



ISSEMYM

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS**

**CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
ISSEMYM
TLALNEPANTLA**

**APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS
MAYORES COMO HERRAMIENTA DE AUTO PERCEPCIÓN DEL APOYO
FAMILIAR EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM
TLALNEPANTLA**

**TESIS
PARA OBTENER GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
MARÍA MAGDALENA RUIZ RAMÍREZ**

**DIRECTOR DE TESIS:
DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES COMO
HERRAMIENTA DE AUTO PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR EN LA CLÍNICA DE
CONSULTA EXTERNA ISSEMYM TLALNEPANTLA

PRESENTA:
MARÍA MAGDALENA RUIZ RAMÍREZ

AUTORIZACIONES



DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR SEDE ECATEPEC
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS

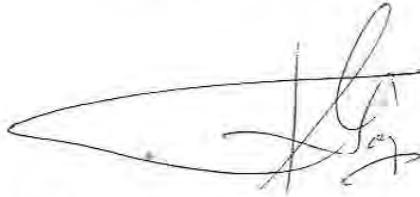


DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

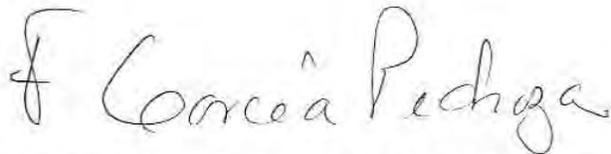
APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES
COMO HERRAMIENTA DE AUTO PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR EN LA CLÍNICA
DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM TLALNEPANTLA

PRESENTA:
MARÍA MAGDALENA RUIZ RAMÍREZ

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES
COMO HERRAMIENTA DE AUTO PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR EN LA CLÍNICA
DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM TLALNEPANTLA**

**PRESENTA:
MARÍA MAGDALENA RUIZ RAMÍREZ**

AUTORIDADES DE TOLUCA



LIC. ANA LUISA SERVÍN CÁRDENAS
DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN SALUD DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS

INDICE	pág.
1.-MARCO TEORICO-CONCEPTUAL	
1.1 Definición de familia	1
1.2 Clasificación de familia	1
1-3 Estructura familiar	2
1.4 Ciclo vital y la familia	3
1.5 Funciones de la familia	5
A) Socialización	5
B) Afecto	5
C) Cuidado	5
D) Estatus	5
E) Reproducción	5
F) Desarrollo y ejercicio de la sexualidad	5
1.6 Indicadores de dinámica y funcionamiento familiar	6
1.7 Definición de anciano	7
1.8 Historia de la vejez	8
1.9 Clasificación	9
1.10 Epidemiología	10
1.11 Aspectos psicosociales	14
1.12 Aspectos económicos	16
1.13 Autopercepción de la vida	17
a) Pérdida de autoestima	17
B) Pérdida del significado o sentido de la vida	17
C) Pérdida de la facilidad de adaptación	18
2 Planteamiento del problema	19
2.1 Justificación	21
2-2 Objetivos	22
2.2.1 Objetivo general	22
2.2.2 Objetivos específicos	22
3 Material y métodos	22
3.1 Tipo de estudio	22
3.2 Diseño de estudio	23
3.3 Población, lugar y tiempo	23
3.4 Tipo y tamaño de la muestra	23
3.5 Criterios de selección	24
3.5.1 Criterios de inclusión	24
3.5.2 Criterios de exclusión	24
3.5-3 Criterios de eliminación	24
3-6 Variables	24
3.6.1 Definición conceptual de las variables	24

3.6-2	Cuadro de variables	25
3.7	Diseño estadístico	27
3.8	Instrumentos de recolección	27
3.9	Método de recolección de datos	27
3.10	Maniobras de sesgos	27
3.11	Procedimientos estadísticos	27
3.12	Recursos humanos, materiales, físicos y Financiamiento del estudio	28
3.13	Consideraciones éticas	28
3.14	Cronograma	28
4	Resultados	29
5	Discusión del estudio	47
6	Conclusiones	48
7	Bibliografía	49
8	Anexos	52
	Encuesta adulto mayor	52
	Consentimiento informado	53
	Cronograma	54
9	glosario	55

Agradezco:

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a mis maestros por darme la oportunidad de alcanzar esta meta.

En especial a la Dra. Silvia Landgrave mi agradecimiento y gratitud por su apoyo, comprensión y dirección en este trabajo.

Al Dr. Ricardo Lozano por su paciencia y motivación.

A la directora de la clínica de consulta externa Tlalnepantla Alma Rosa Velázquez Cadena por el apoyo que me brindo para lograr la meta

A mi madre en especial por su amor, sabiduría, interés y soporte en mi carrera profesional.

A mis hermanos que siempre me brindaron su respaldo.

A mis hijos por su cariño, apoyo y comprensión.

A mis colegas y amigos por su paciencia y ayuda desinteresada.

A mis pacientes por su impulso y estímulo.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la percepción del anciano del apoyo familiar, así como identificar el perfil socioeconómico de la población estudiada a través del apgar familiar

Diseño del estudio: observacional, transversal y descriptivo.

Material y métodos: En una muestra representativa aleatoria de (100) personas mayores de 65 años, de ambos sexos, que viven en familia y que asisten al consultorio N° 2 de la clínica de consulta externa ISSEMYM Tlalnepantla, se aplicó el instrumento Apgar familiar con 18 variables

Resultados: La edad de los pacientes obteniendo un rango de 65 la mínima y 84 la máxima con promedio de 72 años. Un 62 % masculino y 38% femenino, el 34% se encuentra laborando y 66% está jubilado, el 36% es analfabeta, 48% con educación básica y el resto con educación media superior, el 69% se encuentra casado, el 87% vive en una familia nuclear y extensa, la mayoría con 2 y 3 integrantes, relacionándose más con la esposa. El 84% presenta alguna enfermedad crónica como diabetes mellitus o hipertensión arterial. El 89% presenta alto apoyo familiar y el 6% apoyo medio familiar.

Conclusión: los resultados obtenidos fueron inconmensurables a lo esperado. Se encontró que los adultos mayores están satisfechos con las relaciones interpersonales con los diferentes miembros del núcleo familiar y se sienten útiles cuando aportan económicamente cierta cantidad.

Se reconoce que existen sesgos y que algunos son difíciles de controlar, sin embargo los resultados obtenidos son válidos para este estudio y población, no se puede generalizar y se puede considerar que este trabajo es el inicio para otros más en donde se pueda manejar la metodología con más rigor y la muestra sea probabilística.

Palabras claves: anciano, familia, adulto mayor, apgar familiar, apoyo familiar.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of the elderly family support and identify the socioeconomic profile of the study population and through the family apgar

Study Design: Observational, transversal and descriptive.

Methods: A random representative sample of persons aged 65 years, of both sexes, living in family and attending the clinic No. 2 in the outpatient clinic ISSEMYM Tlalnepantla, the instrument was applied to 17 variables family Apgar

Results: The age of patients achieving a range of 65 minimum and 84 maximum with a mean of 72 years. 62% male and 38% female, 34% are working and 66% are retired, 36% are illiterate, 48% with basic education and the rest with upper secondary education, 69% are married, 87% lives in a nuclear and extended family, most with 2 and 3 members, interacting more with the wife. 84% have chronic illness such as diabetes mellitus or hypertension.

Conclusion: the results were as expected immeasurable. Found that older adults are satisfied with interpersonal relationships with the various members of the household and feel useful when economically provide a certain amount.

It is recognized that there are biases and that some are difficult to control, however the results are valid for this study population, one can not generalize and if we consider that this work is the beginning for others but where the methodology can handle with more rigor and the sample is probabilistic.

Keywords: elderly, family,

1.- MARCO TEÓRICO

1.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA

El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones

Para este trabajo se consideró la definición de Smilkstein:

“la familia es un grupo psicosocial, que consta del paciente y una o mas personas, niños o adultos, en el cual hay comúnmente algún miembro natural para cada otro.”¹

1.2 CLASIFICACIÓN DE FAMILIA

Este trabajo se basa en las siguientes clasificaciones:

Huerta² las tipifica de acuerdo a hábitos y costumbres en:

Tradicionales o modernas

De acuerdo a su cultura y subcultura de las comunidades a la que pertenece la familia se puede clasificar como sigue:

Indígena, Rural, Urbana

Desde el punto de vista psicosocial y según la dinámica de las relaciones intra-familiares en funcionales y disfuncionales

Según los límites en su estructura pueden ser amalgamadas o desvinculadas.

Por las características ocupacionales del jefe de familia en familias campesinas, obreras, comerciantes.²

En la primera reunión del Consenso Académico en Medicina Familiar e Instituciones Educativas y de Salud, clasifican a las familias en base a 5 ejes fundamentales.³

Por parentesco, en nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstituida, monoparental, monoparental extendida, monoparental extendida compuesta, extensa, extensa compuesta, no parental.

En base a la presencia física y convivencia si es:

Núcleo integrado, núcleo no integrado, extensa ascendente, extensa descendente, extensa colateral.

En base en sus medios de subsistencia:

En agrícolas y pecuarias, industrial, comercial y servicios

En base a su nivel económico y lo hacen en base a los indicadores de pobreza en:

Pobreza familiar nivel 1.- ingreso per cápita suficiente para canasta básica y básicos

Pobreza familiar nivel 2.- ingreso familiar per cápita suficiente para canasta básica únicamente

Pobreza familiar nivel 3.- ingreso per cápita inferior a la canasta básica

En base a los nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales se clasifica como:

Persona que vive sola, matrimonios o parejas de homosexuales, matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos, familia grupal, familia comunal poligamia.

1.3 ESTRUCTURA FAMILIAR

Estructura familiar es el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar³

De acuerdo a su estructura familiar según Irigoyen⁴ se clasifican como:

Familia nuclear.- que es el modelo de la familia actual, formada por padre madre e hijos.

Familia extensa.- formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o de afinidad como pueden ser abuelos, tíos, sobrinos.

Familia extensa compuesta.- formada por padre madre hijos, otros miembros que compartan lazos consanguíneos y otros miembros sin ningún nexo legal como es el caso de amigos y compadres.

1.4 CICLO VITAL Y LA FAMILIA

El ciclo vital de la familia son las diferentes etapas evolutivas por la que cursa la familia. Existen varias clasificaciones ^{2,4} de estas etapas, en este estudio se maneja la clasificación que propone Judith Estremero⁵, la cual se describe a continuación:

1. Constitución de la pareja

Con la formación de una pareja queda constituido un nuevo sistema, que será el inicio de una nueva familia., o sea la pareja formada por esposo y esposa

2. Nacimiento y crianza

El nacimiento de un hijo crea muchos cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia. Aparecen nuevos roles y funciones: madre, padre (función materna y función paterna); y con ellos los de la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc. Si los padres trabajan dejan la crianza de los hijos a los abuelos o tíos.

3. Hijos en edad escolar

Esta es una etapa crucial en la evolución de la familia. Es el primer desprendimiento del niño del seno familiar. Se unirá a una nueva institución con maestros y compañeros y realizará nuevas actividades fuera del hogar. Cuando el horario de los padres no es compatible con el horario de los hijos para llevarlos a realizar otras actividades se los dejan a los abuelos para los sustituyan.

4. Adolescencia

La adolescencia es una etapa de grandes crisis para la mayoría de los individuos y las familias. Se producen grandes cambios en todos los integrantes del núcleo familiar y en la relación de éstos con el exterior.

5. Salida de los hijos del hogar

Esta nueva etapa está marcada por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos y de incorporar a nuevos individuos como el cónyuge y la familia política. Los hijos entraran en una nueva etapa donde deberán formar su propia familia, con las características que vimos al inicio del capítulo, para poder continuar el ciclo vital.

6. Edad Madura

La pareja se enfrentará a nuevos desafíos. Por un lado el reencuentro entre ellos, dado por la salida de los hijos del hogar y por el cese laboral. De las características de este encuentro dependerá que la pareja continúe unida o no. Por otro lado deberán afrontar cambios no solo en lo individual sino también a nivel familiar.

7. Ancianidad

Cada uno de los integrantes sufrirá cambios a nivel corporal (mayor fragilidad, enfermedades crónicas, etc.) y/o emocional (pensamientos con respecto a la muerte, pérdida de seres queridos, etc.). Todo esto requiere de un tiempo de procesamiento, y la familia es el primer apoyo que tiene la persona adulta mayor para superar el problema y no se sienta discriminada todo esto por medio de respeto cariño y atención.

En esta etapa del ciclo vital suele haber un revés en cuanto a quién proporciona los cuidados físicos, emocionales e incluso económicos de los padres. Las características de estos nuevos vínculos dependerán de cómo se establecieron las relaciones a lo largo de la historia familiar. Es decir si los padres proporcionaron cariño, atención y cuidados a la familia, estos miembros a su vez corresponderá en su momento necesario

Por otro lado son los abuelos los encargados de transmitir la historia, ritos y costumbres a las nuevas generaciones, ayudando así a establecer su identidad individual y familiar. Esto los pone a ellos en un lugar privilegiado, que hoy en día es descuidado por las familias y la sociedad en general. Actualmente la actitud de los jóvenes es muy diferente e imponen sus nuevas costumbres o modas ya no dejan que los adultos mayores les transmitan la historia.

1.5 FUNCIONES DE LA FAMILIA

Son las tareas que le corresponde realizar a cada uno de los integrantes de la familia y se reconoce las siguientes funciones de acuerdo al 1ª Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de organismos e Instituciones Educativas y de Salud.³

A.-Socialización.-promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia, la replica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

B.-Afecto.- interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

C.-Cuidado.- Es la protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades ya sean materiales, sociales financieras y de salud del grupo familiar.

D.-Estatus.- Es la participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

E.-Reproducción.- provisión de nuevos miembros de la familia.

F.-Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

En el transcurso del ciclo vital se forma la identidad sexual y de género del individuo, las actitudes sexuales y la conducta sexual

Las etapas del desarrollo son conceptos sociales que toman como referencia la edad, haciendo de ella uno de los criterios fundamentales de organización de la vida social. La estructura mas esencial de la sociedad se reduce a dividir a los

individuos en hombres y mujeres, y estos, en niños, adolescentes, adultos y viejos es decir en clases de edad.

La sexualidad humana, reconocida como un fenómeno multidimensional, se inicia con la vida del individuo, desarrollándose a lo largo de la infancia y adolescencia, alcanzando su madurez y trascendencia durante la adultez y en edades avanzadas. Ésta solo desaparece cuando desaparece la vida, es decir, con la muerte y por ende, se constituye en un componente de nuestra personalidad, que forma un todo con nosotros mismos. Desde los primeros años de vida nuestra motivación o impulso sexual es canalizado en direcciones socialmente especificadas, que hacen posible el aprendizaje de una conducta sexual cada vez mas consiente e intencionada³.

1.6 INDICADORES DE DINAMICA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

De acuerdo con Chagoya Beltrán⁶ comenta que:

La dinámica familiar es una colección de impulsos, pensamientos, emociones y actos, tanto positivos como negativos, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que esta como unidad funcione bien o mal.

La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros que cada miembro de la familia tiene, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo, estancamiento o regresión y un clima de seguridad o angustia y tensión⁶.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le ha asignado de acuerdo a la etapa del ciclo vital por la que curse.⁷

Una familia funcional identifica problemas con claridad y ve los problemas como situación que afectan a todos.⁶

Dentro de los elementos que pueden afectar la dinámica familiar, conviene destacar dos por su importancia, el primero son los cambios obligados que se producen en el transito de una etapa a otra del ciclo vital crisis normativas y en

segundo la presentación de acontecimientos vitales estresantes como es el caso de las crisis no normativas⁸.

Entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, es conveniente señalar los siguientes⁷:

- El cumplimiento de sus funciones (económica, biológica y cultural-espiritual)
- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.
- Que el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.
- Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios.

1.7 DEFINICIÓN DE ANCIANO

Existen varias definiciones Las Naciones Unidas considera anciana a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. México considera anciana a una persona a partir de los 60 años⁹.

En realidad, ¿qué es ser viejo? La mayoría de las definiciones subrayan los aspectos deficitarios, negativos: la vulnerabilidad, la propensión a las enfermedades, la progresiva marginación, el acercamiento de la muerte. El envejecimiento es un hecho ineludible, pero el considerarse agotado, en régimen de bajas revoluciones y al margen de las cuestiones que afectan a la sociedad en su conjunto, es una opción estrictamente individual.

“Viejísimo”: Traducción del inglés “ageism”, que en castellano quizás no tenga el mismo “sonido cultural o conceptual”. Se usa para describir a toda una ideología médico-social que mira el envejecimiento como sinónimo de pérdida, rigidez, déficit e incapacidad. Las investigaciones recientes aportan pruebas de que el

“viejísimo” se apoya en mitos, prejuicios y estereotipos sin sustento científico. (En México, a veces la palabra “senil” se usa peyorativamente con ese sentido).¹⁰

1.8 HISTORIA DE LA VEJEZ

Es interesante analizar como se han planteado los pueblos a lo largo de la historia su preocupación por entender el proceso de envejecimiento, la atención prestada a los ancianos, su papel en el conjunto de la sociedad o los métodos para luchar contra la vejez.¹¹

Los ancianos no siempre han tenido la misma valoración y son frecuentes los movimientos de péndulo. En las sociedades en que hay muchos ancianos o muy pocos es donde mas importancia reciben: si muchos por el número, si muy pocos por lo insólito. No existía edad legal para el retiro. Los ancianos eran adultos y no se les trataba como una categoría diferenciada¹¹.

En diversas sociedades antropológicas, hay privilegios para las personas mayores. Así en las sociedades del sureste asiático y en grupos del África negra donde se les colma de favores, ocupan un lugar especial y se les asocia con sabiduría y experiencias, con la conservación transmisión y memoria del grupo.¹¹

En los pueblos nómadas con dificultades para conseguir su propio alimento y su propia defensa, el valor se mide según su capacidad física y si no es buena, los ancianos pueden ser vistos como una carga, ser abandonados para que mueran o buscar ellos mismos la muerte para no resultar una carga¹¹.

En las épocas buenas en que esta asegurada la alimentación y la supervivencia, al anciano se le respeta ayuda y honra y este asume un papel social importante.

En algunas tribus de raza negra africanas se seleccionaban a los más viejos por su sabiduría y aquellos que eran capaces de transmitir o heredar conocimiento, estos eran respetados, venerados y privilegiados por el resto de la tribu, el resto de los ancianos eran rechazados. Algo parecido ocurría en algunas tribus mongolas en los siglos VI al X.¹¹

En China entre las gentes campesinas, los viejos eran considerados como la máxima autoridad por lo que se integraban al grupo familiar.

Entre los indios navajos, los ancianos tienen autoridad por su sabiduría.¹¹

En los pueblos no históricos, sin escritura representa la base del conocimiento y del saber: como una biblioteca viva.

En algunas tribus las mujeres ancianas se admiten en los grupos de hombres y así se liberan de tabúes femeninos.¹¹

A lo largo de la historia se observa de una forma invariable esta ambigüedad hacia la vejez, que se repite en nuestros días: entre la sabiduría y la experiencia, por una parte, y la decrepitud y el desagrado, por otra.¹¹

1.9 CLASIFICACIÓN

La vejez es un proceso multifacético de maduración y declinación, pese al hecho de que en todo instante hay lugar para el crecimiento. Las investigaciones señalan que se empieza a envejecer antes de los 65 años; ya para fines de la cuarta década, hay declinación en la energía física. También aumenta la susceptibilidad a las enfermedades e incapacidades. Se va haciendo cada vez más difícil, mantener la integración personal, así como la orientación en la sociedad.¹²

Finalmente, de una manera inexorable, unos antes y otros después, viene la declinación general. El individuo acaba retrayéndose de las actividades. Depende mucho de los que le rodean. Si las relaciones con otros son tirantes, el anciano busca el aislamiento y la soledad. El temperamento puede tornarse agrio. Surge en muchos casos la mala salud física. Los ingresos económicos pueden ser insuficientes. Hay una multitud de problemas de índole social y psicológica que cae sobre el anciano y sus familiares, la situación no es fácil para la persona vieja ni para la gente que lo rodea. El anciano no quiere ser un estorbo. Para los familiares, el hecho de tener la responsabilidad de personas mayores constituye un serio impedimento en el disfrute de sus afanes de vida y en la realización de sus proyectos y aspiraciones.¹²

En la vejez es muy difícil separar las incapacidades de índole física de los efectos desintegrantes de conflictos que, por ser prolongados y arduos, dejan una huella psíquica profunda en el individuo. El proceso de envejecer abarca toda la

personalidad. El deterioro en la vejez no es sólo en la estructura sino también en la función y por tanto, un resultado de las tensiones emocionales.¹²

_De acuerdo al Modelo Social del Envejecimiento, modificado por Mishara y Riedel lo clasifica según la etapa del ciclo vital y que lo muestra Encinas Reza.¹³

Inicio de la vejez.- de los 66 a los 70 años en esta etapa atraviesan por la crisis de jubilación o retiro, donde hay una disminución de ingresos y se tiene que adaptar a nuevos roles y al tiempo libre. En la relación familiar hay una interacción intensa de la pareja.

Vejez plena.- de los 71 a los 74 años, donde se presenta una simbiosis y la viudez. Hay pérdida de capacidades desarrollo de mecanismo de adaptación, perdida del cónyuge. Y hay ruptura de la diada fundamental

Fin de la vejez.- a los 75 años y lo divide en viejo joven mayor de 75 años y viejo-viejo mayor de 85 años, en esta etapa sufren la crisis de invalidez, institucionalización. Hay pérdida de la independencia, entrada en institución. Separación y aislamiento creciente.

1.10 EPIDEMIOLOGIA

Algunos datos epidemiológicos fueron tomados de la revista de Epidemiología de la Secretaria de Salud¹⁴, la cual explica lo siguiente:

Educación

El estado educativo de la población anciana refleja los niveles que existían en el pasado, ellos tuvieron menos oportunidades de ingresar y mantenerse en la escuela; así, 30.1% de la población de 60 años y más es analfabeta; y son las mujeres quienes registran la mayor proporción de analfabetismo, con 35.5%, mientras que entre los varones es de 23.9%.

El promedio de escolaridad es de 3.4 años, cuatro años menos que el de la población de 15 años y más del país (7.4años)

En las localidades rurales la situación se agudiza, desciende a 2.5 y 1.2 años.¹⁴

Trabajo

En México, 36.6% de la población de 60 años y más trabaja en la producción de bienes y servicios para el mercado. Esta participación desciende conforme la edad de esta población avanza y difiere entre hombres y mujeres: 57.6% para los adultos mayores varones y 17.4% para las mujeres.¹⁴

Los ancianos que trabajan se ocupan principalmente como agricultores (37.5%), artesanos y obreros (16.1%) y como vendedores independientes (13.9%).

De las personas de edad avanzada que participan en la actividad económica, 43.7% trabaja tiempo completo (35 a 48 horas semanales), 22.9% tiene sobre jornadas de trabajo, y 19.3% dedica menos de 24 horas a la semana. No obstante, gran proporción carece de prestaciones sociales y laborales; 85.9% de los varones y 86.6% de mujeres.

En materia de ingresos, 34.6% de la población de 60 años y más que trabaja recibe menos de un salario mínimo; 23.9% de uno a dos; 25.2% más de dos, y 11.6% no recibe ningún tipo de ingreso.

En cuanto a los que no desempeñan actividad económica alguna, 72.4% son sostenidos por un familiar u otra persona y 19.4% sufraga sus gastos mediante una pensión.

Tres de cada cuatro adultos mayores realizan quehaceres domésticos y son las mujeres quienes más participan, 96.3 contra 53% de los varones.¹⁴

Salud

Los padecimientos y enfermedades más frecuentes en los adultos mayores se deben a problemas respiratorios agudos, infecciones intestinales y de las vías urinarias, que son las tres primeras causas de atención en la consulta externa.

Las enfermedades crónico-degenerativas cuya letalidad en este grupo de población es elevada: hipertensión arterial, diabetes mellitus (tipo II) y enfermedades isquémicas del corazón, se ubican entre las diez principales causas de dicha consulta.¹⁴

Entre las principales enfermedades que requieren hospitalización de adultos de edad avanzada se encuentran: la diabetes *mellitus* (8.9%), las afecciones del sistema urinario (8.4%), las fracturas (5.2%) y las enfermedades cerebro vasculares (4.3%), las cuales ocupan los primeros cuatro lugares en el conjunto de hospitalizaciones por enfermedad del Sistema Nacional de Salud.¹⁴

En el año 2000 se registraron 247 mil 933 muertes de personas de 60 y más años de edad, que representaron 56.7% del total de fallecimientos.

La mayor parte de la población de edad avanzada muere por enfermedades del corazón (22.4%), por tumores malignos (14.0%) y por diabetes mellitus(13.6%).¹⁴

Seguridad social

De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, 3 millones 30 mil personas de 60 años y más, que representan 48.1%, reciben atención médica en instituciones públicas o privadas, y 3.5 millones de ancianos carecen de este servicio.¹⁴

Según la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social del 2000, una de cada cinco personas de 60 años y más (20.9%) goza de algún tipo de pensión, de las cuales 65.6% son hombres y 34.4% mujeres.¹⁴

Personas con discapacidad

Las personas de edad avanzada tienen mayores probabilidades de experimentar situaciones de discapacidad, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, de 1 millón 800 mil personas que padecen algún tipo de discapacidad, 42.3% tienen 60 años o más. Las limitaciones de tipo motriz son las más frecuentes, en ambos sexos (54%), la visual (30.5%) y la auditiva (21.0%)¹⁴

Hablantes de lengua indígena

Una de cada diez personas de 60 años y más habla alguna lengua indígena, en términos absolutos significa 704 mil personas.

De éstas, 22.1% son monolingües, es decir no hablan español.¹⁴

Hogares con ancianos

En el 2000, había 5 millones 300 mil hogares con al menos una persona de 60 años o más de edad, los cuales representaban 23.4% del total de hogares en el país.

En 4 millones 300 mil hogares, una de las personas de edad avanzada es el jefe del hogar y en los hogares restantes los ancianos son padres, madres, abuelos(as), o algún otro pariente del jefe de familia.¹⁴

Del total de ancianos jefes de hogar, 67.1% son varones y 32.9% mujeres. Esto, comparado con 20.6% de jefas de hogar que existe en el país muestra la correlación del peso de las ancianas entre las jefas de hogar.¹⁴

Cabe señalar que 1 millón 200 mil hogares están compuestos exclusivamente por adultos mayores, los cuales representan 5.4% del total de hogares en el país. De éstos, 4 de cada 10 están integrados por una pareja de ancianos (jefe y su cónyuge), uno por una pareja anciana y al menos un pariente de edad, y cinco por personas de edad avanzada que viven solas.¹⁴

Esta composición presenta diferencias notables de acuerdo con el sexo del jefe del hogar. En los hogares de ancianos con jefe varón, 61.5% está formado por una pareja de ancianos, 5.1% por la pareja anciana más otros parientes de edad avanzada y 33% por varones solos; en cambio, cuando la jefa es mujer, 7.4% son monoparentales (jefa anciana y uno o más hijo[a]s de edad avanzada), 7.5% se conforma por la jefa anciana y sus hijos, más otros parientes ancianos, y 84.5% de ellas viven solas.¹⁴

Violencia intrafamiliar

Según datos de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar de 1999, en el Área Metropolitana de la ciudad de México, 18.6% de la población de 60 años y más vive en hogares con presencia de actos violentos.¹⁴

De acuerdo con el total de denuncias registradas en las Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVIF) durante 1999, nueve de cada 10 víctimas en el Distrito Federal eran mujeres y 2.7% tenía 60 o más años. Entre la población masculina maltratada, cuyo porcentaje es de 6.8% respecto al total de la población víctima de maltrato, 44.8% son ancianos.¹⁴

Los datos epidemiológicos que menciona Salgado Alba¹⁵ en su libro Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano refiere:

Por su alojamiento existen:

Aproximadamente el 3% de los ancianos mayores de 65 años viven en residencias

Por cada anciano con incapacidad ingresado en una residencia asistida

El 67% de los ancianos viven en ambiente familiar

El 40% de las mujeres viven solas, en comparación con el 15% de los hombres¹⁵

Estado civil: Las viudas sobrepasan a los viudos en una relación 5:1. Más de la mitad de las mujeres mayores son viudas.¹⁵

Gastos por salud: Son responsables del gasto total por cuidados sanitarios. El grupo de ancianos de 75-80 años y más, originan el 80% del gasto de todos los ancianos.¹⁵

1.11 ASPECTOS PSICOSOCIALES

Tomando en cuenta los puntos expuestos en el congreso argentino de logoterapia “hacia un envejecimiento con sentido”¹⁶

Vemos que la prolongación de la expectativa de vida, que es esperable que vaya a continuar en aumento, da como resultado, en muchos casos, la coexistencia de cuatro generaciones en la red familiar, provocando una serie de modificaciones en la misma.¹⁶

Lo que deberá conocer la familia es, pues, lo esperable en el envejecimiento normal esto es un proceso paulatino y gradual que permite el desarrollo de mecanismos de adaptación y compensación de las funciones que declinan, haciéndose esto notorio solo en personas de edad avanzada¹⁶

Los rasgos de personalidad se mantienen generalmente, a lo largo de una vida sana prácticamente sin modificaciones. Pero a una altura avanzada de la misma,

debido al impacto de los factores estresantes y la declinación natural esta situación se modifica.¹⁶

Dentro de los factores estresantes tenemos:

1. Las deficiencias físicas, esto es, cambios importantes del esquema corporal.
2. El retiro laboral.
3. La pérdida de coetáneos, fundamentalmente su compañera o compañero.
4. La disminución de la movilidad, lo que incrementa el aislamiento social.
5. Las dificultades para la realización de las actividades cotidianas.
6. Las dificultades económicas.
7. Enfermedades médicas, agudas y crónicas.
8. Las interacciones medicamentosas y la polifarmacia.¹⁶

Y en una sociedad altamente competitiva , donde la oferta y la demanda es lo de hoy, así como efectista es también causa de muchas frustraciones, es masificada con la aceleración histórica sin precedentes como las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, culturales, etc. predominando la familia nuclear, y se encuentra prolongada la vida cronológica. Todos estos son factores negativos que afectan a nuestros ancianos, dando como resultado el aislamiento social considerado como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad y de incapacidad, así como de mortalidad en los ancianos.¹⁷

La familia pese a los cambios que ha sufrido en el último siglo, sigue siendo la institución de apoyo más importante en los problemas sociales de los ancianos como albergue, seguridad y ayuda económica.¹⁵

Al ser la familia para gran parte de los ancianos, el cuidador principal, debe considerarse como parte integrante del equipo multidisciplinario de asistencia a los ancianos.¹⁵

1.12 ASPECTOS ECONOMICOS

En la actualidad, con el avance de la medicina y la mejoría de la calidad de vida, se está produciendo un aumento progresivo del grupo de personas mayores en nuestra sociedad. La mayoría de ellos son personas con muchas potencialidades por desarrollar, a los cuales nuestra sociedad tiende a desestimar por el solo hecho de haber llegado a cierta edad cronológica.

En la longevidad influyen factores socioeconómicos como el nivel de renta, el rango social, la educación superior, y la satisfacción laboral y vital. También la nutrición, la enfermedad, el estilo de vida o las actitudes psicológicas. Es diferente en hombres y mujeres.¹¹

Antes, las familias eran lineales y podían coincidir tres generaciones en un hogar. Ahora pueden ser más ramificadas. La mujer trabajadora ya no es la cuidadora de la familia. Por otra parte, los abuelos pueden ahora ser quienes cuidan a los nietos mientras las madres trabajan.¹¹

Los individuos sufren a lo largo de su vida cambios en sus roles sociales.

Se habla de vejez a los 65 años asociada a la edad laboral de jubilación. El concepto de jubilación surge en la sociedad industrial y no en la agraria. La jubilación es deseada y vivida como una liberación por algunos y como un destierro o como un abandono por otros.¹¹

La vida activa en la vejez será posible siempre y cuando la persona haya planeado su retiro desde el punto de vista financiero, a fin de que no le sorprendan las estrecheces económicas. Condición esencial además es que se disfrute de una razonable salud física y mental. Las muertes rápidas después del retiro son frecuentes, pero hay pruebas de que la mala salud precede el retiro y no lo sigue. Hay individuos que se retiran a una edad temprana, tan pronto sus ingresos lo permitan, para así abandonar el trabajo como dominio principal de ocupación personal y poder dedicarse a actividades que les resultan más satisfactorias.¹²

1.13 AUTOPERCEPCION DE LA VIDA

En base a las características de esta sociedad que como ya se ha dicho, que es competitiva efectista, masificada, acelerada etc. Se puede ver como se enfrenta el anciano a la realidad y como se percibe a si mismo.¹⁷

A.- Perdida de autoestima

Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él, a nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunos ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio menoscabo.¹⁷

B.-Pérdida del significado o sentido de la vida.

Una vivencia tan cerca del propio Yo, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Pues bien, es posible que la persona de la tercera edad caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado.¹⁷

Es cierto, sin embargo, que esta experiencia negativa de sí mismo, no se aprecia en personas mayores y ancianas que sean más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas. Estos hombres y mujeres, ancianos pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción.¹⁷

C.-Pérdida de la facilidad de adaptación.

Al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación: son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.¹⁷

Así, puede aparecer como persona algo rígido, "chapada a la antigua", aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no la valora en la forma que la persona considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento que se va agravando por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.¹⁷

Desde el punto de vista psiquiátrico, lo importante no es que sea joven o viejo; no importa la edad que se tenga; lo decisivo es la cuestión de si su tiempo y su conciencia tienen un objetivo, al que la persona se entrega, y ella misma tiene la sensación de vivir una existencia valiosa y digna de ser vivida; en una palabra, si es capaz de realizarse interiormente, tenga la edad que tenga.¹⁶

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al incremento de la esperanza de vida y por la disminución de la tasa de nacimientos, la pirámide poblacional se esta invirtiendo, por lo que la población de adultos mayores esta aumentando.

Al parecer nadie tiene en cuenta la vejez como etapa final del proceso evolutivo de la vida, entendido éste como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo que deja huella en el nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante que se inicia desde el nacimiento mismo, por lo que, como se vera mas adelante, gran cantidad de esfuerzos están dirigidos a la educación para preparar a los adultos jóvenes y dignificar a los adultos mayores, con la idea de sacarlos, literalmente, del aislamiento, que por el compromiso de las dimensiones física, cultural, política, espiritual, entre otras, se vuelve obligado.¹⁸

Cada persona decide paulatinamente, a veces por simple hastío, otras por convencimiento, que reducirá drásticamente su ritmo vital, que no hará deporte, ni aprenderá informática, ni viajará, ni practicará el sexo. En otras palabras, cada uno decide personalmente cuándo "es viejo para realizar alguna actividad". No es lo mismo un jubilado que sigue con sus paseos y acude regularmente a la piscina, sigue estudiando y leyendo diarios, frecuenta a sus amigos y familiares, va al cine o al teatro, juega al ajedrez, participa en un taller de escritura, milita y colabora en un partido político, que otro cuyas únicas actividades reseñables son dormir, ver la TV, jugar a cartas y quejarse de la vida ante sus compañeros pensionistas.¹⁹

La manera de percibirse es lo que permite al adulto mayor, realizar este proceso psíquico conocido como Autoestima, ya sea positiva o negativa, en alza o en baja además le permite percibir el apoyo que tiene de las redes sociales formales e informales de esto depende la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás, y de ella depende en gran medida también, la manera más o menos airosa, exitosa, que cada uno practica para enfrentarse a los conflictos y dificultades de la vida.¹⁷

Existen diferentes tipos de redes sociales; la formal en donde se incluye las asociaciones civiles o gubernamentales. Y la informal considerando a la familia como la primera red social informal de apoyo a los adultos mayores tomando importancia relevante en el envejecimiento de sus integrantes, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el apoyo insustituible.²⁰

Dentro de las funciones de la familia se encuentra el afecto y el cuidado que deben brindar como el amor, la protección y asistencia incondicional de manera respetuosa para afrontar las diversas necesidades tanto materiales, sociales, financieras y de salud.³

En la clínica de consulta externa ISSEMYM Tlalnepantla se han detectado adultos mayores que se encuentran laborando, que sufren abandono aparente de su familia, que se perciben como una carga para la familia, viven solos, son respetados por el núcleo familiar, son dependientes y maltratados o toman el rol de apoyo para realizar las labores de casa así como cuidadores de los nietos y no se tiene antecedentes de algún estudio sobre el adulto mayor. Por lo que surge la inquietud de conocer la percepción del anciano en su núcleo familiar

Por lo tanto surge la siguiente pregunta:

¿Cómo percibe el adulto mayor el apoyo familiar?

2.1.-JUSTIFICACIÓN

La población de adultos mayores se ha ido incrementando por varios factores ya mencionados en párrafos anteriores; Se tiene conocimiento que en el año 2000 había 5 millones 300 mil hogares con al menos una persona de 60 años o mas y se estima que para el año 2050 este porcentaje será de 40 millones por lo que es necesario, que se capacite al personal de salud para atender las demandas de salud de esta población.²¹

Al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y es por eso que el adulto mayor, se encuentra sin las herramientas que le permitan adaptarse satisfactoriamente a los cambios ocurridos o asociados con la vida. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

Sin embargo esta experiencia negativa de si mismo, no se aprecia en adultos mayores que son intelectuales o que permanecen mentalmente activas. Estos hombres o mujeres, ancianos pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción.¹⁹

En base a lo observado en el consultorio 2 de la clínica de consulta externa Tlalnepantla el trabajo se enfoca a conocer como se percibe nuestros adultos mayores en su núcleo familiar y ya que esta población acude a consulta regularmente se puede aplicar esta evaluación y así conocer mas sobre su sentir para su mejor atención, ya que el medico familiar es un educador, orientador y facilitador de los servicios de atención en el primer nivel, por lo tanto no hay que olvidar la posición tan privilegiada que tiene para relacionarse con el paciente geriatra y su familia generando una enseñanza y la inquietud de conocer mas sobre ellos.

2.2.-OBJETIVOS

2.2.1-Objetivo General

Evaluar como percibe el anciano el apoyo familiar.

2.2.2.- Objetivos Específicos

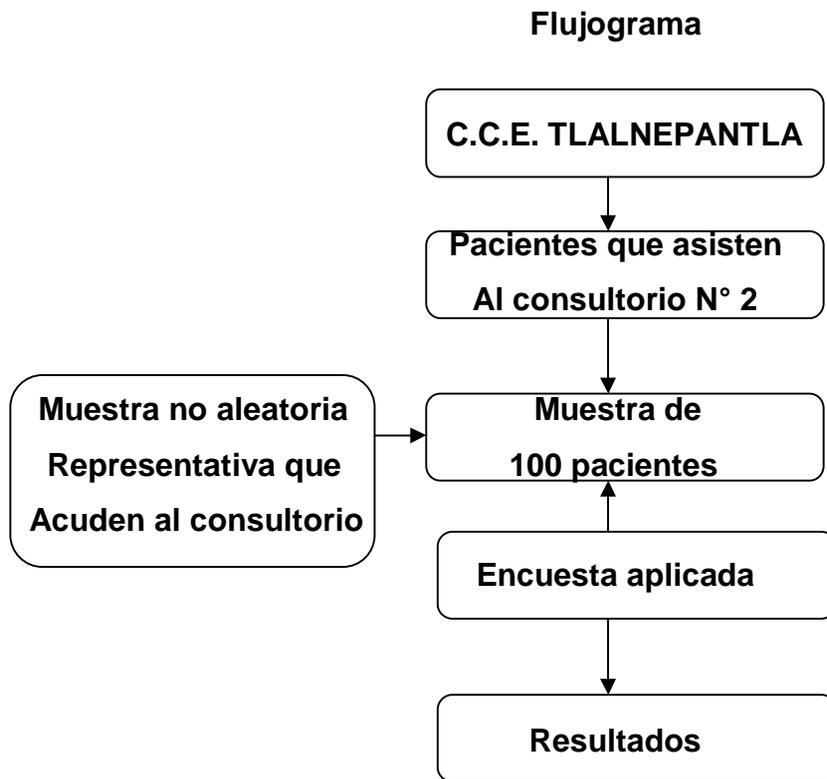
- 1.-Identificar el perfil sociodemográfico de la población estudiada
- 2.- Conocer la tipología familiar
- 3.- Identificar a través del instrumento APGAR familiar la percepción del anciano el apoyo familiar

3.-MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.-Tipo de Estudio.

Observacional, prospectivo descriptivo y transversal.

3.2 Diseño de Estudio



3.3.- Población, Lugar y Tiempo

Se aplicó el APGAR familiar a adultos mayores de 65 años, que asistieron al consultorio 2 de la Clínica de Consulta Externa ISSEMyM Tlalnepantla, en un periodo de 9 meses de junio del 2008 a febrero de 2009.

3.4.- Tipo y Tamaño de la Muestra.

Se utilizó una muestra de 100 pacientes la cual no es aleatoria solo representativa que acuden al consultorio N° 2 de la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla

3.5.- Criterios de Selección

3.5.1.- Criterios de Inclusión

- hombres y mujeres mayores de 65 años, que aceptaron participar en el estudio y adscritos al consultorio 2.

3.5.2.- Criterios de Exclusión

- Los hombres o mujeres mayores de 65 años que no quisieron participar en el estudio.

3.5.3.- Criterios de Eliminación

- Las encuestas incompletas.
- Hombres o mujeres que no acudieron a sus citas.

3.6.- Variables

3.6.1.-Definición Conceptual y Operativa de las Variables

Adulto mayor.- Según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.⁹

Apoyo familiar.- La familia pese a los cambios que ha sufrido en el último siglo, sigue siendo la institución de apoyo más importante en los problemas sociales de los ancianos como albergue, seguridad y ayuda económica.²⁰

Se tomaron en cuenta tanto variables cuantitativas como cualitativas, utilizando escalas de medición nominal, ordinal y continua.

3.6.2.-Cuadro de Variables

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que tomará la variable
folio	Cuantitativa	continua	Ninguno
Edad	Cuantitativa	continua	Ninguno
Sexo	Cualitativa	Nominal	1.- masculino 2.- femenino
Trabaja	Cualitativa	Nominal	1.- si 2.- no
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1.- jubilado 2.- pensionado 3.-hogar 4.- maestro 5 comerciante 6 instructor 7.-mantenimiento 8.- administrador 9.-soldador 10.-empleado 11.-barrendero 12 entrenador 13 mecánico 14 jardinero 15 cocinera 16 velador 17 operador de bomba
Escolaridad	cuantitativa	ordinal	1.- analfabeta 2.- lee 3.- lee y escribe 4.- primaria incompleta 5.- primaria completa 6.- secundaria incompleta 7.- secundaria completa 8.- preparatoria incompleta 9.-preparatoria completa 10.- normal 11.- normal superior 12.- técnico 13.- Licenciatura incompleta 14.- Licenciatura terminada
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1.- soltero 2.- casado 3.- viudo 4.- divorciado 5.- unión libre
Tipología familiar	Cualitativa	Nominal	1 nuclear 2 nuclear extensa 3nuclear extensa compuesta 4.- uniparental
Nº de integrantes	cuantitativa	continua	Ninguno
Edo. De salud	Cualitativa	Nominal	1.-con enfermedad Crónica 2.- sin enfermedad crónica

Cual enf. Crónica	Cualitativa	Nominal	1.- Diabetes mellitus 2.- hipertensión arterial sist. 3.- insuf. Venosa periférica 4.- osteoartrosis 5.- enf. Acido péptica 6.- cáncer 7.- sin enf. Crónica
Con quien se relaciona	Cualitativa	Nominal	1.- hijos 2.- esposa 3.- nietos 3.- otros
Como apoya a su familia	Cualitativa	Nominal	1.-para educar a los hijos 2.- para cuidar la casa 3.- para hacer mandados 4.- para enseñarlos a vivir la vida 5.- nada
Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema	Cualitativa	ordinal	1.- casi nunca 2.- a veces 3.- casi siempre
Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa	Cualitativa	ordinal	1.- casi nunca 2.- a veces 3.- casi siempre
Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa	Cualitativa	ordinal	1.- casi nunca 2.- a veces 3.- casi siempre
Esta satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos	Cualitativa	ordinal	1.- casi nunca 2.- a veces 3.- casi siempre
Siente que su familia lo quiere	Cualitativa	ordinal	1.- casi nunca 2.- a veces 3.- casi siempre
Clasificación del Apgar familiar	Cualitativa	ordinal	1.- 0-3 escaso apoyo o nulo 2.- 4-6 apoyo medio 3.- 7-10 alto apoyo

3.7.- Diseño Estadístico

se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas con escalas de medición nominal, continua y discontinua, en un grupo de personas mayores de 65 años, con 18 variables, de mediciones independientes por medio de un muestreo no aleatorio simple con el propósito de observar como afecta la presencia del anciano en la familia

3.8.- Instrumentos de Recolección

Se utilizo el APGAR familiar²²⁻²³ ya que es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo. También se utilizo una ficha de identificación como base de datos generales. Una vez obtenida la información se almacenó en una base de datos del programa SPSS 18

3.9.- Método de Recolección de los Datos

Prevía autorización de las autoridades de la clínica se hizo la recolección de los datos por medio de un cuestionario que se les aplicó a los adultos mayores de 65 años cuando acudieron a consulta ocupando 4 minutos para contestarlo. Posteriormente se recopiló los datos, se describió los resultados de las variables y se trató de llegar a conocer en cuanto afecta la presencia del anciano en la familia, y como lo percibe él. .

3.10.- Maniobras De Sesgos

Se reconoce que existen sesgos de información que no se puede controlar, la selección, medición e interpretación, se realizó de acuerdo a la metodología.

3.11.- Procedimientos Estadísticos

Debido a la naturaleza de las variables los resultados obtenidos tuvieron una distribución no paramétrica, se utilizó estadística descriptiva, obteniendo medidas de tendencia central, dispersión y de resumen. Para codificar los datos se le asignó un código alfa numérico para el almacenamiento de los datos.

3.12.- Recursos Humanos, Materiales, Físicos y Financiamiento del Estudio.

Para la realización del proyecto participó solo el residente, aplicando los cuestionarios y financiando los recursos materiales como papel bond, fotocopias, lápiz, computadora, etc.

3.13.- Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial²⁴, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, apartado B N° 11 que dice.” En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.”

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México²⁵ en el título segundo, capítulo I artículo 13 y 14 donde se especifica investigación sin riesgo debido a que solo se aplicara encuesta y no se modifica ni afecta a la vida de la persona y el consentimiento informado, firmado por los participantes (ver anexo I y II)

3.14.-CRONOGRAMA.- Ver anexo III

;

4.-RESULTADOS

Se hace un análisis de la variable de edad del adulto mayor y se encontró que la media fue de 72 años, con un mínimo de 65 años y máximo de 84 años, con una desviación estándar de 5.57 años. En primer lugar la edad mas frecuente fue de 65 años (10%), en segundo lugar fue de 68 años (10%), en tercer lugar fue de 75 años (8%), en cuarto lugar fue de 67 años (7%) y en quinto lugar fue la edad de 82 años (7%). Las frecuencias de esta variable se muestran en el siguiente cuadro.

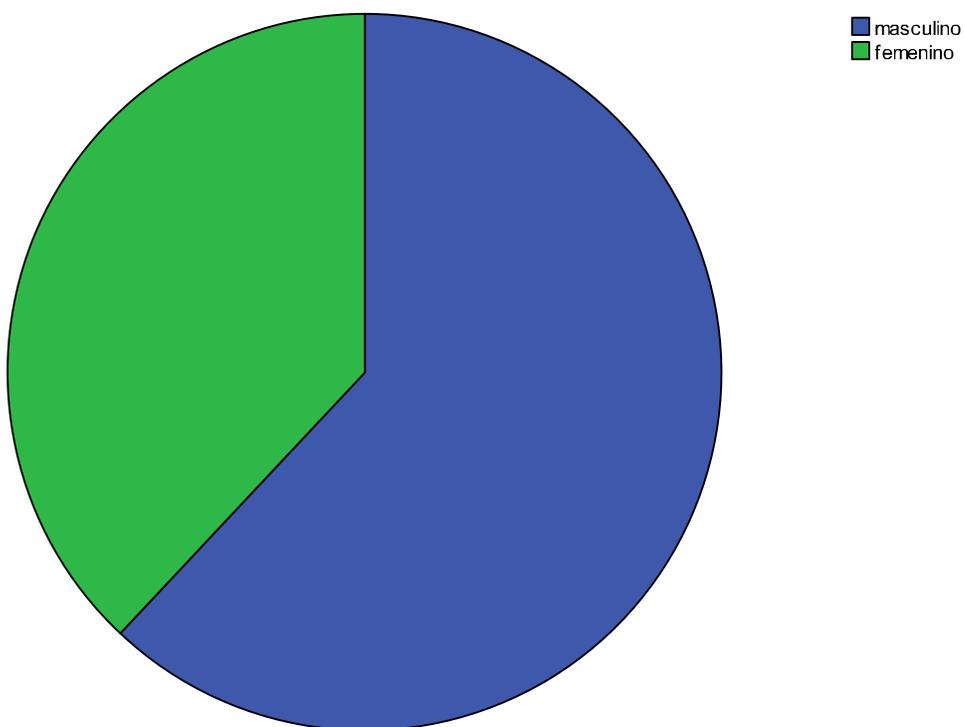
Tabla 1 Edad del paciente encuestado

Edad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
65	10	10.0
66	3	3.0
67	7	7.0
68	10	10.0
69	6	6.0
70	5	5.0
71	5	5.0
72	6	6.0
73	5	5.0
74	6	6.0
75	8	8.0
76	3	3.0
77	5	5.0
78	3	3.0
79	1	1.0
80	3	3.0
81	3	3.0
82	7	7.0
83	1	1.0
84	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente: encuestas aplicadas

Respecto a la variable **sexo** predominó el masculino con un 62% y femenino en un 38%.

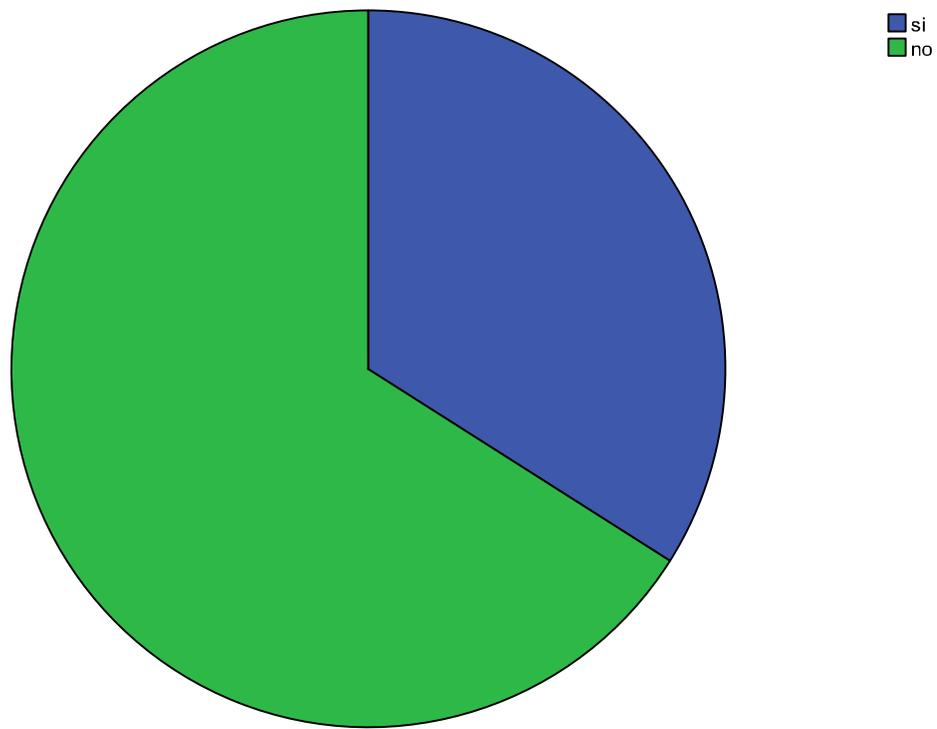
Figura 1 Sexo del paciente encuestado



Fuente: encuestas aplicadas

En la variable **actualmente trabaja**, llama la atención que un 34% se encuentra laborando, demostrando así sus potencialidades a desarrollar. El 66% se encuentra jubilado, pensionado o es ama de casa.

Figura 2 Actualmente trabaja el paciente encuestado



Fuente: encuestas aplicadas

La gran mayoría de los encuestados se encuentran jubilados, pensionados o se dedican al hogar con un 66%. De los que trabajan encontramos que se dedican al comercio 7%, empleados 6%, velador 4%, maestros 3%, barrenderos 3%, mantenimiento y administrador 2% respectivamente, como instructor, soldador, entrenador, mecánico, jardinero, cocinera y operador de bomba 1%.

Tabla 2 Ocupación del paciente encuestado

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
jubilado	30	30.0
pensionado	12	12.0
hogar	24	24.0
maestro	3	3.0
comerciante	7	7.0
instructor	1	1.0
mantenimiento	2	2.0
administrador	2	2.0
soldador	1	1.0
empleado	6	6.0
barrendero	3	3.0
entrenador	1	1.0
mecánico	1	1.0
jardinero	1	1.0
cocinera	1	1.0
velador	4	4.0
operador de bomba	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: encuestas aplicadas

En la variable **escolaridad** que tienen los ancianos un 20% es analfabeta y el 12% solamente lee, el 4% lee y escribe, sumando estos porcentajes obtenemos un 36%.

De los que asistieron a la escuela encontramos que el 10% tiene primaria incompleta, 30% primaria completa, 1% secundaria incompleta, 7% secundaria terminada, obteniendo un 48% con educación básica

Con educación media superior encontramos que el 1% con preparatoria terminada, 2% normal básica, un 6% tiene normal superior, el 1% es técnico, el 2% licenciatura incompleta y un 4% tienen estudios de licenciatura terminada, como lo muestra la siguiente tabla:

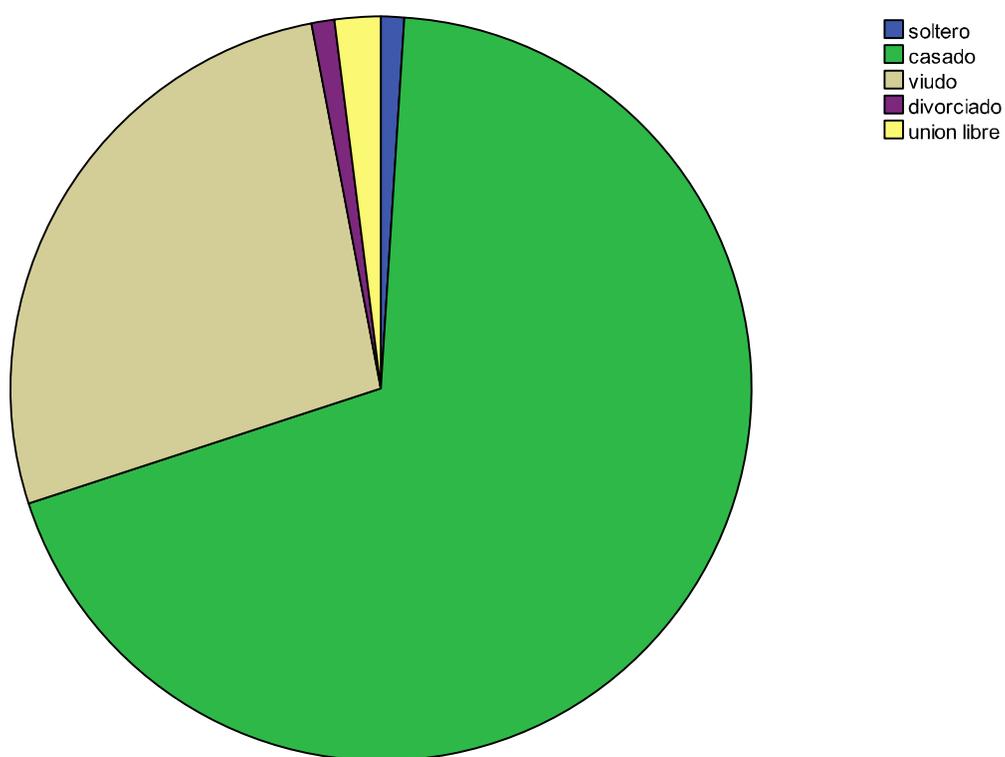
Tabla 3 Escolaridad del paciente encuestado

	Frecuencia	Porcentaje
analfabeta	20	20.0
lee	12	12.0
lee y escribe	4	4.0
primaria incompleta	10	10.0
primaria completa	30	30.0
secundaria incompleta	1	1.0
secundaria completa	7	7.0
preparatoria completa	1	1.0
normal	2	2.0
normal superior	6	6.0
técnico	1	1.0
licenciatura incompleta	2	2.0
licenciatura completa	4	4.0
Total	100	100.0

Fuente: encuestas aplicadas

Respecto a la variable **estado civil** el 69% se encuentra casado y un 27% se encuentra viudo, el 2% en unión libre, 1% soltero, 1% divorciado.

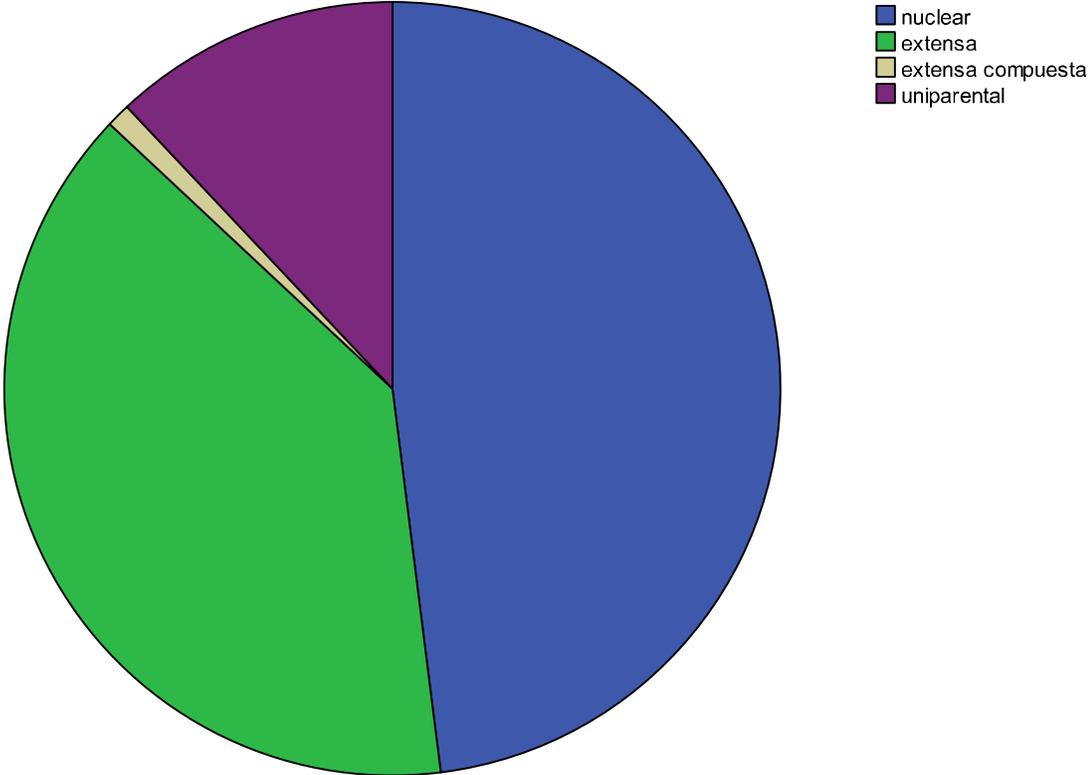
Figura 3 Estado civil del paciente encuestado



Fuente: encuestas aplicadas

De acuerdo a su tipología familiar el 48% tiene una familia nuclear, un 39 % vive en una familia nuclear extensa, 1% en familia nuclear extensa compuesta y un 12% corresponde a familia uniparental.

Figura 4 Tipologia familiar del paciente encuestado



Fuente: encuestas aplicadas

El número de integrantes que encontramos en estas familias fue un mínimo de 1 persona y un máximo de 11 personas, con una media de 3.74 personas y una desviación estándar de 2.342 personas en primer lugar se encuentra las familias de 2 integrantes (31 familias), en segundo lugar las familias con 3 integrantes (14 familias) y en tercer lugar las familias formadas por 6 integrantes (14 familias). La grafica se muestra a continuación.

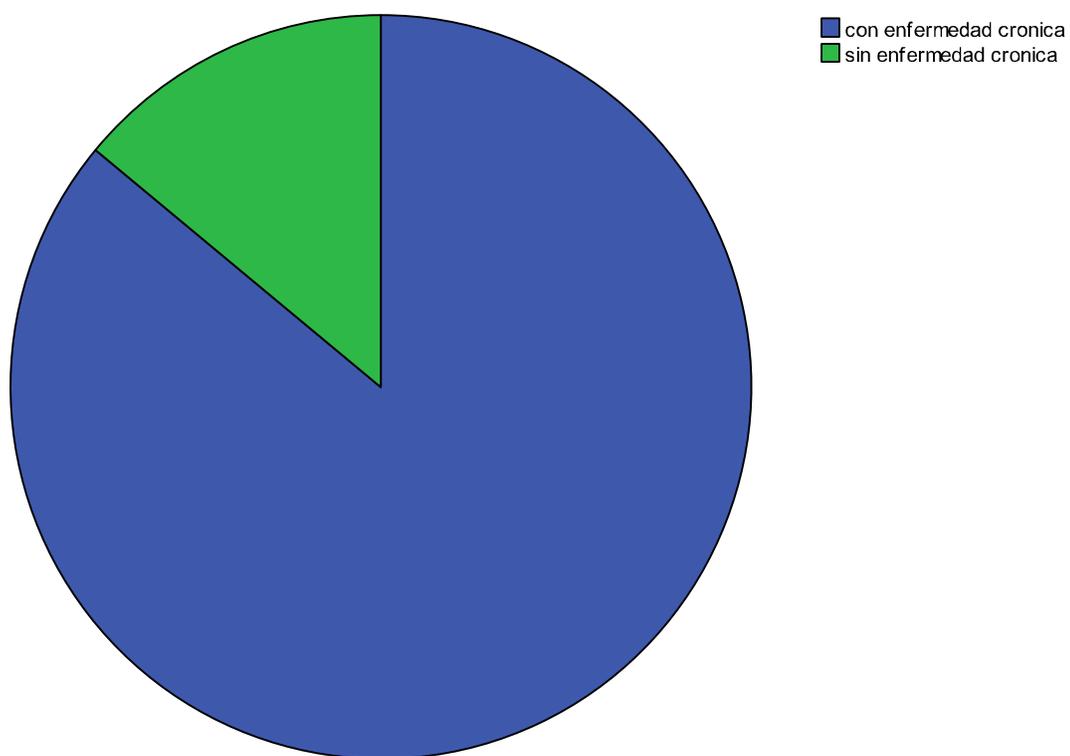
Tabla 4 Numero de integrantes de la familia del encuestado

N°	Frecuencia	Porcentaje
1	13	13.0
2	31	31.0
3	14	14.0
4	5	5.0
5	11	11.0
6	14	14.0
7	5	5.0
8	3	3.0
9	2	2.0
10	1	1.0
11	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: encuestas aplicadas

En la variable estado de salud se encontró que el 86% padece una enfermedad crónica y el 14% no padece ninguna enfermedad crónica.

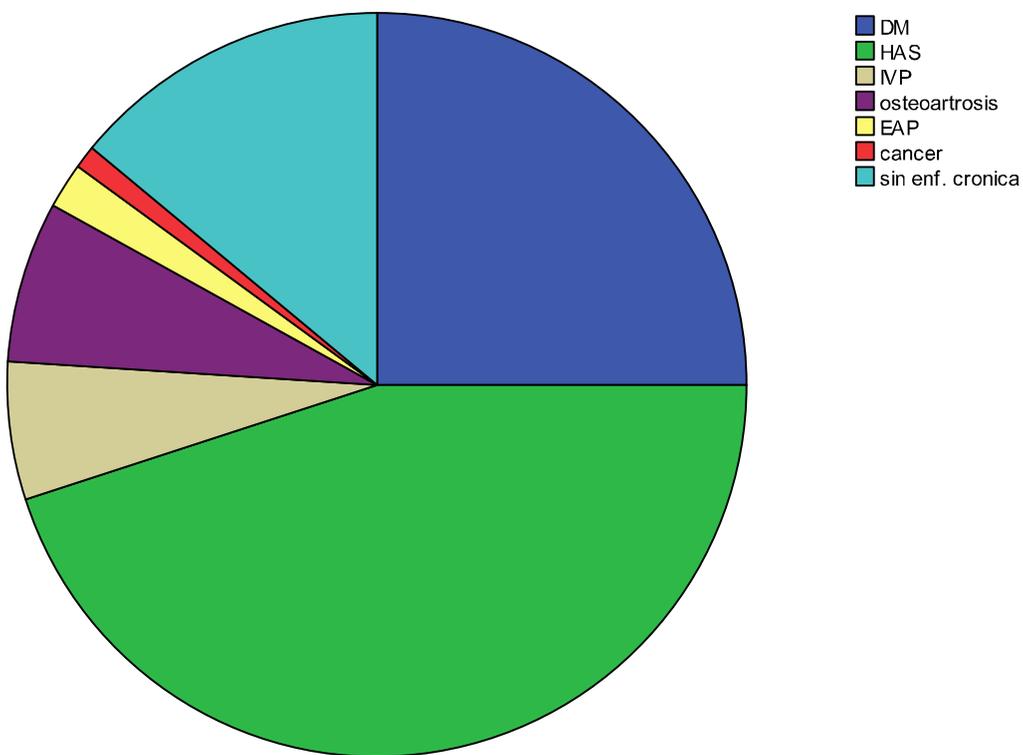
Figura 5 Estado de salud del paciente encuestado



Fuente: encuestas aplicadas

En la variable cual enfermedad crónica padecen los adultos mayores se encontró que el 45% padece hipertensión arterial sistémica, el 25% presenta diabetes mellitus tipo 2, el 7% padece osteoartritis, 6 % tiene insuficiencia venosa periférica, 2% con enfermedad ácido péptica, el 1% con cáncer y el 14 % no tienen enfermedad crónica.

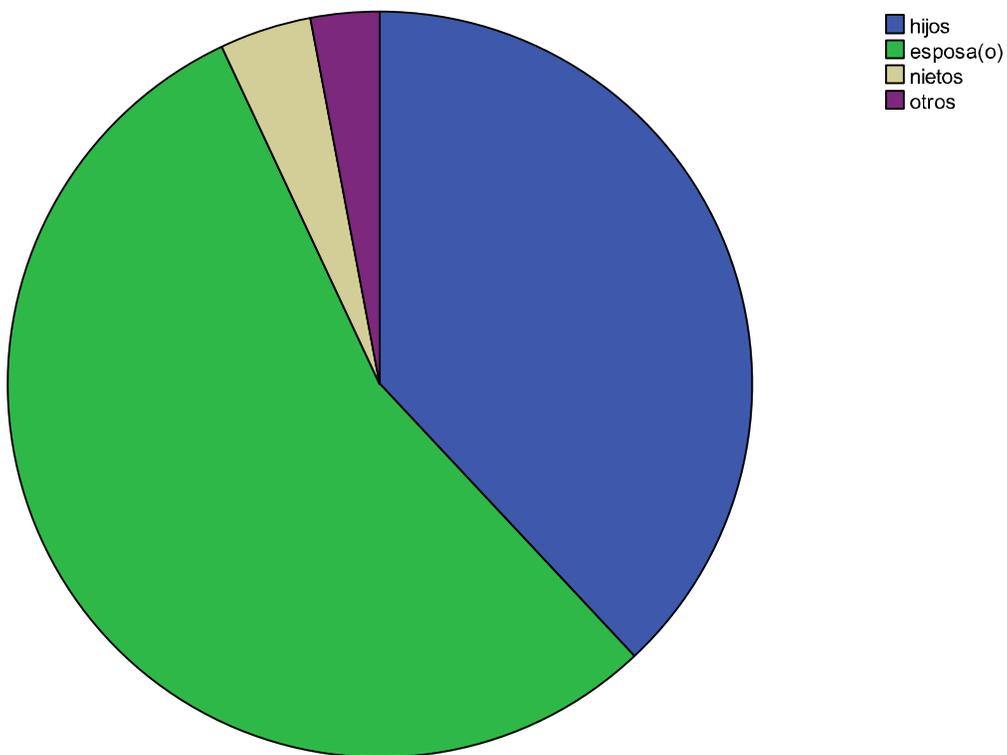
Figura 6 Tipo de enfermedad del paciente encuestado



Fuente: encuestas aplicadas

En la variable con que familiar se relacionan más, se observó que en primer lugar es más con la esposa el 55%, en segundo lugar se relaciona más con los hijos el 38%, en tercer lugar un 4% se relaciona con los nietos y en último lugar con otras personas un 3%.

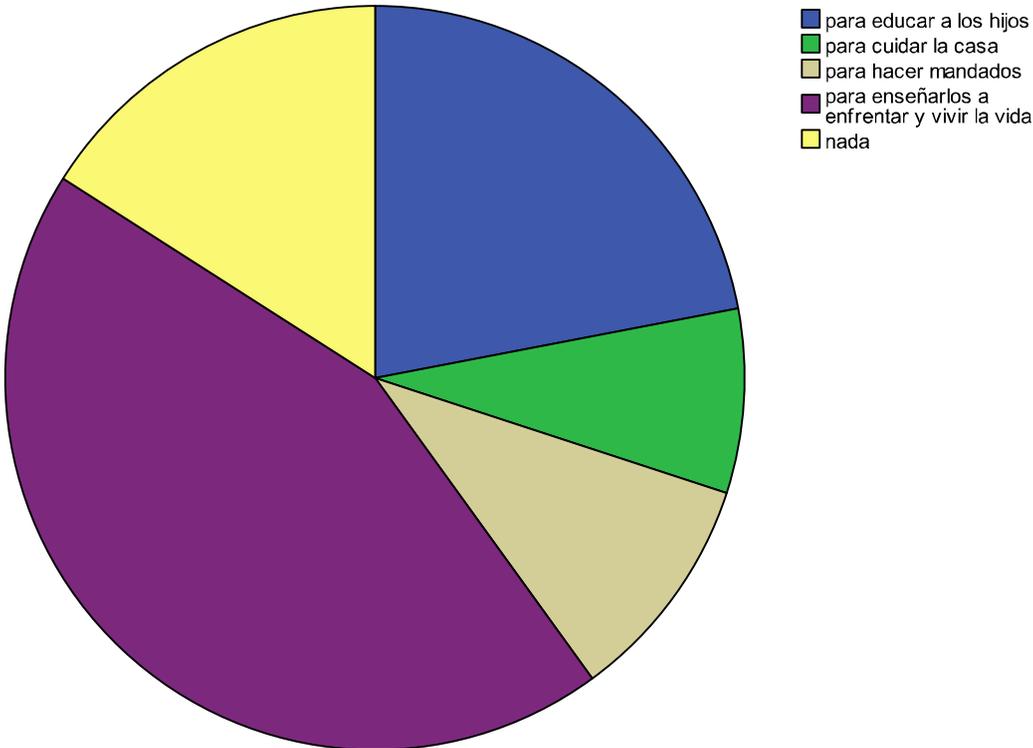
Figura 7 Con quién se relaciona más el paciente encuestado



Fuente: encuestas aplicadas

En la variable cómo apoya a su familia en primer lugar es enseñándolos a enfrentar y a vivir la vida en un 44%, en segundo lugar para educar a los hijos en un 22% en tercer lugar se observó que un 10% apoyan a su familia haciendo mandados, en cuarto lugar un 8% les brindan apoyo cuidando la casa. Se observo que el 16 % de los encuestados no apoyaban a su familia

Figura 8 Cómo apoya a su familia el paciente encuestado

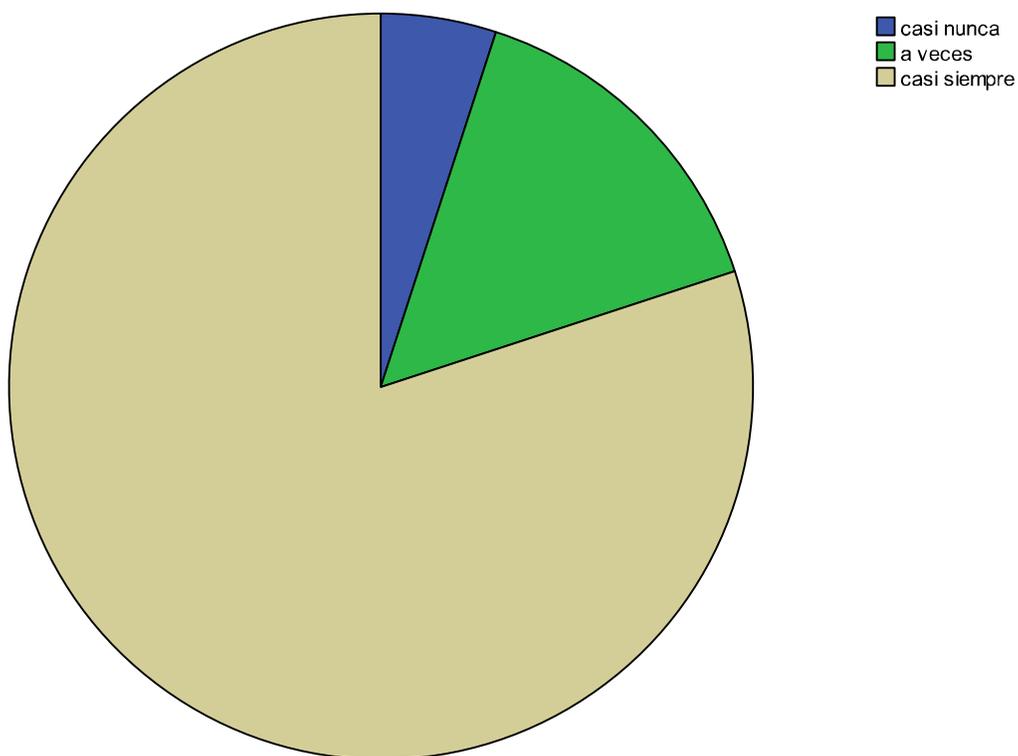


Fuente: encuestas aplicadas

Las preguntas en el APGAR familiar son designadas para permitir la medición cualitativa y la satisfacción del anciano con cada uno de los 5 componentes del APGAR familiar como es la adaptabilidad, la sociedad, el crecimiento, el afecto y la resolución.

En la variable esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema, respondieron en primer lugar un 80% casi siempre, en segundo lugar 15% respondió a veces y en tercer lugar el 5% casi nunca.

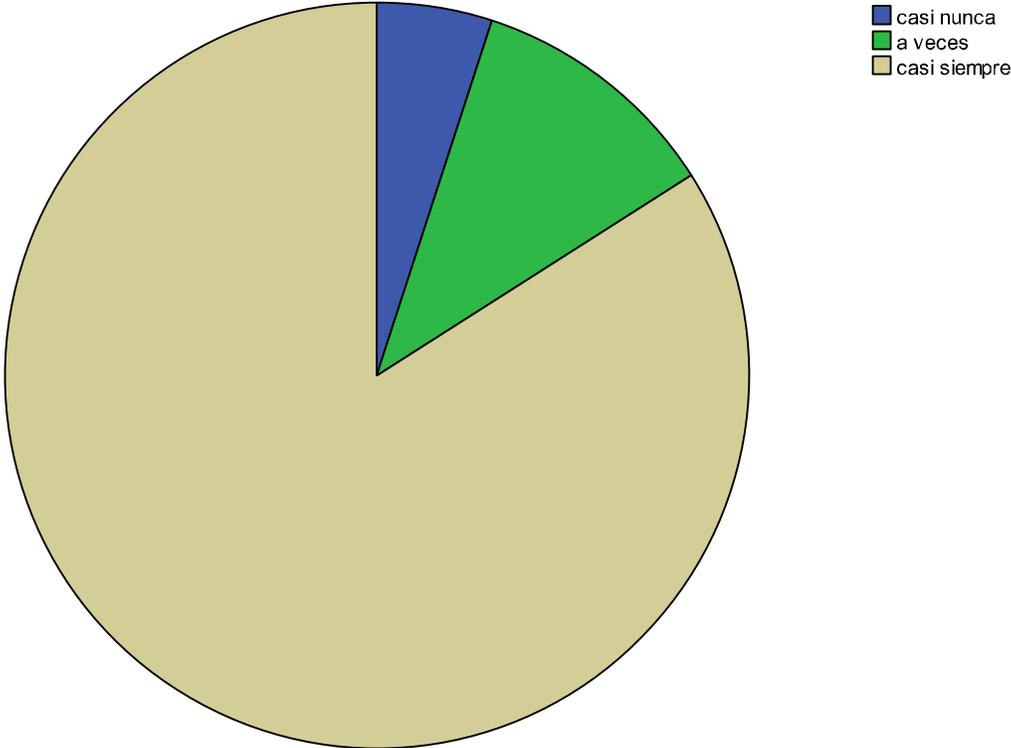
Figura 9 Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema



Fuente: encuestas aplicadas

En la variable conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa, se observo que los adultos mayores respondieron en primer lugar el 84% casi siempre, en segundo lugar 11% a veces, y en tercer lugar, 5% casi nunca.

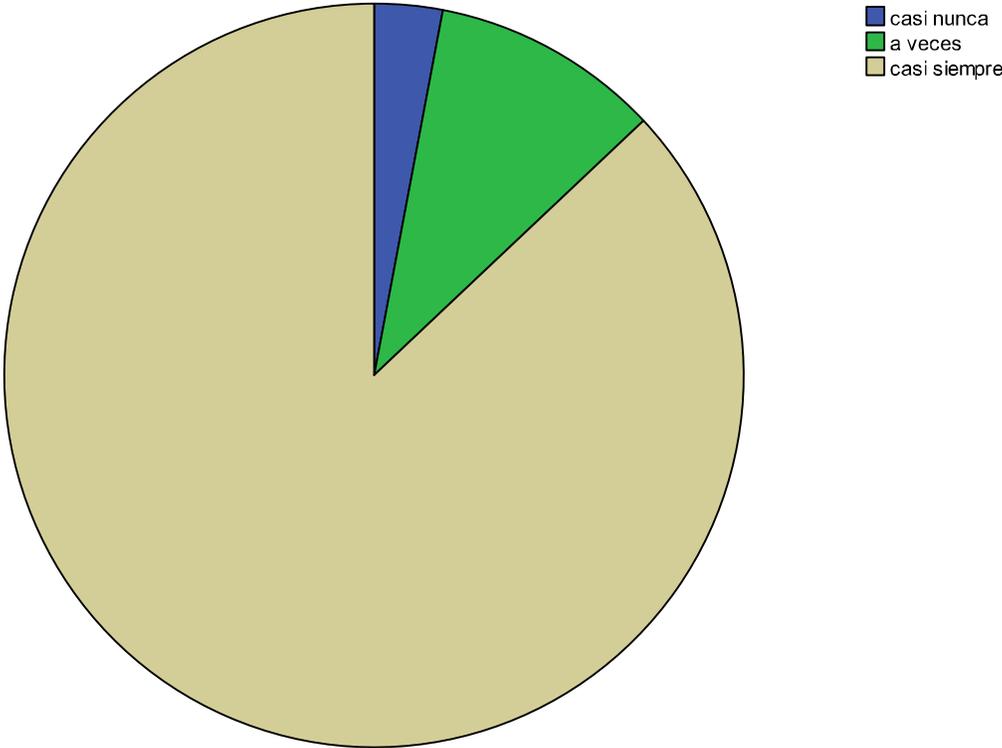
Figura 10 Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa



Fuente: encuestas aplicadas

En la variable las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa respondieron en primer lugar un 87% casi siempre, en segundo lugar un 10% respondió a veces, y en tercer lugar el 3% respondió casi nunca.

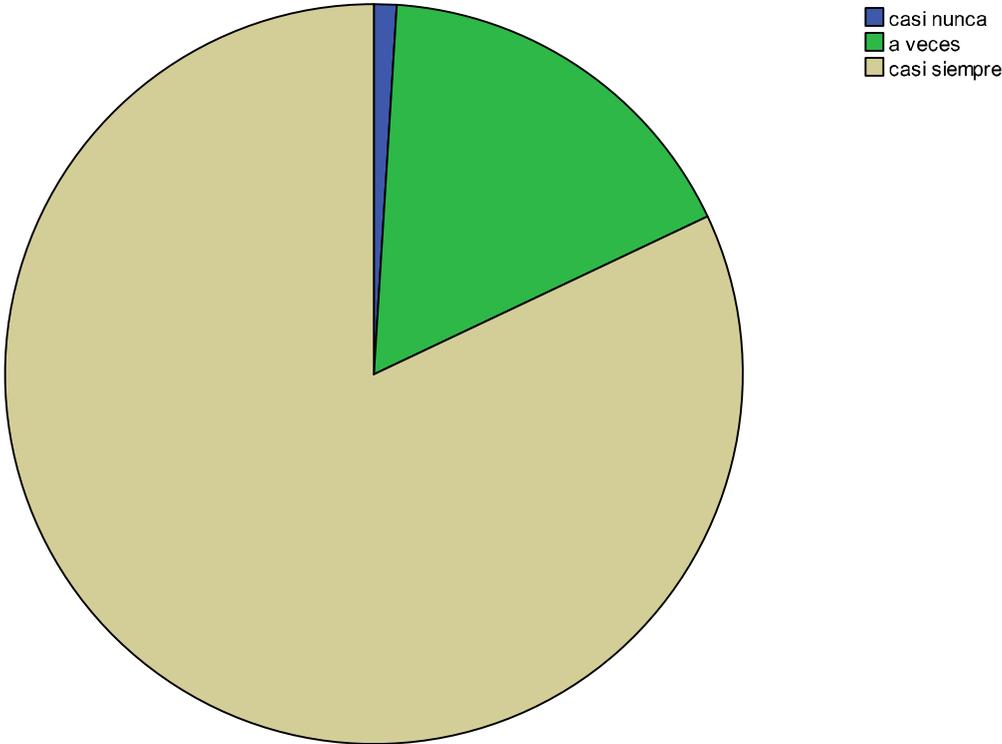
Figura 11 Las desiciones importantes se toman en conjunto en la casa



Fuente: encuestas aplicadas

En la variable esta satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos y los adultos mayores respondieron en primer lugar el 82% casi siempre, en segundo lugar el 17% a veces y en tercer lugar el 1% casi nunca

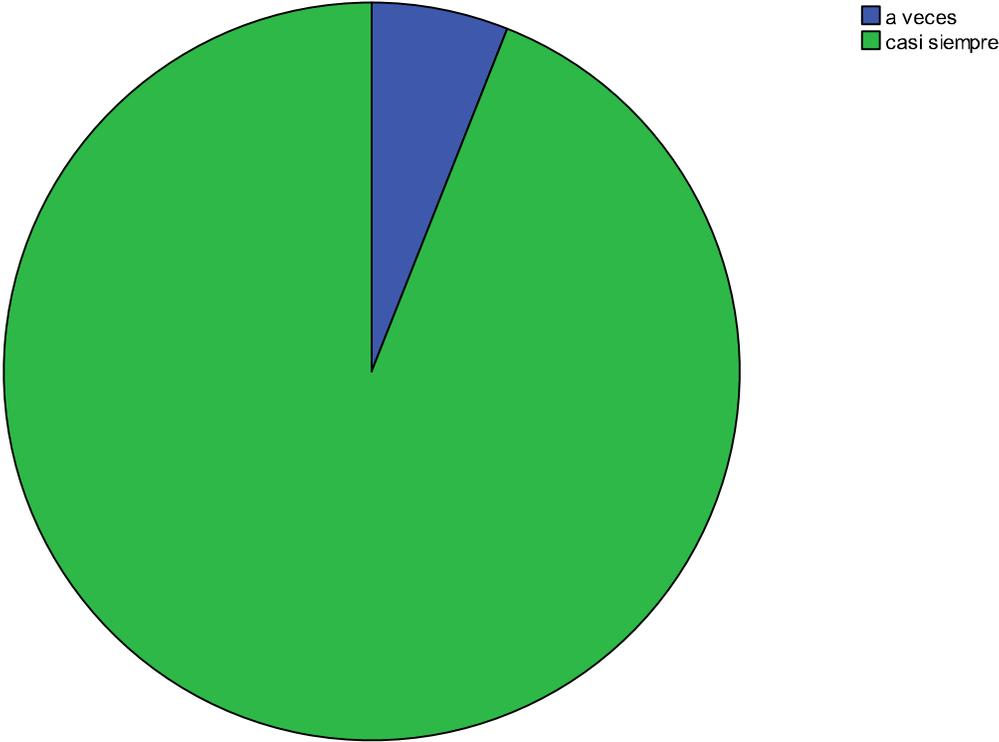
Figura 12 Esta satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos



Fuente: encuestas aplicadas

En la variable siente que su familia lo quiere, el 94% respondieron casi siempre, y el 6% a veces.

Figura 13 Siente que su familia lo quiere

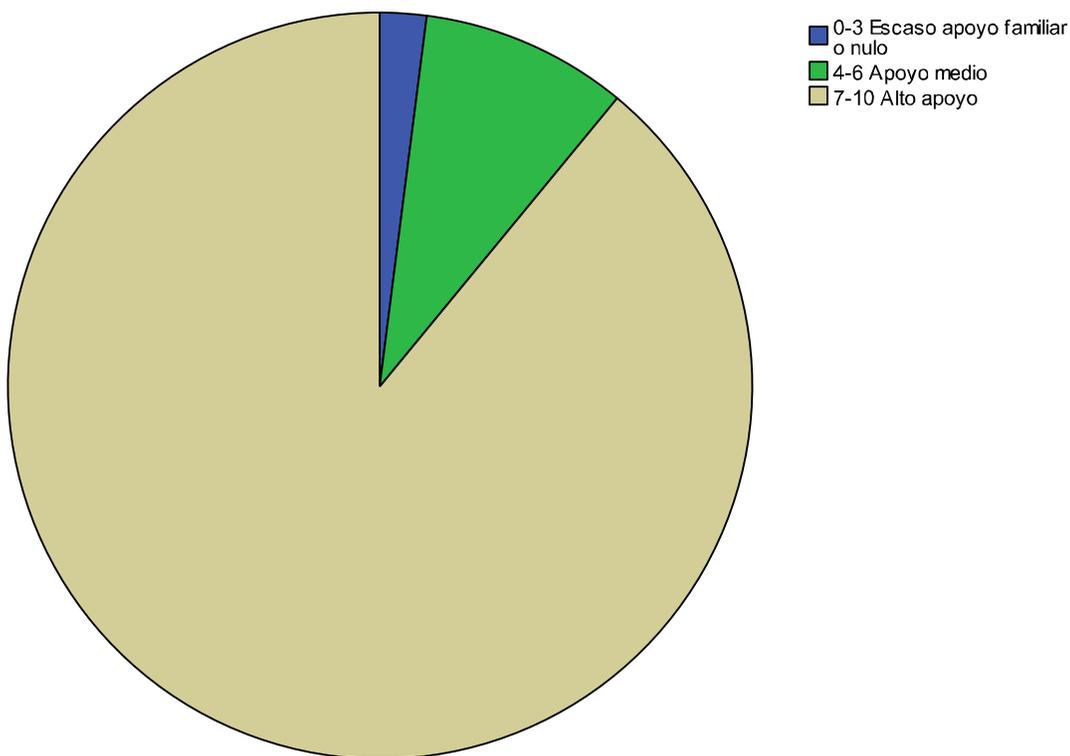


Fuente: encuestas aplicadas

De acuerdo a la clasificación que se hizo del apgar, encontramos que el 89% de los encuestados tiene una percepción de un alto apoyo familiar, el 9% de un apoyo medio y el 2% un escaso apoyo familiar

Sin embargo la percepción que se tiene de estos pacientes ancianos es diferente, ya que acuden solos, nadie los acompaña, descuidados, en su persona o que no pueden acudir a sus citas porque tienen que cuidar a los nietos.

Figura 14 Clasificación del apgar familiar de los encuestados



Fuente: encuestas aplicadas

5.-DISCUSION

Se cumplió con los objetivos propuestos en el trabajo, sin embargo los resultados obtenidos no fueron los esperados. Se encontró que los adultos mayores están satisfecho con las relaciones interpersonales con los diferentes miembros del núcleo familiar y el hecho de que ellos aporten, en algunas ocasiones, económicamente cierta cantidad de dinero para el sostén de la familia los hace sentir útiles y parte de ese sistema

Durante la revisión bibliográfica se encontraron estudios de acuerdo a los datos epidemiológicos. Los datos obtenidos se compararon con la revista de epidemiología¹⁴, encontrando con respecto a educación el 30.1% es analfabeta y en el estudio realizado sumando las personas analfabetas y que saben leer o escribir nos dio un 36%. Con respecto a las personas que trabajan en la revista de epidemiologia el 27.5% trabaja y en el estudio realizado el 34 % trabaja con remuneración. En cuanto a salud, en la revista de epidemiologia la mayoría de las enfermedades con las que cursa el adulto mayor son enfermedades cardiacas igualmente se encontró en las personas encuestadas. Con respecto a como se percibe el adulto mayor en su núcleo familiar no se encontraron trabajos parecidos o semejantes por lo que no se pudo comparar los resultados obtenidos en este estudio con otros trabajos. Se reconoce que existen sesgos y que algunos son difíciles de controlar, sin embargo los resultados obtenidos son validos para este estudio y población, no se puede generalizar y si podemos considerar que este trabajo es el inicio para otros mas en donde se pueda manejar la metodología con mas rigor y la muestra sea probabilística.

El APGAR familiar mostró el grado de felicidad o satisfacción con las que se percibe el anciano en su ámbito familiar, dejando claro que para medir la funcionalidad familiar el APGAR no es un instrumento adecuado y que tal vez las respuestas deberían de ser en porcentajes para mejor evaluación

CONCLUSIONES

Los objetivos generales y específicos se cumplieron, mostrando cómo percibe el anciano el apoyo que le brinda su familia demostrando que sigue siendo la primera red de apoyo.

Se identificó su perfil sociodemográfico donde un porcentaje alto aun se encuentra laborando demostrando así sus potencialidades a desarrollar aunque porten alguna enfermedad crónica en su mayoría o tengan una educación básica o analfabetas.

La gran mayoría se encuentra casado y de acuerdo a su tipología familiar es la familia nuclear la que predomina seguida de la familia extensa haciendo notar el apoyo familiar.

El APGAR familiar es una herramienta útil para que el médico de familia pueda explorar de manera rápida y sencilla la percepción del paciente y el apoyo familiar que tiene él, sin embargo en este estudio cuando se entrevistaba al adulto mayor la mayoría de las ocasiones acudían a consulta solos, se observaban sucios y descuidados, y durante la entrevista cuando se tocaba el tema de familia su respuesta fue romper en llanto y manifestaba verbalmente el abandono emocional, económico y psicológico en que se encontraban, a pesar de lo referido por ellos en los resultados se encontró algo muy diferente a lo esperado, lo que demuestra que existe el sesgo de información y que no es posible controlarlo.

Se propone que es importante realizar seguimiento de estos pacientes por el equipo de salud, ya que llama la atención que los resultados son incongruentes con lo que se ha observado durante la consulta médica.

Se podría sugerir que se tome como el inicio de línea de investigación en donde se pueda desarrollar a profundidad otro tipo de estudio como redes de apoyo en pacientes geriatras, detección de maltrato, negligencia o abandono de esta población usuaria de la clínica.

7.-BIBLIOGRAFIA

1. - Smilkstein G., *The Family APGAR: A proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians*. Seattle, Washington, J Fam pract 1978, 6(6). 4
2. - Huerta G.J.L., *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad*, editorial Alfil, 1ª. Ed. México 1998, p 47
- 3.-. 1ª. Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e instituciones Educativas y de Salud Gómez Clavelina FJ., Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER., *elementos esenciales de la medicina familiar, conceptos Básicos para el estudio de las Familias*, código de Bioética en Medicina Familiar Arch Med Fam 2005; 7 (supl 1): Pag.1-13
- 4.- Irigoyen C.A.: nuevos fundamentos de Medicina Familiar 3ª.ed. Medicina Familiar Mexicana, México, PP 52-59
- 5.- García B. X., Estremero J.,. *ciclo vital, crisis evolutivas*. Área de Salud Mental. Fundación MF para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires. <http://www.foroaps.org/files/ciclo%20Vital%201.pdf>. 6 ventanas
- 6.- Chagoya B. L., *Dinámica Familiar funcional y disfuncional*, estudio medico de la familia cap. 17, p(165-170)
- 7.- Herrera S.P.M. *La familia funcional y Disfuncional, un indicador de salud*. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 1997;13(6):591-5
- 8.- De la Revilla L, *La disfunción familiar*, Aten. Primaria 1992; 10 (2) pág. 582-583
- 9.-definición de anciano capitulo 1. el adulto mayor, 1.1.¿quien es el adulto mayor? http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf ventanas 23
- 10.- amor en vejez, trabajo de Investigación para obtener el titulo en psicología social <http://148.206.53.231/UAMI13257.pdf> . ventanas 82
- 11.- De La Serna I. *Manual de psicogeriatría clínica*, Masson. S.A. Barcelona 1998, pp178.
- 12.- Zuleta C. y Gómez Y. *Factores Psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez*. <http://www.monografias.com/trabajos14/psicolvejez/psicolvejez.shtml>. ventanas 18.

13.- Encinas R.J.E. El anciano y la familia. Depto. De Salud Pública, Fac. de Medicina, UNAM, 1997. pp 1 y 7

14.- Epidemiología. *Estadísticas sobre las personas de edad* bol. Epidem. 2003;20(sem.40) p 1-3

15.- Salgado A.J.I., González M.M.T. *Fundamentos prácticos de la asistencia del anciano*, edit, Masson S.A., 1998. Barcelona. P 1-7

16.- Martín L B.-*El adulto mayor en la Familia*, XIV Congreso Argentino de Logoterapia, "Hacia un envejecimiento con sentido" Mar de plata 1,2 y 3 de oct. 1999. Publicación Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL.

<http://www.portalgeriatrico.com.ar/detallenotas.asp?clase=Adulto+Mayor+y+la+Sociedad&Id=106> ventanas 9

17.-*Adulto mayor: Aspectos psicoafectivos del envejecimiento*
. <http://www.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm> ventanas 9

18 .- Suarez F.. *Perspectivas del adulto mayor*.
<http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/300/pagina/2/perspe>

19.- Cómo tratar a los ancianos: Respeto, atención, cariño e integración en la vida de cada día.

http://www.fundacionselfamom.org/Como-tratar-a-los-ancianos-Respeto-atencion-carino-e-integracion-en-la-vida-de-cada-dia_a38.html ventanas 1

20.-Teran Trillo, Ponce Rosas, Irigoyen Coria , Fernández Ortega, Gómez clavelina FJ .Redes sociales en la atención medica familiar, Arch Med Fam, 1999; 1(2); 35-44

21.- Capitulo II, Marco Teórico, Envejecimiento,
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/coutino_m_m/capitulo2.pdf
ventanas 49

22.- Smilkstein G.,Ashworth C, Montano D, *Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function*, J. Fam. Pract,1982;15 (2),

23.- Gómez Clavelina FJ., Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER, *Selección de análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar*, Arch Med Fam, 1999; 1(2); 45-57

24.-Declaracion de Helsinki de la Asociación Medica Mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª. Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

25.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

8.- ANEXO I

ENCUESTA ADULTO MAYOR

1. Edad: _____
2. Sexo: _____
3. Ocupación: _____
4. Nivel de escolaridad: _____
5. edo. civil _____ soltero _____ casado _____ viudo _____ divorciado _____
6. tipo de familia nuclear _____ extensa _____, extensa compuesta _____
7. Nº de integrantes de la familia _____
8. tiene alguna enfermedad crónica si _____ no _____
9. Usted se relaciona más con:

Hijos _____ Nietos _____ Esposa _____
10. desearía usted ayudar a su familia

si _____ no _____
11. Marque dónde considera que necesita más su cooperación:

Para educar los hijos _____ Para cuidar la casa _____ Para hacer
Mandados _____ Para enseñarlos a enfrentar y vivir la vida _____
- 12.-esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema

casi nunca _____ a veces _____ casi siempre _____
- 13.- conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa
casi nunca _____ a veces _____ casi siempre _____
- 14.- las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa
casi nunca _____ a veces _____ casi siempre _____
- 15.- esta satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos
casi nunca _____ a veces _____ casi siempre _____
- 16.- siente que su familia lo quiere
casi nunca _____ a veces _____ casi siempre _____

ANEXO III

CRONOGRAMA

trimestres

Etapa y actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planeación del proyecto	x	x	x									
Marco teórico	x	x										
Material y métodos		x	x									
Registro y autorización del proyecto			x	x								
Prueba piloto				x								
Etapa de ejecución del proyecto				x	x	x	x	x	x	x		
Recolección de datos						x	x	x				
Almacenamiento de los datos							x	x				
Análisis de los datos							x	x				
Descripción de los resultados							x	x				
Discusión de los resultados							x	x	x			
Conclusiones del estudio								x	x	x		
Integración y revisión final									x	x		
Reporte final										x	x	
Autorizaciones											x	
Impresión del trabajo final											x	x
Solicitud de examen de tesis												x

9.-GLOSARIO

Apgar familiar.- Es un instrumento para valorar el funcionamiento familiar.

La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes de la Función familiar.

- 1. Adaptabilidad.-** Se define como la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver los problemas, cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un periodo de crisis.
- 2. Participación.-** Es la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia.
- 3. Ganancia o crecimiento.-** Es la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo.
- 4. Afecto.-** Es la relación de amor y atención entre los miembros de la familia.
- 5. Recursos.-** Es el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia.

Adulto mayor.- Persona mayor de 60 años.