



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS INDIVIDUAL

ROL Y FUNCIONALIDAD DEL ANCIANO EN FAMILIAS EXTENSAS MEXICANAS DEL MUNICIPIO DE ATIZAPAN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Que para obtener el título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta
PÉREZ ACOSTA ALMA NANCY

Coordinadora de trabajo
M.E. Rosa María Ostiguin Meléndez



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Coordinación de Servicio Social

MÉXICO, D.F., MARZO DEL 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A
Mi María Bonita

Por darme la vida
y estar siempre a mi lado
enseñándome y guiándome,
asi como conocer su gran
amor sin pedir nada a cambio.
Gracias por ser como eres
Mama.

A
Mi Chaparrito

Por ser mi mejor ejemplo
en la vida, y por su
amor hacia ella.
Su fuerza y coraje me
ayudan a seguir adelante.
Con su honradez y
dedicación me enseñó la
humildad.

Mi triunfo y cariño
hacia mi carrera es para ustedes.

Gracias

A.N.P.A.

Indice

Introducción	Pág.
I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.	03
1.1. PLANTEAMIENTO DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.	03
1.2. UBICACIÓN DEL TEMA.	05
1.3. OBJETIVOS.	06
• General	06
• Específicos.	06
II. MARCO TEORICO	
2.1. PANORAMA DEMOGRAFICO DE LA POBLACIÓN ANCIANA.	
• Mundial	07
• Nacional	08
2.2. LA FAMILIA Y EL ANCIANO EN MEXICO.	
• La familia mexicana	11
• Funciones de la familia.	11
• Los ancianos en México	12
• Esperanza de vida del anciano en México	13
• Principales causas de morbi-mortalidad	15
• Los derechos de los ancianos	16
• Teoría del rol.	17
Rol del padre	17
Rol del hijo	18
Rol del abuelo.	18
2.3. LA SALUD DEL ANCIANO	
• Teorías del envejecimiento.	20
• Cambios biológicos en el envejecimiento	21
• Síndromes geriátricos	26
• Deterioro funcional en el anciano	27
• Medición de la capacidad funcional.	28

2.4. FILOSOFIA DE V. HENDERSON

- Generalidades. 30
- Conceptos. 31
- Diagnósticos propuestos. 33
- Programa preventivo de enfermería. 33

III. METODOLOGIA

- 3.1. HIPOTESIS 36
- 3.2. VARIABLES E INDICADORES 36
- 3.3. PROCESADO DE LA INFORMACION 37
- 3.4. DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN 38
- 3.5. ETICA DEL ESTUDIO 40

IV. RESULTADOS.

ANALISIS ESTADISTICO

V. DISCUSIÓN

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA.

GLOSARIO.

ANEXOS.

I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DE LA SITUACION PROBLEMA

"Las sociedades envejecidas o en proceso de serlo están apareciendo por todos los rincones del mundo. Por un lado la declinación de la mortalidad origina un progresivo aumento de la esperanza de vida y en consecuencia un número cada vez mayor de personas llega con vida hasta edades avanzadas" (CONAPO, 1998). Y por otro se ve que han disminuido los nacimientos, reflejándose con una reducción de los niños y jóvenes en el país dando como consecuencia un aumento en el envejecimiento demográfico el cual se ve representado por el estrechamiento de la base y con una ampliación en la parte superior de la pirámide poblacional. México está cambiando y la vejez se hace presente, enfermería siempre ha estado al cuidado de los individuos y los ancianos forman una parte de los grupos más vulnerables, cuidar al anciano es un reto porque implica brindar y plantear cuidados específicos dentro y fuera del ambiente hospitalario.

El aumento de la población mayor presenta mayores problemas de salud o en su caso se agudizan los ya existentes, por lo tanto hay una necesidad de conocerlos y estudiarlos para proporcionar una mejor calidad de vida al anciano. "La sociedad actual en la que vivimos es una sociedad de consumo, por lo que los viejos vienen a ser una carga lo que condiciona a que se hagan dependientes, ya que este sistema desconoce el progreso del envejecimiento como una parte del progreso biopsicosocial del hombre por lo tanto provoca que los ancianos estén desamparados y funcionen como elementos de desintegración social" (Lozano, 2000).

En los últimos años la esperanza de vida de los mexicanos ha seguido aumentando, debido a los avances tecnológicos con que cuenta el país. Entre 1994 y 2000, la esperanza de vida de los mexicanos aumenta "2 años al pasar de 73.3 a los a 75.3 años" (CONAPO, 1998).

"La tendencia epidemiológica actual debe de ir mas allá de la medición de los índices de mortalidad, para evaluar el impacto que sufre la calidad de vida y la expectativa de vida del anciano" (Fajardo, 1999) En los ancianos se altera la autoestima, principalmente por una pérdida en la función de roles, también llegan a ocurrir diversos cambios fisiológicos los cuales pueden afectar su imagen corporal, pero la pérdida de su independencia parece ser la mayor amenaza que presenta el anciano.

El envejecimiento implica la necesidad de conocer que causas o factores contribuyen a la pérdida de la funcionalidad, para elaborar planes y estrategias con el fin de mejorar su funcionalidad durante los últimos años. Es necesaria una evaluación completa, y obtener suficiente información para brindar el apoyo que sea necesario y reducir la discapacidad con que lleva el padecimiento. Para conocer cuales son las capacidades funcionales del anciano, se manejan principalmente dos instrumentos de valoración, las actividades básicas de la vida diaria (Katz) y las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton).

Es importante señalar el rol del anciano dentro de familia, este conocimiento permite saber cuales son las necesidades del anciano, ya que indica comportamientos algunas veces desconcertantes, tal es el caso de la aparición de la enfermedad lo que hace reaccionar al entorno familiar, por lo que el anciano pasa del aislamiento a la valorización. En ocasiones el anciano debe de convivir con sus nietos y asumir de manera voluntaria o impuesta funciones que no le corresponden como es el rol de padre, madre o hermano mayor sustitutos, esta situación se presenta con mayor frecuencia en familias extensas. Si se busca desde un modelo estructural, la familia es el conjunto de funciones que organizan los modos en que interactúan los miembros, es un sistema que opera a través de pautas transnacionales, donde se establecen formas de que manera, cuando y con que relacionarse. Cuando el anciano se da cuenta sobre el comportamiento que presenta la familia ante sus acciones, puede actuar de diferentes formas; con culpabilidad o adoptar situaciones agresivas y/o manipuladoras. En el envejecimiento, se presentan

grandes cambios, ya sea en la familia donde se va a percibir el rol de cada uno de sus miembros, y donde el anciano participara en ella ya sea de forma activa o pasiva. Por lo tanto la evaluación funcional detectara el grado de independencia o dependencia del anciano, los beneficios que se obtengan por la valoración van a ser a corto y largo plazo, ya que se adquiriran conocimientos desde la bibliografía o por el contrario al primer contacto con el paciente. El fin es encontrar todas aquellas necesidades básicas del anciano para la elaboración de un programa de enfermería para mantener su funcionalidad en familias extensas.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿ La funcionalidad del anciano se relaciona con el rol que desempeña en familias extensas?

1.2 UBICACIÓN DEL TEMA

Las enfermeras adaptan sus conocimientos a la situación que se les presenta, tanto a un individuo, su familia o comunidad según las necesidades de cada uno, ya que contribuyen a preservar su salud, recuperarla y contribuir a su independencia o ayudar a morir en paz. El conocimiento sobre las bases teóricas de las necesidades humanas ayuda a las enfermeras a responder de un modo terapéutico a las conductas del anciano.

En la geriatría dentro del campo biológico se manejan las teorías de la fisiología, patología, los organismos funcionales y enfermos, los cuales proporcionan mayor conocimiento sobre los cambios en el envejecimiento. La perspectiva desde el campo psicológico se ha identificado con frecuencia como precipitante de la enfermedad lo cual indaga el interés de la relación patológica de

una enfermedad. Socialmente se busca la influencia de la vida familiar y los roles sociales del anciano ante la salud y enfermedad o en su caso las variables demográficas y factores socioeconómicos. Por la perspectiva cultural en el anciano se busca la relación entre normas culturales y formas de vida en el aspecto salud enfermedad. La importancia de estas teorías en la geriatría coadyuvante por enfermería detectara la funcionalidad (dependencia o independencia) del anciano con base a las necesidades detectadas, siguiendo la filosofía del modelo de Virginia Henderson para la preservación de su funcionalidad y con ello la conservación de la integridad de la persona.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar la funcionalidad del anciano y el rol que desempeña en familias extensas del área metropolitana.

Objetivo Especifico

- Conocer el panorama demográfico del anciano en el ámbito mundial.
- Identificar la situación demográfica del envejecimiento en México.
- Identificar que rol tiene el anciano en una familia extensa mexicana.
- Conocer la medición de las capacidades funcionales del anciano.

II. MARCO TEORICO

2.1. PANORAMA DEMOGRAFICO DE LA POBLACIÓN ANCIANA.

Mundial

Al paso de los años, se ha visto menor tendencia mundial hacia una menor fecundidad y la mayor esperanza de vida han elevado el fenómeno del envejecimiento de la población a un nivel jamás imaginado. El envejecimiento de la población se asocia por lo general con los países más industrializados de Europa y América Latina del norte, donde en muchos de ellos más de una quinta parte de la población tiene más de 60 años. Este aumento ha provocado diversos debates sobre temas tales como costo del seguro social, atención a la salud y la inversión educativa, que está directamente relacionados con los cambios en la estructura de edad de la población. Actualmente muchos países en desarrollo están experimentando cambios en la estructura por edad, y se registran también debates sobre la inversión económica y la capacidad de los gobiernos para mejorar el bienestar económico de sus ciudadanos ancianos.

El Caribe, es considerada la región más vieja del mundo, "ya que el 9% de su población total tiene más de 60 años". En América central y América del Sur se presenta una estructura de edad más joven, ya que el "6.9% de la población total es de 60 y más años. Este porcentaje es inferior a la cifra correspondiente a Asia en su totalidad, pero mucho mayor que para África y el Oriente Medio. Las tasas correspondientes a Europa y América del norte son 16.8 y 19.1%, respectivamente, y va en aumento". Con lo anterior, se intuye que cuando los países no industrializados sobresalgan se experimentará la misma situación. (Anzola, 1994).

"En el año de 1975, la población total en el mundo registra 4.033 millones de habitantes, de los cuales 343 millones tenían más de 60 años de edad. Para el año 2000 se calculó una población mundial de 6,199 millones de habitantes y los

mayores de 60 años serían 579 millones, esta cifra representa un incremento de casi un 100%. Estos datos corresponden al 11.13% de la población mundial de viejos. Para los países desarrollados los viejos representan el 16%. América latina y el Caribe cuenta con un 7.2% de ancianos. Se calcula que para el año 2025 estas zonas geográficas incrementarán un 400% (Lozano, 2000). Geográficamente la mitad de esta población está centrada en los países desarrollados, ocasionando una disminución de los servicios de salud y asistencia social.

La transformación demográfica en América Latina y en otros países se hace evidente a partir de la segunda guerra mundial, cuando los avances científicos y tecnológicos crecen en forma acelerada y se aplican políticas de salud específicas para el control de las enfermedades infectocontagiosas mediante campañas de vacunación masivas y mejoría de los servicios de salud logrando disminuir la mortalidad infantil y adulta. Actualmente los ancianos necesitan mayor atención de salud que los más jóvenes, obligando a los gobernantes hacer frente a los problemas de atención a largo plazo.

Nacional

México no escapa de los cambios demográficos, lo cual es considerado como un país en plena transición demográfica por su crecimiento poblacional acelerado, ocasionando que cada 20 años la población se duplique desde la tercera década del siglo pasado.

La estructura demográfica de México, no siempre ha presentado trayectoria incontrolada, se han visto mejorías de acuerdo a los cambios políticos, sociales, económicos y culturales que se presentan en el país. Diversos factores han contribuido a promover este cambio, entre los que destacan las acciones educativas y en favor de la salud así como la disminución de la mortalidad, y con mejores oportunidades en la calidad de vida y bienestar. Estos cambios llevan gradualmente a un envejecimiento demográfico que se expresa

en el incremento de las personas en edades avanzadas. Estadísticamente, el crecimiento poblacional que se ha observado en el país y de lo que se espera, indica una disminución proporcional de los niños y los jóvenes, siendo expresada por los cambios demográficos que viene ocurriendo en el país desde hace varias décadas.

Es importante hacer mención sobre la velocidad creciente del envejecimiento ante la población en general. En los "50 primeros años, de 1930 a 1980, la población se multiplicó por 3.9, al pasar de 16.902 millones a 66.559 millones, al mismo tiempo que la población de (65 o más años) se multiplicaba por 5.3, pasando de 445 mil en 1930 a 2.342 millones en 1980" (Fajardo, 1999) Para las décadas, de 1980 a 2030, por proyecciones demográficas, se espera una disminución en el crecimiento de la población total, esperando que de "130.329 millones, el factor multiplicador de este total desciende a 2.0; en cambio con los 15.231 millones de personas que integran el grupo de (65 y más años) el factor se eleva a 6.5" (Fajardo, 1999).

Ante tal situación México necesita enfrentarse al rápido crecimiento de la población de la tercera edad, la cual se estima en "5.7 millones y, de acuerdo con las proyecciones del CONAPO, aumentará a 6.8 en el año 2000 y a 9.8 millones en el 2010", en promedio 3.5% anual (CONAPO, 1998). De la misma manera, los 3.6 millones de personas económicamente inactivas de la tercera edad, que equivalen el 10% de las personas de la tercera edad aumentará ocasionando mayor carga por trabajador. Al modificarse los grupos de edad, se aprecia un cambio en la pirámide poblacional en relación con la transición demográfica que sufre el país, dando lugar a una pirámide con base estrecha y cúspide progresivamente ancha hacia su vértice. La disminución de la mortalidad ha sido el factor demográfico para el rápido incremento de población anciana: "entre los nacidos en 1930, menos de la mitad (48%) sobrevivieron a los 60 años de edad; en cambio, para la generación de 1960 se espera que tres cuartas partes (75%) lo hagan; y se prevé que más del 90% de los nacidos en 1995 llegarán a esa edad.

Al analizar la distribución de los adultos mayores con relación al medio en que viven, rural o urbano, se aprecia una mayor concentración de este grupo en el medio urbano, con 3.4 millones de personas, contra 1.5 millones que radican en el medio rural lo cual es causado en gran medida por la migración de los más jóvenes en busca de lugares de mayor oportunidad laboral" (Fajardo, 1999).

2.2 LA FAMILIA Y EL ANCIANO EN MEXICO

La familia mexicana

La familia es considerada como el núcleo original y primario donde se desenvuelve el hombre, lo protege y lo relaciona al exterior con otros individuos. Conocer las estructuras de la familia y sus funciones facilitara la detección de sus necesidades principales, facilitando un diagnostico para prevenir, tratar e investigar los problemas emocionales, considerando a la familia como un elemento de salud o causa de un problema.

La importancia de la familia vista por enfermería, se condiciona al enfoque del proceso de salud y enfermedad, donde el individuo deja de ser visto como un objeto, se busca conocer mas sobre sus factores psicológicos y sociales, los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo. Para Santacruz (1986), "el ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales.

Funciones de la familia.

Toda familia tiene su historia, donde nace, se reproduce, se desarrolla y también muere. El funcionamiento de la familia se basa principalmente en dos mecanismos: el equilibrio entre sus miembros y la comunicación. Ambos dan lugar a la formación de funciones del padre, de la madre, de los hermanos, etc. ya que ayudan a entender y manejar un problema dado y ayudan a resolverlo. En la red de comunicación, se tiene un papel importante en la salud o enfermedad del individuo. En ella la familia realiza su código de mensajes, y cada miembro sigue el código, para ser aceptado.

El resultado entre ambos mecanismos es la aparición de los roles en la familia, los cuales determinan que funcionen bien las cosas en ella. "La ausencia de una función clásica como la del padre o la madre o bien el que un miembro

tome el papel del otro determinará que todos sufran las consecuencias. La familia a manera de pequeña sociedad es la arena donde se permite ensayar y fracasar en un ambiente de protección, de tolerancia, de firmeza y de cariño" (Estrada, 1997).

Para algunos, la vida es una experiencia compartida; donde el individuo vivir solo o aislado no puede, y quien lo hace se desintegra como ser humano, aunque algunas veces convivir en familia no es la mejor opción. Para Ackerman, la familia es "la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, también es la unidad básica de la enfermedad y la salud." (Santacruz, 1986).

La familia formada por los padres, los hijos y algún otro familiar consanguíneo es una familia extendida. Dentro de ella, habrá funciones internas o externas. Las externas transmitirán al individuo valores culturales, para lograr una aceptación social y a su vez pueda transmitirla a través del tiempo. En cambio, las funciones internas de la familia habrá una protección biológica, psicológica y social del individuo. Ambas proporcionarán una seguridad psíquica, la satisfacción sexual de los cónyuges, la seguridad física de sus miembros, la procreación, la socialización, la contribución a la economía y la transmisión de costumbres.

Los ancianos en México.

En México la dependencia de los ancianos se debe principalmente a la limitación de sus capacidades físicas, mentales, económicas y sociales asociadas al avance de la edad, pero ello no quiere decir que toda la población anciana es dependiente puesto que se ha visto que muchas personas ancianas tienen autonomía y capacidad para valerse por ellas mismas. Existen cambios sociales y culturales de la vejez, vinculadas a la vida misma, como son el ser abuelos o quedar en la viudez. Los factores económicos y sociales en el envejecimiento se presentan por el abandono de responsabilidades y cambios en los roles familiares y sociales, al retiro de la actividad en general. Otros factores de la vejez y de hecho los más importantes son los condicionados a los problemas de salud por enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes, dando pauta a

un deterioro generalizado, influyendo a muchos problemas de salud. La dependencia sobre las edades intermedias será cada vez menor de parte de las edades jóvenes y cada vez más alta por parte de las edades mayores.

En el aspecto sociodemográfico de México, el envejecimiento estará determinado por el funcionamiento social y económico, ya sea individual o colectivo. La responsabilidad hacia la vejez, como se ha mencionado, representa grandes cargas económicas y sociales, a inversa de que fueran hijos y jóvenes. Un panorama global sobre los hijos sobresale la idea de su sostén y cuidado, es parte de la felicidad y esperanza sobre el ser padres y más cuando son deseados, se conoce de antemano las responsabilidades que con lleva dentro del ámbito educativo, de salud en las diferentes etapas de desarrollo que se presentan. Por otro lado, las obligaciones por parte del gobierno son dentro del ámbito educativo y de salud dado que los niños son el futuro de México.

Para los ancianos, los problemas económicos y de salud no son predecibles con exactitud, provocando que la cantidad de atención y cuidados requeridos no sean lo suficiente para su salud. Actualmente los cambios en la familia y en los valores tradicionales, hace evidente considerar a los ancianos como una carga, nunca esperada, ni deseada, que implica problemas económicos y sociales, que afectaran no solo al anciano, sino también en los demás miembros de la familia y en un panorama global a la sociedad y el gobierno. Su gran importancia, hace necesario tomar en cuenta la planeación económica y social, mejor conocidos como seguridad social y atención a la salud.

Esperanza de vida del anciano en México.

Todo el aspecto sociodemográfico de México, ya antes mencionado, da un panorama sobre las consecuencias a corto y largo plazo, para lo cual es necesario analizar otros aspectos, de vital importancia. Conforme una población envejece, hay cambios en él genero en la población, a pesar de que en los

inicios de la vida, los niños superan en número a las mujeres. La esperanza de vida y los riesgos que se encuentran durante la existencia del ser humano, empieza a modificarse a favor de las mujeres, que a partir de los 60 años sobrepasan al hombre de "88.97 hombres por cada 100 mujeres, llegando a 63 por cada 100 a los 80 años de edad, porción que al inicio de la natalidad era de 101.9 por cada 100" (CONAPO, 1998).

La urbanización de las sociedades y las condiciones socioeconómicas en diferentes estados y área metropolitana varían notablemente ya que en medio rural es mayor el número de ancianos varones laboralmente activos, y en las áreas urbanas, la participación de la mujer es más notable. Pero es mucho más notable las situaciones de pobreza y marginación en el país. Situación epidemiológica que debe de ir mas allá de la medición de la morbi-mortalidad para evaluar el impacto que se tiene sobre la calidad de vida existente en el anciano, como la discapacidad, incapacidad y fragilidad, que están ligados con la independencia o la muerte. En 1920 la esperanza de vida era de 30 años, ya que enfermedades infectocontagiosas (viruela, paludismo, tuberculosis, sarampión, diarreas y bronconeumonías) propiciaban muchas muertes. Con los avances científicos y tecnológicos, se obtuvo el empleo de vacunas, la introducción de drenajes y agua potable, y mayor cobertura de servicios de salud, el promedio de vida aumentó y continúa actualmente.

La esperanza de vida es el resultado de diversos factores, entre los que destacan: una disminución en las tasas de mortalidad, en particular la infantil y una reducción en las tasas de fecundidad. (García, 2000)

"La mayor aportación a la ganancia en la esperanza de vida proviene de la reducción de los padecimientos no transmisibles (0.73 y 1.12 años para hombres y mujeres, respectivamente); las ganancias en la vida media debido a la disminución por enfermedades transmisibles son similares en ambos sexos, 0.6 y 0.7 años. La disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares incrementó en 0.30 años la esperanza de vida de un varón de 60 años y en 0.53 años la de una mujer, el aumento en la propensión a fallecer por diabetes mellitus redujo en 0.18 años la vida media masculina al inicio de la tercera edad y en 0.28 años la

femenina. Este decremento en la esperanza de vida a los 60 años refleja el efecto que tiene la prolongación de la vida en los patrones epidemiológicos: los decesos prematuros por enfermedades transmisibles, que han sido evitados al ser "sustituídos" por padecimientos no transmisibles en la vejez, no se distribuyen proporcionalmente dentro del grupo de causas crónico-degenerativas, sino que hay ciertas enfermedades donde es mayor el riesgo de fallecer" (CONAPO, 1998).

Principales causas de morbi-mortalidad

El aumento de la población anciana acelera los cambios en la morbilidad y la mortalidad, al cambiar el predominio de las enfermedades infecto-contagiosas, que afectan esencialmente a los infantes, a otro en el que adquieren mayor peso que son las enfermedades crónicas y degenerativas, más frecuentes entre las personas de edad adulta o avanzada. La vejez, predispone a la fragilidad ante la salud, se presenta en tiempos, formas y consecuencias diferentes. Cada vez mas se presentan enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes., Con un deterioro lento y difuso en la salud física y mental. Al presentarse una enfermedad crónica va a ser una forma incurable y progresiva que a largo plazo proporciona sufrimiento, costo y necesidades de apoyo, que en los ancianos propicia mas a la muerte misma. En los últimos 25 años, las causas de muerte, (según por el registro civil en México) en la población anciana se observa una disminución en las incidencias, prevalencias y letalidades de las enfermedades transmisibles, y se incrementan las correspondientes a las enfermedades crónicas y degenerativas. Estadísticamente se muestran estos cambios, pero se calcula que continuara por algún tiempo.

"En el periodo comprendido entre 1970 a 1995, las enfermedades del corazón han sido la primera causa de muerte para ambos sexos. Siguen en importancia los cánceres, que en 1970 eran la tercera causa y que hoy día es la segunda. Un cambio notable se da en la diabetes mellitus, que de ser la octava causa en los hombres y la sexta en las mujeres en 1970, asciende a la tercera

posición en 1995. Las enfermedades cerebrovasculares han conservado su posición en alrededor del cuarto sitio. Todas estas causas son de carácter crónico y degenerativo. En cuanto a las enfermedades transmisibles, vale la pena hacer notar que en 1970 la segunda causa de muerte eran la neumonía e influenza, la cual descendió al quinto sitio. De la misma manera, las infecciones intestinales han descendido del cuarto sitio en los hombres, y del quinto en las mujeres, para ocupar el onceavo en 1995. Otras causas importantes de muerte son las enfermedades del hígado, en las cuales destaca la cirrosis, y que han ocupado alrededor del sexto lugar en hombres y el décimo en mujeres. Los accidentes han crecido en importancia, del lugar doceavo al séptimo en los hombres, y del décimo séptimo al noveno en las mujeres. Aparecen también con esta importancia la bronquitis, el enfisema y el asma, junto con las afecciones renales. (CONAPO, 1998)

Los derechos de los ancianos

Los derechos de los ancianos, sobrevienen de las normas internacionales de los derechos humanos. Son todos y cada uno de los derechos humanos, de primera, segunda y tercera generación. Ser anciano era un privilegio de una minoría, actualmente empiezan a ser una gran mayoría. Al ser un fenómeno relativamente nuevo sus grandes interrogantes siguen hoy sin resolverse tal es el caso de su relación con la natalidad.

Los derechos de los ancianos son los siguientes:

- ✓ El derecho a la igualdad.
- ✓ El derecho a la salud.
- ✓ El derecho a la seguridad personal frente a los malos tratos.
- ✓ El derecho a la intimidad.
- ✓ El derecho a una vivienda digna.
- ✓ El derecho a la seguridad social.
- ✓ El derecho a morir dignamente

Teorías del rol

Cada uno de los miembros de la familia tiene su papel o contraparte en papeles de uno o más de los miembros restantes. Cuando esa relación de papeles es adecuada, las relaciones interpersonales suelen ser armoniosas y existe sintonía entre el rol designado y los sentimientos subjetivos del que lo detenta.

Toda persona tiene un grupo de pertenencia (al cual pertenece) y otro de referencia que puede o no ser al que pertenece, pero que le sirve para usar sus normas de comportamiento, o bien para rechazarlas: son los grupos de referencia positiva o negativa, respectivamente (*Merton, 2000*)

Los factores condicionan que un individuo elija su grupo de referencia entre los grupos a los cuales pertenece, o no. Otro factor es qué se determina cuál de los diversos grupos pertinentes se seleccionará como grupo de referencia.

Rol del Padre

El anciano en su papel de padre, se mantendrá activo en su papel laboral y profesional, además de ser activo enseña y conoce sus obligaciones dentro de su familia. Siempre tiene presente sus normas de valores, con las que en la sociedad toma decisiones o hace evaluaciones sobre su estado. Todos los individuos sanos, aun en la ancianidad se mantienen activos y buscan diversos estímulos, para lograr una satisfacción con su existencia. En la vejez existe mas que una disminución general de las actividades, un proceso de sustitución, porque el medio social así lo demanda. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos o nietos pasan por distintas etapas. Desde la independencia y ayuda a los hijos o como recadero, cuando aparecen los problemas de salud, las relaciones se invierten. Para que no se pueda producir este cambio es necesario transformar la relación de padre-hijo en una relación de adulto a adulto. Si la relación entre los padres e hijos adultos ha sido madura, esta transición de los roles se hará sin problema.

"Las resistencias ante la transformación de roles que implica la madurez filial pueden provenir de cualquiera de las dos partes: Los hijos pueden insistir en la atribución de un rol omnipotente a los padres e impedirles de esta forma cierto grado de regresión y dependencia; los padres a su vez pueden aferrarse a los roles del pasado y negarse a cambiar su autopercepción, por ejemplo de figura de autoridad, por otra más real y actualizada" (Krassoievitch, 1998).

Rol del hijo

Los cambios en el rol se originan por los cambios que se producen en los hijos adultos, se dan cuenta de que sus padres están envejeciendo y que poco a poco se volverán dependiente de ellos (inversión del rol parental). Esta idea puede ser conflictiva para algunos hijos adultos que tienen el recuerdo de figuras parentales poderosas y sienten dificultad para asumir a su vez un papel de padre. Los cambios psicológicos que se producen por el cambio de papeles forman parte de un proceso evolutivo que recibe el nombre de madurez filial. La variación del comportamiento activo de los ancianos está relacionada con las variaciones individuales. "La tendencia a reducir actividades, observada en algunos ancianos, solo puede ser entendida tomando en cuenta las pautas previas de su comportamiento y las motivaciones que ofrece su entorno actual.

Rol del abuelo

El rol de abuelo se ha ido modificando y no siempre se ajusta al estereotipo clásico. El "abuelo" ya no es aquella persona pasiva sin vida propia ni actividad. Sin embargo no todo el mundo vive igual la vejez independientemente del modo en que se lleve la vejez, no hay nadie más interesado que el anciano en saber y decidir qué es lo que quiere hacer con su vida. La actitud frente a la muerte cambia con la edad. Dentro de los aspectos del desarrollo individual necesaria la aceptación de la realidad de la muerte. Frecuentemente es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una

vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

El anciano puede ser capaz de afrontar las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas) sin embargo las pérdidas afectivas caracterizada por la muerte de un cónyuge o familiar cercano van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad, el cual es difícil de superar.

2.3 LA SALUD DEL ANCIANO

Teorías del envejecimiento.

Las teorías biológicas del envejecimiento son la intrínseca y la extrínseca. La teoría extrínseca abarca factores del ambiente; la intrínseca se refiere a factores presentes en el organismo. Sin embargo se describen diferentes teorías biológicas del envejecimiento. (Kozier, 1999)

Tipo de teoría	Teórico	Descripción
Teorías del desgaste	Teoría del desgaste; Pearl (1924) Teoría del Índice vital; Pearl (1928) Teoría del estrés; Lamb (1977)	Propone que los seres humanos, como los automóviles, tienen partes iguales que se agotan con el tiempo y dan lugar a la vejez y la muerte. Propone que cuanto más rápidamente vive un organismo, más rápidamente muere. Propone que las células se agotan por su exposición a factores de estrés internos y externos, como traumatismos, sustancias químicas y formación de desechos naturales.
Teoría endocrina	Korenchevsky (1947)	Propone que los fenómenos que se producen en el hipotálamo y la hipófisis son los responsables de cambios en la producción y la respuesta hormonal, con el resultado de un declive del organismo.
Teoría de los radicales libres	Harman (1955)	Propone que la oxidación de los materiales orgánicos, como los hidratos de carbono y las proteínas, dan lugar a la formación de radicales libres (grupos de átomos) inestables. Estos radicales causan cambios bioquímicos en las células y estas dejan de poder regenerarse a sí mismas.
Teorías genéticas	Teoría de la secuencia programada; Hayflick (1961) Teorías de la catástrofe del error; Orgel (1963)	Propone que el organismo está genéticamente programado para un número predeterminado de divisiones celulares, a partir de las cuales las células del organismo mueren. Propone que cuando se produce una lesión de la síntesis proteica, se sintetizan proteínas defectuosas que se acumulan gradualmente y causan el declive progresivo del organismo.
Teoría de los enlaces cruzados.	Teoría del colágeno; Vertzer (1957). Teoría de los enlaces cruzados; Bjorkstein (1968)	Propone que el envejecimiento irreversible de proteínas como el colágeno es el responsable del fracaso último de tejidos y órganos. Propone que, según envejece la célula, las reacciones químicas crean fuertes enlaces o enlaces cruzados, entre las proteínas. Estos enlaces causan pérdida de elasticidad, rigidez y pérdida final de la función.
Teorías inmunitarias	Teoría inmunológica; Walford (1969) Teoría autoinmunitaria; Hallgren (1977)	Propone que el sistema inmunitario se vuelve menos eficaz con la edad, y que los virus que han sido incubados en el cuerpo se vuelven capaces de lesionar los órganos de éste. Propone que una disminución de la función inmunitaria puede causar un aumento de las respuestas autoinmunes y hacer que el cuerpo produzca anticuerpos que le ataquen.

Cambios biológicos en el envejecimiento

Conforme vaya envejeciendo una persona, se producen en ella una serie de cambios físicos, algunos pueden ser visibles y otros no. En el proceso del envejecimiento se deben tener en cuenta los factores que influyen en la satisfacción de las necesidades, ya que cada uno individualiza a la persona.

El envejecimiento se manifiesta con la pérdida del funcionamiento orgánico, pero se hace evidente cuando hay una pérdida orgánica y extensa, aproximadamente del 1% al año a partir de los 30 años, caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, tisulares y celulares que afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme.

- **Modificaciones celulares:**

Macroscópicamente se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células, hay un descenso de agua intracelular, aumento del tejido adiposo en donde hay un descenso del tejido adiposo superficial y un aumento del tejido adiposo profundo.

- **Envejecimiento en la piel:**

Hay alteración en la permeabilidad cutánea, disminución inflamatoria de la piel, disminución inmunológica, alteraciones en la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida en la elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y disminución de la producción de la vitamina D, palidez. En la epidermis hay variaciones en el tamaño, forma, y propiedades de las células basales, así como una disminución de melanocitos y de las células de Langerhans. En la dermis hay una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina. En la hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas.

- **Envejecimiento del cabello:**

Disminuye la velocidad de crecimiento del cabello, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso. Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones. Hay aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara, y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.

- **Envejecimiento en las uñas:**

El crecimiento continúa, sin embargo son más duras, espesas y más difíciles de cortar, además de que aparecen estrías por una alteración en la matriz ungueal.

- **Envejecimiento óseo:**

Hay una disminución de la masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, predisponiendo así a la osteoporosis senil o primaria, también se produce por sedentarismo, mala absorción o ingesta inadecuada de calcio, y pérdida por trastornos endocrinos, predisponiendo las fracturas y disminución en la fuerza y talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales. En los miembros inferiores, las articulaciones presentan desgastes y se desplaza el triángulo de sustentación corporal, lo que altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

- **Envejecimiento muscular y articular.**

Hay descenso en la masa muscular disminuyendo la fuerza, propiciando la disminución en la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción. Las articulaciones se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso. Otra forma de degeneración articular la constituye el crecimiento regular de los bordes de la articulación, dando lugar a deformidades y compresión nerviosa.

- **Envejecimiento del Sistema Cardiocirculatorio:**

Hay cambios en la estructura cardiovascular, el corazón algunas veces llega a sufrir atrofia, ya sea moderada o de gran importancia, disminuye su peso y volumen. Es evidente un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, aunque sólo está aumentado en individuos hipertensos. El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata y se alarga, ello no es atribuible al proceso ateroscleroso, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de calcio. Se llega a presentar rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. Algunas veces se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular. Existe retardo del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo. Existe un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada por el aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y aumento de la presión arterial.

- **Envejecimiento del Sistema Respiratorio:**

El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa. Hay disminución de elasticidad pulmonar y ciliar bronquial, dando como respuesta una reducción de la capacidad respiratoria máxima, volumen respiratorio fijo y de la capacidad, además de la disminución del reflejo túsigeno. Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a la distensibilidad de la pared torácica y pulmonar. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debido a la pérdida del número y calibre de los capilares interalveolares con una disminución

de la presión parcial de oxígeno en sangre (PO_2), afectando así la ventilación pulmonar y difusión alveolocapilar. La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la xifosis y el aplastamiento vertebral. Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno.

- **Envejecimiento del Aparato Digestivo:**

Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, disminución del tamaño y funcionalidad del hígado. La pérdida de piezas dentaria dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyendo a la sequedad bucal y sensación gustativa.

- **Envejecimiento del Sistema Genitourinario:**

Hay pérdida de la masa renal principalmente cortical, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270gr a 180-200gr. En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simple, los vasos pequeños no aparecen afectados. El flujo sanguíneo renal disminuye, pérdida de volumen y capacidad para concentrar la orina. Hay debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual. Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones. En la mujer disminuyen de tamaño y se vuelven flácidos los senos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.

- Envejecimiento del Sistema Endocrino e Inmunológico.

La secreción hormonal disminuye con la edad, por dos motivos: el descenso de la producción hormonal (pérdida de estrógenos y progesterona) y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas. Hay una disminución a la tolerancia de glucosa. Hay ausencia de secreción de hormona tiroidea, disminución funcional en las células T, aumento de los anticuerpos y de la autoinmunidad. Clínicamente hay susceptibilidad a infecciones y neoplasias.

- Envejecimiento del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos:

El grado de pérdida celular varía en las distintas partes del cerebro. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y hay disminución de los movimientos. En el ámbito funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc.) En la vista la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratitis seca. La conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea. En la esclerótica se depositan sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil. Hay un agrandamiento del cristalino propiciando la pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbiopía). La secreción lagrimal disminuye de cantidad y calidad.

En el oído existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. El gusto y el olfato suelen estar disminuido por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua, y el nervio olfatorio se degenera. La nariz se ve aumentada de tamaño por crecimiento continuo del cartilago y en el varón proliferan los pelos. El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas.

Deterioro funcional en el anciano

Sobrepasar los 60 años e iniciar cambios característicos de la tercera edad como el retiro de la actividad económica o la viudez, no implican necesariamente la pérdida de autonomía y el deterioro de la calidad de vida. Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México 1994 (CONAPO y DIF, 1994), hay indicios de deterioro funcional de las personas a partir de los 60 años de edad. Tomándose en cuenta dos categorías excluyentes:

- Deterioro en actividades básicas o de movilidad en el interior de la vivienda (actividades básicas). Con incapacidad para realizar alguna actividad: desplazarse entre las habitaciones de su vivienda, llegar al inodoro a tiempo, bañarse, vestirse y desvestirse, entrar y salir de la cama o alimentarse.

- Deterioro en movilidad al exterior de la vivienda.

El aumento de personas con deterioro funcional y menor realización de las actividades básicas conforme avanza la edad, es evidente, sin embargo, llama la atención que predomina en las mujeres, sobre todo a partir de los "85 años: 86.8% en las mujeres frente a 59.7% en los varones" (CONAPO, 1998).

Demográficamente hay mayor proporción de individuos con deterioro funcional en las localidades rurales y entre las personas que no son derechohabientes de los distintos sistemas de seguridad social. Todas las investigaciones que se han realizado son manipuladas dado que al centrarse en áreas urbanas con mayor calidad de vida, se refleja un mayor bienestar de lo que han gozado los residentes de las ciudades a lo largo de su vida, lo cual les ha permitido alcanzar mejores condiciones para enfrentar la vejez.

"Al sobreponer las proporciones de personas de 60 años o más con algún tipo de deterioro funcional en 1994 a las proyecciones de población del CONAPO, se tiene que el volumen de esta población crecería de 1.94 millones en 1994 a 3.55 en el 2010. Las personas que padecen de algún deterioro en actividades de movilidad exterior aumentaría de 1.24 millones en 1994 a 2.27 en el 2010; y las

personas con limitaciones en actividades básicas se incrementarían de 696 mil en 1994 a 1.28 millones en el 2010" (CONAPO, 1998) Esto sugiere la urgente necesidad de que la reforma de la seguridad social en México enfrente el desafío de ampliar la cobertura de las personas ancianas.

Medición de la funcionalidad en el anciano.

Medir la capacidad funcional brinda varias ventajas, como planificar los servicios de salud y social. La evaluación funcional detectará las disfunciones iniciales que se pueden presentar en un deterioro. Para una evaluación funcional es necesario estudiar las actividades de la vida diaria, y también el estado mental y físico de la persona así como las condiciones socioeconómicas y ambientales, aunque centremos la atención en la capacidad funcional del anciano.

Para poder medir la capacidad funcional se utilizan instrumentos que de una manera busca medir la funcionalidad del individuo y dentro de las pruebas que más se han validado se encuentran las creadas por Katz para las actividades básicas de la vida diaria y la de Lawton para medir actividades instrumentadas de la vida diaria; ambas se utilizaran para evaluar la funcionalidad del anciano en relación con el rol que desempeña en familias extensas.

Las actividades básicas de la vida diaria son:

- Bañarse
- Vestirse
- Ir al inodoro
- Levantarse
- Continencia
- Comer

Las actividades instrumentales de la vida diaria son:

- Uso del teléfono
- Salir de compras
- Preparación de alimentos
- Manejo de la casa
- Lavado
- Transportación
- Manejo de medicamentos
- Administración de dinero

La dependencia para las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales se relacionan con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de hospitalización.

"Las actividades básicas de la vida diaria miden los niveles más elementales de función física. La alteración de estas funciones se produce de forma ordenada e inversa a la adquisición de ellas en la infancia y presuponen un deterioro importante" (Fleites, 1995). El instrumento de las actividades básicas de la vida diaria, se considera el más adecuado para las personas ancianas ya que se encuentran dentro de una etapa transitoria de la independencia a dependencia. Para calificarse, se marca el cuadro pequeño que describa mejor al anciano en cada actividad, con base a sus respuestas, y luego se vé el índice para obtener una calificación: la A constituye la calificación más alta, y la G, la más baja) para el paciente. El índice es útil para determinar el efecto que ejercen las enfermedades en el funcionamiento y para tomar decisiones acerca del tratamiento. La escala de las actividades instrumentales de la vida diaria indaga sobre los primeros indicios de una disminución en la independencia del anciano. Su evaluación consiste en que la primera respuesta en todos los casos indica independencia la última dependencia. La puntuación máxima es 8 indicando una independencia, aunque de las preguntas 3 a la 5 son específicas para el género y hay que adaptarlas según se trate de un hombre o una mujer.

2.4. FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

Generalidades

Para Henderson la enfermería es: La función que desempeña una enfermera ayudando al cliente sano y/o enfermo apoyándolo en actividades que contribuyan su salud, recuperación y/o muerte tranquila, que él realizaría sin apoyo si tuviese la fuerza, voluntad y conocimiento necesario, "hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible" (Henderson, 1994)

Los principales elementos de su teoría son:

- La enfermera apoya al cliente en las actividades básicas para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad y/o morir en paz.
- Desarrolla el criterio de independencia/dependencia y causas del problema del cliente en la valoración de la salud.
- Identifica al cliente como un ser integral, completo e independiente que tiene 14 necesidades básicas que forman cuidado enfermero.
- Hay paralelismo entre las 14 necesidades de Henderson y las necesidades de Maslow, donde:

Necesidades fisiológicas	-Necesidad de oxigenación. -Necesidad de nutrición e hidratación -Necesidad de eliminación -Necesidad de moverse y mantener buena postura. -Necesidad de descanso y sueño -Necesidad de termorregulación
Necesidades de seguridad y protección	-Necesidad de higiene y protección de la piel -Necesidad de evitar peligros. -Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
Necesidad de amor y pertinencia	-Necesidad de comunicarse
Necesidad de autoestima	-Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
Necesidad de autorrealización.	-Realización personal. -Necesidad de participar en actividades recreativas. -Necesidad de aprendizaje.

Concordando en que " la percepción de una necesidad por parte de una persona y su respuesta para satisfacerla pueden verse afectadas por normas culturales, por estímulos externos e internos, y por prioridades autodeterminadas. Los factores positivos que afectan a la satisfacción de las necesidades son: una postura sana del cliente sobre el continuo bienestar-enfermedad, la presencia de relaciones de apoyo, un buen autoconcepto, y el logro satisfactorio de las etapas de desarrollo" (Kozier, 1999).

Virginia Henderson, se apoyó mucho en los postulados de Florence Nightingale e incorporó en su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería.

Conceptos

La teoría de Henderson está formada por conceptos y proposiciones tomando en cuenta todos aquellos fenómenos que contribuyen al estado biopsicosocial del cliente, clasificándose en cuatro grupos:

1. Persona.
2. Salud
3. Entorno y el
4. rol profesional de enfermería.

Razón que la presente investigación se enfocó en el "Rol y Funcionalidad del Anciano en las Familias Extensas Mexicanas del Municipio de Atizapán",

Persona

Las necesidades son parte de todo individuo sano o enfermo, cada uno es único, teniendo la habilidad y capacidad de satisfacerlas a lo largo de su vida. Si se percibe de forma holística, el desarrollo de las necesidades en los ancianos brinda una visión general del ser humano y proporciona una parte de la realidad como persona, con el fin de valorar al anciano como un todo.

Las necesidades básicas para Henderson son:

- 1 Necesidad de oxigenación
- 2 Necesidad de nutrición e hidratación
- 3 Necesidad de eliminación
- 4 Necesidad de moverse y mantener buena postura.
- 5 Necesidad de descanso y sueño
- 6 Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- 7 Necesidad de termorregulación
- 8 Necesidad de higiene y protección de la piel
- 9 Necesidad de evitar peligros
- 10 Necesidad de comunicarse
- 11 Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12 Realización personal.
- 13 Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas.
- 14 Necesidad de aprendizaje

Salud.

Tomando la filosofía de Henderson, los ancianos como individuos poseen diversas capacidades y recursos, sean reales o potenciales, que se deben de buscar y lograr al máximo su independencia para un estado adecuado de la salud. Cuando no se llegan a presentar actividades adecuadas, aparece la dependencia relacionada con la falta de fuerza, conocimiento y/o voluntad.

Entorno

Se analizará de acuerdo a " la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados" (Femández, 1993).

Las relaciones del anciano con la familia cambian, las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. En la primera el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. En la segunda etapa son evidentes los problemas de salud problemas de salud, las relaciones se invierten.

Las necesidades básicas para Henderson son:

- 1 Necesidad de oxigenación.
- 2 Necesidad de nutrición e hidratación
- 3 Necesidad de eliminación
- 4 Necesidad de moverse y mantener buena postura.
- 5 Necesidad de descanso y sueño
- 6 Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- 7 Necesidad de termorregulación
- 8 Necesidad de higiene y protección de la piel
- 9 Necesidad de evitar peligros
- 10 Necesidad de comunicarse
- 11 Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12 Realización personal.
- 13 Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas.
- 14 Necesidad de aprendizaje.

Salud.

Tomando la filosofía de Henderson, los ancianos como individuos poseen diversas capacidades y recursos, sean reales o potenciales, que se deben de buscar y lograr al máximo su independencia para un estado adecuado de la salud. Cuando no se llegan a presentar actividades adecuadas, aparece la dependencia relacionada con la falta de fuerza, conocimiento y/o voluntad.

Entorno

Se analizará de acuerdo a " la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados" (Fernández, 1993).

Las relaciones del anciano con la familia cambian, las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. En la primera el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. En la segunda etapa son evidentes los problemas de salud problemas de salud, las relaciones se invierten.

Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

Diagnósticos propuestos

Henderson planteo criterios acerca del entorno, la salud, persona y cuidados, aunque no se defina ninguna necesidad se han identificado las 14 necesidades básicas del cliente. Cuando la enfermera identifica las necesidades, y los problemas se da inicio a los diagnósticos de enfermería. El modelo de Henderson como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del PAE.

En las etapas de valoración y diagnóstico sirve como guía en la captura de datos y en el análisis y síntesis de los mismos, en esta etapa se determina:

- El grado de independencia ó dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades
- Las causas que alteran la necesidad.
- La relación de una necesidad con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas identificadas.

En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de los objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas. En la elección del modo de intervención más adecuado a la situación.

Programa preventivo de enfermería

Al hablar de enfermería, tendemos a dar importancia a la prevención y promoción de la salud. Sin embargo es de vital importancia tomar conciencia que en las últimas décadas, la estructura y organización social y familiar han cambiado rápidamente. Constantemente hay grandes transformaciones en la

fuerza de trabajo, la pobreza y la marginalización de la población, entre otros fenómenos sociales que se dan en un escenario general caracterizado por las presiones económicas. Estas circunstancias, sin duda, han influido los valores sociales y prioridades, afectando la valoración social del anciano, especialmente del anciano pobre y su papel en la sociedad, en una estructura familiar diferente y heterogénea.

Los ancianos representan gran parte del patrimonio cultural de una nación, interés que se debe de reforzar continuamente, así como la observación de los logros. Sin lugar a dudas buscar nuevas propuestas para lograr la preservación de la independencia del anciano es un reto para enfermería, no sin antes identificar la funcionalidad del anciano y el rol que desempeña en familias extensas del área metropolitana. A continuación se citan ciertos planes a desarrollar en el anciano, para la promoción de la salud de los adultos mayores y mejorar su bienestar físico, psíquico y social, mediante un enfoque integral.

- Prevenir enfermedades y dar asistencia a una adecuada atención primaria y hospitalaria de gran cobertura nacional en los servicios geriátricos.
- Proporcionar servicios sociales de acuerdo a las necesidades de los ancianos sin importar su condición funcional, el lugar de residencia y apoyar su convivencia familiar.
- Facilitar el acceso a manifestaciones culturales y fomentar el empleo creativo del tiempo libre para mejorar su calidad de vida.
- Incrementar en la población en general el conocimiento sobre el envejecimiento de la población, así como el reconocimiento de los valores y cultura que representan las personas ancianas.

- Actualizar diagnósticos de la situación de variables demográficas, sociales, sanitarias, económicas, etc., relacionadas con los ancianos.
- Crear y apoyar las casas de día o de descanso a los ancianos según las necesidades y demanda detectadas localidad o municipio con una adecuada calidad de sus prestaciones.
- Realizar campañas sanitarias con relación a las principales enfermedades de mayor incidencia en la población anciana ya sean agudas ó crónicas.
- Integrar grupos de trabajo que apoyen al funcionamiento de distintos organismos, comisiones de apoyo de diversas instituciones etc. Por ejemplo que se acerquen brinden su apoyo, experiencia y amor ... a niños de la comunidad carenciados, o sin familia, integrándose en experiencias de convivencia intergeneracional.
- Apoyar la rehabilitación de otros ancianos con discapacidad actuando como voluntariado de trabajos social y apoyar de esta forma la solidaridad grupal, manteniéndose activos y previniendo asimismo, enfermedades y discapacidades.
- Los recursos más habituales suelen ser: vivir en varias familia donde el anciano debe realizar una rotación establecida, pero flexible, en casa de diversos parientes. Y vivir en casa propia con independecia, aunque aveces es necesario la intervención de un cuidador familiar.

III. METODOLOGÍA

3.1 HIPÓTESIS

- H1. La funcionalidad del anciano se relaciona con el rol que desempeña en la familia.
- Ho. La funcionalidad del anciano no se relaciona con el rol que desempeña en la familia.

3.2 VARIABLES E INDICADORES

INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Familias extensas y nucleares • Anciano 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad • Rol

Definiciones

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
ANCIANO	A los individuos mayores de 60 años se les llaman personas mayores, adultos, adultos mayores, viejos, de la tercera edad. (FAJARDO, 1999)	Persona mayor de 60 años, de ambos sexos que se encuentra en la última fase del ciclo vital de la vida
FAMILIAS EXTENSAS	Los parientes de las familias nucleares (padres e hijos), como por ejemplo los abuelos o las tías y tíos comprenden las familias extensas. (KOZIER, 1999)	Individuos relacionados sanguíneamente que viven bajo un mismo techo ya sean los cuidadores o familiares cercanos con los que mantiene una mayor relación social el anciano.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<i>FUNCIONALIDAD</i>	El funcionamiento es el resultado de las habilidades innatas del paciente y el ambiente que sustenta las capacidades de realizar sus actividades de la vida diaria e instrumentales (KANE, 1999)	Tener la capacidad de satisfacer sus necesidades básicas de la vida como bañarse, cambiarse, ir al baño, comer solo, salir solo, sin la necesidad o ayuda de otra persona. Las actividades de la vida diaria pueden mostrar como el anciano enfrenta su entorno físico. Las actividades instrumentales de la vida cotidiana permite evaluar las capacidades del anciano que debe realizar con éxito todos los días para seguir siendo independiente.
ROL	Un conjunto de expectativas sobre la conducta que asumirá el anciano, que ocupa un puesto respetuoso a otra persona que ocupa otro puesto (ROY, 1984)	<p>HIJO: El anciano como hijo es aquel que puede presentar, obediencia, posición sumisa con respecto a la autoridad de otro que es proveedor, dependiente total o parcial de acuerdo a su capacidad intelectual y actitud social, no aporta económicamente.</p> <p>PADRE: El anciano como padre es aquel que manda, enseña, es activo, con solvencia económica, cría, educa y mantiene a otros.</p> <p>ABUELO: Presenta una posición sumisa con experiencias previas que le permiten dar opinión o consejo, cuida a otros pequeños, hace mandados domésticos, dedica más tiempo a su persona y conocer lugares o personas, además de que puede ser dependiente o no económicamente de alguien.</p>

3.3. PROCESADO DE LA INFORMACIÓN

Los datos se procesaron en cinco categorías, las cuales se presentaron en tablas, cuadros y gráficas. Para lograr la comprobación de la hipótesis, se utilizaron análisis estadísticos integrados en el programa SPSS para Windows versión 10. Las categorías suman 51 variables con un total de 205 valores.

Las categorías fueron:

- Ficha de identificación
- Cuestionario del Rol y Funcionalidad del Anciano en Familias Mexicanas del Municipio de Atizapán
- Rol del Anciano
- Escala de actividades básicas de la vida diaria (Katz).
- Escala de las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton).

La recopilación de los datos obtenidos por los instrumentos de evaluación Katz, Lawton y el Rol del Anciano, facilitaron el procesamiento de los mismos, es decir, que por codificación estadística usada en la presente investigación se realizaron las conclusiones con relación a la hipótesis planteada: *La funcionalidad del anciano se relaciona con el rol que desarrolla en la familia.* El método usado para la comprobación de la hipótesis, fue por tablas de contingencia para medir la relación entre las variables nominales por la chi cuadrada de Pearson (X^2).

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo porque enunció las características del fenómeno de estudio, y correlacional porque se identificaron las relaciones entre el rol del anciano y su funcionalidad.

La población la constituyó todos los ancianos mayores de 60 años y la muestra fue por conveniencia en ancianos con los criterios de inclusión del estudio, los cuales fueron: ancianos mayores de 60 años, residentes del área metropolitana específicamente del municipio de Atizapán, que presentarón enfermedades crónico degenerativas, que vivieran dentro de una familia extensa ó nuclear, que aceptarón la encuesta completa y no presentarón discapacidad física mayor.

El procedimiento contó con las siguientes propiedades:

- Planteamiento del problema, por experiencias vividas con el Anciano y su familia en anteriores prácticas de enfermería.
- Recopilación bibliográfica para una adecuada elaboración y proceso del problema planteado, en libros especializados y de revistas.
- Realización del protocolo siguiendo diversos modelos.
- Elaboración del instrumento de valoración sobre " La funcionalidad del Anciano en relación con el rol en familias extensas mexicanas", a partir de la definición de la hipótesis y sus variables.
- Identificación de los sujetos de estudio.
- Se aplicaron 3 instrumentos para lograr obtener los datos necesarios para el estudio realizado.
 1. – "Actividades básicas de la vida diaria" (Katz), que consta de 6 reactivos de opción múltiple
 2. – "Actividades instrumentales de la vida diaria" (Lawtón), que consta de 8 reactivos de opción múltiple, y la
 3. - "Funcionalidad del anciano en relación con el rol que desempeña en familias extensas mexicanas", realizado para este estudio por Alma N. Pérez (2001)
- Procesamiento de datos, en SPSS para Windows versión 10.
- Comprobación de la hipótesis por medio del análisis de los resultados.
- Realización de las conclusiones y recomendaciones, conforme a los datos obtenidos en el análisis.

3.5. ETICA DEL ESTUDIO

Se cubren los aspectos más relevantes, conforme al reglamento de investigación para la salud que marca la Ley General de Salud en el título 2º.

" De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos".

Art. 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respecto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

Art. 14 La investigación que se realicen en seres humanos deberá, desarrollarse conforme a las siguientes bases

- I. Se ajustará a principios científicos y otros que la justifiquen
- IV. Deberán de prevalecer siempre probabilidades de los beneficios esperados sobre riesgos predecibles.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.
- VI. Deberá ser realizado por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con el consentimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de autoridades sanitarias competentes.

Art. 16 En las investigaciones en los seres humanos se protegerá la privacidad del individuo identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Art 17 Se considerará como riesgo de investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento las intervenciones se clasifican en:

- Investigación de riesgo mínimo. Estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinario; ... pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipula la conducta del sujeto de investigación.

Art 18 El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación y así lo manifesté.

Art. 20. Se entiende por conocimiento informado al acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá con la capacidad de elección y sin coacción alguna.

IV. RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En cuanto a la *edad* de los ancianos el 13.3% correspondieron a 78-83 años, sin embargo se observó que en los rangos de edad de 60-65, 66-71, 72-77 años con valores del 23.3% cada uno. Referente al *sexo*, el 83.3% correspondió al sexo femenino, el resto (16.7%) fueron del sexo masculino. Del *nivel académico* llamó la atención que la mayor parte (43.3%) de los ancianos contaron con educación primaria, en orden decreciente el 26.7% son analfabetas y el 3.3% cuenta con secundaria. De acuerdo al *estado civil*, el 66.7% permanecen casados, mientras el 6.7% ha sido abandonado por su pareja. Respecto a la *ocupación*, más de la mitad (70%) se dedican al hogar y el 3.3% no realiza ninguna actividad o están jubilados. Considerando el *numero de enfermedades* que padecen los ancianos, el 36.7% tienen entre una y dos enfermedades y el 3.3% presenta mas de una; siendo los padecimientos mas frecuentes, las enfermedades crónico degenerativas con el 40% y en menor frecuencia enfermedades neurológicas y musculoesqueleticas con el 3.3%. Se observa que el 20% presenta al mismo tiempo varios grupos de enfermedades crónicas y gastrointestinales.

FUENTE: Cuestionario del Rol y Funcionalidad del Anciano en Familias Mexicanas del Municipio de Atizapán, Pérez A. 2001.(CRFAFMA)

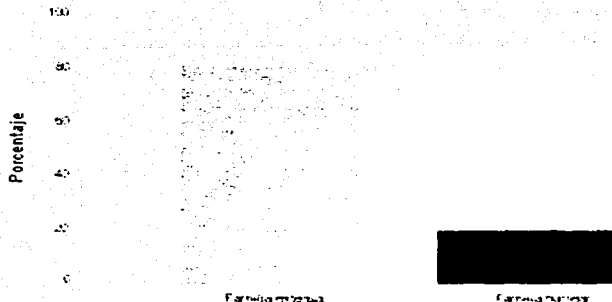
Cuadro No. 1
TIPO DE FAMILIA EN QUE VIVEN LOS ANCIANOS
DEL MUNICIPIO DE ATIZAPAN

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familia Extensa	24	80.0%
Familia Nuclear	6	20.0%
Total	30	100.0%

FUENTE: Cuestionario del Rol y Funcionalidad del Anciano en Familias Mexicanas del Municipio de Atizapán; Pérez A. 2001. (CRFAFMMA)

Descripción: De acuerdo al tipo de familia en que vive el anciano, el 80% pertenece a las familias extensas, en cambio el 20% restante esta dentro de una familia nuclear.

Grafica 1
Tipo de Familia en la que viven los ancianos



**Cuadro No. 2
PARENTESCO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON LOS
ANCIANOS**

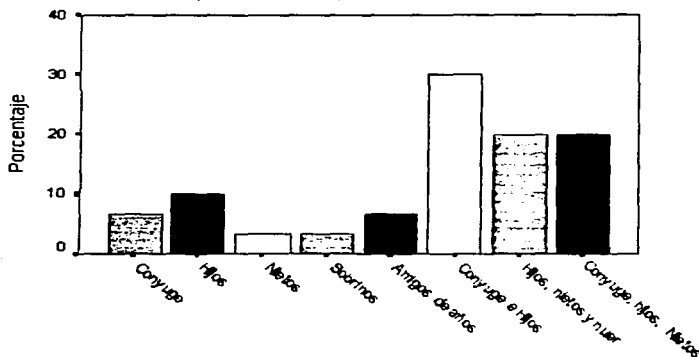
PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
• Cónyuge	2	6.7%
• Hijos	3	10.0%
• Nietos	1	3.3%
• Sobrinos	1	3.3%
• Amigos	2	6.7%
• Cónyuge e hijos	9	30.0%
• Hijos, nietos y nuera/yerno.	6	20.0%
• Cónyuge, hijos, nietos y nuera o yerno.	6	20.0%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: CRFAFMMMA

Descripción: En el 30 % de los casos, los ancianos viven con su cónyuge e hijos; mientras el 20% vive con sus hijos, nietos y nuera o yerno, otro 20% con su cónyuge, hijos, nietos y nuera o yerno y el menor porcentaje que es el 3.3% solo vive con nietos o sobrinos.

Grafico 2

Parentesco de las personas que viven con los ancianos



**Cuadro No 3
RELACIÓN ENTRE EL ANCIANO Y SU FAMILIA**

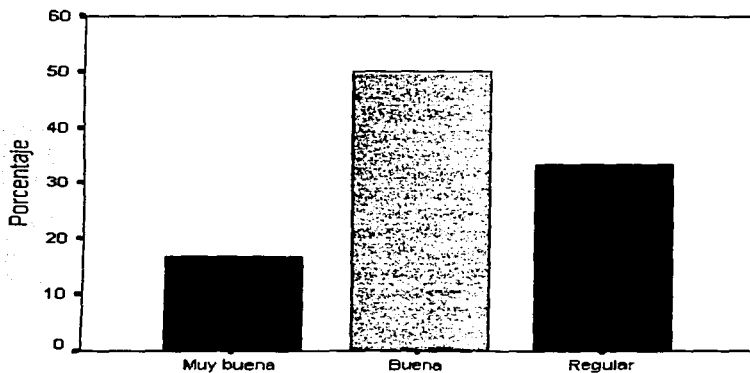
<i>RELACION</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Muy Buena	20	66.7%
Regular	10	33.3%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE CRFAFMMA

Descripción: En cuanto a la relación que mantienen los ancianos con su familia, en opinión de ellos es muy buena en el 66.7% de los casos y en el 33.3% opinó que regular.

Grafica 3

Relación entre el anciano y su familia



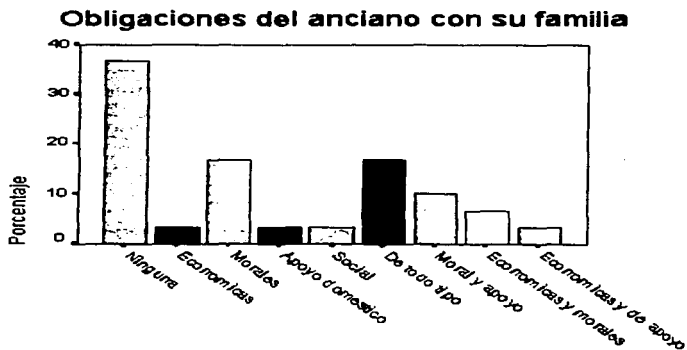
Cuadro No 4
OBLIGACIONES DEL ANCIANO CON SU FAMILIA

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Ninguna	11	36.7%
Económicas	1	3.3%
Morales	5	16.7%
Apoyo domestico	1	3.3%
Social	1	3.3%
De todo tipo	5	16.7%
Moral y apoyo domestico	3	10.0%
Económicas y morales	2	6.7%
Económicas y de apoyo domestico	1	3.3%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: CRFAFMM

Descripción: El 36.7% de los ancianos considera que no tiene ninguna obligación con su familia, contrario al 16.7% que refieren tener obligaciones de todo tipo incluyendo las morales, sin embargo las obligaciones de tipo moral sobresalen de forma mixta, haciéndose siempre presentes.

Grafico 4



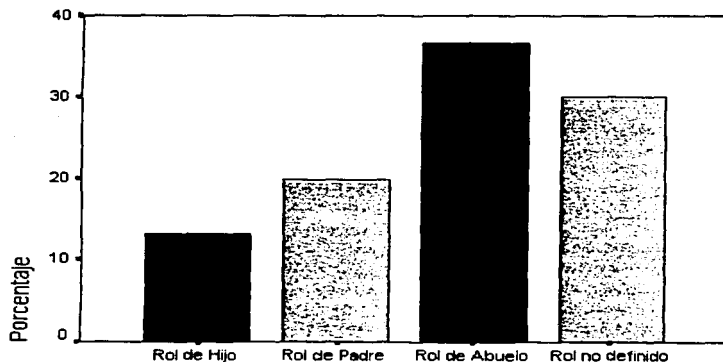
Cuadro No 5
ROL DEL ANCIANO EN SU FAMILIA

ROL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rol de hijo	4	13.3%
Rol de Padre	6	20.0%
Rol de Abuelo	11	36.7%
Rol no definido	9	30.0%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: CRFAFMMA

Descripción: De acuerdo a los datos obtenidos el 36.7% desempeña el rol de Abuelo, el 20% el rol de Padre contrario al 13.3% que corresponde al rol de hijo, sin embargo hay una cantidad importante del 30% para un rol no definido de acuerdo a los indicadores operacionales de cada pregunta.

Grafico 5
Rol del anciano en su familia



Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria KATZ

Cuadro No 6
BAÑO

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
No recibe ayuda, es independiente	27	90%
Recibe ayuda en mas de una parte del cuerpo.	3	10%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Katz S. et al. Studies of Illness in the aged. The indice of ADL, a standarize measure of biological and psychosocial function, 1963. (KATZ)

DESCRIPCIÓN: El baño como actividad básica en la vida diaria, solamente el 90% de los ancianos no reciben ayuda (son independientes), contrario a que el 10% recibe ayuda para lavar mas de una parte de cuerpo (no se baña solo).

Cuadro No 7
Vestido

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Saca la ropa y se viste sin ayuda.	27	90%
Recibe ayuda para sacar la ropa y vestirse	3	10%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Katz S. et al. Studies of Illness in the aged. The indice of ADL, a standarize measure of biological and psychosocial function, 1963. (KATZ)

DESCRIPCIÓN: El 90% de los ancianos saca la ropa de los armarios y cajones, incluyendo ropa interior/externo y utiliza prendas para ajustarse sin asistencia. Mientras el 10% recibe ayuda para sacar la ropa o vestirse completamente.

Cuadro No 8

ASEO

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Acude al sanitario solo, sin ayuda.	27	90.0%
Recibe ayuda para ir al baño, asearse y arreglarse	2	6.7%
No acude al sanitario	1	3.3%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: Katz S et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL a stadize measure of biological and psychosocial función. 1963 (KATZ)

DESCRIPCIÓN: El 3.3% de los ancianos no acuden al baño para el proceso de eliminación, incluyendo ir al baño, limpiarse y asear su ropa. Otro 6.7% recibe ayuda para ir al baño asearse y arreglarse. Mientras el 90% acude al sanitario sin ninguna asistencia.

Cuadro No 9

MOVILIZACIÓN

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Sube y baja de la cama sin ayuda.	27	90%
Sube y baja de la cama, se sienta con ayuda.	1	3.3%
No se levanta de la cama	2	6.7%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: Katz S et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL a stadize measure of biological and psychosocial función. 1963 (KATZ)

DESCRIPCIÓN: El 6.7% de los ancianos no se levanta de la cama aún con ayuda comparado, el 90% que se mueve dentro y fuera la cama o silla sin asistencia alguna aunque utilice algún objeto de apoyo como el bastón y el 3.3% se sube y baja de la cama, se sienta y levanta de una silla con ayuda.

**Cuadro No 10
CONTROL DE ESFINTERES**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Controla la micción y defecación completamente.	17	56.7%
Presenta accidentes ocasionales.	10	33.3%
Recibe supervisión en control de esfínteres	3	10.0%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: Katz S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standard measure of biological and psychosocial function, 1963 (KATZ)

DESCRIPCIÓN: Hay un cambio importante en relación a las primeras actividades básicas, el 56.7% de los ancianos poseen control de esfínteres, mientras el 10% recibe control para controlar la micción o defecación (utilizando pañal), sin embargo el 33% de los ancianos presenta incontinencia urinaria al menos 5 veces a la semana.

**Cuadro No 11
ALIMENTACIÓN**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Se alimenta sin ayuda	28	93.3%
Recibe ayuda total para alimentarse	2	6.7%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: Katz S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standard measure of biological and psychosocial function, 1963 (KATZ)

DESCRIPCIÓN: Es importante mencionar que el 6.7% (2) de los ancianos reciben ayuda para alimentarse, sin embargo el 93.3% (28) se alimenta por si solo sin ayuda alguna.

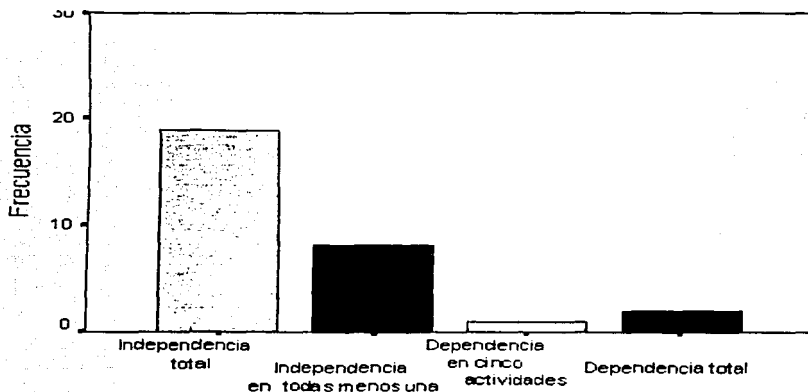
Cuadro No 12
ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA
TOTAL DE KATZ

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Independencia en todas las funciones	19	63.3%
Independencia en todas menos una	8	26.7%
Dependencia: baño, vestido, ir al baño transferencia y otra	1	3.3%
Dependencia en las 6 funciones	2	6.7%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: Katz S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. 1963 (KATZ)

DESCRIPCIÓN: El 63.3% de los ancianos son independientes en todas las actividades básicas de la vida diaria, el 26.7% al realiza todas las demás actividades menos una, sin embargo el 6.7% presentan dependencia total en seis funciones.

Gráfica 6
ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA
TOTAL DE KATZ



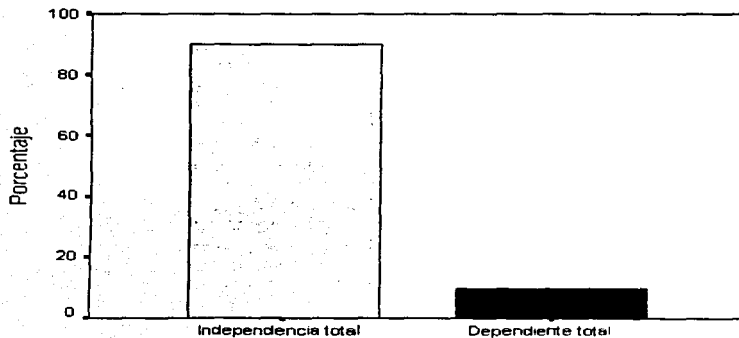
Cuadro No 13
GRADO DE INDEPENDENCIA DEL ANCIANO EN LAS
ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA
KATZ

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Independencia total	27	90%
Dependencia total	3	10%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Katz S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, 1963 (KATZ)

DESCRIPCIÓN: Se observa que el 90% de los ancianos continúan siendo independientes en sus actividades básicas de la vida diaria por lo tanto son funcionales para su familia y sociedad.

Gráfico 7
Grado de independencia del anciano en las actividades
básicas de la vida diaria
KATZ.



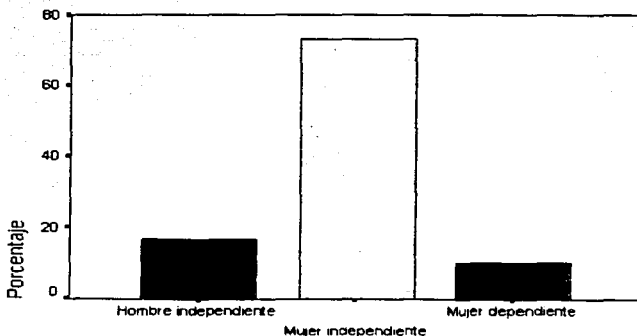
**Cuadro No 14
KATZ POR SEXO**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Hombre independiente	5	16.7%
Mujer independiente	22	73.3%
Mujer dependiente	3	10.0%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: Katz S. et al. Studies of illness in the aged: The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, 1963 (KATZ)

DESCRIPCIÓN: En las encuestas realizadas, la población mayor pertenece al sexo femenino; el 73.3% valora la independencia de la mujer, contrario al 16.7% del hombre, ambos sexos son independientes, contrario al 10% en mujeres dependientes.

**Grafico 8
Katz por sexo**



ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA LAWTON

Cuadro No 15
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Utiliza el teléfono sin problema	22	73.3%
Marca números conocidos	1	3.3%
Responde, pero no llama	5	16.7%
No usa el teléfono	2	6.7%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: LAWTON

DESCRIPCIÓN: La gran mayoría de los ancianos 73.3% utiliza el teléfono por iniciativa propia, marcando sin ningún problema, en cambio el 6.7% no utiliza el teléfono en absoluto.

Cuadro No 16
COMPRAS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Se encarga de hacer las compras sin ayuda.	25	83.3%
Necesita compañía para hacer cualquier compra	4	13.3%
Totalmente incapaz de hacer las compras	1	3.3%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: LAWTON

DESCRIPCIÓN: El 83.3% se encarga de hacer todas las compras necesarias sin ayuda mínima contra el 3.3% que es totalmente incapaz de realizar cualquier compra.

**Cuadro No 17
COCINA**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Planea, prepara y sirve adecuadamente	23	76.7%
Necesita que le preparen y le sirvan los alimentos	7	23.3%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE LAWTON

DESCRIPCIÓN: De acuerdo a las actividades instrumentales, el 76.7% de los ancianos planea, prepara y sirve comidas independientemente, contrario al 23.3% de los ancianos que necesitan que les preparen y le sirvan los alimentos.

**Cuadro No 18
CUIDADO DEL HOGAR**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Se ocupa de la casa sin ayuda.	22	73.3%
Efectúa trabajo ligero eficientemente	2	6.7%
Necesita ayuda para todas las tareas	1	3.3%
No participa	5	16.7%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE LAWTON

DESCRIPCIÓN: Sobresale que el 73.3% de los ancianos entrevistados se ocupan del cuidado de la casa sin ayuda alguna, mientras el 16.7% no participa en las tareas domésticas, y es muy mínimo el que necesita ayuda para todas las tareas de la casa en un 3.3%.

**Cuadro No 19
LAVANDERIA**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Lava personalmente su ropa.	19	63.3%
Lava solo prendas pequeñas	3	10.0%
Todo se lo tienen que lavar	8	26.7%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: LAWTON

DESCRIPCIÓN: El 63.3% de los ancianos, lavan personalmente toda su ropa, mientras el 26.7% otra persona se debe encargar de lavarle todas las prendas, en cambio el 10% lava las prendas pequeñas, como los calcetines o ropa interior.

**Cuadro No 20
TRANSPORTE**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Viaja solo sin ningún problema.	19	63.3%
Puede desplazarse solamente en taxi	1	3.3%
Viaja en transporte publico acompañado.	1	3.3%
Viaja en taxi o auto acompañado	8	26.8%
Totalmente incapaz de viajar	1	3.3%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: LAWTON

DESCRIPCIÓN: Es muy mínima la cantidad de ancianos que son totalmente incapaces de viajar individualmente, reflejándose en un 3.3%, sin embargo el 26.7% realizan viajes limitados en taxi o automóvil con la ayuda de otro y el 63.3% continua viajando solo en transportes públicos o particulares.

**Cuadro No 21
MEDICAMENTOS**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Es responsable de tomar sus medicamentos	25	83.3%
Se encarga si se le prepara por adelantado.	2	6.7%
Es incapaz de hacerse cargo	3	10.0%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE LAWTON

DESCRIPCIÓN: Es notable ver que el 83.3% de los ancianos continúan haciéndose cargo de la toma de sus medicamentos tanto en la dosis como la hora indicada, en cambio el 10% es totalmente incapaz de hacerse cargo de su medicación.

**Cuadro No 22
FINANZAS**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Maneja sus asuntos independientemente	26	86.7%
Controla las compras diarias pero con ayuda	3	10.0%
Incapaz de manejar el dinero.	1	3.3%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE LAWTON

DESCRIPCIÓN: El 86.7% (de los ancianos manejan sus asuntos financieros independientemente, mientras el 3.3% es incapaz de manejar dinero por su cuenta.

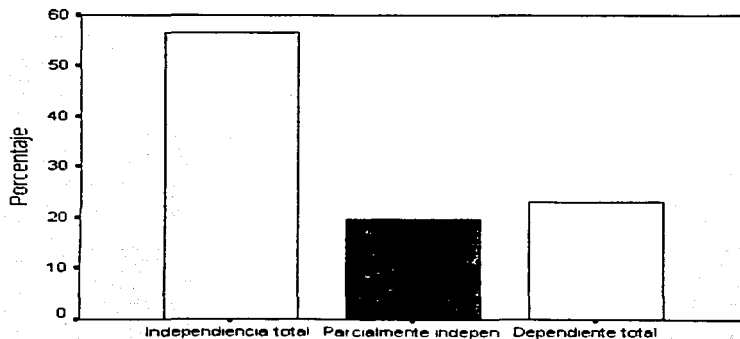
**Cuadro No 23
LAWTON**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Independiente total	17	56.7%
Parcialmente independiente	6	20.0%
Dependiente total	7	23.3%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: LAWTON

DESCRIPCIÓN: Se encontró que el 23.3% de los ancianos son dependientes total de su familia, mientras el 20% es parcialmente dependiente, es decir necesita ayuda en ciertas actividades instrumentales. En cambio el 56.7% de los ancianos son totalmente independientes en sus actividades instrumentales de la vida diaria.

**Grafica 9
Grado de independencia del anciano en las actividades instrumentales de la vida diaria
Lawtón.**



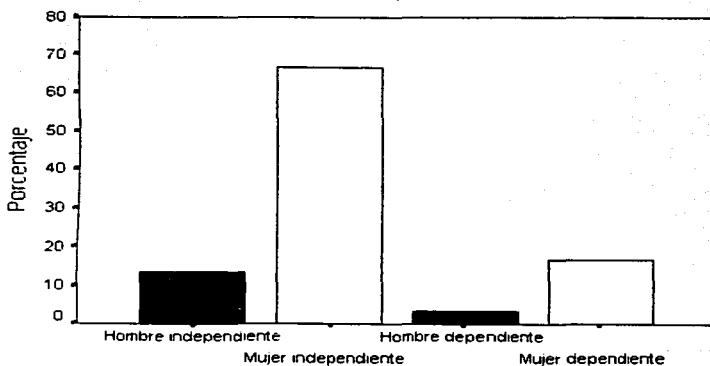
**CUADRO No 24
LAWTON POR SEXO**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Hombre independiente	4	13.3%
Mujer independiente	20	66.7%
Mujer dependiente	5	16.7%
Hombre dependiente	1	3.3%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE: LAWTON

DESCRIPCIÓN: Siendo mayoría el sexo femenino el 66.7% de las ancianas son independientes, contra el 16.7% que son dependientes en su hogar. En cambio el sexo masculino presenta una independencia del 13.3%.

**Grafica 10
Lawtón por sexo**



ANALISIS ESTADISTICO

Para comprobar la correlación e independencia entre el Rol (de Padre, hijo y abuelo) y las variables de cada escala, la correlación se realizó con la prueba de "r de Pearson", donde se obtuvo que:

Cuadro No 25
Chi cuadrada de Pearson en el Rol
del anciano y las actividades básicas de la vida diaria
Rol y Katz

	Valor	gl	Sig. Asint. (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	8.788	3	.032
Razon de verosimilitud	7.258	3	.064
Asociación lineal por lineal	4.362	1	.037
N de casos válidos	30		

FUENTE: Matriz uno. Base de tesis SPSS para Windows V10 2001.

Marca que si hay relación entre el rol y Katz, por presentar una probabilidad menor a .05, es decir que el tipo de rol que realiza el anciano tiene que ver con la funcionalidad del mismo. El resto de correlaciones fueron negativas.

Cuadro No 26
Chi cuadrada de Pearson en el Rol
del Anciano y las actividades instrumentales de la vida diaria
Rol y Lawtón total

	Valor	gl	Sig. Asint. (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	28.434	18	.056
Razón de verosimilitud	25.058	18	.123
Asociación lineal por lineal	8.952	1	.003
N de casos válidos	30		

FUENTE: Matriz uno. Base de tesis SPSS para Windows V10 2001.

La comprobación se dio entre las variables del Rol y Katz, donde: La $X^2(3)=8788$, con una Probabilidad = .032 que indica que si hay relación entre el Rol del Anciano y Katz, por presentar una probabilidad menor a .05 es decir que si hay asociación. Siendo aprobada la hipótesis de trabajo y comprobándose que: Las actividades básicas del anciano se relacionan con el rol de abuelo que desempeña en la familia.

Otro método para la comprobación de la Hipótesis fue el coeficiente de correlación, para medir la fuerza de asociación entre 2 variables. El interés de realizar la correlación de Pearson brinda la posibilidad de predecir el valor del rol a partir de sus variables de interés. Por lo tanto, la magnitud de relación entre:

- ✓ Katz total y Katz $r = .962$ es una correlación fuerte
- ✓ Lawton total y Lawton $r = .882$ es una correlación fuerte

Cuadro No 27
Tabla de correlaciones

		ROL	EDAD	KATZ TOTAL	KATZ	KATZ POR SEXO	LAWTON TOTAL	LAWTON	LAWTON POR SEXO
ROL	Correlacion de Pearson Sig. (bilateral) N	1.00 30							
EDAD	Correlacion de Pearson Sig. (bilateral) N	-.365 48 30	1.00 30						
KATZ TOTAL	Correlacion de Pearson Sig. (bilateral) N	-.413 023 30	.516 004 30	1.00 30					
KATZ	Correlacion de Pearson Sig. (bilateral) N	-.388 34 30	.538 002 30	.962 000 30	1.00 30				
KATZ POR SEXO	Correlacion de Pearson Sig. (bilateral) N	-.346 061 30	.424 019 30	.851 000 30	.872 000 30	1.00 30			
LAWTON TOTAL	Correlacion de Pearson Sig. (bilateral) N	.556 001 30	-.611 000 30	-.786 000 30	-.782 000 30	.510 004 30	1.00 30		
LAWTON	Correlacion de Pearson Sig. (bilateral) N	-.507 004 30	.426 019 30	.512 004 30	.535 002 30	.231 219 30	-.882 000 30	1.00 30	
LAWTON POR SEXO	Correlacion de Pearson Sig. (bilateral) N	-.632 000 30	.542 002 30	.672 000 30	.622 000 30	.656 000 30	-.736 000 30	.505 004 30	1.00 30

V. DISCUSIÓN

Con el paso de los años, se ha visto una menor fecundidad y la esperanza de vida se ha elevado, propiciando el fenómeno del envejecimiento de la población a un nivel jamás imaginado. México necesita enfrentarse al rápido crecimiento de la población de la tercera edad, la cual se estima en "5.7 millones y, de acuerdo con las proyecciones del CONAPO, aumentó a 6.8 en el año 2000 y a 9.8 millones en el 2010", en promedio 3.5% anual (CONAPO, 1998). De acuerdo con la edad de los ancianos encuestados, el 13.3% tienen entre 78-83 años, mientras en las edades de 60-65, 66-71, 72-77 años cada uno obtuvo el 23.3%. En cuanto al sexo el 83.3% corresponde al sexo femenino, esto concuerda con la Secretaría de Salud que, la esperanza de vida y los riesgos que se encuentran durante la existencia del ser humano, empiezan a modificarse a favor de las mujeres, que a partir de los 60 años sobrepasando al hombre de "88.97 hombres por cada 100 mujeres, llegando a 63 por cada 100 a los 80 años de edad, porción que al inicio de la natalidad era de 101.9 hombres por cada 100 mujeres" (CONAPO, 1998). Los hechos señalados sustentan ampliamente el concepto de transición demográfica: "en la medida en que una población se hace vieja sufre una transición de género o feminización: debido a la menor esperanza de vida del hombre, motivada por los estilos de vida y los riesgos a que se encuentra expuesto a lo largo de su existencia. (Fajardo, 1999)

Las proyecciones de población sugieren que las mujeres constituyen la mayoría creciente de las poblaciones de más edad en todas las regiones del mundo en desarrollo (Anzola, 1994). El alfabetismo y la educación contribuyen claramente al bienestar de los ancianos al permitir que se cumplan las perspectivas económicas en una etapa temprana de la vida y que los adultos se preparen para la vejez. Hoy en día los ancianos en muchos países sólo tienen oportunidades educativas limitadas, con lo que grandes segmentos de la población son analfabetas. Los niveles educativos formales también son bajos entre las personas de 65 y más años, en 1981 menos del 3.3% había acabado la escuela secundaria (Anzola, 1994). Por lo que de los ancianos entrevistados

coinciden con el perfil mundial en el ámbito educativo ya que el 26.7% son analfabetas. Para Kinsella (*Anzola, 1994*), las diferencias de género pueden ser menos destacadas en los países con amplia cobertura de servicios de salud, seguro social y sistemas de jubilación. Sin embargo el aumento del número de ancianas viudas es causa de inquietud porque se prevé que irá en aumento, a diferencia del estado civil de los ancianos en Atizapán, que reportaron que 66.7% permanecen casados, mientras el 23.3% son viudos lo cual contradice lo antes citado.

Más de la mitad de los hombres mayores de 60 años siguen siendo económicamente activos en muchos países. En cambio para las mujeres de edad avanzada son muy inferiores, aunque parte de diferencia de género es el resultado de cuestiones de definición y de medición que tienden a hacer caso omiso al trabajo doméstico o de subsistencia. De la misma forma se observó que en la ocupación de los ancianos en el municipio de Atizapán, más de la mitad (70%) se dedican al hogar y el 3.3% son comerciantes, en cambio hay un 10% que son empleados y 6.7% son obreros.

Respecto al número de enfermedades que padecen los ancianos entrevistados, el 36.7% presenta una enfermedad, otro 36.7% dos enfermedades y el 3.3% más de cinco enfermedades. La vejez como expresión de fragilidad ante la salud toma modalidades mucho más heterogéneas en cuanto tiempos, formas y consecuencias. Sus manifestaciones se alejan de las enfermedades agudas e infecciosas y son cada vez más importantes las crónico-degenerativas e incapacitantes. (*CONAPO, 1998*). Es relevante que el 40% de los ancianos en Atizapán padecen enfermedades crónico-degenerativas, otro 20% tanto enfermedades crónico-degenerativas y gastrointestinales al mismo tiempo y el 3.3% enfermedades neurológicas y musculoesqueléticas, esto sin duda reafirma lo dicho por la *CONAPO en 1998* "En el período comprendido entre 1970 a 1995, las enfermedades del corazón fueron la primera causa de muerte para ambos sexos. Siguiendo en importancia los cánceres, que en 1970 eran la tercera

causa de muerte y que hoy día es la segunda. Pero un cambio importante se dio en la diabetes mellitus, que de ser la octava causa en los hombres y la sexta en las mujeres en 1970, ascendió a la tercera posición en 1995. Las enfermedades cerebrovasculares han conservado su posición en alrededor del cuarto sitio. Todas estas causas son de carácter crónico degenerativo.

La familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen. La familia nuclear agrupa tan solo a los padres y a los hijos. En cambio a la familia extendida esta formada por los padres, los hijos y algún otro familiar consanguíneo. (Ortiz, 1999) El 80% de los ancianos en Atizapán pertenece a una familia extensa, el resto una familia nuclear. En ésta última etapa de la vida se convive con los miembros de dos o más generaciones con las características propias de cada una, todos tienen deberes y derechos, funciones que ejercer y tareas que cumplir de acuerdo a las características de cada persona. Una familia organizada y capacitada en el cuidado del anciano proporciona a la persona mayor una mejor adaptación a los cambios generados por el proceso de envejecimiento, un control de la enfermedad y una mejor calidad de vida. Dentro del municipio de Atizapán, el 30% de los ancianos viven con su cónyuge e hijos, mientras el 20% vive con su cónyuge, hijos, nietos y nuera o yerno.

La comunicación tiene la familia con el anciano es a veces con lenguajes distintos y/o a niveles diferentes; también los hábitos y costumbres que el anciano asume en su vida son motivo de desacuerdo tales como los valores, normas, horarios, aficiones, comidas, diversiones, amigos y toda el entorno que le da su identidad. Dentro de la propia red familiar, existen unas relaciones que son recíprocas; la familia ayuda al anciano y el anciano ayuda a la familia. A menudo los factores claves más influyentes en esas relaciones recíprocas son la capacidad física y económica del anciano. A medida que el estado de salud, las actividades de la vida diaria y las capacidades funcionales del anciano empeoran, le resultará más difícil mantener esa reciprocidad con la familia. Por lo tanto, dentro del municipio de Atizapán el 50% de los ancianos mantienen una buena

relación con su familia en cambio el 33.3 % una regular relación con ellos. Para la convivencia familiar el 63.3% de los ancianos, considera que si aprende nuevas cosas viviendo con su familia.

Independientemente del modo en que se lleve la vejez, no hay nadie mas interesado que el propio anciano en saber y decidir que es lo que quiere hacer con su vida. Como en la mayoría de la gente, los adultos mayores les gusta conservar y tener su independencia, lo que comprende: espacio físico, familia y aspecto económico (www.fnripte.com/tardos/digital/mayor.htm, 2001) y los ancianos en Atizapán lo llevan acabo, ya que el 73.3% no ha perdido el control en su vida dentro del ambiente familiar, y se consideran independientes dentro de su familia (53.3%).

La participación económica de las personas de edad avanzada tiende a disminuir con la edad y aunque sea por razones voluntarias o de salud responde a disposiciones legales que rigen el retiro de la fuerza laboral en el sector formal del empleo y a ciertas características restrictivas del mercado de trabajo, incluida la discriminación por edad, (Ortiz, 1999). En el municipio de Atizapán, el 40% de los ancianos sustentan los gastos de la familia, mientras el 20% los hijos se encargan de ellos, confirmando lo dicho por Ortiz.

Los ancianos son ignorados de manera social y por ello no son considerados para cuestiones importantes simplemente no forman parte. Esto lleva a una continua discriminación y segregación que ponen a la persona mayor ante pocas alternativas en los diferentes ámbitos de la vida, es objeto de desdén, atropellos, aislamiento y olvido (Rodríguez, 1999). En el cuestionario realizado, el 90% de los ancianos toma decisiones importantes en la familia, por lo tanto, es todo lo opuesto que propone Rodríguez.

En ocasiones existen pautas conflictivas de todo el grupo familiar, iniciadas tiempo atrás. Tal es el caso de las conductas de evitación para la percepción, la advertencia y confrontación de diferentes problemas dentro de la familia. Cuando esto sucede, el anciano sufre una carga pesada porque se tiene que desempeñar un papel que no quiere o no puede asumir. Otras veces se hace con respecto a las responsabilidades que corresponden a los hijos de los ancianos. (Krassoievitch,

1998) Aunque el 50% de los ancianos entrevistados, refirió que su familia siempre toma su opinión en cuenta, y el 33.3% de ellos, se encarga de tomar las decisiones importantes en la familia. La familia se enriquece con las experiencias vividas por el anciano y sus anécdotas y debe involucrarlo en algunas actividades recreativas y estimularlo a participar. En Atizapán, el 80% de los ancianos da consejos a algún familiar por su experiencia a lo largo de la vida, siendo los hijos los principales oyentes de los consejos con un 43.3%, siguiendo los nietos y los hijos y nietos con el 10% cada uno.

Dentro de la propia red familiar, existen unas relaciones que son recíprocas; la familia ayuda al anciano y el anciano ayuda a la familia. A menudo los factores claves más influyentes en esas relaciones recíprocas son la capacidad física y económica del anciano, si el estado de salud, las actividades de la vida diaria y las capacidades funcionales del anciano empeoran, le resultará más difícil mantener esa reciprocidad con la familia. El 36.7% de los ancianos entrevistados, refirió no tener ninguna obligación con su familia, contrario al 16.7% que considera su obligación dar apoyo moral, de menor frecuencia consideran el apoyo doméstico, social, económica y económico/doméstico una obligación (3.3% c/u).

Las relaciones entre el anciano, sus hijos y nietos pasan por dos etapas fundamentalmente. La primera etapa es cuando el anciano es independiente y no tiene problemas de salud, se dedica a ayudar a los hijos, realiza pequeñas tareas domésticas, ejerce la función de recadero y se dedica al cuidado de los nietos. La segunda etapa se inicia cuando aparecen los primeros problemas de salud, se invierten las relaciones familiares. El anciano deja de tener el mismo peso dentro de la familia, y en ésta se puede generar un sentimiento de rechazo y abandono. Si se observan los resultados de la investigación, el 40% se encarga de cuidar a alguno de su familia, el resto no. La participación del anciano dentro de las actividades domésticas se encontró que el 20% no participa, mientras el 80% si realiza alguna actividad domésticas.

La necesidad que tiene el anciano de ser aceptado y amado por la familia, de recibir afecto en el momento en que disminuyen sus capacidades físicas y

mentales, se le motiva muchas veces para asumir papeles que no le corresponden a cambio recibir afecto y atención, que incluso llegan hasta el sometimiento (Cuevas, 1999). Aunque se contradice en los ancianos encuestados ya que refieren tener autoridad de mandar en su familia algunas veces y siempre (40% cada uno), otros nunca (20%).

La salud en general esta íntimamente ligada a la calidad de vida. En general, quienes están satisfechos de la vida gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás. Tienen además una ventaja neta cuando se trata de sobreponerse a eventos difíciles o pérdidas significativas, o bien de hacer frente al estrés o de cultivar las actividades sociales. La mayor parte de los ancianos encuestados se dijo satisfecho de la vida (más del 75%). El resto (23.2%) se declararon insatisfechos (Gutiérrez, 1997). En la encuesta del rol y funcionalidad de los ancianos de Atizapán, se observó que el 83.3% esta satisfecho de su vida en general, aunque hay una diferencia de valores en la investigación de Gutiérrez, pero en ambos casos la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos.

Toda persona tiene un grupo de pertenencia y otro de referencia que puede o no ser al que pertenece, pero que le sirve para usar sus normas de comportamiento. Las personas ancianas enfrentan, ajustes y cambios en el papel que desempeñan. Las que tuvieron cónyuge o compañero, ahora pueden volver a la condición de personas solas. El papel de proveedor puede cambiar ahora al de dependiente. La relación padres e hijos puede modificarse a padres dependientes-hijos dominantes. Perder la identidad y adaptarse a una nueva puede ser un proceso doloroso y demandante (Burns, 1980). En la encuesta realizada, el 36.7% de los ancianos presentó un rol de abuelo, seguido por el 30% de un rol no definido, en menor proporción (13.3%) el rol de hijo.

Al evaluarse el estado funcional utilizando la escala de Katz, el 90% de los ancianos de Atizapán, son independientes, y el 56.7% en la escala de Lawtón. El 10% es dependiente de acuerdo al Katz y 23.3% en el Lawtón. Si se hace una comparación con otros estudios, los datos son completamente opuestos, dado

que se han hecho con poblaciones aisladas, ya sea por que están en un asilo, o en hogares. "Es muy claro que la dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, es cada vez más frecuente a mayor edad y afecta más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino", (Gutierrez, 1997).

El planteamiento de la Hipótesis se aprueba, la funcionalidad del anciano se relaciona con el rol que desempeña en la familia. El ciclo vital de la vejez, no sólo afecta los problemas de salud sino otros factores, que denominan de riesgo social en la vejez, conllevando a ser considerados los ancianos como difíciles, por quienes lo rodean, el nivel de rechazo entre generaciones que se establece no debe continuar.

La dependencia, el deterioro físico y psíquico, más que la muerte, en sí mismo constituye el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del anciano. La satisfacción está ligada con aspectos psicológicos, económicos, sociales, salud y capacidad de ejercer autonomía. Esta satisfacción es el resultado de la función activa que desempeñan en el marco familiar. (González, 1998)

Aunque existe una declinación normal y progresivas de las funciones, estas no pasaran el umbral de la discapacidad y de la dependencia, si se es exitoso en tener un envejecimiento saludable. (Fajardo, 1999).

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los últimos 25 años, México ha cambiado su estructura poblacional, tanto en mortalidad como natalidad, ocasionando una transición demográfica con el aumento de la población mayor de 60 años.

Los ancianos son el pasado y el presente de la vida, su presencia incita a que se le conozca, como es; un ser humano, que piensa, siente, actúa y realiza actividades. Es un individuo que forma parte de una comunidad y una familia. Tiene su propio ritmo el cual es necesario conocer, para hacer posible de nuevo su aceptación, ayuda y tolerancia en la sociedad, ya que en el pasado los ancianos desempeñaban un papel muy importante en la vida familiar y política de la comunidad.

La familia sigue siendo la célula básica de la sociedad, cuya función más importante es la de crear condiciones ideales para que el individuo se desarrolle adecuadamente al favorecer la socialización entre sus miembros y protección.

Las costumbres culturales propician actitudes entre los miembros de una familia, cada uno tiene su papel o los papeles de uno o más de los miembros restantes. Cuando esa relación de papeles es adecuada, las relaciones interpersonales suelen ser armoniosas.

Envejecer propicia cambios en el individuo conllevando una disminución general funcional así como en la capacidad de adaptación a través del tiempo. El continuo aumento de la esperanza de vida tiene un lado negativo, como el propiciar que el organismo se deteriore por enfermedades crónicas degenerativas disminuyendo su calidad de vida.

Cuando el anciano observa que su comportamiento altera el entorno de la familia ante sus acciones, actuar de diferentes formas; con culpabilidad o adoptar situaciones agresivas y/o manipuladoras. Por lo tanto la evaluación funcional realizada en la presente investigación detectó el grado de independencia o dependencia del anciano, llegando a la conclusión que las actividades básicas del anciano se relacionan con el rol de abuelo que desempeña en la familia.

Es evidente en esta investigación que la disminución de la funcionalidad en los ancianos es aún mínima, y se debe de tener presente actitudes que sigan condicionando a la independencia a corto y largo plazo, encontrar todas aquellas necesidades básicas del anciano para la elaboración de un programa de enfermería para mantener su funcionalidad dentro de la familia extensa y conocer realmente el rol que se desempeña en la familia como individuo y dentro de la sociedad.

Es recomendable pensar en elaborar un plan de intervención de enfermería que a partir de las actividades básicas permitan al anciano en el rol de abuelo conservar la independencia en la mayoría de las actividades. Por otro lado, sería interesante investigar en instituciones donde habitan de manera continua los ancianos (asilos, casas de día, casas de reposo, etc.) para explorar la funcionalidad fuera de la familia y en un rol diferente al analizado.

Para enfermería elaborar diagnósticos y planes de cuidado adaptados al rol del anciano y sus capacidades a partir de un modelo teórico disciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

- Anzola P.E. Galinsky, et al. La atención de los ancianos: un desafío para los noventa. Publicación científica. No 546. Washington: OPS/1997
- Balseiro, Lasty, Principios de administración, 2ª edición. Editorial Acuario, México 1989
- Barros Lazaeta Carmen. Aspectos sociales del envejecimiento. Publicación científica. No 546. Washington: OPS/OMS. 1994
- Estrada Inda Lauro. El ciclo vital de la Familia. Primera edición. Editorial Grijalbo. México 1997
- Fernández et al. Proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Marco conceptual V. Henderson. Taxonomía diagnóstica: NANDA. 1ª edición, Ediciones científicas y técnicas, S.A. España 1993
- Fleites González Oneida. Evaluación geriátrica. Revista Cubana de Enfermería. Mayo/agosto, 1998
- García García Juan José. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México. Ed. Especial para antología. Documento Mecanografiado. Departamento de salud pública. Facultad de medicina. UNAM
- González Sánchez Ledia et al. Características biosicosociales de los ancianos de 2 consultorios del policlínica California. Revista Cubana de Medicina geriátrica Interna. 1998:14(1)
- Gutiérrez Robledo Luis Miguel. Relación entre el deterioro funcional y el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de los adultos mayores en México. En Fajardo OG (copilado). Problemas y programas del adulto mayor. México: CISS-CIESS-OPS-OMS; 1997
- Henderson Virginia A. La naturaleza de la enfermera. una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Cuarta edición. España 1994.
- Kozier Barbara et al. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. 5ª edición. Editorial Macgraw Hill interamericana. México 1999.

Krassoievich, Miguel. Psicoterapia geriátrica. Primera edición. Fondo de cultura económica. México 1998

Lozano Cardozo Arturo, Introducción a la geriatría. 2ª edición, Editorial Méndez. México 2000

Orocú Mojica Rosalina. Justicia social, no-caridad para adultos y adultas mayores. Periódico el Panamá América. Jueves 12 de agosto de 1999

Ortiz de la Huerta Dolores. Aspectos sociales del envejecimiento. Documento Mecanografiado. Departamento de salud pública. Facultad de medicina UNAM. 1999

Rogers-Seidl Frances. Planes de cuidados en enfermería geriátrica. Primera edición España 1995.

Rodríguez R. Morales et al. Geriatría. México. Editorial interamericana. Primera Edición. México 1999

Sampieri H. Roberto et al, Metodología de la investigación. 2ª edición, Editorial. Mc. Graw Hill, México 2000.

SSA, Ley General de Salud. Tomo II, 15ava edición, Editorial Porrúa, México 1988

Tamayo Tamayo Mario. El Proceso de la investigación científica, 3ª edición. Editorial Limusa, México 2000.

Bibliografía electrónica

www.conapo.gob.mx/sit98/terceraedad.htm

www.perso.wanadoo.es/aniorte_nic/necesid_soc_hum.htm

www.apiasa.com/revista/volsn3es.htm

www.fnpte.com/tardos/digital/mayor.htm

www.udc.es

www.terra.es/personal/duenas/enveje.htm

www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple7/suple10.html

www.fnrpte.com/tardos/digital/mayor.htm

GLOSARIO

- **Transición demográfica**

Proceso gradual mediante el cual una sociedad pasa de una situación de fecundidad alta/mortalidad a una situación de fecundidad baja/mortalidad baja. Esta transición se caracteriza primero por disminuciones en la mortalidad infantil y de la niñez a medida de que se erradican las primeras enfermedades infecciosas y parasitarias.

- **Envejecimiento de la población.**

Se refiere simplemente al aumento cada vez mayor de la proporción de personas de edad dentro de la estructura de la población general. Este proceso se determina principalmente por las tasas de fecundidad (nacimientos) y en segundo lugar por las tasas de mortalidad (defunción), de modo que las poblaciones con fecundidad elevada tienden a tener proporciones bajas de personas mayores y viceversa.

- **Población envejecida.**

Es cuando los habitantes de 65 años y más corresponden al 7% de su población total, o si los mayores de 60 años representan el 10% de ese total.

- **Familia.**

Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

- **Falta de fuerza.**

No solo es a la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.

- **Falta de conocimientos:**

En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona, autoconocimiento y sobre todo los recursos propios y ajenos disponibles.

- **Falta de voluntad**

Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

- **Independencia:**

Capacidad del individuo para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, que seria el llevar acabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, desarrollo y situación.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**ROL Y FUNCIONALIDAD DEL ANCIANO EN FAMILIAS EXTENSAS
MEXICANAS DEL MUNICIPIO DE ATIZAPAN**

OBJETIVO

La finalidad de este cuestionario es el identificar la funcionalidad del anciano en relación con el rol que desempeña en familias del área metropolitana. Los datos que usted proporcione serán confidenciales, ya que este cuestionario es anónimo.

Ficha de identificación

<p>Ocupación:</p> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro	<p>Escolaridad:</p> <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Años	<p>Estado Civil:</p> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Otro	<p>Padecimiento Actual:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

1. ¿Que edad tiene?

2. Sexo
 Masculino Femenino

3. ¿Cuántas personas viven con usted, y que parentesco tienen?
 Cónyuge Hijo Hija Nieto Nieta Hermano Hermana Sobrinos Otro

4. ¿La casa en donde vive de quien es?
 Propia Familiar Rentada Prestada Otro

5. ¿Desde su punto de vista, cual es la relación que existe entre usted y su familia? ?
 Muy Buena Buena Regular Mala

6. ¿Considera que aprende nuevas cosas, viviendo con su familia?
 Si No

7. ¿Siente usted que ha perdido el control sobre su vida?
 Si No porque

8. ¿Se considera una persona dependiente de algún familiar?
 Si No En que

9. ¿Quién lo ayuda, en caso de que sea usted dependiente?
 Cónyuge Hijo(a) Nieto(a) Hermano(a) Sobrno(a) Otro

10. ¿Quién aporta económicamente a la familia?
 Anciano Cónyuge Hijo(a) Nieto(a) Hermano(a) Sobrino(a) Otro

- 11 ¿Quién depende económicamente de usted?
 Conyuge Hijo(a) Nieto(a) Hermano (a) Sobrino(a) Otro Ninguno
- 12 ¿Toma usted decisiones importantes para la familia actualmente?
 Si NO
- 13 ¿De que tipo son esas decisiones?
- 14 ¿Sus opiniones en la familia son tomadas en cuenta?
 nunca algunas veces siempre
- 15 ¿Quién toma las decisiones importantes en la familia?
 Conyuge hijo(a) nieto(a) Hermanos Sobrinos otro
- 16 ¿Las experiencias que ha tenido a lo largo de su vida, las da como consejo a algún familiar?
 Si No Porque
- 17 ¿A quienes les gusta escuchar sus experiencias?
 Conyuge Hijo(a) Nieto(a) Hermano(a) Sobrino(a) Otro
- 18 ¿Menciones 5 de las obligaciones que tiene con su familia?
19. ¿Se considera una persona sumisa?
 nunca algunas veces siempre
20. ¿Usted cuida de alguien, si es así que tan seguido?
 Si No
21. ¿Usted tiene la autoridad de mandar en su familia?
 Nunca algunas veces siempre
22. ¿Participa en los quehaceres domésticos?
 Si No
23. ¿Tomando en consideración su vida en general, se siente satisfecho?
 Si NO PORQUE
24. ¿Cómo considera su estado de salud en comparación de otras personas de su misma edad?
 MUY BUENA BUENA MALA MUY MALA OTROS

Katz. Evaluación de actividades básicas de la vida diaria.

1. Baño: baño de esponja, baño de regadera o tina.
 - No recibe ayuda (entra y sale de la tina por sí mismo)
 - Recibe ayuda para lavar solo una parte del cuerpo (como la espalda o la pierna)
 - Recibe ayuda para lavar más de una parte del cuerpo (o no se baña)

2. Vestido: saca la ropa de los armarios y cajones, incluyendo ropa interior y exterior y utiliza prendas para ajustarla incluyendo tirantes si los usa.
 - Saca la ropa y se viste completamente sin ayuda
 - Saca la ropa y se viste sin ayuda excepto para ajustar las cintas o hebillas de los zapatos.
 - Recibe ayuda para sacar la ropa o para vestirse o permanecer vestido parcial o completamente.

3. Aseo: acude al cuarto llamado sanitario para evacuar/orinar, se asea después y arregla sus ropas.
 - Acude al sanitario se asea y arregla sus ropas sin ayuda (puede utilizar un objeto para apoyarse, como un bastón, una andadera o una silla de ruedas y puede utilizar una bacinica o cómodo por la noche, vaciándolo en la mañana).
 - Recibe ayuda al acudir al sanitario al asearse o arreglar sus ropas después de la eliminación o el emplear una bacinica o cómodo por la noche.
 - No acude al sanitario para el proceso de eliminación

4. Movilización:
 - Sube y baja de la cama y se sienta y levanta de una silla sin ayuda (puede utilizar un objeto para apoyar como un bastón o una andadera)
 - Sube y baja de la cama y se sienta y levanta de una silla con ayuda.
 - No se levanta de la cama

5. Control de esfínteres:
 - Controla la micción y la defecación completamente.
 - Presenta accidentes ocasionales.
 - Recibe supervisión para controlar la micción o la defecación utiliza una sonda o no controla sus esfínteres

6. Alimentación:
 - Se alimenta sin ayuda
 - Se alimenta solo, pero requiere ayuda para cortar la carne o untar la mantequilla en el pan.
 - Recibe ayuda para la alimentación o ser alimentado parcial o completamente a través de sondas o por medio de soluciones intravenosas.

Subraya la respuesta correcta.

- a) Independencia en las seis funciones.
 - b) Independencia en todas, menos una
 - c) Independiente en todo, salvo en el baño y en otra función.
 - d) Independencia en todas, salvo el baño, vestido y otra función.
 - e) Dependiente en todas, salvo en el baño, vestido, sanitario y otra función.
 - f) Dependiente en todas, salvo en el baño, vestido, sanitario, movilización y otra.
 - g) Dependiente en las seis funciones.
- Otro: Dependencia en dos funciones que no clasifican.

Escala de actividades instrumentales de Lawton

1. Capacidad para utilizar el teléfono
 - 1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números
 - 1 Marca unos pocos números bien conocidos
 - 1 Responde las llamadas pero no marca
 - 0 No usa el teléfono en absoluto
 2. Compras
 - 1 Se encarga de hacer todas las compras necesarias sin ayuda
 - 0 Puede hacer las compras pequeñas independientemente
 - 0 Necesita compañía para hacer cualquier compra
 - 0 Totalmente incapaz de hacer las compras
 3. Cocina
 - 1 Planea, prepara y sirve comidas adecuadas independientemente
 - 0 Prepara comidas adecuadas si se le suministran los ingredientes
 - 0 Calienta, sirve y prepara comidas, o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada
 - 0 Necesita que le preparen y le sirvan los alimentos
 4. Cuidado del hogar
 - 1 Se ocupa de la casa sin ayuda
 - 1 Realiza tareas diarias ligeras, como lavar los platos y hacer las camas
 - 1 Realiza las tareas diarias ligeras pero no puede mantener niveles aceptables de limpieza.
 - 1 Necesita ayuda para todas las tareas de la casa
 - 0 No participa en las tareas domésticas.
 5. Lavandería
 - 1 Lava personalmente toda la ropa
 - 1 Lava las prendas pequeñas, enjuaga los calcetines, etc.
 - 0 Debe encargarse otra persona de lavar todas las prendas.
 6. Transporte
 - 1 Viaja solo en transportes públicos o conduce
 - 1 Puede desplazarse en taxi pero no otros servicios.
 - 1 Puede viajar en transportes públicos si alguien lo acompaña.
 - 0 Viajes limitados a taxi o automóvil con ayuda de otro.
 - 0 Totalmente incapaz de viajar
 7. Medicamentos
 - 1 Es responsable de tomar medidas en dosis correctas y en los momentos oportunos.
 - 0 Se encarga de tomar la medicación si le preparan por adelantado las dosis separadas
 - 0 No puede encargarse de su propia medicación.
 8. Finanzas
 - 1 Controla con independencia los asuntos económicos
 - 0 Controla las compras diarias pero necesita ayuda para las operaciones
 - 0 Incapaz de manejar el dinero
-

Puntuación: _____

CUADRO No 28
APRENDIZAJE DE LOS ANCIANOS DENTRO DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Si	19	63.3%
No	11	36.7%
TOTAL	30	100.0%

FUENTE CRFAFMMA

Descripción: El 63.3% de los ancianos respondieron que aprenden nuevas cosas a partir de la convivencia familiar, mientras el 36.7% no lo considera así.

CUADRO No 29
CONTROL DEL ANCIANO EN SU VIDA

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Si	8	27.7%
No	22	73.3%
TOTAL	30	100%

FUENTE CRFAFMMA

Descripción: En el 73.3% de los casos, el anciano no ha perdido el control sobre su vida, mientras que el 26.7% refiere ser dependiente de otros.

CUADRO No 30
DEPENDENCIA DEL ANCIANO EN SU FAMILIA

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Si	14	46.6%
No	16	53.3%
TOTAL	30	100%

FUENTE CRFAFMMA

Descripción: Para el 53.3% de los ancianos el convivir con su familia no los hace dependientes de ellos, sin embargo el 46.7% refirió ser dependiente de la misma familia.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

**CUADRO No 31
APORTE ECONOMICO DEL ANCIANO EN SU FAMILIA**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Anciano	12	40.0%
Cónyuge	2	6.7%
Hijos	6	20.0%
Sobrinos	2	6.7%
Mas de una persona da	8	26.7%
TOTAL	30	100%

FUENTE: CRFAFMMA

Descripción: El papel del anciano en la aportación económica de la familia es en el 40% de los casos, en 20% corresponde a los hijos, mientras que el 6.7% al cónyuge y sobrinos.

**CUADRO No 32
DEPENDIENTES ECONOMICOS DEL ANCIANO**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Cónyuge	5	16.7%
Hijos	8	26.7%
Otros*	2	6.7%
Ninguno	15	50.0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: CRFAFMMA

*Personas económicamente dependientes del anciano: madre y bisnetos.

Descripción: La mitad de los ancianos (50%) no tiene familiares dependientes económicamente de ellos, sin embargo llama la atención que el 6.7% refirió que la madre y bisnetos son dependientes económicamente del anciano.

**CUADRO No 33
TOMA DE DECISIONES FAMILIARES POR PARTE DEL ANCIANO**

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Si	27	90.0%
No	3	10.0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: CRFAFMMA

Descripción: El 90% de los ancianos entrevistados afirmó tomar decisiones importantes para la familia actualmente y el 10% opina que sus decisiones no son tomadas en cuenta.

CUADRO No 34
TIPO DE DECISIONES QUE TOMA EL ANCIANO EN SU FAMILIA

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
• Todas	3	10.0%
• Ninguna	4	13.3%
• Morales	2	6.7%
• Económicos	6	20.0%
• Personales	2	6.7%
• Económicas, personales y familiares	8	26.7%
• Moral conuinada*	5	27.27%
TOTAL	30	100%

FUENTE CRFAFMMA

*Morales económicas, familiares de salud y recreativas.

Descripción: En cuanto a la toma de decisiones por parte de los ancianos, se encontró que el 26.7% son de carácter mixto: económico, personal y familiares, seguido con el 20% que opina que son de tipo económico, sin embargo algunos refieren decisiones de tipo moral conuinado con otros aspectos

CUADRO No 35
OPINIÓN DEL ANCIANO DENTRO DE SU FAMILIA

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Nunca	5	16.7%
Algunas veces	10	33.3%
Siempre	15	50%
TOTAL	30	100%

FUENTE CRFAFMMA

Descripción: Los ancianos entrevistados refirieron que sus opiniones siempre son tomadas en cuenta (50%), otro 33.3% opinó que algunas veces, mientras que para el 16.7% su familia no toma en cuenta su opinión.

CUADRO No 36
TOMA DE DECISIONES IMPORTANTES DEL ANCIANO EN SU FAMILIA

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Cónyuge	10	33.3%
Hijos	8	26.7%
Sobrinos	2	6.7%
El mismo anciano	10	33.3%
TOTAL	30	100%

FUENTE: CRFAFMMA

Descripción: Referente a quien toma las decisiones importantes en la familia se observa una igualdad del 33.3% entre el cónyuge y el mismo anciano y en menor porcentaje (6.7%) los sobrinos toman las decisiones importantes.

CUADRO No 37
CONSEJOS DEL ANCIANO POR SU EXPERIENCIA A SU FAMILIA

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Sí	24	80%
No	6	20%
TOTAL	30	100%

FUENTE: CRFAFMMA

Descripción: El 80% de los ancianos da consejos a algún familiar con relación a las experiencias que ha tenido a lo largo de su vida, mientras el 20% no lo hace.

CUADRO No 38
FAMILIARES QUE ESCUCHAN LAS EXPERIENCIAS DE LOS ANCIANOS

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Hijos	13	43.3%
Nietos	3	10%
Hermanos	1	3.3%
Sobrinos	1	3.3%
Ninguno	4	13.3%
Hijos y nietos	3	10%
Cónyuge, hijo y nieto	2	6.7%
Hijo, nieto y sobrino	1	3.3%
Nieto y hermano	1	3.3%
Hijo, nieto y hermano	1	3.3%
TOTAL	30	100%

FUENTE: CRFAFMMA

Descripción: los familiares que escuchan las experiencias de los ancianos son los hijos en un 43.3%, aunque en forma mixta los hijos nietos y hermanos en un 3.3%. El 13.3% a ningún familiar, mientras en un 10% para los nietos y otro 10% a los hijos y nietos.

CUADRO No 39
LAWTON TOTAL

<i>PREGUNTAS</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
0	1	3.3%
1	3	10%
4	1	3.3%
5	2	6.7%
6	1	3.3%
7	5	16.7%
8	17	56.7%
TOTAL	30	100%

FUENTE: LAWTON

DESCRIPCIÓN: El 56.7% de los ancianos respondieron positivamente en 8 preguntas sobre sus actividades instrumentales de la vida diaria y el 16.7% en siete preguntas. En cambio el 10% solamente respondió una pregunta, lo que condiciona una dependencia mayor.