



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO.



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HERMOSILLO, SONORA.**

**“FUNCIONALIDAD EN FAMILIAS QUE CONVIVEN
CON UN ANCIANO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. ELVIRA ROMERO BORJA.

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO 2007



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.

“FUNCIONALIDAD EN FAMILIAS QUE CONVIVEN CON UN ANCIANO”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ELVIRA ROMERO BORJA.

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
UNAM.

“FUNCIONALIDAD EN FAMILIAS QUE CONVIVEN CON UN ANCIANO”

PRESENTA:

DRA. ELVIRA ROMERO BORJA.

AUTORIZACIONES:

DR. EFRAÍN LAUTERIO GARCÍA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.
Y ASESOR DEL TEMA DE TESIS.
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESOR. MIGUEL NORZAGARAY.
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS.

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO 2007

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.-

POR DARME LA FE, LA FORTALEZA, INTELIGENCIA Y SABIDURIA QUE SE REQUIERE PARA CUALQUIER EVENTO EN LA VIDA.

A MIS PADRES.

POR DARME LA VIDA Y HEREDARME TODA SU PERSEVERANCIA, Y VALOR; QUE HICIERON DE MI UN SER GRANDIOSO, INCANSABLE Y RICO EN METAS.

A MI FAMILIA.

**A MI ESPOSO: POR SU AMOR, VALOR, ENTUSIASMO Y APOYO INCONDICIONAL EN CUALQUIER PROYECTO DE MI VIDA.
A MIS HIJAS: POR DARME SU AMOR, SATISFACCIONES Y TODO SU APOYO MORAL Y TECNICO DE ESTE PROYECTO.**

A LETICIA SAAVEDRA.

POR SER MI MÁS FIEL COLABORADORA Y UNA PARTE MUY IMPORTANTE EN EL DESARROLLO DE MI VIDA PROFESIONAL.

A MIS AMIGOS.

JOVITA, MARTITA, JESÚS, MARIA DE LA PAZ, ELIZABETH, DINORA, ALBERTO, ANGELINA Y LUPITA, POR HACER DE ESTOS 3 AÑOS ALGO INVALUABLE E INOLVIDABLE.

AL DR. EFRAIN LAUTERIO GARCIA:

POR SU AMISTAD, PACIENCIA, PERSISTENCIA Y APOYO DURANTE ESTE PERIODO DE FORMACION.

ÍNDICE

RESUMEN

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.

1.1. Antecedentes históricos.....	pág.10.
1.2. Etapas del ciclo familiar.....	pág.11.
1.3. Sintomatología de la última etapa.....	pág.12.
1.4. La geriatría en México.....	pág.14.
1.5. Los derechos de las personas de la tercera edad.....	pág.14.
1.6. Alteraciones familiares como probables efectos de la convivencia con un anciano.....	pág.16.
1.7. Función del médico familiar.....	pág.18.
1.8. Interacciones familiares de la persona mayor.....	pág.19.
1.9. Aspectos demográficos.....	pág.20.

CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS.

2.1. Planteamiento del problema.....	pág.22.
2.2. Justificación.....	pág.22.
2.3. Objetivos generales y específicos.	pág.22.
2.4. Sitio donde se llevó a cabo el Estudio.....	pág.23.
2.5. Tipo de estudio.....	pág.23.
2.6. Método de muestreo.....	pág.23.
2.7. Características de Los casos, criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	pág.23.
2.8. Especificación de las variables.....	pág.24.
2.9. Definición operacional.....	pág.25.
2-10.Descripción general del estudio.	pág.25.
2.11. Hipótesis estadística.....	pág.26.
2.12. Planteamiento de hipótesis.....	pág.26.
2.13. Análisis estadístico.....	pág.26.
2.14. Factibilidad y aspectos éticos.....	pág.34.
2.15. Resultados.....	pág.34.

CAPÍTULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

3.1. Discusión.....	pág.34.
3.2. Conclusiones.....	pág.35.
3.3. Recomendaciones.....	pág.35.

BIBLIOGRAFÍA.....	pág.37.
-------------------	---------

ANEXOS.....	pág.40
-------------	--------

INTRODUCCIÓN.-

El ser humano precisa ayuda de sus semejantes, especialmente en 2 etapas de la vida: la infancia y la senectud. El medio ideal para ofrecer la mejor protección al hombre en estas edades es la familia.

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada. (1,2, 3,4)

Las relaciones familiares conflictivas pueden explicarse porque en la convivencia multigeneracional las diversas necesidades e intereses se contraponen en determinados momentos y circunstancias, provocando tensiones dentro del seno familiar.

Si bien pueden existir conflictos entre las diferentes generaciones de la familia, no siempre ocurre así, pues aunque existen objetivos diferentes entre sus miembros de acuerdo con la edad e intereses de cada uno, se puede llegar a un entendimiento que permita relaciones familiares satisfactorias.

La existencia de límites no definidos en la familia puede deberse a patrones culturales que son transmitidos de generación en generación, relacionados con una actitud sobreprotectora donde se diluye la autonomía y la expresión de la personalidad.

La comunicación adecuada de los ancianos en una familia es un resultado alentador porque la comunicación constituye el factor individual más importante que afecta la salud y las relaciones de una persona con los demás. Esto puede

estar favorecido por ciertas características culturales e idiosincrásicas de ser comunicativos, extrovertidos y tendientes a la expresión de la afectividad.

El hecho de que los ancianos perciban su sistema de apoyo familiar de una manera satisfactoria es algo muy positivo, ya que las personas que carecen de familiares que los apoyen sufren de una mayor morbilidad, y constituye un factor de riesgo que se ha hallado en individuos con ideas suicidas.^(5,6,7 y 8.)

La ancianidad constituye hoy un serio problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y en los que van emergiendo del subdesarrollo. En los países super explotados y colonizados este problema no tiene actualidad y es sencillamente porque los habitantes no llegan a viejos, el promedio de vida puede ser tan bajo que va desde 30 hasta 45 años, cifra tremendamente acusatoria.

Estudiosos de la tercera edad han señalado cómo con la pérdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función social, así como la familiar, se produce cierto aislamiento social, además de que suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones del anciano.

Recordemos que la dependencia, el deterioro físico y psíquico, más que la muerte en sí misma constituye el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del anciano.

Se realizan enormes esfuerzos para la seguridad de las personas que arriban a la tercera edad, y emplea para ello recursos, tanto materiales como humanos, sin escatimar el costo de éstos.

El apoyo que reciben de familiares allegados, es uno de los recursos más importantes en la atención y tratamiento de estos sujetos. La educación a dichos familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente indudablemente es beneficiosa en ese sentido, además de contribuir a la economía de recursos en la atención geriátrica, y evitar gastos por conceptos de ingresos hospitalarios.^(8 y9)

En México, el mejoramiento en las condiciones generales de vida y el acceso a los servicios de salud han provocado el descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y el ascenso de las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte. Los datos estadísticos muestran que se presentan con mayor frecuencia en las personas de más de 60 años (SSA, 1994 a, 1994b).

En los ancianos, el padecer de las enfermedades crónicas se suma al proceso mismo de envejecimiento y a la situación social en que viven. El retiro del mercado de trabajo o la jubilación son acontecimientos que marcan de manera importante esta etapa de la vida, ya que los individuos experimentan una redefinición de sus papeles sociales y porque ven disminuir sus recursos económicos.

Debemos de procurar la elaboración de políticas y leyes que apoyen, favorezcan a la familia y su estabilidad, que promuevan la igualdad, y que identifiquen objetivos y medidas de pertinencia directa para la familia. Entre éstos objetivos y acciones figuran el mejoramiento del acceso de las mujeres al empleo y a las oportunidades de educación; el apoyar la responsabilidad compartida con los hombres y la participación activa en la paternidad responsable; poner de relieve la importancia de invertir en la salud y el desarrollo del niño y del adolescente, como manera rentable de asegurar la prosperidad futura para las naciones; destacar las contribuciones que pueden hacer las personas de edad al bienestar de los hijos y los nietos; y exigir medidas inmediatas para interrumpir el círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad que afecta a las familias en todo el mundo. (10, 11, 12, 13 y14)

El Estado reconoce el valor de la familia y la importancia de ésta para contar con una población sana y ética, es por ello que procura que toda persona nazca, crezca y se desarrolle en una familia. Cuando la persona por algún motivo, no vive con su familia, se debe procurar la reinserción familiar, en primer lugar en la familia de origen (considerando incluso la familia extensa). Esto vale tanto para los niños y adolescentes, como para las personas con discapacidad y adultos mayores. (15, 16, 17,18 y19).

Mediante el presente estudio se demostró la funcionalidad de las familias que conviven con anciano, mismo que se llevó a cabo en pacientes que acuden a la

consulta de la unidad de Medicina Familiar No. 65 del Consultorio 31 matutino del IMSS en Hermosillo, Sonora.

Se seleccionaron previamente 40 familias de las cuales 20 de ellas viven con un anciano y las 20 restantes viven sin anciano; se hizo la visita a su domicilio para comprobar si verdaderamente llenaban los criterios de inclusión.

Posteriormente previo consentimiento informado (anexo 2) y cuestionarios (apgar familiar) se recabaron datos sobre funcionalidad los cuales calificaron: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. Con la suma de la puntuación obtenida se pudo hacer las siguientes inferencias: 00-03 como disfunción grave, 04-06 disfunción moderada y de 07-10 se considera familia funcional; concluyéndose que en las familias que conviven con anciano tienen una menor funcionalidad en comparación con las restantes estudiadas.

Es por eso la importancia de incidir en las propuestas tales como retomar la influencia de la integridad en el núcleo familiar, así como el apoyo de los médicos de primer nivel de atención en la detección oportuna de alteraciones en la funcionalidad familiar.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.

1.1. Antecedentes Históricos

Una de las explicaciones sobre la etimología del término familia, es propuesta por el Marqués de Morante como proveniente de la palabra latina famulus que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre.

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aún cuando la forma de familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por eso que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad. (1, 2,3).

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia, el ambiente más importante en el que él ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. En las vicisitudes de la historia.

En el curso de su desarrollo, la familia pasa por varias etapas de transición predecibles; en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades, fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo.

1.2. Etapas del ciclo familiar.

Este ciclo se ha distribuido para su estudio en cuatro etapas, conformadas a su vez, por varias fases que explican el desarrollo del grupo familiar.

I.- FASE CONSTITUTIVA.-

- 1.- fase preliminar (noviazgo).
- 2.- fase de recién casados (sin hijos).

II.- FASE PROCREATIVA.-

- 3.- fase de expansión (crianza inicial de los hijos).
 - a) nacimiento del primer hijo. (Hijo mayor del nacimiento a los 30 meses)
 - b) familia con hijos preescolares (hijo mayor de 2.5 a seis años)
- 4.- Fase de consolidación y apertura.
 - a) familia con hijos escolares (hijo mayor de 6 a 13 años).
 - b) familia con hijos adolescentes (hijo mayor de 13 a 20 años)

III.- ETAPA DE DISPERSIÓN.-

- 5.- fase de desprendimiento (separación del primer al último de los hijos)

IV.- ETAPA FAMILIAR FINAL.-

- 6.- fase de independencia (cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro).
- 7.- fase de disolución.
 - a) familia anciana (hasta la muerte de uno de los cónyuges).
 - b) viudez (hasta la muerte del miembro restante)

Ante la salida de los hijos, resulta de vital importancia para los esposos el aprender a ser independientes nuevamente y a renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal, recurriendo el uno al otro para sobreponerse al síndrome del nido vacío y a otros eventos críticos propios de esta etapa; sin embargo, si previamente las funciones superaron o nulificaron a las maritales por la excesiva

atención centrada en los hijos, la ausencia de estos puede ocasionar crisis individuales o conyugales importantes, mismas que también pueden fortalecer su unión si logran resolverlas favorablemente, o llevarlos a una separación mayor o a una intolerable relación si encuentran que ahora ya no hay nada en común. En esta etapa adquiere gran relevancia el estimular e incrementar la convivencia y comunicación por medio de la práctica de actividades conjuntas así, como el mantener vigentes los vínculos familiares con las generaciones más jóvenes y más viejas. Igual importancia tienen el cambio de hábitos de vida que prevengan o retarden la aparición de enfermedades crónicas degenerativas. (3,4 y 5)

Este lapso de la familia anciana termina con el fallecimiento de uno de los cónyuges, en tanto que en su viudez, el restante se enfrenta entonces a diferentes alternativas como el continuar viviendo solo, casarse, mudarse al hogar de uno de sus hijos o recluirse en un asilo hasta el final de sus días, cerrándose así el ciclo vital de su familia, cuando el reemplazo ya esta dado por las nuevas familias formadas.

El entusiasmo que caracterizaba el inicio del ciclo vital familiar, contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo. Los elementos que agravan la estabilidad familiar en esta etapa son las siguientes:

Incapacidad para laborar.

Desempleo.

Agotamiento de recursos económicos.

Las familias de los hijos casados, en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres. (5,6 y, 7)

1.3. Sintomatología de la última etapa.

En el transcurso del tiempo los tejidos degeneran, su función decrece o desaparece, como seres humanos individuales y sociales, nos movemos por necesidades y nos relacionamos con los demás por intereses y afectos, así cumplimos un destino, que en la primera mitad de la vida esta lleno de alegría y esperanza, somos protegidos por otros, en la segunda mitad la angustia crece por

la responsabilidad de protegernos y proteger a otros, pero esto constituye al mismo tiempo el sentido de nuestra existencia. En esta etapa se deja (en la mayoría de los casos) de ser productivo en lo económico, se convierte el individuo otra vez en protegido tenga o no tenga de quien depender, se pierde la amistad de algunos compañeros de trabajo, los amigos desaparecen o emigran. La familia se desintegra y se modifica con nuevos miembros, con costumbres e ideologías diferentes, las modas cambiantes forman a su alrededor una red de aislamiento que alienta el sentimiento de rechazo por el mundo que antes lo acogió.

En la edad avanzada son frecuentes los cambios psicológicos que se establecen secundariamente a una lentificación de las actividades biológicas, disminución de las posibilidades de adaptación, la potencialidad intelectual más limitada y menos dócil. El aumento en la mortalidad del anciano, puede deberse a enfermedades cardiovasculares y renales, igualmente en el área ortopédica es frecuente observar patología metabólica, traumática y degenerativa. No es raro que el médico familiar al investigar la conducta de la enfermedad en el paciente senil, descubra que independientemente de la patología orgánica sistematizada sea víctima de respuestas de adaptación al sujeto, y que provoque en su estado de salud ya precario, una sintomatología psicógena que aumente y complique la diversidad de su patología. (8, 9, 10y11)

Dentro del campo de la geriatría fue en el año 600 a 900 D.C. que en el sánscrito "ayurveda" (*caraka-samhita*) que forma parte de la cultura hindú, se encaminaron los conocimientos para la larga vida con la creencia de los tres humores (teoría de la Tredosa). Se conoce que en Roma desde el año 100d.c. Existían médicos que se dedicaban a la geriatría así como a otras especialidades, sin embargo no elaboraron un texto con esta corriente. Existen posterior a estas tomos relacionados con la medicina, pero con poca intención geriátrica, quizás el más cercano fue escrito en 1408 por Jean de Gerson, titulado "El arte de bien morir".

1.4. La geriatría en México.

En México los tratados médicos relacionados a la geriatría son escasos. A partir de los años setentas la corriente médica geriátrica se inició en nuestro país, sin embargo, las fuentes básicas de información se han documentado hasta hoy, en estudios científicos elaborados en poblaciones geriátricas de otros países y continentes. De ahí que el anciano mexicano esté particularmente afectado por algunas enfermedades que en otros países no son comunes y por tanto la necesidad crece en la medida que la medicina avanza, haciendo urgente que surjan nuevos trabajos de investigación nacionales serios, en esta área. ⁽¹²⁾

La valoración de la calidad de vida del ser humano es un concepto espinoso que de algún modo está más relacionado con la filosofía que con la medicina. La utilización de la expresión de “calidad de vida” no implica la existencia de normas estándares absolutas, pues en ausencia de enfermedad o de tratamiento médico el análisis de la calidad de vida constituye un aspecto muy subjetivo y, por lo tanto, extremadamente variable. Aunque la mayoría de los individuos se sienten cómodos al hablar sobre su propia calidad de vida, manifiestan dudas y son reacios a manifestarse cuando se les pide que expongan su opinión sobre otros individuos. ^(12, 13, 14 y15)

1.5. Los derechos de las personas de la tercera edad.

El sistema de la seguridad social se inicia en Europa a finales del siglo XIX. Alemania contaba en 1889 con un seguro obligatorio de vejez e invalidez; Inglaterra introdujo el seguro de vejez en 1925. En Estados Unidos, antes de comenzar el siglo XX, la asistencia pública a los ancianos estaba centralizada en las casa de los pobres.

Uno de los cambios más importantes que vive nuestra sociedad mundial es el de la prolongación de esperanza de vida, debido a los avances de la medicina, la higiene, las condiciones y hábitos de vida.

Es así, que la longevidad en otros tiempos era privilegio de una minoría, mientras que hoy es la situación que viven amplios grupos de la población. Al ser un fenómeno relativamente nuevo sus grandes interrogantes siguen hoy sin resolverse; aunque sí, existe una preocupación creciente por este colectivo, especialmente en los países desarrollados donde además la disminución en el índice de la natalidad determinará, de acuerdo a las previsiones para los próximos años, una modificación en las pirámides de población.

Son todas aquellas personas de más de 65 años, hacia las que se encuentra dirigidas la protección de la normativa vigente y las acciones de diferentes organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, sin hacer ningún tipo de distinción o discriminación respecto de ellas

Las distintas medidas concretadas por organismos internacionales, regionales, nacionales, instituciones diversas, etc. Tienden a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, así como a seguir aprovechando el importante potencial de aporte que significan para la sociedad y formar conciencias más solidarias entre las distintas generaciones. En esta línea se encuentra la reciente resolución del Consejo Europeo que designó a 1993, como el año Europeo de las personas mayores y de la solidaridad entre las generaciones.

El fundamento último de los derechos de los ancianos no es otro que la dignidad de la persona humana, que acompaña a su existencia a lo largo de toda su vida.

El fundamento inmediato o directo consiste en la necesidad de cubrir o satisfacer las necesidades básicas o fundamentales de los ancianos, que debido a su edad, se encuentran en situación especial de indefensión. Ya hay acuerdos o tratados internacionales que protegen específicamente los derechos de los ancianos. ^(16y17)

La protección de los derechos de los ancianos viene en consecuencia, a través de la protección por parte de las normas de Derecho Internacional de los concretos derechos humanos: derecho a la integridad física, el derecho a la seguridad social, el derecho a la salud.

Entre las garantías normativas cabe citar sobre todo el reconocimiento constitucional de los derechos de los ancianos. En este sentido es importante recoger, desde la perspectiva del derecho comparado, lo establecido en la constitución de Paraguay, de junio de 1992 en el artículo 57t

A una vivienda digna,

Seguridad social y

Morir dignamente. (17, 18, 19 y 20).

Envejecimiento.

La consideración psicosocial del anciano lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas:

- Cambios biológicos: Cambios orgánicos que afectan a sus capacidades físicas.

- Cambios Psíquicos: Cambios en el comportamiento, auto percepción, valores, creencias.

-Cambios sociales: Cambios del rol del anciano en la comunidad.

Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales.

1.6. Alteraciones familiares como probables efectos de la convivencia con un anciano:

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejez. Existe pérdida de la capacidad para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

Cambios Psíquicos:

Carácter y Personalidad:

La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

Cambios Sociales:

Cambio de Rol individual:

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

- El anciano como individuo.

Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente a la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta 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. (21, 22, 23, 24y 25)

- El anciano como integrante del grupo familiar.

Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

- El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas.

La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). 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.

- Cambio de Rol en la Comunidad:

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual. En la Medicina Familiar es importante establecer el diagnóstico de

salud de los grupos familiares, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar.

1.7. Función del médico familiar:

Es tarea del médico fomentar en la familia la idea del auto cuidado en la salud de este colectivo y de sus miembros, así como desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud. El médico que no aproveche estas posibilidades no ejerce eficazmente sus funciones. (26, 27).

Las modificaciones actuales en la estructura familiar en donde niños y viejos comparten cada día Los espacios de vida, con problemas muchas veces por falta de compañía y afecto, hacen que se busquen algunas alternativas para responder a estas situaciones de manera integral. Por lo general, la literatura recomienda en forma persistente vincular edades extremas que mutuamente podrían resolver muchos de los conflictos de las dos generaciones, aunque algunos autores se cuestionan la conveniencia de unir personas dependientes. (27) Esta circunstancia junto con el acelerado envejecimiento poblacional que hace prever un gran aumento en el número de ancianos, las modificaciones en la estructura familiar, los problemas que se reportan continuamente entre los grupos de niños con falta de dirección, compañía y afecto, y los problemas de los viejos dentro de los cuales el aislamiento y el desconocimiento del proceso de envejecimiento son frecuentes, hacen en suma buscar soluciones que respondan a tan complejas situaciones de manera integral.

La mayoría de la literatura gerontológica, al igual que la literatura orientada al desarrollo infantil, recomiendan en forma persistente vincular edades extremas que mutuamente podrían resolver muchos de los conflictos de las dos generaciones, sin embargo, a pesar de las indicaciones sobre la creación de programas intergeneracionales para el apoyo de estos miembros vulnerables de las familias, la práctica refleja que estos programas no son frecuentes y en varios casos no tienen objetivos claros para los grupos implicados, ni continuidad en la

realización de los mismos. Ante esta situación y con el convencimiento de que la familia es la entidad fundamental de apoyo al niño y al anciano se decidió iniciar un encuentro intergeneracional confrontando en primera instancia la actitud de los niños frente a los viejos cuando estos niños conviven con ellos y cuando no lo hacen. (28).

1.8. Interacciones familiares de la persona mayor.

La interacción entre niños y ancianos que se ha presentado a través de la historia tiende a ser cada día más frecuente. Se hace evidente a través de los diversos estudios analizados, que las actitudes entre unos y otros influyen en su mutua interacción y en el desempeño de sus papeles y que a su vez retroalimentan la formación o el mantenimiento de las mismas. En cuanto a los papeles, la literatura reconoce particularmente la relación entre abuelos y nietos y la clasifica de diversas maneras. Se otorga además una función importante a la generación intermedia como mediadora de la interacción entre las generaciones extremas.

La cultura de un grupo social es también parte de esta actitud. Los mitos, creencias, valores y estilos de vida, permiten que la niñez y la ancianidad tomen matices diferentes y que los eventos que de estas etapas de la vida se desprendan se interpreten de diversas maneras generando por tanto diversas actitudes.

Los viejos como parte de su proceso vital normal son más vulnerables a la enfermedad y una vez que pierden su homeostasis tienen mayor dificultad para poder recuperarla. Esto unido a las creencias de muchas personas que la vejez y la enfermedad son sinónimas y que estar enfermo es una forma de llamar la atención, puede tener un impacto grande y negativo sobre la actitud de las personas jóvenes hacia sus mayores. La distancia es también un factor relacionado con la actitud pero la documentación a este respecto es controvertida puesto que algunos autores afirman su valor y otros por el contrario documentan

que la cercanía del viejo se asocia a problemas familiares de la generación joven y va en detrimento de su propia autoestima. (29)

1.9. Aspectos demográficos.

Las transiciones demográfica y epidemiológica provocan que México experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada. Se proyecta que las cifras de 1990, de 3.1 millones de personas con edades de 65 y más componiendo el 3.7% de la población, sean de 15.2 millones y 11.7% para 2030. Entre las demandas crecientes que acarrea este proceso sobresalen las de salud, centradas en las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes. La información existente señala que las condiciones de salud y de incapacidad tienen incidencias mayores a partir de los 75 años de edad, y que son más tempranas e importantes en la población femenina. La mortalidad por causas muestra que en las edades mayores también se experimenta el desplazamiento desde las enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles. Estos desplazamientos se han observado en las décadas recientes y continúan ocurriendo actualmente. Su grado de avance depende de la situación social y económica, con lo cual el cambio resulta tan variante como lo son las condiciones dentro de la nación

En todo caso, el proceso del envejecimiento avanza en su relación con la enfermedad e incapacidad, y se hace notar que se requiere la adaptación del sistema de salud a las nuevas circunstancias donde la morbilidad y la comorbilidad cobran la mayor importancia, que deben modificarse los modelos de atención clínica y hospitalaria, y que se requiere del apoyo familiar para la atención.

Tercera y cuarta edades, y la feminización del envejecimiento Una manera amable de referirse a la vejez consiste en denominarla tercera edad. Es una alusión a la etapa número tres luego de las dos primeras de juventud y vida adulta. Históricamente el término se ha generado para dar idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente y con satisfacciones. Es un estereotipo con mucho de utopía acerca

de la edad dorada, luego del retiro de la actividad. Pero cuando se analizan las experiencias médicas en relación con las últimas etapas de la vida, lo común es encontrar que este periodo de descanso no existe realmente como tal, o que cuando se da tiene una terminación y que, salvo contadas excepciones - generalmente dadas por un infarto al miocardio-, con el avance de la edad llegan pérdidas severas de salud y de capacidades físicas, mentales, sociales o económicas. Este último proceso, por marcar una diferencia, ha sido denominado cuarta edad.

La interrelación entre el anciano y su familia, así como el papel de uno y otra en la sociedad han evolucionado en las últimas décadas de forma vertiginosa. Así mismo los conceptos de anciano o las estructuras familiares y el reparto de roles dentro de las mismas han variado de forma considerable.

Desde este punto de vista, los estereotipos de anciano y familia deben ser puestos al día en esta realidad social así como el papel que juega el anciano en la familia y ésta para el anciano. Ya que forma parte de una sociedad, y dentro de ella de una Familia, no pueden explicarse sus funciones y su evolución sino dentro de la misma. Para la persona anciana lo más importante es su familia, dejando de tener tanta importancia el resto de entramado social, lo que crea una serie de interrelaciones Entre ambos (familia y anciano) que van a marcar en gran medida su evolución posterior. Ser consciente de estos cambios es fundamental para todos aquellos relacionados con el mundo socio sanitario, pues nos ayudarán a comprender mejor a las personas y familias a las que atendemos y con ello proporcionar una mejor atención, Empleando los recursos de que disponen los ancianos, sus familias y la sociedad. (29 y 30)

CAPITULO II. MATERIALES Y MÉTODOS.

2.1. Planteamiento del problema

¿Cuál es la funcionalidad en familias que conviven con un anciano?

2.2. Justificación.

El presente estudio se realiza debido a que el País se ha visto sometido a cambios estructurales importantes de la población; en la cual se ha registrado el incremento exagerado de individuos que se encuentran clasificados dentro del grupo de la tercera edad o mayores de 60 años. Así mismo proponer soluciones a los problemas múltiples que se presentan durante esta etapa y los cuales requieren atención individual, familiar, médica, social y/o integral; ésta en conjunto con el sistema de salud y la sociedad en general.

2.3. Objetivos Generales y específicos.

Comparar mediante un instrumento de medición validado, la funcionalidad familiar entre familias que conviven con un adulto mayor y aquellas que viven sin un adulto mayor.

Comparar la función de cada una de las variables del instrumento (adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución).

2.4. Sitio Donde Se Llevó a Cabo El Proyecto.

Unidad de Medicina Familiar No. 65 del Instituto Mexicano del Seguro Social en calle Perimetral norte No. 1101 Col. Álvaro Obregón Hermosillo, Sonora.

2.5. Tipo De Estudio.

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, y comparativo.

2.6. Método de muestreo (tipo).

Se eligió la alternativa no probabilística, a través del método de conveniencia, para seleccionar a los pacientes que reunieron los criterios de inclusión, señalados a continuación.

2.7. Características de Los Casos, criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Familias que convivan y que no convivan con un anciano, que acuden a consulta externa de medicina familiar al consultorio 31 matutino de la UMF no. 65.

Inclusión:

Familias que convivan con un anciano.

Familias que no convivan con un anciano

Exclusión:

Familias que ocasionalmente convivan con un anciano.

Familias desintegradas o de ancianos que vivan solos.

Familias que no aceptaron participar en el estudio.

Eliminación:

Familias cuyos cuestionarios no estén completos.

2.8. Especificación De Las Variables.

a) Variable dependiente:

Funcionalidad familiar

b) Variables independientes:

Familias que convivan con un anciano

Familias que no convivan con un anciano

Definición de las variables dependientes.

Funcionalidad familiar:

“Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”, (Minuchin) ⁽⁹⁾

Definición de las variables independientes.-

Familia:

“Grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas.

Convivencia: Capacidad de vivir juntos respetándonos y consensuando las normas básicas”. ⁽⁹⁾

Anciano:

Adj. y s. [Persona] que tiene muchos años, y también lo relativo a ella. ⁽⁹⁾

2.9. Definición Operacional.-

-Descripción del proceso de investigación.

Se entrevistó a familias que conviven con un anciano y otras que no conviven con un anciano

Se registró el grado de funcionalidad familiar a través de un instrumento de evaluación (Apgar familiar).Anexo 1.

Se acudió al Departamento de Archivo Clínico de UMF 65 y se solicitó el domicilio de cada una de las familias seleccionadas previamente de la población que asiste a consulta externa de medicina familiar (población cautiva), se realizó visita domiciliaria para corroborar la sí o no convivencia de los mismos con un anciano.

2.10. Descripción General del Estudio.

Una vez que el proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el Comité Local de Investigación. Se tuvo una entrevista con el Director de la UMF 65 para plantearle e informarle sobre este proyecto, solicitándole su autorización. Posteriormente se acudió al Departamento de Archivo a solicitar los domicilios de los 40 familias seleccionadas previamente de los pacientes que acuden a la consulta externa del Consultorio 31 matutino, de los cuales 20 de ellos conviven con familiar anciano y los 20 restantes no; de los cuales con ayuda de formatos previamente elaborados para evaluar funcionalidad familiar (Apgar familiar anexo 1) y consentimiento informado (anexo 2) se procedió a recabar datos, considerándose completos al recabar todas sus respuestas.

2.11. Hipótesis Estadísticas

Ho: TC1= TC2.

H1: TC1≠ TC2.

Donde:

Ho: Hipótesis nula o de nulidad

H1: hipótesis alterativa

TC1: aspectos funcionales de la familia que habita con ancianos

TC2: aspectos funcionales de la familia que no habita con ancianos.

2.12 .Planteamiento de Hipótesis.-

Hipótesis conceptual.-

No existe diferencia significativa entre la funcionalidad familiar entre familias que conviven con una persona mayor y las familias que no conviven con una persona mayor

2.13. Análisis estadístico.

Las variables de orden funcional son: Adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución, se aplicó estadística no paramétrica, específicamente la “U de Mann – Withney” para compararlas, esto en el entendido que las variables mencionadas son categóricas.

2.14 Factibilidad y aspectos éticos.

La factibilidad de este estudio es posible ya que se cuenta con los recursos humanos, materiales y área física necesarios para su realización.

Según la ley general de salud en el apartado concerniente a investigaciones para la salud: título V, artículos 98 y 100.

Este estudio se establece dentro del grupo sin riesgo para los sujetos estudiados por tratarse de tipo descriptivo, en el cual no se realizarán maniobras de intervención a los sujetos.

Cumple con las normas, reglas e instructivos del IMSS en materia de investigación en salud.

La aprobación del presente quedó sujeta a la aprobación del comité local de investigación médica de la UMF 37 del Instituto mexicano del Seguro Social de Hermosillo, Sonora y la Universidad autónoma de México.

Resultado general del Apgar familiar

Calificación y clasificación de Apgar familiar para cada tipo de familias

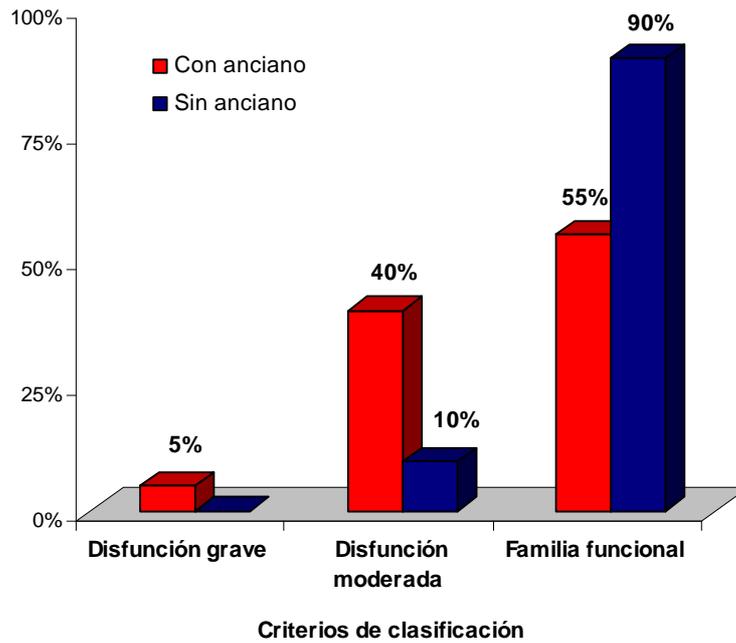
Existen marcadas diferencias estadísticas en las calificaciones totales del test Apgar entre los dos tipos de familias ($p \leq 0.01$).

Las familias sin ancianos presentaron un promedio de 8.6 ± 1 puntos, mientras que las familias con ancianos presentaron 6.7 ± 1 .

El 90% de las familias sin ancianos eran familias funcionales, mientras que 45% de las familias con ancianos presentaron disfunciones entre moderadas (40%) y graves (5%).

Inferencias	Criterios	Familias			
		Con anciano		Sin anciano	
Disfunción grave	0 - 3 pts.	1	5%	0	0%
Disfunción moderada	4 - 6 pts.	8	40%	2	10%
Familia funcional	7 - 10 pts.	11	55%	18	90%

Resultados del estudio

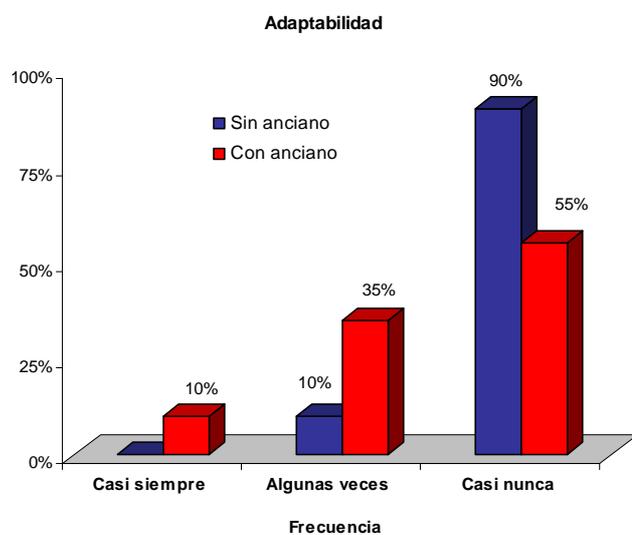


Análisis comparativo de los criterios del Apgar familiar

1. Criterio de Adaptabilidad.

¿Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?

Se encontraron diferencias significativas entre los dos tipos de familias ($p \leq 0.052$). Las familias con anciano en casa presentaban mayor grado de insatisfacción con el apoyo de la familia en momentos de crisis (con un 95.8% de confianza), mientras que las familias sin ancianos el 90% casi nunca presentaban este problema.

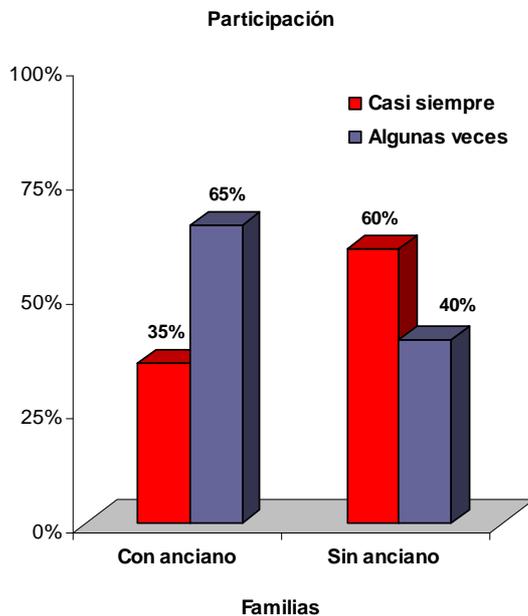


	Sin anciano		Con anciano	
	Frec.	%	Frec.	%
Casi siempre	0	0%	2	10%
Algunas veces	2	10%	7	35%
Casi nunca	18	90%	11	55%

2.-Criterio de Participación

¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participan con usted en la resolución de ellos?

El grado de participación de los ancianos fue el mismo en los dos tipos de familia (con un 95% de confianza), no hubo diferencia en la frecuencia con que ocurre el fenómeno de participación en el conflicto-resolución ($p>0.18$). Los dos grupos presentaron ésta situación entre algunas veces y casi siempre (90%) no hubo una marcada diferencia entre los dos tipos de familias.

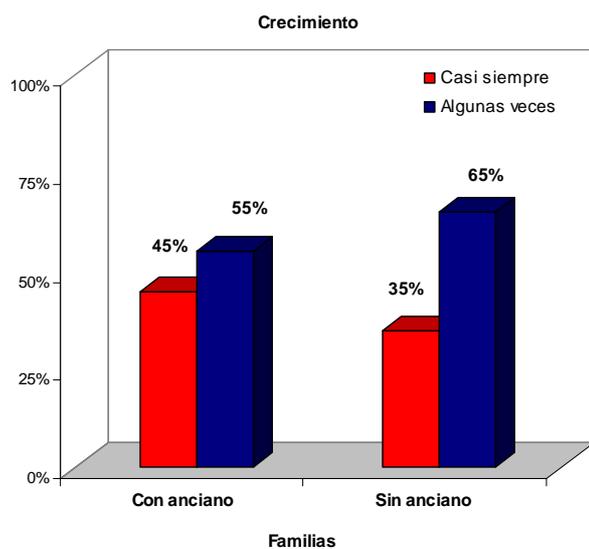


	Con anciano		Sin anciano	
	Frec.	%	Frec.	%
Casi siempre	7	35%	12	60%
Algunas veces	13	65%	8	40%
Casi nunca	---	---	---	---

3.-Criterio de Crecimiento.

¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?

El apoyo familiar al anciano que quiere cambiar hábitos y estilo de vida es igual de frecuente en los dos tipos de familias ($p > 0.28$).

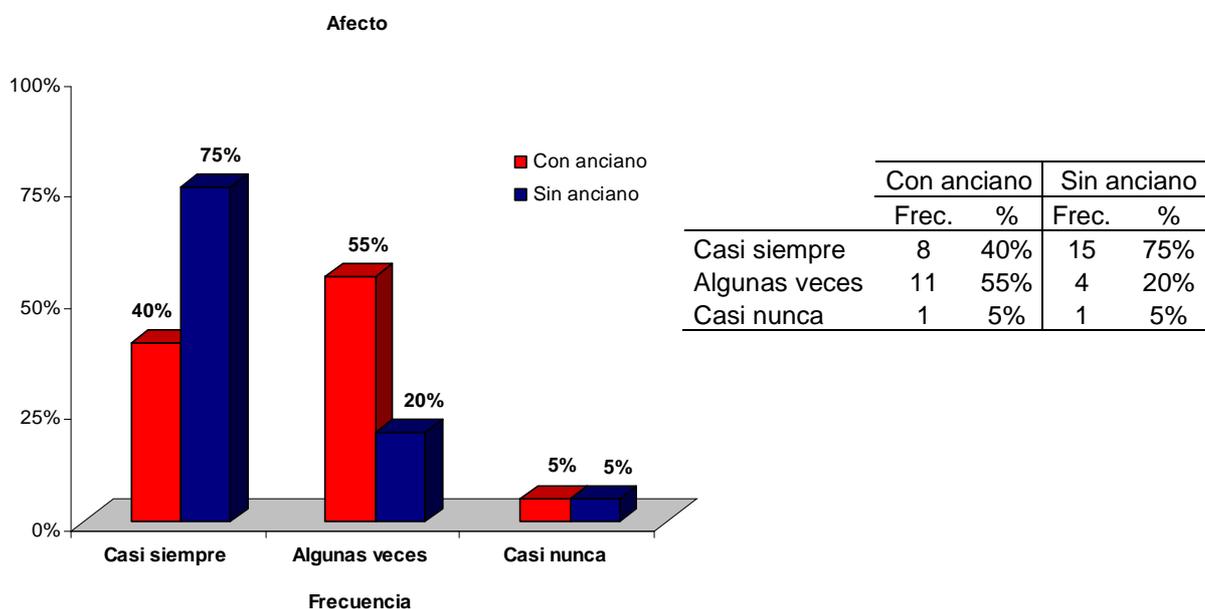


	Con anciano		Sin anciano	
	Frec.	%	Frec.	%
Casi siempre	9	45%	7	35%
Algunas veces	11	55%	13	65%
Casi nunca	---	---	---	---

4.-Criterio de Afecto.

¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?

La respuesta al afecto fue diferente en los dos tipos de familias ($p \leq 0.072$), las familias sin anciano presentaron más frecuentemente esta situación positiva (75%), en cambio las familias con ancianos presentan menos esta situación (más de la mitad reconoce que no está satisfecho).

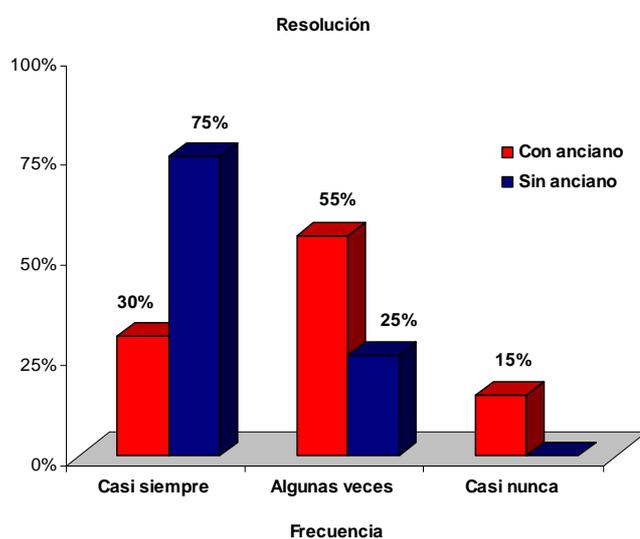


5.- Criterio de Resolución.

(Distribución de Tiempo vs. Recursos)

¿Le satisface la cantidad de tiempo que su familia pasan juntos?

Existen diferencias estadísticas entre los dos tipos de familias ($p \leq 0.007$), las familias sin ancianos están mayormente satisfechas con la cantidad de tiempo que pasan juntos (75%), mientras que más de la mitad (70%) de las familias con ancianos pocas veces contestan lo mismo.



	Con anciano		Sin anciano	
	Frec.	%	Frec.	%
Casi siempre	6	30%	15	75%
Algunas veces	11	55%	5	25%
Casi nunca	3	15%	---	---

2.15. Resultados:

Introducción a la metodología

Se compararon dos grupos de familias, las familias con ancianos y familias sin ancianos; para este estudio se usaron frecuencias y porcentajes para describir las variables para variables nominales, se usaron medidas de tendencia central para variables numéricas. Para la comparación de los dos grupos se usó la prueba “U de Mann-Whitney” para variables categóricas. Se definió significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

CAPITULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

3.1. DISCUSIÓN.

Al comparar los dos grupos de interés, uno que es el que convive con una persona mayor y el otro el que no convive de esta manera, se encontró que existen marcadas diferencias entre los dos tipos de familias al tomar en cuenta las medidas del Apgar, esto es relevante ya que de esta manera se ha planteado, tanto en el problema, en los objetivos y en la hipótesis de investigación.

Se encontraron disfunciones graves (5%) en las que conviven con un anciano, esto presenta preocupación, desde un punto de vista médico familiar ya que la disfunción se hace evidente, se puede considerar a estas familias como “enfermas” que ameritan tratamientos específicos, por otra parte, con relación a los criterios de adaptabilidad, también se hicieron evidentes las diferencias significativas, esto implica que las familias que conviven con un anciano se sienten más insatisfechas, éste, como en la discusión anterior, también incide en la labor del médico familiar.

Con relación a la participación, no se detectaron diferencias, lo anterior significa que las familias, de ambos tipos, toman en cuenta las participaciones y los problemas de los ancianos. La necesidad de las personas ancianas de efectuar nuevas actividades o intentar cambios en sus vidas, las diferencias no son observables, en términos estadísticos, la significancia es de p menor de 0.28, lo establece un nivel de confianza muy bajo (72%). Una de las variables estudiadas en este contexto, es el afecto, que es uno de los ingredientes vitales para la convivencia, fue diferente en ambos grupos con una confianza de 92.8%, con una marcada tendencia a favor de las familias que no conviven con un anciano, lo anterior puede causar tensiones, angustias entre los miembros, por lo que es necesario que se consideren como pacientes potenciales de la medicina familiar o psiquiatría.

El tiempo de convivencia entre las familias es muy importante ya que en esos espacios se tejen los intereses sociales e históricos, en el caso estudiado las diferencias son notorias, las familias sin ancianos viven más intensamente en calidad y en cantidad el tiempo dedicado a la familia.

2.15. Resultados:

Introducción a la metodología

Se compararon dos grupos de familias, las familias con ancianos y familias sin ancianos; para este estudio se usaron frecuencias y porcentajes para describir las variables para variables nominales, se usaron medidas de tendencia central para variables numéricas. Para la comparación de los dos grupos se usó la prueba “U de Mann-Whitney” para variables categóricas. Se definió significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

CAPITULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

3.1. DISCUSIÓN.

Al comparar los dos grupos de interés, uno que es el que convive con una persona mayor y el otro el que no convive de esta manera, se encontró que existen marcadas diferencias entre los dos tipos de familias al tomar en cuenta las medidas del Apgar, esto es relevante ya que de esta manera se ha planteado, tanto en el problema, en los objetivos y en la hipótesis de investigación.

Se encontraron disfunciones graves (5%) en las que conviven con un anciano, esto presenta preocupación, desde un punto de vista médico familiar ya que la disfunción se hace evidente, se puede considerar a estas familias como “enfermas” que ameritan tratamientos específicos, por otra parte, con relación a los criterios de adaptabilidad, también se hicieron evidentes las diferencias significativas, esto implica que las familias que conviven con un anciano se sienten más insatisfechas, éste, como en la discusión anterior, también incide en la labor del médico familiar.

Con relación a la participación, no se detectaron diferencias, lo anterior significa que las familias, de ambos tipos, toman en cuenta las participaciones y los problemas de los ancianos. La necesidad de las personas ancianas de efectuar nuevas actividades o intentar cambios en sus vidas, las diferencias no son observables, en términos estadísticos, la significancia es de p menor de 0.28, lo establece un nivel de confianza muy bajo (72%). Una de las variables estudiadas en este contexto, es el afecto, que es uno de los ingredientes vitales para la convivencia, fue diferente en ambos grupos con una confianza de 92.8%, con una marcada tendencia a favor de las familias que no conviven con un anciano, lo anterior puede causar tensiones, angustias entre los miembros, por lo que es necesario que se consideren como pacientes potenciales de la medicina familiar o psiquiatría.

El tiempo de convivencia entre las familias es muy importante ya que en esos espacios se tejen los intereses sociales e históricos, en el caso estudiado las diferencias son notorias, las familias sin ancianos viven más intensamente en calidad y en cantidad el tiempo dedicado a la familia.

3.2. CONCLUSIONES.

Las conclusiones a las que se llega en este estudio son:

- a) No se tiene la cultura que permita la aceptación tácita de los ancianos al interior de las familias de nuestro medio social, se ha comunicado a los pacientes acerca de la importancia de la estructura familiar con los abuelos.
- b) No se cumplen con los Derechos de las Personas de la Tercera Edad.
- c) No existe una transmisión cultural en la atención de las personas mayores.
- d) En las familias en las que se convive con un anciano, habrá situaciones problemáticas que disfuncionen y que produzcan ciertos niveles de angustia, preocupaciones y tensiones.

3.3. RECOMENDACIONES:

1. Implementar programas institucionales educativos para que la atención del anciano en el seno familiar, le lleve confort, alegría y certidumbre, esta labor debe de ser considerada en su totalidad social, esto es, familia, autoridades y sociedad.
2. Se recomienda a los médicos tratantes de este tipo de pacientes y de familias que tomen en cuenta las características fundamentales de las familias para lograr mejores resultados en sus diagnósticos y tratamientos.
3. Con relación a las familias, se recomienda que tengan una preparación humanística, y técnica de geriatría, pero sobre todo una fuerte integración familiar unida a los valores más preciados del ser humano, que son la dignidad, la libertad, y sobre todo el amor por el prójimo.
4. Implementar medidas alternas de apoyo para familias donde necesitan de instituciones (hogares de retiro o guarderías) donde reciban a familiares ancianos durante la jornada de trabajo de las parejas donde laboran ambos, en caso de no tener otro tipo de apoyo y/o familiar para cuidar al anciano; reintegrándose al hogar al momento de pasar a recogerlo y complementar la convivencia.
5. Implantación de instituciones de apoyo para ancianos que realmente no tengan familiares que se hagan cargo de ellos. Y donde recibirán trato digno para su vejez.

6. Al médico familiar le corresponde en gran parte la educación para la población en este rubro, ya que es en el primer nivel de atención donde se establece el diálogo entre los familiares de los ancianos y sus necesidades en general.

Bibliografía.-

- 1.- Irigoyen J. A. Fundamentos de medicina familiar La Familia I; México 2004 Págs. 21-22.
- 2.-Irigoyen A C y Col. Ciclo vital de la familia. Texto de Medicina familiar; PAC Familia México 2004 Págs.; 15-20.
- 3.-. Villa Esteres V. F, Geriatria Vol. Medio Ediciones Cuellar 1999, Págs. III y IV.
4. - William B, Abrahams, MD y Robert Bercovi MD; Calidad de Vida. El Manual de Merck Geriatria 1998:Págs. 190-192.
- 5.- Derechos Humanos, Asociación Pro Derechos humanos en España. Informe Anual 1989; Madrid 1990: Pág. 46.
- 6.- Ortega A. Fernández Vidal A. T. y Osorio Pagolo M. F. "Funcionamiento Familiar su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma" Rev. Cubana MED Gen integ 2003; 19(4).Pág.32-35
- 7.- Sánchez Herrera B. "Actitud de los Niños de la escuela Serrezuelita de Funza frente a los ancianos", Universidad Nacional de Colombia. Noviembre de 1993 Págs. 79-81.
- 8.- Chande R H. "El envejecimiento: Una Nueva Dimensión de la Salud en México", Salud Pública Méx. 1996; 38:409-418.
- 9.- Diccionario de las Lengua española © 2005 Espasa Calpe SA Madrid.
- 10.-Pinazo S. Influencia de los abuelos en la sociabilización familiar de los nietos. Revisión de la Literatura científica. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 1999; 34, 231-236.
- 11.- Celdran C M. "Relaciones Intergeneracionales no normativas: la relación de los nietos con sus abuelos afectados por una enfermedad neurodegenerativa".Rev. Mult. Gerontol 2004; 14(5):262-268.
- 12.-. Bader J K. M. Viejos y Jóvenes son similares en Muchas Formas. Gerontologist,: 1991; 31(2) 273-274.
- 13.- Montes de Oca V. La seguridad social y la familia en México. La interrelación entre los apoyos formales e informales entre la población adulta mayor. Instituto de Investigaciones Sociales ,2000 Universidad Nacional Autónoma de México .Págs. 200-34.
- 14.- Chirre A. E." La Institucionalización de la tercera edad: decisión, actitudes, significación y culpa" Ponencia en el XXVII Congreso Interamericano de Psicología. Caracas, Venezuela, 1999.

- 15.- Santacruz- Varela J. La Familia como Unidad de Análisis. Rev. Med. IMSS 1983; 21(4):348-357.
- 16.-Sauceda –García J M, Foncerrada M M. La exploración de la Familia, aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev. Med IMSS 1981; 19(2):155-163.
- 17.- Saucedo –García J M, Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev. Med IMSS 1991; 29(1): 61-68.
- 18.- Cuevas A., Vera E. ¿Qué hago con mis abuelos? Los conflictos de la familia con el anciano. Editorial Pax. México. Primera Edición. México, DF. 1993; 210.
- 19- García M., López R., Vergel V. M. El Anciano y su relación con el núcleo familiar. Bucaramanga-Santander. Memorias III Seminario de Investigaciones y Trabajo con Viejos. Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Comité Interinstitucional de Bienestar del Anciano. Medellín. 1994; 193.
- 20.-. Buil P, Díez Espino J. Anciano y familia. Una relación en evolución. ANALES Sis San Navarra 1999; 22(supl 1): 19.
- 21.- Bazo mt,García Sanz B, Maiztegui Oñate C, Martínez Paricio J. Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva internacional. Editorial Médica Panamericana, Madrid 1999.
- 22.- Castelblanque E.M., Cuñat, V.A. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. Rev. Med Gral. 2002; 45: 443-459
23. - Gutiérrez-Robledo LM. Looking at the future of geriatric care in developing countries. Journals of Gerontology MS 2002; 57A (3):M1–6.
- 24.- Domínguez González TB., Espín Andrade AM y Bayorre H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano Rev. Cubana Med Gen Integr2001; 17(5):418-22.
- 25.- Chávez –Aguilar V, Velazco Orellana R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal, criterios para su evaluación. Rev. Med IMSS 1994; 32(1):39-43.
- 26.-Dominguez GonzálezTB, Espin Andrade y Bayorre Veá , H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano.Rev.Cubana Med Gen Integr2001;17(5):418-422,
- 27.- Campos-Navarro, Torrez, Arganis-Juarez,. Representations of illness among the elderly in Mexico City. Cad. Saúde Pública, 2002; 18 (5): 1271-1279.

28.- CABALLERO E., NARANJO ARROYO M Y FONG GONZALES Y. EDUCACIÓN A FAMILIARES DEL MANEJO DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE. REV CUBANA ENFERMER 18N 1 CIUDAD DE LA HABANA ENE-ABRIL 2002.

29.- Declaración Universal de Derechos Humanos, Art. 16.1; Decreto Legislativo 346, Art. 2; Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres 2000-2005, Principio Rector 2.1

30.- Cf. Código Civil, Art. 234.

ANEXOS.-

Apgar familiar (anexo 1).

	CASI SIEMPRE. (2 PUNTOS)	ALGUNAS VECES. (1 PUNTO)	CASI NUNCA. (0 PUNTOS)
1.-ADAPTABILIDAD. ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
2.-PARTICIPACION. ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
3.- CRECIMIENTO. ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
4.- AFECTO. ¿Esta satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
5.- RESOLUCIÓN. (Compartir tiempo y recursos). ¿Le satisface la cantidad de tiempo que su familia pasa juntos?			

Con la suma de la puntuación obtenida se pueden hacer las siguientes inferencias:

- 00-03: DISFUNCIÓN GRAVE.
- 04-06: DISFUNCIÓN MODERADA.
- 07-10: FAMILIA FUNCIONAL.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.- (ANEXO 2)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN CLINICA.

LUGAR Y FECHA _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

Registrado ante el comité local de investigación en salud o la CINC: I

El Objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiere con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajosos para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.
El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

TESTIGOS
Nombre y firma del paciente.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en casos de emergencia, dudas o preguntas relacionada con el estudio.

Testigos: