

APGAR FAMILIAR

**-Propuesto por Gabriel Smilkstein 1978
modificado por Liliana Arias (Colombia)**

**-Mide la funcionalidad y solidaridad
familiar**

-A – ADAPTACIÓN: Capacidad de usar
los recursos en pro del bien común y la
ayuda mutua

-P – PARTICIPACIÓN: o compañerismo:
Distribución de responsabilidades entre
los miembros de la familia,
compartiendo solidariamente los
problemas del grupo

-G – GENERATIVIDAD: o crecimiento Es
la maduración de los miembros de la
familia a través del apoyo mutuo

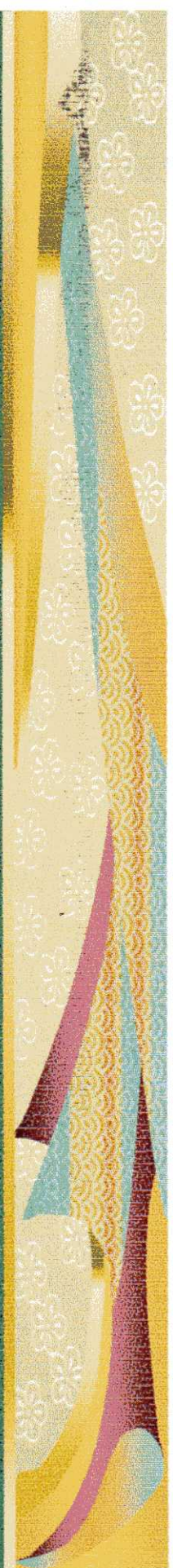
-A – AFECTO: Las relaciones de cuidado
y cariño que debe existir entre los
diferentes miembros de la familia

-R – RESOLUCIÓN: La capacidad de
resolver los problemas del grupo
dedicándoles tiempo a todos los
integrantes de la familia



CUANDO APLICAR EL APGAR FAMILIAR

- **En la segunda cita para ir conociendo el paciente y su grupo familiar**
- **Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente**
- **Exista la sospecha de un paciente somatizador**
- **A los integrantes de una familia que atravieza una crisis del diario vivir**
- **A los miembros de familias problemáticas**



APGAR FAMILIAR

Nombre completo: _____

Edad: _____ Sexo _____ Estado civil _____ Ocupación: _____

Fecha de aplicación: _____

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia es definida como el(los) individuo(s) con quien (es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su "familia" consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta marcar sólo una X en el caso específico para usted

	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 como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia a. El tiempo para estar juntos b. Los espacios en la casa c. El dinero					
¿Usted tiene algún amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigas o amigos					
TOTAL					

- | | | |
|------------------------------|------------------|--------------------------|
| BUENA FUNCIÓN FAMILIAR | 18-20 PUNTOS | <input type="checkbox"/> |
| DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE | 14-17 PUNTOS | <input type="checkbox"/> |
| DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA | 10-13 PUNTOS | <input type="checkbox"/> |
| DISFUNCIÓN FAMILIAR SEVERA | 9 PUNTOS O MENOS | <input type="checkbox"/> |