



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v6i11edespnov.0258>

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN PERSONAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

FAMILY FUNCTIONALITY AND SELF-ESTEEM IN OLDER PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Ponce-Alencastro Jhon Alexander ¹; Zambrano-Acosta Jimmy Manuel ²;
Salazar-Cobena Gladys Varinia ³

¹ Estudiante de la Especialización en Orientación Familiar Integral. Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica de Manabí, UTM. Portoviejo, Ecuador. Correo: jhon.ponce@utm.edu.ec.
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3666-7865>.

² Docente Investigador de la Universidad Técnica de Manabí. Director del Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica de Manabí, UTM. Portoviejo, Ecuador. Correo: jimmy.zambrano@utm.edu.ec. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9620-1963>.

³ Docente Investigadora de la Universidad Técnica de Manabí. Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas. UTM. Portoviejo, Ecuador. Correo: varinia.salazar@utm.edu.ec.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7889-9111>.

Resumen

Envejecer es un proceso que se da a lo largo del ciclo vital, desde la concepción hasta la muerte, de manera continua, irreversible y heterogénea, dirigiendo nuestro enfoque del envejecimiento como un logro en lugar de un problema, debido a que no solo se trata de un asunto de seguridad y bienestar individual, sino también un asunto de desarrollo y bienestar vincular. El propósito del presente trabajo fue determinar la funcionalidad familiar y el autoestima en personas mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en un centro médico privado de la ciudad de Portoviejo. Se llevo a cabo una investigación no experimental de diseño descriptivo tipo transversal en una población de 66 personas mayores a quienes se les realizó una encuesta sociodemográfica aplicándose la Escala de Evaluación Familiar (Apgar Family) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith. El resultado de este trabajo ha arrojado datos relevantes predominando el grupo etario de 67 años como el más frecuente con una edad media de 74 años, y una desviación típica de 7,1. Sobre todo el sexo femenino, la tipología familiar monoparental estuvo presente en el 54,5%. Predominó la familia funcional en un 51,5% en todos los casos, seguido de la familia disfuncional leve con un 37,9% que percibieron su familia como funcional, para un 10,6%. La mayoría de las personas mayores, tienen un nivel de autoestima media, equivalente al 57,6%, seguido del 31,8% para una alta autoestima y un 10,6% para una baja autoestima. Se estableció una correlación altamente significativa de $p=0.005$ entre las variables funcionalidad familiar y autoestima. Concluyendo que la funcionalidad familiar se relaciona con el nivel de autoestima de las personas mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2, lo que refleja la importancia de una buena dinámica familiar como el apoyo social más importante, generador de vínculos afectivos y de conductas más saludables en el control de las comorbilidades, garantizando el ejercicio de derechos irrenunciables y el respeto a la dignidad humana.

Palabras claves: Persona mayor, Familia, Autoestima, Diabetes.

Abstract

Aging is a process that occurs throughout the life cycle, from conception to death, in a continuous, irreversible and heterogeneous manner, directing our approach to aging as an achievement rather than a problem, because it is not only treated of a matter of security and individual well-being, but also a matter of development and bond well-being. The purpose of this work was to determine the family functionality and self-esteem in older people with Type 2 Diabetes Mellitus treated at a private medical center in the city of Portoviejo. A non-experimental investigation of a

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 13 de septiembre de 2022.

Fecha de aceptación: 21 de noviembre de 2022.

Fecha de publicación: 30 de noviembre de 2022.



descriptive cross-sectional design was carried out in a population of 66 elderly people who underwent a sociodemographic survey applying the Family Assessment Scale (Apgar Family) and the Coopersmith Self-esteem Inventory. The result of this work has yielded relevant data, with a predominance of the age group of 67 years as the most frequent with a mean age of 74 years, and a standard deviation of 7.1. Especially the female sex, the single-parent family typology was present in 54.5%. The functional family predominated in 51.5% in all cases, followed by the mild dysfunctional family with 37.9% who perceived their family as functional, for 10.6%. Most of the older people have a medium self-esteem level, equivalent to 57.6%, followed by 31.8% for high self-esteem and 10.6% for low self-esteem. A highly significant correlation of $p=0.005$ was established between the variables family functionality and self-esteem. Concluding that family functionality is related to the level of self-esteem of older people with Type 2 Diabetes Mellitus, which reflects the importance of good family dynamics as the most important social support, generator of affective bonds and healthier behaviors in the home. control of comorbidities, guaranteeing the exercise of inalienable rights and respect for human dignity.

Keywords: Older person, Family, Self-esteem, Diabetes.

1. Introducción

Envejecer es un proceso que se da a lo largo del ciclo vital, desde la concepción hasta la muerte, de manera continua, irreversible y heterogénea, dirigiendo nuestro enfoque del envejecimiento como un logro en lugar de un problema, debido a que no solo se trata de un asunto de seguridad y bienestar individual, sino también un asunto de desarrollo y bienestar vincular. Donde la familia constituye una red de apoyo incuestionablemente necesaria para mantener parámetros estables en la salud física, mental y social de la persona mayor.

Siendo la familia aquel grupo natural al que todo ser humano posee un sentimiento de pertenencia e

identificación, sea esto por descendencia consanguínea o la anexión de nuevos integrantes en la extensión continua del sistema familiar. Entrando a formar parte de este nuevo grupo, la persona mayor, como aquel agente de integración social, más allá de los vínculos establecidos no solo de las relaciones familiares, sino también de las relaciones interpersonales, necesarias para evitar el desvalimiento social representado por el aislamiento y la soledad.

Entre tanto es importante definir el envejecimiento desde la concepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

El deterioro progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor



riesgo de sufrir enfermedades con la edad. Sin que se tome este proceso como una enfermedad, porque no lo es, pero sí se debe tener en consideración, que la causa de muchas enfermedades asociadas al envejecimiento, son último término, las responsables de la muerte del individuo (OMS, 2022).

En concordancia a esta definición, Rico et al. (2018) afirma que con el paso del tiempo el ser humano experimenta constantes modificaciones moleculares, celulares y orgánicas. Moduladas por factores genéticos y epigenéticos que se manifiestan de forma diferente entre individuos de la misma especie con un idéntico genoma.

Aportando a estas definiciones, lo manifestado por Ponce (2021) sobre el factor ambiental, que no siempre es tomado en consideración, siendo este el determinante del envejecimiento de cada individuo, así como la vitalidad y el completo estado de la salud.

Teniendo presente que el envejecimiento desde la opinión de Valbuena y Fernández (2018):

Se ha visto favorecido por los avances en la Medicina y en la Farmacología sumados a la mejora de las condiciones higiénicas y alimenticias de las poblaciones, que han permitido aumentar la expectativa de vida, sin que exista la probabilidad de que más allá de los 100 años, sean el techo a donde pueda llegar la escala máxima de envejecimiento.

Sin embargo, el modo de envejecer está determinado en un 25 % por los factores genéticos, y el 75 % viene determinado por hábitos y estilos de vida junto a factores ambientales (Rico et al., 2018). Existiendo variaciones entre los individuos, que condicionan un envejecimiento más heterogéneo a medida que pasa el tiempo, generando cambios deletéreos del funcionamiento psicológico, fisiológico y social.

Que configuran características propias del envejecimiento y la vejez, superando los límites que se hayan establecido en torno a una supuesta normalidad, que pueden, deteriorar el vínculo con los miembros de la familia, al existir dos polos extremos de mal interpretar la posición social

que ocupa la persona mayor en la escena familiar.

El uno consistente en rendir ciegamente el culto al “Mayor” considerando su sabiduría como la predominante por sobre los demás miembros del sistema familiar retroalimentando acuerdos y lealtades generacionales que aseguran la delegación del poder a quienes le sucedan en esa posición; el otro polo ubica al “Mayor” como lo obsoleto sin derecho a opinar sobre asuntos personales y familiares, debido a que su rol está marcado por la dependencia física y emocional al vínculo con los demás.

Lo que devendrá en el hecho de tener dificultades en las relaciones familiares, que no permitirán a la familia valorar toda la riqueza del desarrollo personalógico del mayor, su subjetividad, sus potencialidades creadoras, relegándolos y hasta ignorándolos en ocasiones (Pinargote y Alcívar, 2020).

Por lo tanto, resulta imprescindible fortalecer la funcionalidad familiar, para estimular una autoestima alta y estable, que mantenga activo y saludable el envejecimiento.

Formando parte de esto la participación individual que la persona mayor tiene en la interacción familiar, desde encuentros no programados a razón de ocasiones especiales, hasta encuentros programados que son vistos más como una necesidad de estar en contacto con la familia.

Teniendo en cuenta que la familia es la tercera condición más importante para la calidad de vida, influenciando a su vez en el índice de esperanza de vida (Benavides et al., 2020). De manera que las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteraciones emocionales, desequilibrios y descompensaciones del estado de salud (Pinargote y Alcívar, 2020) debido a la mayor exposición que tiene este grupo poblacional a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), potenciadas por las condiciones de vulnerabilidad que incrementan el riesgo de perder la autonomía y la capacidad de adaptabilidad (Soria y Montoya, 2017).

En efecto conviene destacar que las personas mayores realizan labores de cuidado de la familia, haciendo trámites, pago de cuentas, limpieza y pequeñas reparaciones en casa, así



como recoger a los nietos/as de los institutos educativos y otras muchas tareas en las que invierten un determinado tiempo, lo que les hace sentirse útiles, y a su vez motivará a darle buen uso al tiempo libre y de ocio del que disponen.

De ahí que el mal uso o la ausencia de las actividades de ocio y tiempo libre, serán un predictor sociodemográfico de deterioro cognitivo y un predictor biológico de deterioro funcional, de acuerdo al grado de autonomía en las actividades instrumentales de la persona mayor (MINSAL, 2019). Al mismo tiempo constituye, uno de los inadecuados estilos de vida que más afectan la salud y la calidad de vida en esta población (Ponce y Espinel, 2015) por lo que su presencia y estímulo constante se considera un marcador de mayor longevidad.

Existiendo investigaciones relevantes como las de Cuenca y Albaina (2018) ; Márquez et al. (2020) y Arias et al. (2022) que posicionan el aprovechamiento del tiempo libre y de ocio como un aspecto importante en la vida de las personas mayores elevando destrezas y habilidades cognitivas – funcionales que disminuirán el

deterioro, manteniendo el lazo familiar, conformando relaciones sociales de amistad con sus pares. Evitando el aislamiento social para incrementar la probabilidad de mantener la práctica de hábitos y estilos de vida más saludables (Laguado et al., 2017).

Justificando de esta manera la promoción de las actividades de ocio como una alternativa de minimización de tratamientos farmacológicos y de disminución de la progresión de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), trayendo consigo múltiples beneficios en la recuperación de habilidades y destrezas necesarias para actividades cognitivas y funcionales de la persona mayor.

Haciendo posible que la persona mayor con DM2 se sienta autónoma e independiente, manteniendo equitativamente la satisfacción en sus relaciones familiares, considerando, que un entorno colaborativo facilitará el bienestar común en favor de un envejecimiento activo y saludable. Siendo lo contrario a esto, un hecho devastador que llevará de una u otra forma al deterioro acelerado.

Pero esta participación también se extiende a las relaciones con los vecinos de la comunidad, el voluntariado de ayuda social como un espacio de relación intergeneracional, el encuentro con amistades de siempre, así como la oportunidad de conocer más personas con las que se pueda establecer nuevas amistades e incluso vínculos afectivos, sobre todo en los casos de viudez y/o separación.

Entendiéndose de acuerdo a la OMS (1999) el envejecimiento activo como:

El proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados.

Y el envejecimiento saludable desde la opinión de Pina y Almansa (2014) significa:

Mantener a los mayores activos y autónomos en la sociedad a la que pertenecen, lo que permitiría un retraso de la aparición de enfermedades crónicas y, por tanto, la disminución del peso de la carga familiar en relación con el cuidado familiar.

Por lo que el período 2021 - 2030 se lo ha declarado como “Década del Envejecimiento Saludable”, la cual ofrece la oportunidad de aunar a los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en torno a diez años de acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven (OMS, 2021).

De esta forma al hablar del envejecimiento activo no solo nos enfocamos en la posibilidad que tiene la persona mayor en realizar actividad física, sino que, también nos estamos refiriendo a la



capacidad de decidir la manera de participar en sus actividades personales cotidianas, en sus interacciones familiares o con otras personas, y la capacidad de intervenir en instituciones tanto públicas como privadas buscando el beneficio colectivo por encima del personal.

Resultando imposible separar de todo esto a la familia, como aquella institución personal con vínculos y lazos afectivos donde la participación es decisiva para el bienestar de la persona que envejece en el curso de los ciclos vitales.

Jugando un papel positivo como determinante del desarrollo psicológico de la persona mayor, sobre todo en las relaciones socioafectivas, ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo seguridad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social (Durán, 2010). Proporcionándole dentro de las relaciones familiares la aceptación de sí mismo, la confianza en sus capacidades y la importancia que tiene su colaboración en actividades domésticas cotidianas sin que esto

último genere abusos y sobrecargas de cuidado (Toala y Samada, 2020).

Sin embargo la función de la familia en la vida de la persona mayor va más allá de lo subjetivo, además de elevar el autoestima, hay que tener en cuenta aspectos objetivos que contribuirían a su bienestar, influyendo en la salud objetivamente percibida, como la primera red de apoyo social (Aponte, 2015).

Es decir que, dará protección, ante vicisitudes cotidianas y eventos inesperados a lo largo del ciclo vital humano, favoreciendo un envejecimiento activo y, a su vez, una mejor calidad de vida en etapas finales (Pinargote y Alcívar, 2020). Manteniéndose un equilibrio entre el bienestar subjetivo y objetivo que permitirá ver a la persona mayor con una imagen positiva, facilitadora de buenas relaciones familiares e integración activa en la sociedad (Cardona et al., 2019).

Vale la pena acotar que para muchas de las personas mayores, las redes sociales construidas a lo largo de la vida persisten hasta la vejez y por tanto, continuar con ellas se convierte en algo con pleno sentido (Gutiérrez et al., 2012).

Pero cuando esta red pierde la función de apoyo social, es evidente la ausencia del respeto, la admiración y el valor afectivo que repercutirá sobre todo en la autoestima, debilitándola, asignándose puntuaciones muy bajas, desde su propia percepción, afectando la salud en general (Toala y Samada, 2020).

No obstante existe un alto número de personas mayores que se mantienen inmersas en el mercado laboral que siguen aportando a sus hogares y la sociedad más allá de la participación social. Demostrando que a pesar de los cambios biopsicosociales junto a las comorbilidades se mantienen activos, sin que esto sea un fiel reflejo de envejecimiento activo y saludable, pudiéndonos dar una visión sesgada y tratarse más bien de un envejecimiento económico basado en la capacidad de aún ser productivo a costa del abuso y explotación de la persona mayor que no asume la etapa de jubilación como la oportunidad de intentar nuevas experiencias y engrandecer sus relaciones afectivas.

Ante todo lo expuesto el objetivo de esta investigación fue determinar la funcionalidad familiar y el autoestima

en personas mayores con DM2 atendidos en un centro médico privado de la ciudad de Portoviejo.

2. Metodología

La investigación fue de tipo no experimental, descriptiva, de corte transversal bajo el paradigma positivista planteándose metodológicamente el enfoque cuantitativo. Como método empírico se utilizó la Escala de Evaluación Familiar (Apgar Family) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith para generar datos mediante la aplicación de una encuesta sociodemográfica presencial.

Materiales y métodos

La población fue de 66 personas mayores que reciben atención en un centro médico privado de la ciudad de Portoviejo que cumplían con características similares entre ellas el ser personas mayores sin deterioro cognitivo, con leve a moderada dependencia funcional y que reciben atención médica periódica por padecer DM2, excluyéndose a las personas mayores con deterioro cognitivo y



alta dependencia funcional que no reciben atención en el centro médico, eliminándose aquellos que no son diabéticos, hubieran fallecido y no firmaron el consentimiento informado.

Población

La población es de tipo finita, ya que se conoce la cantidad y el registro documental de la población.

La investigación se realizó con 66 personas mayores que reciben atención en un centro médico privado de la ciudad de Portoviejo durante el año 2022.

Técnicas

Las técnicas psicométricas empleadas fueron la Escala de Evaluación Familiar (Apgar Family) elaborado por Smilkstein en el año de 1978, en su versión para adultos. Este es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. De manera general evalúa

cinco funciones básicas de la familia (Suarez y Alcalá, 2014):

1. Adaptación: Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
2. Participación: Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
3. Gradiente de recurso personal: Consiste en el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
4. Afectividad: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
5. Recursos: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Según la escala: 0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = Algunas veces; 3 = Casi siempre; 4 = Siempre.

Categorizando la funcionalidad familiar de la siguiente manera (Suarez y Alcalá, 2014):

- Normal: 17-20 puntos.
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos.
- Disfunción severa: menor o igual a 9.

También se empleó el Inventario de Autoestima de Coopersmith, elaborado por Stanley Coopersmith en 1967, consta de 25 ítems que tiene como objetivo conocer el nivel de autoestima de los individuos y está conformado por 25 proposiciones (ítems), donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa, teniendo la característica de ser auto aplicado. Permite clasificar a los sujetos en función de tres niveles (Ochoa et al., 2021):

1. Nivel alto de autoestima: Los sujetos que se clasifican en este nivel alcanzan un puntaje entre 19 y 24 puntos.
2. Nivel medio de autoestima: Los sujetos que se clasifican en este nivel son los que puntúan entre 13 y 18 puntos.

3. Nivel bajo de autoestima: Los sujetos que se ubican en este grupo alcanzan un puntaje inferior a 12 puntos.

Una vez que se obtuvo la información, se generaron datos que fueron sometidos a un análisis estadístico mediante el paquete estadístico SPSS V26 relacionándose las dimensiones constituyentes de las variables sometidas al estudio.

3. Resultados

De la población total de 66 personas mayores con DM2 atendidas en un centro médico privado de la ciudad de Portoviejo predominó en el 63,6 % de los casos el sexo femenino, encontrándose el grupo etario de 67 años como el más frecuente con una edad media de 74 años, y una desviación típica de 7,1. Un 83,3% de la población procede del área urbana, prevaleciendo el estado civil de viudez en el 31,8% seguido del 28,8% y del 15,2% para los estados de casado/a y separado/a respectivamente (Tabla 1 – 2).

El tipo de familia monoparental fue más frecuente en el 54,5% de todos los casos con el 53% para el sexo



femenino, seguido de la familia nuclear en el 34,8% de todos los casos con el 28,7% en el sexo masculino y de la familia extensa en el 10,6% de la población total (Tabla 3).

A continuación, se logró valorar el funcionamiento familiar, predominando la familia funcional en un 51,5% en todos los casos, de los cuales el 19% corresponde al sexo masculino, y la familia con disfunción leve estuvo presente en el 37,9% en todos los casos, presentándose en el sexo femenino con el 20% (Tabla 3).

De acuerdo con los parámetros obtenidos en la identificación de los niveles de autoestima el 57,6% correspondió a una autoestima media, seguido del 31,8% para una alta autoestima y un 10,6% para una baja autoestima. En estos valores el sexo femenino predominó en un 37,8% para la autoestima media y el 18,1% para una alta autoestima, en comparación con el sexo masculino cuyo valor más alto fue del 13% para una autoestima media (Tabla 4).

Sobre la base de los resultados de la Escala de Evaluación Familiar y el Inventario de Autoestima de Coopersmith se contrastan las

variables Funcionalidad Familiar y Nivel de Autoestima, donde p (probabilidad) es menor al nivel de significancia 0.05 del coeficiente de Pearson (Chi cuadrado) con un valor obtenido de 0.00 con 4 grados de libertad para el tipo de funcionalidad familiar en relación con el nivel de autoestima; de manera, que existe asociación entre ambas variables de acuerdo con la significancia asintónica, la distribución normal estándar muestral con grado de compatibilidad entre la población propuesta y la información disponible de los instrumentos aplicados (Tabla 5).

Tabla 1. Edad y Sexo

Edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
65	4	0	4
66	3	0	3
67	7	0	7
68	3	1	4
69	1	2	3
70	0	1	1
71	0	3	3
72	2	0	2
73	2	1	3
74	1	3	4
75	0	3	3
76	0	4	4
77	0	4	4
78	0	3	3
79	0	2	2
81	0	2	2
83	0	2	2
84	1	3	4
85	0	1	1
86	0	1	1
87	0	2	2
88	0	2	2
89	0	2	2
Total	24	42	66
Fuente: Personas mayores encuestadas Elaborado por: Jhon Ponce Alencastro			

Tabla 2. Estado civil y Procedencia

Estado civil	Procedencia				Total
	Urbano	Rural	UBM	UBM	
Casado/a	13	2	2	2	19
Soltero/a	1	0	0	0	1
Divorciado/a	5	0	1	1	7
Viudo/a	21	0	0	0	21
Unión Libre	7	1	0	0	8
Separado/a	8	0	0	2	10
Total	55	3	3	5	66
Fuente: Personas mayores encuestadas Elaborado por: Jhon Ponce Alencastro					

Tabla 3. Tipo de familia y Funcionamiento familiar

Tipo Familiar	Funcionamiento Familiar			Total
	Funcional	Disfunción Leve	Disfunción Moderada	
Nuclear	18	5	0	23
Monoparental	12	18	6	36
Extensa	4	2	1	7
Total	34	25	7	66
Fuente: Personas mayores encuestadas Elaborado por: Jhon Ponce Alencastro				

Tabla 4. Sexo y Autoestima

Sexo	Nivel Autoestima			Total
	Alto	Medio	Bajo	
Hombre	9	13	2	24
Mujer	12	25	5	42
Total	21	38	7	66
Fuente: Personas mayores encuestadas Elaborado por: Jhon Ponce Alencastro				

Tabla 5. Relación de la funcionalidad familiar con el nivel de autoestima**Prueba de chi - cuadrado**

Funcionalidad Familiar y Nivel de Autoestima	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,212 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	21,158	4	,000
N de casos válidos	66		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,37.



4. Discusión

Los resultados de esta investigación han permitido valorar el funcionamiento familiar identificando el nivel de autoestima de las personas mayores con DM2.

Derivando de esta investigación interesantes resultados, existiendo predominio del sexo femenino, siendo este resultado similar al generado por la investigación cuantitativa, de alcance correlacional y corte transversal de Viteri et al. (2018) en una población de 100 adultos mayores en Ecuador donde se estableció una correlación significativa entre la autoestima, funcionalidad familiar y las situaciones de maltrato, en complemento de la calidad de vida, correspondiendo el 68.8% al sexo femenino.

Agregando lo manifestado por Pahuara (2019) en un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal con una población de 65 adultos mayores, llevado a cabo en Perú. Del 100% de la población total, el 55% percibe su familia con buena función familiar, y el 28% percibe una disfuncionalidad familiar leve. Datos muy similares a los obtenidos en la

actual investigación, donde el 51,5 % corresponde a funcionalidad familiar normal, y el 37,8% hace referencia a la disfunción familiar leve.

En alusión al presente estudio el nivel de autoestima media fue del 57,5% y de alta autoestima del 31,8%. Lo que está en concordancia con la investigación de Bach y Bach, (2014) realizada en Perú de tipo descriptivo correlacional, cuyos niveles de autoestima media son del 74% y de autoestima alta del 24% en una población de 45 adultos mayores hipertensos.

Finalmente en el análisis estadístico de los datos se comprobó relación altamente significativa entre la funcionalidad familiar y el nivel de autoestima de las personas mayores con DM2 atendidas en un centro médico privado de la ciudad de Portoviejo, lo cual puede inferirse a partir de la investigación de Uribe (2018) en una población de Perú demostrándose estadísticamente mediante la fórmula del CHI cuadrado que existe una asociación entre las variables ($p=0,01$), por lo que se concluye que existe relación entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar.

5. Conclusiones

La presente investigación estuvo limitada al área circunscrita de un centro médico privado de la ciudad de Portoviejo; por lo cual no se puede generalizar conclusiones sobre la población de toda la provincia de Manabí.

A pesar de esto los resultados obtenidos demostraron que el sexo femenino es el que predomina en esta población, la procedencia urbana y el estado civil de viudez, con tipos de familia monoparental y nuclear como las predominantes. Teniendo en mayor prevalencia la normal funcionalidad familiar, seguida de la disfunción familiar leve con un nivel de autoestima media y alta que dará paso a considerar estas características propias de la población como factores determinantes en el autocuidado y control de la progresión de la DM2.

En última instancia se demuestra relación estadísticamente significativa de la funcionalidad familiar con el nivel de autoestima que devendrá en la posibilidad de un abordaje más integral de las ECNT contribuyendo a su vez en el desarrollo cognitivo y social de las

personas mayores en situaciones de vulnerabilidad y riesgos en su salud.

En definitiva todo profesional de la salud debe tener presente la importancia que tiene la familia desde su funcionalidad en la salud de sus integrantes más envejecidos, influyendo de manera positiva o negativa en la autoestima al presentarse alteraciones en la dinámica de las familias.

Lo que refleja la importancia de una buena dinámica familiar como el apoyo social más importante, generador de vínculos afectivos y de conductas más saludables en el control de las comorbilidades, garantizando el ejercicio de derechos irrenunciables y el respeto a la dignidad humana.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran total independencia en la realización de la presente investigación, no habiendo ningún interés o valores agregados durante el desarrollo de la misma.

Bibliografía

Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de



- Psicología UCBSP, 13(2), 152-182.
http://www.scielo.org.bo/sciel.o.php?script=sci_abstract&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Arias, C., Altamirano, D., y Cabezas, E. (2022). Implicaciones teórico – prácticas de actividades recreativas terapéuticas en el adulto mayor como estrategia para prevenir el deterioro cognitivo. Revista Multidisciplinaria Polo del Conocimiento, 7(9), 708-726. <https://doi.org/DOI:10.23857/pc.v7i9file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/4598-24109-1-PB.pdf>
- Bach, M., y Bach, J. (2014). Funcionamiento familiar y nivel de autoestima del adulto mayor hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014. [Privada Antenor Orrego]. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/925/1/GARC%c3%8dA_MAR%c3%8dA_AUTOESTIMA_ADULTO_MAYOR.pdfhttps://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/925/1/GARC%c3%8dA_MAR%c3%8dA_AUTOESTIMA_ADULTO_MAYOR.pdf
- Benavides, M., Fallas, P., Guzmán, A., Cyrus, E., y Roselló, M. (2020). Calidad de vida y envejecimiento activo, su influencia en el índice de esperanza de vida. Revista Terapéutica, 14(2), Art. 2. <https://doi.org/10.33967/rt.v14i2.110>.
<https://revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/110>
- Cardona, D., Segura, Á., Segura, A., Muñoz, D. I., y Agudelo, M. C. (2019). La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. Revista Hacia la Promoción de la Salud, 24(1), 97-111. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.9>.
<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/3593>
- Cuenca, M., y Albaina, M. (2018). Impacto del ocio formativo musical en los niveles de escucha. Resultados de una intervención con personas mayores. Pedagogía social. Revista interuniversitaria, 1(32), 127-137. <http://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/>
- Durán, I. (2010). La teoría homeostática del bienestar. Bienestar psicológico y satisfacción por la vida en adultos mayores. Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 2(1), 45-55. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=43922>
- Gutiérrez, L., García, M., Arango, V., y Pérez, M. (2012). Geriátrica para el médico familiar. (Primera). El Manual Moderno.

- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E., y Martín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Márquez, A., Azzolino, J., y Jofré, M. (2020). Relación entre actividades recreativas declaradas y capacidades cognitivas y funcionales en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, 1-16. <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e1295/es/>
- MINSAL. (2019). Manual de Geriátría para Médicos. Actualización. (Primera edición). Ministerio de Salud Gobierno de Chile. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
- Ochoa, D., Campos, G., Gómez, A., y Lima, A. (2021). Escalas e Instrumentos para evaluar autoestima en adolescentes y jóvenes adultos. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 3(5), 19-24. <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/6805-Manuscript-39739-1-10-20210512.pdf>
- OMS. (1999). Envejecimiento activo. 52 Asamblea Mundial de la Salud. Punto 18 del orden del día. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84566/s7.pdf;jsessionid=0D28C3D2F5FAA1C3B8240AEBBF480D14?sequence=1>
- OMS. (2021). Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) [Educativa]. Envejecimiento y ciclo de vida. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- OMS. (2022). Envejecimiento y salud [Educativa]. Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pahuara, M. (2019). Percepción de la funcionalidad familiar mediante el apgar familiar en adultos mayores del centro de salud conde de la vega baja, Cercado De Lima – 2018 [Tesis Posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_812c69e78a252d3a5c19d0b017c06bda
- Pina, F., y Almansa, P. (2014). Mujer y cuidados: Retos en salud (Primera edición). Ediciones de la Universidad de Murcia (Editum). <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/43308>
- Pinargote, G., y Alcívar, S. (2020). La Familia en el cuidado de los adultos mayores. *Revista*



- Cognosis. Revista de Filosofía y Ciencias de la Educación, V, 179-190. <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/2324/2887>
- Ponce, J. (2021). Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 5(1), Art. 1. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.213
- Ponce, J., y Espinel, M. (2015). Descripción de los estilos de vida asociados a Diabetes Mellitus Tipo II en adultos mayores que acuden al Centro Médico PUMEDSA de la ciudad de Portoviejo, en el último trimestre del 2014 y primer trimestre del 2015 [Tesis de Posgrado, Universidad San Francisco de Quito]. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4118/1/113824.pdf>
- Rico, M., Oliva, D., y Vega, G. (2018). Envejecimiento: Algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social, 56(3), 287-294. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183l.pdf>
- Soria, Z., y Montoya, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles de población, 23(93), 59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- Suarez, M., y Alcalá, M. (2014). Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista Médica La Paz, 20(1), 53-57. http://www.scielo.org.bo/sciel_o.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Toala, O., y Samada, Y. (2020). Repercusión de las relaciones familiares en la autoestima de los adultos mayores. Revista Cognosis, 5, 31-42. <https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i0.2286>
- Uribe, M. (2018). Relación que existe entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar en San Juan de Miraflores. [Tesis Posgrado, Universidad Mayor de San Marcos]. <https://core.ac.uk/download/pdf/323344434.pdf>
- Valbuena, J., y Fernández, H. (2018). La actividad física en las personas mayores. Implicaciones físicas, sociales e intelectuales. (Segunda edición). Editorial CCS.
- Viteri, E., Terranova, A., y Velis, L. (2018). Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. Revista Lasallista de investigación, 15(2), 300-314. <https://doi.org/10.22507/rli.v15n2a23>