestar Material</i>			
<i>Desarrollo Personal</i>			
<i>Bienestar Físico</i>			
<i>Autoderminación</i>			
<i>Inclusión Económica</i>			
<i>Derechos</i>			
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de Vida			

Perfil de Calidad de Vida

Rodea la puntuación estándar de cada dimensión y del índice de Calidad de Vida

Después una los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16 -20	16 -20	16 -20	16 -20	16 -20	16 -20	16 -20	16 -20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118 – 122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115 – 117	85
80									112 – 114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110 – 111	75
70									107 – 109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105 – 106	65
60									103 – 104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99 - 101	50
45									98	45
40									95 – 97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92 – 93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90 -91	25
20									87 – 89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83 – 86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78 – 82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71 - 77	5
1	1 -4	1 -4	1 -4	1 -4	1 -4	1 -4	1 -4	1 -4	<71	1

