

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO



FUNCIONALIDAD EN LA RELACION FAMILIAR Y
LAS TAREAS DEL ANCIANO

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD
EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA

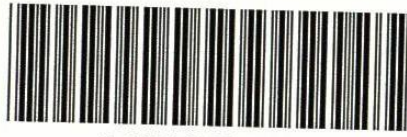
LIC. MA. MATILDE REYES REYES

MONTERREY, N. L.

DICIEMBRE DE 1993

Z6675
.N6
FEn
1993
R4

TM
Z6675
.N6
FEn
1993
R4



1020072179

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



FUNCIONALIDAD EN LA RELACION FAMILIAR Y
LAS TAREAS DEL ANCIANO

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD
EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA

LIC. MA. MATILDE REYES REYES

MONTERREY, N. L.

DICIEMBRE DE 1993

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

FUNCIONALIDAD EN LA RELACION FAMILIAR Y

LAS TAREAS DEL ANCIANO

TESIS:

QUE CON OPCION AL GRADO DE MAESTRO EN ENFERMERIA

CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA.

PRESENTA:

LIC. MA. MATILDE REYES REYES



ONDO LEON

MONTERREY, N.L., DICIEMBRE DE 1993

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
DE RETARIA DE PO T GRADO

TM
26675
.NG
FEn
1993
R4

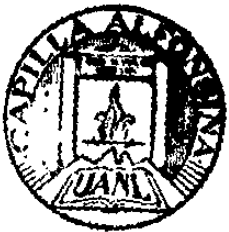
FUN TONAL I AD EN LA RELACION FAMIL AR Y
LA TAR AB O L AN IANO

: 1237

Q IE ON O CI N AL GRADO DE MAESTRO EN ENFERMERIA
O N ESPEC LIDAD N SALUD COMUNITAR A.

PRESEN A.

LIC. M. M. AM. DE RE B R YEB



FONDO TESIS

25989

MON FRR N.L.M. DICIEMBRE DE 1993

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

FUNCIONALIDAD EN LA RELACION FAMILIAR Y

LAS TEREAS DEL ANCIANO

TESIS:

QUE CON OPCION AL GRADO DE MAESTRO EN ENFERMERIA

CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA PRESENTA:

LIC. MA. MATILDE REYES REYES

ASESOR:

LIC. EN ENF. MA. MADGALENA ALONSO CASTILLO M.S.P.

CO-ASESOR

DRA. MA TERESA ALONSO DE GAMBOA M.A.

MONTERREY, N. L. DICIEMBRE 1993

Nota de Aprobación

Comisión de Tesis

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

D e d i c a t o r i a

A Dios

A mi esposo Victor S. Huizar B.
Por su paciencia y apoyo.

A Mis Hijos Vivtor Samuel y Saúl
por las horas que les robe.

A g r a d e c i m i e n t o s

- A las Autoridades de la máxima casa de Estudios UANL y a la Dirección de la facultad de Enfermería, por el apoyo brindado desarrollo de la presente tesis.
- A la Lic. Esther Gallegos de H. como coordinadora del Programa Desarrollo e Innovación de Enfermería por la fundación W. K. Kellogg, por su valioso apoyo en la formación y actualización académica el cual me facilitó el desarrollo de este trabajo.
- A la Lic. Magdalena Alonso por su acertada asesoría y motivación para concluir la tesis.
- A la Dra. Adela Castillo de Onofre por su valiosa asesoría estadística.
- A la Lic. Ma. Luisa Rosas por su ayuda y participación en la aplicación de las encuestas.
- Por el apoyo técnico: Pasante de Lic. en Enf. Nora R. Allen Hermosillo, en el diseño del programa de captura y a la Srita. Griselda Franco A. en el proceso de captura de la tesis.
- A los ancianos y sus familias de la comunidad por darme la oportunidad de llevar a la práctica, los conocimientos adquiridos, a todos ellos mi admiración y respeto.
- A mis amigas que se adelantaron en el camino y tuvieron que partir dejándome su ejemplo de superación y calidad como persona.

Lic. Amparo Pérez (QEPD)
Lic. Ma. Teresa Escobedo (QEPD)

RESUMEN

El propósito del estudio fue conocer si la funcionalidad en la relación de la familia del anciano influye en el cumplimiento de las tareas de este. Para el desarrollo del estudio se considera el modelo teórico acerca de las tareas del anciano de Patrick (1988). La funcionalidad de la familia fue estudiada a través del APGAR familiar diseñado por Smilkstein (1978). EL cual estudia la adaptación, sociedad, crecimiento, afecta y resolución.

El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo (Polit, (1985) y fue realizado en ancianos y sus familias de la comunidad 31 de Diciembre de Guadalupe, N.L. el muestreo fue intencional (Rojas Soriano, 1991) obteniéndose una muestra de 61 familias y 84 ancianos .

Los resultados mostraron que la correlación entre la funcionalidad de la familia y las tareas del anciano es debil la chi cuadrada en la mayor parte de los cruces mostró que no existe relación entre la funcionalidad de la familia del anciano y el cumplimiento de sus tareas.

INDICE GENERAL

	PAGINA
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
Indice General	
CAPITULO I	
Introducción	1
Planteamiento del problema	7
Hipótesis	10
Objetivos	11
Importancia del estudio	12
Limitaciones del estudio	13
Definición de términos	14
CAPITULO II	
Revisión Bibliografica	16
1).- Situación Demográfica	
2).- Reflexiones Históricas de la Vejez	19
3).- Envejecimiento	20
4).- Familia	24
5).- Modelo de tareas del Anciano (Patricik 1986)	30
6).- Estudios Relacionados con el Tema	37

CAPITULO III	
Metodología	
Sujetos	40
Material	42
Procedimientos	44
Etica del Estudio	47
CAPITULO IV	
Resultados	48
CAPITULO V	
Discusión	87
Conclusiones	92
Recomendaciones	96
CAPITULO VI	
Referencias Bibliográficas	98
Apéndice A Croquis de la colonia	102
Apéndice B Cedula de entrevista	103
Apéndice C Instructivo de la cedula de Entrevista	114
Apéndice D Programa de captura	

LISTA DE FIGURAS

NUMERO		PAGINA
1	Edad de los ancianos Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	48
2	Sexo de los ancianos Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	49
3	Escolaridad de los ancianos Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	50
4	Ocupación de los ancianos Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	51
5	Procedencia de los ancianos Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	52
6	Religión de los ancianos Colonia 31 de Diciembre Guadalupe N.L.	53
7	Familiares con quien vive el anciano Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	54
8	Estado Civil de los ancianos Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	55
9	Número de hijos del anciano Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	56
10	Integración del anciano a nuevo trabajo Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	57
11	Satisfacción del anciano con jubilación Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	58

12	Satisfacción de la familia con jubilación del anciano. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	59
13	Responsable del cuidado de nietos. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	60
14	Recibe ayuda económica. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	61
15	Persona que decide lo conveniente para el anciano. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	62
16	Anciano como jefe de familia. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	63
17	Mayor pérdida del anciano Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	64
18	Decisión del anciano de recuperar pérdidas. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	65
19	Pertenencia a grupo de amigos. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	66
20	Actividad recreativa del anciano. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	67
21	Persona que lo acompaña a consulta. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	68
22	Responsable de vigilar tratamiento médico. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	69
23	Cumplimiento de funciones en la vida. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	70
24	Funciones que le faltan por hacer. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	71

25	Indicaciones a la familia al llegar al final de la vida del anciano. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	72
26	Tipo de familia. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	73
27	Funcionalidad familiar. Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, N.L.	74

LISTA DE CUADROS

NUMERO		PAGINA
1	Funcionalidad de la familia y satisfacción del anciano con jubilación.	75
2	Funcionalidad de la familia y recompensas para el anciano.	76
3	Funcionalidad de la familia e importancia del anciano en ella.	77
4	Funcionalidad de la familia y pérdidas del anciano.	78
5	Funcionalidad de la familia y persona que decide lo conveniente para el anciano.	79
6	Funcionalidad de la familia y participación del anciano en actividades recreativas.	80
7	Funcionalidad de la familia y pertenencia a grupo de amigos.	81
8	Funcionalidad de la familia y persona que lo acompaña a consulta.	82
9	Funcionalidad de la familia y responsable de vigilar tratamiento médico.	83
10	Funcionalidad de la familia y cumplimiento de funciones en la vida.	84
11	Funcionalidad de la familia y las indicaciones al llegar el final de la vida del anciano.	85
12	Comprobación de variables.	86

INTRODUCCION

El envejecimiento constituye un proceso característico fácilmente indentificable en los grupos humanos; que en cierto sentido refleja el grado de desarrollo social de los países en especial del campo de la salud; por consiguiente en los últimos treinta años se ha incrementado el interés por estudiar los problemas de la población en esta etapa de envejecimiento (Anzola 1985).

El estudio demográfico incluye la natalidad, la mortalidad, los incrementos naturales y la esperanza de vida entre otras. En este sentido La Organización Mundial de la Salud (1985) habla que América Latina vive una transición demográfica y epidemiológica caracterizada por una disminución de natalidad y mortalidad y un aumento en la esperanza de vida y un continuo incremento del número de personas de sesenta años y más. En la región en 1980 se incrementa la población anciana en un seis punto cuatro por ciento y se espera que para el año 2000 se aumente en un diez punto ocho por ciento. (OMS 1985).

En la actualidad Williams (1985) señala que viven en el mundo 376 millones de personas de más de sesenta años y se calcula que para el año 2000 mil sumaran 590 millones de los cuales más de la mitad pertenecerán a Países en desarrollo; por lo que se espera que en los próximos años se producirá un

incremento sostenido de la población como producto del mejoramiento en la vida social.

La esperanza de vida al nacer es un indicador que reflejateóricamente una mejoría en las condiciones de vida y de salud de los pueblos y un cambio en la estructura demográfica (Anzola 1985).

En este sentido se prevé que la esperanza de vida al nacer en América Latina se incrementará de sesenta y cuatro punto uno por ciento en 1980 a setenta y uno punto ocho por ciento para el año 2020 al 2025; y existieran diferencias entre los sexos aproximadamente de cuatro punto cinco años en favor del sexo femenino (Anzola (1985).

En los países desarrollados Williams (1985) la mayoría de las personas de edad avanzada gozan de una buena salud y viven con independencia en el seno de las comunidades. No obstante el ochenta por ciento de los que han superado los sesenta y cinco años padecen por lo menos una enfermedad crónica que no los incapacitan.

De los que viven en comunidades, del cinco al siete por ciento de los que tienen más de sesenta y cinco años y el cuarenta por ciento de los demás de ochenta y cinco años necesitan algún tipo de ayuda en su vida diaria. Por lo menos el seis por ciento de quienes tienen más de sesenta y cinco años y el veinte por ciento de los de más de ochenta y cinco años padecen algún grado significativo de demencia;

estas cifras seguirán aumentando y seguramente se requerirá de más recursos para una atención especializada, de igual manera será necesario lograr avances en la prevención y en la atención de problemas vinculados a la vejez (Williams 1985).

En todo análisis de la salud del anciano es importante ubicarlo en el contexto de la meta internacional de "Salud para todos en el año 2000" así como de la consideración de este a la luz de la Atención Primaria, de tal suerte que ésta población tenga derecho a los servicios de salud y forme parte del Programa Nacional.(Coppard 1985)

Los programas de salud del anciano deben partir de la naturaleza del envejecimiento y de los problemas derivados de los cambios que se producen en la vejez, no exclusivamente del proceso biológico normal, sino de la combinación de cuatro procesos interrelacionados: el envejecimiento biológico normal, enfermedades, pérdida de aptitudes y cambios sociales que acompañan al envejecimiento (Muir Gray 1985). Se cuenta con pruebas convincentes de que muchos de los cambios atribuidos al proceso de envejecimiento se deben en realidad a una acumulación de años ó décadas de desuso; la disminución de la capacidad que tiene lugar con la edad, es consecuencia en la mayoría de las personas no solo del envejecimiento biológico sino de la pérdida de la actividad o del cumplimiento de las tareas. Esto va produciendo una creciente divergencia entre la capacidad real del individuo y

su capacidad potencial esto se le denomina divergencia de aptitudes (Muir Gray 1985).

La OMS ha establecido objetivos para la atención del anciano que incluyen: prevenir la pérdida innecesaria de aptitudes funcionales, mantener la calidad de vida, mantener al anciano en su hogar, brindar respaldo a la familia del anciano, proporcionar asistencia de buena calidad a largo plazo y contribuir a que el anciano tenga una muerte digna; esos objetivos deben ser considerados por todo el personal de la salud que atiende al anciano en la comunidad, en asilos o en instituciones hospitalarias.(Bryant 1985)

Bravo W (1990) encontró en un estudio que el 0.3 por ciento de los ancianos de México viven en instituciones geriátricas y un quince por ciento demanda vivienda y asistencia por encontrarse solo.

Freedman (1986) conceptualiza a la familia como la unidad básica de la sociedad donde sus miembros interactúan y representan la fuente de salud mental; lo que permite un crecimiento y desarrollo personal importante para llegar a la autorrealización. Las funciones de la familia son cruciales para determinar el éxito o el fracaso en la vida personal; el papel de la familia es fundamental en cada una de las etapas del desarrollo del individuo incluyendo la vejez. Helen K,

(1987) en un estudio sobre la permanencia del anciano en el hogar se encontró que lo básico para la vejez son dos elementos vitales; la pertenencia a una familia y la oportunidad de seguir siendo independiente y útil, de ahí la importancia de que el anciano continúe al lado de su familia y con la mayor actividad posible. En México según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI) 1990 revela un incremento en la población mayor de sesenta años siendo de 5.51 por ciento en 1980 a 6.75 por ciento en 1990. Por otra parte el Programa Nacional de Salud 1990, 1994 informa que los principales problemas de salud de este grupo son la Diabetes Millitus, Hipertensión Arterial y Cardiopatía sin embargo no se cuenta con un programa específico para su atención integral para ser aplicado en instituciones hospitalarias o en las comunidades donde vive el anciano.

En (1991) Salinas Martínez realizó un estudio en Nuevo León en los asilos y encontró que los ancianos viven en éstas instituciones debido a su propia incapacidad para sobrevivir independientemente o a la ausencia de apoyo familiar.

González Aragón, (1985) menciona que los ancianos participan como apoyo en el cuidado de los niños en el hogar y cuando ya no son útiles buscan reacomodo en los asilos lo

anterior pone de manifiesto la importancia de que el personal de Enfermería Comunitaria considere el funcionamiento familiar y cómo este ayuda en la realización de las tareas del anciano; para poder explicar la dinámica que se da en la familia y planear sus intervenciones, estimulando y proponiendo la integración del anciano en la misma. La Enfermería Comunitaria según (O. Neill y Shaw 1988) debe proporcionar cuidado y supervisión en el medio familiar, desde una perspectiva holística y profundizar en el análisis de la dinámica familiar (fuerzas positivas y negativas) si se desea alcanzar resultados favorables en la atención del anciano y la familia. La Enfermera Comunitaria debe facilitar la experiencia de cuidado y promover óptimos resultados en la salud del anciano y la familia.

El propósito del presente estudio fue identificar el funcionamiento en la relación familiar y si esta favorece el cumplimiento de las tareas del anciano. El presente estudio fue realizado en una comunidad sub-urbana de Cd. Guadalupe, N.L., el cual fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal (Polit 1988).

La unidad de observación fueron el anciano y los familiares mayores de dieciocho años que vivieran con él bajo el mismo techo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según al INEGI (1990) se revela que la población total del países de 81 140 922 habitantes de los cuales 6.75 por ciento es población mayor de sesenta años. Para Nuevo León en éste mismo año la población mayor de sesenta años representa el 6.01 por ciento. Según la Organización de Naciones Unidas es de vital importancia que el anciano permanezca con sus familias para tener una vida plena y digna Nusuerg (1985) señala que es un mito que en los países desarrollados el anciano sea abandonado por su familia en instituciones de asistencia, la realidad es que en países industrializados no más del seis por ciento viven en asilos, la inmensa mayoría de personas de edad avanzada viven en la comunidad; salvo una minoría convive realmente con miembros de las respectivas familias de origen, la gran mayoría viven en las cercanías del domicilio, de por lo menos uno de sus hijos adultos, y las investigaciones disponibles en ésta temática indican que los padres ancianos e hijos adultos mantienen relaciones estrechas y basados en la ayuda mutua Nusuerg (1985).

Las políticas de salud de la mayoría de los gobiernos en América Latina y Europa de acuerdo a Nusuerg (1985) promueven la asistencia familiar, programas de auto atención y auto

ayuda, servicios de salud comunitarios y colaboración de instituciones no gubernamentales, incluyendo al sector comercial, con la finalidad de responder a los deseos de los propios ancianos quiénes quieren mantenerse en sus hogares con independencia todo el tiempo posible.

En México la salud es un derecho constitucional donde el artículo IV de la Constitución Política señala "toda persona tiene derecho a la protección de la salud". Las autoridades gubernamentales han creado un plan a nivel nacional de ayuda a los ancianos de México y han formado el Instituto Nacional para la Senectud (INSEN) cuyo plan piloto se desarrolla en el estado de Nuevo León. Este programa ayuda a los ancianos para que disfruten de los beneficios que son "el fomento de la creación de fuentes de trabajo, concesiones en el transporte, espectáculos y otros beneficios". Actualmente el gobierno a través del sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF) da atención al anciano. La Secretaría de Salud, da prioridad a los programas materno infantil (detección oportuna del cáncer, planificación familiar, control prenatal, control del niño sano, inmunizaciones) y a los programas crónico degenerativos (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Tuberculosis Pulmonar) por mencionar algunos; sin embargo por el momento no hay propuestas oficiales de trabajo para programas de salud enfocados al anciano.

En los Centros de Salud donde la Universidad Autónoma de Nuevo León trabaja en programas Docente-Asistenciales se ha dado un interés especial por atender a grupos de la tercera edad, en estos se ha observado por la autora del estudio que el anciano se integra activamente a ellos en las tareas programadas, y generalmente se sabe que viven con sus hijos, o con su pareja. En las visitas domiciliarias efectuadas se ha observado que el anciano es respetado por la familia, comparte responsabilidades en el cuidado de los nietos, colabora con los hijos en el sustento económico y realiza tareas propias de su edad apoyados por su familia.

En estas comunidades urbana marginadas, es excepcional encontrar casos de ancianos que vivan en asilos. Ya que las casas de reposo que existen son de tipo privado, y el único que pertenece a la beneficencia pública no cuenta con recursos suficientes para atender la posible demanda. Por otro lado culturalmente se sabe que en las familias mexicanas el cuidado del anciano se considera una responsabilidad y un deber moral González Aragón (1985). De tal manera que el anciano vive con la familia de origen, o con las familias de sus hijos y/o familiares cercanos; ante esta realidad surge la siguiente pregunta de investigación. ¿Existe relación entre el funcionamiento de la familia y las tareas del anciano?

H I P O T E S I S

Las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

Hi La funcionalidad en la relaciones de la familia del anciano influye en el cumplimiento de las tareas de este.

U.I. La funcionalidad en las relaciones de la familia.

U.D. Cumplimiento de tareas del anciano.

Ho. La funcionalidad en la relación de la familia del anciano influye en el cumplimiento de las tareas de éste.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar si la funcionalidad en la relación de la familia del anciano influye en el cumplimiento de las tareas de éste.

OBJETIVO ESPECIFICO:

1. Conocer el tipo y frecuencia de las tareas que realiza el anciano.
2. Identificar en las familias de los ancianos la funcionalidad y la no funcionalidad.
3. Identificar la relación entre la funcionalidad de la familia y las tareas del anciano.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El aplicar el modelo teórico de enfermería sobre tareas de la vida diaria en la vejez de Patrick (1988) y algunos elementos de la teoría de Freedman en un estudio realizado por enfermería, representa la posibilidad de aproximaciones al conocimiento científico de la profesión. Para enfermería comunitaria el significado y comprensión de la dinámica que se da en las relaciones familiares ya sean funcionales o disfuncionales ayuda a identificar las áreas de oportunidad o los recursos que podrán ser reforzados por enfermería en su rol de proveedor de cuidados con la finalidad de que el anciano desarrolle las tareas y se mantenga sano.

Por otro lado el aplicar el instrumento de APGAR familiar desarrollado por Smelkstein (1978), permite estudiar los componentes de adaptabilidad, sociedad, crecimiento, afecto y resolución para conocer el funcionamiento de los familiares del anciano, pueden ser en un futuro una test de valoración utilizado por la enfermera comunitaria en la atención a las familias.

Los resultados del estudio permitirán contribuir a la atención del anciano y su familia, ya que los hallazgos aquí documentados podrán justificar estrategias y programas de atención gerontológicas en un primer nivel.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio fue realizado en una comunidad urbano-marginada como es la colonia 31 de Diciembre del municipio de Guadalupe, N.L.; cuyo nivel socioeconómico impide que los resultados se puedan generalizar a otras poblaciones.

El instrumento APGAR familiar fue diseñado para poblaciones Norteamericanas y validado en una comunidad Méxicoamericana en el condado de Harris en Houston, Texas por Cárdenas Ibarra (1986); de tal manera que este instrumento puede estar limitado en la traducción al español, así como por diferencias culturales y geográficas. El instrumento permite una valoración instantánea de la funcionalidad de la familia del anciano; sin embargo esto puede variar en cuestión de tiempo, por la presencia de eventos que pueden ser críticos para la familia y por haberse aplicado solo a los mayores de dieciocho años.

DEFINICION DE TERMINOS

Funcionalidad : - Familia con calificación de siete a diez según el APGAR.

Relaciones familiares: - Medición en forma cualitativa de la satisfacción de los miembros mayores de dieciocho años de la familia en cada uno de los componentes básicos de la función familiar medidos através del APGAR.

Tareas: Actividades que realiza el anciano según el modelo de PATRICK, que son: estado civil, jubilación, relaciones intrafamiliares salud pérdidas relaciones con la sociedad, preparativos para la muerte.

Anciano: Personas de edad avanzada de (más de sesenta años).

Cumplimiento:	Las tareas que el anciano dice realizar.
Familia: -	Grupo de individuos mayores de dieciocho años incluyendo al anciano unidos por lazos de parentesco o afinidad que vivan bajo un mismo techo.
No funcionalidad	Familia con calificación de cuatro a seis y de cero a tres según el APGAR.
APGAR	Instrumento de medición de la funcionalidad y no funcionalidad de la familia que evalúa: adaptación, sociedad, crecimiento afecto y resolución.

CAPITULO II

Revisión Bibliográfica.

1. Situación Demográfica.

El número de personas de sesenta años o más, esta aumentando en relación con la población total; este fenómeno se ve más acentuado en América Latina y como consecuencia trae problemas especiales de salud, administrativos, económicos y familiares por mencionar algunas. (Muir Gray 1985)

Datos de las Naciones Unidas para América Latina, señalan que en 1980 de 363.7 millones de habitantes 23.3 millones correspondían a mayores de sesenta años es decir el seis punto cuatro por ciento.

Para el año 2000 la población será de 565.7 millones y habrá 41 millones de ancianos lo que representará un siete punto dos por ciento del total.

Según estimaciones de las tasas de mortalidad ésta disminuirá de ocho punto dos por 1000 habitantes de 1980 a 1985; a siete punto siete por 1000 habitantes en 1995-2000. Así mismo las tasas de natalidad variarán en los mismos períodos de treinta y dos punto dos a veintisiete punto uno por 1000 habitantes (Anzola 1985).

Se sabe que la esperanza de vida al nacer era de sesenta y cuatro punto uno años (1980) y se espera que para el término de la última década del presente siglo sea de setenta punto cuatro; se han hecho estimaciones del número de ancianos subdividiéndolos en dos grupos de sesenta a sesenta y nueve años y de setenta a más, considerando las variaciones de 1980 al año 2000 de sesenta a sesenta y nueve el aumento será de 13.9 millones a 23.4 (9.5 millones); y de setenta años y más será de 9.3 millones a 17.5 (8.2 millones). Esto es importante ya que " los viejos más viejos " tienen un riesgo mayor al contraer enfermedades, sufren mayor aislamiento social y requieren mayores oportunidades de institucionalización. (Williams 1985).

México no es la excepción, hay cada día más personas mayores de sesenta años y conforme pasan los años representaran un porcentaje importantísimo de la población total. La razón es la disminución en la tasa de natalidad y mortalidad favorecida por las mejores condiciones de vida, los adelantos técnicos científicos y las condiciones sanitarias.

Según el censo X de población y vivienda los mexicanos con sesenta años o más de edad en 1990 correspondían el seis punto setenta y cinco por ciento de la población total; para el año 2000 estas cifras se habrán incrementado a 6 916 387 de estas, tres millones serán de más de setenta años de edad.

Desde hace siglos los ancianos mexicanos han sido atendidos en la mayoría de los casos en el seno familiar y sus necesidades económicas, de salud, vestido, etc., han sido solucionados por sus familiares más cercanos. Ha sido tradicional que los mexicanos cuiden de los ancianos es una cuestión de honor el no abandonarlos; pero desafortunadamente los cambios sociales, la industrialización, el urbanismo han determinado que esos lazos emocionales tan fuertes, sean rotos por problemas materiales, económicos, de espacio, vivienda y cada día se va rompiendo el vínculo familia-viejo, creando problemas que sin duda serán de serias repercusiones Políticas y Sociales para el futuro (González Aragón 1985).

En la época de los Sirios y los Egipcios se sabe que los viejos, eran vistos con cierta antipatía aún siendo sacerdotes poderosos, no existía la veneración y respeto, Israel es la primera cultura que desde los tiempos Bíblicos se menciona la veneración a la vejez. Los griegos exaltaban a la vejez entre las herencias culturales; en el renacimiento se empieza a deteriorar la imagen de veneración y respeto, aparecen imágenes de viejos lujuriosos, avaros y se considera al anciano como símbolo de riqueza paralelamente aparecen los ancianos indigentes y los grupos de viejos como uno de los grupos más necesitados de apoyo social. En el Industrialismo la vejez pierde su poder con la aparición de las industrias, el comercio en gran escala, hace del hombre un ser que vale

por lo que produce y por lo que tiene y no por lo que es; empiezan a surgir los viejos como grupos marginados que necesitan de apoyo pero que aún conservan su status y su función dentro del seno familiar donde siguen siendo el núcleo que se va perdiendo conforme los países se van desarrollando (González Aragón 1985).

2. Reflexiones Históricas de la Vejez.

A través del paso de los años algunas culturas han respetado y otras despreciado al anciano (Simone de Beauvoir 1990) señala que en Australia respetan y cuidan de sus viejos, en general prevalece el status y el rol en la sociedad de los ancianos a través de la historia y son tomados como ejemplo para la comunidad. En Asia (China) es uno de los países donde los ancianos han sido más venerados y respetado a través de la historia de la humanidad.

En el Tíbet los honran cuidándolos amorosamente porque se dice que los ancianos son los que están más cerca de los antepasados. En Siberia existe la costumbre de maltratarlos en venganza de los maltratos que ellos les dieron cuando eran jóvenes e incluso hacen ceremonias en donde los ancianos de la comunidad se les mata a lanzazos y puñaladas.(Beauvoir 1990).

En América del Norte los Ojibwas respetan y honran a sus ancianos pero al final de la vida les hacían una gran fiesta

y uno de sus hijos con gran dolor se acercaba por detrás y daba muerte a su padre. La gran mayoría de las tribus desde Alaska, Canadá hasta la tierra de fuego, los consideran como sagrados, los cuidan y los respetan; los viejos siempre han tenido una gran ascendencia en la vida social, tal vez porque los ancianos que sobrevivían por selección natural eran unos verdaderos sujetos llenos de dinamismo y gran sabiduría. Los Esquimales en cambio al final de la vida acostumbraban dejarlos en el hielo en parajes abandonados pues su tradición decía que si eran devorados por un oso tendrían un futuro en la otra vida y reencarnarían en la fuerza y en la presencia de ese animal tan poderoso. (Simone de Beauvoir 1990).

3. Envejecimiento.

Desde el nacimiento hasta la madurez todos los cambios biológicos son en el sentido de avanzar y desarrollarse; de la madurez en adelante esta situación cambia, lleva al deterioro y la involución.

En 1977 Strehler propuso que la senectud tiene cuatro características:

- 1) Afecta a todos los organismos
- 2) Es progresiva
- 3) Produce deterioro
- 4) Es intrínseca

El envejecimiento es universal pues se trata de un fenómeno normal; la rapidez en el deterioro del organismo es diferente según variaciones en la constitución individual, a lo que se añaden factores específicos de exposición ambiental. Después de la madurez disminuye aceleradamente la capacidad para reparar los desgastes normales del organismo; esto se manifiesta por cambios involuntarios anatómicos y funcionales en todos los tejidos; estos fenómenos de involución avanzan a diferente velocidad en los distintos órganos del cuerpo; esto probablemente se relaciona con factores genéticos, pero puede modificarse por los impactos del medio, como resultado de la mejoría en las condiciones de vida sobrevive un mayor número de personas hasta la edad avanzada.

Muchos de los problemas de salud en el anciano, tienen su origen en hábitos y patrones de vida de la niñez, de la juventud y de la edad adulta; la alimentación adecuada, la actividad física y mental, descanso, recreación, higiene personal, buenas relaciones sociales y humanas disminuyen los factores de riesgo de la enfermedad. Dentro de los padecimientos que las estadísticas nos muestran con mayor mortalidad en los ancianos tenemos los siguientes: Enfermedades cardiovasculares de las cuales el setenta por ciento son padecimientos del corazón, el veinte por ciento son accidentes cerebro-vasculares y el diez por ciento

padecimientos relacionados con la circulación; el cáncer ocupa el segundo lugar, el tercer lugar los accidentes en el hogar el cien por ciento de ellos son prevenibles; enfermedades infecciosas entre las que destacan la neumonía así como las enfermedades gastrointestinales. (Alva 1991).

Existen enfermedades de gran morbilidad (Alvarez Alva 1991) este tipo de problemas son crónicos que limitan la capacidad para las actividades de la vida diaria y la posibilidad de una vida normal en los últimos años; entre ellos están: Las enfermedades osteoarticulares padecimiento que afecta a más del noventa por ciento de las personas mayores de sesenta años. Las deficiencias visuales son un problema que afecta a todas las etapas de la vida y no puede clasificarse como exclusivo de la vejez sin embargo, son determinantes en la morbilidad por su influencia en el proceso de adaptación, acción, reacción y relación con las actividades de la vida diaria; las deficiencias del oído que llegan a la sordera influyen en forma importante en el aislamiento, la marginación y la calidad de vida.

Las estadísticas en Norte América apoyan los datos de que el ochenta y siete por ciento de los ancianos viven dentro de la comunidad en forma independiente; el cinco por ciento de las personas mayores de sesenta y cinco años se encuentran en

instituciones y un ocho por ciento requiere ayuda (Brotman, 1982).

Los acontecimientos sociales, políticos, económicos y los avances tecnológicos (Brotman 1982) que han ocurrido desde 1900 hasta la actualidad; influyen en la calidad de vida y el status del anciano por lo que debe analizarse la posición ocupa desde la adolescencia . La Primera Guerra Mundial, el desempleo o la lucha por formar una familia; la Segunda Guerra Mundial (1941 a 1945) cuando desempeñaban algún trabajo, se habían casado y tenían la responsabilidad de una familia por último los avances tecnológicos de los últimos setenta años han sido numerosos y variados desde el automóvil, el aeroplano, los vuelos espaciales, la computadora; la vida en los hogares ha cambiado por la luz eléctrica y los aparatos domésticos; teléfono, televisión, radio, horno de microondas por mencionar algunos. Entre los cambios económicos de hace setenta años influyen inflación, depresión, desempleo, recuperación de índices elevados de empleo, y salarios bajos; estos cambios se han presentado en momentos críticos de la existencia; la gran depresión en los primeros años del matrimonio cuando la familia apenas empezaba; la jubilación en el momento de mayor inflación (1965 a 1970). Para sobrevivir durante los años de sequía o escasez muchos adultos se vieron obligados a separarse de sus familias para ir en busca de trabajo. Las mujeres nacidas

a principios de siglo desempeñaban el papel de madres y esposas; aprendieron de sus propias madres a coser, cocinar, a fabricar conservas alimenticias, dulces, repostería y a cuidar los niños con frecuencia sus propios hermanos. Estos conocimientos resultaron de mucha utilidad durante la depresión económica cuando ya casados tenían que hacer rendir el dinero para elevar el nivel de vida de la familia (Patrick 1988).

4. Familia.

Hasta hace tiempo era costumbre que toda la familia viviera junta bajo el mismo techo (abuelos, padres e hijos) hacían un ambiente de convivencia desde el nacimiento hasta la muerte. En la actualidad existen fuerzas que tienden a separar las generaciones (la incorporación de la mujer en el trabajo) (Brody,1985) encontró que las formas de mantenerse en contacto y dar apoyo a los padres han cambiado pero de todos modos se sigue cuidando de ellos.

Los problemas de la vida diaria para la familia de un anciano tienen orígenes diferentes, los principales cambios ocurren en el papel que se desempeña; las relaciones previas entre padres e hijos, cónyuges, hermanos, amigos se modifican a causa de los cambios en la salud y la capacidad del paciente; la incapacidad para satisfacer las necesidades del

anciano por las personas que lo cuidan puede originar frustración, culpa, ira o resentimiento y lo que el anciano necesita es afecto y sentimiento de pertenecer a la familia.

Friedman (1986) señala que la familia es el sistema básico en el cual se organizan, realizan y aseguran la conducta y el cuidado de la salud. La familia procura cuidado preventivo y comparte la atención mayor en caso de enfermedad de algunos de sus miembros. La familia es vista por Friedman (1986) como unidad total con interrelación de sus integrantes entre sí y con otras instituciones (de salud, educativas). La función importante que desempeñan las familias en la previsión de atención a sus miembros; con el conocimiento que ocurrirán mejorías y mantenimiento de la salud mediante modificaciones y compromisos de estilos de vida personal y del medio ambiente; se fortalece el rol central de la familia al asumir la responsabilidad del cuidado de la salud de sus miembros (Pratt, 1988) y (Forest 1981) apoyan que el cuidado de la salud es una función familiar básica y vital.

Desde el punto de vista de la sociedad la familia es la unidad básica donde la política de salud y sus servicios de atención varían enormemente de familia a familia; las personas con los mismos antecedentes culturales, y/o de un status socioeconómico similar, comparten actitudes, mitos, valores comparables (McLachan, 1958). De aquí que la gente

tenga diferentes maneras de definir si se encuentra bien o mal; algunas personas se sienten estar enfermas sólo cuando no pueden continuar su trabajo o llevar a cabo sus tareas diarias. Las diferencias sociales están muy relacionados con las prioridades de salud en la clase baja la salud se encuentra al final de la lista de necesidades, el empleo, la alimentación y vivienda constituyen prioridades (Smith, 1981). La familia como parte de su tarea de proteger la salud de sus miembros, establece y realiza actividades de mantenimiento basadas en lo que los padres o miembros adultos consideran que es saludable; por lo general las familias identifican la buena alimentación o nutrición como los métodos más importantes del mantenimiento de la salud (Pratt, 1976).

En el proceso familiar el individuo aprende y comparte la cultura, sus ideas, creencias, hábitos y costumbres que lo dejen listo para introducirse y relacionarse con los demás; cumpliendo así su función de construir la personalidad de sus integrantes en la familia en donde el individuo satisface sus necesidades básicas (biológico, sociales, psicológicos) y representa la fuente de salud mental de los miembros que la componen; esto le permite el crecimiento y desarrollo personal para llegar a la autorrealización; influye tan fuertemente que puede determinar el éxito o el fracaso de la vida personal. En la sociedad cada integrante de la familia pertenece a diversos grupos; pero solo la familia se preocupa

por el individuo en forma total y toda la vida.(Freedman, 1986).

Se define a la familia como el conjunto de individuos unidos por lazos de parentesco que viven bajo un mismo techo y comparten objetivos comunes. Tiene una estructura y una dinámica las cuales de alguna manera podrán dar el "nivel funcional y óptimo". Existen diferentes estructuras en las cuales se encuentran esposos e hijos, pareja de ancianos, adulto o anciano que vive solo, familias de tres generaciones por nombrar algunos. Desde el punto de vista social se clasifica según su composición en nuclear cuando viven padres e hijos, extendida cuando vive un familiar además de la familia nuclear y compuesta cuando en la familia nuclear vive un amigo, o compadre y otras personas sin parentesco. Las funciones de la familia son responsabilidad fundamental de las estructuras que determinan la sobrevivencia es importante determinar no solo que las funciones se cumplan si no como se establecen los roles dentro de la familia para que se lleven a cabo; estas varían de acuerdo al ciclo de vida familiar. (Satir 1986).

Freedman, (1986) señala que las diferencias sociales, conductuales y culturales reflejan una variedad de formas entre las cuales encontramos familias de un solo padre, adulto que vive solo, la familia con padrastra y formas variantes familiares, en los cuales incluye matrimonios

abiertas, comunes, parejas que viven juntos, grupos de matrimonios y homosexuales; Freedman (1986) menciona que en la actualidad no existe una forma familiar "correcta", "equivocada" o "impropia" la familia debe comprenderse en si misma en forma particular.

La familia tiene una estructura con orden, autoridad, responsabilidades y emplean las funciones básicas y la función de la sociedad entre sus miembros en sus diferentes etapas de la vida: Etapa de expansión en donde la llegada de un niño(a) la familia crea tensión por lo que el patrón de relaciones debe ser ajustado, fase de dispersión los padres tienen que conseguir que el niño se socialice, ayudándolo a tener autonomía y cubrir sus necesidades de independencia ya que en esta etapa la familia se dispersa, los padres tienen que aprender a ser independientes otra vez y las funciones de socialización, afecto, status continúan. Etapa de retiro y muerte; hay que planear el fin de la vida familiar están difícil como el principio y es obvio que se hace con un entusiasmo diferente; es difícil para la familia joven usar sus limitados recursos para cuidar a sus padres y satisfacer sus propias necesidades al incremento la esperanza de vida, incrementa este tipo de problemas.

El abordaje de la teoría estructural-funcional la consideran de gran utilidad para la enfermería comunitaria

pues permite conocer como el cuidado de la salud cumple como función en una estructura determinada. Para evaluar la función familiar Smilkstein en (1978) diseñó un instrumento de medición llamado APGAR familiar para evaluar cinco diferentes áreas del funcionamiento familiar es un cuestionario diseñado para escoger una base que refleja el punto de vista de un integrante acerca del estado funcional de su familia. A fin de establecer parámetros por medio de los cuales la salud funcional de una familia se pueden medir, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar:

- 1) Adaptación.- Es la utilización de recursos intra y extra familiares para la solución de problemas cuando el equilibrio familiar es estresado durante una crisis.

- 2) Sociedad.- Es el compartir decisiones, y responsabilidades de los miembros de la familia.

3) Crecimiento.- Es la maduración física, emocional y la autosatisfacción que se logra por los miembros de la familia a través del apoyo mutuo.

4) Afecto: Es la relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

5) Resolución: Es dedicar tiempo a otros miembros de la familia y compartir bienes y espacios.

5. Modelo de Tareas del Anciano de Patrick (1986).

En este modelo se presta más atención a las tareas de desarrollo de los individuos que sobreviven a los setenta, ochenta y noventa años ya que tiene mas importancia y trascendencia que en cualquier otra etapa de la vida. En la senectud el crecimiento y progreso es el marco de referencia cotidiano para que el anciano lleve a cabo las actividades de la vida diaria; de ello depende el éxito en la vida.

Entre las tareas cotidianas se deben incluir los cambios y adaptaciones necesarios en el papel que se desempeñan,

limitaciones en la capacidad para tomar decisiones, participación en actividades nuevas, enfrentar con valor las pérdidas, adquirir nuevas amistades y prepararse para la agonía y la muerte. El anciano vive cambios sutiles en las actividades que viene desempeñando; algunas actividades son nuevas, otras son cambios en la forma de realizar las funciones y a veces se pueden desarrollar papeles opuestos a los acostumbrados.

Estado Civil.- La viudez representa para el cónyuge sobreviviente tomar responsabilidades para cuidar del hogar y realizar tareas para las cuales no esta preparado; esto significa una pérdida total del otro. El tomar el papel de persona sola es difícil después de muchos años de ser parte de una pareja. En el caso de que el anciano contraiga segundas nupcias si asume el papel antiguo de cónyuge, puede requerir de adaptaciones y cambios.

Jubilación.- En muchos empleos el retiro es obligatorio, quienes trabajan hasta el último día de su vida laboral son personas que llevan una existencia muy ligada con el papel que desempeñan en el trabajo y cuando la mujer ya no trabaja o renunció a las labores extrahogareñas adquiere costumbres de independencia en el manejo de su vida.

Durante las horas de trabajo del marido. Desde el

momento que el cónyuge se queda en casa y dispone de todo el tiempo esta nueva situación puede ocasionar riesgo en las relaciones maritales; mientras el individuo se adapte a la situación de retiro del trabajo y a su papel en el hogar y las expectativas de la esposa.

Las personas solteras para quienes el empleo significa todo en su vida ya que les proporciona identidad, poder, satisfacción y una vida social les es más difícil adaptarse a un nuevo papel y emprender relaciones y actividades significativas y provechosas en la situación de jubilados. La jubilación permite un ingreso económico permanente que da seguridad al anciano para emprender cambios y adaptarse a sus tareas.

Relaciones Intrafamiliares

Relación padres-hijos.- Al final esta relación tiende a invertirse principalmente cuando los padres pierden su capacidad física o mental; a medida que los padres envejecen van siendo desplazados hacia un papel de menor relevancia; los padres envejecidos empiezan a ser tratados de manera "especial" por su edad. En otros tiempos los padres sintieron que "ellos sabían lo que era mejor para los hijos", ahora los hijos sienten que saben lo que es mejor para los padres e intentan invertir los papeles a veces este cambio tiene lugar sin mayores problemas, pero en ocasiones los

padres hacen valer su independencia y siguen tomando sus propias decisiones.

Abuelos-Bisnietos.- Este tipo de relación tiene la ventaja de que no hay responsabilidades entre abuelos y nietos, excepto de gozar de la compañía placentera. El anciano desea seguir su vida de independiente, pero sus hijos o alguna otra persona del seno familiar decide que ha llegado el momento de que adopte un estilo de vida más dependiente. Para los ancianos que no han perdido la lucidez entregar a otros el control de su propia vida es difícil. El mayor peligro cuando se permiten injerencias en la vida cotidiana puede ser el inicio de pérdida total del control sobre la toma de sus propias decisiones.

Salud

El papel del anciano como paciente no es una tarea nueva; sin embargo hay cambios sutiles. Uno de los más difíciles la falta de credibilidad cuando se narra la historia de padecimiento o se "comunica algo subjetivo relacionado con la salud". El anciano depende del juicio y voluntad de la persona que lo atiende. Hay peligro de rechazo a la falta de atención cuando no cumple con lo indicado. El anciano puede abandonar el papel de enfermo y puede necesitar habilidades especiales, recursos, apoyo cuando solicite

atención de salud. Es importante considerar el binomio integrado por la persona encargada de cuidar al anciano en esta etapa la relación es de suma importancia; la expectativa en que el cónyuge asuma el papel de cuidador de cabecera, aún cuando presente limitaciones en su condición física. Los esposos se aferran a ese papel hasta el grado de comprometer su propio bienestar físico y emocional y brindar al final atención de no muy buena calidad. Los demás miembros de la sociedad esperan que los hermanos o los hijos mayores (solteros) que vivan en la misma área donde vive el anciano se encarguen de cuidarlo en forma permanente.

Pérdidas.— Es una de las exigencias de la vida diaria que requiere de ajustes diarios, de conservar serenidad a pesar de las pérdidas, muchas ancianos resuelven esta situación de manera apropiada, pero otros no lo pueden hacer. En esta etapa de la vida, las metas para todo anciano se pueden agrupar en Onfort, (1976).

- Conservar la dignidad
- Manejar la economía propia
- Lograr atención adecuada para la salud
- Participar en actividades útiles

Areas en las que ocurren las pérdidas: Pérdida física

por la disminución de la capacidad funcional como resultado de los cambios biológicos el individuo sufre alteraciones de la capacidad funcional; se le dificulta la vida diaria; cuando las alteraciones son muy marcadas es necesario desarrollar otras habilidades para satisfacer sus necesidades y con frecuencia depender de otros recursos.

Otro cambio es el aspecto físico que no afecta las funciones sino la apariencia; el anciano vive dentro de un cuerpo cada vez más arrugado, con tejidos flácidos, cambian de color en la piel y pelo adelgazado y encanecido o totalmente blanco para quienes es valiosa la belleza del rostro y cuerpo esta pérdida significa malestar considerable.

La muerte se puede definir como la última pérdida algunos ancianos le ven llegar como alternativa esperada y no como pérdida; es muy común que el anciano considere la muerte como el epílogo de la vida la prefieren a cualquier otra alternativa como seguir viviendo después de que los hijos han fallecido, convertirse en inválido, verse atacado por alguna enfermedad grave que acabe con el patrimonio o verse internado en alguna institución.

Una de las pérdidas comunes en los ancianos es el sentirse rechazado por la mayoría de los adultos, el anciano reconoce su cambio de posición social cuando percibe que es

protegida, tolerada, ignorada o tratada en "forma especial" Preston, (1979) por otro lado tiene menos oportunidades de diversión por la capacidad de desplazamiento, las deficiencias auditivas y visuales así como la escasez de recursos económicos toda ella disminuye la oportunidad de visitar lugares o asistir a eventos.

Las pérdidas económicas a veces son graves cuando se envejece ya que impiden tener servicios necesarios de salud, teléfono, transporte.

- Relaciones con la Sociedad. Para conservar la alegría en los últimos años de vida se debe estar en contacto con otros seres, personas y animales; en un estudio realizado en personas mayores cincuenta años mostró que todas ellas poseían excelentes habilidades sociales para mantenerse ocupada en su propio mundo Holmes y colaboradores, (1961).

- Preparativos para la muerte. La muerte como el nacimiento, es un suceso natural de la vida, los que consideran la muerte como algo natural y son previsores realizan preparativos para la muerte deben dejarse arreglados la forma de otorgar las pertenencias; última voluntad y testamento, disposición respecto al tipo de funeral y los restos mortales. Los planes para el momento de morir requieren pláticas y arreglos previos con quienes se encargaran de realizar la última voluntad. Los avances tecnológicos para la conservación de la vida y las leyes

relativas a la atención de la salud han hecho posible y obligatoria la conversación de la existencia; artificialmente algunos ancianos muestran deseos de que se les mantenga vivos el mayor tiempo posible, otros prefieren que las cosas sigan su curso normal sin intervenciones tecnológicas, en ambos casos el anciano debe platicar con la persona que hará su última voluntad. Hacer planes para la muerte significa estar convencido de que la muerte es parte de la vida. En cada etapa de la vida se deben cumplir ciertas tareas y los últimos años no son la salvación; la mayoría de los ancianos manejan con eficiencia sus tareas sin necesidad de ayuda.

6. Estudios relacionados con el tema

Robert L. Andrés y Mazako K. (1988) hicieron un estudio en Japón y encontraron que el diez punto dos por ciento de los habitantes tienen más de sesenta y cinco años y el cincuenta por ciento vive con su familia y el otro cincuenta por ciento en instituciones por carecer de vivienda adecuadas.

Helen K., (1987) estudio sobre permanencia del anciano en el hogar encontró dos elementos importantes:

1. La pertenencia a una familia.
2. La oportunidad de ser independiente y útil.

Bravo (1990) encontró que el anciano convive más con los miembros de la familia extendida no siendo así con la familia nuclear.

Schwirian. M., (1990) señala que la creencia general es que la persona de edad avanzada debe recibir y no dar.

Vija y Crichnan, (1989) realizaron un estudio en Filipinas y encontraron que los ancianos no representan una carga para su familia y la sociedad; ya que pueden aportar su valiosa experiencia y pueden realizar sus actividades de la vida diaria.

Franz Baro, (1985) se refiere que se deben tomar en tres cuenta las pérdidas en el cuidado del anciano.

Rawlins, Shirley. R., (1991) encontró que las personas que cuidan ancianos; esperan ayuda de los demás miembros de la familia para proporcionar cuidados en el hogar.

Ángel Pérez, (1992) encontró una característica que le proporciona bienestar al anciano el hecho de que le permitan realizar sus actividades de la vida diaria.

Freedman, (1986) refiere que la familia es una red íntimamente unida e independiente donde los problemas de un individuo se "filtra" y afecta a los demás miembros de la familia.

Cárdenas Ibarra y Colegas, (1986) realizaron un estudio sobre función familiar es una muestra de trecientos ochenta y cinco personas en el condado de Harris en Houston, Texas, encontraron una asociación entre la función familiar y el grado de control glicémico en el noventa y dos por ciento de los pacientes.

Sáenz López, (1992) encontró que hubo mejor respuesta al plan terapéutico de pacientes diabéticos en las familias funcionales.

Rivera (1993) encontró en una comunidad urbana marginada de Nuevo León que los ancianos son productivos y en la mayoría de los casos son los hijos los que viven con el anciano.

CAPITULO III

Metología.

El estudio se realizó en una comunidad urbano-marginal, que fue la colonia 31 de Diciembre de Guadalupe, Nueva León, México. La población total en su mayoría esta formada por personas de clase social baja. La escolaridad de sus habitantes en su mayoría es de primaria incompleta y analfabetas; la principal ocupación es de tres albañiles, subempleados, y vendedores ambulantes (PRODIE, 1992).

El estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo (Polit, 1985) la entrevista se aplicó y se indago sobre aspectos que ya estaban ocurriendo en las relaciones familiares y en las tareas que el anciano venia realizando.

Sujetos

El universo de estudio estuvo conformado por las familias de la colonia 31 de Diciembre de Guadalupe, Nueva León donde viviera un anciano tomando solo a los mayores de 18 años y a los ancianos como unidad de observación.

El muestreo fue intencional (Rojas Soriano, 1991) se utilizó una tabla de números aleatorios para seleccionar las familias en un plano de la colonia (Apéndice A) con las viviendas previamente numeradas para este fin en donde

existieran ancianos, posteriormente se identificaron las familias que conformaron la muestra. Para el cálculo de la muestra se utiliza la muestra para estudios sencillos (Rojas Soriano, 1991). El nivel de confianza fue 0.95 y el error estimado fue de .05. Los valores de la proporción fueron: $p=0.80$ $q=0.20$ la fórmula es:

$$N = \frac{Z^2 P \cdot Q}{E^2}$$

Obteniéndose una muestra de 61 familias; pero como la unidad de observación fue el anciano y los familiares mayores 18 años que vivieron bajo un mismo techo la unidad de observación aumenta a ochenta y cuatro ancianos.

Z^2 = Nivel de confianza al cuadrado

P = Éxito esperado

Q = Fracaso

E^2 = Estimación del error al cuadrado

Sustituyendo : $N = (1.96)^2 = 3.8416 (.80 \cdot 20) = 16$

$$N = \frac{3.8416 (.16)}{(.10)^2} = 61.46$$

$$(.10)^2 = .01$$

$$N = 61.46$$

Muestra = 61 familias

Criterios de inclusión

- Familias residentes de la colonia 31 de Diciembre.-
- Familias que tuvieron uno o más ancianos.
- Familias conformadas por parejas de ancianos con familiares mayores de 18 años.
- Familias con ancianos que pudieran contestar el instrumento. Criterios de exclusión.
- Ancianos solos.
- Familias sin ancianos.
- Familias con menores de 18 años.
- Familias con ancianos que no pudieran contestar el instrumento por incapacidad.

Material

Dentro de los recursos humanos que fueron necesarios para el desarrollo del estudio se pueden citar el asesor y co-asesor, los encuestadores, el especialista en estadística, personal de captura de información y el investigador; en cuanto a los recursos materiales se utilizó microcomputadora, papelería, materiales audiovisuales y/o necesarios para la ejecución y presentación del estudio. Se contó con material bibliográfico indispensable para el sustento teórico del presente estudio.

Se utilizó como instrumento una cédula de entrevista

semi-estructurada para ser aplicada a el anciano; así como el test o prueba de APGAR familiar el cual se aplica al anciano y a los familiares mayores de dieciocho años. El instrumento se construyo en forma semi-estructurada con preguntas abiertas y cerradas considerando el modelo teórico de Patrick, (1988); el APGAR familiar fue el instrumento propuesto por (Smilkstein, 1978) y aplicado por Cárdenas Ibarra, (1986).

La cédula de entrevista estuvo conformado por cuarenta y cinco preguntas divididas en dos secciones; la primera de ellas corresponde a datos de identificación del anciano como edad, sexo, escolaridad, ocupación entre otros. La segunda parte corresponde a datos respecto a las tareas que el ejecuta en cuanto a: trabajo y jubilación, pérdida, salud, relaciones intrafamiliares, relaciones con la sociedad y preparativos para la muerte.

El segunda instrumento o APGAR familiar esta conformado por cinco esferas de revisión planteados para este estudio en siete preguntas los cuales nos dan información acerca de las relaciones intrafamiliares (afecto, socialización y adaptación). Al finalizar el interrogatorio de estas preguntas se califica como familia funcional cuando la calificación es de diez y disfuncional de cero a seis estas parámetros fueron adaptados de la teoría original como resultado de la experiencia previa del investigador (apéndice

B instrumentos). Cada instrumento cuenta con su respectivo instructivo (ver apéndice C) para su correcta utilización. El estudio fue realizado por el investigador y por un encuestador entrenado para este fin; cada instrumento se sometió a una prueba piloto con el veinte por ciento de la muestra y para tal efecto se levanta en la colonia contigua a la 31 de Diciembre denominada colonia Tamaulipas con un total de trece encuestas aplicadas. La prueba piloto permitió realizar algunos cambios al instrumento inicial especialmente en lo que tuvo que ver el orden de las preguntas y la variable de tareas del anciano. En el APGAR la esfera de estudio de adaptación y de toma de decisiones se desglosaron en dos preguntas cada una.

Procedimiento

Los procedimientos para la selección de la unidad de observación fueron los siguientes: se detectaron en la colonia 31 de Diciembre todas las familias que tuvieran un anciano viviendo con ellos en forma permanente o una pareja de ancianos vecinos habituales de la colonia 31 de Diciembre; se les ubica en el plano de la comunidad, se realiza un listado con número progresivo de las familias tanto en la lista como en el plano; posteriormente se seleccionaron en forma aleatoria simple.

La recopilación de datos se lleva a cabo a través de la

entrevista apoyado por la cédula de entrevista y el APGAR los cuales fueron aplicados de la siguiente manera se estableció un clima de confianza y de seguridad entre el anciano y sus familiares con el encuestador; situación que se facilitó por que el investigador desarrollo un programa de salud del anciano en dicha colonia. Se hacia la pregunta al anciano y se dejaba tiempo para que éste contestara. Si existía dificultad para contestar se volvía a hacer la pregunta y a explicarla dos y tres veces evitando dar la respuesta los entrevistadores. La aplicación de los instrumentos fueron realizados en el domicilio de los sujetos de estudio teniendo necesidad de visitar el hogar hasta en tres ocasiones para localizar a los familiares mayores de dieciocho años. La recolección de datos se llevó a cabo del 31 de mayo al 18 de junio del presente año.

Para el tratamiento y análisis de datos se uso la computadora utilizando el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) paquete estadístico para ciencias sociales. Se manejaron sesenta y tres variables y se elaboró el programa de captura (apéndice D). Las variables fueron analizadas de acuerdo a la estadística descriptiva; se elaboraron listado de frecuencias de las variables, así como sus proporciones de igual forma se procesaron cuadros de proporciones y de correlación de variables.

Se utilizó la prueba de significancia de chi cuadrada (χ^2) para conocer las diferencias entre las frecuencias esperadas contra las obtenidas y para probar las hipótesis. Se utilizó el coeficiente de correlación de V de Cramer y la covariencia las cuales permitieron conocer la asociación de variables para datos nominales. Levin, (1979)

ETICA DEL ESTUDIO

A los sujetos del estudio se les explica el objetivo de la investigación y se les solicita su participación voluntaria, además se les asegura que los datos serían manejados en forma confidencial y para uso exclusivo del presente estudio. el solicitar el nombre del sujeto de estudio, fue solo para control en la aplicación APGAR sin embargo se garantizó el respeto a la información.

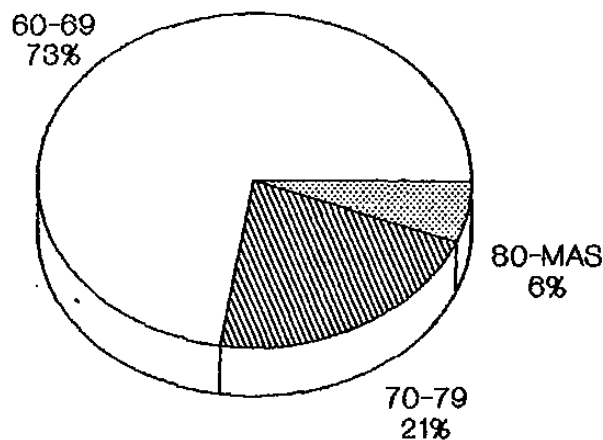
Al coordinador del Centro de Salud Tamaulipas se le solicita autorización para aplicar el estudio en esa área de trabajo de la comunidad y al personal del Centro de Salud se le notifica que una vez concluido el estudio estaría a su disposición en las instalaciones del Centro de Salud Comunitario Tamaulipas. Los sujetos de estudio fueron respetados en cuanto a su decisión de participar o no en el estudio y se les garantiza que no correrían riesgo en su integridad física y en su salud.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se siguió el orden con que se captura la información. Y se muestran los datos en frecuencia absolutas y en proporciones de las variables estudiadas.

FIGURA No. 1
EDAD DE LOS ANCIANOS
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

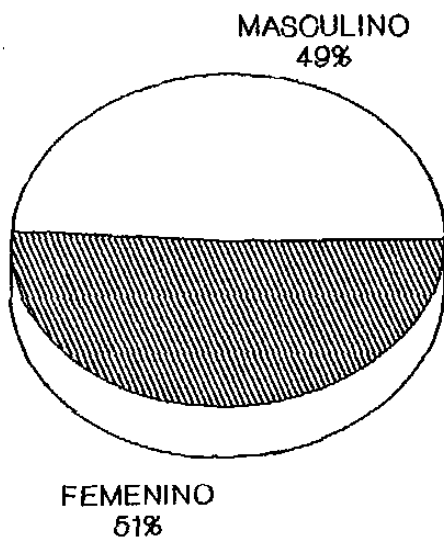


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

Los resultados en relación con la edad de los ancianos muestra que el 73 por ciento de ellos tiene de 60 a 69 años, el 21 por ciento tiene de 70 a 79 años y el 6 por ciento de 80 y más años.

FIGURA No. 2
SEXO DE LOS ANCIANOS
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

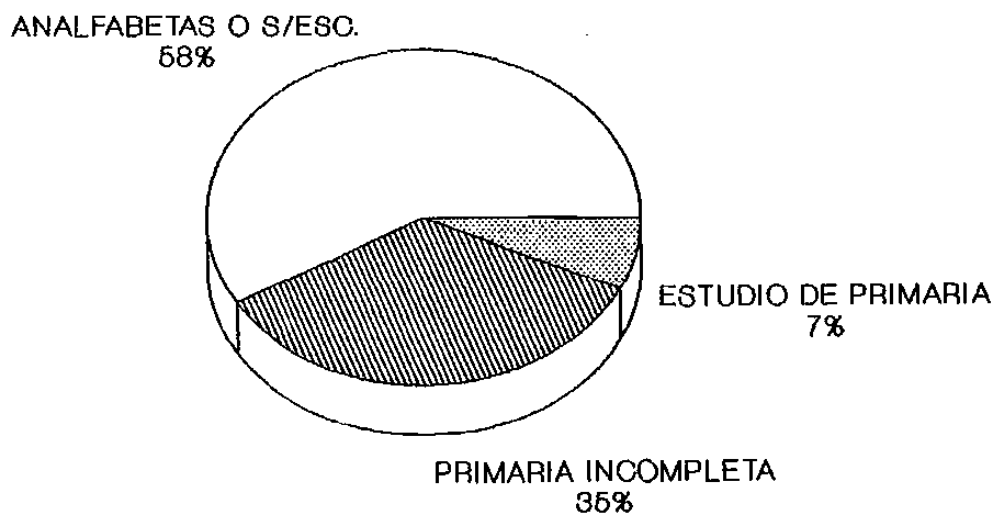


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación con la característica de sexo de los ancianos se encontró que el 51 por ciento pertenece al sexo femenino y el 49 por ciento al masculino.

FIGURA No. 3
ESCOLARIDAD DE LOS ANCIANOS
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

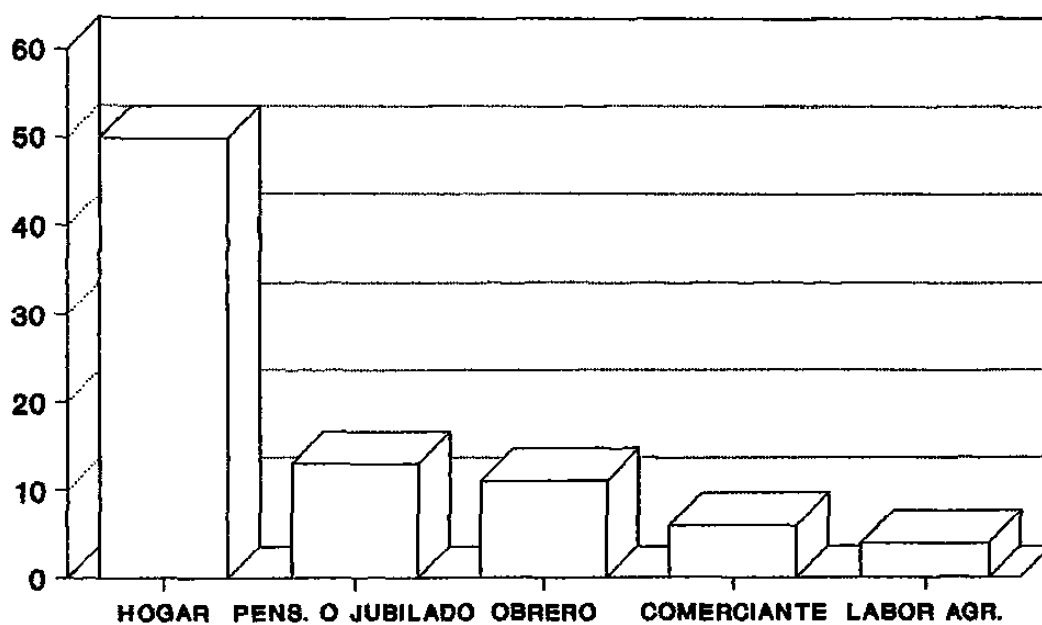


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

De acuerdo con la característica de escolaridad de los ancianos se observó que el 58 por ciento de ellos son analfabetas o sin escolaridad; el 35 por ciento tienen primaria incompleta y el 7 por ciento terminó sus estudios de primaria.

FIGURA No. 4
OCUPACION DE LOS ANCIANOS
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

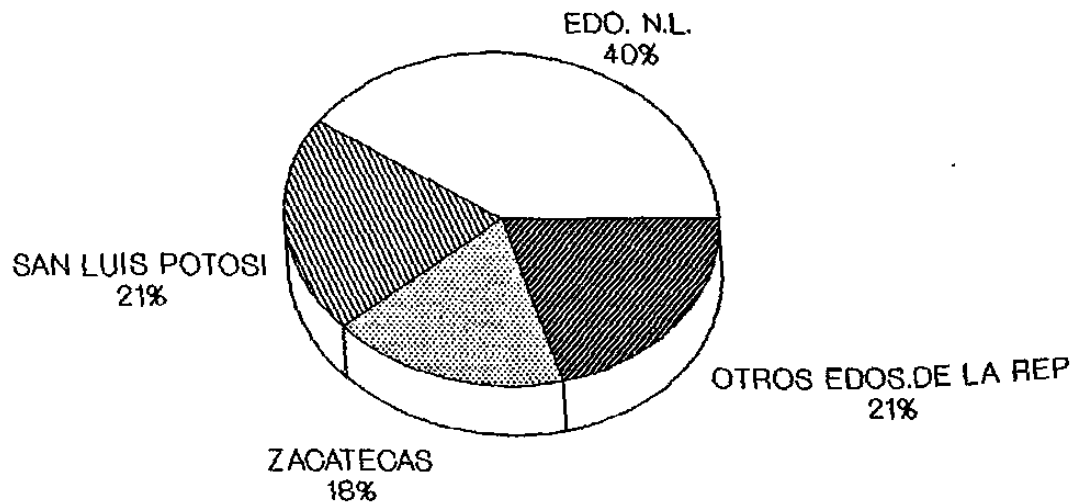


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En base a la ocupación de los ancianos se observó que el 59 por ciento de ellos se dedica a el hogar; el 16 por ciento esta pensionado o jubilado, el 13 por ciento es obrero, el 7 por ciento es comerciante y el 5 por ciento realiza labores agrícolas.

FIGURA No. 5
PROCEDENCIA DE LOS ANCIANOS
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

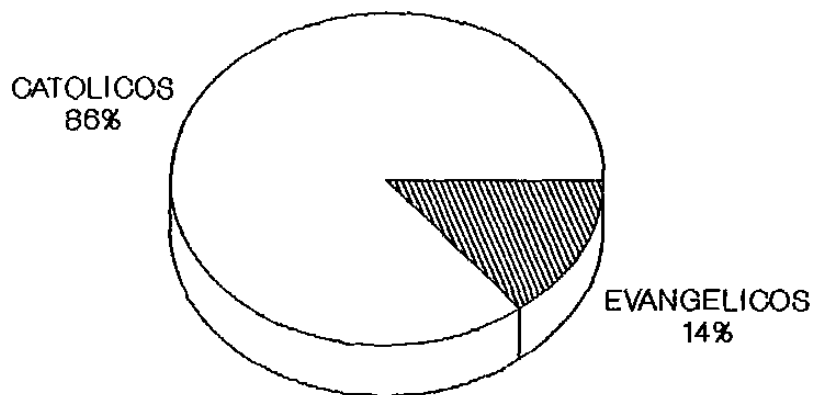


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación a la procedencia de los ancianos se obtuvo que el 40 por ciento de ellos son del Estado de Nuevo León, el 21 por ciento son procedentes de San Luis Potosí, el 18 por ciento de Zacatecas y el resto 21 por ciento proceden de otros estados de la República Mexicana.

FIGURA No. 6
RELIGION DE LOS ANCIANOS
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

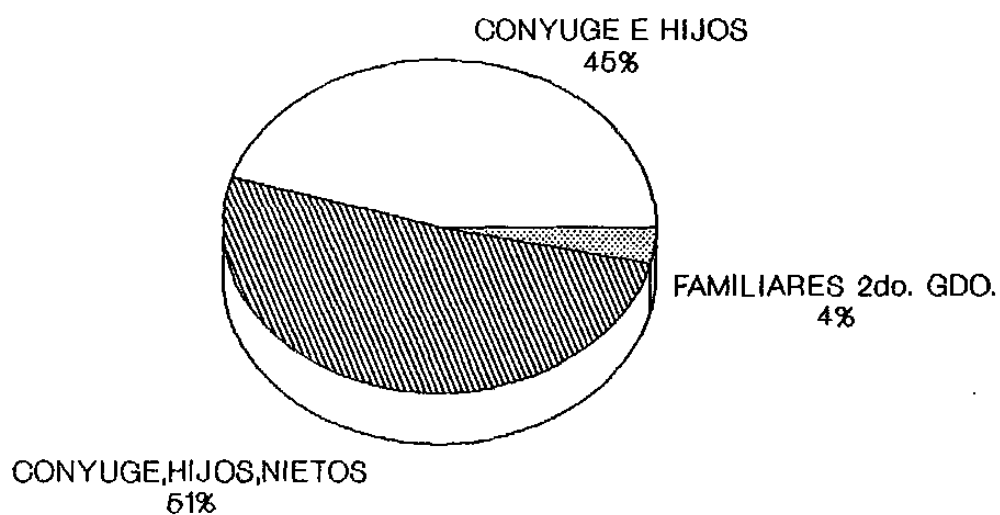


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación a la religión de los ancianos se encontró que el 86 por ciento de ellos profesan la religión católica y el 14 por ciento son evangélicos.

FIGURA No. 7
FAMILIARES CON QUIEN VIVE EL ANCIANO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

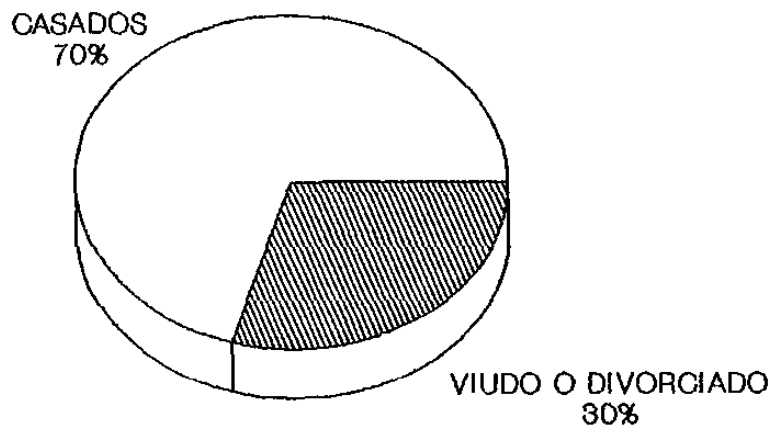


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación con la variable familiares con quién vive el anciano se encontró que el 96 por ciento de ellos vive con su cónyuge, hijos y nietos y un 4 por ciento vive con familiares en segundo grado.

FIGURA No. 8
ESTADO CIVIL DE LOS ANCIANOS
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

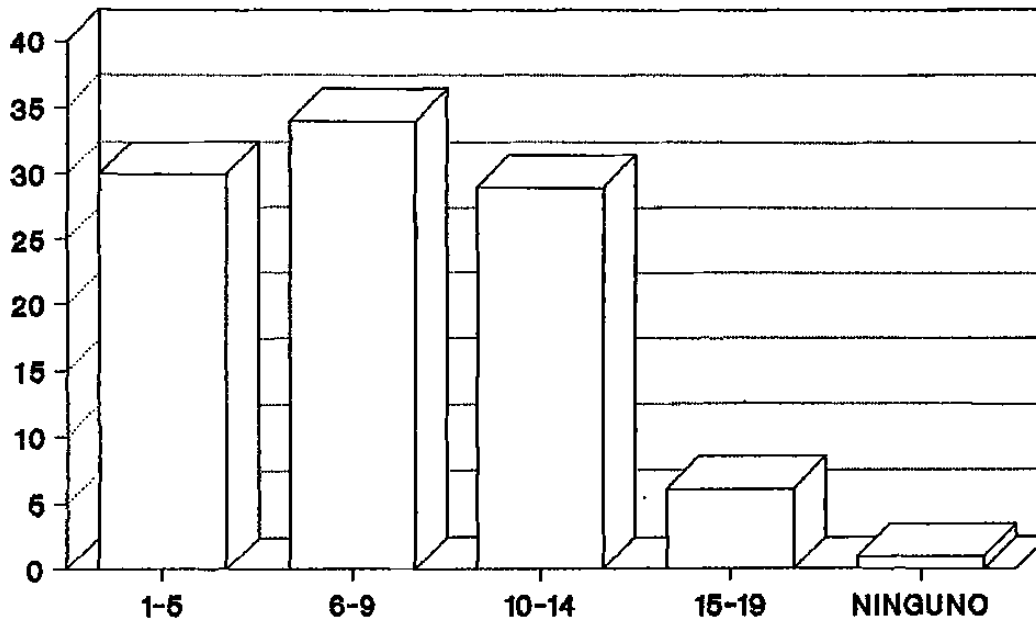


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación a la característica de Estado Civil se encontró que el 70 por ciento continúa casado y el 30 por ciento es viudo o divorciado.

FIGURA No. 9
NUMERO DE HIJOS DEL ANCIANO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

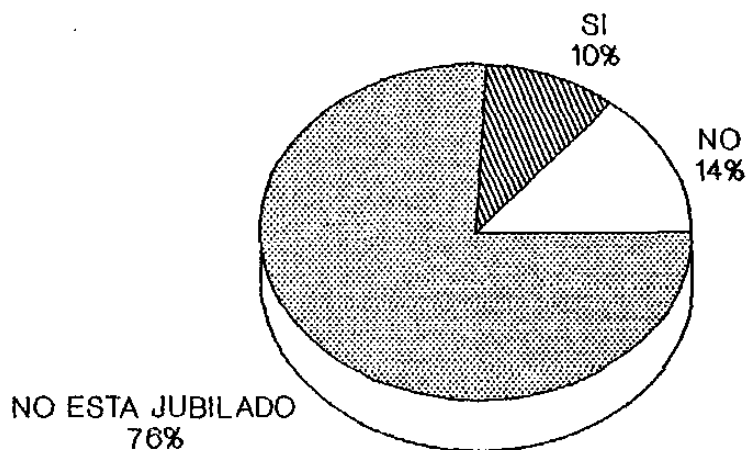


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación con la variable número de hijos el 34 por ciento de ellos tuvo de 6 a 9 hijos, un 30 por ciento de 1 a 5 hijos, el 29 por ciento de 10 a 14 hijos, el 6 por ciento de 15 a 19 hijos, y el uno por ciento no tuvo hijos.

FIGURA No. 10
INTEGRACION DEL ANCIANO A NUEVO TRABAJO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

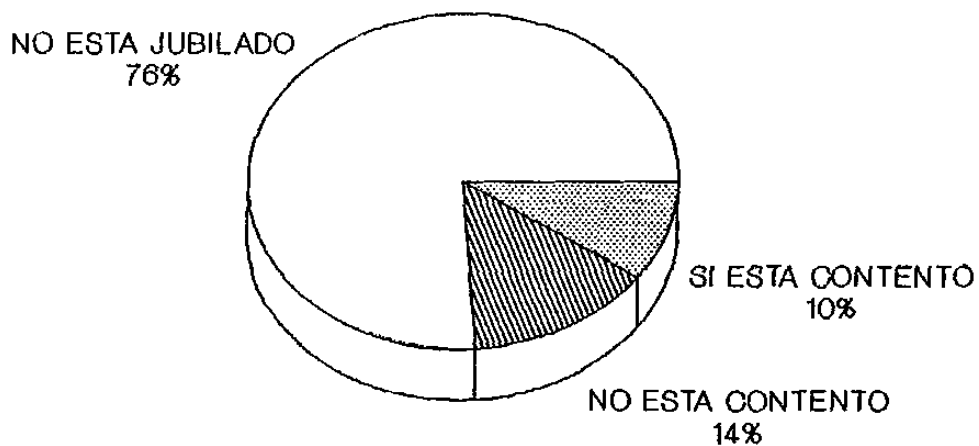


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación con la integración del anciano a un nuevo trabajo después de su jubilación se encontró que el 76 por ciento de los ancianos no están jubilados y no han buscado un nuevo empleo; y un 10 por ciento sí ha buscado integrarse a un nuevo trabajo y el 14 por ciento no; del 24 por ciento restante que sí está jubilado, un 14 por ciento no ha buscado integrarse a un nuevo trabajo y un 10 por ciento sí ha buscado un nuevo empleo.

FIGURA No. 11
SATISFACCION DEL ANCIANO CON JUBILACION
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

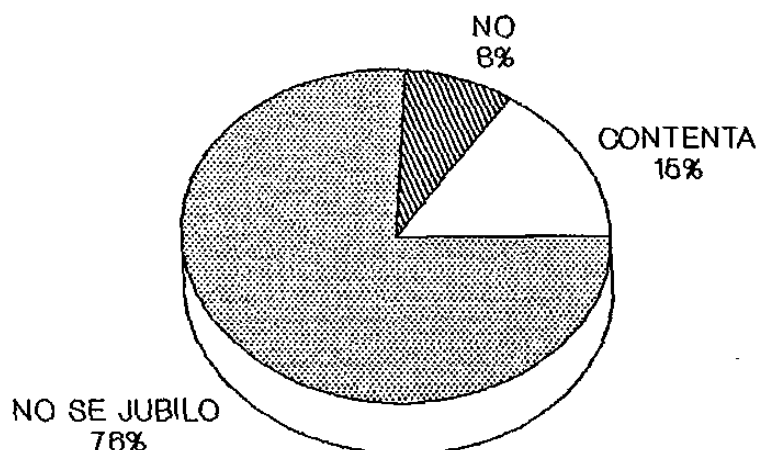


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

Sobre la variable contenido con su jubilación se encontró que el 76 porciento no esta jubilado. Del 24 porciento que esta jubilado el 14 porciento no esta contento con ello y un 10 porciento si esta contento.

FIGURA No. 12
SATISFACCION DE LA FAMILIA CON
JUBILACION DEL ANCIANO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

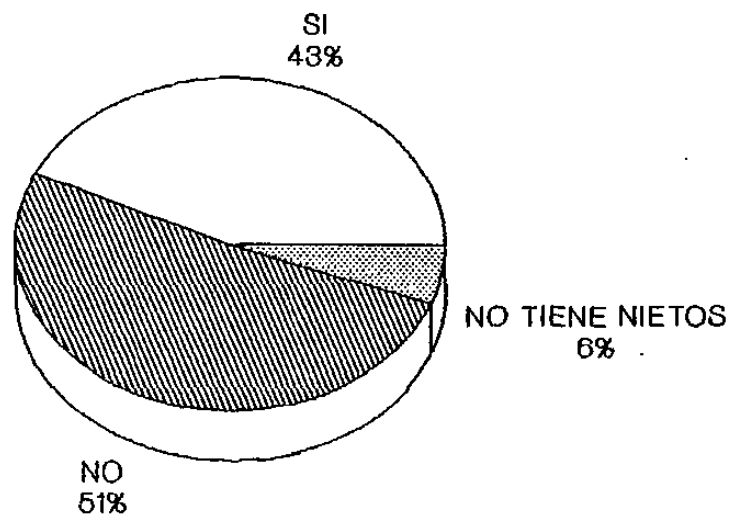


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

Sobre la variable si la familia esta contenta con la jubilación del anciano se encontró que el 76 por ciento de la familias no pudieron opinar, dado que el anciano no estaba jubilado, del 24 por ciento restante de las familias -- donde se jubilo el anciano, el 16 por ciento esta contenta y el 8 por ciento no esta contenta con la jubilación del anciano.

FIGURA No. 13
RESPONSABLE DEL CUIDADO DE NIETOS
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

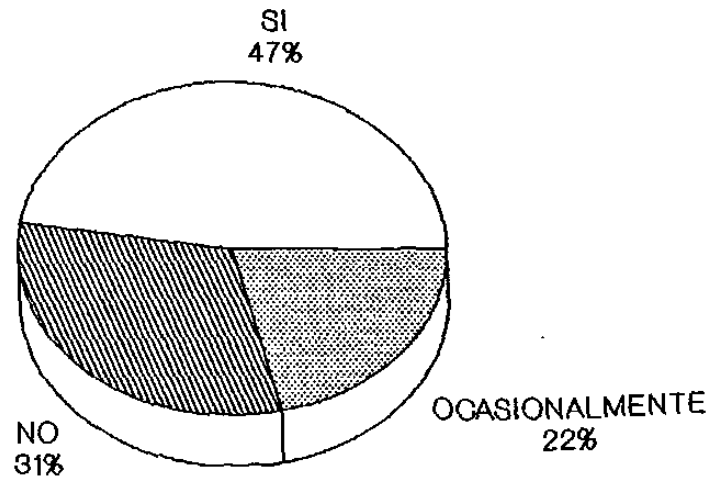


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación con la variable se hace cargo del cuidado de los nieto se encontró que el 43 por ciento de los ancianos si lo hace; el 51 por ciento no y el 6 por ciento no tuvo nietos.

FIGURA No. 14
RECIBE AYUDA ECONOMICA
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

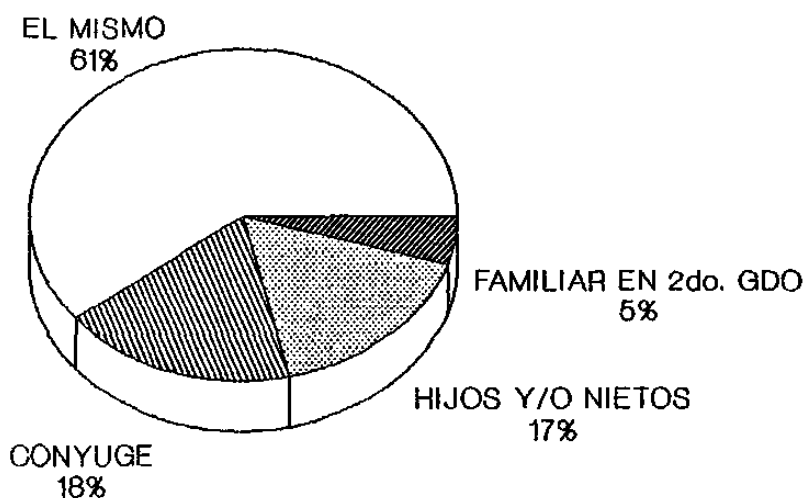


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

Con relación a la variable recib. ayuda económica el 47 por ciento de los ancianos si recibe ayuda, el 31 por ciento no y el 22 por ciento ocasionalmente.

FIGURA No. 15
PERSONA QUE DECIDE LO CONVENIENTE PARA
EL ANCIANO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

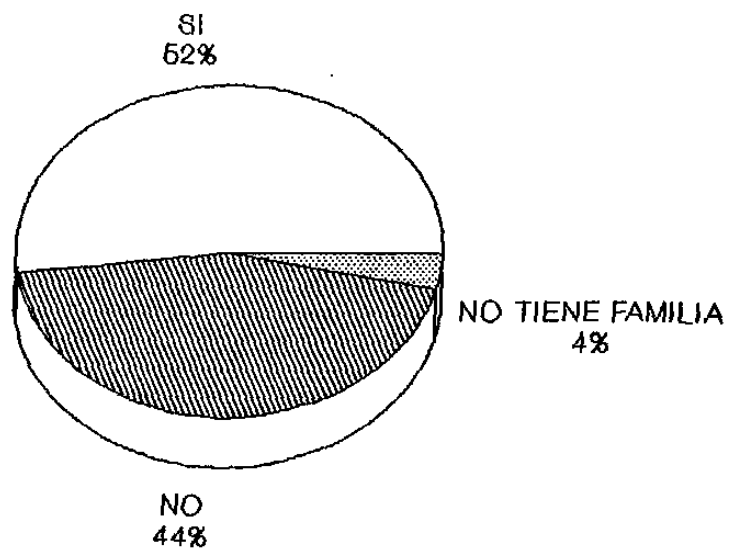


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

Sobre la variable quien decide lo que es más conveniente para el anciano el 60 por ciento él mismo, el 18 por ciento su cónyuge, el 17 por ciento los hijos y/o nietos y el 5 por ciento un familiar en segundo grado.

FIGURA No. 16
ANCIANO COMO JEFE DE FAMILIA
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

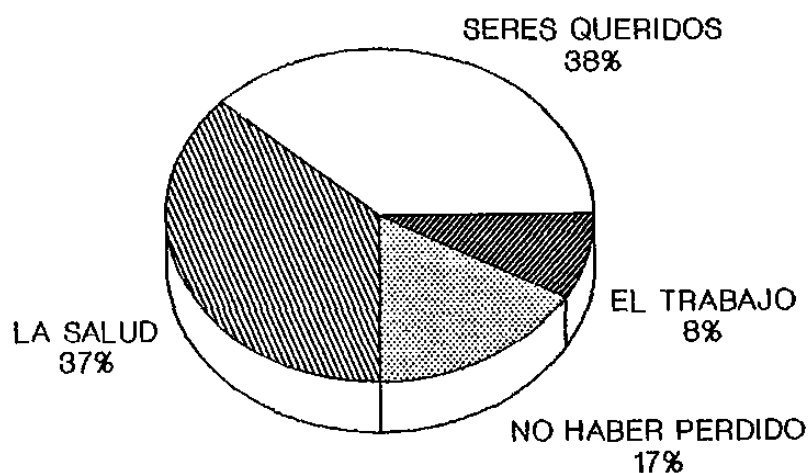


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

Según la variable es el jefe de familia; el 52 por ciento el anciano es el jefe de familia, el 44 por ciento no y un 4 por ciento no tiene familia.

FIGURA No. 17
MAYOR PERDIDA DEL ANCIANO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

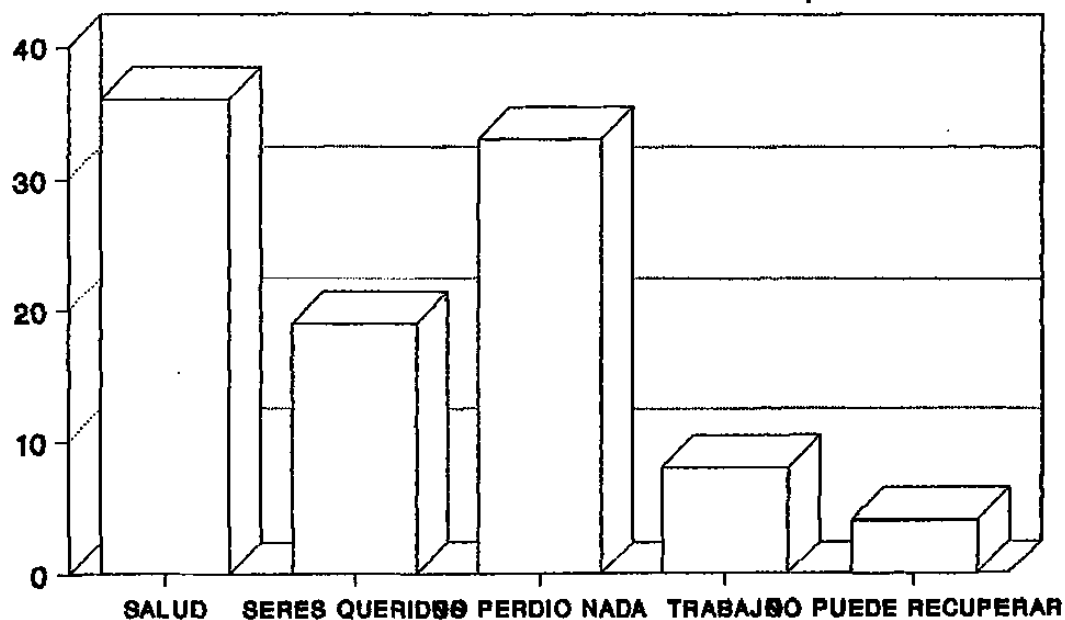


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación a la variable cual considera su mayor pérdida, el 38 por ciento los seres queridos; el 37 por ciento la salud, el 17 por ciento considera no haber perdido nada y el 8 por ciento el trabajo.

FIGURA No. 18
DECISION DE RECUPERAR PERDIDO
DEL ANCIANO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

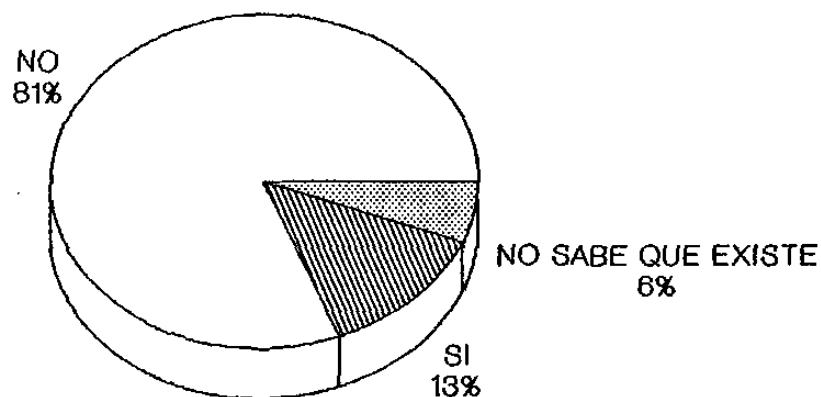


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

Con respecto a la variable que recuperaría de lo que ha perdido si se pudiera el 36 por ciento la salud; el 19 por ciento seres queridos, el 33 por ciento dice no haber perdido nada, el 8 por ciento el trabajo y un 4 por ciento considera no poder recuperar lo que ha perdido.

FIGURA No. 19
PERTENENCIA DEL ANCIANO A GRUPO DE AMIGO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

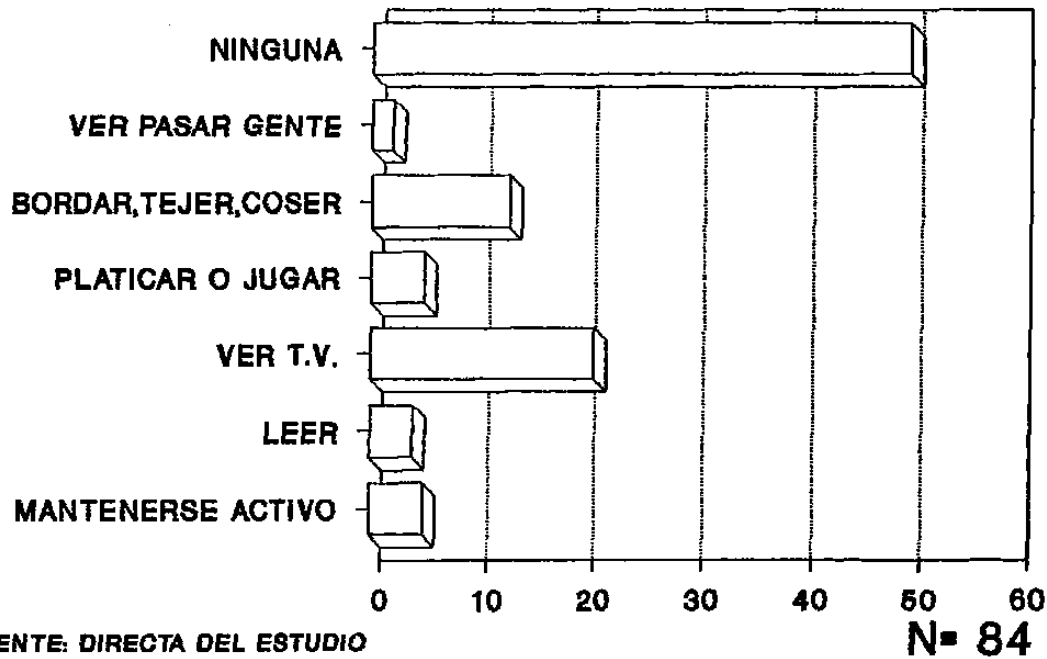


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

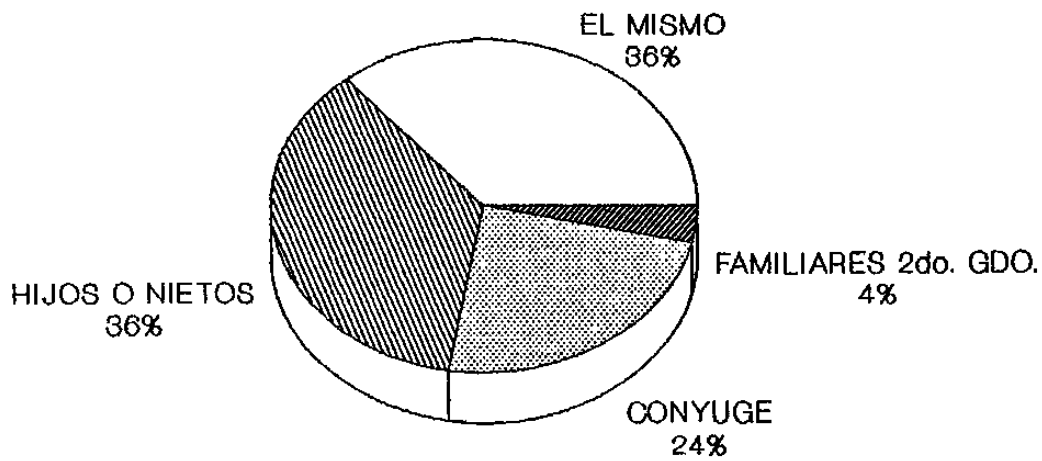
Con relación a la variable pertenece a grupos de amigos, el 81 por ciento no, el 13 por ciento si y el 6 por ciento de los ancianos no saben si existen.

FIGURA No. 20
ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL ANCIANO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993



Con relación a la variable que actividades recreativas realiza; el 50 por ciento ninguna actividad; el 21 por ciento ven programas de televisión; el 13 por ciento bordar, tejer, coser; el 5 por ciento mantenerse activo, el 5 por ciento platicar o jugar con nietos, el 4 por ciento leer y un 2 por ciento ver pasar la gente.

FIGURA No. 21
PERSONA QUE ACOMPAÑA AL ANCIANO
A CONSULTA
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

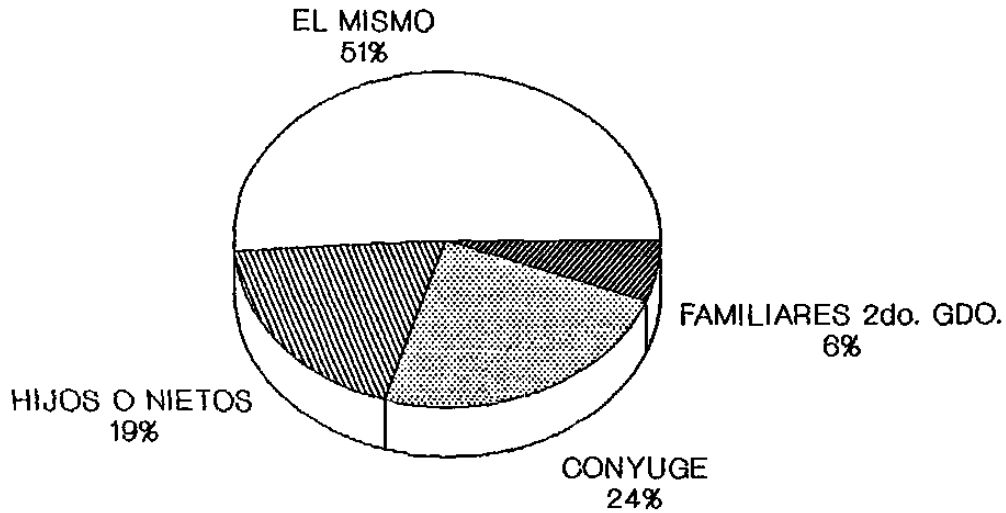


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación con la variable si enferma quién lo lleva a consultar se encontró que el 36 por ciento él mismo, un 36 por ciento los hijos y/o nietos, un 24 por ciento el cónyuge y un 4 por ciento familiares en segundo grado.

FIGURA No. 22
RESPONSABLE DE VIGILAR TX. MEDICO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

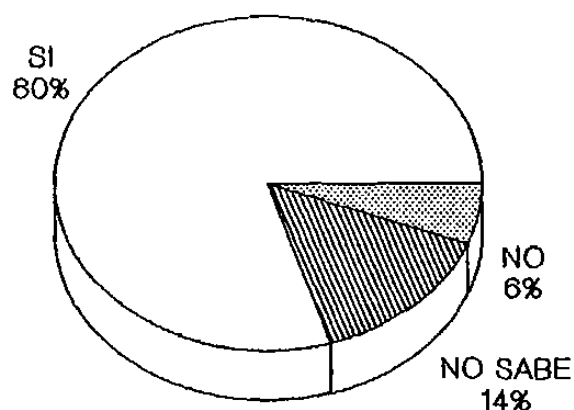


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación con la variable quién vigila el tratamiento el 51 por ciento él mismo, el 24 por ciento el cónyuge, el 19 por ciento hijos o nietos y el 6 por ciento familiares en segundo grado.

FIGURA No. 23
CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES EN LA VIDA
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

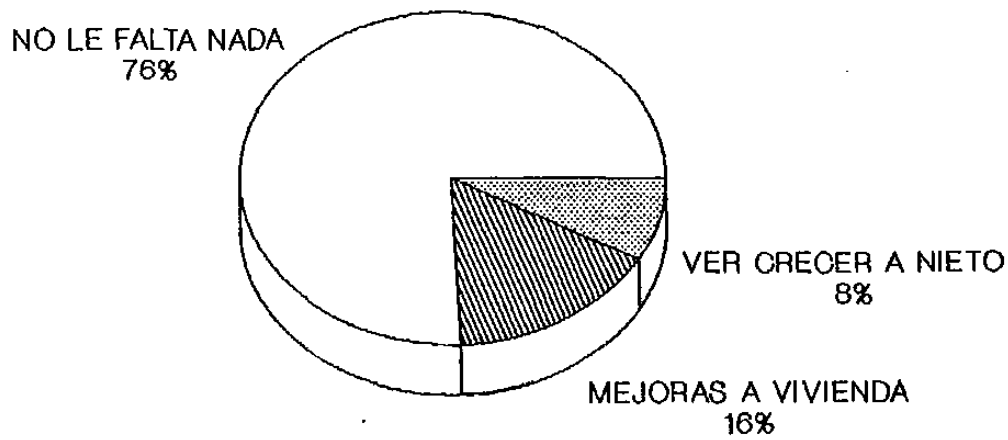


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación con la variable considera que ha cumplido con sus funciones en la vida el 80 por ciento si, el 14 por ciento no sabe y el 6 por ciento opina no ha cumplido.

FIGURA No. 24
FUNCIONES QUE LE FALTA POR HACER
AL ANCIANO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

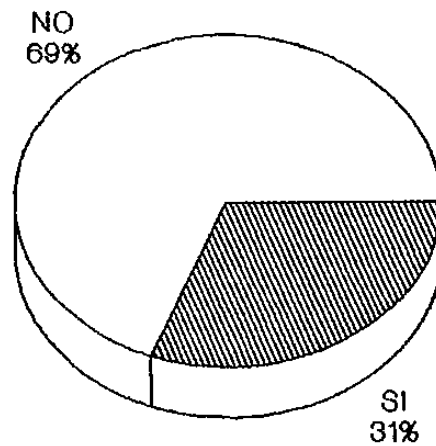


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

En relación a la variable que le faltaría por hacer, el 76 por ciento considera no le falta nada; el 16 por ciento mejoras a la vivienda y el 8 por ciento ver crecer a los nietos.

FIGURA No. 25
INDICACIONES A LA FAMILIA AL LLEGAR
EL FINAL DE VIDA DEL ANCIANO
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

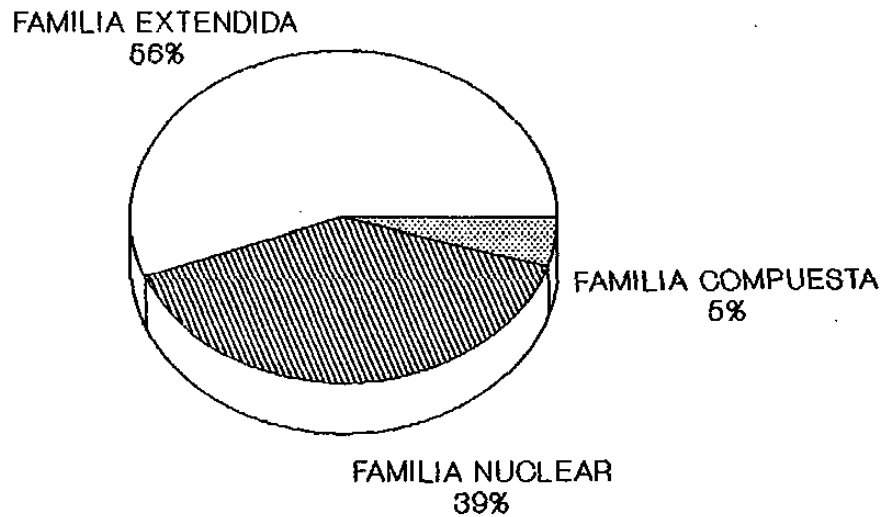


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

Con relación a la variable conoce la familia indicaciones para cuando se presente el final de la vida, el 69 por ciento no ha dado indicaciones y el 31 por ciento si lo ha hecho.

FIGURA No. 26
TIPO DE FAMILIA
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993

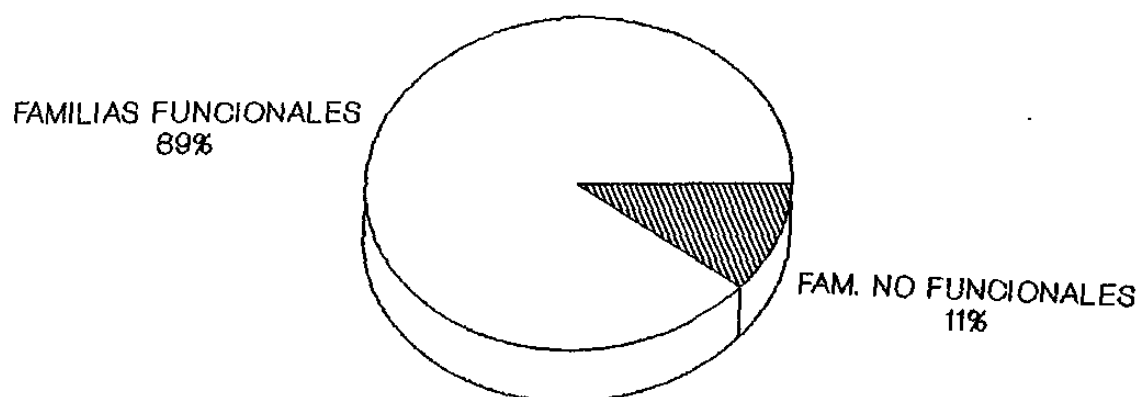


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

Sobre la variable tipo de familia se encontró que el 56 por ciento son familias extendidas, el 39 por ciento nucleares y el 5 por ciento compuestas.

FIGURA No. 27
FUNCIONALIDAD FAMILIAR
COLONIA 31 DE DICIEMBRE GPE., N.L. 1993



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 84

Sobre la variable funcionalidad de la familia se encontró el 89 porciento son funcionales y el 11 por ciento son familias no funcionales.

Análisis de Datos

Quadro No. 1

Funcionalidad de la familia y satisfacción del anciano con jubilación.

Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, Nuevo León 1993

Satisfacción su jubilación	SI		NO		No esta jubilado		T O T A L	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Funcional	7	9	12	14	56	67	75	89
No Funcional	1	1			8	10	9	11
Total	8	10	12	14	64	77	84	100

Fuente: Directa del Estudio

$\chi^2 = 1.12$

gl = 2

p = .05

V. de Cramer .12

Covariancia .01

Al relacionar la funcionalidad de la Familia con la satisfacción del Anciano con su jubilación se encontró una chi cuadrada de 1.12, con dos grados de libertad y una chi cuadrada teórica de 5.99 con una significancia de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V. de Cramer fué de .12 observándose una correlación positiva débil (Levin 1977) y una covariancia de .01.

Del ocheta y nueve por ciento de las familias funcionales, en el seis por ciento de ellas no se jubilo el anciano, del veinticuatro por ciento que se jubilo, el diez por ciento de las familias esta satisfecha y el catorce por ciento no esta satisfecha con la jubilación. De las familias no funcionales, el diez por ciento no se jubilo el anciano.

Cuadro No. 2

Funcionalidad de la familia y recompensa para el anciano.

Colonia 31 de Diciembre Guadalupe, Nuevo León 1993

Recompensa para Anciano	casi siempre		algunas veces		casi nunca		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Funcional	50	59	19	23	6	7	75	89
No Funcional	1	1	5	6	3	4	9	11
Total	51	60	24	9	9	11	84	100

Fuente Directa del Estudio

$$\chi^2 = 11.46$$

$$gl = 2$$

$$p = .03$$

$$V \text{ de Cramer } .37$$

$$\text{Covariancia } .14$$

Al relacionar las variable de funcionalidad de la familia con recompensa para el anciano se encontró una chi cuadrada de 11.46 con dos grados de libertad y una significancia de .03 por lo que fue diferente lo obtenido con lo esperado. La V. de Cramer fué de .37 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .14.

Se observó que el cincuenta y nueve porciento de los ancianos que viven en familias funcionales casi siempre tienen recompensas, un veintitres porciento algunas veces y un siete porciento casi nunca tiene recompensas.

Cuadro No. 3

Funcionalidad de la familia e importancia del anciano en ella.

Colonia 31 de Diciembre, Guadalupe, Nuevo León 1993.

Considera su Presencia (importante en la fam.	C a s i Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		t o t a l	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
F u n c i o n a l	67	80	7	8	1	1	75	89
N o F u n c i o n a l	7	8	1	1	1	1	9	11
T o t a l	74	88	8	9	2	2	84	100

Fuente: Directa de; Estudio

$$\chi^2 = 3.37$$

$$gl = 2$$

$$p = .16$$

$$V. Cramer = .20$$

$$Covariancia = .04$$

Al relacionar las variables de funcionalidad de la Familia con importancia del anciano en ella se encontró una chi cuadrada de 3.37 con dos grados de libertad y una chi cuadrada teórica de 5.99 y un nivel de significancia de .16 por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado La V. Cramer fue de .20 observándose una correlación positiva débil y una covariancia de .04

El ochenta por ciento de los ancianos casi siempre consideran importante su presencia en las familias funcionales y ocho por ciento en familia no funcionales.

Cuadro No. 4

Funcionalidad de la Familia y pérdidas del anciano.

Colonia 31 de Diciembre, Guadalupe, Nuevo León 1993

Cual considera su mayor pérdida	Trabajo		Salud		seres queridos		no ha perdido nada		t o t a l	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Funcional	6	7	28	33	28	33	13	16	75	89
No Funcional	1	1	3	4	4	5	1	1	9	11
Total	7	8	31	37	32	38	14	17	84	100

Fuente: Directa del Estudio

$$\chi^2 C = .42$$

$$gl = 3$$

$$P = .07$$

$$V. de Cramer = .07$$

$$Covariancia = .004$$

Al relacionar las variables de funcionalidad de la familia y pérdidas del anciano se encontró una chi cuadrada de .42 con tres grados de libertad y una chi cuadrada teórica de 7.81 con un nivel de significancia de .07 por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V. de Cramer fue de .07 mostrando que no existe correlación entre las variables, la covariancia fué de .004.

Se observó que el sesenta y seis por ciento de los ancianos que viven con familias funcionales consideran como su mayor pérdida es la salud, y seres queridos el dieciséis por ciento restante de ancianos que viven en familias funcionales consideran no tener pérdidas.

Cuadro No. 5

Funcionalidad de la familia y persona que decide lo conveniente para el anciano.

Colonia 31 de Diciembre, Guadalupe, Nuevo León 1993

Decisión de lo que es más conveniente para el anciano.	Usted Mismo		Espos(a)		Hijos ó Nietos		Familiares 2do Grados		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Funcional	45	54	14	17	12	14	4	5	75	89
No Funcional	6	7	1	1	2	2			9	11
Total	51	61	15	18	14	16	4	5	84	100

Fuente: Directa del Estudio

$$\chi^2 C = .98$$

$$gl = 3$$

$$p = .10$$

$$V \text{ de Cramer} = .11$$

$$\text{Covariancia} = .01$$

Al relacionar las variables de funcionalidad de la familia con persona que decide lo conveniente para el anciano se encontró una chi Cuadrada de .98 con 3 grados de libertad, una chi cuadrada teórica de 7.81 y un nivel de significancia de .10 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V. de Cramer fué de .11 dando una correlación positiva débil y una covariancia de .01.

Se observó que el 54 por ciento de los ancianos que viven en familias funcionales deciden ellos mismos su conveniencia, el 17 por ciento su pareja y un 14 por ciento lo hacen los hijos o nietos.

Cuadro No. 6

Funcionalidad de la familia y participación del anciano en actividades recreativas

Colonia 31 de Diciembre, Guadalupe, Nuevo León 1993.

Participa en act. fuera de la fam.	Si		No		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Funcional	12	14	63	75	75	89
No Funcional	3	4	6	7	9	11
Total	15	18	69	82	84	100

Fuente: Directa del Estudio

$$\chi^2 = .67$$

$$gl = 1$$

$$p = .41$$

$$V \text{ de Cramer} = .14$$

$$\text{Covariancia} = .019$$

Al relacionar las variables de funcionalidad de la familia con la participación del anciano en actividades recreativas se encontró chi cuadrada de .67 con un grado de libertad y una chi cuadra teórica 3.84 con un nivel de significancia de .41 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V. de Cramer fué de .14 observándose una correlación positiva débil y una Covariancia de .019.

De los ancianos que viven en familias funcionales el 75 por ciento no participa en actividades recreativas, y el 14 por ciento si participa.

Cuadro No. 7

Funcionalidad de la familia y pertenencia del anciano a grupo de amigos.

Colonia 31 de Diciembre, Guadalupe, Nuevo León 1993.

Pertenece a grupos de amigos de la Tercera edad	S I		N O		No sabe que existen		T o t a l	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Funcional	10	12	60	71	5	6	75	89
No Funcional	1	1	8	9			9	11
T o t a l	11	13	68	81	5	6	84	100

Fuente: Directo del Estudio

$$\chi^2 = .70$$

$$gl = 2$$

$$p = .10$$

$$V \text{ de Cramer} = .09$$

$$\text{Covariancia} = .008$$

Al relacionar las variables de la funcionalidad de la familia con la pertenencia del anciano a grupo de amigos se encontró una chi Cuadrada de .70 con 2 grados de libertad y una significancia de .10 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V. de Cramer fué de .09 mostrando que no existe correlación y una Covariancia de .008.

El 71 por ciento de los ancianos que viven en familias funcionales no pertenecen a grupo de amigos, un 6 por ciento no sabe que existen, el 12 por ciento si pertenece. En las familias no funcionales el 9 por ciento de los ancianos no pertenecen a grupos de la tercera edad.

Cuadro No. 8

Funcionalidad de la familia y persona que lo acompaña a consulta.

Colonia 31 de Diciembre, Guadalupe, Nuevo León 1993.

Si enferma quien se preocupa por llevarlo a consultar.	usted mismo		esposal(o)		Hijos ó Nietos		Fam. 2do grado		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Funcional	27	32	17	20	29	35	2	2	75	89
No Funcional	3	4	3	4	1	1	2	2	9	11
Total	30	36	20	24	30	36	4	4	84	100

Fuente: Directa del Estudio

$$\chi^2 C = 8.56$$

$$gl = 3$$

$$p = .03$$

$$V \text{ de Cramer} = .32$$

$$\text{Covariancia} = .10$$

Al relacionar las variables de funcionalidad de la familia y persona que lo acompaña a consulta, se encontró un chi cuadrada de 8.56 con 3 grados de libertad y una significancia de .03 por lo que es diferente lo obtenido con lo esperado. la V. de Cramer fué de .32 mostrando un correlación positiva débil y una Covariancia de .10.

Se observó que el 32 por ciento de los ancianos ellos mismos van a consultar, un 20 por ciento se preocupa por llevarlos el cónyuge el 35 por ciento lo hace los hijos o nietos esto en los ancianos que viven con familias funcionales y el 4 por ciento ellos mismos acuden a consultar en las familias no funcionales.

Cuadro No. 9

Funcionalidad de la familia y responsables de vigilar tratamiento médico.

Colonia 31 de Diciembre, Guadalupe, Nuevo León 1993.

Responsable de vigilar el tratamiento médico	usted mismo		esposa(o)		Hijos ó Nietos		Fam. 2do grado		T o t a l	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
F u n c i o n a l	37	44	18	22	16	19	4	5	75	89
No Funcional	6	7	2	2			1	1	9	11
T o t a l	43	51	20	24	16	19	5	6	84	100

Fuente: Directa del Estudio

$$\chi^2 = 2.85$$

$$gl = 3$$

$$P = .05$$

$$V \text{ de Cramer} = .18$$

$$\text{Covariancia} = .03$$

Al relacionar las variables de funcionalidad de la familia con responsables de vigilar el tratamiento médico, se encontró una chi cuadrada 2.85 con 3 grados de libertad y una significancia de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado; la V. de Cramer fué de .18 mostrando una correlación positiva débil con una covariancia de .03.

Se observó que 44 por ciento de los ancianos que viven en familias funcionales ellos mismos cuando tiene tratamiento son los responsables de tomarlo, el 22 por ciento su cónyuge y el 19 por ciento los hijos y/o los nietos; el 7 por ciento de los ancianos son los responsables de tomar su tratamiento en las familias no funcionales.

CUADRO No. 10

Funcionalidad de la familia y cumplimiento de funciones en la vida.

Colonia 31 de Diciembre Guadalupe N.L. 1993

Ha cumplido con sus funciones en esta etapa de la vida	Si		No		No Sabe		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Funcionalidad de la familia								
Funcional	61	73	4	5	10	12	75	90
No Funcional	6	7	1	1	2	2	9	10
Total	67	80	5	6	12	14	84	100

Fuente: Directa del Estudio

$$\chi^2 = 1.11$$

$$gl = 2$$

$$p = .05$$

$$V \text{ de Cramer} = .11$$

$$\text{Covariancia} = .01$$

Al relacionar las variables de funcionalidad de la familia y cumplimiento de funciones del anciano en la vida se encontró un chi cuadrada de 1.11 con 2 grados de libertad y una significancia de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V. de Cramer fué de .11 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .01

Se observó que un 73 por ciento de ancianos consideran han cumplido con sus funciones en la vida y el 10 por ciento considera que no ha cumplido, esto en ancianos que viven en familias funcionales; por otro lado el 7 por ciento de ancianos que viven en familias no funcionales consideran también que han cumplido sus funciones.

CUADRO No. 11

Funcionalidad de la familia y las indicaciones al llegar el final de vida.

Colonia 31 de diciembre Guadalupe N.L. 1993

El anciano a dado indicaciones para cuando se presente el final de la vida	Si		No		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Funcional	23	27	52	62	75	89
No Funcional	3	4	6	7	9	11
Total	26	31	58	69	84	100

Fuente: Directa del Estudio

$$\chi^2 = .02$$

$$gl = 1$$

$$p = .01$$

$$V \text{ de Cramer} = .01$$

$$\text{Covariancia} = .00$$

Al relacionar las variables de funcionalidad de la familia con las indicaciones del anciano para cuando llegue el final de la vida se encontró una chi cuadrada de .02 con 2 grados de libertad y una significancia de .01 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado, la V. de Cramer fué de .01 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .00.

Se observó que el 52 por ciento de los ancianos no han dado indicaciones para cuando se presente el final de la vida; un 27 por ciento si lo ha hecho en las familias funcionales; y el 4 por ciento de los ancianos que viven con familias no funcionales si ha dado indicaciones.

COMPROBACION DE HIPOTESIS

CORRELACIÓN DE VARIABLES

CUADRO No. 12

De las correlaciones mostradas anteriormente a continuación se presenta aquellas que están asociadas directamente con el estudio

VARIABLES	χ^2	χ^2	V de Cramer	Discusión
Funcionalidad de la familia y satisfacción del anciano con jubilación.	1.12	5.99	.12	Se acepta Ho
Funcionalidad de la familia y pérdidas del anciano.	.42	7.81	.07	Se acepta Ho
Funcionalidad de la familia y participación del anciano en actividades recreativas.	.67	3.84	.14	Se acepta Ho
Funcionalidad de la familia y persona que lo acompaña a consulta.	8.56	7.81	.32	Se acepta Hi
Funcionalidad de la familia y recompensas para el anciano.	11.46	5.99	.37	Se acepta Hi
Funcionalidad de la familia y cumplimiento de funciones en la vida.	1.11	5.99	.11	Se acepta Ho

Por los resultados antes señalados podemos aceptar la hipótesis Ho "La funcionalidad en la relación de la familia del anciano no influye en el cumplimiento de sus tareas".

CAPITULO V

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar si la funcionalidad en las relaciones de la familia del anciano influye en el cumplimiento de las tareas de este.

En relación con las tareas que el anciano cumple y la funcionalidad de la familia se observó que la provisión y seguridad económica en un sesenta y siete por ciento de los ancianos no se da por no estar jubilados y no contar con pensión. Ellos viven en familias funcionales. De los ancianos el quince por ciento goza de esta prestación y además está satisfecho con ella, un siete por ciento no está satisfecho con la jubilación. La significancia fue de .05 y la correlación con la V de Cramer fue positiva débil.

Como se puede observar el veinte y dos por ciento tuvo derecho a la jubilación y el sesenta y siete por ciento no tuvo derecho a esta garantía probablemente por no haber tenido un trabajo calificado o haber pertenecido a una institución que le permitiera cotizar sus servicios laborados esto de acuerdo a lo que establece la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social en cuanto a derechos de pensión y servicio médico del trabajador. De acuerdo con Patrick (1988) la jubilación obliga a cambiar de papel dentro del hogar, aprender nuevas relaciones y actividades significativas. Lo

encontrado en el estudio muestra que el grupo de jubilados es muy limitado, y de los que se jubilaron que fue veinticuatro por ciento, solamente el diez por ciento de la familias esta satisfecho con esta tarea por lo tanto no es factible considerar que esta tarea se cumpla en la cultura Mexicana dado que las condiciones de jubilación difieren de las culturas Anglosajonas. (Patrick 1988)

En relación con la funcionalidad de la familia y la mayor pérdida del anciano el treinta y tres por ciento de las que viven en familias funcionales consideran como su mayor pérdida la salud y el perder seres queridos, y un cuatro por ciento en familia no funcionales. La significancia fue de .07 y la correlación de la Vde Cramer mostró que no existe correlación entre las variables, Como se observa el treinta y tres por ciento de los ancianos consideran su mayor pérdida la salud. Patrick, (1988) señala que los ancianos son más vulnerables a las enfermedades y a los traumatismos por todos los cambios que ocurren en la capacidad funcional como resultado del envejecimiento que sufre el individuo.

Williams (1985) señala que cerca de un ochenta por ciento de ancianos que han superado los sesenta y cinco años padecen por lo menos una enfermedad crónica pero no los incapacitan para realizar tareas en su vida y pueden vivir con independencia.

Otro treinta y tres por ciento considera su mayor pérdida los seres queridos y el modelo de Tareas del Anciano de Patrick, (1988) señala que la muerte es la última pérdida del ser humano y señala que es difícil seguir viviendo cuando han fallecido los hijos o el cónyuge o se ha quedado inválido por alguna enfermedad incapacitante que en ocasiones acaba con el patrimonio de la familia.

En cuanto a la participación de actividades fuera de la familia se encontró que un setenta y cinco por ciento de los ancianos viven en familias funcionales y no participan en actividades fuera de la familia y un catorce por ciento si lo hace.

La significancia fue de .41 y la correlación de la V de Cramer fue positiva débil.

Por lo que se observa el anciano participa poco con la sociedad sin embargo Holmes y colaboradores (1961) señalan que los ancianos tienen excelentes habilidades sociales para mantenerse ocupados fuera del hogar. Patrick (1988). indica que en esta etapa es necesario estar en contacto con otras personas para mantener la alegría de vivir los últimos años.

La responsabilidad de llevar a consultar al anciano se encontró que el treinta y dos por ciento de estos viven en

familias funcionales y acuden solos a la consulta; un veinte por ciento se acompañan de un familiar y en un treinta y cinco por ciento los acompañan los hijos o algún nieto. La significancia fue de .03 y la V de Cramer de .32 mostrando una correlación positiva débil.

Por lo que se observa el treinta y dos por ciento de los ancianos acuden solos a consultar, Patrick (1988) señala que el anciano puede conseguir una vida independiente; todos aquellos que no han perdido su lucidez y no están incapacitados que entregar a otros el control de su propia vida es difícil. Un cincuenta y cinco por ciento de ancianos es acompañado por el cónyuge o algún hijo o nieto; así mismo señala que es importante el binomio integrado por la persona encargada de cuidar el anciano y este. La sociedad espera que sea la familia quien se encargue de atender al anciano en forma permanente. (González 1988).

En cuanto a las recompensas para el anciano; se encontró en las familias funcionales que el cincuenta y nueve por ciento casi siempre obtiene recompensas por parte de los hijos, algunas veces el veintitrés por ciento y un siete por ciento casi nunca tiene recompensas. La significancia fue de .03 y la V de Cramer mostró una correlación positiva débil por lo que se observa el anciano tiene la ventaja de gozar de la amistad y compañía de sus hijos y/o nietos, además de

contar con el apoyo ante las dificultades que trae el proceso de envejecimiento (Patrick, 1988).

Con respecto al cumplimiento de funciones en esta etapa de la vida se encontró en las familias funcionales que el setenta y tres por ciento de los ancianos sienten que si han cumplido, un cinco por ciento no y un doce por ciento no sabe si ha cumplido; la significancia fue de .05 la V de Cramer mostró una correlación positiva débil.

Por lo que se observa el setenta y tres por ciento de ancianos consideran que han cumplido con las tareas durante su vida.

En este sentido Patrick, (1986) dice que las tareas no son exclusivas de los ancianos; pero tienen diferente valor cuando se enfrentan en las etapas finales de la vida. En esta etapa el anciano debe cumplir ciertas tareas que le son asignadas por la sociedad dependiendo de la cultura (González 1988).

CONCLUSIONES

Al valorar las familias de acuerdo con el criterio establecido por Smilkstein (1978) a través del APGAR FAMILIAR se encontró que el 89 por ciento de las familias del anciano son funcionales y el resto no lo son. Sin embargo este hecho no es significativo para que el anciano cumpla con sus tareas; por tal motivo se acepta la hipótesis nula. "La funcionalidad en la relación de la familia del anciano no influye en el cumplimiento de las tareas de este".

En relación al perfil sociodemográfico de los ancianos en el estudio se encontró que el setenta y tres por ciento está en el rango de edad de sesenta a sesenta y nueve años, el cincuenta y uno por ciento de ellos son de sexo femenino y el cuarenta y nueve por ciento del sexo masculino. En cuanto a la escolaridad el siete por ciento realizó estudios de primaria y el noventa y tres por ciento son analfabetas o con estudios de primaria incompleta; en cuanto a la ocupación un cincuenta y nueve por ciento se dedica al hogar y el dieciséis por ciento está pensionado o jubilado por lo tanto solo el veinte y cinco por ciento se mantiene en trabajo activo como obrero, comerciante o campesino. La religión que profesan los ancianos el ochenta y seis por ciento de ellos es católico y la procedencia de ellos en un sesenta por ciento es de fuera del estado de Nuevo León.

Un setenta y uno por ciento de ellos continua casado y con relación de pareja; el número de hijos que tuvieron durante su vida fue muy alto ya que en un setenta por ciento de ellos tuvieron en su matrimonio de seis a diecinueve hijos.

En relación a los objetivos específicos se encontró que en cuanto a las tareas que realiza el anciano un veinticinco por ciento continua trabajando en actividades que proveen un ingreso económico. La tarea de relaciones familiares el cuarenta y tres por ciento se hace cargo del cuidado de sus nietos y un cincuenta y dos por ciento sigue siendo jefe de familia. En relación a la toma de decisiones el sesenta y uno por ciento de ellos sigue decidiendo lo que es mas conveniente para el; en la tarea de nexos con la sociedad el trece por ciento pertenece a grupos y un cincuenta por ciento de ellos no realiza actividades recreativas.

La tarea de Cuidado de la Salud un treinta y seis por ciento continua siendo responsable de su propia salud y el resto requiere de la compañía de algún familiar para ir a consultar; en relación al tratamiento médico el cincuenta y uno por ciento de los ancianos se responsabiliza de su propio tratamiento el resto requiere ayuda de sus familiares. En relación a las Pérdidas el anciano considera que su mayor

perdida son sus seres queridos, la Salud y el Trabajo de poder recuperar lo que han perdido señalan que desearían recuperar la Salud, los seres queridos y el trabajo en ese orden.

Por último el ochenta por ciento de ellos señala que ha cumplido con sus funciones al llegar a esta etapa de su vida y por lo tanto no les falta nada por hacer. Un treinta y uno por ciento de ellos le ha dado indicaciones a su familia para cuando llegue el final de su vida.

En relación al segundo objetivo sobre la funcionalidad de las familias del anciano se encontró en primer lugar que el treinta y nueve por ciento de ellas son de tipo nuclear y el resto son extendidas o compuestas y de ellas de acuerdo a la valoración del APGAR (Smelkstein 1978) el ochenta y nueve por ciento de las familias son funcionales y el once por ciento no son funcionales.

En relación al Modelo de Patrick (1988). Esté facilitó aproximarse al conocimiento de las tareas que realiza el anciano en comunidades sub-urbanas, pudiendo diferenciar cada una de ellas y observar que los ancianos en mayor o menor medida realiza las tareas que tanto la sociedad determina y sus capacidades les permiten desarrollar. Las tareas que el anciano realiza con mayor frecuencia son relaciones familiares y el cuidado de la salud.

El APGAR Familiar (Smelkstein 1978) como instrumento de valoración de la Dinámica Familiar permite identificar instantáneamente las familias funcionales y las no funcionales sin embargo los eventos críticos que vive la familia modifican su dinámica y esto no puede evaluarse con este instrumento.

RECOMENDACIONES

Los resultados presentados en éste estudio son relevantes para los profesionales de la salud, particularmente para la Enfermería Comunitaria en su rol de proveedor de cuidados ya que se deben considerar las Tareas del anciano como forma de promover la salud y la calidad de vida en las intervenciones a nivel Familiar, Comunitario y de Programas Gerontológicos.

Por otro lado es necesario que los administradores en servicios de salud tomen en cuenta el aumento de la población anciana y propongan a los responsables del cuidado buscar mejorar la calidad de la atención en este grupo.

Es importante crear programas de prevención enfocados a los problemas derivados de los cambios que se sufren en la vejez; así como promover la integración a grupos a través de programas ocupacionales, recreativos exclusivos para los ancianos.

La Enfermera Comunitaria debe impulsar el desarrollo de Políticas en las Instituciones Públicas y Privadas a nivel Nacional y Local para difundir los derechos de los ancianos y en particular la protección de la Salud; la cual debe ser accesible geográfica, cultural y económicamente y debe responder a las necesidades particulares de este grupo.

Se recomienda realizar estudios de investigación en esta

temática sobre alguna tarea específica del anciano y profundizar en ella mediante explicaciones culturales y estructurales de la sociedad. Por otro lado es necesario que la enfermera comunitaria en rol de líder proponga a los administradores de los servicios de salud, programas integrales de atención al anciano y su familia que responda a las necesidades de salud y estimulen las capacidades de él para cumplir con las tareas.

Se sugiere continuar utilizando el APGAR familiar (1978) por la enfermera comunitaria, y realizar las adaptaciones necesarias que exija culturalmente las familias que se estudian. El APGAR familiar utilizado en este estudio fue adaptado y puede profundizarse en él en estudios posteriores.

Se recomienda continuar utilizando el modelo de las tareas del anciano Maxime Patrick (1986) ya que facilita el conocimiento del papel del anciano en la familia y en la sociedad para partir de él en proposiciones en la atención y fomento de la independencia fortaleciendo su capacidad y valores. De esta manera la enfermera comunitaria cumple con una de sus metas que es el bienestar de este grupo de población y el mejoramiento de la calidad de vida.

VI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alvarez Alva R., (1991) Salud Pública y Medicina Preventiva, Manual Moderno.
- Ardila Alfredo y Roseelli M (1986) Como Atender y Cuidar a Nuestros Ancianos (1a. ed.) Prensa Médica Mexicana.
- Anzola Pérez (1985) El Envejecimiento en América Latina de la Salud del Anciano: Ejem. del todo el mundo. Organización Mundial de la Salud.
- Beauvoir Simone (1990) La Vejez (1a. ed.) Hesses.
- Brody Sacob (1985) Lo que Revelo la Investigación Epidomiológica Sobre las Necesidades de Salud del Anciano. Organización Mundial de la Salud.
- Bryant Jack (1985) Atención Primaria de Base Comunitaria: Fundamento de la Atención de salud. Organización Mundial de la Salud.
- Cárdenas Ibarra (1986) An Evaluation of Three Instruments to Asses Family Function in Community Health Centers. Baylor Colege of Medicine. Houston Texas.
- Diario Oficial de la Federación (1991) Programa Nacional de Salud. Secretaría de Salud, México.
- Doris L. Carneval; (1988) Tratado de Enfermería Geriátrica (2a. ed.). Interamericana.
- Doval Mezey M y Cal. (1984) Evaluación de la Salud en el Anciano (1a. ed.) La Prensa Médica Mexicana.

- Friedman Marilyn M, R, N. (1986). Family Nursing Theory and Assessment. (2a. ed.). Appleton Century-Craft.
- González Aragón G., (1988). Aprendamos a Envejecer, Sanos. (2a. ed.) Costa Amic, México.
- Hernan San Martín., (1990) Epidemiología de la Vejez. (1a. ed.). Interamericana.
- Henry Rothschild (1978) Factores de Riesgo de la Edad avanzada. (1a. ed.) La Prensa Médica Mexicana.
- Hernan San Martín., (1990) Epidemiología de la Vejez. (1a.ed.). Interamericana.
- Ibañez Brambila B (1990) Manual para la Elaboración de Tesis. Trillas.
- Instituto Nacional de Estadísticas geográficas e informática de Nuevo León (1980-1990) Indicadores Sociodemográficos.
- Kratt Alan M. (1981) Psiquiatría para la Práctica General. (1a. ed.) Interamericana.
- Langerica R. (1983) Modelos de Prevención de la Salud Mental (1a. e.d) Interamericana.
- Levin Jack., (1989). Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. México.
- Lip kin Gladys B. Cohen R. G. (1984). Atención Emocional del Paciente. México, La Prensa Médica Mexicana.
- Longoria Salazar R. (1986) Gerontología y Geriatría. (1a. ed.) Interamericana.

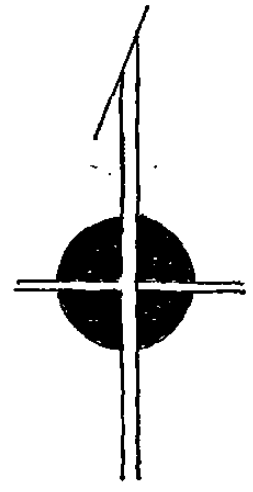
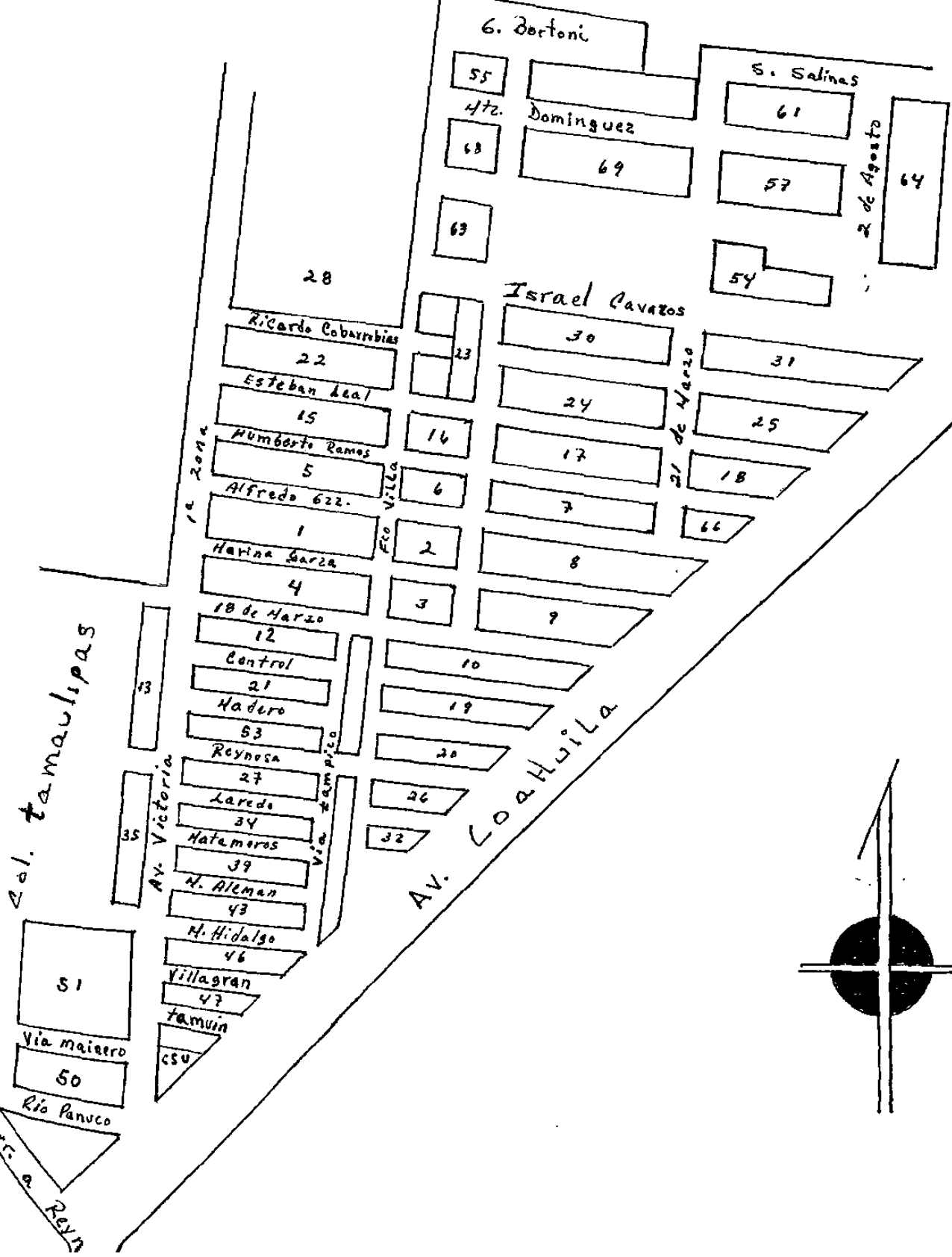
- Minuchin Salvador., (1986) Familias y Terapia Familiar. (5a.ed.). Argentina. GEDISA.
- Morgan James A, (1979) La Práctica de Enfermería de Salud Mental OMS/OPS.
- Muir Gray (1985) Exitos y Procesos en la Atención del Anciano. Organización Mundial de la Salud.
- Nicholas Co (1990) Geriátrica (1a. ed.) Manual Moderno.
- Nicola Pietro (1990) Aspectos del Envejecimiento (1a ed.) Manual Moderno.
- Nusberg Charlotte (1985) El Mejoramiento de la Atención del la Salud del Anciano. Ejem. de todo el mundo. Organización Munadial de la Salud.
- OPS (1985) Hacia el Bienestar de los Ancianos; publicación científica No. 492
- Polit, Denise F. (1991) Investigación Científica en Ciencias de la salud. (3a. ed.) Interamericana.
- Reichel Wiliam (1981) Aspectos Clínicos del Envejecimiento. El "Ateneo".
- Rojas Soriano R. (1986). Guía para Realizar Investigaciones Sociales. (4a. ed). México.
- Rothschild Herry (1987) Factores de Riesgo en la Edad Avanzada. (1a. ed.). La Prensa Médica Mexicana.
- Salinas Martínez Pedro A. (1993) Ley del Seguro Social. Editorial Font. (5ta ed.) Monterrey, N.L. México.

- Minuchin Salvador., (1986) Familias y Terapia Familiar. (5a.ed.). Argentina. GEOISA.
- Morgan James A, (1979) La Práctica de Enfermería de Salud Mental OMS/OPS.
- Muir Gray (1985) Exitos y Procesos en la Atención del Anciano. Organización Mundial de la Salud.
- Nicholas Co (1990) Geriatría (1a. ed.) Manual Moderno.
- Nicola Pietro (1990) Aspectos del Envejecimiento (1a ed.) Manual Moderno.
- Nusberg Charlotte (1985) El Mejoramiento de la Atención del la Salud del Anciano. Ejem. de todo el mundo. Organización Munadial de la Salud.
- OPS (1985) Hacia el Bienestar de los Ancianos; publicación científica No. 492
- Polit, Denise F. (1991) Investigación Científica en Ciencias de la salud. (3a. ed.) Interamericana.
- Reichel William (1981) Aspectos Clínicos del Envejecimiento. El "Ateneo".
- Rojas Soriano R. (1986). Guía para Realizar Investigaciones Sociales. (4a. ed). México.
- Rothchild Herry (1987) Factores de Riesgo en la Edad Avanzada. (1a. ed.). La Prensa Médica Mexicana.
- Salinas Martínez Pedro A. (1993) Ley del Seguro Social. Editorial Font. (5ta ed.) Monterrey, N.L. México.

Col. 31 de Diciembre

102

Apéndice A



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

CECULA DE ENTREVISTA

INVESTIGACION: LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA Y LAS TAREAS DEL ANCIANO.

1. Datos de Identificación del anciano. CLAVE
1. Nombre _____
Domicilio _____
2. Edad _____
3. Sexo _____
- 1.- Masculino
2.- Femenino
4. Escolaridad (Grado máximo que completó). _____
- 1.- Sin escolaridad
2.- Primaria incompleta
3.- Primaria completa
4.- Secundaria incompleta
5.- Secundaria completa
6.- Estudios post-secundaria
5. Ocupación _____
6. Procedencia _____
7. Religión _____
- 1.- Católico
2.- Evangélico
3.- Otros

8. Con quien vive _____
- 1.- Con su cónyuge
 - 2.- Con sus hijos y/o nietos
 - 3.- Con familias en segundo grado
 - 4.- Con amigos
 - 5.- Otros
11. DATOS RESPECTO A LAS TAREAS DEL ANCIANO CLAVE
9. 1. Es soltero _____
2. Casado _____
3. Viudo ó divorciado _____
10. cuantos hijos tubo _____
1. _____
 2. Ninguna _____
11. A buscado integrarse a un nuevo trabajo después de su jubilación. _____
1. Sí
 2. No
 3. No está jubilado
12. Si lo anterior es afirmativo lo es por alguna institución. _____
1. Sí
 2. No
 3. No aplica
13. Está contento por haber sido jubilado en su trabajo. _____
1. Sí
 2. No
 3. No está jubilado
14. Cuando se jubilo su familia se sintió contenta. _____
1. Sí
 2. No
 3. No está jubilado

15. El tener nietos y/o bisnietos le permite gozar de su compañía. _____

1. Sí
2. No
3. No tiene

16. Se hace cargo del cuidado de sus nietos y/o bisnietos. _____

1. Sí
2. No
3. No tiene

17. Sus nietos aceptan consejos y recomendaciones que les da. _____

1. Sí
2. En ocasiones
3. No
4. No tiene

18. Recibe ayuda económica de sus hijos y/o nietos. _____

1. Sí
2. No
3. Ocasionalmente
4. No tiene

19. Quién decide lo que es más conveniente para usted. _____

1. Usted mismo
2. Su esposa (o)
3. Sus hijos y/o nietos
4. Otros

20. Quién toma las decisiones en esta familia. _____
1. Usted mismo
 2. Su esposa (o)
 3. Sus hijos y/o nietos
 4. Otros
21. En la actualidad es el jefe de familia _____
1. Sí
 2. No
 3. No tiene familia
22. A perdido algún ser querido o cercano en el último año. _____
1. Sí
 2. No
23. En esta edad cual considera que es su mayor pérdida. _____
1. Trabajo
 2. Salud
 3. Pérdida de seres queridos
 4. Capacidad física
 5. Belleza
 6. Respeto como persona
 7. Valerse por sí mismo
 8. No ha perdido nada
 9. Otras _____
24. Si pudiera recuperar algo de lo que ha perdido que sería. _____
1. _____

 2. No ha perdido nada _____

25. Participa en actividades fuera de la familia. _____
1. Sí
 2. No
26. Pertenece algún grupo de amigos de su edad. _____
1. Sí
 2. No
 3. No sabe que existen
27. Pertenece al INSEN. _____
1. Sí
 2. No
 3. No lo conoce
28. Que actividades recreativas realiza. _____
1. _____

 2. Ninguna _____
29. Cuando se enferma quién se preocupa por llevarlo a consultar. _____
1. Usted mismo
 2. Su esposa (o)
 3. Sus hijos y/o nietos
 4. Otros
30. Cuando tiene tratamiento médico quien es el responsable de vigilar que siga las indicaciones. _____
1. Usted mismo
 2. Su esposa (o)
 3. Sus hijos y/o nietos
 4. Otros

31. Cómo considera su salud. _____

1. Buena (se considera sano)
2. Regular (de vez en cuando se enferma)
3. Deficiente (se considera enfermizo)
4. No sabe juzgar

32. Qué actividad hace para mantenerse sano. _____

1. _____

2. Ninguna _____

33. Considera que ha cumplido con sus funciones en esta etapa de la vida. _____

1. Si
2. No
3. No sabe

34. Le faltaría algo por hacer. _____

1. Si
2. No
3. No sabe

35. De ser afirmativo que le faltaría por hacer. _____

1. _____
2. No aplica _____

36. A dado indicaciones a su familia para cuando
se presente el final de su vida. _____

1. _____
2. No aplica _____

	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	Clave
37. En la actualidad se siente agusto con la forma de vida que lleva.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
38. Con lo que percibe de dinero le permite mantenerse.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
39. Realiza algunas actividades para obtener recursos adicionales.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
40. En está etapa de su vida se considera útil para su familia.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
41. A tenido recompensas por parte de sus hijos y/o nietos.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
42. Considera que su presencia en su familia es importante.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
43. Su familia acepta recomendaciones y consejos que usted les da.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
44. Aporta algo para el gasto familiar.	1. _____	2. _____	3. _____	_____

III. DATOS DE IDENTIFICACION DEL FAMILIAR (estas preguntas se harán a los familiares de 18 años a más incluyendo al anciano).

CLAVE

45. Nombre _____
Domicilio _____
46. Edad _____
47. Sexo _____
1. Masculino
2. Femenino
48. Ocupación _____
49. Estado civil _____
1. Soltero
2. Casado
3. Unión libre
50. Tipo de Familia _____
1. Nuclear
2. Extendida
3. Compuesta

IV. APGAR FAMILIAR

	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	Clave
51. Está satisfecho con la forma en que la familia discute cosas de interés.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
52. esta satisfecho con la forma en que la familia comparte la solución de problemas.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
53. Encuentra que su familia acepta sus deseos de tomar nuevas actividades.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
54. Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer cambios en su estilo de vida.	1. _____	2. _____	3. _____	_____
55. Está satisfecho con la forma en su familia expresa afecto.	1. _____	2. _____	3. _____	_____

56. Está satisfecho con la forma en que su familia responde a sus sentimientos de ira, tristeza y amor. 1. _____ 2. _____ 3. _____ _____

57. Está satisfecho con la cantidad de tiempo que su familia y usted 1. _____ 2. _____ 3. _____ _____

pasan juntos.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO

Instructivo para la cédula de entrevista de la investigación
la funcionalidad de la familia y las tareas del anciano.

I. Datos de investigación:

1. Nombre: Se anotará el nombre completo, apellido paterno y materno de la persona seleccionada para la aplicación del cuestionario.

Ejemplo:

Domicilio: Anotar el nombre de la calle y número oficial asignado a la vivienda.

Ejemplo:

2. Edad: Anotar en años cumplidos la edad de la persona encuestada (se encuestará a las personas de sesenta años o más).

3. Sexo: Anote número uno para masculino y dos para femenino.

4. Escolaridad: Anote la opción correspondiente tomando en cuenta el máximo ciclo escolar completo, se utilizaran las siguientes opciones:

1. Sin escolaridad.
2. Primaria incompleta.
3. Primaria completa.
4. Secundaria incompleta.
5. Secundaria completa.
6. Estudios Post-secundaria.

5. Ocupación: Escriba lo más completo posible la ocupación que refiere el encuestado.

6. Procedencia: Escriba lo más completo posible la procedencia del encuestado.

7. Religión: Aquí se presentan tres opciones seleccione de acuerdo a la respuesta del encuestado.

1. Católico
2. Evangélica
3. Otras

Nota: Cuando la respuesta sea el número 3 especifique.

8. Con quién vive: Aquí se presentan 5 opciones, seleccione una de acuerdo a la respuesta del encuestado.

1. Con su cónyuge e hijos.
2. Con su cónyuge, hijos y/o nietos.
3. Con familiares en 2º grado.
4. Con amigos.
5. Otros (especifique).

II. Datos respecto a las tareas del anciano.

En las siguientes es importante que el encuestador haga las preguntas lo más claro posible a fin de obtener la respuesta en una forma fidedigna.

9. Estado civil: Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado.

1. Soltero
2. Casada
3. Viudo o divorciado
4. Unión libre

10. Cuantos hijos tuvo: Anote el número total de hijos que tuvo el entrevistado en el espacio correspondiente.

1. Tuvo _____
2. Ninguna _____

11. A buscado integrarse a un nuevo trabajo después de su jubilación: señala en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado.

1. Si
2. No
3. No esta jubilado

Nota: si esta jubilado se puede pasar a la pregunta No.15

12. Si lo anterior lo es afirmativo lo es por alguna institución anote en el espacio la opción que corresponda al encuestado.

1. Si
2. No
3. No esta jubilado

13. Esta contento por haber sido jubilado en su trabajo: anote en el espacio la opción que corresponda al encuestado.

1. Si
2. No
3. No esta jubilado

14. Cuando se jubila su familia se sintió contenta: anote en el espacio la opción que corresponda al encuestado.

1. Si
2. No
3. No esta jubilado

15. El tener nietos y/o bisnietos le permite gozar de su compañía: anote en el espacio la opción que corresponde al encuestado (si no tiene puede pasarse a la pregunta número 18).

1. Si
2. No
3. No tiene

16. Se hace cargo del cuidado de los nietos y/o bisnietos: señale en el espacio la opción que corresponda al encuestador.

1. Si
2. No
3. No tiene

17. Sus nietos aceptan consejos y recomendaciones que le da: señale la opción que corresponde al entrevistado.

1. Si
2. No
3. No tiene

18. Recibe ayuda económica de sus hijos y/o nietos: señale la opción que corresponde al entrevistado.

1. Si
2. No
3. No tiene

19. Quién decide lo que es más conveniente para usted. Señalar uno de las opciones que corresponda al entrevistado en caso de señalar otros especifique quién.

1. Ud. mismo
2. Su esposa (a)
3. Hijos y/o nietos
4. Otros

20. Quién toma las decisiones en esta familia; señala en el espacio correspondiente la que corresponda al entrevistado; en caso de señalar otros especifique quién.

1. Ud. mismo
2. Su esposa (a)
3. Hijos y/o nietos
4. Otros

21. En la actualidad es el jefe de familia señale en el espacio la que corresponda al entrevistado.

1. Si
2. No
3. No tiene familia

22. A perdido algún ser querido o cercano en el último año se dan 2 opciones señale la que corresponde al entrevistado.

1. Si
2. No

23. En esta edad cual considera que es su mayor pérdida: se dan 9 opciones; señalar en el espacio correspondiente, pero si el entrevistado contesta otras especificar.

1. Trabajo
2. Salud
3. Pérdida de seres queridos
4. Capacidad física
5. Belleza
6. Respeto como persona
7. Valerse por si misma
8. No ha perdido nada
9. Otros (especifique) _____

24. Si pudiera recuperar algo de lo que ha perdido que sería: se dan dos opciones número, número uno escribe lo más completo que pudiera recuperar el encuestado y número dos señala cuando el entrevistado no haya perdido nada.

1. _____

2. No ha perdido nada _____

25. Participa en actividades fuera de la familia; señala la opción que considere el entrevistado.

1. Si
2. No

26. Pertenecen algún grupo de amigos de su edad; se dan tres opciones señala la que considere el entrevistado.

1. Si
2. No
3. No sabe que existen

27. Pertenece al INSEN: señale la opción que considere el entrevistado.

1. Si
2. No
3. No lo conoce

28. Que actividades recreativas realiza: se dan dos opciones número uno escriba lo más completo que se pueda las actividades que realiza el entrevistado y dos cuando no realiza ninguna.

1. _____

2. Ninguna

29. Cuando se enferma quién se preocupa por llevarlo a consultar: se dan cuatro opciones señalar la que corresponde al entrevistado y si señala otras especifique.

1. Ud. mismo
2. Su esposa (o)
3. Sus hijos y/o nietos
4. Otros (especifique)

30. Cuando tiene tratamiento médico quien es el responsable de vigilar que se siga las indicaciones: señala la opción que corresponde al entrevistado; recordando que si señala otras especifique quien.

1. Ud. mismo
2. Su esposa (o)
3. Sus hijos y/o nietos
4. Otros (especifique)

31. Como considera su salud: se dan cuatro alternativas señale la que corresponde al entrevistado.

1. Buena (se considera sano)
2. Regular (de vez en cuando se enferma)
3. Deficiente (se considera enfermizo)
4. No sabe juzgar

32. Qué actividades hace para mantenerse sano: se dan dos opciones número uno escribe la más completa que pueda las actividades y dos cuando no realiza ninguna.

1. _____

2. Ninguna _____

33. Considera que ha cumplido con sus funciones en esta etapa de la vida; señale la opción que considere el entrevistado.

1. Si
2. No
3. No sabe

34. Le faltaría algo por hacer: señala la opción que considere el entrevistado.

1. Si
2. No
3. No sabe

Nota: si señala no se pase a la pregunta 36.

35. De ser afirmativo que le faltaría por hacer: se dan 2 opciones número 1 escribe lo más completo posible que se pueda lo que el encuestado diga que le faltaría por hacer y 2 no aplica.

1. _____

2. No aplica

36. A dado indicaciones a su familia para cuando se presente el final de su vida: se consideran 2 opciones número 1 anote lo más preciso posible lo que el encuestador le diga y 2 cuando no ha dado indicaciones.

1. _____

2. No

37. En la actualidad se siente a gusto con la forma de vida que lleva.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

38. Con lo que percibe de dinero le permite mantenerse.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

39. Realiza alguna actividad para obtener recursos adicionales.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

40. En esta etapa de su vida se considera útil para su familia.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

41. A tenido recompensas por parte de sus hijos y/o nietos.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

42. Considera que su presencia en su familia es importante.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

43. Su familia acepta recomendaciones y consejos que usted les da.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

44. Aporta para el gasto familiar.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

III. Datos de identificación del familiar (estas preguntas incluyen al anciano; además a los familiares que viven en el domicilio mayores de dieciocho años.

45. Nombre: se anotará el nombre completo con los apellidos paterno y materno en el espacio correspondiente.

46. Edad: se anotará la edad en años cumplidos de la persona encuestada (se encuestara personas mayores de dieciocho años que vivan en el mismo domicilio que el anciano).

47. Sexo: anote uno para masculino y dos para femenino.

48. Ocupación: escriba lo más completo posible la ocupación que refiere el encuestador.

49. Estado civil: anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado.

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo o divorciado
4. Unión libre

50. Tipo de familia: se dan tres opciones anote de acuerdo al entrevistado.

1. Nuclear (papa, mama, hijos)
2. Compuesta (lo mismo que la nuclear más un sobrino, tíos, etc.)
3. Extendida (lo mismo que la nuclear más un amigo, compadres, etc.)

IV. APGAR FAMILIAR

En las siguientes items es importante que el encuestador haga las preguntas lo más claro posible a fin de obtener la respuesta de una forma auténtica.

51. Está satisfecho con la forma en que la familia discute casos de interés.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

52. Está satisfecho con la forma en que la familia comparte la solución de problemas.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

53. Encuentra que su familia acepta sus deseos de tomar nuevas actividades.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

54. Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer cambios en su estilo de vida.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

55. Está satisfecho con la forma en que su familia expresa afecto.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

56. Está satisfecho con la forma en que su familia responde a mis sentimientos de ira, tristeza y amor.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

57. Está satisfecho con la cantidad de tiempo que su familia y usted pasan juntos.

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Casi nunca

Apendice D

PROGRAMA DE CAPTURA

DATA LIST FILE 'MATY.DAT'

/V1 1-2 V2 4 V3 6 V4 8 V5 10 V6 12 V7 14 V8 16 V9 18 V10 20 V11 22 V12 24 V13
 26 V14 28 V15 30 V16 32 V17 34 V18 36 V19 38 V20 40 V21 42 V22 44 V23 46 V24
 48 V25 50 V26 52 V27 54 V28 56 V29 58 V30 60 V31 62 V32 64 V33 66 V34 68 V35
 70 V36 72 V37 74 V38 76/ V39 1 V40 3 V41 5 V42 7 V43 9 V44 11 V45 13 V46 15
 V47 17 V48 19 V49 21 V50 23 V51 25 V52 27 V53A 29 V54A 31V 55A 33 V56A 35 V57A
 37 V58A 39 V59A 41 V60A 43 V61A 45 V62A 47 V63A 49 V53B 51
 V54B 53 V55B 55 V56B 57 V57B 59 V58B 61 V59B 63 V60B 65 V61B 67 V62B 69 V63B
 71 V53C 73 V54C 75 V55C 77/V56C 1 V57C 3 V58C 5 V59C 7 V60C 9 V61C 11 V62C 13
 V63C 15 V53D 17 V54D 19 V55D 21 V56D 23 V57D 25 V58D 27 V59D 29 V60D 31 V61D
 33 V62D 35 V63D 37 V53E 39 V54E 41 V55E 43 V56E 45 V57E 47 V58E 49 V59E 51
 V60E 53 V61E 55 V62E 57 V63E 59 V53F 61 V54F 63 V55F 65
 V56F 67 V57F 69 V58F 71 V59F 73 V60F 75 V61F 77/V62F 1 V63F 3 V64 5.

VARIABLE LABELS

/V1 'CLAVE'
 /V2 'EDAD'
 /V3 'SEXO'
 /V4 'ESCOLARIDAD'
 /V5 'OCUPACION'
 /V6 'PROCEDENCIA'
 /V7 'RELIGION'
 /V8 'CON QUIEN VIVE'
 /V9 'EDO CIVIL'
 /V10 'NUM HIJOS'
 /V11 'INTEG NUEVO TRABAJO'
 /V12 'SI HA BUSCADO TRAB ES POR INST'
 /V13 'CONTENTO CON JUBILACION'
 /V14 'SU FAMILIA CONTENTA POR JUB'
 /V15 'GOZA COMPANIA NIETOS'
 /V16 'CUIDA NIETOS'
 /V17 'ACEPTAN NIETOS CONSEJOS'
 /V18 'RECIBE AYUDA ECONOMICA'
 /V19 'QUIEN DECIDE SU CONVENIENCIA'
 /V20 'QUIEN DECIDE EN LA FAMILIA'
 /V21 'ES EL JEFE DE FAMILIA'
 /V22 'PERDIO SER QUERIDO ESTE AÑO'
 /V23 'CUAL CONSIDERA MAYOR PERDIDA'
 /V24 'QUE RECUPERARIA'
 /V25 'ACTIV FUERA DE LA FAMILIA'

/V26 'PERTENECE A GRUPO DE AMIGOS'
 /V27 'PERTENECE A INSEN'
 /V28 'ACTIVIDADES RECREATIVAS'
 /V29 'SI ENFE QUIEN LLEVA CONSULTA'
 /V30 'QUIEN VIGILA SIGA TRATAMIENTO'
 /V31 'COMO CONSIDERA SU SALUD'
 /V32 'ACTIV PARA MANT SANO'
 /V33 'HA CUMPLIDO FUNCIONES 3A EDAD'
 /V34 'LE FALTA ALGO POR HACER'
 /V35 'QUE LE FALTA HACER'
 /V36 'CONOCE FAMILIA IND FINAL VIDA'
 /V37 'SIENTE AGUSTO CON FORMA VIDA'
 /V38 'PERCIBE DINERO SUF MANUTENCION'
 /V39 'REALIZA ACT OBTENCION REC ADIC'
 /V40 'SE CONSIDERA UTIL PARA FAMILIA'
 /V41 'HA TENIDO RECOMPENSA DE FAMILIA'
 /V42 'CONSIDERA PRESENCIA IMPORTANTE'
 /V43 'FAMILIA ACEPTA RECOMENDACIONES'
 /V44 'APORTA AL GASTO FAMILIAR'
 /V45 'TIPO DE FAMILIA'
 /V46 'SATISFECHO DISCUCION PROB FAM'
 /V47 'SATISFECHO COMP SOL PROBLEMAS'
 /V48 'FAMILIA ACEPTA DESEO NUEV ACT'
 /V49 'FAMILIA ACEPTA GAMB EST VIDA'
 /V50 'SATISFECHO FORMA EXP AFECTO'
 /V51 'SATISFECHO RESP FAM SENTIM'
 /V52 'CANTIDAD TIEMPO FAM JUNTOS'
 /V53A 'EDAD'
 /V54A 'SEXO'
 /V55A 'OCUPACION'
 /V56A 'EDO CIVIL'
 /V57A 'SATISFECHO DISCUCION PROB FAM'
 /V58A 'SATISFECHO COMP SOL PROBLEMAS'
 /V59A 'FAMILIA ACEPTA DESEO NUEV ACT'
 /V60A 'FAMILIA ACEPTA GAMB EST VIDA'
 /V61A 'SATISFECHO FORMA EXP AFECTO'
 /V62A 'SATISFECHO RESP FAM SENTIM'
 /V63A 'CANTIDAD TIEMPO FAM JUNTOS'
 /V53B 'EDAD'
 /V54B 'SEXO'
 /V55B 'OCUPACION'
 /V56B 'EDO CIVIL'
 /V57B 'SATISFECHO DISCUCION PROB FAM'
 /V58B 'SATISFECHO COMP SOL PROBLEMAS'

/V59B *FAMILIA ACEPTA DESEO NUEV ACT*
/V60B *FAMILIA ACEPTA CAMB EST VIDA*
/V61B *SATISFECHO FORMA EXP AFECTO*
/V62B *SATISFECHO RESP FAM SENTIM*
/V63B *CANTIDAD TIEMPO FAM JUNTOS*
/V53C *EDAD*
/V54C *SEXO*
/V55C *OCUPACION*
/V56C *EDO CIVIL*
/V57C *SATISFECHO DISCUCION PROB FAM*
/V58C *SATISFECHO COMP SOL PROBLEMAS*
/V59C *FAMILIA ACEPTA DESEO NUEV ACT*
/V60C *FAMILIA ACEPTA CAMB EST VIDA*
/V61C *SATISFECHO FORMA EXP AFECTO*
/V62C *SATISFECHO RESP FAM SENTIM*
/V63C *CANTIDAD TIEMPO FAM JUNTOS*
/V53D *EDAD*
/V54D *SEXO*
/V55D *OCUPACION*
/V56D *EDO CIVIL*
/V57D *SATISFECHO DISCUCION PROB FAM*
/V58D *SATISFECHO COMP SOL PROBLEMAS*
/V59D *FAMILIA ACEPTA DESEO NUEV ACT*
/V60D *FAMILIA ACEPTA CAM EST VIDA*
/V61D *SATISFECHO FORMA EXP AFECTO*
/V62D *SATISFECHO RESP FAM SENTIM*
/V63D *CANTIDAD TIEMPO FAM JUNTOS*
/V53E *EDAD*
/V54E *SEXO*
/V55E *OCUPACION*
/V56E *EDO CIVIL*
/V57E *SATISFECHO DISCUCION PROB FAM*
/V58E *SATISFECHO COMP SOL PROBLEMAS*
/V59E *FAMILIA ACEPTA DESEO NUEV ACT*
/V60E *FAMILIA ACEPTA CAM EST VIDA*
/V61E *SATISFECHO FORMA EXP AFECTO*
/V62E *SATISFECHO RESP FAM SENTIM*
/V63E *CANTIDAD TIEMPO FAM JUNTOS*
/V53F *EDAD*
/V54F *SEXO*
/V55F *OCUPACION*
/V56F *EDO CIVIL*
/V57F *SATISFECHODISCUCION PROB FAM*
/V58F *SATISFECHO COMP SOL PROBLEMAS*

/V59F 'FAMILIA ACEPTA DESEO NUEV ACT'
 /V60F 'FAMILIA ACEPTA CAM EST VIDA'
 /V61F 'SATISFECHO FORMA EXP AFECTO'
 /V62F 'SATISFECHO RESP FAM SENTIM'
 /V63F 'CANTIDAD TIEMPO FAM JUNTOS'
 /V64 'FUNCIONALIDAD FAMILIAR'.
 VALUE LABELS
 /V2 1'60-69 AÑOS' 2'70-79 AÑOS' 3'80-89 AÑOS'
 /V3 1'MASCULINO' 2'FEMENINO'
 /V4 1'SIN ESC' 2'PRIM INC' 3'PRIM COMP'
 /V5 1'HOGAR' 2'PENS O JUBILADO' 3'OBRAERO' 4'COMERCIANTE' 5'LAB AGRICOLAS'
 /V6 1'NUEVO LEON' 2'ZACATECAS' 3'SLP' 4'COAHUILA' 5'VER,JAL' 6'MICH,GTG,OGG'
 /V7 1'CATOLICO' 2'EVANGELICO'
 /V8 1'CONYUGE' 2'CONYUGE, HIJOS Y/O NIETOS' 3'FAMILIARES SEG GRADO'
 /V9 1'CASADO' 2'VIUDO O DIV' 3'UNION LIBRE'
 /V10 1'1-5 HIJOS' 2'6-9 HIJOS' 3'10-14 HIJOS' 4'15-19 HIJOS' 5'NINGUNO'
 /V11 TO V14 1'SI' 2'NO' 3'NO ESTA JUBILADO'
 /V15 TO V16 1'SI' 2'NO' 3'NO TIENE NIETOS'
 /V17 1'SI' 2'EN OCASIONES' 3'NO' 4'NO TIENE NIETOS'
 /V18 1'SI' 2'NO' 3'OCASIONALMENTE' 4'NO TIENE HIJOS'
 /V19 TO V20 1'USTED MISMO' 2'ESPOSA(O)' 3'HIJOS Y/O NIETOS' 4'FAM SEG GDO'
 /V21 1'SI' 2'NO' 3'NO TIENE FAMILIA'
 /V22 1'SI' 2'NO'
 /V23 1'TRABAJO' 2'SALUD' 3'SERES QUERIDOS' 4'NO HA PERD NADA'
 /V24 1'SALUD' 2'TRABAJO' 3'SERES QUERIDOS' 4'NO PODER REC NADA'
 5'NO HA PERD NADA'
 /V25 1'SI' 2'NO'
 /V26 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE DE GRUPOS'
 /V27 1'SI' 2'NO' 3'NO CONOCE'
 /V28 1'VER TV' 2'TEJER,BORDAR,COSER' 3'LEER' 4'VER PASAR GENTE'
 5'PLAT/JUGAR HIJOS/NIETOS' 6'MANT ACTIVO' 7'NINGUNA ACTIVIDAD'
 /V29 TO V30 1'UD MISMO' 2'ESPOSA(O)' 3'HIJOS-NIETOS' 4'FAM SEGUNDO GDO'
 /V31 1'BUENA' 2'REGULAR' 3'DEFICIENTE' 4'NO SABE JUZGAR'
 /V32 1'ALIMENTARSE' 2'MANT ACT' 3'TRABAJAR' 4'NO FUMA Y/O BEBE' 5'NINGUNA'
 /V33 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE'
 /V34 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE SI FALTARIA'
 /V35 1'VER CREC NIETOS' 2'MEJORAS CASA' 3'NO FALTA NADA'
 /V36 1'SI' 2'NO'
 /V37 TO V44 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA'
 /V45 1'NUCLEAR' 2' EXTENDIDA' 3'COMPUESTA'
 /V46 TO V52 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA'
 /V53A 1'18-29 AÑOS' 2'30-39 AÑOS' 3'40-49 AÑOS' 4'50-59 AÑOS' 5'NO TIENE FAM'
 /V54A 1'MASCULINO' 2'FEMENINO' 3'NO TIENE FAM'

/V55A 1'HOGAR' 2'OBRERO' 3'COMERCIANTE' 4'TEC PROFESIONISTA' 5'DESOCUPADO'
 6'NO TIENE FAM'
 /V56A 1'SOLTERO' 2'CASADO' 3'VIUDO-DIV' 4'UNION LIBRE' 5'NO TIENE FAM'
 /V57A TO V60A 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA' 4'NO TIENE FAM'
 /V61A 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'NO TIENE FAM'
 /V62A 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA' 4'NO TIENE FAM'
 /V63A 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'NO TIENE FAM'
 /V53B 1'18-29 AÑOS' 2'30-39 AÑOS' 3'40-49 AÑOS' 4'50-59 AÑOS'
 5'SOLO TIENE 1 FAM'
 /V54B 1'MASCULINO' 2'FEMENINO' 3'SOLO TIENE 1 FAM'
 /V55B 1'HOGAR' 2'OBRERO' 3'COMERCIANTE' 4'DESOCUPADO' 5'SOLO TIENE 1 FAM'
 /V56B 1'SOLTERO' 2'CASADO' 3'VIUDO-DIV' 4'UNION LIBRE' 5'SOLO TIENE 1 FAM'
 /V57B 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA' 4'SOLO TIENE 1 FAM'
 /V58B 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'SOLO TIENE 1 FAM'
 /V59B TO V62B 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA'
 4'SOLO TIENE 1 FAM'
 /V63B 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'SOLO TIENE 1 FAM'
 /V53C 1'18-29 AÑOS' 2'30-39 AÑOS' 3'40-49 AÑOS' 4'50-59 AÑOS'
 5'SOLO TIENE 2 FAM'
 /V54C 1'MASCULINO' 2'FEMENINO' 3'SOLO TIENE 2 FAM'
 /V55C 1'HOGAR' 2'OBRERO' 3'DESOCUPADO' 4'SOLO TIENE 2 FAM'
 /V56C 1'SOLTERO' 2'CASADO' 3'VIUDO-DIV' 4'UNION LIBRE' 5'SOLO TIENE 2 FAM'
 /V57C 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA'
 4'SOLO TIENE 2 FAM'
 /V58C 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'SOLO TIENE 2 FAM'
 /V59C TO V60C 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA'
 4'SOLO TIENE 2 FAM'
 /V61C TO V62C 1'CASI SIEMPRE' 2'CASI NUNCA' 3'SOLO TIENE 2 FAM'
 /V63C 1'CASI SIEMPRE' 2'SOLO TIENE 2 FAM'
 /V53D 1'18-20 AÑOS' 2'30-39 AÑOS' 3'40-49 AÑOS' 4'50-59 AÑOS'
 5'SOLO TIENE 3 FAM'
 /V54D 1'MASCULINO' 2'FEMENINO' 3'SOLO TIENE 3 FAM'
 /V55D 1'HOGAR' 2'OBRERO' 3'COMERCIANTE' 4'SOLO TIENE 3 FAM'
 /V56D 1'SOLTERO' 2'CASADO' 3'SOLO TIENE 3 FAM'
 /V57D 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA'
 4'SOLO TIENE 3 FAM'
 /V58D 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'SOLO TIENE 3 FAM'
 /V59D TO V60D 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA'
 4'SOLO TIENE 3 FAM'
 /V61D 1'CASI SIEMPRE' 2'SOLO TIENE 3 FAM'
 /V62D 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'AOLO TIENE 3 FAM'
 /V63D 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'CASI NUNCA' 4'SOLO TIENE 3 FAM'
 /V53E 1'18-29 AÑOS' 2'30-39 AÑOS' 3'SOLO TIENE 4 FAM'
 /V54E 1'FEMENINO' 2'SOLO TIENE 4 FAM'

/V55E 1'HOGAR' 2'OBRERO' 3'SOLO TIENE 4 FAM'
/V56E 1'SOLTERO' 2'CASADO' 3'SOLO TIENE 4 FAM'
/V57E TO V60E 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VEGES' 3'SOLO TIENE 4 FAM'
/V61E 1'CASI SIEMPRE' 2'SOLO TIENE 4 FAM'
/V62E TO V63E 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VEGES' 3'SOLO TIENE 4 FAM'
/V53F 1'30-39 AROS' 2'SOLO TIENE 5 FAM'
/V54F 1'MASCULINO' 2'SOLO TIENE 5 FAM'
/V55F 1'OBRERO' 2'TEC PROFESIONISTA' 3'SOLO TIENE 5 FAM'
/V56F 1'CASADO' 2'SOLO TIENE 5 FAM'
/V57F TO V59F 1'CASI SIEMPRE' 2'ALGUNAS VEGES' 3'SOLO TIENE 5 FAM'
/V60F 1'CASI SIEMPRE' 2'CASI NUNCA' 3'SOLO TIENE 5 FAM'
/V61F TO V62F 1'CASI SIEMPRE' 2'SOLO TIENE 5 FAM'
/V63F 1'CASI SIEMPRE' 2'SOLO TIENE 5 FAM'
/V64 1 'FUNCIONAL' 2'MODE FUNC' 3'DISFUNCIONAL'.

