

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES  
DE LOS CENTROS DE VIDA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA**

**INVESTIGADOR (ES):**

**ACUÑA RODRÍGUEZ ILIA  
BARRIOS SOTO YENIFER  
MARTÍNEZ PARRA NURIS  
TABORDA PEREIRA ESTHER  
VARGAS VERBEL GUILLERMINA**

**Trabajo para optar al título de enfermera (o).**

**ASESOR  
ADRIANO DÍAZ GÓMEZ  
MAGISTER EN ENFERMERÍA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CARTAGENA D. T Y C.  
2015**

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES  
DE LOS CENTROS DE VIDA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA**

**INVESTIGADOR (ES):  
ACUÑA RODRÍGUEZ ILIA  
BARRIOS SOTO YENIFER  
MARTÍNEZ PARRA NURIS  
TABORDA PEREIRA ESTHER  
VARGAS VERBEL GUILLERMINA**

**Trabajo para optar al título de enfermera (o).**

**ASESOR  
ADRIANO DÍAZ GÓMEZ  
MAGISTER EN ENFERMERÍA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CARTAGENA D. T Y C.  
2015**

*Para todas aquellas personas que ayudaron de forma directa e indirecta a la finalización exitosa de este proyecto de investigación*

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Paginas</b>
Lista de tablas.....	6
Lista de anexos.....	7
1. Resumen del proyecto.....	8
2. Abstract.....	9
3. Descripción del problema.....	10
3.1 Planteamiento del problema.....	10
3.2 Justificación.....	15
3.3 Objetivos.....	16
3.3.1 Objetivo general.....	16
3.3.2 Objetivos específicos.....	16
4. Marco teórico.....	18
4.1 Familia y vejez o adultez mayor.....	18
4.2 Funcionalidad familiar.....	20
5. Metodología.....	22
5.1 Tipo de estudio.....	22
5.2 Población.....	22
5.3 Muestra.....	23
5.4 Muestreo.....	24
5.5 Criterios de inclusión.....	24
5.6 Criterios de exclusión.....	24
5.7 Instrumentos.....	24
6.8 Procedimiento.....	26
6. Aspectos éticos éticas.....	27
7. Resultados.....	28
8. Discusión.....	30
9. Conclusiones.....	33
10. Recomendaciones.....	34

11. Agradecimientos.....	35
Referencias bibliográficas.	
Anexos.	

## LISTA DE TABLAS

	<b>Página</b>
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de los encuestados.....	48
<b>Tabla 2.</b> Características familiar de los encuestados.....	49
<b>Tabla 3.</b> Descripción de los componentes o dimensiones del APGAR familiar de los encuestados.....	50
<b>Tabla 4.</b> Percepción de la funcionalidad familiar de los encuestados.....	51

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Página.</b>
<b>Anexo 1.</b> Encuesta Socio-demográfica.....	42
<b>Anexo 2.</b> Cuestionario de PFEIFFER (SPMSQ).....	43
<b>Anexo 3.</b> APGAR familiar.....	44
<b>Anexo 4.</b> Distribución por proporciones.....	45
<b>Anexo 5.</b> Consentimiento informado .....	47
<b>Anexo 6.</b> Tablas.....	48

## 1. RESUMEN DEL PROYECTO

**Introducción:** En las últimas décadas la población de adultos mayores presentó un aumento, por lo que investigar sobre este grupo poblacional en sus diferentes ámbitos de convivencia se constituyó en un reto para los profesionales de enfermería.

**Objetivo:** Determinar la percepción de la funcionalidad familiar de los adultos mayores usuarios de los centros de vida de la ciudad de Cartagena, Colombia.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y enfoque transversal, una muestra de 898 adultos mayores de los 24 centros de vida de la ciudad de Cartagena. Se utilizó el Test de Valoración Mental (PFEIFFER) con el fin de evaluar el funcionamiento cognitivo de la persona, se recolecta los datos mediante una ficha socio-demográfica y la escala de APGAR familiar la cual valoró la percepción de la funcionalidad familiar mediante cinco dimensiones y para el análisis estadístico se empleó el software SPSS 12,0R

**Resultado:** participaron 898 adultos mayores de los cuales el 54,6% es femenino y el 45,4% fue masculino, la edad promedio fue de 79 años, en escolaridad el 52,1% no término la primaria, el 70,6% procede del área rural. El 77.5% percibió una buena funcionalidad, el 13.7% disfuncionalidad moderada y el 8.8% disfuncionalidad severa.

**Conclusión:** la mayoría de los adultos mayores percibieron una buena funcionalidad en su familia no obstante se evidenció un número de disfuncionalidad familiar bastante significativa lo cual es un hallazgo de gran importancia para el profesional de enfermería porque permite establecer programas que mejoren la funcionalidad familiar.

**Palabras claves:** Percepción, familia, adulto mayor, adaptabilidad, afecto, (Fuente: DeCs)

## 2. ABSTRACT

**Introduction:** In recent decades, the population of older adults showed an increase, so research on this population group in different areas of cohabitation became a challenge for nurses.

**Objective:** To determine the perception of family functionality of older adult users of the centers of life in the city of Cartagena, Colombia.

**Methodology:** Quantitative, descriptive and transversal approach study, a sample of 898 adults over 24 centers of life of the city of Cartagena. Mental Test Rating (PFEIFFER) was performed to determine participation in the study, data was collected through a socio-demographic profile and family APGAR scale which value the perception of family functioning in five dimensions and by last for statistical analysis software SPSS was used 12,0R

**Result:** 898 seniors participated of which 54.6% is female and 45.4% were male, the mean age was 79 years, 52.1% school do not finish primary school, 70.6% belonged to rural areas. 77.5% perceived good functionality, 13.7% moderate dysfunction and 8.8% severe dysfunction.

**Conclusions:** Most older adults perceived good functionality in your family nonetheless a fairly significant number of family dysfunction which is a finding of great importance to the nurse that allows for programs that improve family functioning was evident.

**Keywords:** Perception, family, elderly, adaptability, affection, (Source: DeCs)

### **3. ESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.**

#### **3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

“El proceso de envejecimiento depende, en cada persona, de su desarrollo a lo largo de todo su ciclo vital”. La vejez, es la coronación de los escalones de la vida. En ella se recogen los frutos de lo aprendido y de lo experimentado, de lo realizado y conseguido, de lo sufrido y soportado. (1) Es un proceso normal relacionado con el paso del tiempo se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Resultado de la interrelación muy compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas de 60 a 70 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta personas de la tercera edad, adulto mayor o, persona mayor. (1)

El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 65 años, aumentó en el siglo XX, de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1.200 millones de adulto mayor. Se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo. Gracias al aumento en la esperanza de vida se ha dado un notable crecimiento de esta población. (2)

Para el caso de Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de Profamilia 2010, los mayores de 65 años representan un 7%, porcentaje similar al de las últimas proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el mismo año que fue de 6.7%. De acuerdo con esta última proyección, en Colombia el total de los adultos mayores es de 3 millones, de los cuales el sexo femenino representa un porcentaje significativo frente al sexo masculino, con el 54,2% y el 45,8% respectivamente. En la zona urbana hay un mayor porcentaje de mujeres que hombres de la tercera edad, en tanto que hay más hombres que mujeres en la zona rural. Entre las ciudades y departamentos que más crecimiento porcentual tendrán para ese año están: Bogotá, con un 55%; Atlántico, con un 43,2%; Antioquia, con un 42,2% y Córdoba, con un 38,8%. Los datos que arrojó el departamento de Bolívar en esta encuesta fueron: hombre (41.9%), mujeres (58.1%); residentes en zona urbana (67.0%), residentes en zona rural (33.0%); jefes de hogar (si: 57.1% y no: 42.9) para un total de 448 adultos mayores encuestados (3).

La etapa de adulto mayor es considerada como un periodo en el que la persona experimenta numerosos cambios, que si bien dependen del estilo de vida, y del sistema social y familiar, influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento. En algunos contextos esta se ha asociado a la pérdida constante de capacidades (principalmente relacionadas con el aspecto físico); en estos casos, los estereotipos de la cultura occidental frente al envejecimiento han llevado a que las personas experimenten cierto temor frente a la llegada de esta etapa de desarrollo, que puede llevar incluso hasta el aislamiento social. De esta manera se resalta la importancia de la existencia de los sistemas de apoyo social, familiar y de la salud. (4)

Lo anterior en muchos casos producto de la disminución progresiva del funcionamiento biológico, que lleva a que el adulto mayor experimente transformaciones que pueden llevar a la pérdida de la autonomía, que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en un impacto familiar y social. (4) Cada uno interpreta las situaciones cotidianas de distinta forma según el papel que interpretan dentro de la sociedad, estas situaciones o influencias ambientales abarcan los campos de empleo, hogar, relaciones y, si alguna de éstas no es satisfactoria, hará que la persona se frustre y llegue a caer en depresión; si estas esperanzas, aspiraciones y expectativas se ven defraudadas constantemente el sujeto corre “gran peligro”. (5)

La percepción del envejecimiento está influida por el apoyo social, la salud, la espiritualidad; con respecto al bienestar, la mayoría está conforme con sus logros y éxitos y con los recursos con los cuales cuenta; prevalecen en ellos las percepciones positivas (6). Al respecto conviene decir que con el paso del tiempo en los sistemas y aparatos que componen el organismo se producen una serie de modificaciones, que afectan tanto a la estructura como a la función corporal. La vida del adulto mayor debe ser analizada en las múltiples facetas que la componen: esfera biológica, psicológica y social, sin fragmentar esta unidad, puesto que cualquiera de ellas que se omita, impedirá que se consolide la integración del adulto mayor al seno de su familia y comunidad, teniendo en cuenta que el envejecimiento se percibe como un proceso de carácter multidimensional, según lo informado por Alonso (7), en un estudio realizado en Barranquilla Colombia.

Durante esta etapa los sentimientos predominantes son la decadencia física y el sentimiento de inutilidad, así como el de soledad especialmente cuando muere el cónyuge. (8) Y es aquí donde juega un papel importante la familia ya que estos sentimientos de soledad y tristeza se pueden contrarrestar, permitiendo que este se sienta importante, fundamental para la convivencia, ficha clave para la orientación y guía de la familia. De esta forma estos sentimientos de depresión pasaran a un segundo plano siempre y cuando el adulto mayor

perciba de sus miembros el afecto, la aceptación y el amor por parte de hijos y demás familiares.

Por otro lado en cuanto la economía y situación laboral se interpreta como el fin de la vida productiva, después de los 35 años es difícil encontrar empleo, las oportunidades son pocas. La situación política, económica y social del país, la guerrilla, los paramilitares, el narcotráfico, los desplazamientos forzados la disminución del empleo, los diferentes regímenes de pensión, el aumento de mujeres cabeza de familia y el aumento cada vez mayor de la pobreza y la miseria son causas rotundas para llegar a una vejez precaria. (9)

En contraste con lo anterior, la familia se constituye en el pilar fundamental para el adulto mayor su rol frente a este sería: función cuidadora y, apoyo económico, apoyo emocional Esta constituye una auténtica escuela de relaciones intergeneracionales. El valor del adulto mayor se basa en la complementariedad respecto a la figura de los padres. De hecho los abuelos o adulto mayor constituyen la parte agradable de la educación de los nietos junto a la imagen de la tradición y de metáfora de la vida. (2)

La familia ocupa un lugar fundamental en la formación de motivos y comportamientos implicados en la salud y protección, en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad, en las decisiones sobre el uso de servicios profesionales y constituye la red de apoyo más potente y eficaz en el ajuste a la vida social y muy en especial ante los procesos de salud, enfermedad y muerte. (2)

Esta Cumple una importante función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. En referencia a su rol determinante para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se plantea que: es la que proporciona los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros y un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos y donde se profundizan los lazos de solidaridad, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y sistemas normativos, sus mayores expresiones de bienestar físico y psíquico en la vejez se encontraron siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia. (4)

La velocidad de los cambios en el conocimiento y la tecnología han permitido el fenómeno, que se ha denominado de la transmisión inversa del conocimiento (transmisión de hijos a padres), que lejos de ser negativo, permite al adulto mayor amortiguar los impactos que dichos cambios van produciendo en la vida diaria. A la vez, el adulto mayor actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones. (7)

No obstante estos cambios en la tecnología y el conocimiento han desplazado la importancia del adulto mayor en la familia constituyendo así abandono, deterioro tanto de la esencia de la familia como de la integridad del adulto mayor. (10)

La familia para el anciano representa la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada. (10)

Por otra parte no se puede dejar de lado las crisis presentes en las familias que no necesariamente son la causa de disfunción familiar sino el modo en que la enfrenta. Walsh y Chagoya consideran que las familias funcionales encaran las crisis como grupo, buscando solución adecuada a los conflictos, cada miembro acepta un papel para hacerles frente, identifican los problemas expresando conformidades e inconformidades y se respeta la autonomía a la vez que los espacios y los roles están bien definidos. Se puede decir que estas suelen presentarse por ejemplo cuando un integrante de la familia pasa de una etapa a otra por lo general esta situación produce cambios en la personalidad del individuo lo que puede ocasionar una leve crisis mientras que la familia se adapta o asimila los cambios. Estas crisis ocasionan en el adulto mayor sentimientos de depresión, rechazo, incompreensión, minusvalía por parte de sus familiares. (11)

Toda esta panorámica con relación a los cambios y consecuencias en las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, intelectuales y hasta espirituales que se producen en los adultos mayores, podrían ser utilizados por las familias para menguar las responsabilidades que acarrea tener o convivir con un adulto mayor en casa, y también podría ser una opción la decisión de que el adulto mayor se derive a un centro de vida, hogar geriátrico u otro sitio de atención a los adultos mayores.

En Cuba los hogares de ancianos y otras instituciones similares acogen a una gran cantidad de personas. El ingreso del adulto mayor a un hogar o institución que lo acoge durante el día del cual recibe alimentación, distracción y descanso, para regresar después a su casa, se realiza por varias razones, a saber: la familia se compone de pocas personas, no todas

asalariadas, por pérdida del vínculo familiar, por no contar con recursos para su sustento o por una decisión personal; también hay adultos mayores que quedan solos y prefieren vivir en compañía de otras personas de su edad, con quienes puedan conversar y distraerse al tiempo que son atendidos en sus problemas por personas especialmente preparadas para ello (2).

Es importante tener en cuenta que para la vida del anciano es primordial y fundamental la protección (2), pero también es cierto que vivir en hogares institucionales no es sinónimo de aislamiento familiar. Algunos prefieren mantenerse en contacto pero no habitar necesariamente en la misma casa, porque la vida en familia depende mucho de las relaciones de sus miembros, sus personalidades y gustos. (2)

Pérez M. (12), realizó un estudio donde se aprecia que el 27.4% de los adultos mayores perciben una familia funcional, el 40.3% moderada, el 19.4% disfuncional y el 12.9% severamente disfuncional y concluye: que los problemas del funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud; que la vejez es una etapa vulnerable relacionada con el incremento de la inadaptabilidad en el núcleo familiar de los ancianos, manifestando sentimientos de soledad y tristeza. Por ello, la aceptación de funciones por parte de los adultos mayores, parece estar relacionada con la satisfacción de poder ayudar en las actividades cotidianas del hogar.

Un estudio realizado en México por Zavala M. (13), tuvo como resultado que el 51% de los adultos mayores percibió funcionalidad en su núcleo familiar; el 35%, disfunción moderada, y el 14%, disfunción grave. Para los autores la prevalencia de la disfunción familiar percibida ha sido alta ya que la suma de las dos disfuncionalidades da un 49% estos lo asocian a las divergencias sociodemográficas y culturales de las poblaciones estudiadas.

El estudio realizado por Hernández Y. (14), en el que se pretendía establecer la percepción de la funcionalidad familiar de adultos mayores antes y después de ingresar a un centro para abuelos, se encontró que el 47% antes del ingreso, percibían una familia funcional, el 25% moderadamente funcional y el 28% disfuncional. Con relación a la percepción después de haber ingresado a una casa de abuelos, el 64% percibe una familia funcional, el 28% moderadamente funcional y el 8% disfuncional; los autores apreciaron que la casa de abuelos contribuye a los cambios en la percepción expresado en su aumento a medida que llevan más tiempo de insertados en la misma y reciben su influencia.

En Colombia Bustos L. (15), realizó un estudio en el que se encontró que el 57.6% de los adultos mayores no presentan disfunción familiar, el 20.3% presenta defunción leve, el 10.2% disfunción moderada, y el 10.2% disfunción severa. El rango de edad que mayor disfunción familiar presenta es el de los adultos mayores comprendido en edades entre los 86 y 90 años (25%) y el que menor disfunción familiar presenta es el de 71 a 75 años (4.1%). El autor concluyó que aunque no se pudo relacionar la depresión con la funcionalidad familiar esta última ha sido una nueva problemática para el personal de dicha institución.

En conclusión, teniendo en cuenta que la población de adultos mayores es cada día mayor, y que durante esta etapa ocurren cambios importantes, reflejados en la esfera biopsicosocial de la persona, en cuanto a estructura, comunicación, participación familiar, afectividad, respeto a normas éticas y morales, los cuales contribuyen al desarrollo de la salud integral del adulto mayor, pero en algunos casos también ofrecen el terreno propicio para la adopción de conductas inadecuadas por parte de esta población como depresión, desesperanza, rebeldía y suicidio, partiendo de esto surge la importancia de conocer la percepción de la funcionalidad familiar por parte de los adultos mayores usuarios de los centros de vida de la ciudad de Cartagena.

El estudio se realizó en los centros de vida teniendo en cuenta que estos son lugares de acogida para los adultos mayores según políticas públicas de atención a esta población y este hecho facilitaría la recolección de los datos para dar respuesta al presente estudio. Por otro lado se consideró importante su realización teniendo en cuenta que existen pocas evidencias de estudios sobre este tópico en adultos mayores a nivel nacional y local.

### **3.2 JUSTIFICACIÓN**

El adulto mayor es una persona muy dependiente debido a las mismas características de su ciclo vital por tanto necesitado de su familia o cuidadores para cubrir sus necesidades socio-fisiológicas total o parcialmente. Tiene real importancia para el adulto mayor tener una familia funcional, de esto dependerá su estabilidad emocional, al igual que la repercusión en la salud del mismo. Si ellos perciben una familia unida con lazos sólidos este podrá tener unos años con una mejor calidad de vida, disfrutando del apoyo y el acompañamiento de estos para cubrir sus necesidades de atención. De la forma contraria el adulto mayor, se sentirá como una persona desplazada carente de atención y apoyo por parte de los miembros de su familia

Durante los últimos años a nivel mundial se ha producido un aumento en la población de adultos mayores. Para el caso de Colombia se ha dado lo propio, la esperanza de vida ha

aumentado significativamente, por esta razón enfermería debe hacer énfasis en intervenir o brindar atención a los adultos mayores que cada día se convierte en una población numerosa carente de atención y que necesita una estabilidad familiar. Cuando se habla de atención a esta población no solo se hace referencia al cuidado de su salud física en cuanto a prevenir enfermedades sino a abarcar problemas relacionados con su esfera sicosocial, para que su estado de salud integral sea óptimo. La familia seguirá siendo el pilar de la sociedad y el sostén emocional o motor de vida para un adulto mayor.

Con el presente estudio se busca recolectar información básica que permita conocer cómo perciben los adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena la funcionalidad familiar en sus familias. Se tomó a los centros de vida como sitio de estudio, dado que en muchas ocasiones se convierten en el segundo hogar y en el refugio de los antes mencionados, en estos lugares encuentran apoyo y logran relacionarse con personas contemporáneas.

Para Enfermería como ciencia del cuidado este estudio se constituiría en una base de actualización acerca del adulto mayor y su familia, lo que le permitirá ampliar su cuerpo de conocimientos en una de las tendencias actuales y futuras de la salud y de enfermería, como es la atención a los adultos mayores, y con ello proporcionar cuidado tanto al adulto mayor como a su familia, principales cuidadores de esta población; para esto, es necesario que las acciones de enfermería sean encaminadas a su atención integral y oportuna favoreciendo así la identificación y priorización de las necesidades básicas del adulto mayor llevando a este a vivir esta etapa con plenitud y un mayor bienestar.

Además es importante para la formación del personal de enfermería, profundizar en la teoría y la práctica temas como son el cuidado al adulto mayor y la salud familiar, debido que estas son herramientas que contribuyen en la toma de decisiones para el actuar, identificando las necesidades y problemas propios que se presentan en esta etapa de la vida y ayudan a la realización de estrategias con contenido de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, surge la siguiente pregunta:

¿Cómo es la percepción de la funcionalidad familiar de los adultos mayores usuario de los centro de vida de la ciudad de Cartagena?

### **3.3 OBJETIVOS**

#### **3.3.1 Objetivo General**

Determinar la percepción de la funcionalidad familiar de los adultos mayores en los centros de vida de la ciudad de Cartagena.

#### **3.3.2 Objetivos Específicos**

- Describir las características socio-demográficas y familiares de los adultos mayores y sus familias.
- Determinar la percepción de cada uno de los componentes o dimensiones de la funcionalidad familiar: adaptabilidad, cooperación o participación, crecimiento o desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva.

## 4. MARCO TEORICO

### 4.1 FAMILIA Y VEJEZ O ADULTEZ MAYOR.

La familia se define como "un sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse uno a los otros; sus integrantes pueden ser consanguíneos o no, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual les permiten cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como una unidad total en constante cambio con el ambiente". (16)

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. (1) La familia funciona como un sistema abierto, formado por un conjunto de unidades interrelacionadas con una características que son: la globalidad, la homeostasis, estructura y dinámica propias, reglas y roles establecidos; formado por unos subsistemas, con sus fronteras o límites y con una adaptabilidad y comunicación propias, en donde cada uno de sus integrantes interactúa como un micro grupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad. Esta tiene entre sus funciones la transmisión de conocimientos, habilidades, valores y creencias, en la que el abuelo jugaba un papel fundamental. (17)

Al igual que los individuos pasan por un proceso desde el feto hasta el anciano, la familia pasa por una serie de etapas con unas funciones y unos problemas inherentes a cada una de éstas y que se superponen al ciclo vital individual, que se conoce como ciclo vital familiar. Varios autores han definidos distintas etapas de este ciclo, la OMS que lo distribuye en 6 etapas: Formación, Extensión, Extensión completa, Contracción, Contracción completa y Disolución donde el anciano estaría incluido en las últimas etapas del ciclo vital familiar: de la cuarta a la sexta. Esta última etapa es la que se inicia con la muerte de uno de los cónyuges en ella es más importante el sentimiento de soledad, y el adulto mayor busca muchas veces una nueva forma de involucrarse en la familia. (1)

El principal sistema social del adulto mayor es la familia y de ella viene el apoyo que recibe, esta se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La familia del anciano debe brindar apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. (18)

La vejez es una de las etapas del ser humano poco atractiva y en algunos casos un tanto temida; esto se debe a los estereotipos que de la misma se han divulgado: que los ancianos o viejos son “gruñones”, “impacientes”, “enojones”, “lentos” y que “siempre están cansados” que “ya no son productivos”, que “sus habilidades y su salud están disminuyendo constantemente” etc. Algunos de estos son reconocidos como mitos del envejecimiento. (19) En realidad, el envejecimiento es considerado un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico, en el cual se hace un resumen de lo que se ha vivido hasta el momento, es un periodo en el que se debería gozar de los logros personales y contemplarse los frutos del trabajo personal, útiles para las generaciones venideras. (1)

En este proceso se presentan muchos cambios anatómo-fisiológicos tales como, disminución de estatura, cambios en la curvatura de la columna, pérdida gradual de fuerza muscular, disminución del contenido hídrico, aumento de tejido conectivo y reducción de la vascularización capilar. (2), disminución del gasto cardíaco (1% /año) en respuesta al estrés o ejercicio (El gasto cardíaco disminuye con la edad, a los 70 años es inferior en un 25% que a los 20), disminución del flujo sanguíneo coronario, mayor duración de la contracción ventricular, disminución del tono vasomotor, respuesta menor a la estimulación beta-adrenérgica, aumento de la resistencia periférica (1%/Año), disminución de la cantidad de elastina y de músculo liso en las paredes arteriales, (las paredes se hacen más rígidas), aumentó de la presión arterial, (mayor en la sistólica), aumento de la velocidad de la onda de pulso. (3)

Con relación a los cambios psicosociales, según Erickson, en la vejez la persona pasa por la crisis final de integridad versus desesperación, la cual finaliza con la virtud de la sabiduría. La capacidad para valorar la propia experiencia y a uno mismo, sería el antídoto para sobrellevar la desesperación y cuando esta tarea se desarrolla de forma armoniosa, el balance resulta positivo y proporciona sabiduría. (20)

El adulto mayor ante la enfermedad, la pérdida de autonomía o ante la soledad, se apoya en sus hijos y familiares. Esto hace que todos los lazos familiares sufran cambios. Esta situación, a veces, es vivida por la familia con cierta impotencia e inseguridad ya que va acompañada de algunas dificultades: tienen que vivir bajo un mismo techo tres generaciones y a veces las viviendas no tienen espacio ni condiciones adecuadas para ello. Por otro lado las ocupaciones laborales de los hijos impiden que los padres reciban el cuidado que a ellos les gustaría proporcionarles, la mayoría de los familiares tienen otras cargas familiares como hijos, nietos etc. Por todas estas dificultades y otras como la salud física, desorientación, fallos de memoria, las familias que tienen en su hogar una persona

mayor dependiente suelen tener sentimientos dolorosos y de incompreensión frente a los cambios rápidos que se producen en su padre, madre o cualquier otro familiar (21), también aparecen síntomas de ansiedad y angustia, surgen dudas acerca de si no han hecho todo lo necesario para evitar la situación en la que se encuentra el familiar a su cargo, por esta razón la familia constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor y es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los ancianos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los ancianos parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad. La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social al adulto mayor. (22)

## **4.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. En esta deben prevalecer criterios claves como son: comunicación, individualidad, toma de decisiones y reacción a los eventos críticos. (10)

Según García. G (16), la funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar

Una familia funcional es un sistema familiar que cumple mínimamente la tarea de procurar las condiciones para que todos sus miembros se puedan desarrollar de manera física, emocional, intelectual y social. Es una estructura estable, aunque no estática, lo que significa que es capaz de mantenerse, recuperando su estabilidad después de una crisis, un conflicto o desequilibrio. (23)

Las familias funcionales son capaces de satisfacer las necesidades de alimentación, techo, salud, emocionales, educación y diversión. Procura a sus miembros una sensación de pertenencia y pertinencia (aceptación) que contribuye a desarrollar la identidad personal y la autonomía de las personas que la conforman. Sus núcleos emocionales son generalmente estables y sólidos, sobre todo cuando han de enfrentarse a una dificultad o amenaza. Al mismo tiempo son capaces de permitir libertad e independencia necesarias para que cada uno busque su propio camino. La mayoría de sus intercambios comunicativos son claros y

directos y el manejo de sus emociones es pertinente a la situación vivida. Cuando tienen discrepancias y/o disgustos, encuentran la posibilidad para poder hablarlos. Todas las familias enfrentan dificultades, lo que las diferencia es su forma de hacerles frente y buscar soluciones. Enfrentar y superar conflictos ayuda a los miembros de la familia a crecer, a no ser rígidos, a no resistirse al cambio y a buscar alternativas. Están predispuestas al cambio y así logran nuevos equilibrios. Tienen la capacidad de manejar la proximidad y la distancia entre los miembros de la familia, logran así el contacto afectivo y cálido entre todos sus miembros pero al mismo tiempo respetan los espacios, las actividades personales y la vida social independiente. Tienen normas claras y precisas pero flexibles. (23)

Smilkistein, plantea que la funcionalidad familiar se puede valorar conociendo la percepción de los miembros de la familia acerca de los componentes que a continuación se presenta:

- **Adaptación:** Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
- **Participación:** Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
- **Crecimiento:** Es el logro en la maduración emocional, física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
- **Afecto:** Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- **Resolución:** Es el compromiso o determinación de dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás miembros de la familia. Refleja la capacidad de resistencia del grupo familiar ante situaciones de crisis (24).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal.

### 5.2 POBLACIÓN

Estuvo conformada por todos los adultos mayores que asisten a los 24 centros de vida de la ciudad de Cartagena, representando un total de 2181, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

Centros de vida	Número de Adultos Mayores
CDV 1	73
CDV 2	73
CDV 3	111
CDV 4	58
CDV 5	54
CDV 6	89
CDV 7	80
CDV 8	63
CDV 9	101
CDV 10	92
CDV 11	115
CDV 12	84
CDV 13	122

CDV 14	149
CDV 15	119
CDV 16	92
CDV 17	89
CDV 18	71
CDV 19	58
CDV 20	93
CDV 21	126
CDV 22	110
CDV 23	68
CDV 24	90
Total de la población	2181

### 5.3 MUESTRA

La muestra se obtuvo utilizando una fórmula para población finita, teniendo en cuenta un nivel de prevalencia de 50%, un error de 3 y un nivel de confianza 97%, lo que dio como resultado 1381, a este dato se le aplicó una reposición por pérdida del 10%, dando como resultado 1519 adultos mayores.

$$n = \frac{2,23^2 * (0.5*0.5)}{(0.03)^2} = \frac{4.9729 * 0.25}{0.0009} = 1381 + 138(10\%) = 1519$$

Posteriormente, se realizó un reajuste utilizando la siguiente fórmula, y se obtuvo un tamaño de muestra de 898 adultos mayores.

$$n = \frac{n^1}{1 + \frac{n^1}{N}} \quad n = \frac{1519}{1 + \frac{1519}{2181}} = \frac{1519}{1,69} = 898$$

## **5.4 MUESTREO**

Este se hizo en dos etapas; primero por conglomerados a los que se les realizó una proporción para escoger cuantos adultos mayores participaron de cada uno de los 24 centros de vida de la ciudad de Cartagena. (Ver anexo 4)

En la segunda etapa, se aplicó un muestreo aleatorio simple, en donde se efectuó la elección al azar de los participantes en el estudio; teniendo como apoyo un listado organizado de los adultos mayores vinculados a cada centro de vida.

## **5.5 CRITERIO DE INCLUSIÓN**

- Personas mayor de 65 años.
- Que sean usuarios de los centros de vida y que conviva con su familia.
- Deseo de participar en el estudio.

## **5.6 CRITERIO DE EXCLUSIÓN**

- Adulto mayor que posea cualquier alteración física o mental que le impida proporcionar la información requerida, y aquellos que mediante el Test de valoración mental (Pfeiffer), reporten algún grado de compromiso en el funcionamiento cognitivo

## **5.7 INSTRUMENTOS**

**El Test de Valoración Mental (Pfeiffer).** Utilizado en el medio por su brevedad y facilidad de ejecución, permite evaluar el funcionamiento cognitivo de la persona y presenta buena validez en el diagnóstico clínico de demencia con buena reproductibilidad intra-observador. Castillo I. (25) empleó este instrumento en la ciudad de Cartagena, con población de adultos mayores y reportó una consistencia interna de 0,669. El test de Pfeiffer valora el funcionamiento cognitivo a partir de 10 ítems, incluyendo cuatro parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado. Presenta una sensibilidad del 68%, especificidad del 96%, valor predictivo positivo del 92%, valor

predictivo negativo del 82%, una fiabilidad de test-retest entre 0,82 y 0,85 y una validez de 0,76 al 0,88 con el Mental Status Questionnaire. Se puntúan los errores.

En función de la puntuación se obtiene:

De 0 a 2 errores: no deterioro.

De 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual.

De 5 a 7 errores: moderado deterioro.

De 8 a 10 errores: grave deterioro.

Se acepta un error más en ancianos que no han recibido educación primaria y un error menos en aquellos que han realizado estudios superiores. Los adultos mayores que evidencien algún grado de compromiso en el funcionamiento cognitivo no participarán del estudio.

**Encuesta sociodemográfica.** Que recoge información relacionada con datos como edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, procedencia, religión que profesa, ocupación, ciclo vital familiar, tipología familiar.

**El cuestionario APGAR Familiar:** con el que se determinará la percepción de la funcionalidad familiar, fue diseñado en 1978 por Smilkstein. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive, definidos a continuación:

Adaptabilidad, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

Participación, mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

Crecimiento, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

Afecto, mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

Resolución, mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

El APGAR, se considera un instrumento ágil, de cinco preguntas para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia. Cada respuesta posee un valor de: casi nunca (0), a veces (1) y casi siempre (2). La suma total de estos puntos se interpretan de la siguiente manera: 0-3 disfuncionalidad familiar severa, 4-6 disfuncionalidad familiar moderada, 7-10 buena funcionalidad familiar.

La escala ha sido traducida y validada en castellano, se ha estudiado la validez de constructo y la validez factorial (26). En la validación española de Bellon, Delgado, Luna y Lardelli, la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna según datos de Smilkstein, Ashworth y Montano, quienes reportan un alfa de Cronbach de 0.84, mientras que Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu, reportan una consistencia interna de  $\alpha=0.79$ . (27)

Esta escala se ha utilizado en Cartagena, con población de adultos mayores no institucionalizados, reportando una consistencia interna de 0,901. (25)

## 5.8 PROCEDIMIENTOS

Para la realización de este trabajo de investigación se tuvo en cuenta las siguientes acciones o procedimientos: permisos, diseño de encuesta o ficha de recolección de datos sociodemográficos de los adultos mayores y de sus familias, capacitación y entrenamiento al grupo de encuestadores, recolección de la información en la muestra seleccionada, codificación, procesamiento estadístico de los datos y análisis de los resultados, los que se describen a continuación:

**Permisos:** Para llevar a cabo la investigación fue necesario contar con el aval de la Secretaría de participación y desarrollo social del Distrito de Cartagena, con el fin de poder aplicar los instrumentos a los adultos mayores en los diferentes centros de vida, lo que se hizo por medio de cartas. Igualmente se hizo uso del consentimiento informado como medio de autorización por parte del sujeto encuestado.

**Diseño de instrumento:** En esta etapa de la investigación se realizó el modelo de encuesta sociodemográfica que se utilizó para la recolección de los datos del sujeto investigado y su familia.

**Capacitación y entrenamiento al grupo de encuestadores:** Con el fin de evitar posibles sesgos durante el proceso de recolección de la información se capacitaron a los encuestadores quienes fueron los mismos estudiantes que lideraron esta investigación.

Posteriormente se aplicó el instrumento a la muestra seleccionada en los 24 centros de vida y al obtener todos los datos requeridos se realizó la codificación, tabulación. Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS 12,0<sup>R</sup>. Igualmente se estimaron las medidas de tendencia central, estadísticos de dispersión, y estadísticos de posición.

## **6. ASPECTOS ÉTICOS**

Para el desarrollo de este estudio se tuvo en cuenta la normatividad propuesta en Colombia mediante la resolución 008430 de 1993 expedida por el Ministerio de salud, por la cual se establecen las normas, académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se atendió lo dispuesto en el artículo No.6 que establece: “La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios, entre ellos: se debe ajustar a los principios científicos y éticos que la justifiquen, debe prevalecer la seguridad de los sujetos de investigación”, sin vulnerar ninguno de los principios universales: respeto por las personas, autonomía, beneficencia y justicia (28). Lo anterior se evidenció mediante la utilización del consentimiento informado y salvaguardando la información recolectada.

El estudio se enmarcó según los principios éticos para la investigación con seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki (29).

## **7. RESULTADOS**

### **CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS**

De los 898 adultos mayores encuestados predominó el género femenino en un 54,6% (490) y el masculino con un 45,4% (408), la edad promedio fue de 79 años (con una Desviación Estándar =7,4). (Ver anexo 6. Tabla 1)

En cuanto al nivel educativo el 52,1% (468) refirió no haber terminado la primaria, seguido de no haber realizado ningún tipo de estudio con un 20,4% (183) lo que los ubica en la población analfabeta del país, el 17,9% (161) realizó la primaria completa, el 6,1% y el 2,2% corresponden a las secundaria incompleta y completa respectivamente, en cuanto a estudios superiores encontramos que el 0,9% (8) son técnicos, la universidad incompleta 0,2% (2) y completa 0,1% (1). Con relación al área de procedencia el área de mayor predominio fue el rural con el 70,6% (634) y el área urbano con un 29,4% (264), frente al estrato socio-económico el 79,7% (716) pertenecen al estrato 1 seguido del estrato 2 con 16,9% (152) y por último el estrato 3 con un 3,3% (30)

Según el estado civil el 35,7% (321) de los participantes son viudo(a) seguido los casados con un 23,1% (207), separado(a) con 16,6% (149), unión libre con un 14,9% (134) y el 1,7% (15) son divorciado(a), referente a la ocupación el 56,3% (506) de las personas encuestada realizan actividades en el hogar, el 29,8% (268) no realizan nada o se encuentran desempleados, el 10,5% (94) tienen un trabajo independiente, el 2,9% son pensionados por último el 0,4% (4) son empleados. En cuanto a la religión el 73,4% (659) pertenecen a la religión católica seguida del cristiano con un 19,6% (176), el 2,6% (23) no practican ninguna clase de religión, el 1,9% (17) son testigo de jehová y por último el 2,6% (23) de los encuestados practican otras religiones. (Ver anexo 6. Tabla 1)

### **CARACTERÍSTICAS FAMILIARES**

El tipo de familia que predomina es la extensa con el 43,0% (386) seguido de la extensa modificada con un 22,3% (200), nido vacío con un 11,7%, la familia nuclear con un 10,2% (92), monoparental 8,5% (76) y por último la reconstituida con 4,3%. Con relación al ciclo vital familiar la totalidad de los adultos mayores encuestados pertenece a padres ancianos, el número de persona con quien vive de 4 a 6 con un 39,0% (350) seguido de 1 a 3 personas con un 36,1% (324), más de 6 personas con un 25,0% (224), la principal persona con quien convive es alguno de sus hijos con 44,1% (396) seguido de su pareja con 31,6% (284), otras personas con el 13,4% (120) y con algún nieto 10,8% (97) (ver anexo 6. Tabla 2).

## **DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES O DIMENSIONES DEL APGAR FAMILIAR.**

En La dimensión de adaptabilidad con la cual se valora la satisfacción de la persona con relación al apoyo recibido por la familia, se evidenció que el 69.8% (627) de los encuestados manifestó estar casi siempre satisfecho, el 19.3% (173) a veces y el 10.9% (98) restante casi nunca (ver anexo 6. Tabla 3).

En la dimensión de cooperación o participación con la cual se indaga la satisfacción del miembro de la familia con relación a la forma en que la familia le habla de las cosas y comparte los problemas con él, un 68.0% (611) manifestó estar satisfecho, el 20% (180) a veces y el 11.9% (107) casi nunca (ver anexo 6. Tabla 3).

En el componente crecimiento o desarrollo que evalúa la satisfacción de la persona con el apoyo recibido por su familia ante el deseo de emprender una nueva actividad o dirección el 71.9% (646) refirió estar satisfecho casi siempre, mientras el 18.9% (170) a veces y el 9.1% (82) casi nunca (ver anexo 6. Tabla 3).

En el componente de la afectividad que valora la expresión y respuesta de emociones entre la persona y su familia el 71.7% (644) refirió estar casi siempre satisfecho, el 18.3% (164) a veces está satisfecho y por ultimo 11.0% (90) casi nunca (ver anexo 6. Tabla 3).

En la dimensión de capacidad resolutiva que indaga a cerca de la satisfacción de la persona con la forma en que comparte tiempo, espacio y dinero con su familia se evidenció que el 70.2% (630) manifestó estar satisfecho casi siempre, el 18.8% (169) a veces y el 11.0% (99) casi nunca (ver anexo 6. Tabla 3).

## **PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**

Del total de encuestados el 77.5% (696) percibe su familia con buena funcionalidad, el 13.7% (123) percibe una disfuncionalidad moderada y el 8.8% (79) percibe una disfuncionalidad severa (ver anexo 6. Tabla 4).

## 8. DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que los adultos mayores de Cartagena usuarios de los centros de vida perciben a su familias con buena funcionalidad.

El alto porcentaje de funcionalidad familiar percibida por los adultos mayores del presente estudio se contrasta con los hallazgos reportados por; Berezaluce (30), Zavala M (13), Hernández R (14) y García G (16) quienes reportan valores de funcionalidad del 65,2%, 51%, 63%, 69% respectivamente, concordante con lo planteado por Busto (15) donde expone que el 57,6% de los adultos mayores no perciben disfuncionalidad en su familia. Este hallazgo es de gran importancia dado que la buena funcionalidad familiar percibida se considera un factor protector para evitar trastornos propios de la etapa tales como depresión, soledad, desesperanza, entre otros.

En cuanto a la disfuncionalidad familiar percibida por los adultos mayores del estudio se encontró que estos perciben disfuncionalidad familiar moderada en un 13,7%, porcentaje más bajo que los reportados por Hernández (14) quien informa que en su estudio el 28% de las personas encuestadas manifestaron disfuncionalidad familiar moderada, y Zavala (13) con un 35%. Al momento de la aplicación del instrumento se pudo observar que los adultos mayores que manifestaron tener moderada disfuncionalidad se veían descuidados y expresaban sentirse abandonados por sus familiares. La diferencia de estos resultados podría estar relacionada con aspectos del contexto sociocultural y familiar de los participantes de cada estudio.

Con relación al género de los participantes, predominó el género femenino con un 54,6%, dato que se contrasta con el comportamiento poblacional del país en el que según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS, más del 50% de la población colombiana pertenece al sexo femenino (3). Este hallazgo también es similar a lo reportado por Takase (31) y por Zavala (13) quienes encontraron que el 72,9% y el 60% respectivamente, de los participantes de sus estudios pertenecían al género femenino; diferente a lo reportado por García (16), quien encontró predominio del género masculino en un 52%.

Respecto a la edad, el promedio fue de 79 años, dato similar a lo planteado por Aguilar (32) y Busto (15), quienes en sus estudios reportaron que la media para la edad fue de 70 años y 78.8 años. Estos resultados podrían estar relacionados con los cambios demográficos ocurridos en los últimos años a nivel mundial y del país, en concordancia con el aumento de la población adulta mayor, en la que hay un creciente aumento de los mayores de 75 y más años. (33)

Con relación al nivel de escolaridad, se evidenció un significativo bajo nivel de este, en el que el 52,1% no terminaron la primaria y el 20,4% son analfabetas. Estos resultados coinciden con los reportados por Zavala (13) en México, quien encontró mayor predominio de baja escolaridad en su población de estudio, al igual que Takase (31), quien reporta que el 45.8% de su población solo cursaron hasta 4 año de primaria. Estos resultados podrían ser justificados y aceptados, teniendo en cuenta que para la época en que estas personas debieron recibir educación formal, esta no se consideraba una prioridad, más aun para la población de asentamientos rurales, como es el caso de los adultos mayores estudiados, que la mayoría proceden de esta zona.

La tipología familiar que predominó fue la extensa, dato similar a lo reportado por Pérez (12) quien en su estudio realizado en Cuba, observó que el mayor porcentaje de adultos mayores viven en familia extensa (77.4%), a diferencia de lo informado por la ENDS que muestra que el 24% de la familias son extensas, después de la familia nuclear 45% (3). Los hallazgos también difieren de lo reportado por García (16) quien encontró que la tipología familiar predominante fue la nuclear. Los resultados obtenidos pueden estar relacionados con las diferentes transformaciones que se han dado en la familia en los últimos tiempos, en el que el factor económico juega un papel importante; pero más por el contexto sociocultural y familiar de los adultos mayores del estudio, en el que aún se conserva la posibilidad de la convivencia intergeneracional propia de la idiosincrasia caribeña y cartagenera.

En cuanto a las dimensiones o componentes del APGAR los adultos mayores perciben de forma favorable cada uno de estas dimensiones, es decir casi siempre se encontraban satisfechos en cuanto a la adaptabilidad, cooperación y participación, crecimiento, afectividad y capacidad de resolución, se evidenció que la mayoría de adultos mayores se encuentran casi siempre satisfecho con el apoyo que recibían por parte de su familiares; tomaban en cuenta sus opiniones y sugerencia frente a la problemática que se presentara y eran escuchados, reconocieron que era poco el tiempo que compartían en familia sin embargo estaban satisfechos ya que tenían en cuenta los compromisos y actividades que tenían cada uno de ellos en su día a día.

En conclusión al encontrarse niveles adecuados de estas dimensiones de la vida familiar en el adulto mayor, podría presumirse que estos se encuentran a gusto en sus familias y la percibirán como normo-funcionales o con buena funcionalidad, lo que es congruente con el resultado final del estudio

Lo anterior es un hallazgo de gran valor si se tiene en cuenta referentes conceptuales que plantean que la familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural

para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada (34).

Se constituye en una fortaleza del estudio el hecho de tomar una muestra representativa de la población y tener un acercamiento real de una situación que antes no se había estudiado en este grupo de personas. Lo anterior permite tener una aproximación muy válida de la vivencia familiar del adulto mayor cartagenero que asiste a los diferentes centros de vida, lo que se constituye en un recurso valioso para las instituciones que promueven políticas, planes y programas de atención a esta población.

Con relación a las debilidades del estudio se puede resaltar que la inasistencia de los adultos mayores a los centros de vida dificultó la recolección de la información de forma inmediata, por lo que se tuvo que visitar en diferentes oportunidades a un mismo centro de vida; por otro lado la lejanía de algunos centros de vida dificultó su acceso, lo que generó pérdidas de tiempo y retraso en la recolección de la información según lo planeado; y por último debido a el planteamiento y la dinámica del estudio no se pudo observar el contexto familiar en el cual estaban inmersos los adultos mayores.

## 9. CONCLUSIONES.

La mayoría de los adultos mayores perciben una buena funcionalidad en su familia lo que se constituye en un factor protector para este grupo poblacional teniendo en cuenta que en esta etapa de la vida se pueden presentar trastornos físicos y emocionales.

La presencia del analfabetismo, el bajo nivel socio-económico y el número de persona con quien vive en una misma casa son datos significativo de gran importancia, para implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual y colectivo a los usuarios de estos centro de vida o población de alto mayor en general y sus familias.

La buena percepción de elementos propios de la vida familiar como la adaptabilidad, cooperación, satisfacción, afectividad y capacidad resolutiva por parte de los adultos mayores se constituye en un factor de gran importancia dado que se pueden utilizar como factores protectores para evitar alteraciones propias de esta etapa de la vida de las personas, tales como depresión, ansiedad, desesperanza, falta de participación, entre otros.

## **10. RECOMENDACIONES**

Partiendo de los resultados encontrados se realizan las siguientes recomendaciones:

A la Facultad de enfermería se recomienda seguir impulsando acciones con los estudiantes en prácticas formativas, que favorezcan el cuidado del adulto mayor y sus familias.

A nivel de formación tanto de pregrado y posgrado se recomienda realizar investigaciones de intervención que involucren al adulto mayor y su familia, en los cuales se mida la percepción de estos antes y después de realizar la intervención, con el fin de realizar un estudio más afondo sobre la percepción de la funcionalidad familiar de estas personas.

Para los centro de vida fortalecer el vínculo familiar con estrategias de motivación e incluir a los familiares o cuidadores en las actividades, con el fin de que se pueda observar el comportamiento de estas personas con relación a su familia e identificar cuáles son las falencias y necesidades.

A nivel comunitario y distrital articular acciones de gestión a fin de contribuir con la disminución del hacinamiento en estos hogares, mediante la política pública de mejoramiento de la vivienda.

## **11. AGRADECIMIENTO**

A Dios, por habernos permitido llevar a cabo esta investigación

A Nuestros padres por la comprensión, la paciencia y apoyo en todo momento

Al enfermero y profesor Adriano Díaz por acompañarnos y asesorarnos con su experiencia  
y sabiduría

A la secretaria de participación ciudadana y a cada uno de los centro de vidas por  
permitirnos acceder de manera fácil a cada uno de los adultos mayores.

¡Gracias!

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Buil. P, Espinos J. Anciano y Familia Una Relación En Evolución, ASSN 1999, Vol. 22, (Fecha De Acceso 13 De Marzo Del 2012). Disponible En: [https://www.google.com.co/search?q=%2C+Anciano+y+Familia+Una+Relaci%C3%B3n+En+Evoluci%C3%B3n%2C+ASSN+1999&rlz=1C1OPRB\\_enCO573CO574&oq=%2C+Anciano+y+Familia+Una+Relaci%C3%B3n+En+Evoluci%C3%B3n%2C+ASSN+1999&aqs=chrome..69i57.3048j0&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com.co/search?q=%2C+Anciano+y+Familia+Una+Relaci%C3%B3n+En+Evoluci%C3%B3n%2C+ASSN+1999&rlz=1C1OPRB_enCO573CO574&oq=%2C+Anciano+y+Familia+Una+Relaci%C3%B3n+En+Evoluci%C3%B3n%2C+ASSN+1999&aqs=chrome..69i57.3048j0&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
2. Alonso P. Sanso F. Fragilidad En El Adulto Mayor Al Nivel Comunitario. La Habana, 2005, Medico Genera, Instituto Superior De Ciencias Médicas De La Habana, Facultad "Dr. Salvador Allende" (fecha de acceso: 13 de marzo del 2012) Disponible En: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis\\_patry.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_patry.pdf)
3. Ojeda G. Ordóñez M. Ochoa L. Encuesta nacional de demografía y salud 2010. pág.505, 509. (Fecha de acceso: 18 de octubre de 2013). Disponible en: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
4. Duran D. Orbegoz L. Uribe A. Uribe J. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores (en línea) (fecha de acceso 12 de junio de 2012). Disponible en: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V07N0118.PDF>
5. Herrera F. Romero A. Gonzales E. *et al.* Percepción de los ancianos sobre los centros de desarrollo integral para el adulto mayor. *Rev. Investig. psicol.* [En línea]. jul. 2008 (fecha de acceso: 05 Marzo 2014), vol.11, no.1 p.129-136. Disponible en: la World Wide Web: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1609-74752008000100008&lng=es&nrm=iso](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1609-74752008000100008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1609-7475.
6. Imbert L. El Entorno Familiar Del Adulto Mayor. Unión De Juristas De Cuba. De (Acceso: 13 Del Abril Del 2012) Disponible En: [http://www.derechoycambiosocial.com/revista025/desproteccion\\_legal\\_del\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.derechoycambiosocial.com/revista025/desproteccion_legal_del_adulto_mayor.pdf)
7. Alonso L, Ríos. A. Caro S. Maldonado A. Campo L. Quiñonez J. et al. Percepción Del Envejecimiento Y Bienestar Que Tienen Los Adultos Mayores Del Hogar Geriátrico San Camilo De La Ciudad De Barranquilla Colombia. Pág. 258. (Fecha

De Acceso: 1 de abril de 2012). Disponible En: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a08.pdf>

8. Land H. Funcionalidad Familiar, Blog Medicina Familiar. (fecha de acceso 14 de abril de 2012) Disponible en: <http://medicinafamiliaramazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad-familiar.html>.
9. Colombia, Consejo del distrito capital. proyecto de acuerdo No. 258 de 2009: por medio del cual se crea la semana deportiva para el adulto mayor. Bogotá: El consejo, 2009. (fecha de acceso 11 De Abril Del 2012) Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36502>
10. Roy C. Modelo De Adaptación (en línea) noviembre de 2012. fecha de acceso 18 de abril de 2012) disponible en: [http://www.hptu.org.co/hptu/images/stories/\\_modelo\\_adaptacion\\_callistar.pdf](http://www.hptu.org.co/hptu/images/stories/_modelo_adaptacion_callistar.pdf)
11. Bazo M. El Estatus Familiar Y La Salud, Elementos Claves En La Institucionalización De Las Personas Ancianas. RG. (en línea) año 2007 (fecha de acceso: 12 de abril de 2012) Vol. 1. URL Disponible en: [http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registroaicat.htm?verb=GetRecord&identifier=2337&metadataPrefix=oai\\_dc&oaiCat=Ver+registro+en+Dublin+Core](http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registroaicat.htm?verb=GetRecord&identifier=2337&metadataPrefix=oai_dc&oaiCat=Ver+registro+en+Dublin+Core).
12. Pérez M. Delgado A. Naranjo J. Álvarez K. Díaz R Medio familiar de los adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas (en línea). 2012 (fecha de acceso 2014 Mar 05); 16(1): 97-104. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielophp?script=sci\\_arttext&pid=S1561-3194201200010001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielophp?script=sci_arttext&pid=S1561-3194201200010001&lng=es)
13. Zavala M. Domínguez G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Viguera Editores SL, Psicogeriatría (en línea) 2010 (fecha de acceso: 29 de enero de 2014); 2 (1): 41-48 URL disponible en: [http://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0201/0201\\_0041\\_0048.pdf](http://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf).
14. Hernández. Y, Pérez. C, Pérez. R, Alejandro Saavedra. A, Alejandro Tápanes. A, Legón. A, Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores de Casa de Abuelos Cotorro. La Habana (en línea) 2012. (fecha de acceso: 05 de febrero de 2013 disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph03112.html>

15. Bustos. L, Sánchez. J prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizado en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con la percepción de la funcionalidad familiar (en línea) año 2011, pág. 42, (fecha de acceso: 28 de enero de 2014) disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2082/1/Luisa%20Fernanda%20Bustos%20Angulo.pdf>
  
16. García G. Landeros E. Arrijoja G. Pérez A. Funcionalidad familiar y capacidad física De los adultos mayores en una comunidad rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc (en línea) 2007 (fecha de acceso: 26 de febrero del 2014); 15 (1): 21-26 URL. Disponible:<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?idrevista=71&idarticulo=18881&idpublicacion=1931>
  
17. Galán E. Funcionalidad En Familias Con Adolescentes Escolarizados En Paipa. Avances En Enfermería 2010. (fecha de acceso 14 de abril de 2012). URL Disponible En: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1\\_8.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_8.pdf)
  
18. Domínguez T. Espín A. Bayorre H. Caracterización De Las Relaciones Familiares Del Anciano Rev. Cubana Med Gen Integr 2001 Pagina 418 (Fecha De Acceso Lunes 30 De Abril Del 2012) Disponible En: [Http://Scielo.Sld.Cu/Pdf/Mgi/V17n5/Mgi02501.Pdf](http://Scielo.Sld.Cu/Pdf/Mgi/V17n5/Mgi02501.Pdf)
  
19. Zavala M. Vidal D. Castro M. Quiroga P. Klassen G. Funcionamiento Social Del Adulto Mayor. Ciencia Y Enfermería XII (2): 53-62, 2006 Pagina 54 – 55 (Fecha De Acceso: Lunes 30 De Abril Del 2012. Disponible en: <Http://Www.Scielo.Cl/Pdf/Cienf/V12n2/Art07.Pdf>
  
20. Gonzales S, Torres I, Beltrán F, Vásquez F, Llanes A, Martínez G, et al. Familia vejez y salud. RMSS (En línea) enero- abril de 2011(fecha de acceso 9 de mayo de 2012; Vol. 1, No. 2. URL Disponible en: [http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/pdf/2\\_familiavejesysalud.pdf](http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/pdf/2_familiavejesysalud.pdf)
  
21. Ríos G, Vejez: Rol Del Adulto Mayor En La Sociedad Y Familia.(Fecha De Acceso: 30- 04- 2012). Disponible En. <http://suite101.net/article/vejez-rol-del-adulto-mayor-en-la-sociedad-y-familia-a32745>
  
22. Aparicio D. Importancia De La Familia En La Vejez. VF. ( En línea) (fecha de acceso 30 de abril de 2012). Disponible en :<http://www.vejezyvida.com/importancia-de-la-familia-en-la-vejez/>

23. Sanchis I, La Familia Funcional. Un Nuevo Concepto Para La Familia.(Fecha De Acceso 26- 04- 2012). Disponible En. <Http://Aula.Almedia.Org/Departamentos/Orientacion/Actividades/Revista2008.Pdf>.
24. Suarez M. Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev medica la paz 2014; ISSN 1726-8958 (Fecha de acceso 19-12-11) disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext)
25. Castillo I. Utilización de servicios de salud por adultos mayores de la Comuna 9, Localidad 1 de Cartagena y factores asociados. Trabajo de grado para optar el título de magíster en salud pública. Universidad Nacional de Colombia. 2008),
26. Gallud J, Guirao J. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria.(Fecha de acceso 26 de marzo de 2012). Disponible en: <http://www.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4963-2006.pdf>.
27. Instrumentos utilizados en la investigación proyecto 2008-2011. (Fecha de acceso 08 de mayo de 2012). Disponible en: <http://www.uv.es/lisis/instrumentos09mexic.htm#doce>.
28. Colombia. ministerio de salud. resolución 008430 de 1993 (fecha de acceso 24 de octubre de 2013) disponible en: [http://www.dib.unal.edu.co/promoción/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promoción/etica_res_8430_1993.pdf)
29. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial. (fecha de acceso 24 de octubre de 2013). Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/helsinki.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf)
30. Berezaluce G, Palacios N. Rol social del adulto mayor en las familias del municipio de Centro, Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco 2007 (fecha de acceso: 15 de enero de 2014) disponible en: [http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2007\\_sep\\_dic/04%20Rol%20social%20del%20adulto%20mayor%20en%20las%20familias%20del%20municipio%20de%20Centro.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2007_sep_dic/04%20Rol%20social%20del%20adulto%20mayor%20en%20las%20familias%20del%20municipio%20de%20Centro.pdf)

31. Takase I, Mendes M, Martins M, Modesto S, Zunino R, La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [En línea]. mayo-jun. 2011 (fecha de acceso: 27 de noviembre de 2014). 19(3): disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es03.pdf>
32. Aguilar R, Félix A, Martínez M, Vega M, Quevedo M, et al. Caracterización del binomio adulto mayor-familiar de convivencia. Rev. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [En línea]. Vol 6. Año. 6 No. 4 Oct-Dic 2009 (fecha de acceso: 17 de enero de 2015) disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu094c.pdf>
33. Luna L. Reyes C. Rubio M. El adulto mayor de hoy: nuestra prioridad. 1ª Bogotá: Imprenta Universidad Nacional; 1996
34. Bazo M. El estatus familiar y la salud, elementos claves en la institucionalización de las personas ancianas. Revista de Gerontología, 1991; 1:53-60; 2:86-96.

# ANEXOS

## ANEXO 1. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

### DATOS PERSONALES

- **Nombre completo:** \_\_\_\_\_
- **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M: \_\_\_ F: \_\_\_
- **Estrato:** 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_
- **Estado civil:** Soltero(a):\_\_\_ Casado(a):\_\_\_ Viudo:\_\_\_ Divorciado: \_\_\_  
Separado: \_\_\_ Unión libre: \_\_\_
- **Escolaridad:** Primaria completa\_\_\_ Primaria incompleta\_\_\_ Secundaria completa \_\_\_  
Secundaria incompleta \_\_\_ Técnico \_\_\_ Universidad completa\_\_\_  
Universidad incompleta\_\_\_
- **Religión:** Católico: \_\_\_ Cristiano: \_\_\_ Testigo de Jehová: \_\_\_ Ninguno: \_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_
- **Procedencia:** Rural: \_\_\_ Urbano: \_\_\_ De donde: \_\_\_\_\_
- **Ocupación:** Hogar\_\_\_ Empleado (a) \_\_\_ Trabajo independiente \_\_\_ Pensionado \_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_
- **Residencia actual:** \_\_\_\_\_

### DATOS FAMILIARES:

- **N° de persona que vive con usted:**

1 y 3
-------

4 y 6
-------

Más de 6
----------

  
Otro: \_\_\_\_\_
- **N° de hijos:** \_\_\_\_\_
- **Tipo de familia:** Nuclear \_\_\_ Mono parental \_\_\_ Nuclear modificada \_\_\_  
Extensa\_\_\_ Extensa modificada\_\_\_ Reconstituida \_\_\_ Nido vacío \_\_\_.
- **Con quien vive:** Pareja: \_\_\_ Hijo(a): \_\_\_ Nieto(a): \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
- **Ciclo vitalfamiliar:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 2: CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

- a. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1) Día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_
- b. ¿Qué día de la semana? \_\_\_\_\_
- c. ¿En qué lugar estamos? \_\_\_\_\_ (2) cualquier descripción correcta del lugar.
- d. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿cuál es su dirección completa?): \_\_\_\_\_
- e. ¿Cuántos años tiene?: \_\_\_\_\_
- f. ¿Dónde nació? \_\_\_\_\_
- g. ¿Cuál es el nombre del presidente?: \_\_\_\_\_
- h. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior? \_\_\_\_\_
- i. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?: \_\_\_\_\_
- j. Reste de tres en tres desde 29(3): \_\_\_\_\_ Cualquier error hace errónea la respuesta

### ANEXO 3: APGAR FAMILIAR

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

	<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones tales como tristeza, rabia, y amor.			
Yo estoy satisfecho con la forma de cómo mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero.			

#### ANEXO 4: DISTRUBUCCION POR PROPORCIONES

Centros de vida	Número de Adultos Mayores	Porcentaje %	Total de adultos mayores que participaron
CDV 1	73	3	27
CDV 2	73	3	27
CDV 3	111	5	45
CDV 4	58	3	27
CDV 5	54	3	27
CDV 6	89	4	36
CDV 7	80	4	36
CDV 8	63	3	27
CDV 9	101	5	45
CDV 10	92	5	45
CDV 11	115	5	45
CDV 12	84	4	36

CDV 13	122	5	45
CDV 14	149	7	62
CDV 15	119	5	45
CDV 16	92	4	36
CDV 17	89	4	36
CDV 18	71	3	27
CDV 19	58	3	27
CDV 20	93	4	36
CDV 21	126	6	54
CDV 22	110	5	45
CDV 23	68	3	27
CDV 24	90	4	35
Total de la población	2181	100%	Muestra 898= 100%

## ANEXO: 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE VIDA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA 2013.

Yo \_\_\_\_\_ con C.C N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, doy autorización para que la información que proporcione, sea utilizada con fines investigativos en el estudio: “Percepción De La Funcionalidad Familiar En Adultos Mayores De Los Centros De Vida De La Ciudad De Cartagena 2013”; el cual es desarrollado por, Adriano Díaz Gómez, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, y las estudiantes Iliá Acuña, Yenifer Barrios, Nuris Martínez, Esther Taborda y Guillermina Vargas. Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy un adulto mayor y deseo participar. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito y de ser necesario usaré un apodo que yo seleccione, durante la(s) entrevista(s) podrá estar presente un miembro de mi familia, si así lo deseo y se mantendrá respeto en el manejo de la información y por mi vida privada. Tendré el derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido, sin que se vea afectada mi familia, mi integridad física, social o la prestación de los diferentes servicios de salud que recibo.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes van a servir para brindar un mejor cuidado a otros adultos mayores y que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a los investigadores responsables del proyecto, a los teléfonos: 301738443 - 3185015636 – 3006581682 – 3135738178 - 3012963455 – 3043736450

Dejo constancia que recibo los datos para ubicarlos y resolver cualquier duda.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del participante ----- ó huella -----

Firma del investigador responsable-----

## ANEXO 6: TABLAS

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ENCUESTADOS.**

	NUMERO (N)	PORCENTAJE (%)
<b>SEXO</b>		
Femenino	490	54,6
Masculino	408	45,4
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Primaria incompleta	468	52,1
Ninguno	183	20,4
Primaria completa	161	17,9
Secundaria incompleta	55	6,1
Secundaria completa	20	2,2
Técnico	8	0,9
Universidad incompleta	2	0,2
Universidad completa	1	0,1
<b>PROCEDENCIA:</b>		
Rural	634	70,6
Urbano	264	29,4
<b>ESTRATO:</b>		
<b>1</b>	716	79,7
<b>2</b>	152	16,9
<b>3</b>	30	3,3
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado(a)	207	23,1
Soltero(a)	72	8,0
Unión libre	134	14,9
Viudo(a)	321	35,7

Separado(a)	149	16,6
Divorciado(a)	15	1,7
<b>OCUPACION</b>		
Hogar	506	56,3
Ninguno o desempleado	268	29,8
Independiente	94	10,5
Pensionado	26	2,9
Empleado	4	0,4
<b>RELIGION</b>		
Catolico	659	73,4
Cristiano	176	19,6
Ninguno	23	2,6
Testigo de jehova	17	1,9
Otros	23	2,6
<b>Total</b>	<b>898</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** encuesta realizada.

**TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS ENCUESTADOS.**

	<b>NUMERO (N)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>TIPO DE FAMILIA:</b>		
Extensa	386	43,0
Extensa modificada	200	22,3
Nido vacío	105	11,7
Nuclear	92	10,2
Mono parental	76	8,5
Reconstituida	39	4,3

<b>NUMERO DE PERSONAS CON QUIEN VIVE</b>		
4 a 6 personas	350	39,0
1 a 3 personas	324	36,1
Mas de 6 personas	224	25,0
<b>VIVE CON:</b>		
Hijo(a)	396	44,1
Pareja	284	31,6
Otros	120	13,4
Nieto	97	10,8
<b>Total</b>	<b>898</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** encuestas realizada.

**TABLA 3. DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES O DIMENSIONES DEL APGAR FAMILIAR DE LOS ENCUESTADOS.**

	<b>CASI NUNCA</b>	<b>%</b>	<b>A VECES</b>	<b>%</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>%</b>
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.	98	10,9	173	19,3	627	69,8
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.	107	11,9	180	20,0	611	68,0
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.	82	9,1	170	18,9	646	71,9

---

Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones tales como tristeza, rabia, y amor.	90	10,0	164	18,3	644	71,7
Yo estoy satisfecho con la forma de cómo mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero.	99	11,0	169	18,8	630	70,2

---

**Fuentes:** instrumento APGAR familiar.

**TABLA 4. PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ENCUESTADOS.**

---

	<b>NUMERO (N)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
Buena funcionalidad familiar	696	77,5
Disfuncionalidad familiar moderada	123	13,7
Disfuncionalidad familiar severa	79	8,8
<b>Total</b>	<b>898</b>	<b>100,0</b>

---

**Fuentes:** instrumento APGAR familiar.