



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue / Escuela Profesional de Enfermería

**“PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR MEDIANTE EL APGAR
FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA
VEGA BAJA, CERCADO DE LIMA – 2018”**

TESIS

Para obtener el Título Profesional de Licenciada de Enfermería

AUTOR(A)

PAHUARA LLACCOHUA, MARÍA LUISA

ASESOR(A)

DRA. ARATA FLORES, HERMELINDA

JURADO

Mag. Aquino Aquino, Ronald

Mag. Atuncar Tasayco, Urbano

Mag. Galarza Soto, Karla

Lic. Zelada Loyola, Ledda

LIMA - PERU

2019

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedico en primer lugar a Dios por darme fuerza y seguir continuando, a mi familia por orientarme en este camino que fue difícil de recorrer logrando mis sueños y metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y a mi familia por guiarme en este camino que fue difícil recorrer día a día hasta llegar a mis logros, para darme la oportunidad de compartir mis conocimientos en beneficio de la sociedad.

A mis padres por brindarme siempre su apoyo incondicional por cada paso que daba, alentándome a seguir aunque siempre hay dificultades, fomentándome siempre en el triunfo y el deseo de superación.

A mi Alma Mater, que me acogió para brindarme los conocimientos necesarios para ser un buen profesional de la salud y poder desenvolverme con mis conocimientos y mis habilidades.

Un reconocimiento especial a mi docente Dra. Arata Flores Hermelinda por su apoyo incondicional y alto grado de profesionalismo expresado como orientadora durante el desarrollo del presente trabajo de investigación y a todas las personas que contribuyeron a la realización del mismo.

INDICE

CAPITULO I: Introducción.....	9
Descripción y Formulación de Problema.....	11
Antecedentes.....	17
Objetivos General.....	24
Justificación.....	24
CAPITULO II: Marco Teórico.....	27
Bases teóricas.....	27
CAPITULO III: Método.....	46
Tipo de Investigación.....	46
Ámbito Temporal y Espacial.....	46
Variables.....	46
Población y Muestra.....	47
Procedimientos.....	49
Análisis de Datos.....	49
CAPITULO IV: Resultados.....	50
CAPITULO V: Discusión.....	58
CAPITULO VI: Conclusiones.....	53
CAPITULO VII: Recomendaciones.....	62
CAPITULO VIII: Referencias.....	63
CAPITULO IX: Anexos.....	66

INDICE DE TABLAS

Características Sociodemográficas de los Encuestados.....	42
Tabla 1: Sexo.....	42
Tabla 2: Estado Civil.....	42
Tabla 3: Edad.....	42
Tabla 4: Grado de Instrucción.....	43
Características de los Datos de los Familiares de los Encuestados.....	43
Tabla 5: Vive con.....	43
Tabla 6: Tipo de Familia.....	44
Descripción de las Dimensiones del Apgar Familiar.....	44
Tabla 7: Adaptabilidad.....	44
Tabla 8: Participación.....	45
Tabla 9: Ganancia.....	45
Tabla 10: Afecto.....	46
Tabla 11: Recursos.....	46
Percepción de la Funcionalidad Familiar según el Sexo.....	47
Tabla 7: Adaptabilidad.....	47
Tabla 8: Participación.....	47
Tabla 9: Ganancia.....	48
Tabla 10: Afecto.....	48
Tabla 11: Recursos.....	48
Funcionalidad Familiar.....	49

INDICE DE ANEXOS**ANEXO A:**

Operalización de Variables.....58

ANEXO B:

Instrumento.....59

ANEXO C:

Determinación de la muestra.....61

ANEXO D:

Consentimiento Informado.....62

RESUMEN

El presente estudio se desarrolló en el primer nivel de atención de salud; cuyo objetivo es determinar la percepción de cada uno de los componentes o dimensiones de la funcionalidad familiar: Adaptabilidad, cooperación o participación, crecimiento o desarrollo, afectividad y capacidad resolutive en el adulto mayor del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”, Cercado de Lima.

Material y Método: El estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo y corte transversal. La población fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple, que estuvo conformado por 124 adultos mayores se calculó el tamaño de muestra y se seleccionó 65 adultos mayores. La técnica fue el instrumento para evaluar la funcionalidad familiar para ello se utilizó el APGAR familiar diseñado por el Doctor Smilkstein.

Los resultados del estudio: Del 100% (65) de adultos mayores, el 55% (36) percibe su familia con buena función familiar, el 28% (18) percibe una disfuncionalidad familiar leve, el 9% (6) percibe una disfuncionalidad familiar moderada, 8% (5) percibe una disfuncionalidad familiar severa.

Las conclusiones son: Existe un buen funcionamiento familiar de los adultos mayores encuestados.

Palabras claves: Funcionalidad familiar/Apgar familiar.

ABSTRACT

The present study was developed in the first level of health care; whose objective is to determine the perception of each of the components or dimensions of family functionality: Adaptability, cooperation or participation, growth or development, affectivity and resolutive capacity in the elderly of the Health Center "Conde de la Vega Baja", Cercado de Lima.

Material and Method: The study is descriptive, quantitative and cross-sectional. The population was selected by simple random probabilistic sampling, which consisted of 124 older adults, the sample size was calculated and 65 older adults were selected. The technique was the instrument to evaluate the familiar functionality for it was used the family APGAR designed by Doctor Smilkstein.

The results of the study: Of 100% (65) of older adults, 55% (36) perceive their family with good family function, 28% (18) perceive a slight family dysfunction, 9% (6) perceive a dysfunctionality moderate family, 8% (5) perceive a severe family dysfunction.

The conclusions are: That there is a good family functioning of the older adults surveyed.

Keywords: Family functionality / Family Apgar.

I. INTRODUCCION

La funcionalidad familiar como parte importante de la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que puede ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar, sigue siendo un problema importante en el mantenimiento de la salud mental en el mundo.

El presente estudio se enfocara sobre la disfuncionalidad familiar en adultos mayores que son atendidos en el Centro de salud Conde de la Vega, debido a que se observó problemas en los adultos mayores, se originan no solo en lo que ocurre con sus capacidades, sino también en el ambiente familiar les permite hacer y se busca una manera de brindar una mejor atención.

Para el presente proyecto dentro del marco teórico se ha considerado datos e información de diversos libros y revista de investigación, recopilación de datos de organizaciones públicas, privada, páginas web entre otros.

Empezamos hablando de la familia responde a la naturaleza social, más que individual, del ser humano. “La familia es una organización única, que constituye la unidad básica de la sociedad, por el hecho de ser la institución o grupo donde los individuos crean, recrean, aprenden y transmiten símbolos, tradiciones, valores y formas de comportamiento”. La familia, entonces, tiene la virtud de endoculturizar y cuidar a sus miembros, mediante los lazos de parentesco estos lineamientos se engloban la interacción entre los miembros de la familia se denomina Dinámica familiar (Gutierrez, 2015, p. 219).

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), se define como adulto mayor a toda persona que tenga más de 60 años, los que se dividen en 3 grupos: de 60 a 74 años: edad avanzada; de 75 a 90 años: ancianas o viejas y las personas de más de 90 años se conocen como grandes longevos, proceso de envejecimiento causa cambios físicos y psicosociales que dificultan la adaptación del sujeto al mundo que le rodea generalmente esta etapa de la vida se relaciona con enfermedad deterioro y demencia considerando que estas personas ya no pueden desempeñar las funciones familiares y laborales que le corresponden, desestimando aspectos de autonomía y derechos en periodo de la vida.

La dinámica familiar define la pertenencia al grupo parental que establece los derechos y obligaciones según género, generación y parentesco conforma un tejido social que articula a los integrantes de la familia los aspectos relacionados a la composición y grado de parentesco de los miembros del grupo familiar; las relaciones entre ellos, incluidos su nivel de integración o disociación, proximidad o rechazo; sus roles, límites e interacciones; los sub-grupos constituidos al interior del grupo familiar, así como las funciones intrínsecas a la familia. (Taylor, 2006, p.11) por tanto, la dinámica familiar se sustenta en aspectos como la comunicación, la interacción y la socialización.

El funcionamiento familiar es definido como la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia, que mide el cumplimiento de las funciones básicas del sistema familiar mediante las dimensiones de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, participación, afectividad y adaptabilidad, siendo importante el mantenimiento de salud. Muchas veces se hace necesario cuantificar desde el grado óptimo hasta el más disfuncional basándose en

parámetros que gradúen la complejidad del funcionamiento familiar (Suarez & Sinche, 2006, p. 38).

Según (Minuchin, 2004, p. 74) abarca dos conceptos esenciales dentro de la dinámica familiar: Las relaciones afectivas y la comunicación. En lo que respecta a la relación afectiva nos indica que cuando nacemos establecemos el primer contacto con el mundo y con nuestra familia, la cual nos brinda afecto, esto nos proporciona confianza y seguridad dependiendo de las relaciones y la comunicación del sistema sustancial dentro de la familia. La comunicación se convierte en el principal medio de expresión, como una conducta. Todas las relaciones que establece el ser humano son de tipo interpersonal, para lo cual esta es importante. Porque sin ella no podríamos expresar nuestros sentimientos, pensamientos e ideas, etc.

Según (Chagoya, 1980, p. 1048-1054) quien usa el término de dinámica familiar que la dinámica familiar es una colección de fuerzas, positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta, como una unidad, funcione bien o mal por lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.

1.1. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La funcionalidad familiar está íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad. Una familia que funciona adecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o a contrarrestar su efecto. (Diorki, 1986, p. 20-47) refiere al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia. De la funcionalidad o

disfuncionalidad de dichas relaciones va depender del grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los integrantes de la familia; ellos constituyen un sistema dinámico tendente hacia el crecimiento y desarrollo, sin que por ello falten los conflictos y tensiones internas.

El apoyo familiar tiene como definición “La característica que posee la familia en relación a la percepción que tiene cada uno de los integrantes de la familia que la componen, en el rol de recibir afecto, estima, ayuda y como ésta influye en la movilización de recursos de afrontamiento en situaciones difíciles o estresantes para la persona afectada y que es parte integrante de la familia a la que pertenece” (Benjet, Rojas , Martinez, & Robles , 2015, p. 260).

El APGAR es un instrumento que se diligencia por sí mismo, es fácilmente entendido por aquellas personas con educación limitada se puede completar en muy poco tiempo. Se formuló para ser usado, en diversos contextos socioeconómicos y socioculturales; además, proporciona datos, que indican la integridad de componentes importantes para la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa, en como los miembros de una familia perciben su función familiar, y pueden manifestar el grado de satisfacción, en el cumplimiento de sus necesidades familiares, reflejándose en la funcionalidad de la familia en el adulto mayor (Conceptos básicos para el estudio, 2005, p. 15-19).

En este sentido, y en un intento por evaluar algunos aspectos de la familia, se han efectuado diversos procedimientos, como el utilizado APGAR Familiar, que es un instrumento de rápida y sencilla aplicación, el mismo que se sustenta en un cuestionario de cinco preguntas, que buscan

evidenciar el estado funcional de la familia, operando como una escala, en la cual el entrevistado, coloca su opinión del funcionamiento de la familia en algunos temas clave, considerados marcadores de las principales funciones de la familia (Elementos esenciales de la medicina familiar, 2005, p. 13-14).

(Alonso & Sanso, 2007, p. 1-9) refiere que “el proceso de envejecimiento depende, en cada persona, de su desarrollo a lo largo de todo su ciclo vital”. La vejez, es la coronación de los escalones de la vida. En ella se recogen los frutos de lo aprendido y de lo experimentado, de lo realizado y conseguido, de lo sufrido y soportado. Es un proceso normal relacionado con el paso del tiempo se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Resultado de la interrelación muy compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales.

La percepción del envejecimiento está influida por el apoyo social, la salud, la espiritualidad; con respecto al bienestar, la mayoría está conforme con sus logros y éxitos y con los recursos con los cuales cuenta; prevalecen en ellos las percepciones positivas. La vida del adulto mayor debe ser analizada en las múltiples facetas que la componen: Esfera biológica, psicológica y social, sin fragmentar esta unidad, puesto que cualquiera de ellas que se omita, impedirá que se consolide la integración del adulto mayor al seno de su familia y comunidad, teniendo en cuenta que el envejecimiento se percibe como un proceso de carácter multidimensional (Imbert Milán, 2012, p. 1-72).

Según el (INEI, 2018, p. 2- 3) refiere que la población de los adultos mayores, es de 82,3% en las mujeres y de 70,7% en los hombres. Según el tipo de hogares por adultos/as mayores, el

45,0% son hogares de tipo nuclear, es decir, están constituidos por una pareja y sus hijas e hijos o sin estas/os. El 25,4% de hogares son extendidos, es decir, al hogar nuclear se suman otros parientes. El 22,9% de hogares de los adultos/as mayores son unipersonales (compuestos sólo por el/la adulto/a mayor). El 4,9% son hogares sin núcleo (conformado por un jefe/a sin cónyuge ni hijos, que vive con otras personas con las que puede o no tener relaciones de parentesco) y el 1,7% son hogares compuestos, es decir existen dentro del hogar además de los parientes, otros miembros que no son familiares.

Según el (INEI, 2018, p. 5) respecto al estado civil, el 62.7% de los adultos mayores son casados o convivientes, el 24.3% son viudas y el 13% declaran otro estado civil (Divorciado, separado, soltero). Un 26.2% de adultos mayores son analfabetos, el 18.7% han logrado estudiar algún año de secundaria y el 12.1% ha accedido a algún año de educación superior. Si bien el número de los hogares con adultos mayores representa una cantidad considerable, existen diferencias si se analiza la tipología de estos hogares de acuerdo a la composición de sus miembros.

(Villarreal Amarís & Month Arriet, 2012, p. 1) en Colombia, la prevalencia sobre la condición socio – familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años, con relación de la situación familiar socio – familiar el 40,4% está en riesgo social; un 27,3% tiene problema sociales y solo el 32,3% tiene una valoración socio familiar buena o aceptable, viven con familiares y sin conflicto un 32,4%, y viven con el cónyuge de similar edad el 25 %; sin embargo, el 8% se encuentra en situación de abandono familiar, el 47,7% no recibe pensión ni otros ingresos y el 37% obtiene un ingreso ocasional, el 44% tiene afiliación.

(Perez Martin, Delgado Cruz, & Naranjo Ferregut, 2012, p. 97-104) en Cuba, la prevalencia sobre el medio familiar de los adultos mayores, de 62 familias. En donde señalaron con respecto a la estructura familiar: El 77.4% se constituyen en familias extensas, el 17.7% familias nuclear y 4.8% familia amplia. Tipo de familia según número de integrantes: 79% medianas (4 – 6 miembros), el 11.3% grandes (Mas de 6 miembros), 9.7% pequeños (2 – 3 miembros), muestra predominio los hogares donde viven 2 ancianos. Percepción de funcionamiento familiar: 40.3% moderadamente disfuncional, 27.4% funcional, 19.4% disfuncional, 12.9% severamente disfuncional.

(Mendes Costa & Martins, 2012, p. 1) en Brasil, la prevalencia sobre la dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal, en una muestra, compuesta por 107 ancianos con 80 años de edad, encontraron: Femenino viudas 72,9%. Sin embargo, 50.5% eran viudos; 31.8% eran casados y 17,7% era divorciado, de los cuales la mitad es cuidada por los conyugues. Escolaridad: el 28,1% analfabeto; 49,6% alcanzo nivel primario hasta 4 años; 9,2% primer grado incompleto/completo, 13,1% segundo grado incompleto/completo. Respecto a la dinámica familiar: el 67,3% presentaron buena funcionalidad, el 14,0% moderada disfuncionalidad y el 18,7% elevada disfuncionalidad.

(Ruiz Dioses & Campos León, 2008, p. 374-79) en Perú, la prevalencia sobre la situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude al establecimientos del primer nivel de atención, encuestaron a 301 adultos mayores; en donde el 69.8% de la población eran mujeres, 44.5% entre 60 y 69 años; el 31.9% fueron categorizados como adulto mayor frágil. Un 79.4% de adultos mayores es independiente, el 46.2% se encuentra

en situación de riesgo social y 28.9% tiene problema social. La mayoría (71.4%) vive con familiares; solo 24.9% tiene una valoración socio familiar buena o aceptable, las mujeres tuvieron un peor situación socio familiar, sin embargo 3.1% se encuentra en situación de abandono familiar, el 38.5% no recibe pensión u otros ingresos.

Es así que, el presente estudio se realiza por la motivación existente en la investigadora, originada en la experiencia directa que se tuvo, durante las prácticas pre-profesionales de Enfermería en el Centro de Salud “Conde de la Vega”, en donde se quiere identificar la disfuncionalidad familiar que presenta el adultos mayores, grupo de riesgo poblacional que está incrementándose progresivamente y a quienes se les proporciona el cuidado de enfermería.

En tal razón, conceptuamos como prioridad, se tenga en cuenta que, toda persona pertenece, vive y se desarrolla dentro del sistema social primario denominado familia, que se encuentra organizado, como un sistema abierto, formado por un número de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar vinculados por lazos, ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, y que, como grupo social debe cumplir funciones básicas como son, el cuidado, afecto, socialización, educativas, económicos, entre otros.

En este contexto, se precisa de una atención del profesional de Enfermería, considerando, que el envejecimiento del ser humano es un proceso natural, progresivo, irreversible y continuo todo el ciclo de vida y que toda persona adulto mayor tiene derecho a un funcionamiento familiar estable, tomando en cuenta sobre todo, la dinámica familiar y el tipo de relación que existe entre

sus miembros, frente a estas particularidades hemos considerado necesario realizar el presente estudio de investigación.

1.1.1. Formulación del Problema

¿Cuál es la percepción de la funcionalidad familiar mediante el Apgar Familiar en adultos mayores del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”, Cercado de Lima – 2018?

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Troncoso Pantoja Claudia, Soto López Nayadeth (2018). “Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores”. Chile. Objetivo: Relacionar la funcionalidad familiar con la autovalencia y el bienestar psicosocial de personas mayores pertenecientes a la comuna de Huechuraba, Santiago, Chile, durante el año 2016. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, correlacional. El muestreo fue intencionado, completando tamaño muestral en 60 adultos mayores voluntarios que cumplieron los criterios de selección. Para la recolección de información se utilizaron el Apgar Familiar, Escala de Whoqol-Bref y EFAM (Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor). Para el análisis de resultados se utilizó estadígrafos descriptivos y pruebas de asociación Chi-cuadrado y la prueba de U de Mann-Whitney. Resultados: Más del 70 % de los participantes presentaron familias muy funcionales y sólo el 3 % pertenecieron a familias con graves disfunciones. 45 % fueron autovalentes con riesgo y 16.7 % presentaron riesgo de dependencia. No se encontró relación entre funcionalidad familiar y salud física; sí se presenta asociación entre funcionalidad familiar, salud psicológica y relaciones interpersonales. Conclusiones: Existe relación entre funcionalidad

familiar y nivel de autovalencia, salud psicológica, relaciones interpersonales y entorno, debido a que aquellos que pertenecen a familias con una mejor dinámica interna, disfrutaban de una mejor calidad de vida. Palabras claves: Adulto mayor/relación familiar/dependencia/Psicología Social.

Calvo Rodríguez Marina Milagros, Hidalgo Pazmiño Cristhian Geovanny (2017).

“Funcionalidad familiar y su influencia con la depresión”. Ecuador. El envejecimiento poblacional, en la actualidad, es una realidad de numerosos países, incluido Ecuador. El adulto mayor se constituye, pues, en un sector poblacional en crecimiento que demanda atención específica que abarque diversas modalidades. Como parte del programa de atención al adulto mayor en Quito existen más de 50 centros donde se brinda atención a estas personas, sin embargo, no existen investigaciones realizadas en estos centros que aborden la relación entre funcionalidad familiar y depresión que sirvan de base para diseñar e implementar programas de intervención. Tomando esto en cuenta se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, de campo, transversal, no experimental, en el Centro “60 y piquito” de Calderón con el objetivo de determinar la influencia de la funcionalidad familiar en la depresión de los adultos mayores que asistieron a este centro durante el año 2017. La selección de la muestra fue intencional y quedó conformada por 200 adultos mayores. Se utilizó el APGAR familiar para evaluar funcionalidad familiar percibida y la Escala de depresión geriátrica de Yesavage para evaluar la depresión. Se obtuvo como conclusiones que la mayoría de los adultos mayores estudiados perciben a sus familias como disfuncionales y presencia de depresión en más de la mitad de la población estudiada. Se pudo comprobar que existe correlación entre la depresión y la disfuncionalidad familiar por lo que se elaboró el Programa Psicoeducativo para la familia y el adulto mayor del centro “60 y piquito” de Calderón con el objetivo de aportar conocimientos y estrategias para

comprender y afrontar las consecuencias de la disfunción familiar y sus efectos sobre los intriganes de la familia, en particular, en el adulto mayor.

Saavedra González Alejandro, Rangel Torres Santa, García de León Ángel, Duarte Ortuño Ángel, Bello Hernández Yadira, Infante Sandoval Adriana (2016). “Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar”. México.

Objetivo: determinar la asociación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar (umf) no. 4, Guayalejo, Tamaulipas, México. Métodos: estudio exploratorio, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyeron 220 pacientes ≥ 60 años de edad, que acudieron a consulta durante el año 2013. Se aplicó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Test apgar familiar; se utilizó estadística descriptiva univariada, estadística inferencial: bivariado, correlación de Pearson, para discrepancias entre las variables cuantitativas, correlación Spearman y χ^2 , para diferencias entre grupos. Resultados: se encontró que el perfil de la población estudiada es el típico de la sociedad mexicana, el cual tiende en forma global a la obesidad tipo 1. Por género predominó el femenino con obesidad tipo 2, se correlacionó la estructura familiar con la funcionalidad (apgar) y la depresión (Yesavage): se encontró significancia estadística entre familia nuclear y funcionalidad familiar ($p=0.01$). No se pudo determinar asociación lineal ni cuadrática entre el resto de las variables. Conclusiones: la funcionalidad familiar no está relacionada con el grado de depresión, pero se documentó que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar. Se requeriría efectuar un estudio de casos y controles para poder indagar sobre diversas variables que influyen en la funcionalidad de la familia.

Sarmiento Mejía Martha, Castro Torres Ana, Gómez Neira Ángela, Cifuentes Cabrera Alba, Fierro Beltrán María, Vigoya Sepúlveda Tulia (2010). “Condiciones Socio-Demográfico(as) y Calidad de Vida en Pacientes Mayores”. Colombia. La sociedad colombiana es pobre y con una gran inequidad del ingreso y un crecimiento del 3,7% para el 2005; la pobreza puede incrementar la susceptibilidad a enfermedades cardiovasculares, depresión, diabetes y otras. El objetivo de este estudio fue determinar la condición social, demográfica y de calidad de vida de 208 pacientes mayores de 60 años hospitalizados en sala general del Hospital Departamental de Villavicencio. Se aplicó una encuesta sociodemográfica, calidad de vida (SABE) y el apgar familiar de Smilkstein. La edad promedio de los encuestados fue de 73 años; el 56.7% fueron del género masculino; residentes del área urbana el 83.2% y del Meta 97%. Con relación al lugar de domicilio el 92.3% residían en el hogar; El 93.3% carecen de capacidad de pago; activos laboralmente el 16.3%; el nivel educativo fue menor a 3 años en el 80.8%; el 32.7% tuvo acceso a agua, luz, alcantarillado y recolección de basuras, con teléfono el 31.3%, ningún servicio el 8.7%; En cuanto a disfuncionalidad familiar el 12.2%, disfuncional el 65.8% y muy desestructurada en el 21.4%. Condiciones de salud: el 4.3% se declaró satisfecho con su vida, nutrición e ingresos, insatisfechos el 34.1%. Se concluye que la pobreza, ausencia de apoyo familiar, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, escasa adherencia al tratamiento, auto-percepción de salud como mala, unida al deterioro funcional físico y mental previo y/o consecuencia de la hospitalización, colocan a estos usuarios en el grupo de mayor perfil de riesgo de re-admisión hospitalaria, por lo que se hace indispensable realizar valoración geriátrica integral para lograr el objetivo de "envejecimiento activo". Palabras clave: Indicadores socioeconómicos, Indicadores demográficos, adulto mayor y calidad de vida.

Autores Erika, Luna Morales Daisy, García Ramírez Raquel, Moreno Tochiuil

Maricarmen, Rodríguez Coyoti (2012). “Funcionalidad familiar: Percepción de los adultos

mayores de una comunidad rural”. España. Resumen: Actualmente la familia vive las implicaciones del envejecimiento poblacional y experimenta nuevos retos y cambios en su estructura y funcionalidad. Metodología: Estudio descriptivo, correlacional, transversal, realizado en familias de 120 adultos mayores (AM) mediante el APGAR familiar y el FF-SIL. Resultados: El 34.2% de AM tuvo de 60 a 65 años, el 56.7% fueron mujeres y el 52.5% no padece ninguna enfermedad. Del 100% de familias, el 50.8% son familias nucleares, el 25.8% son familias que envejecen y el 52.5%, tiene dos AM. La funcionalidad familiar medida a través del grado de satisfacción de los adultos mayores respecto al funcionamiento de su familia muestra que el 39.2% perciben a su familia con buena funcionalidad familiar, el 37.5% con disfunción leve, el 12.5% con disfunción moderada y el 10.8% con disfunción severa.

Conclusión: La salud familiar promueve familias saludables para el logro del desarrollo humano y comunitario. En la medida que su estructura y funcionalidad sea la adecuada sus integrantes la ubican en un avance positivo o negativo. Los resultados del estudio permiten a la enfermería comunitaria actuar con empoderamiento, responsabilidad y pertinencia social en el contexto del cuidado de la salud familiar. Palabras clave: Funcionalidad familiar/ Adulto mayor.

Díaz Tabares Orlando, Soler Quintana Martha Luisa y García Capote Mercedes (1998).

“El apgar familiar en ancianos convivientes”. Cuba. Resumen: Con el objetivo de determinar el comportamiento del Apgar familiar en ancianos convivientes, no institucionalizados y sin alteraciones de la esfera cognoscitiva, pertenecientes a dos consultorios médicos de la familia, ubicados en la comunidad rural del policlínico docente de San Cristóbal, durante el año 1995 se

realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, mediante la aplicación de un modelo de encuesta a los 70 ancianos que conformaron el universo de estudio. Existió correspondencia muy significativa entre la evaluación de funcionabilidad que el anciano otorgó a su familia y la detectada por el investigador. Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, tomando como muestra el total de personas con 60 años y más, no institucionalizadas, sin afectaciones de la esfera cognoscitiva, que formaba parte de un núcleo familiar, dispensarizados en las historias de salud familiar de dos consultorios de médicos de la familia ubicados en la comunidad rural que forma parte del Grupo Básico de Trabajo No.1 del Policlínico Docente de San Cristóbal, durante el año 1995. La cifra alcanzó un total de 70 ancianos a los cuales se les aplicó un modelo de encuesta. Las diferentes variables a relacionar con el Apgar familiar, se ordenaron de manera que permitieron el procesamiento estadístico de los datos, utilizando el sistema computadorizado MICROSTAT, aplicándose la prueba de Chi-cuadrado y tomando como modelos de significación 0,05 y 0,01. Resultados: El comportamiento del Apgar familiar según los distintos grupos de edades que se conformaron, no tuvo resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$), predominando la funcionabilidad percibida por los ancianos de 60 a 69 años de edad. Palabras claves: Apgar Familiar/ Familia.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Tello Salés Melissa Johana, Montalvo Luna Mery Soledad (2015). “Nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud”. Perú. El presente estudio se desarrolló en el primer nivel de atención de salud; cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del adulto mayor respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud del MINSA. Material y Método: El

estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte trasversal. La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple, que estuvo conformado por 108 adultos mayores. La técnica fue el cuestionario y los instrumentos fueron los siguientes: cuestionario sobre nivel de satisfacción del adulto mayor respecto al tipo de funcionamiento familiar y el APGAR familiar de Smilkstein. Los resultados del estudio: del 100% (108) de adultos mayores, el 96.2% (104) están satisfechos y el 3.8% (4) insatisfechos. En la dimensión biológica del adulto mayor el 98.1 % (106) está satisfecho y el 1.9% (2) insatisfecho. En la dimensión Psicoemocional el 98.1% (106) están satisfechos y 1.9% (2) insatisfechos. En la dimensión social el 97.2% (105) están satisfechos y 2.8% (3) insatisfechos. En cuanto al tipo de funcionamiento familiar de los adultos mayores del 100% (108); 45.4% (49) son familias funcionales; 50.9% (55), familias moderadamente funcionales y 3.7% (4), familias disfuncionales. En la dimensión afecto con 60.2% (65) es funcional, seguida de la dimensión de crecimiento familiar con 48.1%(52). Con respecto a la disfuncionalidad familiar se observa que la dimensión más resaltante es la de participación entre los miembros de su familia con un 13.9% (15). Con respecto a la funcionalidad familiar moderada en la dimensión adaptabilidad y resolución se observa con 48.1% (52) la más resaltante. Las conclusiones fueron que la mayoría de adultos mayores están satisfechos respecto al tipo de funcionamiento familiar que existe en sus hogares. Respecto al nivel de satisfacción en sus dimensiones biológico, psicoemocional y social, la mayoría de adultos mayores refieren estar satisfechos. . En cuanto al tipo de funcionamiento familiar la mayoría de adultos mayores son de familias moderadamente funcionales, seguido de funcionales y luego disfuncionales. Con respecto a las dimensiones de afecto y crecimiento familiar, las familias son funcionales; en las dimensiones adaptabilidad y resolución, son moderadamente funcionales.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General:

➤ Determinar la percepción de la funcionalidad familiar según las dimensiones del Apgar Familiar en el adulto mayor del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”, Cercado de Lima - 2018.

1.3.2. Objetivo Específico:

➤ Determinar la percepción de cada uno de los componentes o dimensiones de la funcionalidad familiar: adaptabilidad, cooperación o participación, crecimiento o desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva en el adulto mayor del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”, Cercado de Lima - 2018.

1.4. Justificación e Importancia

La vejez es considerada como un periodo en el que la persona tiene una diversidad de cambios, que si bien se basa en el estilo y calidad de vida que han tenido a lo largo de su existencia, así como del sistema social y familiar en que se han desenvuelto, influyen en los diferentes ámbitos de su cotidianidad.

En el (INEI, 2018, p. 1) en su informe trimestral Julio – Agosto – Septiembre 2018 ha revelado que la población adulta mayor del Perú, paso del 10.1% (2016) de la población total del país a 12.0% (2017). En términos absolutos, este incremento significativo pasar de 3 millones 118 mil 612 de adultos mayores el año 2016 a 3 millones 229 mil 876 adultos mayores el año 2017.

En promedio, la población adulto mayor, se incrementara en 144 mil 297, entre año y año del periodo analizado se tendrá más adulto mayor a nivel nacional.

Según el diagnóstico de la situación del adulto mayor en el 2011 contenido en el Plan Nacional de Personas Adultas Mayores (PLANPAM 2013 - 2017) indican que “El envejecimiento saludable entendido como la mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad”

El adulto mayor es una persona muy dependiente debido a las mismas características de su ciclo vital por lo tanto es necesitado de su familia o cuidadores para cubrir sus necesidades socio fisiológicas total o parcialmente. Tiene real importancia para el adulto mayor tener una familia funcional, de esto dependerá su estabilidad emocional, al igual que la repercusión en la salud del mismo. Si ellos perciben una familia unida con lazos sólidos este podrá tener unos años con una mejor calidad de vida.

La integración familiar o social ayuda a mantener la percepción y el sentido de control sobre las situaciones, lo que disminuye los riesgos de morbilidad, mortalidad e internamiento de los adultos mayores. En esta etapa de la vida, la integración social logra compensar las pérdidas inherentes a la edad, se considera que la interacción y la integración social son factores de protección frente a la aparición de patologías, y logran que el adulto mayor desarrolle su capacidad cognitiva, tenga habilidades de afrontamiento, module su afecto, mejore su calidad y

satisfacción de vida y por ende, su autonomía; lo anterior trae como consecuencia cambios positivos a nivel de movilidad, de independencia y del auto concepto del adulto mayor. Con todo lo antes mencionado, cabe decir que los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada al Centro de Atención con respecto al nivel de satisfacción del geronte respecto al funcionamiento familiar e integración, para establecer y evaluar la posibilidad de realizar intervenciones de enfermería con un equipo multidisciplinario de salud en la comunidad; sobre la importancia que tiene la familia para la satisfacción de la vida y necesidades del adulto mayor.

A nivel preventivo promocional lo que se desea lograr es que surjan estrategias por parte de enfermería para reforzar la integración familiar del adulto mayor a través de la presencia física, muestras de afecto, de pertenencia, mediante los abrazos, invitaciones a caminar, a pasear, envío de tarjetas, de flores, la compañía en las oraciones, el escuchar atentamente y otras maneras alternativas de ofrecer apoyo como es el uso del internet, las llamadas telefónicas, que intentan aliviar la incertidumbre, la ansiedad, el aislamiento y la depresión; aunque en algunos casos la comunicación y el contacto físico, no siempre son aceptados, pues hay personas que son reacias a expresar abiertamente sus pensamientos y emociones.

Para Enfermería como ciencia del cuidado este estudio se constituiría en una base de actualización acerca del adulto mayor y su familia, lo que le permitirá ampliar su cuerpo de conocimientos en una de las tendencias actuales y futuras de la salud y de enfermería, como es la atención a los adultos mayores, y con ello proporcionar cuidado tanto al adulto mayor como a su familia.

II. MARCO TEORICO

2.1. Base teóricas

2.1.1. Modelo Explicativo de la Función Familiar

Según Smilkstein, el cual propone un modelo que nos permite comprender los cambios que se producen en las familias, superando el incómodo debate sobre la normalidad y la anormalidad. “Las familias no son normales ni anormales, “funcionan” bien o mal dependiendo de sus posibilidades, que a la vez dependen de la capacidad, adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo vital” Smilkstein (1979). Entonces la familia puede encontrarse en cuatro estados dinámicos diferentes: Familia normal funcional, crisis familiar, disfunción familiar, equilibrio patológico familiar (Fleitas & De la Revilla, 1994, p. 51).

2.1.2. Funcionamiento Familiar

Al igual que el individuo, la familia transita por diferentes etapas que constituyen su ciclo de vida. Existen varios criterios para su identificación entre ellos el del modelo estratégico de Jay Haley (estadounidense bibliotecólogo y comunicador que desarrollo un modelo estratégico de la terapia familiar) uno de los fundadores de la terapia familiar quien dentro de sus etapas define el nacimiento de los hijos y el trato con ellos. Haley considera que en esta etapa del ciclo vital de una familia se generan nuevas oportunidades que desestabilizan el funcionamiento del sistema funcionalmente íntimo y unitario, constituido hasta ese momento por la pareja.

Con el nacimiento del primer hijo, las alianzas y coaliciones toman dimensiones y formas inesperadas. Podemos decir que un funcionamiento familiar es aquel que le posibilita a la familia

cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo -emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se presentan en cada una de ellas, estará muy en correspondencia con sus recursos, mecanismos de afrontamiento, estilos de funcionamiento familiar, etc., y puede provocar o no estados transitorios de crisis, con un mayor o menor riesgo de surgimiento de trastornos emocionales en uno o más de sus miembros. Las principales funciones de la familia pueden sintetizarse en: Función biosocial, económica, educativa, cultural y afectiva.

La familia es una institución que se encuentra en constante cambio y evolución, por lo que los objetivos y funciones de la misma tienden a adecuarse al marco histórico-social dentro del cual

se desenvuelve. Sin embargo, algunos autores hablan de una cierta estabilidad en el denominado ciclo vital de la familia, que marca su rumbo evolutivo.

Con algunas pequeñas variaciones en general se han planteado las siguientes etapas del ciclo vital familiar:

- Formación o constitución.
- Expansión o extensión (nacimiento de los hijos, distintas etapas y tareas de atención a los mismos: preescolar, escolar, adolescente, etc.)
- Contracción (los hijos constituyen su propia familia, etapa del nido vacío, etc.)
- Disolución (muerte de uno de los cónyuges.)

Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos estamos refiriendo al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto (Tello & Montalvo, 2015, p. 34-35)

2.1.3. Teorías sobre factores predictores de funcionalidad familiar

Existen algunas teorías que fundamentan la presencia de algunos factores que influyen en la percepción del adulto mayor sobre su funcionalidad familiar. Así tenemos:

Teorías Sobre el Envejecimiento

La Teoría de la Desvinculación: Sostiene que los adultos mayores presentan un declive de sus habilidades a medida que envejecen y en ese mismo grado se va desvinculando, distanciándose de su grupo social, empezando con una reducción de actividades que tienen que

ver con la competitividad y con la productividad y tiene claro sentido adaptativo realista que por lo demás, es aceptado y practicado a su vez también por parte de la sociedad que va acomodando sus demandas, expectativas y encargos al progresivo deterioro que produce el envejecimiento.

La Teoría de la Actividad: Sostiene que cuanto más activo se mantenga el anciano, más satisfactoriamente envejecerá. Es en realidad el auto concepto y la auto estima, que depende de las actividades (entiéndase roles) que son típicas de la edad madura, que deja de ejercer esas actividades verá desaparecer su prestigio, su poder, su imagen. Esta pérdida refleja no sólo en el plano social sino incluso en el área familiar; donde el anciano debe ocupar nuevos roles.

La Teoría de los Roles: Indica que en la sociedad a lo largo de nuestra vida, desempeñamos un gran número de roles, que nos definen tanto socialmente hacia afuera como personalmente para nosotros mismos. Donde el grado de adaptación de un individuo al proceso de envejecer depende de cómo vaya haciéndose cargo de los cambios correspondientes en los roles que las creencias sociales le van asignando según su edad. Esto dependerá de las experiencias, capacidades y personalidad, del anciano, para que puedan vivir con dignidad y satisfacción.

La Teoría de la Continuidad: Refiere que a medida que vamos envejeciendo, nos vamos haciendo cada vez más aquello que ya éramos, es decir, la persona de edad es, en definitiva, lo que fue haciéndose desde que nació; por ende, a medida que envejecemos, pues, los rasgos y características centrales de la personalidad se van acentuando más y más y van ganado peso los valores previamente mantenidos.

Así mismo, comienza a ponerse más rígido en la persona porque es más estable y menos voluble en cuanto a su personalidad, considerándose esto como algo beneficioso, pero a la vez limitante para aceptar cambios, sobre todo de creencias e ideas.

La Teoría de la Subcultura: Explica la causa del aislamiento desde otra perspectiva en la población de ancianos. Sostiene que las personas de edad avanzada tienen tendencia a interactuar más entre sí que con grupos de edad diferente.

2.1.4. Teorías que Intervienen en la Funcionalidad Familiar

Teoría Psicoanalítica: El desarrollo del ser humano se forma de etapas, pero se engrandece con el ambiente. Donde cada etapa del desarrollo implica una dificultad, lo que se denomina crisis de madurez, que cada sujeto, cada persona deberá resolver, añade el factor que explica que se superen o no se superen va a ser la interacción entre las características propias de cada uno y el ambiente social y familiar en el que vive. Si éstas son buenas experiencias somos personas capaces de superar conflictos y determinadas situaciones. Si por el contrario, son experiencias traumáticas o reprimidas no sabremos afrontar determinadas situaciones.

Teoría Estructural del Funcionamiento Familiar: Refiere que la familia tiene un enfoque sistémico, esta perspectiva hace necesario tener en cuenta sus características, como sistema en su totalidad, con una finalidad, formado por seres vivos, complejos en sí mismos, en el que se debe tener en cuenta que este sistema familiar es más que la suma de cada uno como individuo, que en él se genera un proceso de desarrollo, que permite su crecimiento en complejidad y en organización; que debe tomar en cuenta una perspectiva multigeneracional en el que un evento histórico o situacional afectará a los miembros del sistema familiar, en diferente grado, pero al final todos serán de cierta manera modificados por esta situación. Estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros.

Teoría Sociológica: Refiere que la familia, como red social primaria es esencial en cualquier etapa de la vida; ella como grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad, íntimamente ligada y condicionada por el desarrollo y equilibrio de la sociedad. Podemos suponer que lo verdaderamente importante no es el medio familiar en sí mismo, sino la educación que se recibe dentro de él; es esta influencia educativa la que asume una significación valedera para el resto de la vida, aun cuando puede sufrir importantes modificaciones a lo largo de la experiencia vital del anciano y su inserción en los diversos contextos sociales

Teoría de Bowen: Indica que el nivel de diferenciación se encuentra involucrado dentro del sistema familiar. Una persona anciana con un nivel de diferenciación alto puede ver lo que ocurre en la familia desde una perspectiva distante y hacer un análisis más objetivo, mientras que un anciano indiferenciado, cuando ocurre algún evento familiar reacciona con cierta emoción, como: Coraje, resentimiento, culpa, etc. (Del Aguila & Huanci, 2013, p. 35-38)

2.1.5. Funcionamiento Familiar Según Smilkstein

Para la valoración del funcionamiento familiar se han desarrollado diferentes enfoques que intentan explicar las funciones de la familia, uno de ellos es el Enfoque Estructural Funcional de Marilyn Friedman, filósofa estadounidense que hizo importantes aportes con su modelo estructural funcional de la familia.

Este enfoque analiza las características estructurales de la familia a través de la organización, distribución y la relación mutua de los miembros de la familia, y refiere que el estado funcional familiar es lo que la familia hace para llegar a la satisfacción de las necesidades de los miembros individuales y la sociedad mediante la realización de las funciones afectivas, de socialización y

colocación en sociedad, función de reproducción, económicas y por último la de atención a la salud.

Este modelo presenta a la familia como una unidad total con internaciones de sus integrantes, así mismo, la interacción hacia otras instituciones de salud y educativas. Por otro lado, otros autores (Virginia Satir, Evelyn Duvall) refieren que para la comprensión tanto de la estructura como del funcionamiento familiar, es importante considerar el ciclo de vida familiar y la etapa en la que se encuentra en el momento de hacer la valoración el profesional de la salud, ya que este proceso implica la búsqueda de cambios funcionales y diferenciación estructural dentro de la familia dado por el mismo desarrollo del ciclo familiar, o bien para la adaptación a factores estresantes como; la presencia de una enfermedad crónica, la muerte del conyugue, divorcio, entre otros.

Para fines de esta investigación, se consideró la valoración de la función familiar desarrollado por Gabriel Smilkstein, Medico de la Universidad de Washington, que en 1978 creo el APGAR familiar en el cual se inspeccionan cinco áreas relacionadas con la integridad funcional de la familia. Según Smilkstein el conocimiento de la estructura y el funcionamiento familiar juegan un papel importante en el entendimiento del individuo con problemas de salud, debido primordialmente al apoyo que proporcionen los miembros de la familia cuando es necesario Smilkstein contempla en la estructura familiar al paciente y una o más personas, y se basa en los tipos de forma familiar como: la familia nuclear; las que incorporan una o más miembros de la familia de origen (familia extensa); familias de un solo padre; familias reconstituidas y otras.

Para él la función familiar es la acción que promueve el crecimiento emocional y físico, así como la madurez de cada uno de los miembros de la familia.

Con la finalidad de establecer los parámetros por medio de los cuales la salud funcional de la familia se puede evaluar, Smilkstein eligió cinco componentes básicos de la función familiar; esta decisión le permitió el desarrollo de un paradigma que puede ser comparado con el sistema de órganos del cuerpo, en la que cada componente tiene una función única pero al mismo tiempo cada una se interrelaciona con el todo. Es por ello, que la familia funcional puede considerarse como una unidad que demuestra integridad en todos los componentes. La definición de los componentes contemplados son los siguientes:

- **ADAPTACIÓN:** Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **PARTICIPACIÓN:** O cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **GRADIENTE DE RECURSOS:** Es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **AFECTIVIDAD:** Es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- **RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía. Para la valoración de los componentes antes mencionados, Smilkstein diseñó un instrumento llamado APGAR Familiar, que consta de cinco preguntas una para cada

componente, graduadas en una escala de 0 a 10 puntos que proveen información acerca del funcionamiento familiar (Tello & Montalvo, 2015, p. 36-38)

2.1.6. Apgar familiar

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar. Promueven el interés o expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente y el profesional de salud, permitiendo la comprensión del entorno y de contexto de su familia para buscar el mejor modo de ayuda que se puede brindar a la persona como un todo.

Permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuales el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar en el proceso salud – enfermedad, por lo que representan elementos indispensables en la práctica ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general. Los instrumentos que el médico familiar tiene a su disposición son amplios, debiendo ser usados según la necesidad del paciente y el ambiente que el especialista detecte en la consulta cotidiana. Dentro de los instrumentos más usado tenemos: Apgar familiar, Genograma, Ecomapa y la Ficha Familiar. En esta oportunidad nos referiremos específicamente al Apgar Familiar.

2.1.6.1. ¿Qué es el Apgar Familiar?

El Apgar Familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en el cual el entrevistado coloca su opinión

al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas claves considerados marcadores de las principales funciones de la familia. Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el Doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington, quien basándose en su experiencia como médico de familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la Función Familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Este test fue denominado “APGAR FAMILIAR” por ser una palabra fácil de recordar a nivel del personal de salud, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación del recién nacido propuesto por la Doctora Virginia Apgar, en que se denota una evaluación rápida y de fácil aplicación. Los instrumentos de atención a la familia ofrecen una apreciación gráfica de la familia y sus relaciones, lo que permite al profesional de salud desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico. Dichos instrumentos promueven la expresión de sentimientos entre el informante y el prestador, permitiendo contextualizar los eventos que aparecen en cada familia y haciendo fluida la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes.

2.1.6.2. ¿Para Qué Sirve el Apgar Familiar?

El Apgar Familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de la familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importantes en contexto como la práctica ambulatoria, en el cual no es común

que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas.

2.1.6.3. ¿Qué Utilidad tiene el Apgar Familiar?

Con este instrumento los integrantes del equipo de atención integral pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. Se ha utilizado el APGAR FAMILIAR como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como en el embarazo, depresión del post parto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de salud y seguimiento de las familias.

2.1.6.4. ¿Que Evalúa el Apgar Familiar?

El Apgar Familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importante para el autor. Estas cinco funciones son:

FUNCIONES	CONTENIDOS
Adaptación	Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extra familiares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.
Participación	Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.
Ganancia	Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.

Afecto	Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.
Recursos	Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.

Un atractivo adicional de esta escala es que también funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Ello permite al profesional de salud asimilar mejor los contenidos propuestos, recordando mejor la función familiar a la que cada pregunta del test de referencia. La validación inicial del APGAR familiar mostro un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless – Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR FAMILIAR se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilan entre 0.71 y 0.83 para diversas realidades.

2.1.6.5. ¿Cuándo debe emplearse el Apgar Familiar?

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR familiar se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios. En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos: Pacientes poli sintomáticos, en los cuales se percibe un componente predominantemente psicosocial en las dolencias, particularmente en la ansiedad y depresión; en Grupos familiares o individuos consultadores crónicos. Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas. En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan a un elemento problemático.

2.1.6.6. *¿Cómo se Aplica el Apgar Familiar?*

Para el registro de los datos el APGAR familiar muestra un formato. El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicara el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca; 1: Casi Nunca.

2: Algunas Veces; 3: Casi Siempre.

4: Siempre (Palomino, Y. y Suarez, M. 2006).

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DEL APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a. El tiempo para estar juntos, b. Los espacios en la casa, c. El dinero.					

2.1.6.7. *¿Qué Información puede obtenerse del Apgar Familiar?*

Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace a lo específico. Debe tenerse en cuenta que este cuestionario no tiene una precisión absoluta, aun cuando constituye un instrumento que le proporciona al profesional que atiende a la familia. Por ello una recomendación importante es no considerar los grados de disfuncionalidad mostrados si no considerar preferentemente los resultados como una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Adicionalmente, es recomendable que el APGAR sea siempre utilizado conjuntamente con el conocimiento y la aplicación del familiograma, el ciclo vital familiar y otros elementos que permitan contextualizar mejor los resultados (Palomino & Suarez, 2006, p. 48-57)

ESCALA PARA LA CALIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA, DE ACUERDO AL APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN	PUNTAJE
Buena Función Familiar	18 – 20
Disfunción Familiar Leve	14 – 17
Disfunción Familiar Moderada	10 – 13
Disfunción Familiar Severa	9 o menos

2.1.7. La Familia

Es la unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno.

2.1.7.1. *La familia y su tipología*

Es conocido por todos a través de la historia, que la vida familiar ha estado presente a lo largo de todo el desarrollo y evolución de la humanidad, es por esto que podemos decir que la familia constituye un fenómeno universal, presente en cada uno de los tipos de sociedad, sin exceptuar aquellas educativas completamente contrarias a las nuestras. Son muchas las definiciones que existen de familia pero la mayoría plantea que es la estructura social básica donde padres e hijos / as se relacionan. Cuya relación se representa con los lazos afectivos fuertes en donde sus miembros forman una comunidad de vida y amor.

Cabe resaltar, que existen diversos tipos de familia los cuales nos dan una idea clara, precisa y concisa de cómo están conformadas las familias actualmente. Según el tipo de familia identificado en un hogar se puede de manera inmediata especificar la dinámica familiar que en este hogar se está llevando. Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido los tipos de familias:

2.1.7.1.1. *La familia nuclear o elemental*

Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

2.1.7.1.2. *La familia extensa o consanguínea*

Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

2.1.7.1.3. La familia monoparental

Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

2.1.7.1.4. La familia de madre soltera

Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

2.1.7.1.5. La familia de padres separados

Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

2.1.7.1.6. La Familia reconstituida

Familia en la que dos adultos previamente separados o divorciados se hacen cónyuges, y por lo menos uno de ellos tiene hijo(s) de su compromiso anterior que lleva a vivir al hogar común, pudiendo tener o no nueva descendencia.

2.1.8. La familia como sistema

Podríamos definir la familia desde la perspectiva sistémica como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior. En esta definición se contemplan varios aspectos fundamentales de la teoría de sistemas: la familia como sistema total configurado por subsistemas, la familia como sistema abierto que se autorregula por reglas de interacción y, finalmente, la familia como sistema en constante transformación e interacción con otros sistemas. La familia como sus miembros son en sí mismos un todo y simultáneamente una parte de un todo supra ordinal. La familia es un sistema formado por seres vivos, que es más que la suma de ellos como individuos, que tiene un proceso de desarrollo que permite su crecimiento y complejizarían de su organización, y en el que diferentes influencias pueden producir efectos similares. Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y dinámica familiar.

2.1.9. Los procesos del sistema familiar

Comunicación, roles y reglas. La estructura de relaciones de la familia es mantenida y se manifiesta a través de los procesos del sistema familiar: la comunicación, los roles y las normas (reglas). El intercambio de inputs y outputs entre los subsistemas familiares es controlado y cumplido a través de estos procesos familiares. A propósito de la comunicación, nos limitamos aquí a subrayar que empleamos aquí este concepto para denotar el intercambio de símbolos significativos, vocales y gestuales. Puede considerarse que una familia tiene un estilo característico de comunicación. Estos modelos característicos de interacción operan dentro de los límites de la familia y en transacciones con sistemas externos. Por lo tanto, una familia

individual tiene un sistema único de modelos de comunicación que influye fuertemente en la conducta de sus miembros. Los roles son usados continuamente como proceso para ordenar la estructura de relaciones dentro de la familia. Normas o reglas son impuestas para garantizar que se viva a la altura de los roles y se imponen sanciones positivas y negativas para asegurar que las normas se cumplan. Las normas y reglas son la expresión observable de los valores de la familia y/o la sociedad. Mientras más congruentes son la comunicación, los roles, las reglas y los valores de un sistema familiar, más funcional es éste. Para que exista una familia se requiere una cantidad mínima de congruencia entre estos procesos. Así, vemos que las funciones, la estructura y procesos familiares están vitalmente interrelacionados. Patrones de comportamiento y sistema de creencias. Los patrones de comportamiento de una familia definen tanto los límites como la estructura de la familia, siendo aquéllos repetitivos y estables, fruto de las interacciones entre todos los subsistemas familiares y de éstos con el medio. Y es muy importante subrayar que son patrones aprendidos de las familias de origen que los miembros individuales tienden a aportar cuando forman una familia nueva. Los patrones de comportamiento ofrecen una visión estable de la realidad, proporcionando un sentimiento confortable para los miembros de la familia, así como les ofrece información del interior y del exterior del sistema familiar (Tello & Montalvo, 2015, p. 28-33).

2.1.10. Adulto Mayor y Funcionalidad Familiar

En la etapa final de la vida, la familia representa para los adultos mayores, un ámbito en el que se refugian y del que esperan recibir auxilio, compañía, asistencia y cariño, depositando mayor expectativa en sus hijos y nietos que en sus pares. Cuando esta premisa no se cumple provoca en la mayoría de los casos situaciones de depresión, angustia y sentimientos de soledad

y abandono. De esta manera el vínculo familiar con relación al adulto mayor, ha jugado y seguirá jugando un papel esencial en la vida a pesar de los cambios que puedan experimentar las sociedades modernas. A través de ella, los individuos se relacionan con la estructura social, cada integrante de la familia desempeña un rol socializador fundamental. Por otra parte la familia es una institución que experimenta permanentes transformaciones, mostrando esfuerzos por adaptarse a la evolución permanente del contexto social. Así mismo, cuando la salud del adulto mayor comienza a escasear también se produce un cambio en el desempeño de sus roles sociales y familiares, aquí es mucho más fuerte el sentimiento de aislamiento social cuando no hay un soporte familiar que lo contenga. El adulto mayor y los familiares deben adaptarse y modificar reglas del hogar, generándose situaciones de estrés, por lo que pueden aparecer nuevos subsistemas: Alianzas entre el abuelo y los nietos o entre abuelo y padre o madre, perturbando el sistema parental. Tomar en cuenta que cada familia es diferente, razón por la cual el abordaje y la evaluación deben hacerse de manera individual, tomando en cuenta sobre todo, la dinámica familiar y el tipo de relación que existe entre el adulto mayor y el cuidador. Los ancianos se retiran de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción del compromiso con las normas y valores. La ruptura, en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como: alejamiento de las conexiones personales establecidas en el trabajo (Con la pérdida del rol laboral), carencia afectiva percibida con los hijos, y escasez en lo que se refiere a los enlaces con parientes y amigos que se van dejando por el camino como consecuencia de la distancia o la muerte. Conjuntamente estos aspectos desarrollan carencias de tipo afectivo por déficit de interacción y contacto familiares (Huanci Romero & Del Aguila, 2013, p. 26-27)

III. METODO

3.1. Tipo de Investigación

Se utilizara el Estudio Descriptivo para detallar la funcionalidad familiar que se encuentra en los pacientes y Cuantitativo debido a que se le asigna un valor numérico a los datos obtenidos del test del Apgar Familiar. El diseño es No Experimental por que se basa en la observación tal cual se da el fenómeno y de Corte Transversal porque se recolecta datos en un solo momento y tiempo único.

3.2. Ámbito Temporal y Espacial

Este estudio se llevó a cabo durante en el mes de Julio del 2018 en los diferentes servicios del Centro de Salud “Conde de la Vega”, ubicado en Jr. Conde de la Vega 488, distrito de Cercado de Lima, departamento de Lima, Perú.

El centro de salud pertenece a Diris Lima Centro este establecimiento de salud del 1° nivel brinda atención de salud integral con calidad y calidez, ofrece los siguientes servicios: Medicina General, Nutrición, Rayos X, Inmunizaciones, CRED, TBC, Medicina Física y Rehabilitación, Ginecología, Tópico de enfermería, Toma de muestra, Farmacia, Salud Mental, Odontología y Servicio Social.

3.3. Variables

Funcionalidad Familiar.

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Población de Estudio

La población de este estudio estuvo conformada por adultos mayores que asisten al Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”. La población total fue de 124 adultos mayores que asisten al establecimiento de salud.

3.4.2. Muestra de Estudio

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó un muestreo probalístico aleatorio simple por lo tanto se aplicaron los instrumentos a un total de 65 adultos mayores para identificar la funcionalidad familiar.

3.5. Instrumento

Estos datos fueron recopilados por cada adulto mayor mediante una entrevista que se utiliza el test del Apgar Familiar que midió el tipo de Funcionamiento Familiar cuyas dimensiones son la adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y capacidad resolutive el instrumento tiene una escala de medición de tipo ordinal y contiene 5 enunciados con opciones múltiples 5 categorías que definen el Funcionamiento Familiar; este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación del test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la Función Familiar. La validación inicial del APGAR familiar se efectuó con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice

de correlación de 0.80. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

El APGAR familiar se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar: Para el tipo de funcionamiento familiar: Total 10 puntos (5 ítems):

Funcionalidad normal: 7 – 10 puntos.

Disfunción moderada: 4 – 6 puntos.

Disfunción grave: 0 – 3 puntos.

3.6. Procedimiento

Proceso de Recolección de Datos:

Fase 1: Para la recolección de datos se presentará el proyecto al departamento de enfermería para la autorización correspondiente.

Fase 2: Se coordinará con el personal de enfermería y doctores del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja” para verificar la fecha y hora de la aplicación del instrumento a los pacientes adultos mayores atendidos.

Fase 3: Aplicación del instrumento a los pacientes adultos mayores atendidos.

3.7. Análisis de Datos

3.7.1. Procesamiento de Datos

Para el procesamiento y análisis de datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenaran y procesaran en una computadora personal, los datos recolectados a través de los instrumentos serán procesados de manera automatizada, utilizando el programa Software SPSS versión 16.0 para el vaciamiento de datos obtenidos, creación de tablas y gráficos que serán utilizados en el proyecto de investigación.

3.7.2. Análisis de Información

Con toda la información recolectada gracias al instrumento se inició a la agrupación para determinar el Objetivo del problema. Tuvieron 3 fases; la primera se realizó el vaciamiento de datos recopilados durante la entrevistas en el programa SPSS, en la segunda fase se inició a cruzar la información y la tercera fase son los resultados se ilustrarán mediante tablas estadísticas de entrada simple y doble, de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, considerando sus respectivos gráficos de frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

3.7.3. Aspectos Éticos

Respeto: Se aceptará la decisión del personal de enfermería sobre la participación en la investigación y el instrumento. Así mismo, los datos obtenidos serán utilizados solo con fines de investigación. **Beneficencia:** El instrumento utilizado para la disfuncionalidad familiar no causará daño al paciente del Centro de Salud. **Justicia:** Se aplicará a todo el personal sin distinción de raza, sexo, credo o cultura. **No maleficencia:** No causa daño la aplicación del instrumento. **Autonomía:** El instrumento será aplicado de manera individual.

IV. RESULTADOS

4.1. Características Sociodemográficas de los Encuestados

Tabla 1

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	44	67,7
Masculino	21	32,3
Total	65	100,0

FUENTES: Encuesta Realizadas.

Tabla 2

Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	7	10,8
Casado (a)	27	41,5
Conviviente	31	47,7
Total	65	100,0

FUENTES: Encuesta Realizadas.

Tabla 3

Edad

	Frecuencia	Porcentaje
58 – 60 años	11	16,9
61 – 70 años	34	52,5
71 – 80 años	15	23,1
81 – 86 años	5	7,5
Total	65	100,0

FUENTES: Encuesta Realizadas.

Tabla 4
Grado de Instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	2	3,1
Primaria incompleta	3	4,6
Secundaria completa	42	64,6
Secundaria incompleta	4	6,2
Superior completa	3	4,6
Superior incompleta	2	3,1
Sin instrucción	9	13,8
Total	65	100,0

FUENTES: Encuesta Realizadas.

En cuantos a los datos generales según el sexo al 100%, el 67.7 es de sexo femenino y 32.3% es de sexo masculino (Tabla N°1); según el estado civil del adulto mayor es 41.5% son casados, el 47.7% son convivientes y el 10.8% son solteros (Tabla N°2); según la edad al 100%, el 52.5 es de 61 – 70 años, el 23.1% es de 71 – 80 años, el 58 – 60 años es de 16.9, el 7.5% es de 81 – 86 años (Tabla N°3); según el grado de instrucción de los encuestados el 64.6% es de secundaria completa, el 13.8% es de sin instrucción, el 6.2% es de secundaria incompleta, el 4.6% es primaria incompleta y superior completa y 3.1% es de primaria completa y superior incompleta (Tabla N°4).

4.2. Características de los Datos Familiares de los Encuestados

Tabla 5
Vive con

	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	5	7,7
Hijo (a)	28	43,1
Nieto (a)	32	49,2
Total	65	100,0

FUENTES: Encuestas Realizada.

Tabla 6
Tipos de Familia

	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	7	10,8
Mono Parental	8	12,3
Nuclear Modificada	2	3,1
Extensa	32	49,2
Extensa Modificada	16	24,6
Total	65	100,0

FUENTES: Encuesta Realizadas.

En cuanto las características de los datos familiares según tipos de familia al 100%, con la persona que vive el 49.2% vive con su nieto, el 43.1% vive con su hijo, el 7.7% vive con su pareja (Tabla N°5); en familia extensa es 49.2%, en familia extensa modificada es 24.6%, en familia mono parental es 12.3%, en familia nuclear es 10.8% y nuclear modificada es 3.1% (Tabla N°6).

4.3. Descripción de las Dimensiones del Apgar Familiar de los Encuestados

Tabla 7
Adaptabilidad

	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	13	20,0
Algunas Veces	31	47,7
Casi Siempre	14	21,5
Siempre	7	10,8
Total	65	100,0

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

En cuanto las dimensiones del Apgar familiar al 100%, la dimensión de Adaptabilidad con la cual se valora la satisfacción de la persona con relación al apoyo recibido por la familia, se evidenció que el 20.0% de los encuestados manifestó estar nada satisfecho, el 47.7% de los

encuestados manifestó estar algunas veces satisfecho, el 21.5% de los encuestados manifestó estar casi siempre satisfecho y el 10.8 restante manifestó que siempre está satisfecho (Tabla N°7).

Tabla 8
Participación

	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	6	9,2
Algunas Veces	23	35,4
Casi Siempre	24	36,9
Siempre	12	18,5
Total	65	100,0

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

En la dimensión de Participación con la cual se indaga la satisfacción del miembro de la familia con relación a la forma en que la familia le habla de las cosas y comparte los problemas con él, el 9.2% (6) de los encuestados manifestó que casi nunca no participa, el 35.4% (23) de los encuestados manifestó que algunas veces participa, el 36.9% (24) de los encuestados manifestó casi siempre participa y el 18.5% (12) restante que siempre participa (Tabla N°8).

Tabla 9
Ganancia

	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	5	7,7
Algunas Veces	25	38,5
Casi Siempre	17	26,2
Siempre	18	27,7
Total	65	100,0

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

En la dimensión de Ganancia o crecimiento o que evalúa la satisfacción de la persona con el apoyo recibido por su familia ante el deseo de emprender una nueva actividad o dirección, el

7.7% (5) de los encuestados manifestó estar nunca satisfecho, el 38.5% (25) de los encuestados manifestó estar algunas veces satisfecho, el 26.2% (17) de los encuestados manifestó que casi siempre se encuentran satisfecho y el 27.7% (18) de los encuestados manifestó estar siempre satisfecho (Tabla N°9).

Tabla 10

Afecto

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1,5
Casi Nunca	5	7,7
Algunas Veces	20	30,8
Casi Siempre	24	36,9
Siempre	15	23,1
Total	65	100,0

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

En la dimensión de Afecto que valora la expresión y respuesta de emociones entre la persona y su familia, el 1.5% (1) de los encuestados manifestó estar nunca satisfecho, el 7.7% (5) de los encuestados manifestó estar casi nunca satisfecho, el 30.8% (20) de los encuestados manifestó que algunas veces se encuentra satisfecho, el 36.9% (24) de los encuestados manifestó que casi siempre se encuentra satisfecho y el 23.1% (15) de los encuestados manifestó que siempre se encuentra satisfecho (Tabla N°10).

Tabla 11

Recursos

	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	4	6,2
Algunas Veces	16	24,6
Casi Siempre	23	35,4
Siempre	22	33,8
Total	65	100,0

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

En la dimensión de Recursos que indaga a cerca de la satisfacción de la persona con la forma en que comparte tiempo, espacio y dinero con su familia, que el 6.2% (4) de los encuestados manifestó que casi nunca se encuentra satisfecho, el 24.6% (16) de los encuestados manifestó que algunas veces se encuentra satisfecho, el 35.4% (23) de los encuestados manifestó que casi siempre se encuentra satisfecho y el 33.8 (22) de los encuestados manifestó que siempre se encuentra satisfecho (Tabla N°11).

4.4. Percepción de la Funcionalidad Familiar de los Encuestados

Tabla 12
Contingencia Según el Sexo

		ADAPTACIÓN				Total
		Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre	
Sexo	Masculino	6	22	9	7	44
	Femenino	7	9	5	0	21
Total		13	31	14	7	65

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

Tabla 13
Contingencia Según el Sexo

		PARTICIPACIÓN				Total
		Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre	
Sexo	Masculino	5	13	16	10	44
	Femenino	1	10	8	2	21
Total		6	23	24	12	65

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

Tabla 14
Contingencia Según el Sexo

		GANANCIA				Total
		Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre	
Sexo	Masculino	3	15	12	14	44
	Femenino	2	10	5	4	21
Total		5	25	17	18	65

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

Tabla 15
Contingencia Según el Sexo

		AFECTO				Total
		Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre	
Sexo	Masculino	4	14	14	12	44
	Femenino	2	6	10	3	21
Total		6	20	24	15	65

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

Tabla 16
Contingencia Según el Sexo

		RECURSOS				Total
		Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre	
Sexo	Masculino	3	11	15	15	44
	Femenino	1	5	8	7	21
Total		4	16	23	22	65

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

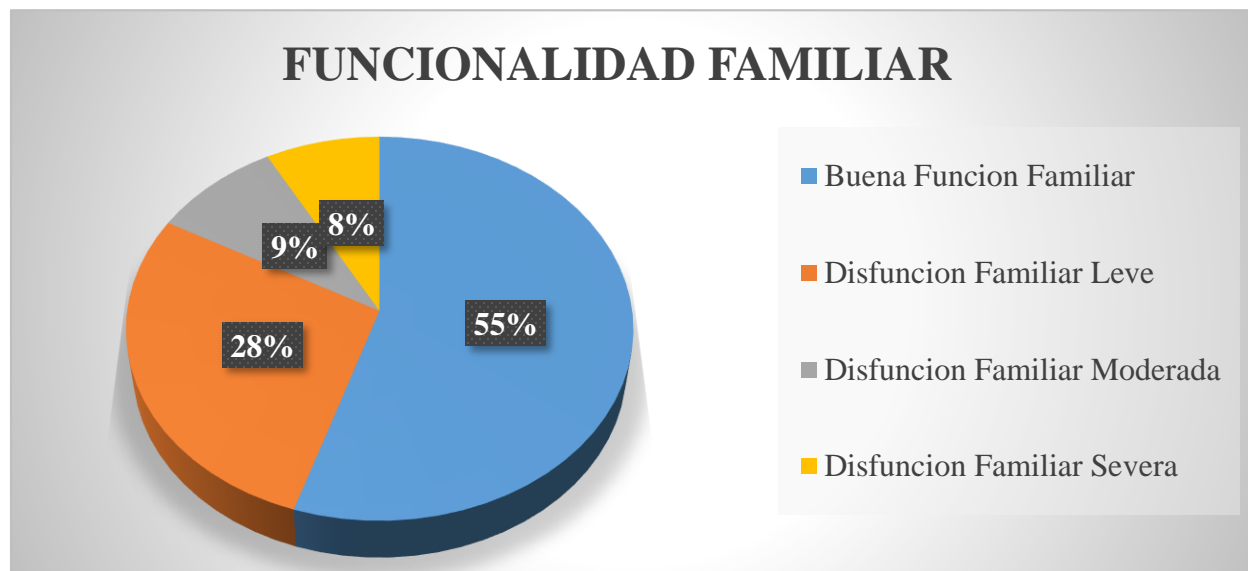
Tabla 17
Funcionalidad familiar

	Número (N)	Porcentaje (%)
Buena Función Familiar	36	55
Disfunción Familiar Leve	18	28
Disfunción Familiar Moderada	06	9
Disfunción Familiar Severa	05	8
Total	65	100,0

FUENTES: Instrumento APGAR Familiar.

Del total de encuestados el 55% (36) percibe su familia con buena función familiar, el 28% (18) percibe una disfuncionalidad familiar leve, el 9% (6) percibe una disfuncionalidad familiar moderada, 8% (5) percibe una disfuncionalidad familiar severa (Tabla N°17).

GRAFICO N°1



FUENTES: Tabla N°17.

V. DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que los adultos mayores de Cercado de Lima usuarios del Centros de Salud “Conde de la Vega” perciben a su familias con buena funcionalidad. El alto porcentaje de funcionalidad familiar percibida por los adultos mayores del presente estudio se contrasta con los hallazgos reportados por; Troncoso C, Calvo R, Saavedra A, Autores E, Díaz O, Tello M, quienes reportan los valores funcionalidad familiar del 97%, 51%, 98.5%, 39.2%, 47.2%, 45.4% respectivamente, concordante con lo planteado por Sarmiento M donde expone que el 11.5% de los adultos mayores no perciben disfuncionalidad en su familia. Este hallazgo es de gran importancia dado que la buena funcionalidad familiar percibida se considera un factor protector para evitar trastornos propios de la etapa tales como depresión, soledad, desesperanza, entre otros.

En cuanto a la disfuncionalidad familiar percibida por los adultos mayores del estudio se encontró que estos perciben disfuncionalidad familiar severa en un 8%, porcentaje más bajo que los reportados por Sarmiento M. quien informa que en su estudio el 20.2% de las personas encuestadas manifestaron disfuncionalidad familiar severa, y Díaz O. con un 50%. Al momento de la aplicación del instrumento se pudo observar que los adultos mayores que manifestaron tener moderada disfuncionalidad se veían descuidados y expresaban sentirse abandonados por sus familiares. La diferencia de estos resultados podría estar relacionada con aspectos del contexto sociocultural y familiar de los participantes de cada estudio. Con la relación a la edad fue de 61 – 70 años, datos similares a lo planteado por Tello y Díaz O quienes en sus estudios reportaron que la media para la edad fue de la edad de 60 – 70 años. Estos resultados podrían estar relacionados con los cambios demográficos ocurridos en los últimos años a nivel mundial y del país, en concordancia con el aumento de la población adulta mayor, en la que hay un

creciente aumento de los mayores de 60 y más años. Con la relación al nivel de instrucción, se evidencio un significativo bajo nivel de este, en el que el 4.6% no termino la primaria y el 13.8% son analfabetas. Estos resultados coinciden con los reportados por Tello M. en Perú, quien encontró mayor predominio en baja escolaridad en su población de estudio, al igual que Sarmiento M, quien reporta que el 14.9% de su población solo cursaron hasta el 5 año de primaria. Estos resultados podrían ser justificados y aceptados, teniendo en cuenta que para la época en que estas personas debieron recibir educación formal, esta no se consideraba una prioridad, más aun para la población de asentamientos rurales, como es el caso de los adultos mayores estudiados, que la mayoría proceden de esta zona. En cuanto la tipología familiar que predomino fue la familia extensa de 49.2%, datos similares a los reportados por Díaz O quien en su estudio realizado en Cuba, observo que el mayor porcentaje de adultos mayores viven en familia extensa (41.7), a diferencia de los informado por el INEI que muestra que el 45.0% de las familias son hogares de tipo nuclear, después el 25.4% de las familias son tipo extendido.

Los hallazgos también difieren de lo reportado por Saavedra A (22) quien encontró que la tipología familiar fue predominante fue la nuclear. Los resultados obtenidos pueden estar relacionados con las diferentes transformaciones que se han dado en la familia en los últimos tiempos, en el que el factor económico juega un papel importante; pero más por el contexto sociocultural y familiar de los adultos mayores del estudio, en el que aún se conserva la posibilidad de la convivencia intergeneracional propia de la idiosincrasia en el pueblo peruano. En cuanto a las dimensiones o componentes del APGAR los adultos mayores perciben de forma favorable cada uno de estas dimensiones, es decir casi siempre se encontraban satisfechos en cuanto a la adaptabilidad, cooperación y participación, crecimiento, afectividad y capacidad de resolución, se evidenció que la mayoría de adultos mayores se encuentran casi siempre satisfecho

con el apoyo que recibían por parte de su familiares; tomaban en cuenta sus opiniones y sugerencia frente a la problemática que se presentara y eran escuchados, reconocieron que era poco el tiempo que compartían en familia sin embargo estaban satisfechos ya que tenían en cuenta los compromisos y actividades que tenían cada uno de ellos en su día a día. En conclusión al encontrarse niveles adecuados de estas dimensiones de la vida familiar en el adulto mayor, podría presumirse que estos se encuentran a gusto en sus familias y la percibirán como normo-funcionales o con buena funcionalidad, lo que es congruente con el resultado final del estudio. Lo anterior es un hallazgo de gran valor si se tiene en cuenta referentes conceptuales que plantean que la familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada. Se constituye en una fortaleza del estudio el hecho de tomar una muestra representativa de la población y tener un acercamiento real de una situación que antes no se había estudiado en este grupo de personas.

Con relación a las debilidades del estudio se puede resaltar que la inasistencia de los adultos mayores a los centros de vida dificultó la recolección de la información de forma inmediata, por lo que se tuvo que visitar en diferentes oportunidades a un mismo centro de vida; por otro lado la lejanía de algunos centros de vida dificultó su acceso, lo que generó pérdidas de tiempo y retraso en la recolección de la información según lo planeado; y por último debido a el planteamiento y la dinámica del estudio no se pudo observar el contexto familiar en el cual estaban inmersos los adultos mayores.

VI. CONCLUSIONES

- El adulto mayor es un grupo de población con características socioeconómicas, psicoemocionales y biológicas muy complejas; en este trabajo de investigación tuvieron mayor ponderación para generar depresión que los factores familiares.
- La presencia del analfabetismo, el bajo nivel socio-económico y el número de persona con quien vive en una misma casa son datos significativo de gran importancia, para implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual y colectivo a los usuarios de estos centro de vida o población de alto mayor en general y sus familias.
- El Apgar familiar fue mayoritariamente funcional en aquellos adultos mayores que asumieron todas las funciones asignadas, a pesar de no haber sido estadísticamente significativo.
- La mayoría de los adultos mayores perciben una buena funcionalidad en su familia lo que se constituye en un factor protector para este grupo poblacional teniendo en cuenta que en esta etapa de la vida se pueden presentar trastornos físicos y emocionales.
- La buena percepción de elementos propios de la vida familiar como la adaptabilidad, cooperación, satisfacción, afectividad y capacidad resolutiva por parte de los adultos mayores se constituye en un factor de gran importancia dado que se pueden utilizar como factores protectores para evitar alteraciones propias de esta etapa de la vida de las personas, tales como depresión, ansiedad, desesperanza, falta de participación, entre otros.

VII. RECOMENDACIONES

Partiendo de los resultados encontrados se realizan las siguientes recomendaciones:

- Implementar un trabajo multisectorial comprometiendo a familias donde habiten adultos mayores con la finalidad de brindarle una satisfacción total en su entorno familiar y su vida.
- A la Facultad de enfermería se recomienda seguir impulsando acciones con los estudiantes en prácticas formativas, que favorezcan el cuidado del adulto mayor y sus familias.
- A nivel de formación tanto de pregrado y posgrado se recomienda realizar investigaciones de intervención que involucren al adulto mayor y su familia, en los cuales se mida la percepción de estos antes y después de realizar la intervención, con el fin de realizar un estudio más afondo sobre la percepción de la funcionalidad familiar de estas personas.
- Para los centro de salud fortalecer el vínculo familiar con estrategias de motivación e incluir a los familiares o cuidadores en las actividades, con el fin de que se pueda observar el comportamiento de estas personas con relación a su familia e identificar cuáles son las falencias y necesidades.
- A nivel comunitario y distrital articular acciones de gestión a fin de contribuir con la disminución del hacinamiento en estos hogares, mediante la política pública de mejoramiento de la vivienda.

VIII. REFERENCIAS

- Alonso, P., y Sanso, F. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto. *Cubana Salud Pública*, 33(1), 1-16. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>.
- Benjet, C., Rojas, C., Martínez, L., y Robles, R. (2015). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de los subsistemas familiares de pacientes pediátricos hospitalizados por enfermedad crónica. *Redalyc*, 38(4), 259-71. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58241191005.pdf>.
- Calvo, M. M., Hidalgo, P. y Cristhian G. (2017). *Funcionalidad familiar y su influencia con la depresión* (Tesis de Grado). Universidad Tecnológica Indoamerica, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/609/1/TESIS%20DE%20LA%20CARRERA%20CIENCIAS%20PSICOL%20C3%93GICAS%20DE%20HIDALGO%20PAZMI%20CRISTHIAN%20GEOVANNY.pdf>.
- Chagoya, L. (1980). *Manual de Psiquiatría: Psicoterapia Familiar*. España: Karpos.
- Conceptos básicos para el estudio de las Familias. (2005). *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 15-19. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>.
- Del Aguila, E., y Huanci, R. (2013). *Factores Predictores de la Funcionalidad Familiar en Adulto Mayor* (Tesis de Pregado). Universidad Nacional de Amazonia Peruana, Iquitos, Peru. Recuperado de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2164/T-306.87-D53.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Díaz, O., Soler, M., y García, M. (1998). El apgar familiar en ancianos convivientes. *Cubana Medicina*, 14(6), 548 – 53. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v14n6/mgi07698.pdf>.
- Diorki. (1986). *La familia*. España: Nauta.
- Elementos esenciales de la medicina familiar. (2005). *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 13-14. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051b.pdf>.

- Autores, E., Luna, D., García, R., Moreno, M., y Rodríguez, C. (2012). Funcionalidad familiar: Percepción de los adultos mayores de una comunidad rural. *Researchgate*, 14(1), 23 – 28. Recuperado de www.researchgate.net/publication/279861831_Funcionalidad_familiar_Percepcion_de_los_adultos_mayores_de_una_comunidad_rural
- Fleitas, y De la Revilla. (1994). *Funcion y Disfuncion Familiar*. España: Doyma. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_50-59.pdf.
- Gutierrez, R. (2015). El concepto de familia. *Dialnet*, 23(3), 219.
- Imbert Milán, L. M. (2012). *El Entorno del Adulto Mayor*. Cuba: Larousse.
- INEI. (2018). *Situación de la Población de adulto Mayor*. Lima: INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-situacion-de-la-poblacionadulta-mayor_dic2018.pdf
- Informatica, I. N. (s.f.). *Situación de la Población del adultto mayor*.
- Mendes Costa, M. A., y Martins, M. M. (2012). La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto. *Latino-Am. Enfermagem*, 19(3), 1. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_03.pdf.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y Terapia Familiar*. Mexico: Gedisa.
- Palomino, Y., y Suarez, M. (2006). Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR FAMILIAR. *Rampa*, 1(1), 48-57. Recuperado de <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf>.
- Perez Martin, M. M., Delgado Cruz, A., y Naranjo Ferregut, J. (2012). Medio Familiar de los Adultos Mayores. *Ciencias Medicas*, 16(1), 97-104. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n1/rpr12112.pdf>.
- Ruiz Dioses, L., y Campos León, M. (2008). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. *Peruana de Medicina Experimental*, 25(4), 374-79. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a05v25n4.pdf>.

- Saavedra, A., Rangel, S., García, A., Duarte, A., Bello, Y., y Infante, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar. *Sciencedirect*, 23(1), 24-28. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S1405887116300736/1-s2.0-S1405887116300736-main.pdf?_tid=0ee99354-91b9-4a68-a2b9-86e4f7d4836b&acdnat=1551303471_b0975d28ee706d085ea1d52d96b642c7
- Salud, O. M. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Suiza: OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=968BCAC4EC234CB3D5F7218966497610?sequence=1.
- Sarmiento, M., Castro, A., Gómez, A., Cifuentes, A., Fierro, M., y Vigoya, T (2010). Condiciones Socio-Demográfico(as) y Calidad de Vida en Pacientes Mayores. *Orinoquia*, 14(1). 75-88. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/896/89615714008.pdf>
- Suarez, M., y Sinche, E. (2006). Introduccion del Estudio de la Dinamica Familiar. *Rampa*, 1(1), 38-47. Recuperado de <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/RAMPA%20V1N1%20Parte2.pdf>.
- Taylor, R. (2006). *Medicina de Familia: Principios y practicas*. España: MASSON.
- Tello, M., y Montalvo, M. (2015). *Nivel de Satisfaccion del Adulto Mayor con Respecto al Tipo de Funcionamiento Familiar* (Tesis de Grado). Universidad Nacional Mayo de San Marcos, Peru. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4256/Tello_sm.pdf;jsessionid=1F9CE6CB59F12016F2E23D484FFFF180?sequence=1.
- Troncoso Pantoja, C., y Soto Lopez, N. (Chile). Funcionalidad Familiar, Autovalencia y Bienestar Psicosocial de Adulttos Mayores. *horizmed*, 18(1),1-6. Recuperado de <http://www.scielo.org/pdf/hm/v18n1/a04v18n1.pdf>.
- Villarreal Amarís, G., y Month Arriet, E. (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años . *Científica Salud Uninorte*, 28(1). Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3952/3716>.

IX. ANEXOS

Anexo A:

OPERALIZACION DE VARIABLES			
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Funcionalidad Familiar (Variable Ordinal Cuantitativa)	Es la capacidad que tienen cada uno de los integrantes que la conforman para tomar decisiones y asumir responsabilidades como miembros de la familia, logrando el uso efectivo de los recursos intra y extra familiares, en la resolución de problemas, así como la participación en compartir la maduración emocional y física en la autorrealización de sus miembros.	Adaptación	Organización.
		Participación	Implicación.
		Ganancia	Rendimiento.
		Afecto	Apego.
		Recursos	Requerimiento.



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Anexo B:

PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR RELACIONADO CON EL APGAR FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD “CONDE DE LA VEGA BAJA”

ENCUESTA

Tomado de SMILKSTEIN, G. (1978)

PRESENTACION:

Estimado Paciente Adulto (a) Mayor, mi nombre es Pahuara Llacohua, María Luisa soy alumna de 5^{to} año de Enfermería. Estoy realizando mi trabajo de investigación cuyo título es “Percepción de la Funcionalidad Familiar relacionado con el Apgar Familiar en el Adulto mayor del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”, los datos que Ud. Brinda será de carácter ANONIMA exclusivas para la investigación. Por favor, responda a cada pregunta los más sincero posible.

MUCHAS GRACIAS.

Nunca Casi Nunca Algunas veces Casi Siempre Siempre

1. Datos de Identificación:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: años.

Estado Civil:

Soltero(a) () Casado(a) () Conviviente ()

Divorciado(a) () Separado(a) ()

Viudo(a) ()

2. Grado de Instrucción:

Primaria Completa ()

Secundaria Completa ()

Superior Completa ()

Primaria Incompleta ()

Secundaria Incompleta ()

Superior Incompleta ()

Sin instrucción ()

3. Datos Familiares:

Tipo de familia: Nuclear () Mono Parental ()
 Nuclear Modificada () Extensa ()
 Extensa Modificada () Reconstituida ()

Con quien vive: Pareja () Hijo (a) () Nieto (a) ()

4. Apgar Familiar:

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor.					
Me satisface como compartimos en familia:					
a. El tiempo para estar juntos.					
b. Los espacios en la casa.					
c. El dinero.					

LEYENDA: Nunca (N), Casi Nunca (CS), Algunas Veces (AV), Casi Siempre (CN), Siempre (S)

Anexo C:

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 \times N + Z^2 \times P \times Q}$$

DÓNDE:

N: Calcular el tamaño de muestra. **N:** Población de adultos mayores del Centro de Salud de Conde de la Vega Baja – Cercado de Lima: 124.

Z: Nivel de confianza del 95% con valor estándar de 1.96.

P: Proporción estimada de la variable falta de apoyo familiar en la población de adultos mayores del 90%: 0.9. **Q:** Complemento de P: 1 - P: 1 - 0.9 = 0.1.

E: Margen de error de 5%.

REEMPLAZANDO:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.9 \times 0.1 \times 124}{0.05^2 \times 124 + 1.96^2 \times 0.9 \times 0.1}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.09 \times 124}{0.0025 \times 124 + 3.84 \times 0.09}$$

$$n = \frac{42.85}{0.31 + 0.34}$$

$$n = \frac{42.85}{0.65}$$

n = 65.92

La muestra está conformada por 65 adultos mayores atendidos, que fueron encuestados para identificar la funcionalidad familiar.

Anexo D:**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

Yo, _____ con DNI _____ He recibido suficiente información en relación con el estudio, he hablado con el investigador. Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo no aceptar formar parte del estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ellos afecten a mis cuidados médicos.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que me hizo entrega.

Doy mi consentimiento sólo para la extracción necesaria de información en la investigación de la que se me ha informado y para que sean utilizadas exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder éstas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN sobre “PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR MEDIANTE EL APGAR FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA, CERCADO DE LIMA – 2018”, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR