

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

EL ABANDONO FAMILIAR
DEL ANCIANO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A
JUAN PINEDA OLVERA

MEXICO, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Pag.
I. PROLOGO	
II. INTRODUCCION	
1. Planteamiento del problema.....	9
2. Objetivos generales.....	9
3. Hipótesis.....	10
4. Variables.....	10
5. Campo de investigación.....	10
6. Glosario.....	11
III. MARCO TEORICO	
1. Datos demográficos de la población en México.	
1.1 Estructura por grupos de edad y sexo.....	12
1.2 Esperanza de vida.....	16
2. Organización y funcionamiento de la familia en las áreas urbanas de la República Mexicana.	25
3. La vejez y sus implicaciones a nivel perso- nal y social.	
3.1 Conceptos de vejez.....	40
3.2 Teorías de la vejez.....	45
3.3 Alteraciones biológicas en el anciano.....	52
3.4 Cambios sexuales en el anciano.....	64
3.5 Alteraciones psicológicas en el anciano....	72
3.6 Problemas socioeconómicos del anciano....	77
4. Papel de enfermería en la atención del anciano.....	82
IV. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION	
1. Metodología empleada.....	103
2. Fuentes de obtención de los datos.....	103

3. Descripción de los instrumentos empleados en la recolección de los datos.....	104
--	-----

V. RESULTADOS

1. Lugar de origen y de residencia de los ancianos investigados.....	106
2. Sexo y edad.....	106
3. Estado civil de los ancianos.....	107
4. Religión y escolaridad.....	107
5. Alfabetismo de los ancianos.....	108
6. Hábitos higiénicos del anciano.....	110
7. Indicadores de aceptación o rechazo del anciano por parte de su familia.....	112
8. Organización de la familia del anciano.....	113
9. Problemas sociales de los ancianos investigados.....	114
10. Situación económica del anciano.....	119
11. Problemas de salud de los ancianos estudiados.....	122
12. Situación de los ancianos que están hospitalizados e internados en ellos.....	129
13. Actividades que realizan los ancianos estudiados.....	135
14. Características socioeconómicas de los familiares de los ancianos investigados.....	142

VI. RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Replanteamiento del problema.....	164
2. Conclusiones.....	165
3. Alternativas de solución.....	176

VII. REFERENCIAS

A. BIBLIOGRAFIA.....	180
B. APENDICES:	
Cuestionario No. 1.....	185
Cuestionario No. 2.....	192

I PROLOGO.

El crecimiento de la población en las últimas décadas, en nuestro país ha sido exagerado; por tanto la población senecta ha ido en aumento, en discordancia con los recursos que se tienen disponibles para hacerle frente a la problemática, careciendo de los elementos más esenciales para brindar una atención de calidad.

En la actualidad el anciano ha sido menospreciado, marginado no solo por la sociedad, sino también por su familia de la cual forma parte, llevándolo cada día mas a un inminente abandono .

Los lazos familiares se han visto afectados por factores tanto intrínsecos como extrínsecos, que de no controlarlos a tiempo pueden causar una ruptura mayor. El sistema capitalista mucho ha influido en esta ruptura; en él se considera solo valioso el niño que es el futuro del país, y el adulto que es el presente de la economía; pero que por el hecho de ser anciano no se es valioso?, aquél individuo que ha visto pasar ante sus ojos varias generaciones, de las cuales se ha nutrido y las ha nutrido con sus conocimientos y su experiencia.

Es realmente lamentable ver como cada día egresan personas de 40-50 años del medio productivo, por considerarseles como ancianos y ante esta situación ha hecho algo el sistema socio-económico?

Por lo que respecta al sector salud en el país, poco se ha interesado en el problema y las medidas que se han tomado, han sido solo paliativas, construir lugares de beneficencia pública; cuando el problema de base radica en el hogar, en la familia, ya que aquí es donde debe estar el anciano y no en lugares que son depósito de ancianos.

El profesional de enfermería desempeña un rol de gran importancia en la atención del anciano, brindándole cuidados de calidad en su hogar, orientando a su familia - llevando a cabo actividades encaminadas al diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitándolo logrando así su reincorporación al núcleo familiar.

La atención del anciano solo podrá ser de calidad - cuando su cuidado esté en manos de personas que tengan una amplia preparación científica, experiencia y buena disposición.

El presente trabajo es sencillo, y solo pretende sembrar en el corazón de quienes lo lean, una semilla que tan pronto como germine dará los frutos necesarios que reconfortarán a un anciano, que anhela con ansiedad, se vuelvan los ojos hacia él.

Juan Pinoda Olivera.
Noviembre de 1981.

II. INTRODUCCION.

1. Planteamiento del problema.

Se hace necesario investigar la atención que el profesional de enfermería debe brindarle al anciano, ya que su cuidado ha estado bajo la responsabilidad de personas sin preparación adecuada en el aspecto geriátrico; lo cual da como resultado una atención deficiente.

Lo anterior, unido a la marginación y el abandono del anciano por parte de la familia y la sociedad, crea serios problemas que es necesario resolver.

2. Objetivos generales del estudio.

- A) Hacer precisión respecto al comportamiento demográfico de la población en México.
- B) Señalar algunas características importantes de la organización y funcionamiento de la familia urbana en México.
- C) Investigar las teorías que existen respecto a la vejez.
- D) Dar a conocer algunas de las implicaciones biológicas, psicológicas y socio-económicas de la vejez.
- E) Enfatizar la importancia que tiene la atención de enfermería al anciano.

3. Hipótesis.

- A) La desorganización familiar propicia el abandono del anciano.
- B) Las limitaciones biológicas de la vejez, tienen repercusiones en los aspectos socioeconómicos de la vida personal y familiar del anciano.

4. Variables.

- A) Desorganización familiar.
- B) Abandono familiar del anciano.
- C) Limitaciones biológicas de la vejez.
- D) Repercusión social en la vida del anciano.
- E) Repercusión económica en la vida del anciano.
- F) Repercusión social en la familia del anciano.
- G) Repercusión económica en la familia del anciano.

5. Campo de la investigación.

A) Área geográfica:

- Hospital para enfermos crónicos, Tepic, Jalisco, Méx.
- Asilo de ancianos "Dorotea Torres", S.S.A. Av. --- Azcapotzalco # 59, Tacuba D.F.
- Col. América, delegación Álvaro Obregón, D.F.

B) Grupos humanos:

- 10 ancianos del hospital para enfermos crónicos y su familia.
- 10 ancianos del Asilo "Dorotea Torres" y su familia.
- 3 ancianos de la Col. América D.F. y su familia.

6. Glosario

- a) Colágeno.- Proteína estructural extracelular -- del hueso y del tejido conjuntivo; se disuelve con dificultad y es resistente al ataque de las sustancias químicas.
- b) Clones.- Familias de células genéticamente idénticas, procedentes de una célula precursora mediante división binaria.
- c) Geriatria.- Rama de la medicina que se encarga del estudio de los procesos fisiológicos normales en la vejez; y de las enfermedades y sus efectos en los ancianos.
- d) Involución.- Es la disminución de los fenómenos vitales de la nutrición de los órganos y tejidos, en virtud de la cual la vida celular se embona progresivamente.
- e) Jubilación.- Eximir a una persona de la obligación de trabajar por haber alcanzado la edad reglamentaria y -- por sus años de labor, o por incapacidad física, asignándole una remuneración periódica vitalicia.
- f) Mutación.- Cualquiera de las alteraciones producidas en la estructura o en el número de los genes o de los cromosomas de un organismo vivo y transmitidas a los descendientes por medio de la herencia.
- g) Proceso degenerativo.- Cambio progresivo en el individuo, dando se observan alteraciones irreversibles de las células y los tejidos.

III MARCO TEORICO
1. DATOS DEMOGRAFICOS Y LA POBLACION EN MEXICO.

1.1 ESTRUCTURA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

La distribución de la población de un país esta determinada por varios factores, entre los que se encuentran: económicos, sociales, políticos, ambientales y tecnológicos; que a su vez estan influenciados por el patrón de poblamiento que adopta evolutivamente cada país.

México es un país joven cuyo crecimiento de población va en aumento rápido. Su población estimada oficialmente el 30 de junio de 1979, era de 69 millones 381 mil habitantes, cuando en 1930, por ejemplo -- era de 16 millones 552 mil personas. "Es decir en unos años de 40 años la población del país se ha cuadruplicado, lo que revela un exagerado crecimiento demográfico que de no ser modificado llevará al país a tener una población de 135 millones de habitantes para el año -- 2,000" (1).

La tasa de crecimiento en México experimentó un cambio importante a partir de la década de los veinte y, desde 1960, se ha mantenido alrededor del 3.5% anual. Este resultado fue obtenido por dos fenómenos:

(1) López Acuña, D. La salud desigual en México. P.27.

primero por la disminución de las tasas elevadas de mortalidad general y segundo por el mantenimiento, en ocasiones el aumento de las tasas de natalidad.

"En países capitalistas adelantados tienen aumentos demográficos anuales, siempre menores del 1 % lo mismo sucede con países socialistas de Europa Oriental. A su vez otros países socialistas tienen tasas bajas de crecimiento natural; Cuba 1.5 % y China 1.4 %" (2).

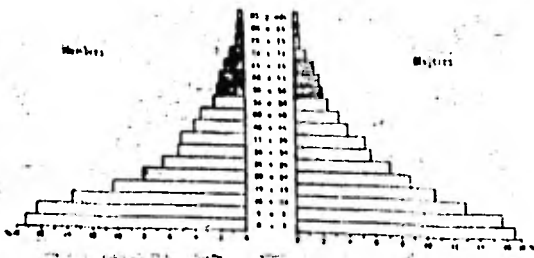
En México en 1975 la tasa de crecimiento natural fue de 3.3 %, en los años posteriores sufrió un ligero descenso, del 3.2 % para 1976, y del 2.9 ó 3 % para el año de 1978. Es importante mencionar que estos datos necesitan ser comprobados por completo, ya que a veces solo pretenden justificar ciertas políticas gubernamentales.

En relación con los datos del censo de 1970, el 46.27 % de la población estaba formada por menores de 15 años, y solo el 13.58 % eran personas mayores de 45 años (Fig. No. 1). Esto significa que la pirámide poblacional sigue ampliándose en su base y a la vez con una cúspide estrecha, altos índices de natalidad y en-

(2) Population Reference Bureau, 1978. World Population Data Sheet. Washington, D.C., 1978. Cit. en López Aun-
Ma. Op. Cit. p. 29.

casos porcentajes de población que alcancen edades avanzadas.

Fig. No. 1
Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales, en la República Mex. (1970).



Fuente: Censo general de población, SIC, Dirección General de estadística, México. Cit. en Fuentes --- Aguilar. Salud y vejez. P. 63.

Comparando las pirámides poblacionales con países - desarrollados e incluso latinoamericanos como Cuba, muestra una distribución mas homogénea de la población. En Estados Unidos y Canadá, por ejemplo apenas un 30% de la población tiene 15 años o menos; Cuba, Canadá y Estados Unidos cuentan con una población de más de 45 años que va del 20 al 30% del total de sus habitantes.

EL GRUPO SENECTO EN LA ESTRUCTURA DEMOGRAFICA.

En lo que respecta al grupo senecto, en nuestro país hasta hace algunos años, había solamente un reducido número de ancianos, pero al ir en aumento el total de la-

población, se ha incrementado también el número de ancianos, lo cual empieza a constituir un verdadero grupo de edad, con caracteres y necesidades diferentes al resto de la población (Cuadro A)

Cuadro A

EDADES		ESTRUCTURA DE LA POBLACION MEXICANA MAYOR DE 60 AÑOS, POR EDAD Y SEXO															
		EN MILLES															
		1930	1940			1950			1960			1970			1980		
			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
60	a 64																
	H	184.7	48.2	204.7	48.8	265.1	47.8	371.9	40.9	451.0	49.1	533.4	50.0				
	M	196.6	51.8	214.7	51.2	289.8	52.2	372.7	50.1	466.7	50.9	504.7	51.4				
	Total	383.3	100.0	419.4	100.0	553.9	100.0	744.6	100.0	917.7	100.0	1 038.1	100.0				
65	a 69																
	H	90.0	51.2	111.2	49.0	161.7	49.2	203.4	49.1	245.3	49.2	493.2	49.2				
	M	85.8	48.8	115.3	51.0	169.4	50.8	210.7	50.0	307.1	50.8	509.7	51.3				
	Total	175.8	100.0	226.5	100.0	331.1	100.0	414.1	100.0	552.4	100.0	1 002.9	100.0				
70	a 74																
	H	69.8	48.3	78.9	48.4	113.5	47.1	161.2	48.3	242.0	49.6	326.0	50.2				
	M	74.7	51.7	84.0	51.6	127.2	52.9	172.0	51.7	246.2	50.4	223.5	49.0				
	Total	144.5	100.0	162.9	100.0	240.7	100.0	333.2	100.0	488.2	100.0	549.5	100.0				
75	a 79																
	H	36.1	51.6	43.9	49.4	62.7	48.7	91.1	48.8	119.5	47.3	145.1	48.5				
	M	33.8	48.4	44.8	50.6	65.8	51.3	94.0	51.5	131.0	52.7	171.0	51.4				
	Total	69.9	100.0	88.7	100.0	128.6	100.0	185.1	100.0	250.5	100.0	316.1	100.0				
80	a 84																
	H	28.2	46.6	29.0	46.4	41.0	47.9	57.0	45.0	80.7	44.0	104.5	41.1				
	M	32.3	53.4	33.4	53.6	51.5	52.1	70.4	55.0	100.2	55.4	131.1	50.7				
	Total	60.5	100.0	62.4	100.0	92.5	100.0	127.4	100.0	180.9	100.0	235.6	100.0				
85	y más																
	H	17.4	46.2	20.5	45.1	20.4	43.9	32.0	47.8	71.4	42.7	80.4	30.4				
	M	20.7	53.8	24.9	54.0	30.8	56.1	40.5	52.2	95.7	57.3	120.8	59.6				
	Total	37.6	100.0	45.4	100.0	60.2	100.0	72.5	100.0	167.1	100.0	201.2	100.0				

Fuente: Fuentes Aguilar. Op. Cit. P. 347

Fuentes Aguilar, analizando la población de México en las últimas etapas de la vida, nos dice lo siguiente: " durante el lapso de 1930 a 1980 se observa que el grupo de 60 a 64 años en términos absolutos se ha incrementado - de 383,356 personas a 1,098,210 es decir, que en un período de 50 años casi se ha triplicado; pero si se analiza el porcentaje que representa este grupo de la población total se aprecia que ha disminuido del 2.3 al 1.7%, esto indica-

que ante el aumento de la población joven el grupo de 60 a 64 años ha disminuido relativamente.

En el grupo de 65 a 69 años el aumento absoluto de personas para el mismo período es de 175,822 en 1930 a 1,002,979 en 1980, es decir se incrementó en un 470% la población de este grupo de edad en 5 décadas y desde el punto de vista del porcentaje que representa con respecto a la población total, también sufre un ascenso pasando del 1.1% en 1930 al 1.6 en 1980. Este hecho se puede interpretar como un reflejo del aumento de la esperanza de vida de la población en general por la implantación de servicios asistenciales en el país" (3).

En el grupo de 70 a 74 años, va de 144,620 personas en 1930 a 649,588 en 1980, lo que representa un aumento -- del 350% para ese lapso, y con respecto para su significado en la población total del incremento es muy débil, del 0.9% al 1.1% para el mismo período.

El grupo de 75 a 79 años pasa de 70,045 personas en 1930 a 320,226 que representa un aumento parecido al del grupo anterior, 355% y desde el punto de vista de la población total tiene un ascenso apenas notable, del 0.5 al 0.6 por ciento.

El grupo de 80 a 84 años tuvo 60,578 personas en --

(3) Fuentes Aguilar, Luis y Fuentes Aguilar, Raúl. Salud y vejez. P. 67 y 68.

1930 y en 1980 232,721 con un incremento del 290% en términos absolutos, pero con respecto a la población total este grupo es el que ha permanecido más estable, ya que en el lapso considerado se ha mantenido en el 0.4%.

El grupo de edad más avanzado (85 y más años de edad) ha pasado de 37,680 en 1930 a 204,068 personas en 1980, -- implicando un aumento del 440%. Este grupo es de los que -- más fuertes incrementos registra; sin embargo al tomar en -- cuenta la población total, el porcentaje se ha mantenido -- alrededor del 0.3% con ligeras variaciones.

Puede observarse un descenso notorio de la población senecta en los últimos grupos de edad, se aprecia asimetría en cuanto al sexo ya que a medida que se avanza en edad, el predominio del sexo femenino es más notorio.

Es importante mencionar que en el grupo de más de 65 años de edad, son comunes los padecimientos crónico-degenerativos y los accidentes, además a los padecimientos de -- aparato digestivo y respiratorio entre otros. (Cuadro B)

«En particular las muertes por cirrosis hepática mantienen a 155 unidades de cada 100,000 personas de ese grupo de edad; por su parte las enteritis y la diabetes mellitus sigue cobrando cifras elevadas de muertes? (4)

(4) López Acuña, D. Op. cit. p. 87.

CUADRO 9.
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL GRUPO DE 65 Y MAS
AÑOS DE EDAD EN MEXICO DURANTE 1975.

Causa	Tasa*
1. Enfermedades del corazón (A 40-94)	1233.4
2. Influenza y neumonías (A 50-92)	510.0
3. Tumores malignos (A 45-60)	478.4
4. Enfermedades cerebrovasculares (A 85)	364.6
5. Diabetes mellitus (A 64)	265.9
6. Enteritis y otras enf. diarreicas (A 5)	248.0
7. Bronquitis, enfisema y asma (A 93)	211.7
8. Cirrosis hepática (E 139-E 146)	156.6
9. Accidentes (A 102)	140.8
10. Enf. de las arterias, arteriolas y va- ros capilares (A 96)	137.0

* Por 100,000 habitantes del grupo de edad.
Fuentes: Compendio de estadísticas vitales de México 1975,
SSA; 1978.

"Al revisar la tendencia de las principales causas de muerte entre la población masculina en edad productiva es decir en hombres de 15 a 64 años y al comparar los patrones de mortalidad de la población general con los de algunos grupos del proletariado urbano compuesto por los desahuciados del IMSS, se encuentran algunos datos de los efectos del trabajo sobre los grupos de población expuestos a sus acciones nocivas" (5).

1.2 ESPERANZA DE VIDA.

"La prolongación de la vida depende desde el punto de vista biológico mucho más del ambiente en el que se vive, que de las indiscutibles influencias hereditarias" (6).

(5) A.C. Laurell, "Proceso de trabajo y salud", en Cuadernos políticos, no. 17, México, 1979. Cit. López Aguilar, D. Op. cit. p. 91.

(6) Fuentes Aguilar, L. Op. cit. p. 76.

Los recursos económicos son importantes, ya que se ha visto que las personas con recursos económicos elevados viven -- mas que los grupos económicamente desposeídos. Además se ha encontrado cierta relación entre la prolongación de la vida y la zona geográfica en la cual se habita, ya que se observa que la gente de zonas rurales vive más que la gente de las zonas urbanas, siendo éstas influenciadas por el ambiente en el que se desenvuelven. Existe relación entre determinados grupos étnicos y regiones que se asocian a la longevidad; los Vilcebambas del Ecuador, la república de Abkhaz en la Unión Soviética, donde los habitantes siguen una dieta diaria de 1,700 calorías en comparación con las 3,300 de la dieta del norteamericano medio. La ingesta de grasas y proteínas animales es baja, alrededor de un 1.5% de la dieta total, mientras que las legumbres, los -- granos y las frutas constituyen la materia prima de la dieta (7).

Además de lo anterior, se ha estimado que el matrimonio tiene influencia sobre la longevidad, ya que la gente casada tiene tasas de mortalidad más bajas que la de los solteros de edad avanzada, viudos o divorciados. Esto al parecer es debido al carácter selectivo del matrimonio y al modo distinto de vida que llevan las personas que viven solas.

(7) "Longevidad y medicina". Revista de Medicina. Vol. #9, 1978, p. 28.

Otro factor que influye en la longevidad es el estado nutricional del individuo, ya que tanto la desnutrición como la obesidad conducen a presentar enfermedades crónicas y muerte prematura. La ocupación influye también, ya que en los ejecutivos la longevidad es diferente a la de las personas que se dedican a labores campesinas.

Existen otros factores que influyen en la longevidad como la calidad de los servicios de protección a la salud que se le brinda a la comunidad; pero quizá el factor más importante está constituido por las medidas que el propio individuo toma para eliminar o controlar los riesgos en que vive.

Actualmente la probabilidad de vivir más ha aumentado gracias a los adelantos científicos, o la disminución de la morbi-mortalidad, lo cual no pretende que el hombre viva más de lo que fisiológicamente le corresponde, sino que el tiempo que viva, lo haga en las mejores condiciones posibles.

El término medio de vida está dado por factores genéticos para cada especie, pero se ha demostrado que los animales de crecimiento lento, viven más que los que crecen rápidamente, por ejemplo muchos mamíferos a los pocos meses de nacer son animales adultos, a diferencia del hombre que es incapaz de defenderse o de proveer sus necesidades vitales hasta una edad relativamente avanzada; depende de su madre y de su familia hasta los 6 o 7 años, --

llega a su madurez sexual a los 15 años y su crecimiento no termina de verdad hasta los 23 o los 25 años; pero es importante destacar que a pesar de lo anterior, el hombre vive más que otros mamíferos inferiores.

El margen de vida está limitado a la duración de la capacidad funcional de órganos y tejidos; esta duración de la vida está calculada de tal forma que el individuo tenga tiempo suficiente para cumplir uno de sus objetivos, el ver por la conservación de la especie mediante la procreación; después de esto el hombre debe desaparecer para dejar el campo abierto a las generaciones que vienen.

Es importante mencionar que la esperanza de vida, está basada en investigar lo que pasaría con 100,000 nacidos vivos que estuvieran expuestos a los mismos riesgos de morir que existen en determinada región y en una época dada.

La esperanza de vida tiene estrecha relación con otros índices socio-económicos. En países donde la esperanza de vida es alta, son bajas las tasas de mortalidad general, la infantil y la debida a enfermedades transmisibles; aquí se tiene prosperidad económica y con alto ingreso per cápita, buena nutrición, adecuada atención médica, escolaridad alta; todo esto en comparación con los países donde la esperanza de vida es baja, porque la situación que se vive es inversa a la que se da en países donde la esperanza de vida es alta (Cuadro C)

Cuadro C

ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN DISTINTOS PAISES DE AMERICA ALREDEDOR DE 1978.

País	Esperanza de vida al nacer (en años)
Canadá	73
Estados Unidos	73
Puerto Rico	72
Cuba	70
Argentina	68
Jamaica	68
Bahamas	66
Trinidad	65
México	65
Venezuela	65
Chile	63
Paraguay	62
Brazil	61
Ecuador	60
El Salvador	58
Perú	56
Honduras	55
Guatemala	53
Nicaragua	53
Haití	50
Bolivia	48

Fuente: "1978 world population data sheet", Population Reference Bureau, Inc. Cit. en López Acuña, D. Op. Cit. P. 46 y 47.

En México ha habido un aumento progresivo de la esperanza de vida a través del tiempo; estos aumentos en las cifras de la esperanza de vida, no son resultado de la noche a la mañana, sino que generalmente pasa tiempo para -- que dichos datos se reflejen en las estadísticas (Cuadro

Cuadro D.

Cuadro D

ESPERANZA DE VIDA EN LA REPUBLICA MEXICANA DE 1960 A 1975.

Año	Esperanza de vida para ambos sexos
1960	57.4
1961	58.9
1962	59.0
1963	59.6
1964	60.5
1965	61.2
1966	61.8
1967	62.4
1968	62.7
1969	62.9
1970	63.2
1971	63.4
1972	63.7
1973	63.9
1974	64.2
1975	64.6

Fuentes: Fuentes Aguilar, L. Op. Cit. P. 63.

De 1922 a 1975, en México se ha duplicado la esperanza de vida al nacer, de 32.6 a 64.6; durante ese lapso ha disminuido la mortalidad en todos los grupos de edad y la delida e enfermedades transmisibles. Además se ha mejorado el ingreso per cápita de las familias, los servicios sanitario-asistenciales, el nivel educacional, la nutrición y el saneamiento del ambiente.

El incremento de la esperanza de vida ha sido mayor en los niños; intermedio en los adultos y menor en los ancianos: "al nacer de 32.6 a 64.6 (91% de incremento); al primer aniversario de 30.7 a 64.3 (62% de incremento), al 15o. aniversario de 37.3 a 60.2 (61%), al 60o. aniversario

de 13.4 a 19.2 (43.2% de incremento). Estas diferencias son debidas a que la reducción de mortalidad se ha hecho a expensas de enfermedades transmisibles que son las que --- principalmente atacan a los niños.

Un fenómeno importante es que la esperanza de vida es mayor para las mujeres que para los hombres casi a todo lo largo de la vida, desde el nacimiento hasta los 75 años pero en los últimos lustros es ligeramente mayor para los hombres. "Esto se debe a que una edad mayor de 75 años, las mujeres son mas susceptibles a las enfermedades degenerativas que determinan una esperanza de vida ligeramente menor que la de los hombres" (8).

(8) Fuentes Aguilar, Luis. Op. Cit. P. 86.

2. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA EN LAS AREAS URBANAS DE LA REPUBLICA MEXICANA.

Una característica fundamental del hombre, es el hecho de vivir en sociedad, ya que para satisfacer sus necesidades biopsicosociales es importante que se interrelacione dentro de diversos grupos en su vida diaria. Desde su nacimiento hasta su muerte, en las distintas etapas de su vida, el hombre realiza actividades dentro de conglomerados como son la escuela, la vecindad, el trabajo, etc.; pero de todos los grupos con los cuales convive, la familia sin duda alguna es el más importante, ya que es el núcleo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de las necesidades básicas del individuo. La familia siempre ha mostrado ser el eje central del desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su crecimiento y supervivencia.

Puede definirse a la familia como "una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para proveer a la procreación y crianza de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira en torno de la legitimación de la vida sexual entre los padres y de la formación y cuidado de los hijos" (9).

(9) Bottomore, T. D. Introducción a la sociología. P. 171

La familia desde su origen, ha tenido que pasar por un largo proceso hasta llegar a su estado actual, considerándose los siguientes etapas:

1. Promiscuidad inicial
2. Conogamia
3. Poligamia
 - a) Poliandria
 - b) Poligenia
4. Familia patriarcal monogámica y
5. Familia conyugal moderna.

1. La etapa de promiscuidad inicial se caracteriza por la falta de vínculos permanentes entre el padre y la madre; el padre no tiene una figura importante, ya que no existe reglamentación de sus relaciones y responsabilidades hacia los hijos; es la madre la que mantiene un vínculo constante de protección y cuidado hacia el hijo, el cual no sabe quien es su padre y el parentesco es señalado solamente por la línea materna.

2. La conogamia se caracteriza porque un grupo limitado de mujeres mantienen relaciones genitales con un grupo específico y limitado de hombres. En este caso si existe una reglamentación de la relación de los diferentes esposos y del cuidado y protección de los hijos.

3. La poligenia es uno de los fundamentos más discutidos, y dentro de ésta, se estudian 2 aspectos:

a) La poliandria es la que la mujer tiene varios maridos, es uno de los tipos de familia en el que la mujer es el --

eje central de ella, tiene la autoridad, fija derechos y obligaciones y por tanto también determina el parentesco.- Se considera que esta etapa se acentuó cuando apareció la agricultura y la ganadería; esto es cuando el hombre se volvió sedentario.

b) La poligenia existe cuando un hombre tiene varias mujeres, fenómeno que ha sido más aceptado que la poliandria, e inclusive se observa normal y común entre los musulmanos. "Se ha considerado que por su superioridad física y la mayor constancia del interés sexual del hombre, se tiende a una predisposición poligámica, aunque a la fecha el tipo de estructura social que vivimos, viene a fortalecer la familia monogámica" (10).

4. La familia patriarcal monogámica es el antecedente de la familia moderna. En la cultura occidental, el cristianismo influyó en el desarrollo jurídico-político, sobre todo en el imperio romano, fue decisivo para institucionalizar el concepto de la familia patriarcal monogámica.

Esta familia se caracterizó por la figura preponderante del padre, que centralizaba las actividades económicas, religiosas, políticas, jurídicas, etc.; además era el único que tenía derecho a una participación pública de la vida en la sociedad de la cual formaba parte.

(10) Fromm, Horkheimer, Parsons, Merton. La familia. P. 5

Con el paso del tiempo, se han ido haciendo modificaciones dentro de la familia patriarcal monogámica, hasta adoptar las características con las que la encontramos actualmente: se descentralizan funciones que antes eran inherentes a ella y que ahora pasan a ser desempeñadas por agencias sociales; dentro de estas actividades se encuentran las religiosas, educativas, médico-asistenciales, recreativas, etc., así que además cambia su número de integrantes, quedando circunscrita a la generación de abuelos, padres e hijos y aunque sostienen relaciones estrechas con parientes colaterales, éstos quedan fuera del núcleo familiar. Este tipo de familia es clásico de la llamada familia conyugal extensa muy frecuente en las comunidades rurales de México.

Es importante mencionar que muchos autores han hecho una crítica a la familia monogámica, ya que coinciden en señalar el papel de mutuo apoyo entre ésta y el sistema capitalista que reduce la relación sexual al seno de la familia monogámica y fuera de ésta, dicha relación resulta ser inmoral e ilegal sobre todo para la mujer; porque si socialmente fuera aceptada, dichos patrones morales y políticos tendrían por fuerza que cambiar; ya que actualmente dichas relaciones sexuales fuera de la familia monogámica existen a escondidas o clandestinas, pero rechazadas socialmente e incluso que gran porcentaje de la población las practica o cuando menos las ha practicado alguna vez.

La familia monogámica impone los papeles que le corresponden a cada uno de sus integrantes, incluso se especializa en la creación de dichos papeles, en vez de permitir la libertad en la búsqueda de la identidad personal, -no se enseña a sobrevivir en la sociedad sino a someterse a ella. Cooper señala que presenciamos la muerte de la familia monogámica y si subsiste es solo porque el sistema social a quién sirve, únicamente, la mantiene de una manera artificial. "La perspectiva mudista son las comunas, -donde los hijos son responsables social o bien la relación sexual libre". (11)

Cabe señalar que en México en las zonas urbanas, industrializadas, la familia conyugal extensa se ha reducido, quedando limitada solamente el matrimonio, en la cual quedan comprendidos los cónyuges, los hijos menores o solteros y excepcionalmente los casados. En estos casos el parentesco es establecido a través de la línea masculina y femenina. Los parientes colaterales no solo no forman parte de la propia familia, sino que ya no existe mucho acercamiento entre ellos; la patria potestad no sólo la tiene adjudicada el padre, sino también la tiene la madre, y en general las relaciones que se dan dentro de esta familia, tienden a hacerse democráticas.

Para hablar acerca de la familia, es preciso recordar por las etapas que ha pasado, de acuerdo a su pro-

(11) Cooper, David. La muerte de la familia, p. 6

pio proceso existencial, y se han resumido de la siguiente manera:

- 1a. Etapa prenupcial.
- 2a. Etapa nupcial
- 3a. Etapa de formación y educación de los hijos
- 4a. Etapa familiar final.

1a. Etapa prenupcial. Esta etapa se caracteriza por el galanteo de los pretendientes y la selección del cónyuge; se presupone la libre elección, siendo en muchos casos el papel de los padres determinar el futuro cónyuge.

La verdad es que no existe en nuestro medio una -- previa formación en la que se nos eduque y oriente sobre lo que representa la elección del futuro cónyuge, "sino-- que es una actitud meramente subjetiva e idealista en la que el individuo muchas veces refleja más que una actitud emocional madura que le permita poder responsabilizarse-- de lo que significa el matrimonio, su estado de soledad -- y angustia que lo lleve a actuar en forma compulsiva" ---
(12)

En la mayoría de los casos se hace una mala elección del cónyuge, por darle más importancia a aspectos -- como son la atracción física, el nivel socio-económico; -- los que en un momento dado son los que determinan la aceptación o rechazo del futuro cónyuge. A este respecto --- Fromm nos dice lo siguiente: " toda nuestra cultura está

(12) Sánchez Azcona, Jorge. Familia y sociedad, p. 26.

basada en el deseo de comprar, en la idea de un intercambio mutuamente favorable..... Una mujer o un hombre atractivos, son los premios que se quiere conseguir, "atractivo" significa habitualmente un buen conjunto de cualidades --- que son populares y por las cuales hay demanda en el mercado de la personalidad. Las características específicas -- que hacen atractiva a una persona dependen de la moda de la época, tanto física como mentalmente... De cualquier manera, la sensación de enamorarse solo se desarrolla con respecto a las mercaderías humanas, que estan dentro de -- nuestras posibilidades de intercambio" (13).

Carrol por su parte señala algunos requisitos que-- deben llenar los futuros cónyuges:

1. Haber alcanzado un grado de madurez físico, psicológico y social.
2. Tener aptitudes e intereses semejantes.
3. Reconocer creencias afines.
4. Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
5. Contemplar expectativas económicas semejantes.
6. Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual, y
7. Situar la relación con la familia política (14).

(13) Fromm, Erich. El arte de amar. P. 13.

(14) Carrol. Herbert, A. Higiene Mental. P. 77.

Si nos ponemos a valorar lo anterior, podemos observar que en nuestro medio es común que los matrimonios se lleven a cabo sin reunir los mínimos requisitos indispensables, lo cual es la causa del alto porcentaje de divorcios en México y de problemas sociales que sin llegar al divorcio crean desintegración familiar.

2a. Etapa nupcial: esta etapa se caracteriza por la vida conjunta de los cónyugos, desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos.

En México se da un tipo de familia tradicional en cuyo centro gira el padre económica y socialmente; "el da el marco de referencia de los valores filosóficos, morales y religiosos para la mujer y los hijos, y además al que de acuerdo con su ocupación y con el monto de sus ingresos, determina la clase social a la que pertenecen" (15).

La madre representa el centro afectivo, brinda seguridad emocional a los miembros de la familia y administra el hogar. En las sociedades urbanas de México, el 75% de las familias pueden catalogarse como familias tradicionales (16).

Las familias de las áreas urbanas de México forman parte del tipo de familia moderna que tiene las siguientes

(15) Leñero Otero, L. Investigaciones de la familia en México. P. 126.

(16) Ibidem. P. 237.

características:

1. Es una institución jurídico-social conocida como matrimonio;
2. Relación sexual legítima y permanente,
3. Conjunto de normas que regulan la relación entre padres y entre padres e hijos; estas normas pueden ser jurídicas, morales, religiosas, etc.,
4. Un sistema de nomenclatura que define el parentesco;
5. Una relación de las actividades económicas y
6. Un lugar físico para vivir (17).

La estructura económica del país, le ha permitido a la mujer adquirir nuevos roles dentro de la familia y la producción; entre ellos se encuentran:

- a) El rol de la esposa-madre tradicional, con una serie de derechos y obligaciones reconocidos.
- b) El rol de esposa-compañera que comparte diversiones con el marido y afirma la personalidad de éste, siendo objeto de admiración. Lo anterior lleva a poner en segundo plano la relación con los hijos.
- c) el rol de la mujer colaboradora, en la familia igualitaria, en la que la esposa dedica parte de su tiempo a un trabajo remunerado fuera del hogar, representando un ingreso para el hogar; al igual que el marido, comparte decisiones que son tomadas en cuenta por su cónyuge, lo cual pone a la mujer al mismo plano que el hombre dentro de la vida familiar.

(17) Sánchez Azcona, Jorge. Op. cit., p. 26.

En México en las familias urbanas hay un 25% que tienen las características anteriores, lográndose incrementar en el futuro de acuerdo a las condiciones de crecimiento industrial.

"El problema de la familia urbana no es su supervivencia física, sino la espiritual; y si no se da cuenta de esto, se estarán reforzando las causas de la desintegración familiar y por tanto la enajenación del hombre" (10).

3a. Etapa. Formación de los hijos. Un objetivo del matrimonio es la procreación, pero no el único como erróneamente se piensa; por tanto es importante hacer énfasis en que tanto la paternidad como la maternidad son actos culturales y que tener un hijo implica profunda meditación y absoluta responsabilidad.

De acuerdo a lo anterior, la familia debe satisfacer ciertas expectativas biopsíquicas y sociales en cada uno de sus integrantes; siendo estas, las siguientes:

1. Satisfacer las necesidades físicas (alimento, vestido, techo, atención médica, etc.)
2. Satisfacer necesidades afectivas.
3. Fortalecer la personalidad.
4. Formar los roles sexuales.
5. Preparar para el mejor desempeño de los roles sociales.
6. Estimular las actividades de aprendizaje y apoyo

(10) Sánchez Azcona, J. Op. cit. p. 40.

de la creatividad de la iniciativa individual (19).

Es importante mencionar que en un alto porcentaje-- de las familias mexicanas no logran satisfacer siquiera las necesidades físicas más apremiantes de sus integrantes, muy - che menos aún las demás como son las afectivas; esto pue-- de observarse en los altos índices de desnutrición de la - población, la escasez de viviendas, las cuales muchas de - ellas no reúnen los elementos mínimos para ser habitadas.

"La familia debe permitir que el individuo vaya for- - mando un conjunto de caracteres hereditarios por me-- dio de normas, pautas y tendencias organizativas que se -- dan dentro de la misma; buscar, acentuar y fortalecer el - núcleo de la personalidad, la esencia misma de la natura- - lidad del hombre" (20).

A los hijos se les debe dejar crecer afirmando su-- propia personalidad y no la que le impongan los padres.

Cuando el hijo no es deseado, sufre una serie de -- tribulaciones por falta de amor, sufre rechazo por parte de -- los padres, el hijo presenta desajuste de la conducta, de-- ficiencia en el aprendizaje, bajo nivel intelectual y otros - trastornos. Lo anterior es debido muchas veces a la ausen- - cia de requisitos previos al matrimonio que pueden traer -

(19) Ackerman Nathan, W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. P. 39.

(20) Ibidem, P. 38

como consecuencia el divorcio; lo que trae como secuelas - graves repercusiones negativas en los miembros de la familia.

Entre las principales motivaciones que causan el divorcio, se mencionan las siguientes:

1. Diferencias culturales
2. Ajuste sexual deficiente
3. Disputas y problemas económicos
4. Diferencias de temperamento
5. Problemas de personalidad (21).

4a. Etapa familiar final. En esta etapa la familia aparece ya disgregada después de la separación de los hijos, sin embargo, puede suceder lo contrario, en el caso de las familias extendidas; los hijos casados o al menos - uno de ellos con sus descendientes se quedan a vivir en la casa paterna.

Suele suceder también, que la familia sufra la muerte de uno de los cónyuges, padre o madre, y al llegar a esta fase, el viudo (aino es que se volvió a casar en etapa anterior) reajusta su vida adaptándose a la familia de uno de sus hijos.

Puede darse el caso cada vez más frecuente, que los padres lleguen después del casamiento de todos los hijos, a vivir una etapa de nueva conyugalidad en la que uno - significa apoyo para el otro, compañía y cuidado; o por el

(21) Sánchez Azcona, J. Op. cit. p. 50.

contrario que uno de los 2 ya viudo, viva en compañía de - algún hijo soltero. "De cualquier manera, el cuidado de los ancianos es una función que asumen primordialmente las familias de los hijos.

Al llegar a la última fase, con la experiencia cercana de la muerte de seres queridos, las personas adquieren una perspectiva panorámica de su vida familiar. En nuestro ambiente desgraciadamente parece predominar, en este nivel, una actitud mas bien de desilusión y de cierta insatisfacción por lo que fué y no pudo ser la vida familiar - que cada quien constituyó. Esto habrá que superar necesariamente con mayor educación y formación humana y familiar, desde temprana edad" (22).

Para relacionar todo lo anterior con la familia mexicana podemos hablar de su origen, diciendo que esta dado por la familia mestiza colonial, que dió como resultado -- una amalgama de castas sociales diferentes entre sí según su origen racial. A medida que paso el tiempo, fueron alcanzando una relativa homogeneidad aunque no del todo acabada, "lo que sucedió en forma significativa, fue la presencia de una dualidad cultural al interior de la familia mestiza: la madre mexicana, de predominio indígena, y el padre criollo o euro mestizo dieron lugar a la acentuación de la sumisión femenina frente a lo masculino que ya se encontraba presente en la misma familia prehispánica" (23)

(22) Leñero Otero, Luis. La familia. P. 103

(23) Ibidem. P. 46

Podemos hablar de un México rural y otro México urbano, el México rural con características específicas que afectan la dinámica familiar, como son la pobreza, el alcoholismo, la desnutrición infantil, el analfabetismo, la insalubridad, la necesidad del padre de emigrar al extranjero o a las ciudades, el hacer trabajar a los niños desde pequeños, etc., provocan en la vida rural una problemática muy seria que le impide a las personas poder solventar sus necesidades materiales y espirituales (24).

Este México rural depende del México urbano, el que se está industrializando, el que tiene el control económico, político, militar y educacional que sigue el camino -- que le ha impuesto el sistema capitalista.

El modelo industrial de producción, implica la concentración masiva de los individuos en la sociedad, para producir satisfactores impuestos por el sistema; miles de empleados dirigidos por unos cuantos, lo cual lleva al individuo a despersonalizarse, a desprenderlo de su hogar por lo que brinda a la industria mayor número de horas de trabajo. En este proceso de desintegración, la familia se ha resentido además con la participación de la mujer dentro de la estructura económica, ya no solo como una forma de que se realice como persona, sino como un medio para poder llevar al hogar más dinero que les permita obtener un bienestar permanente en su vida económica.

(24) Sánchez Azcona, J. Op. cit. P. 83.

" El hombre que dedice su máximo esfuerzo, el mayor desgasto físico y mental para su trabajo, tiene que renunciar al contacto cotidiano de la familia, aún mas, el tiempo que dedice en su casa no es sino para recuperar energías que le permitan seguir aumentando su rendimiento económico. El padre y la madre van perdiendo comunicación -- entre sí, los hijos que desde temprana edad se ven obligados a ir a la escuela, abandonan la familia a una edad en que es imprescindible la presencia física y la comunicación efectiva con sus padres.

El individuo al no poder realizarse, madurar íntegramente, va creciendo como un ser atrofiado, que nunca podrá llegar a trascender existencialmente y esta frustración influirá en forma decisiva en sus relaciones familiares, en donde la promiscuidad y la indiferencia vienen a ser características provenientes del núcleo familiar" (25)

(25) Ibidem. P. 85.

3. LA VEJEZ Y SUS IMPLICACIONES A NIVEL PERSONAL Y SOCIAL.

3.1 CONCEPTOS DE VEJEZ.

Aún cuando es difícil conceptualizar la vejez en el hombre, muchas disciplinas que la han estudiado coinciden en concluir en que la vejez es un proceso de cambios irreversibles; porque a pesar de buscar infinidad de fórmulas para lograr el rejuvenecimiento del individuo, no lo han logrado; sin embargo a pesar de coincidir en este aspecto, cada disciplina la ha valorado de diferente manera.

La manera tan despectiva de llamar al anciano "viejo", para describir a una persona u objeto deteriorado, -- sin rendimientos a diferencia del joven o "nuevo", que represente un objeto o persona lleno de vida y de colorido, que goza de plena armonía para ejecutar sus actividades en forma adecuada.

Del mismo modo juzgamos a la gente, de acuerdo con su edad haciéndole ver que es "demasiado joven", "demasiado viejo" o de "edad adecuada" para desempeñar una actividad o emprender un trabajo.

Es posible hablar de los varias edades que tiene una misma persona de acuerdo a los distintos roles que juega dentro de la sociedad; por ejemplo un individuo puede te--

ner una edad cronológica de 45 años, pero él se siente de 60 por las múltiples responsabilidades que implica el desempeño de su trabajo, sin embargo puede sentirse de 30 -- cuando se encuentra desarrollando su deporte favorito; y -- el estar reunido con su familia y mirándose el espejo, puede ser que se sienta de la misma edad cronológica que tiene. Estas diferenciaciones son muchas tanto en hombres como en mujeres, al sentirse mas viejos en algunos aspectos -- en tanto que para otros se sienten mas jóvenes.

Al parecer de los economistas, "establezcan un factor importante para señalar a los "viejos", a los hombres de la tercera edad, hombres y mujeres que estén en un sector improductivo de la sociedad, "las clases pasivas", cada día mas organizadas y, por tanto, mas definidas y operativas, desde el punto de vista político, en el proceso estructural social" (26).

El hecho de tomar los años que ha vivido el individuo (edad cronológica) como un aspecto importante para juzgarlo, es despersonalizarlo y ajustarlo dentro de parámetros ya establecidos y hacer generalizaciones; ya que dos -- personas de la misma edad, tienen comportamientos y toman decisiones diferentes ante un mismo asunto o problema.

Guillouard considera que "una persona es vieja, en el momento en que pierde sus funciones pragmáticas, cuando su capacidad social declina, cuando los roles sociales que

(26) López Capero, Pedro. Los viejos. P. 10.

debería desempeñar ser reducen en número de importancia" (27).

El término vejez se ha definido erróneamente basándose en la edad cronológica para jubilar a los trabajadores 60 años para el hombre y 55 para la mujer; por tanto por completo obsoleto, ya que el proceso de envejecimiento es individual, varía entre una persona y otra; por esto nunca podrá ser cierto que todos los hombres envejecen a los 60 años y las mujeres a los 55.

Esto nos lleva a concluir que el individuo debe ser valorado en 3 aspectos fundamentales: el biológico, el psicológico y el social, antes de poder emitir un juicio - para entonces poder llamarlo joven o anciano. Lo anterior se define como edad biológica, que es el único instrumento confiable e idóneo para valorar más correctamente el proceso de envejecimiento, ya que nos revela la capacidad del individuo de adaptarse a su medio ambiente que le rodea. Para determinar la edad biológica, se deberá evaluar los parámetros homeostáticos (presión arterial, glucemia, ventilación alveolar, etc.) y sus alteraciones bajo el stress valorando también funciones que sufren cambios progresivos lentos con el envejecimiento (agudeza visual, auditiva, velocidad de la propagación de la onda del pulso, fuerza muscular, capacidad de trabajo y diversas funciones mentales que se determinan mediante pruebas psicológicas, etc. (28)

(27) Guillemard, Anne Marie. La retraite: une mort sociale. 1972, Ecole Pratique des Hautes Etudes and Mouton & Co., Paris. Cit. en Fuentes Aguilar, L. Op. cit. p. 32.

(28) Von Han, H.P. Geriatrics Práctica. p. 1.

El envejecimiento en el hombre no se presenta al mismo tiempo en sus tres esferas, ya que en primer lugar decae la física, sobre todo en lo relacionado a habilidades manuales. La cúspide máxima en la eficiencia mental, se alcanza alrededor de la mitad del tercer decenio, después decae progresivamente hasta que al final de la edad madura cae rápidamente.

El envejecimiento fisiológico es un proceso que afecta a todo el organismo en cierto modo armónicamente; sin embargo cada órgano envejece a diferente ritmo, ya que su morfología no es igual, aunque un órgano dependa de la función de los demás para realizar adecuadamente su trabajo.

El hombre es joven y viejo a la vez, si se lo compara con otras especies animales: se ve en comparación de la tortuga que puede vivir 150 años, y se ve joven comparándolo con otros animales como el gato y el perro, cuya vida máxima es de 21 y 19 años respectivamente.

El concepto de vejez, no es estático, ya que siempre ha estado cambiando, de acuerdo al momento histórico que se vive. En la actualidad con la gran cantidad de avances científicos se ha logrado prolongar el período de vida del humano, más allá de los 80 años, por lo tanto no podemos hablar de vejez a los 30 ó 40 años como se hacía en el pasado, cuando por sus recursos científicos escasos, vivir a los 30 años era un privilegio.

Después de mencionar algunas nociones de los conceptos

tos de vejez se mencionarán algunas clasificaciones que han con diversos autores.

Stieglitz por su parte, sugiere dividir el ciclo vital una vez traspuestos los 40 años de edad, en 3 etapas: madurez avanzada de los 40 a los 60 años, senectud de los 61 a los 75 años y vejez más allá de los 76 años (29).

La Escuela Mexicana de Geriátrica por su parte hace la división de la siguiente manera: madurez de 40 a 50 años, madurez avanzada o presenilidad de 50 a los 60 años, senilidad de 60 a 80 años y ancianidad de 80 años en adelante (30).

Fuentes Aguiler nos dice lo siguiente: "generalmente se acepta como inicio de la vejez los 60 años de edad y consecuentemente como final de la edad madura. Se considera este límite porque en último análisis depende de cada caso, de factores individuales y de que se empieza a ser viejo no en una fecha fija sino cuando se quiere serlo" (31).

Cabe mencionarse que independientemente de las divisiones que se presentaron, la conceptualización de la vejez es muy difícil y que la mejor forma de valorarlo, será a través de instrumentos creados para la medición de cambios fisiológicos que nos darán la edad biológica.

(29) Stieglitz, E.J. Geriatric Medicine. Cit. Fuentes Aguiler, l. Op. cit. P. 27.

(30) Fuentes Aguiler, l. Op. cit. P. 22.

(31) Lenglerica S., Raquel, et. al. "Atención de enfermería al paciente geriátrico". P. 7

3.2 TEORIAS DE LA VEJEZ

Al hablar acerca de la teorías de la vejez, nos encontramos ante una serie de hipótesis que no han sido debidamente comprobadas, pero se observa que a partir de la 3a. década de la vida, la senectud se pone de manifiesto con una involución morfológica y funcional, silenciosa que afecta a la mayoría de los órganos y sistemas; y por tanto conduce a una decadencia gradual en el desempeño del individuo.

El envejecimiento de hecho comienza en el momento en que el óvulo es fertilizado por el espermatozoide, solo que sus manifestaciones se hacen evidentes mas o menos en la época mas activa del período reproductivo y se caracterizan por la reducción que provocan en la capacidad de adaptación al medio ambiente externo e interno del individuo.

El cuerpo mismo es joven y viejo a la vez, ya que trabaja al mismo tiempo con células jóvenes y viejas; para que puedan desarrollarse y crecer un número específico de glándulas, tienen que desaparecer otras, es el caso marcado del timo y de las glándulas gonadales.

Suan las que fuesen las causas del envejecimiento, sus consecuencias son muy claras y una de ellas es el aumento en la probabilidad de muerte. En 1832, un inglés -- especialista en estadísticas de seguros, elaboró una ley matemática para valorar la probabilidad de muerte en un su

jeto de cierta edad. Esencialmente afirma esta ley que en el hombre adulto (al contrario de lo que sucede en la infancia) las probabilidades de muerte se duplican cada 7-8 años. La mayor probabilidad de muerte en el anciano, se duplica por la gradual decadencia de sus funciones orgánicas.

"Se puede demostrar que todas las funciones fisiológicas, después de alcanzar el máximo nivel funcional, decaen en una proporción variable de 0.5 a 1.3% cada año. Esta observación es de suma importancia y se le debe tener en cuenta en cualquier formulación teórica del envejecimiento" (32).

En el hombre a diferencia de los vegetales y de la mayoría de los animales, el ambiente no se ha limitado a un grupo de factores físicos como la temperatura y la altitud, sino a otro grupo que tiene trascendencia a lo largo de su vida y este grupo es el de los factores socio-económicos.

La dieta alimenticia en la niñez y en la edad adulta, la educación, las relaciones en la vida familiar, las condiciones laborales, las enfermedades que ha presentado el individuo, la adicción a ciertas drogas, alcohol, tabaco y a los tranquilizantes, ejerce tarde o temprano consecuencias graves en el hombre reflejadas en la vejez.

(32) Streheler, Bernard L. "La biología del envejecimiento" Rassegna. P. 11.

Se ha hablado de muchas teorías acerca de la vejez, a lo largo de la historia, algunas de ellas interrelacionadas y afines, pero todas conducen a lo mismo; a tratar de explicar el proceso de envejecimiento. A continuación se mencionan las más importantes:

TEORIA DEL ENLACE CRUZADO

Esta teoría supone que el envejecimiento depende de ir aumentando los enlaces cruzados en moléculas de proteína y de ácido nucleico (33). Se dice que con los años, -- los enlaces cruzados entre átomos y moléculas, se acumulan alterando la conducta química y la eficiencia bioquímica de las moléculas originales. Se cree que dichos enlaces cruzados tienen particular importancia en el envejecimiento de la colágena y del DNA. (ácido desoxirribonucleico).

TEORIA DE LA COLAGENA

Esta teoría menciona que la colágena a la cual corresponde el 40% de toda la proteína del hombre, tiende a aumentar y a establecer enlaces cruzados, en forma lenta pero progresiva con los años (34).

Los enlaces cruzados originan que las fibras de co-

(33) Bjorksten, J.: The cross-linkage theory aging. J. American Geriatric. Cit. en L. Robbins, Stanley. Patología estructural y funcional. P. 556.

(34) Carpenter, E.G.: An integrated theory of aging. 1968. Cit. en L. Robbins, Stanley. Op. Cit., P. 556.

lógena se retraigan con la edad, y la combinación de aumento de cantidad y de contracción, se considera causa de lesión anóxica de tejidos y órganos.

TEORIA DEL RADICAL LIBRE

Es esencialmente una explicación de la forma como tienen lugar los enlaces cruzados. Considero que radicales libres dentro del organismo originan la producción de enlaces cruzados moleculares. Su principal argumento proviene de estudios utilizando antioxidantes, que disminuyen la densidad de radicales libres y prolongan la vida en el ratón (35).

TEORIA DE LOS PRODUCTOS DE DESECHO

Esta teoría aprueba la presencia de cierto producto de desecho que se va acumulando lentamente durante los primeros años del desarrollo, ocupando gradualmente, el lugar de ciertos minúsculos órganos celulares importantes.

Durante las primeras etapas de la vida, el organismo no impide la acumulación de estos desechos, ya que no se alteran sensiblemente con ello las probabilidades de su pervivencia.

El estudio microscópico de células de ancianos, muestran que el no haberse protegido contra esta sustancia -

(35) Harman, D. Role of free radicals in mutation, cancer aging and maintenance of life. Cit. en L. Robbins, Op. cit. P. 556.

puede constituir una razón importante para explicar las menores probabilidades de supervivencia.

En las células de estos sujetos se observan depósitos de una sustancia parduzca, fluorescente, que es llamada "pigmento de desgaste" o lipofuscina". Se ha demostrado que en el hombre este material se deposita con un ritmo suficiente para ocupar el 2% del volumen celular en 30 años en ciertos animales de vida corta, la velocidad de depósito es mayor. "Por consiguiente a los 90 años se puede llegar a ocupar hasta el 10% del espacio celular, especialmente en el corazón y en el cerebro" (36).

TEORIA DE LA MUTACION GENETICA

Esta teoría refiere que el envejecimiento pudiera ser una extensión de los procesos de diferenciación. Ciertamente la senectud de los ovarios al llegar la menopausia, es consecuencia de una serie de programas ya establecidos, hallados en la expresión genética.

Se admite que con el envejecimiento aumentan los errores de las réplicas, la transcripción y la traducción de DNA. Estos errores pudieran ser consecuencia de enlaces cruzados en las moléculas de DNA, mutaciones al azar, pérdida de algunas especies de RNA de transferencia (37).

(36) Streheler, Bernard L. Op. cit. P. 12.

(37) Powell, K.C., Cellular aspects of aging, Cit. L. Robbins. Op. cit. P. 556

" Todas las células poseen una longevidad intrínseca programada que varía de acuerdo con la longevidad de la especie, pero que puede modificarse dentro de límites definidos con bastante estrechez en virtud de factores extrínsecos. La gama de variaciones observada en cualquier sistema biológico, permite explicar la variación que se advierte en los índices de envejecimiento y muerte" (38)

TEORIA INMUNITARIA

Se basa en admitir que, "al ir avanzando la edad, - las mutaciones originan clones prohibidos que reaccionan - contra el individuo, y por tanto, se desintegran; finalmente, destruyen al organismo. Se ha demostrado un notable aumento de los anticuerpos producidos espontáneamente en personas de edad avanzada, clínicamente normales" (39).

TEORIA CIBERNETICA

En esta teoría se establecen las siguientes premisas:

- a) Que el envejecimiento representa una pérdida de información, y
- b) De que esta pérdida ocurre a nivel celular. Habrá que decidir si la pérdida de información predomina en células fijas como las neuronas, o en las células que so-

(38) Fuentes Aguilar, L. Op. cit. P. 45

(39) Helford, R.L. The immunologic theory of aging. Cit. en L. Robbins, Stanley. Op. cit. P. 556.

dividen en clonas, o si el proceso principal en ambos casos consiste en la acumulación de "ruidos" en los procesos de homeostasis y "copiado", o si se trata de un fenómeno secundario a la diferenciación que depende de la extinción irreversible de las capacidades de síntesis relacionadas con la morfogénesis (40).

Además de la teorías antes mencionadas algunos autores relacionan a las hormonas con el envejecimiento, y dicen que en cierta medida los lípidos cubren la brecha entre los aspectos del envejecimiento atribuibles a cambios texturales y los que presentan las alteraciones metabólicas determinadas por la edad. En los ancianos se observan alteraciones en la cantidad, calidad y distribución de las grasas. "Por consiguiente todo el ciclo de envejecimiento podría incluir el desarrollo y maduración del órgano seguido por una atrofia supeditada al subsiguiente déficit de hormona disponible" (41).

(40) Confort, Alex. "Teorías sobre el envejecimiento", en tratado de clínica geriátrica y gerontología. De J. C. Brocklehurst. PP. 56-60.

(41) Hall, David. "Aspectos metabólicos y estructurales del envejecimiento, en ibidem. P. 55.

3.3 ALTERACIONES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIO-ECONÓMICAS EN EL ANCIANO.

ALTERACIONES BIOLÓGICAS EN EL ANCIANO.

Los cambios que presenta el anciano durante el proceso de envejecimiento afectan a toda su economía orgánica entre los cuales pueden mencionarse los siguientes:

CAMBIOS METABÓLICOS

En la senectud, hay declinación en la capacidad potencial de los sistemas productores de coenzimas. Existe un cambio significativo en las proporciones de las proteínas individuales en el músculo, encéfalo, hígado, riñón y sangre; a medida que se avanza en edad, las moléculas proteicas pueden formar grandes complejos inactivos que se acumulan de manera progresiva en el interior de la célula.

Con el aumento de la edad aparecen cambios en todas las etapas de la transformación de la energía. Desde el principio de la vida humana, su metabolismo basal y el consumo de oxígeno disminuye en los tejidos progresivamente hasta que alcance una tasa mínima en la vejez; esto es reflejado en una disminución en la velocidad de oxigenación de los tejidos.

En la vejez hay una pronunciación de la glucólisis que no puede recuperar la deficiencia de energía de la fosforilación oxidativa. Esta reducción en la energía celular, se demuestra en especial durante la actividad física

realizada por el anciano, ya que este reduce la capacidad para desarrollar el trabajo.

Con respecto a los lípidos, se nota un importante aumento en sus cifras totales en la sangre; esto se debe preferentemente al aumento en la cifra de colesterol y de ácidos grasos libres.

Dentro de la función celular hay del 10-17% de reducción en el número de neuronas en el encéfalo y la pérdida puede ser tan alta que llegue a un 25-30% en algunas personas; por lo tanto las células que quedan, llevan a cabo un trabajo mayor. Esto explica el porque se encuentran en el anciano, al mismo tiempo, neuronas atrofiadas y degeneradas y otras bajo condiciones normales, en las cuales se movilizan los mecanismos adaptativos y se intensifica su metabolismo (42).

Con el avance de la edad hay un descenso en la respuesta funcional de las células; puede observarse también un aumento en el número de núcleos, siendo este hecho la representación de una adaptación.

EL SISTEMA NERVIOSO Y LA REGULACION DEL METABOLISMO Y DE SUS FUNCIONES.

Durante el proceso de envejecimiento, el mecanismo del sistema nervioso central (SNC) ajusta en tal forma que

(42) Von Han, H. P. Op. cit. P. 5.

funciones regulatorias, las cuales hacen funcionar al máximo la adaptación del organismo, sirven para prolongar el lapso de vida individual. Pero si los cambios relacionados con la edad se originan en el SNC en sí, estas alteraciones se vuelven un factor crucial en el envejecimiento del organismo.

"Los cambios en la actividad psíquica son manifestos por la disminución de la capacidad para el trabajo mental y en la necesidad de cambiar a un diferente ritmo de actividad y a una carga mas ligera de trabajo" (43).

En la vejez hay una disminución de la sensibilidad táctil propioceptiva y de la agudeza auditiva y visual y a la elevación del umbral de la sensibilidad olfatoria y gustativa. Al mismo tiempo el desarrollo de los mecanismos de adaptación en el anciano permiten el mantenimiento de un alto nivel de actividad intelectual.

La senectud involucra una alteración de la inhibición a diferentes niveles del SNC., dicha inhibición no solo protege a la célula nerviosa contra el agotamiento, sino que también estimula en forma activa los procesos de restitución.

En el hipotálamo la actividad neurosecretoria de sus núcleos se altera con el paso de los años; los cambios

(43) Ibidem. P. 8.

en el eje hipotálamo-pituitario determinan la especificidad de la respuesta al stress en la senectud, formando el síndrome de adaptación general.

En la vejez, la capacidad para enfrentarse al stress esta disminuida, la fase de agotamiento del síndrome general de adaptación se desarrolla con mayor rapidez y los síntomas del stress se manifiestan en una manera que depende de la naturaleza de los diversos estímulos que los provocan.

LAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y LA REGULACION HORMONAL DEL METABOLISMO Y SU FUNCION

Los cambios específicos por la edad en la regulación hormonal, son dictados no solo por la función alterada de la glándula endócrina, sino también por los cambios en el metabolismo y transporte de hormonas y en la sensibilidad de los tejidos a su acción. Los cambios en la interrelación hipotálamo-pituitaria influyen en el mecanismo central de la regulación neurohumoral.

El contenido total de hormona adrenocorticotrópica en la hipófisis aumenta con la edad; al mismo tiempo que la secreción de hormona gonadotrópica natá ligeramente disminuida en la pituitaria y en la sangre.

"En la senectud la actividad funcional del tiroides disminuye...La diabetes aumenta con frecuencia e medida -- que aumenta la edad" (44).

(44) Ibidem. pp. 11 y 12.

Se piensa que los cambios relacionados con la edad en la función pancreática, crean una situación favorable para el desarrollo de la diabetes; se desarrolla una deficiencia de insulina como consecuencia de un aumento en la concentración en la sangre de antagonistas de la insulina.

La función andrógena de la corteza adrenal disminuye en forma progresiva aunque no haya cambio importante en la secreción de aldosterona. La capacidad potencial de la corteza adrenal esta reducida con la edad.

Los cambios en la función gonadal adquieren su máxima importancia durante el climaterio. La excreción de estrógenos en la mujer disminuyen en forma importante entre los 40 y 50 años de edad. El contenido de estriol de la orina disminuye a una velocidad mayor que el estradiol y la estrona.

En el hombre la excreción total de estrógenos no cambia significativamente. En los ancianos la relación de secreción estrógenos-andrógens aumenta.

CAMBIOS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Uno de los aspectos mas importantes en este sistema es el cambio en la presión arterial. La presión sistólica aumenta de manera gradual desde los 20 años hasta los 75. A la edad de 80 años, se estabiliza y en las mujeres comienza a disminuir. La presión diastólica normal promedio a la edad de 30 años es de 80 mm. de mercurio y en mayores

de 50 años es mas alta de 85 mm. de mercurio. En la vejez tambien hay un aumento en la presión venosa y una disminución del gasto cardiaco.

Después de los 60 años, hay un descenso de la frecuencia de las contracciones cardiacas debido a una disminución de la ritmicidad del automatismo sinocárdico a pesar de estar disminuida la estimulación vagal del corazón.

En la vejez aumenta la resistencia vascular total. Los vasos de tipo elástico se endurecen con mayor rapidez que los vasos de tipo muscular. La lentificación de la velocidad de circulación de la sangre, conduce a mayor diferencia arteriovenosa del oxígeno.

En los ancianos en general, los cambios funcionales en el sistema cardiovascular que ocurren como respuesta a cargas funcionales diferentes y al ejercicio, son mas frecuentes; las reacciones hipertensivas son provocadas con mayor facilidad.

CAMBIOS EN EL SISTEMA RESPIRATORIO

El proceso de envejecimiento repercute en los pulmones con cambios en el volumen pulmonar. La capacidad pulmonar total disminuye en los ancianos.

En la vejez hay una disminución significativa en la capacidad máxima para respirar. La frecuencia respiratoria aumenta con la edad; el ritmo respiratorio, lo apnea de corta duración y las inspiraciones profundas por

dicas ocurren con frecuencia entre los ancianos.

Los cambios estructurales en los pulmones y en la pared vascular conducen a una disminución de la capacidad de difusión de la membrana respiratoria y a un menor coeficiente de utilización de oxígeno.

La disminución de la ventilación alveolar y las condiciones de deterioro de la difusión de los gases causan que se reduzca la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial del anciano.

Los ancianos muestran signos de hipoxia a altitudes por arriba de los 2,100 mts., por lo que debe evitarse en el anciano escale estas altitudes.

CAMBIOS EN EL SISTEMA LOCOMOTOR

En la vejez el sistema musculoesquelético está sujeto a degeneración progresiva y a distrofia. Las manifestaciones típicas son: osteoporosis, inerciones osificadas de tendones, espondilosis, deshidratación, disminución de la turgencia y discos intervertebrales aplanados.

La fuerza muscular disminuye con la edad, la cual ya se detecta alrededor de los 30 años de edad, siendo más acentuado en hombres que en mujeres.

La capacidad para el trabajo muscular disminuye con la edad y el anciano sufre un período de "calentamiento" mayor "antes de que alcance su máxima capacidad de trabajo".

"La disminución en la capacidad para el trabajo muscular constituye uno de los signos primarios de envejecimiento, ya que finalmente afecta la capacidad total del individuo, su actividad motora y su adaptabilidad al medio ambiente" (45).

CAMBIOS EN EL SISTEMA DIGESTIVO

Con la vejez se disminuye la actividad secretora de las diversas secciones del sistema digestivo, esto trae como consecuencia hipoclorhidria y aclorhidria.

La potencia digestiva del jugo gástrico y la cantidad de mucoproteína gástrica que contiene disminuye con la edad.

La función exocrina del páncreas no se haya alterada en el anciano. En personas cuya edad fluctúa entre 60- y 80 años, la capacidad del duodeno, está disminuida y la actividad amilolítica disminuye, mientras que la proteolítica no cambia. La función secretora del páncreas es agotada con mayor rapidez en el anciano (46).

Con el envejecimiento se debilita la digestión por contacto y para compensar esto, se activa la digestión intraintestinal, dando como resultado un aumento en el desa-

(45) Ibidem. P. 16

(46) Ibidem. P. 15.

rollo de la microflora intestinal; la cual sufre cambios cualitativos porque hay aparición de numerosas bacterias-patógenas y de putrefacción.

En los ancianos esta alterada la absorción de la -- mayor parte de nutrientes ocurriendo así cambios importantes en la función motora del aparato digestivo.

El tono del estómago está disminuido y su peristaltismo ha cambiado. La función gástrica motora debilitada conduce a la disminución del transporte del quimo.

"La senectud tiene cambios en las albúminas sanguíneas las cuales están disminuidas en cantidad, mientras -- que las globulinas y el fibrinógeno se encuentran aumentados " (47).

CAMBIOS EN LAS FUNCIONES RENALES.

Alrededor de los 70 u 80 años, los cambios en la estructura del riñón, conducen a la disminución en la tercera parte del número de nefronas que funcionan.

La circulación renal sanguínea efectiva disminuye en la senectud del 47 al 73% entre la edad de 20 y 90 años (48)

En el riñón que está envejeciendo el sistema vascular opone gran resistencia a la circulación sanguínea.

(47) Ibidem. P. 19.

(48) Ibidem. P. 20.

La depuración de urrea, disminuye en la vejez. La cantidad de agua reabsorbida por los túbulos a partir del filtrado glomerular está sin cambios, mientras que la excreción de electrolitos por los riñones va disminuyendo -- progresivamente.

" A la edad de 20 a 30 años la reabsorción máxima de glucosa promedio es de 320 a 300 mgs./1.73 m² de superficie corporal en comparación con 200-240 mgs. a la edad de 90 años" (49)

Las pruebas de tolerancia muestran que el riñón mantiene un poder considerable de adaptación hasta una edad avanzada.

CAMBIOS EN LA PIEL Y SUS ANEXOS

Al envejecer, en la piel hay atrofia, pérdida de la orientación de las capas de la epidermis, además hay cambios en la dermis y en las anexos.

"Las glándulas sudoríparas presentan involución y fibrosis parcial, y disminución de fibrillas nerviosas que las rodean. Sin embargo, la menor secreción de sebo en la vejez no se explica solo por atrofia de las glándulas sebáceas, sino también depende de disfunción hormonal" (50).

(49) *Ibidem.* P. 20.

(50) Montagne, W. Advances in biology of skin. Cit. en I. Robbins Stanley. Op. cit. p. 559.

" El encanecimiento no depende de la despigmentación del pelo ya nacido, sino de sustitución de nuevos folículos pilosos que, con el tiempo, poseen progresivamente menos melanina" (51).

CAMBIOS DENTALES EN EL ANCIANO.

Es muy probable que algunos de los problemas gerodentológicos se deben a los cambios tisulares fisiológicos y naturales; algunos otros son enfermedades generales exageradas por los cambios en el proceso de envejecimiento; - finalmente, algunos mas, constituyen procesos degenerativos de la senectud, y no propiamente enfermedades de la vejez.

Es común asociar la edad con los procesos degenerativos y patológicos de los dientes; el cuadro clásico de la senilidad es: ausencia de dientes, gran atrofia alveolar, aplonamiento del ángulo mandibular y colapso orofacial.

"Solo podrá hablarse de problemas odontológicos geriátricos cuando las medidas profilácticas aplicadas desde la infancia hayan superado los procesos patológicos dentales que son evitables, y tengan como consecuencia una población que, fisiológicamente, hayan conseguido su propia dentición." (52)

(51) Ibidem, P. 559.

(52) Cowdry E. V. Et. al. El cuidado del paciente geriátrico. P. 100.

Es de vital importancia mantener una adecuada dentadura en el anciano por la repercusión que tienen con el fenómeno de la masticación, que de ser defectuosa traerá como consecuencia una inadecuada nutrición en el anciano.

Cuando uno o mas dientes se pierden a causa de un problema inevitable, deben restituirse inmediatamente, aunque las prótesis dentales no sean la mejor solución, en vista de que no siempre son del todo eficientes, además porque la adaptación psicológica del paciente a las prótesis es un grave problema.

"Los cambios dentales fisiológicos abarcan la desaparición parcial de las cúspides y modificaciones en la cara oclusiva y el borde costante; engrosamiento de la dentina y del cemento; y una erupción gradual y continua, con desviación hacia adelante. El tejido de la pulpa dental, se vuelve mas fibroso; el hueso alveolar tiende a la atrofia pero, en general, se considera que todos los cambios son de menor importancia si los dientes naturales siguen funcionando" (53).

Cuando se le va a practicar algún tratamiento el anciano, debe tomarse en cuenta la tolerancia fisiológica que se tiene, para evitar complicaciones posteriores.

(53) *Ibidem*, P. 181.

3.4 CAMBIOS SEXUALES EN EL ANCIANO

Es importante mencionar que existen varios factores que intervienen sobre la frecuencia y vigor sexual en las distintas edades, entre ellos pueden estar: el nivel educacional, la salud del individuo, factores sociales, religiosos y económicos.

Se ha observado y concluido que la disminución o ceso de la actividad sexual en el anciano se debe principalmente a problemas psicicos o sociopsicológicos mas que a problemas biológicos, ya que "el que un anciano practique vida sexual, provoca escándalo y hace que se le apoda peyorativamente "viejo rabo verde", y entre sonrisas sarcásticas y reproches, la sexualidad del anciano acarrea desaprobación social, motivando su represión" (54).

Ademas se ha considerado que el anciano al perder su vigor físico aumenta su espiritualidad y se convierte en un renanso de paz, libre de deseos e inquietudes sexuales, lo cual es un mito, ya que se le niega al viejo el derecho de amar y satisfacer su apetito carnal. Estas actitudes deben ser modificadas y la sociedad debe considerar que el amor no es privilegio exclusivo de la juventud como tampoco lo son la inteligencia, la creatividad y el optimismo (55).

(54) Fuentes Aguilar, Luis. Op. cit. P. 11.

(55) Langarica Salazar, Raquel. Op. cit. P. 11.

Cabe mencionar que la pareja que ha conocido el éxito en el pasado, es la que seguramente permanecerá dispuesta a tener relaciones amorosas en la vejez. Una pareja con una historia de fuerte atracción mutua, seguramente compartirá mas caricias en la vejez, que la pareja adulta que ha dejado el hábito de acariciarse mutuamente. "Permanecer vivo sexualmente es una manera de evitar la monotonía algunas veces asociada con la vejez" (56).

Para mantener una relación sexual, la pareja de ancianos debe sobreponerse a las fuertes amonestaciones de los demás. Las actitudes de la sociedad afectan de manera diferente a los hombres y a las mujeres.

"El miedo a la desaprobación y al ridículo pueden llenar de conflictos el amor sexual. La combinación de la presión social con la pérdida biológica gradual pueden dar lugar a la impotencia. El hombre de edad avanzada quiere respeto de la sociedad y respeto de su propio yo. Para mantener este respeto, puede renunciar a una vida sexual activa, ya sea por una decisión conciente o bien por impotencia" (57).

Se ha demostrado que el cerebro es el órgano sexual mas importante. La excitación física, el acto y el placer tienen lugar de forma natural cuando nos imaginamos una si

(56) Kastambaum, Robert. Vejez. Años de plenitud. P. 83.

(57) Ibidem. P. 85

tracción amorosa, por la misma razón lo más probable es que muchos factores que obstaculizan la intimidad sexual se encuentran en la monta. Por lo tanto no dejemos de comportarnos como seres sexuales ni a los 65 o a los 75 años, ya que la edad avanzada no significa el fin de la sexualidad.

CAMBIOS SEXUALES EN EL HOMBRE.

Los cambios que el individuo presenta durante la vejez, se aprecian tanto en el aparato genital como fuera de él. Una de las principales respuestas extragenitales a la excitación sexual, es la erección del pezón, que con la edad pierde magnitud, es menos notable después de los 60 años y ausente después de los 80; no está aclarado si esto se debe a falta de elasticidad de los tejidos o a disminución de la capacidad de respuesta a la excitación sexual.

El eritema consecutivo a la excitación sexual disminuye con la edad; la contracción de los músculos erquiáticos disminuye también, por lo que son vistos raramente después de los 60 años; sin embargo cuando ha habido función sexual en forma regular, estas contracciones se conservan mejor que cuando han cesado los coitos.

Las contracciones del esfínter anal que son comunes en los orgasmos del joven, van disminuyendo conforme avanza la edad.

"La erección en el joven se instala en 3 a 5 segundos después de iniciada la excitación, a partir de los 50 años va tomando cada vez mas tiempo en establecerse. La

firmeza del pene en la erección varía con la edad, lo que se nota en el ángulo que forma el pene con el abdomen, que es mayor en el viejo que en el joven" (58).

La eyaculación en el anciano es retardada debido en parte al entrenamiento que se ha tenido antes, tratando de controlar la eyaculación y en parte a la disminución de la capacidad para la respuesta a la excitación sexual.

"La duración de la erección, cuando no se llega al orgasmo, varía con la edad, de modo que si a los 20 años puede durar hasta una hora, siempre que en su tiempo una excitación efectiva, a los 60 años dura solo siete minutos" (59).

En el hombre que sobrepasa los 50 años disminuye la fuerza con que expulsa el esperma, disminuye el número de contracciones de los músculos bulbocavernosos y bulbospongiosos que expulsan el semen de la uretra.

En el anciano está disminuida la contracción y congestión del secreto, disminuido también el aumento de volumen de los testículos por la excitación sexual al igual que la elevación de los testículos durante la excitación.

La conexión orgánica en el anciano es menor que en el joven, debido a la disminución de las conexiones.

(58) Brecher Ruth, Edward. Análisis a la respuesta sexual humana. P. 25

(59) Abernethy, G. Sexología humana. P. 73

tracciones musculares que expulsan el esperma.

La disminución de la capacidad para responder a la excitación sexual hace al hombre de edad más susceptible a los factores que habitualmente influyen en forma negativa sobre la capacidad sexual, por lo que se ha visto que la monotonía de las relaciones conyugales, la ansiedad causada por problemas, la fatiga física o mental, el abuso de las comidas y sobre todo al alcohol, las alteraciones de la salud, el temor a la incapacidad para realizar el coito, sobre todo cuando se ha notado alguna deficiencia, son circunstancias que disminuyen la capacidad sexual en el anciano.

Algunos autores mencionan un climaterio masculino o andropausia en lo que no se han puesto de acuerdo, pero refieren que se presenta a partir de los 50 años con: oleadas de calor, inquietud, cefaleas, fatigabilidad, disminución de la memoria y la concentración, trastornos circulatorios, erección defectuosa o nula, etc. Sin embargo esto no puede comprobarse en la mayoría de los hombres y los síntomas descritos pueden explicarse por los cambios seniles del organismo.

CAMBIOS SEXUALES EN LA MUJER

La situación de la mujer en la vejez se complica por la interacción de factores biológicos y psíquicos-sociales; "a diferencia de lo que sucede con el hombre, la mujer "promedio" responde con más sexualidad después de la ado-

lesconcia. En lugar de declinar entre los 20 y los 30 -- años de edad, la mujer tiende a florecer con mayor pleni-- tud en los 30 y 40 años. Las mujeres que conservan a sus-- compañeros y gozan de salud son perfectamente capaces de -- disfrutar de una vida sexual activa durante los años que -- le quedan" (60).

Se ha observado que entre los 40 y 50 años el aumen-- to de volumen de las mamas en la fase de excitación se pro-- duce en la misma proporción que en la mujer joven.

Se ve disminuida la congestión de la areola, por lo que existe disminución de la erección del pezón; también -- el eritema en las caras laterales de las mamas es menos no-- table con la edad.

La pérdida de erección del pezón es mas lenta en la mujer posmenopáusia, puede verse hasta varias horas des-- pués del orgasmo.

Las contracciones de los músculos esqueléticos son-- menos estables después de los 40 años y es muy raro llegar a ver espasmos de los músculos estríndos.

En esta época, la disminución o descenso de estrógg-- nos ha traido como consecuencia el adelgazamiento de la pa-- red vaginal, de tal forma que la uretra y la vejiga quedan menos cubiertas del canal vaginal; por esto los movimientos

(60) Kastumbaum, Robert. Op. cit. P. 108

del pene durante el coito pueden producir irritación en estos órganos trayendo como consecuencia desde de miccionar después del coito, polaquuria o cistitis.

El espasmo del recto durante el coito es poco notorio y solo se observa antes de los 50 años siempre que haya un orgasmo intenso.

La congestión y erección del clítoris se va presentando con menor frecuencia conforme avanza la edad.

La escasez de estrógenos hace perder tono y elasticidad a la vulva y a la vagina, lo que provoca que disminuya la elevación y separación de los labios mayores, consecutivo a la excitación.

En el orgasmo las contracciones de la vagina están disminuidas en número; con la disminución de la elasticidad y de la lubricación vaginal después de los 55 años, algunas mujeres tienen dispareunia, a menos que usen algún lubricante artificial; estas dificultades son menores si la mujer ha tenido coitos regularmente, lo que disminuye la pérdida de elasticidad.

En algunas mujeres se ha visto que aumenta la libido al suspenderse la menstruación, esto se debe a que ya no existe el temor de quedar embarazada, sin embargo la mujer que ha basado su deseo sexual en la procreación, puede perder todo interés al saber que ya no es capaz de concebir. "Cuando el interés por la función sexual aumenta en la menopausia, se puede presentar un conflicto en la mujer

puos muchas veces su esposo que, como es habitual, tendrá unos años mas que ella, puede estar impedido para la función sexual por algún padecimiento frecuente en su edad" - (61).

Sin duda alguna uno de los cambios que afecta la vida de la mujer, es la menopausia presentada alrededor de los 45 años, que declina con rapidez, y se acompaña de síntomas clínicos como: trastornos menstruales que terminan en amenorrea, oleadas de calor que pueden ir ascendiendo hasta la cara, sudores, parestesias, palpitaciones, estomía, etc. Esto es debido a la atrofia de los ovarios que dejan de producir progesterona; después suspenden la ovulación y posteriormente la producción de estrógenos.

Ya establecida la vejez, la capacidad para el acto sexual se mantiene mejor, si la actividad sexual se conserva como en años anteriores que si se restringe. Este resultado puede obtenerse tanto si la actividad sexual consiste en coitos normales como si se recurre a la masturbación, ya que esta práctica es frecuente entre ancianos que no tienen pareja sexual o si ésta se encuentra impedido para el coito o no lo desean.

Entre las circunstancias que afectan la función sexual en la vejez, se encuentran los padecimientos comunes en esta etapa de la vida.

(61) Azcárraga, G. Op. cit. P. 78.

3.5 ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL ANCIANO

Es de vital importancia para el presente estudio -- comprender los cambios psicológicos que presenta el anciano ya que con la edad también se ven alteradas sus funciones psíquicas. Los ancianos se preocupan más de sí mismos y se hacen más egocéntricos a medida que atienden cada vez más a la satisfacción y al control de sus intereses personales.

Las capacidades psicológicas declinan más lentamente en el anciano, que las capacidades físicas, aunque no pueden delimitarse cambios solo por la edad cronológica, ya que como se ha mencionado cada individuo envejece a su propio ritmo.

No existe ningún patrón típico de estudio de la conducta del anciano; la conducta del hombre no puede determinarse por factores biológicos por sí mismos, ni por el número de años vividos, la biografía personal y las experiencias acumuladas durante toda la vida, junto con las respuestas del hombre ante tales estímulos, dejan su huella ind borrable sobre la conducta del anciano.

CAMBIOS EN LA CAPACIDAD INTELLECTUAL

INTELIGENCIA GENERAL

Actualmente se sabe que no hay declinación mental -- causada por la edad. Existen algunas facultades que inclusive pueden mejorarse como son : la extensión del conocimiento, el juicio práctico, la capacidad de hallar la so-

lución a situaciones difíciles, habilidad en el lenguaje, etc. Se ha encontrado que otras facultades son menos resistentes conforme avanza la edad, y estas incluyen, la memoria, los poderes de concentración, la agilidad mental y la facultad del raciocinio.

"Basándose en la observación, se pueda afirmar que las personas de edad avanzada son capaces de soportar grandes cambios degenerativos en las estructuras del sistema nervioso central sin que por ello se altere su conducta, siempre y cuando su ambiente cultural siga estimulándolos adecuadamente. En el momento en que el modo de vida de un anciano sufre un cambio radical o brusco, con la muerte -- del cónyuge, la jubilación de su empleo, el internamiento en un asilo o en un hospital, el individuo comenzará a decaer irremisiblemente" (62).

En la vejez las pruebas mentales que necesitan habilidades en relación a un amplio vocabulario, información general y comprensión verbal, tienden a ser resueltas más fácilmente cuanto más edad se tenga, en contraste con aquellas en las que se necesita resolver pruebas abstractas, como las matemáticas y las series de guirrimos. Si se determina el tiempo requerido para resolver un problema, se ha encontrado que los ancianos son tan buenos como los jóvenes y a menudo su eficiencia es mayor.

(62) Cowdry, E. V. Op. cit. P. 16

Se ha observado, que el oficio o profesión del individuo tiene mucho que ver con los cambios que presenta el anciano a nivel psicológico; ya que aquellas personas que no trabajaban o sus actividades fueron monótonas y sin desafíos, fueron las primeras en mostrar cambios involutivos, en comparación con las personas que se enfrentaron a desafíos del cambio, de la novedad, ya que mostraron hasta un aumento en su capacidad intelectual a medida que envejecían.

Se sabe que todos los órganos que están mucho tiempo sin realizar movimiento, van perdiendo poco a poco su función, a lo cual Steinbach dice: "el organismo va cambiando mejorando su capacidad funcional, deberá estar expuesto a demandas crecientes. Solo el sufrimiento hace llegar hasta el fin" (63).

CAPACIDAD DE APRENDER Y RECORDAR

La capacidad de aprender y recordar se vuelven ineficaces a medida que pasa el tiempo. El deterioro se vuelve más notorio cuando el anciano trata de aprender hábitos nuevos, lo cual requiere olvidarse de los hábitos ya conocidos, modificarlos o integrarlos con los nuevos.

Se ha comprobado que en el aprendizaje de material sin sentido, el anciano lo ejecuta menos bien que el joven pero cuando el material tiene sentido, el anciano se adap-

(63) Von, Hun. Op. cit. P. 29

ta tan bien como el joven.

Las personas de edad avanzada, aprenden muy rápido si el material se presenta en forma clara y arreglada; además la repetición de los estímulos es decisiva para el aprendizaje, lo mismo que influye la motivación y el estado de salud del anciano.

En la vejez, se presenta una disminución en la capacidad de percepción de los estímulos provenientes del medio, y junto con ello la incapacidad para organizar los datos y estímulos recibidos, lo cual está influenciado por defectos en los órganos de los sentidos.

Los ancianos tienen poca energía mental para enfrentarse a todos los estímulos externos, por lo que bloquean inconscientemente algunos y atienden solo a los emocionalmente importantes.

AJUSTES DE LA PERSONALIDAD

La personalidad de los ancianos no solo está bajo las tensiones provocadas por la gran cantidad de estímulos externos, sino que debe enfrentarse y defenderse del número creciente e inevitable de frustraciones personales. -- Cuando fallan los mecanismos de ajuste de la personalidad, sobrevienen trastornos psicopatológicos o enfermedades mentales comunes en la senectud.

Se han descrito cierto número de etapas de desarrollo

te que tienen que pasar los ancianos que sufren problemas emocionales a menos que esta cadena se interrumpa por medio de un buen tratamiento. "Esta serie de cambios en la personalidad se inicia cuando el individuo experimenta un notable rechazo cultural, como el derivado de su jubilación en el trabajo o la pérdida de autoridad dentro de su familia y comunidad. Incepa a sobreponerse a esta situación, sus esfuerzos para adaptarse se vuelven cada vez menos efectivos, hasta que, al final, adopta una actitud de total abandono a las exigencias de la realidad. Estos son los ancianos frustrados que llenan los hospitales mentales" (64).

Se ha demostrado que los ancianos en comparación con los jóvenes, muestran mayor disposición a quejarse de síntomas físicos, están menos dispuestos a realizar trabajos agotadores, son menos extrovertidos y se muestran indiferentes ante los estímulos emocionales. Conforme envejece el individuo, se exageran los rasgos característicos de su personalidad; se vuelve más y más el mismo. Los defectos de desadaptación y de dependencia que estuvieron ocultos en la juventud, se vuelven más aparentes cuando los años obligan a abandonar el trabajo, muere el cónyuge, se pierden los amigos y la sociedad se vuelve menos tolerable.

(64) Cowdry, E. V. Op. cit. P. 20.

3.6 PROBLEMAS SOCIOECONOMICOS DEL ANCIANO.

Es bien sabido, que el anciano se encuentra rodeado de un sinnúmero de condiciones desfavorables creadas por factores ambientales que actúan como agentes precipitantes de trastornos biológicos y emocionales.

Muchos de los problemas socioeconómicos del anciano tienen su origen sin lugar a dudas en el sistema socioeconómico en el que nos desenvolvemos. El sistema capitalista requiere de personas hábiles para producir satisfactores que cubren las necesidades creadas por el sistema mismo; los ancianos al no ser las personas idóneas para tal producción, son marginadas por la sociedad, siendo objeto de desplazamiento por parte de la gente joven.

Siendo consecuencia de lo anterior, que gran parte de personas se van diario del sistema de producción, para ingresar a las filas de los que carecen de función dentro de la sociedad, convirtiendo en ancianas a las personas de 30 y 35 años de edad, dando un giro especial a la problemática del desempleado, del pensionado y del jubilado.

Es importante mencionar que al ir en incremento la población en general, se incrementa la cantidad de ancianos y que éstos junto con los menores de 12 años, forman el sector de la población económicamente inactiva que en 1970 era de 73.23% en comparación con la población económicamente activa que era del 27.77% (65).

(65) Holt Buttnor, E. Composición por edad y sexo e índices de dependencia de la población en la República Mexicana, p. 49.

Cabe agregar a lo anterior, que la edad está estrechamente vinculada con la dependencia económica: mientras mas niños y ancianos haya, mayor será la dependencia y viceversa. Este problema es íntimo al desarrollo de un país, e indica si éste se le puede considerar como desarrollado o subdesarrollado.

México en 1970 tenía un índice de dependencia de 2.7 evidentemente muy alto, ya que esto es un factor negativo para el progreso de un país. Para el mismo año, " del 100% que corresponde al total de la población geriátrica, el -- 33.20% es económicamente activa y el 66.80% es improductiva, lo que trae problemas sociales y económicos". (66)

El anciano que continúa trabajando su ingreso económico es muy bajo y los que no trabajan no tienen ingresos o sus pensiones son requiticas, lo cual los condena a vivir en la miseria, habitando los rincones de las viviendas, -- viviendo en condiciones insalubres, prescindiendo de los -- elementos nutritivos mas indispensables y privándose de la atención médica mínima que ellos necesitan.

Antes se mencionó que diariamente jubilan personas ancianas, y que éstos lugares serán ocupados por los jóvenes que al ingresar al sistema productivo de trabajo, muchas veces tiene que desplazarse de sitio, cambiando su -- residencia, privando con ello a sus padres de la compañía, cuidado personal y en cierto grado de la ayuda económica -- que necesitan los ancianos.

En las antiguas familias patriarcales, el patriarca anciano seguía siendo el mismo centro familiar de varias -- generaciones, era ayudado y respetado por los hijos, los -- so brinos y los nietos ; además de las labores domésticas que desempeñaba. En la sociedad actual contrariamente, el an

 (66) Torres Reyes B. M. Et. al. La Geriatria y su proyección en enfermería. México, I.P.N., Escuela de enfermería y Obstetricia, 1975. P.28.

ciano se encuentra aislado, marginado desde el punto de --
 vista psicológico, económico y social. A ello contribuye--
 la tendencia de los hijos a formar núcleos familiares pro--
 pios, con fragmentación del núcleo familiar y además la --
 tendencia de las poblaciones campesinas de emigrar a las --
 ciudades en busca de mejores condiciones de vida.

Es importante mencionar las diferencias que existen
 entre la vieja y la nueva generación; la incompatibilidad--
 de caracteres y las distintas formas de vida; con lo cual
 se ha venido creando y difundiendo la expresión de "ancie--
 no incómodo", para definir este estado de incompatibilidad.

El anciano va siendo objeto de conflictos sociales--
 ha medida que se encuentra incapacitado para adaptarse a --
 las condiciones que le exige la sociedad. Su organismo se
 ve estrellado al tener que rendir al máximo para poder --
 conservar su homeostasis, ya que ha medida que no se adap--
 te, se descompensa sufriendo una serie de alteraciones.

La muerte de los viejos tiene un significado tanto
 social como personal, significa una soledad creciente ha--
 medida que sus contemporáneos desaparecen de escena. Esta
 situación se hace más grave cuando muere uno de los mie--
 mbros de una pareja; después de haber convivido muchos años
 y de haber conseguido una dualidad en una unidad, y no --
 dos seres diferentes con intereses propios.

Un aspecto crucial en la vida del anciano que debe tratarse por separado por la importancia que reviste, es la jubilación.

La jubilación ataca con más gravedad al hombre que a la mujer, puesto que a ésta no le faltarán actividades que realizar dentro del hogar. En cambio al hombre le afecta demasiado porque el trabajo ocupa una buena parte de su vida, generalmente suele ocuparle 40 hrs. a la semana, pero si se suma las horas que tarda durante el traslado y otras actividades con él relacionadas, el tiempo es mucho mayor. En los hombres que se dedican a sus negocios o que son directivos, el tiempo que su pensamiento se ocupa en el trabajo, suele llevarse la mayor parte del día.

" Para algunos hombres la actividad productiva del trabajo es la única salida. No sólo canaliza su intelecto y su vida social sino también los impulsos artísticos que pueda tener. Además, el trabajo puede ser una solución para su necesidad de ejercer poder sobre los hombres si es jefe de personal, sobre las cosas si no se ha alcanzado ese puesto. Las relaciones del trabajo derivadas dan a muchos una situación social a los ojos de los demás que es fuente de satisfacción" (67).

Cuando un hombre se jubila, gran parte de su vida puede perderse. Algunos autores han revelado que la cesación repentina del trabajo, es una explicación de por que

(67) Lemkau, Paul V. Enfermedad mental. P. 326

los hombres jubilados se quejan más y presentan más síntomas de envejecimiento tanto físico como síquico que la mujer.

Cabe señalar que las relaciones sociales que tienen en anciano siempre se encuentran alrededor de compañeros de trabajo, más que de amistades personales, y al ser jubilado puede ser que jamás vuelva a ver a sus amistades. Una forma de compensar esta situación, es la creación de nuevos contactos entre amigos, cosa que difícilmente se da en el anciano.

La pérdida de relaciones afectivas en el anciano, por la pérdida de su cónyuge o de sus amistades, lo condena a vivir en soledad creándole un ensimismamiento.

Se ha hallado que la soledad en el anciano es una función del tedio, instalado éste por los pocos intereses en el anciano, y la pérdida de sus actividades habituales que da como resultado la instalación del hufío.

Uno de los aspectos desesperantes de la situación del anciano es su impotencia para modificarla; no existe una unión solidaria entre todos ellos, ya que han dejado de ser productivos a la sociedad capitalista y no tienen medios para hacer presión. Además la idea de un cambio les angustia, temen siempre lo peor y ante esta situación lo más frecuente es la autodestrucción para llegar a su etapa final: la muerte.

A. PAPEL DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DEL ANCIANO.

En el presente artículo se trata el papel que desempeña enfermería en la atención del anciano, mencionando consideraciones generales, ya que por la dificultad del tema se hace también difícil el manejo del proceso salud-enfermedad en lo vejez.

El papel del profesional de enfermería en la atención del anciano sano y enfermo es imprescindible; no sólo cuando está hospitalizado, sino también a nivel ambulatorio, ya que como sabemos la mayoría de las personas de edad avanzada se encuentran en sus hogares, con su familia y no en los hospitales ni en los asilos.

Es importante que el profesional de enfermería conozca y comprenda los cambios fisiológicos que sufre el individuo anciano, para que así éste sea aceptado tal cual es, con todas sus limitantes y así brindarle los cuidados que requiera en base a las necesidades detectadas; necesidades biológicas, psicológicas y sociales, ya que generalmente se le trata solo como un cuerpo, olvidándose que está tan íntegro como cualquier ser humano, con una mente lúcida y llena de pensamientos y sentimientos que no pueden ponerse a prueba.

La atención del anciano por sí sola no es fácil, ya que requiere de quién lo atiende una sólida preparación científica, adecuado adiestramiento y un espíritu bien in-

portante que es la buena disposición de brindarle afecto; requisitos que el profesional de enfermería debe reunir -- para darle al anciano una atención de calidad, de lo contrario seguirá atendiéndosele de una manera empírica, rutinaria y fría.

Las personas de edad avanzada necesitan más simpatía y comprensión, pero les falta las cualidades que hacen encantadores a los niños. Al anciano no le gusta ser mimado, pero quiere que su voluntad y sus deseos se tomen en cuenta. El respetar los derechos de los ancianos es una lección que no siempre le resulta fácil al personal que lo atiende, ya que éste deberá ser paciente, flexible, tener humor y tacto para atenderlo; a veces es necesario sustituir los conceptos aprendidos tan laboriosamente, por una conversación hábil y actitudes comprensivas, ya que la mejor enfermera es la que sabe ayudar al paciente a adaptarse a sus limitaciones.

Es preciso aclarar que la vejez y la enfermedad son dos fenómenos completamente diferentes y no sinónimos como se había pensado; ya que la vejez no implica enfermedad -- aunque existan separaciones estrechas entre ellas. El anciano por el simple hecho de serlo, no es un enfermo aunque por la multiplicidad de funciones orgánicas declinadas algunas personas así lo consideren.

Es importante mencionar que algunas personas de edad avanzada en nuestro medio presentan gran variedad de pad-

cientes; esto es debido a factores educativos deficientes, al arrastre de hábitos, por falta de recursos disponibles para lograr una atención de calidad y por falta de interés del individuo con respecto a la conservación e incremento de la salud, no sólo desde la infancia sino desde la concepción misma.

Es cierto que la vejez es un proceso irreversible que no se instala de un momento a otro, sino que es una serie de cambios progresivos que se presentan poco a poco -- desde la tercera década de la vida; pues bien los cuidados no deben otorgarse cuando los "achaqueos" comienzan, sino -- que lo ideal es ir preparando al individuo desde la infancia, ya que así habría mas posibilidad de llegar a la tercera edad llevando una vida sana y activa hasta el último momento. Es necesario que el individuo conozca y sepa cómo funciona su organismo, para que pueda detectar a tiempo datos anormales y así establecer medidas profilácticas adecuadas.

El profesional de enfermería juega aquí un importante papel en la promoción de la salud y en la restauración de la misma; es necesario que haga participar al individuo en las actividades que se realizan por el bien de la salud.

En la edad madura es importante que el individuo se practique un examen médico periódico cuando menos unas diez veces al año y acudir al facultativo cada vez que se juzgue necesario; éste deberá practicar exámenes de laborato-

rio y gabinete necesarios para detectar a tiempo enfermedades frecuentes en éste grupo etario; además se practicarán electrocardiograma y exámenes citológicos para detección de cáncer cervico-uterino y mamario en la mujer.

En la vejez, la medicina preventiva tiene un importante papel, dictando normas que deben tomarse en cuenta - para hacer mas lento el proceso de envejecimiento y que el profesional de enfermería tendrá que conocer para transmitirle a la comunidad mediante charlas de promoción y -- educación para la salud; y abarcarán: la alimentación, el ejercicio físico y la higiene mental principalmente:

1o. Alimentación.- De la alimentación depende gran parte la salud del individuo, la cual debe contener en cantidades balanceadas de acuerdo a la edad y el sexo del individuo los nutrientes indispensables (proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas y minerales).

2o. Ejercicio físico.- Este es importante durante -- toda la vida, ya que mantendrá al organismo en forma, para llevar a cabo sus funciones adecuadamente.

El anciano debe incluir en su vida diaria algunos -- minutos dedicados al ejercicio físico, debe practicar ejercicio postural, estiramientos musculares y gimnasia, la -- cual bien planeada junto con una labor manual, pueden ayudar adecuadamente a su salud.

Entre las ventajas de la gimnasia, se encuentran --

las siguientes:

- A. Mantener una postura adecuada.
- B. Adecuado alineamiento de las articulaciones.
- C. Prevención de contracturas músculo-tendinosas.
- D. La conservación de la fuerza muscular para la --
marcha.
- E. Estimular la circulación sanguínea y el metabo--
lismo.
- F. La satisfacción emocional y el optimismo al sen--
tirse activo e independiente.

La intensidad de los ejercicios siempre estará gra--
duada en base a la edad y sobre todo a las condiciones del
individuo. El ejercicio debe estar alternado con períodos
de descanso y llevarse al aire libre cuando sea posible.

3o. Higiene mental.- Es importante para mantener --
mente sana en cuerpo sano. La vida debe tener cambios de--
ambiente ya que son los que dan gusto a la vida y así se --
evitará una vida monótona.

Siempre hay que permanecer activo, ya que la inacti--
vidad lleva al tedio; sin embargo hay que evitar la fatiga
porque es nociva para la salud.

El individuo debe aprender a distraerse, tomar de --
vez en cuando unas vacaciones, ya que el relajamiento es in--
dispensable sobre todo en nuestro medio que está lleno de --
tensiones, que nos llevan con frecuencia al estado de estrés.

El sueño como forma de relajación natural tiene mucho que ver en la higiene mental, dormir 7, 8 horas ó más diariamente, es recomendable.

Es importante mencionar que "existen sentimientos - que hacen envejecer, como el odio, los celos, el rencor, - que constituyen verdaderas toxinas que acaban y hacen envejecer prematuramente. Es necesario cultivar los buenos sentimientos, la bondad, la generosidad y el amor. Para lograr ésto, debe recordarse que la mayoría de los sentimientos nacen, en gran parte, de las relaciones que se tienen con otras personas y que según la reacción que provocan, harán la vida agradable y saludable o por el contrario triste y desagradable" (68).

Fuentes Aguilar refiere que existen manifestaciones que pueden marcar el inicio del envejecimiento, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- 1o. Sequedad de la piel, pérdida de su elasticidad y presencia de pequeñas arrugas.
- 2o. Fatiga general sin causa aparente.
- 3o. Presencia de dolores lumbares vagos, acentuados por el más mínimo esfuerzo.
- 4o. Lenta digestión, meteorismo y pesantez post prandial.
- 5o. Obesidad y colulitis.
- 6o. Disminución de la habilidad manual y rigidez.

(68) Fuentes Aguilar, L. Op. cit. p. 350

- 7o. Falta de entusiasmo o indiferencia por lo que le rodea.
- 8o. Insomnio sin causa justificada.
- 9o. Pérdida de la memoria anterógrada.
- 10o. Tendencia a la depresión. (69).

Es importante hacer mención que cuando estos signos se presentan, es necesario consultar al médico quién precisará el diagnóstico y determinará las medidas profilácticas necesarias.

RECOMENDACIONES GENERALES Y MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL ANCIANO.

La casa o el lugar donde reside el anciano debe tener ciertas características; de preferencia hacerle adaptaciones y no construirle una nueva para evitar que él sienta rechazo o indiferencia por parte de la familia; sino -- que éste por el contrario ayudará a la integración familiar.

Con frecuencia el anciano tiene problemas para deambular y para disminuir riesgos, la vivienda debe contar -- con espacio adecuado para su movilización, mas aún cuando el anciano utiliza silla de ruedas; pasillos anchos, bien iluminados y con pasamanos le brindarán mayor seguridad y protección.

(69) Ibid. p. 354.

Se recomienda para la vivienda, ventanas amplias bien orientadas para la adecuada iluminación y ventilación.

Los pisos serán planos y deben estar sin encerar, ya que esto es propicio para sufrir caídas. Las escaleras -- tendrán escasa pendiente para facilitarle el ascenso al anciano. El sanitario así como los peldaños estarán bien -- iluminados.

Se evitará la colocación sobre los parillos de mesas, operatos o juguetes que sean riesgo para el anciano, además que son obstáculos para su deambulaci3n.

La cama de los ancianos debe tener menos altura de lo habitual, estar colocada junto a la pared o tener barandales; si el anciano tiene problemas para su movilizaci3n -- la cama deber3 estar provista de trepico y aditamentos -- con los cuales la movilizaci3n ser3 m3s f3cil y efectiva. A menudo es necesario colocar un banco de altura para facilitarle al anciano el acceso a la cama.

La habitaci3n del anciano estar3 situada junto a -- los dem3s de la familia, no por el garage, no por el patio ni cerca de los animales dom3sticos, ya que 3l es un miembro de la familia tan valioso como cualquier otro.

Debe permitírsele al anciano tener todos sus objetos queridos dentro de su habitaci3n; retratos, muebles, -- libros, im3genes, etc. que por feos y viejos que nos parezcan, para 3l son los recuerdos m3s gratos de su vida.

Sobre el buró del anciano y muy a la mano deben encontrarse sus gafas y sus prótesis tan indispensables para lograr su independencia.

La suela de los zapatos y el bastón del anciano, deben tener una tapa de caucho, lo cual evitará peligrosas caídas que pueden ser causa de fracturas.

La tina del baño y el baño mismo, requiere también de adaptaciones, es recomendable la colocación de paramanos y un tapete de hule en el piso de la tina.

Los utensilios con los cuales el anciano se ayudará para comer, deben ser resistentes y deben estar en buen estado; cuchillo con filo efectivo y las tazas con asas -- suelen ser eficaces para facilitarle el trabajo al anciano.

El ambiente hogareño no debe ser extremoso ni monótono; música agradable, risas familiares e intercambio de ideas entre los miembros de la familia le darán vida a la vida del anciano.

CUIDADOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON LA ALIMENTACION DEL ANCIANO.

Es frecuente que el anciano pierda peso por tanto es responsabilidad del personal de enfermería observar y llevar un control del peso del anciano, así como detectar signos de deficiencias nutritivas lo cual es un serio problema. Lo anterior puede ser causado por una dentadura deteriorada, por el aburrimiento de comer en soledad o por

falta de dinero.

Al planear la dieta del anciano deben tomarse en -- cuenta su estado de salud, su actividad y su metabolismo.

Debido a que el anciano tiene disminuidos los senti- dos del olfato y el gusto, los alimentos deben estar bien- presentados y de buen sabor; deberán tomarse en cuenta los gustos del anciano ante cierta variedad de alimentos. Recí- birá de 4 a 6 pequeñas tomas de alimento en vez de 3 comi- das copiosas durante el día; esto evitará una sobrecarga a su organismo.

El anciano sigue necesitando en su dieta frutas, -- verduras frescas, pescado, leche, huevos y carne.

El alimento proporcionado al anciano debe ser pica- do, molido o hecho puré, únicamente cuando existe algún -- problema en la masticación, ya que de lo contrario los re- chezará.

"Si el anciano tiene limitaciones para alimentarse por sí solo, debe administrarsele bebidas con concentra- ción de proteínas elevadas y vitaminas, así como suplemen- tos minerales que proporcionen una dieta adecuada" (70).

Para ayudar a prevenir el estreñimiento que es com- mún en los ancianos, la dieta debe incluir cereal de trigo

(70) Salzer, Donise. "Diets Theraputicas", 1a. parte. En fermere el día. Vol 6, No. 2. P. 13.

suficiente y líquidos; si con la dieta no es controlado el estreñimiento puede indicarse algún laxante de acción mecánica con objeto de estimular la peristaltia normal del intestino.

El anciano debe comer despacio, masticar bien los alimentos e ingerir de 6 a 8 vasos de agua al día, evitar su ingestión por la noche lo que traería como consecuencia la nicturia. Se restringirá la ingestión de helados, pastillitos y la sal en las comidas.

El anciano siempre debe comer en compañía, ya que una charla agradable también es un buen estimulante del apetito.

CUIDADOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON LA HIGIENE DEL ANCIANO.

Es necesario estimular a las personas de edad avanzada para que se cuiden a sí mismas, siempre y cuando estén en condiciones de hacerlo; para ésto no utilizarán los adjutamientos necesarios que ayudan a los ancianos a realizar sus actividades.

Es recomendable el baño del anciano 2 veces por semana si hace calor, y si hace frío una sola vez; aunque puede también bañarse un día y al otro alternarlo con aseos parciales o baño de esponja de acuerdo a sus condiciones. El baño durará no más de 20 min., se evitarán corrientes de aire durante el baño; el anciano estará sentado durante

éste para evitar el riesgo de producir caídas.

Se tendrá especial atención en el jabón utilizado - ya que es causa frecuente de problemas dermatológicos en - el anciano, sobre todo cuando el jabón no es eliminado por completo de la piel.

Los baños frecuentes y con agua caliente resecan la piel, al igual que las fricciones con alcohol; por lo tanto no deben usarse. Se recomienda el uso de cremas o lociones para lubricar y friccionar la piel y de ésta manera disminuir la sequedad.

Otro aspecto importante en el anciano es el cuidado de las uñas, ya que tienden a ser gruesas y quebradizas, para lo cual deben pulirse cuidadosamente; primero deberán ablandarse sumergiendo los pies del anciano en agua caliente; si las uñas son demasiado gruesas y descuidadas se requerirá la intervención del pedicurista.

Los pies deberán mantenerse secos y bien lubricados, si se encuentran fríos es necesario ponerles calcetines gruesos y algún cobertor complementario. Si se piensa utilizar la bolsa de agua caliente o el cojín eléctrico, es necesario tomar las debidas precauciones.

En cuanto al cuidado del cabello, hay veces que es difícil debido a la incapacidad del anciano para colocarse en la posición adecuada. "Una postura bastante cómoda - para un paciente inválido es la de atravesarlo en la cama,

sosteniéndole los pies por medio de una silla o una mesa de poca altura, mientras un ayudante le mantiene la cabeza, a fin de que una segunda persona sea la que ejecute el lavado del pelo. La frecuencia con que deben darse tales lavados, depende de las características del cuero cabelludo" (71).

Cualquier tipo de baño que se le realice al anciano, deberá tenerse cuidado de asegurar su intimidad, ya que él se siente afligido cuando no puede mantener sus normas usuales de modestia personal.

Otro aspecto del aseo del anciano es el dental; deberá llevarse a cabo el cepillado dental por lo menos 3 veces al día, después de la ingestión de alimentos; es importante utilizar una técnica adecuada, ya que generalmente en el anciano la encía tiende a desplazarse en dirección de la raíz del diente, lo cual ocasiona el descubrimiento parcial del diente y molestias muy desagradables pudiéndose evitar con un cepillado efectivo y visitando con frecuencia al odontólogo.

En caso de que el anciano utilice prótesis, la dentadura debe ser limpiada y cepillada con frecuencia. Si ésta se quita, debe colocarse en un tarro oscuro y bien tapado, debe evitarse que se envuelva con un pañuelo o con papel, porque ocultas en esta forma son fáciles de tirar o de perder. Si el anciano puede lavarlas, la enfermera debe

(71) Goudry, E. V. Op. cit. p. 213.

indicarle como; y si no puede el personal de enfermería -- la colocará en un recipiente y se llevará a lavar al fregadero evitando lavarle directamente sobre éste, ya que pueden romperse con facilidad.

Por las noches es recomendable que al quitarse la prótesis dental, el anciano después que la ha limpiado, la coloque en una solución antiséptica y por la mañana antes de colocársela es necesario que la enjuague con agua corriente para quitarle el mal sabor.

El aseó perineal de la anciana es importante, ya que con frecuencia presenta ligera incontinencia urinaria por esfuerzo o abundantes secreciones, ante lo cual es necesario utilizar toallas desechables para mantener esta zona seca y limpia.

Para conservarse agradable el aspecto personal del anciano y cuando éste tiene limitaciones, es necesario -- afeitarlo; a la anciana se le pararán los cosméticos para que los utilice de manera que ella los acostumbre, dando una nueva tonalidad a su vida.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FUNCIÓN DE ELIMINACIÓN DEL ANCIANO Y OTRAS FUNCIONES.

La función de eliminación se ve afectada frecuentemente en el anciano y una de éstas alteraciones es la polipiuria. Muchos ancianos presentan hipertrofia prostática y las ancianas relajación de las estructuras perineales y la vejiga no se vacía satisfactoriamente.

Es importante que enfermería vigile cualquier alteración presentada por el anciano con el fin de tomar las medidas necesarias.

Debe evitarse la ingestión de líquido por la noche para evitar la nicturia, pero si el anciano tiene deseo de salir al baño, deben tomarse las debidas precauciones. Dejar un orinal o una sillita al alcance del anciano a veces resuelve el problema. A veces es necesario colocar lienzos absorbentes (pañales) sobre la cama, no solo del anciano hospitalizado sino también del que duerme en su casa. - Esto ayude a protegerlo de los aspectos nocivos de las deyecciones, como la irritación de la piel por la humedad, - la transformación de la orina en amoníaco y los desagradables olores.

Los ancianos que deambulan y que tienen escurrimiento urinario necesitan de una prenda protectora. Muchos varones rechazan los orinales de hule que se fijan al suelo, porque es frecuente que los empaques dejen de funcionar o se pierdan y esto es muy desagradable. Se han obtenido buenos resultados usando una tela ahulada o un guante de hule colocado alrededor del pene, sujetado firmemente pero sin hacer presión. Ambos procedimientos pueden utilizarse por períodos cortos sin causar molestias, además son materiales baratos y de fácil adquisición.

Otro procedimiento utilizado en los ancianos con incontinencia es el uso de sillones de ruedas con depósito -

para coleccionar excretas; teniendo precaución de que el anciano no permanezca en contacto con las deyecciones.

NECESIDAD DE DESCANSO Y EJERCICIO EN EL ANCIANO.

Es importante mantener viva la actividad del anciano ya que es la base de una buena salud mental y evitar su deterioro. Las actividades que realizará no deben ir más allá de su capacidad para ejecutar las actividades planeadas ni tampoco éstas deben ser monótonas.

Es necesario que el anciano permanezca en la cama unos 20 min. después de despertar con el objeto de que la circulación corporal adopte su ritmo normal; después debe mantenerse fuera de la cama a menos que sus órganos cañados necesiten reposo.

Si por algún problema el anciano ha tenido dificultad para dormir, un ambiente tranquilo y un buen masaje después del baño pueden estimularlo a descansar tranquilamente.

Cuando el anciano por alguna circunstancia debe permanecer en cama, deberán practicarsele ejercicios pasivos y activos tanto como su cuerpo los tolere; esto evitará contracturas musculares, pérdida de tono y atrofia muscular por falta de ejercicio.

Generalmente el anciano duerme menos horas que un adulto; pues por muy pocas horas que sean, debe cuidarse

se que las descanse en las mejores condiciones posibles.

También se recomienda que el anciano descanse de -- 5 a 10 min. después de la comida o una siesta de 20 a 30 min. en la mitad de la tarde con el objeto de que su digestión sea adecuada y además para recuperar las energías perdidas durante el día.

ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL ANCIANO HOSPITALIZADO.

En frecuentes ocasiones, ante la variada patología de la senectud, se hace necesario llevar al anciano a un hospital, aunque a éste no le satisfaga; a veces no acepta ir porque la atención resulta ser muy costosa y ante sus escasos o nulos ingresos económicos, el anciano tiene que resignarse y familiarizarse con su padecimiento y esperar que la muerte sobrevenga.

Se sabe que un alto porcentaje de la población senescente presenta problemas incapacitantes y que al requerir hospitalización, la estancia media del anciano en la institución resulta ser el doble de la que requiere una persona joven.

En México por la escasez de recursos destinados a la atención del anciano, la ignorancia de la familia para brindarle una atención adecuada y la falta de planeación-- conducen a vivir en soledad al anciano dentro del hogar o en el asilo. Los familiares al retirarse incapacitados para atenderlo en el hogar, encuentran una salida fácil al --

problema, cuya solución es buscar un lugar donde internarlo. Al estar internado el anciano, los leños familiares -tienden a romperse poco a poco hasta llegar al momento en que el anciano se queda solo y desamparado.

El solo hecho de pensar en el abandono, crea temor en el anciano que va a ser hospitalizado, por eso la mayoría de ellos prefieren permanecer en su casa que ir al hospital cuando enferman; ya que además son poseídos por el temor de morir.

Muchas veces es preferible no obligar a los ancianos a hospitalizarse, ya que se ha visto que su recuperación es más rápida cuando son atendidos en su casa; siempre y cuando se cuente con los recursos necesarios para su atención.

De lo anterior puede desprenderse la importancia de la preparación psicológica que debe dársele al anciano que va a ser hospitalizado; deberá siempre llamársele por su nombre respetando en todo momento su dignidad, lo cual generará poco a poco la confianza del equipo que colabora para su recuperación.

El profesional de enfermería es uno de los primeros miembros del equipo de salud que tienen contacto con el anciano, serán responsables de recibirlo en el hospital, es importante mostrarle todos los recursos de los cuales va a disponer; mostrarle la ubicación del baño, del comedor, de la estación de enfermería, el timbre, las salas de recreo-

ción, etc. Si el anciano está conciente se presentará con los demás pacientes de la sala, lo que favorecerá comunicación de tal forma que el ambiente hospitalario logre ser parecido al de su hogar.

Es importante además presentarlo a los integrantes del equipo de salud que intervendrán en su tratamiento. El anciano debe ser un elemento más del equipo y no la persona o el objeto donde se aplicarán procedimientos.

El profesional de enfermería tendrá un papel de importancia en la adaptación del anciano al medio hospitalario, adecuando los recursos de la institución a las necesidades detectadas en el individuo. Es recomendable dejar una pequeña luz encendida durante la noche de modo que pueda orientarse más fácilmente el anciano con respecto a lo que le rodea cuando despierta, y evitar caerse si se levanta.

Algunos ancianos necesitan barandales en su cama -- por la noche; si se colocan, debe explicarse el motivo del procedimiento para evitar que el anciano se sienta aprisionado.

Como el anciano no duerme tantas horas, puede ser motivo de conflictos si duerme en una sala general. El mantener al anciano despierto durante el día ayuda a que duerma mejor por la noche. Si despierta muy temprano por la mañana, debe recomendársele alguna distracción como la

lectura, para que no despierte a sus compañeros de sala.

La confusión nocturna y la desorientación son frecuentes en el anciano, por lo que es preciso valorar el uso de sedantes. Los episodios de confusión son más frecuentes durante la noche, los cuales pueden ser reducidos por medidas de enfermería. Si uno de los pacientes se nota confuso, acérquese a él tranquilamente y encienda una luz tenue, explique con calma donde se encuentra y quién es usted, tómale la mano disminuyendo así su temor y haciéndolo sentir más seguro.

Los cuidados que se le darán al anciano hospitalizado tienen relación con los antes mencionados, además de -- los específicos de acuerdo a su padecimiento y a sus necesidades personales.

ATENCION DE ENFERMERIA AL ANCIANO MORIBUNDO Y A SUS FAMILIARES.

La asistencia al anciano que presencia su muerte, es una de las actividades que enfermería lleva a cabo, poniendo en juego su preparación, experiencia y humanismo. Su actuación se basa en la comprensión y en su perfección interior. Confrontar la vida con la muerte es una experiencia que no cualquier persona soporta, ya que se requiere de valentía y paciencia. Es importante mencionar el hecho de reconocer lo que significa esta experiencia para el anciano y sus familiares; ayudándoles a expresar sus sentimientos.

y pensamientos y confortándoles cuando atraviezan las distintas etapas de la experiencia: etapa de negación de la muerte y enojo y etapa de aceptación.

"Tres aspectos importantes del cuidado de enfermería de los pacientes moribundos son: 1) confortar al paciente cuando comienza a considerar su muerte cercana; 2) fomentar la comunicación con el paciente para que no haga frente a esta experiencia con creciente aislamiento de los demás; 3) hablar con los miembros de la familia y con otras personas que cuidan al paciente, como el médico y el sacerdote, sobre observaciones acerca del moribundo y planes para su cuidado" (72).

El profesional de enfermería debe tomar varias consideraciones para poder atender adecuadamente al anciano moribundo. Debe ser optimista, ya que existe una gran diferencia entre ofrecer una esperanza falsa y ofrecer ánimo. Si el anciano no va a mejorar no le digan que sí; pero puede ofrecerle ánimo para ayudarle a aceptar su enfermedad.

"Es preciso que las personas que cuidan del moribundo, se preocupen por él, pero esta preocupación debe ser demostrable, tomándolo de la mano, visitándolo algunas veces para saber como está y usando un tono de voz suave y relajado" (73).

(72) Smith, Dorothy W., et. al. Enfermería médico-quirúrgica, p. 163.

(73) Baird, Eleanor. "Como ayudar a los ancianos a aceptar la mala noticia". Enfermera el día, p. 3.

IV ESQUEMA DE INVESTIGACION

1. Metodología empleada.

1.1 Documental

1.1.1 Ficha bibliográfica

1.1.2 Ficha hemerográfica

1.1.3 Ficha de trabajo.

1.2 De campo

1.2.1 Observación

1.2.1.1 Directa

1.2.1.2 Indirecta

1.2.2 Interrogatorio

1.2.2.1 Entrevista

1.2.2.2 Cuestionario

1.3 Muestreo simple al azar.

2. Fuentes de obtención de los datos.

2.1 Biblioteca

2.2 Entrevista directa a:

2.2.1 Diez ancianos (mayores de 60 años) del hospital para enfermos crónicos de Tepaxpan SSA.

2.2.2 Diez ancianos del Asilo "García Torres".

2.2.3 Ocho ancianos que habitan sus hogares, Col. - América D.F.

2.2.4 Los familiares de los ancianos del hospital - para enfermos crónicos.

2.2.5 Los familiares de los ancianos del asilo "García Torres".

2.2.6 Los familiares de los ancianos que viven en su hogar.

2.3 Revisión de los expedientes clínicos de los ancianos institucionalizados.

Procedimiento de obtención de datos.

Tabulación manual de los datos a través de voleto, trasladando por tabulador a los datos a con-

dros estadísticos.

3. Descripción del instrumento empleado en la recolección de los datos.

Para recolectar los datos, se diseñó un cuestionario para aplicarlo a los ancianos y otro para los familiares de los ancianos.

Las preguntas fueron estructuradas de simples a complejas, siempre llevando un orden en relación a las variables utilizadas para la investigación.

Las preguntas fueron de los siguientes tipos:

- a) Literales: para solicitar respuestas precisas como los datos generales.
- b) Cerradas: en las cuales se mencionan alternativas de solución a las preguntas.
- c) Abiertas: donde la respuesta puede ser ampliada hasta cierto límite por el entrevistado.

Para los fines de la investigación, se consideraron como ancianos, a las personas mayores de 60 años; y los familiares que dieron la información para llenar el respectivo cuestionario mayores de edad.

La muestra no es representativa de la población, sin embargo es de gran valor para el estudio del anciano.

V. RESULTADOS

Cuadro No. 1
Lugar de origen y residencia de la población investigada.

	Lugar de origen	%	Lugar de residencia	%
Provincia	16	57	6	21
D.F.	12	43	22	79
Total	28	100	28	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación realizada sobre el "abandono familiar del anciano", del 15 de mayo al 20 de julio de 1981; cuyas muestras fueron tomadas del asilo "García Torres", hospital para enfermos crónicos de tepeyan y de una col. de la cd. de México.

Cuadro No. 2
Sexo y edad cronológica de la población estudiada.

Sexo	Edad cronológica		Más de 80 años	%
	de 60 a 80 años	%		
Masculino	9	32	2	7
Femenino	14	50	3	11
Total	23	82	5	18

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 3

Edad estimativa y edad que desearía tener el anciano, en relación con la edad cronológica.

Relación con la edad cronológica	edad estimativa		edad que desearía tener.	
	No.	%	No.	%
Mayor	2	7	1	4
Igual	14	50	11	39
Menor	12	43	16	57
Total	28	100	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 4

Sexo y estado civil de la población investigada.

Sexo	Edad civil									
	Soltero		Casado		Unión libre		Separado		Viudo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	3	11	1	4	0	0	1	4	7	25
Femenino	3	11	1	4	1	4	2	6	9	31
Total	6	22	2	8	1	4	3	10	16	56

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 5

Religión de la población investigada

Sexo	Religión					
	Católica		Protestante		Otra	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	10	36	1	3.5	1	3.5
Femenino	12	43	4	14	0	0
Total	22	79	5	17.5	1	3.5

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 6

Ecoleridad de la población estudiada.

Sexo	Ecoleridad							
	Nula		Primaria incompleta		Primaria completa		Bachillerato	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masc.	3	11	4	14	4	14	1	3
Femen.	4	14	6	22	6	22	0	0

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 7

Alfabetismo de la población investigada.

Sexo	Sabe leer y escribir			
	Sí		No	
	No.	%	No.	%
Masculino	12	43	0	0
Total	26	93	2	7

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 8

Lugar donde habita la población estudiada.

Lugar que habita								
Casa propia		Casa rentada		hospital		A-rilo		Total %
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
6	21	2	7	10	36	10	36	100

Fuente: misma del cuadro No.1

Cuadro No. 9

Ubicación de la recámara del anciano.

Ubicación	No.	%
Aislada de las demás	3	11
Junto a las demás	25	89
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 10.

Comparte al anciano su recámara con alguien?

Comparte su recámara	No.	%
Sí	23	82
No	5	18
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 11

Frecuencia del baño en el anciano.

Frecuencia	No.	%
Diario	7	25
Cada 3er. día	9	32
Una vez a la semana	11	39
Cada 15 días	1	4
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 12

Frecuencia del cepillado dental del anciano al día.

Frecuencia al día	No.	%
3 veces al día	7	25
2 veces al día	5	18
1 vez al día	6	21
Ninguna vez al día	10	36
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 13

Frecuencia del lavado de manos al día.

Frecuencia al día	No.	%
2 veces	6	22
3 veces	12	42
4 veces	4	14
más de 4 veces	6	22
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 14

Frecuencia en la ingestión de alimentos del anciano.

Frecuencia al día	No.	%
2 veces	4	14
3 veces	21	75
4 veces	2	7
5 veces	1	4
Total	28	100

Fuentes: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 15

Alimentos incluidos en la dieta y su frecuencia en la ingestión de éstos.

Alimento	Frecuencia										
	Diario		C/3er. día		1 vez/sem.		Esporádic.		Nunca		Total %
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Carne	14	50	8	28	4	14	1	4	1	4	100
Leche	18	64	4	14	1	4	3	11	2	7	100
Huevo	17	60	7	25	2	7	1	4	1	4	100
Verduras	14	50	7	25	2	7	3	11	2	7	100
Frutas	15	53	9	32	1	4	1	4	2	7	100
Pan	22	78	2	7	1	4	2	7	1	4	100
Tortillas	9	32	1	4	1	4	7	25	10	35	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 16

Con quién o con quiénes vive actualmente el anciano.

Personas o lugar	No.	%
Esposa	1	3
Hijos	7	25
Ayudo	10	36
Hospital	10	36
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 17

Tiene hijos el anciano?

Tiene hijos	No.	%
Sí	18	64
No	10	36
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 18

Aceptación de las opiniones del anciano en el hogar.

Aceptac. de opiniones	No.	%
Sí	7	25
no	21	75
total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 19

Aceptación de la autoridad del anciano en el hogar.

Aceptación de la autoridad	No.	%
Sí	7	25
No	21	75
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 20

Participación del anciano en los problemas del hogar.

Participación	No.	%
Sí participa	7	25
No participa	21	75
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 21

Existencia de normas de organización familiar en el hogar.

Existencia de normas	No.	%
Sí existen	8	29
No existen	20	71
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 22

Se reúne el anciano con su familia a la hora de comer?

Se reúne	No.	%
Sí	7	25
No	21	75
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 23

Pasea el anciano con su familia?

Pasea el anciano	No.	%
Siempre	5	18
A veces	2	7
Nunca	21	75
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 24

Sentimiento de soledad del anciano con respecto a su familia.

Se siente aislado de su familia	No.	%
Sí	19	68
No	9	32
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 25

Porqué se siente aislado el anciano de su familia?

Porque se siente aislado	No.	%	Porque no se siente aislado	No.	%
No se siente a gusto en la -- institución	2	11	Se siente a gusto	2	22
Siente rechazo y agresión	5	26	No tiene a nadie	5	56
No lo visitan	12	63	Convive con su familia	2	22
Total	19	100		9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 26

Siente el anciano ser una carga social y económica?

Siente ser una carga	No.	%
Sí	16	57
No	12	43

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 27

Porqué siente el anciano ser una carga?

Motivo	No.	%
Porque lo mencionan	6	37
Por los padecimientos que tiene	2	12
Por ser viejos	7	44
Porque no lo llevan a su casa	1	7
Total	16	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 28

Porqué el anciano siente no ser una carga?

Motivo	No.	%
Porque trabaja por sí solo	2	17
Porque tienen obligac. de mantenerlo	1	8
Porque no tienen a nadie	5	43
Porque lo quieren sus hijos	2	17
Porque no le piden nada a nadie	2	17
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 29

Identificación del anciano con su familia y amistades.

Con quién se identifica mejor	No.	%
Esposa	1	4
Hijos	5	18
Nietos	2	7
Amistades	20	71
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 30

Visite el anciano a sus amistades?

Las visitas	No.	%
Sí	7	25
No	21	75
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 31

Frecuencia de las visitas del anciano a sus amistades.

Frecuencia	No.	%
1 vez por semana	1	4
Cada 15 días	1	4
Esporádicamente	5	17
Nunca	21	75
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 32

Actividades que realiza el anciano dentro del hogar.

Actividad	No.	%
Trabajos manuales	4	12
Actividades domésticas	8	22
Ver T.V.	7	19
Escuchar música	8	22
Leer	7	19
Ninguna	2	6
Total	36	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 33

Actividades que realiza el anciano fuera del hogar.

Actividad	No.	%
Ir al trabajo	8	62
Ir de compras	3	23
Diversión	2	15
Total	13	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 34

Pertenece el anciano a algún club social?

Pertenece	No.	%
Sí	1	4
No	27	96
Total	28	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 35

Dependencia económica del anciano.

Depende económicamente de:	No.	%
Hijos	6	22
Nietos	2	7
Otros familiares	2	7
Ed. mismo	8	28
Institución	6	22
Otros	4	14
Total	28	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 36

Edad en que empezó a trabajar el anciano.

Edad	No.	%
Nunca	4	14
De 7 a 15 años	18	64
Más de 16 años	6	22
Total	28	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 37

Trabaja actualmente el anciano?

Trabajo	No.	%
Sí	8	28
No	20	72
Total	28	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 38

Sueldo mensual del anciano que trabaja en la actualidad.

Sueldo	No.	%
De \$100 a \$200	1	12
De \$1000 a \$5000	6	76
De \$10 000	1	12
Total	8	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 39

Aporta dinero al anciano a su familia?

Aporta	No.	%
Si	3	10
No	25	90
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 40

Cantidad que aporta el anciano a su familia.

Cantidad	No.	%
\$1,000	1	33.3
\$4,500	1	33.3
\$10,000	1	33.3
Total	3	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 41

Ancianos jubilados de la población investigada

Jubilados	No.	%
Si	1	4
No	27	96
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 42

Ancianos pensionados de la población investigada.

Pensionados	No.	%
Si	8	28
No	20	72
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 43

Monto mensual de la pensión recibida.

Cantidad	No.	%
Menos de \$1,000	8	28
0	20	72
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 44

Enfermedades que ha presentado el anciano en los últimos 5 años.

Enfermedades por aptos. y sistemas	No.	%
Respiratorio	11	11
Dig-estivo	15	15
Urinario	9	9
Reproductor	5	5
Músculo-esquelético	19	19
Endócrino	4	4
Cardiovascular	12	12
Nervioso	7	7
Enfs. mentales	2	3
Enfs. degenerativas	15	15
Total	99	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 45

Actualmente presentan algún padecimiento los ancianos?

Presenten algún padec.	No.	%
Sí	22	78
No	6	22
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 46

Padecimientos que presenta actualmente el anciano.

Padec. por aptos. y sistemas	No.	%
Respiratorio	1	4
Digestivo	2	6
Urinario	1	4
Reproductor	1	4
Músculo-esquelético	0	24
Endócrino	3	9
Cardiovascular	4	12
Nervioso	8	24
Enfs. mentales	0	0
Enfs. degenerativas	3	9
Total	33	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 47

Tipo de padecimiento que presenta el anciano.

Tipo	No.	%
Incapacitante	19	67
No incapacitante	9	33
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 48

Actualmente el anciano recibe tratamiento ?

Recibe tratamiento	No.	%
Sí	23	82
No	5	18
Total	28	100

Fuente : mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 49

Lugar donde recibe atención médica

Lugar	No.	%
SSA	20	87
IMSS	1	4
ISSSTE	2	9
Total	23	100

Fuente : mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 50

El anciano utiliza prótesis o algún
aditamento para su seguridad ?

Utiliza aditamentos	No.	%
Sí	18	64
No	10	36
Total	28	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 51

Prótesis o aditamentos que utiliza el anciano.

Prótesis o aditamento	No.	%
Dentadura	6	27
Lentes	3	14
Hastón	3	14
Silla de ruedas	10	45
Total	22	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 52

Necesita ayuda el anciano para llevar a cabo sus actividades?.

Necesita ayuda	No.	%
Sí	14	50
No	14	50
Total	28	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 53

Lleva el anciano vida sexual activa?

Lleva vida sexual	No.	%
Sí	2	7
No	26	93
Total	28	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 54

Frecuencia de las relaciones sexuales del anciano.

Frecuencia	No.	%
Una vez al mes	1	50
Cada vez que se puede	1	50
Total	2	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 55

Ingestión de bebidas alcohólicas por el anciano.

Ingestión	No.	%
Positiva	3	10
Negativa	25	90
Total	28	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 56

Frecuencia y efectos en la ingestión de bebidas alcohólicas.

Frecuencia y efecto	No.	%
Esporádicamente	3	100
Llega a la embriaguez	3	100
Total	3	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 57

Tabaquismo en el anciano.

Tabaquismo	No.	%
Positivo	9	32
Negativo	19	68
Total	28	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 58

Cantidad de tabaco fumado al día.

Cigarrillos al día	No.	%
De 1 a 3	3	34
De 4 a 8	4	44
Una cajetilla	2	22
Total	9	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 59

Ha deseado morir alguna vez el anciano?

Ha deseado morir	No.	%
Si	11	40
No	17	60
Total	28	100

Fuente: mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 60

Causas por las que ha deseado morir el anciano.

Porque ha deseado morir	No.	%
Por problema amoroso	1	9
Por decepción de la vida	1	9
Porque no quiere sufrir mas	1	9
Por irse a reunir con su pareja (en el cielo)	2	18
Por no tener a nadie	2	9
Por las Enfermedades que tiene	3	28
Por problemas familiares	1	9
Total	11	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 61

Causas por las que no ha deseado morir el anciano.

Porque no ha deseado morir	No.	%
Por tener motivos para vivir	2	12
Por estar conforme con la vida	2	12
Porque la vida es muy amable	1	6
Porque es tan bella la vida	5	28
Por respeto a su religión	3	18
Porque la muerte viene sola	1	6
Por estar a gusto con la vida	3	18
Total	17	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 62

Instituciones en las que estaban internados algunos ancianos investigados.

Nombre de la institución	Dependencia	No.	%
Hospital para enfermos crónicos	S.S.A.	10	50
Asilo " García Torres "	S.S.A.	10	50
Total		20	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 63

Fecha de ingreso de los ancianos institucionalizados.

Fecha de ingreso	No.	%
No recuerda	6	30
De 1953 a 1960	2	10
De 1961 a 1970	5	25
De 1971 a 1980	7	35
Total	20	100

Fuente: Mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 64

Pagan alguna cuota mensual los ancianos ?

Pago cuota	No.	%
Sí	6	30
No	14	70
Total	20	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 65

Monto mensual de la cuota aportada por el anciano.

Cuota mensual	No.	%
\$20,00	1	16
\$100,00	2	32
\$150,00	1	16
\$400,00	1	16
No sabe	1	16

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 66

Quién paga las cuotas de los ancianos?

Quién paga	No.	%
El mismo anciano	2	34
Sus hijos	3	50
Otros familiares	1	16
Total	6	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 67

Motivos de ingreso del anciano a la institución

Motivo	No.	%
Por no poder atenderlo	9	39
Por abandono	8	35
Por enfermedad	5	22
Por falta de dinero	1	4
Total	23	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 68

De quién fué la idea de ingreso del anciano a la institución.

La idea fué de:	No.	%
El anciano mismo	5	25
Sus familiares	8	40
Sus amigos	2	10
Otros	5	25
Total	20	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 69

Visitan al anciano sus familiares?

Lo visitan	No.	%
Sí	6	30
No	14	70
Total	20	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 70

Frecuencia de las visitas de los familiares

Frecuencia	No	%
1 vez a la semana	2	33
Cada 15 días	1	17
1 vez al mes	1	17
Cada 3 meses	2	33
Total	6	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 71

Desea al anciano que lo visiten mas seguido sus familiares?

Desea que lo visiten mas seguido	No.	%
Si	6	100
No	0	0
Total	6	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 72

Actitud que toman los familiares durante las visitas.

Actitud	No.	%
Agrado	4	67
Indiferencia	2	33
Total	6	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 73

Se siente a gusto el anciano dentro de la institución?

Se siente a gusto	No.	%
Si	13	65
No	7	35
Total	20	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 74

Se siente a gusto o a disgusto el anciano dentro de la institución.

Porqué se siente a gusto	No.	%
Porque le dan todo	4	31
Por la buena atención	1	8
Por no dar problemas a su familia	3	23
Porque convive con todos	5	38
Total	13	100

Porqué no se siente a gusto	No.	%
Porque no le queda otra	4	58
Porque le tratan mal	1	14
Porque quiere ser libre	1	14
Porque desea ir a su casa	1	14
Total	7	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 75

Como son las relaciones del anciano con sus compañeros de sala.

Relaciones con sus compañeros	No.	%
Buenas	11	55
Regulares	4	20
Deficiente	5	25
Total	20	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 76

La institución le brinda al anciano seguridad?

Le brinda seguridad	No.	%
Sí	17	85
No	3	15
Total	20	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 77

Sustituye el ambiente de la institución, el ambiente del hogar del anciano?

Sustituye el ambiente	No.	%
Sí	11	55
No	9	45
Total	20	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 78

Actividades que realiza el anciano dentro de la institución.

Actividad	No.	%
Trabajos manuales	2	8
Leer	6	25
Escuchar música	4	15
Pintar	1	4
Jugar domino	3	12
Tocar guitarra	2	8
Carpintería	1	4
Costura	1	4
Tejer sombreritos	1	4
Ninguna	4	4
Total	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 79

Recreaciones que le gustaría al anciano, hubieran en la institución

Recreación	No.	%
Ninguna	7	35
Teatro	4	20
Cine	2	10
Obras musicales	1	5
Foot bol en vivo	4	14
Box en vivo	3	10
Total	21	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 80

Sexo de los familiares del anciano.

Sexo	No.	%
Masculino	3	25
Femenino	9	75
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 81

Edad de los familiares del anciano que proporcionaron la información.

Edad	No.	%
De 30-39 años	8	66
De 40-49 años	2	17
De más de 60 años	2	17
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 82

Escolaridad de los familiares informantes.

Escolaridad	No.	%
Primario	2	17
Secundario	3	25
Bachillerato	3	25
Carrera técnica	1	8
Carrera profesional	3	25
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 83

Parentesco del informante en relación al anciano.

Parentesco	No.	%
Hijo	6	50
Nieto	1	8
Otro familiar	5	42
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 84

Tipo de vivienda que habita el familiar del anciano.

Vivienda	No.	%
Propia	10	83
Alquilada	2	17
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 85

Servicios con que cuenta la vivienda del familiar del anciano.

Servicio	No.	%
Drenaje	11	91
Caño	12	100
Agua intredom.	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 86

Comparte el anciano su recámara con algún familiar?

Comparte su recámara	No.	%
Sí	7	58
No	5	42
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 87

Con quién comparte su recámara el anciano?

Con quién le comparte	No.	%
Hijos	2	29
Nietos	3	42
Sobrinos	2	29
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 88

Quando come la familia lo hace en compa \tilde{n} ia del anciano ?

Comen con el anciano	No.	%
Si	8	67
No	4	33
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 89

La familia le prepara sus alimentos al anciano de acuerdo a sus necesidades ?

Se le preparan	No.	%
Si	6	50
No	6	50
Total	12	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 90

La familia le proporciona ayuda al anciano para comer?

Le proporcionan ayuda al anciano	No.	%
Si	6	50
No	6	50
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 91

Frecuencia de ingestión de alimentos de la familia del anciano

Alimento	Diario		c/3er. día		1/sem.		Nunca		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	%
Carne	8	66	3	25	1	9			100
Leche	9	75	2	16	1	9			100
Huevos	7	59	2	16	3	25			100
Verduras	10	84	1	9			1	9	100
Frutas	11	91	1	9					100
Pan.	8	66	4	34					100
Tortillas	7	59	4	34	1	9			100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 92

Quién es el jefe de la familia del anciano

Jefe de la familia	No.	%
Anciano	2	18
Hijos	5	41
Yerno	5	41
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 93

Autoridad del anciano en el hogar

Tiene autoridad	No.	%
Si	7	58
No	5	42
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 94

Es aceptada la opinión que aporte el anciano a la familia ?

Respetan su opinión	No.	%
Si	7	58
No	5	42
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 95

La familia le pide participación en los problemas al anciano ?

Solicitan participación Al anciano	No.	%
Si	7	58
No	5	42
Total	12	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 96

En caso positivo, en que respecto solicitan su ayuda

Tipo de ayuda	No.	%
Organización familiar	5	71
Experiencia de todo tipo	2	29
Total	7	100

Fuente : misma del cuadro No 1

Cuadro No. 97

El anciano se interesa por los problemas de la familia ?

Se interesa	No.	%
Si	10	84
No	2	16
Total	12	100

Fuente: misma del cuadro No.1

Cuadro No. 98

Cuando sale la familia de paseo lleva al anciano ?

Lo llevan	No.	%
Si	5	42
No	7	58
Total	12	100

Fuente : mismo del cuadro No. 1

Cuadro No. 99

Han notado que el anciano se aísla de la familia ?

Se aísla	No.	%
Si	2	25
No	6	75
Total	8	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 100

Qué ha hecho la familia para evitar su aislamiento ?

Qué se ha hecho	No.	%
Le platican	1	50
Le ayudan a resolver sus problemas.	1	50
Total	2	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 101

Cree el anciano conflictos dentro de la familia ?

Cree conflictos	No.	%
Si	5	62
No	3	38
Total	8	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 102

En caso afirmativo de que tipo .

Tipo de conflictos	No.	%
Familiares	4	80
Económicos	1	20
Total	5	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 103

Cuando el anciano enferma lo lleva la familia de inmediato a que le den atención médica ?

Lo llevan al medico	No.	%
Si	7	88
No	1	12
Total	8	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 104

Representa el anciano una carga para la familia ?

Es una carga el anciano	No.	%
Si	1	12
No	7	88
Total	8	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 105

Porqué representa una carga el anciano para la familia ?

Porqué si	No.	%	Porqué no	No.	%
Es necia y terca	1	100	Trabaja	3	42
			Realiza act. indisponibles	2	29
			De ellos se aprenden cosas nuevas.	2	29
Total	1	100		7	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 106

Que' actividades realiza el anciano dentro del hogar

Actividades	No.	%
Trabajos manuales	2	18
Act. domésticas	4	37
Ver t.v.	1	9
Escuchar música	2	18
Leer	1	9
Ninguna	1	9
Total	11	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 107

¿Qué actividades realiza el anciano fuera del hogar?

Actividades	No.	%
Ir al trabajo	8	51
Ir de compras	3	24
Diversión	2	15
Total	13	100

Fuente : Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 108

La aportación económica del anciano es la principal ?

Aportación principal	No.	%
Si	2	25
No	6	75
Total	8	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 109

¿Cuanto gasta la familia mensualmente en la atención del anciano ?

Cantidad que gastan	No.	%
De \$ 1000 a \$20.0	3	37
De \$ 4000 a \$6000	3	37
Está asegurado	2	26
Total	8	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 110

Causas por las cuales la familia hospitalizó al anciano.

Causa	No.	%
Por sus padecimientos	2	50
Por no poderlo atender en el hogar	2	50
Total	4	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 111

De quién fué la idea de hospitalizar al anciano ?

De quién fué la idea	No.	%
Hijos	3	75
Nietos	1	25
Total	4	100

Fuente : misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 112

Cada cuando visita la familia al anciano

Cada cuando lo visitan	No.	%
Cada 15 días	1	25
Una vez a la semana	2	50
Una vez al mes	1	25
Total	4	100

Fuente : mismo del cuadro No. 1

ANALISIS DE LOS DATOS (Cuestionario aplicado al
anciano).

1. Del total de ancianos investigados (28), 16 son mujeres y 12 son del sexo masculino. (Vid., gráfica No. 1).

2. Del total de ancianos 16 son de provincia y 12 son originarios del D.F. (Vid., cuadro No.1)

3. Con respecto al lugar de residencia , 6 residen en provincia y 22 en el D.F. (Vid; cuadro No. 1)

4. Edad cronológica de la población investigada: de 60 a 80 años hubo en total 23 ancianos, 14 del sexo femenino y 9 del sexo masculino.

De más de 80 años hubo un total de 5, siendo 3 del sexo femenino y 2 del masculino.(Vid., cuadro No. 2)

5. Edad estimativa y edad que desearía tener el anciano en relación con la edad cronológica (mayor, igual o menor); en cuanto a la edad estimativa 14 refirieron sentirse de la misma edad que tienen, 12 con menor edad y sólo 2 refirieron sentirse con mayor edad que la que tienen.

En cuanto a la edad que desean tener, 16 desearían tener menor edad, 11 la misma y sólo 1 tener mayor edad. (Vid., cuadro No. 3).

6. En relación con el sexo y el edo. civil de los ancianos, la mayor parte de ellos son viudos, 9 mujeres - y 7 hombres; en cuanto a los solteros existe una relación 1:1 (3 hombres y 3 mujeres),; casados 1 y 1 ; en unión-- libre solo una mujer y separado 2 mujeres y sólo 1 hombre. (vid., cuadro No. 4).

7. Con respecto a la religión de la población invog- tigde, hay predominio por la católica teniendo un total - de 22 (12 mujeres y 10 hombres), protestantes hubo 6 y de otra religión sólo 1. (Vid., cuadro no.5).

8. Con respecto a la escolaridad prevalece la pri- maria completa e incompleta en la misma proporción (10-10) aunque más mujeres terminaron la primaria, sólo un hombre realizó estudios de bachillerato. (Vid., cuadro No. 6).

9. A pesar de que 7 individuos, no estudiaron, só- lo 2 mujeres no saben leer ni escribir. (Vid., cuadro --- No. 7).

10. En cuanto al lugar que habita la población in- vestigada, 20 ancianos son institucionalizados (10 en el Hospital de enfermos crónicos, y 10 en el Asilo), el res- to son 8, de los cuales 6 tienen casa propia y 2 rentan. (Vid., cuadro No. 8).

11. Con respecto a la ubicación de la recámara del anciano, 25 tienen su recámara junto a las demás (la mayo- ría de ancianos son institucionalizados), y 3 la tienen -- aislada. (Vid., cuadro No. 9).

12. En cuanto a que si el anciano comparte su recámara o duerme solo, 23 es la cantidad, ya que la mayor proporción de ancianos duermen en salas generales. (Vid., cuadro No. 10).

13. La mayor parte de ancianos investigados, se bañan una vez a la semana, 9 no se bañan cada 3er. día y 7 se bañan diario. (Vid. cuadro No. 11).

14. De los ancianos investigados el 33% no se lavan los dientes ninguna vez al día, el 25% se los lavan 3 veces y el resto se los lavan con menor frecuencia. (Vid., cuadro No. 12).

15. El 42% de los ancianos se lavan las manos sólo 3 veces al día, y en igual proporción (22%) se las lavan 2 y más de 4 veces respectivamente. (Vid., cuadro No. 13).

16. El 75% de los ancianos ingiere alimentos 3 veces al día, el 14% 2 veces, y el resto comen al día 4 y 5 veces. (Vid., cuadro No. 14).

17. De los alimentos incluidos en la dieta diaria del anciano, se analizará cada uno por separado:

A. El 50% de los ancianos come carne diariamente, el 28% la consume cada 3er. día y el resto la consume con menor frecuencia.

B. El 64% de los ancianos toman leche diariamente, el 14% cada 3er. día y el resto la ingiere con menor frecuencia.

C. El 25% de ancianos consume huevo cada 3er. día, 60% lo consumen diario y el resto menos frecuentemente.

D. El 50% come verduras diario, 25% cada 3er. día, y el resto las ingiere con menor frecuencia.

E. Las frutas son comidas por el anciano diariamente en un 53%, cada 3er. día en un 32%, y el resto más esporádicamente.

F. El 78% de ancianos come pan diario, y el resto con más esporadicidad.

G. El 35% de ancianos nunca consume tortillas, el 32% lo hace diario, el 25% lo hace esporádicamente. (Vid., cuadro No. 15).

18. El 36% de ancianos vive en el Hospital para enfermos crónicos, con el mismo porcentaje se encuentra el Asilo "García Torres", el 25 % viven con los hijos y el 3% con su esposa. (Vid., cuadro No. 16).

19. El 64% de los ancianos tienen hijos, y el 36% carecen de ellos. (Vid., cuadro No. 17).

20. El 75% de las opiniones del anciano no son aceptadas por la familia. (Vid., cuadro No. 18).

21. No es aceptada la autoridad del anciano en el hogar en un 75% de los casos; en el mismo porcentaje se encuentra la falta de participación del anciano en los problemas del hogar. (Vid., cuadros No. 19 y 20 respectivamente.)

21. En el 71% de los casos no existen normas de organización familiar en el hogar. (Vid., cuadro No. 21).

23. El 75% de los casos investigados no se reúnen con su familia a la hora de comer. (Vid., Cuadro No. 22).

24. El 75% de los ancianos nunca salen de paseo con su familia cuando ésta lo hace. (Vid., cuadro No. 23).

25. El anciano se siente alejado de su familia en un 68% de los casos investigados. (Vid., cuadro No. 24).

26. De los 19 casos de ancianos que se sienten aislados de su familia que representan el 100%, el 63% se sienten aislados porque no los visitan, el 26% sienten rechazo y agresión y el 11% no se sienten a gusto en la institución. (Vid., cuadro No. 25).

27. Los ancianos que no se sienten aislados de su familia son 9 que representan el 100%, de los cuales el 56% no se sienten aislados porque no tienen a nadie, y en el mismo porcentaje (22%) los que se sienten a gusto en la institución y los que conviven con su familia. (Vid., cuadro No. 25).

28. El 57% de los ancianos sienten ser una carga social y económica. (Vid., cuadro No. 26).

29. De los 16 ancianos que sienten ser una carga, el 37% sienten serlo porque los mantienen, el 44% por ser viejos, el 12% por los padecimientos que presenta y el 7% porque no lo lleven a casa. (Vid., cuadro No. 27).

30. De los 12 ancianos que sienten no ser una carga que representen el 100%, el 43% no sienten ser una carga, porque no tienen a nadie, y en la misma proporción (17%), porque trabajen por sí solos, porque los quieren sus hijos, y porque no le piden nada a nadie; y en un 8% porque tienen obligación de mantenerlo. (Vid., cuadro No. 28).

31. El 71% de los casos encuentran mayor identidad con sus amistades, el 18% con sus hijos y el resto con nietos y esposa respectivamente. (Vid., cuadro No. 29).

32. El 75% de los ancianos no visita a sus amistades. (Vid., cuadro No. 30).

33. El 75% de ancianos nunca visita a sus amistades el 17% las visita esporádicamente, y en la misma proporción (4%) los visitan 1 vez a la semana y cada 15 días. (Vid., cuadro No. 31).

34. De las actividades que realiza el anciano dentro de la casa, las actividades domésticas y escuchar música abarcan el 22% cada una, Ver t.v. ocupa el 19% al igual que leer, trabajos manuales ocupa el 12% y los que no realizan ninguna actividad 6%. (Vid., cuadro no. 32.)

35. De las actividades que realiza el anciano fuera del hogar tiene predominio el ir a trabajar con un 62%, ir de compras el 23% y divertirse el 15%. (Vid., cuadro No. 33).

36. El 96% de los ancianos no pertenecen a ningún club social. (Vid., cuadro No. 34).

37. El 78% de los ancianos dependen económicamente de ellos mismos, el 22% dependen de sus hijos y en igual porcentaje dependen de la institución; el 14% dependen de otros, el 7% dependen de nietos y en la misma proporción de otros familiares. (Vid., cuadro No. 35).

38. El 64% de los ancianos comenzaron a trabajar remunerativamente a la edad de 7 a 15 años, el 22% después de los 16 y el 14% nunca trabajaron. (vid., cuadro No. 36)

39. El 72% de los ancianos no trabaja actualmente. (Vid., cuadro No. 37).

40. De los 8 ancianos que trabajan, el 76% tienen un sueldo de \$1,000 a \$5,000, y con el 12% se encuentran los que ganan de \$1,00 a \$2,00 y los de \$10,000 mensuales (Vid., cuadro No. 38).

41. El 90% de los ancianos no aportan dinero a su familia. (Vid., cuadro No. 39).

42. De los 3 ancianos que aportan dinero, 1 (33.3%) aporta \$1,000, otro \$4,500 y el otro \$10,000. (vid., cuadro No. 40).

43. El 96% de los ancianos no fueron jubilados. (Vid., cuadro No. 41).

44. De los 28 ancianos investigados, sólo el 28% -- de ellos son pensionados. (Vid., cuadro No. 42). De los pensionados la pensión que reciben es de menos de \$1,000. (Vid., cuadro No. 43).

45. El 19% de los ancianos han presentado en los últimos 5 años enfermedades del sistema músculo-esquelético, de Apto digestivo un 15% al igual que los que presentaron enfermedades degenerativas, de Sistema cardiovascular un 12%; con 11% las respiratorias, las de urinario en un 9% y así sucesivamente. (Vid., cuadro No. 44).

46. El 78% de los ancianos investigados presentan actualmente por lo menos un padecimiento. (Vid., cuadro -- No. 45). De los padecimientos que presentan aparecen en primer término los de los sistemas Neurológico y músculo-esquelético con un 24% cada uno, enseguida con un 12% los cardiovasculares, y con 9% los degenerativos y los endócrinos. (Vid., cuadro No. 46).

47. De los 28 ancianos, el 67% tienen padecimientos incapacitantes. (Vid., cuadro No. 47). Actualmente el 82% recibe atención médica. (Vid., cuadro No. 48). De los ancianos que reciben tratamiento, el 87% lo tienen en la SSA, el 9% lo tienen en el ISSSTE y el 4% en el IMSS. (Vid., -- cuadro No. 49).

48. De los ancianos investigados, el 64% necesitan y utilizan prótesis o algún accesorio para su seguridad. (Vid., cuadro No. 50). De los ancianos que utilizan aditamentos, el 45% requiere de silla de ruedas, el 27% de prótesis dentales, y el 14% de lentes y bastón respectivamente. (Vid., cuadro No. 51).

49. Del total de ancianos el 50% necesita ayuda para realizar sus actividades. (Vid., cuadro No. 52).

50. El 93% de los ancianos no llevan vida sexual activa. (Vid., cuadro No. 53). De los 2 ancianos que llevan vida sexual activa, uno tiene relaciones sexuales cada mes, en tanto que el otro las lleva cada vez que puede. (Vid; cuadro No. 54).

51. Solo el 10% de los ancianos ingieren actualmente bebidas alcohólicas. Este 10% son 3 ancianos, los cuales ingieren las bebidas muy esporádicamente llegando a la embriaguez. (Vid., cuadro No. 56).

52. Solamente el 32% de los ancianos son fumadores. (Vid., cuadro No. 57). De los 9 ancianos que fuman, 4 de ellos fuman de 4 a 8 cigarrillos; 3 ancianos fuman de 1 a 3, y sólo 2 fuman una cajetilla diaria. (Vid., cuadro No. 58).

53. El 40% de los ancianos solamente, ha deseado morir alguna vez (vid., cuadro No. 59). De los 11 que han deseado morir, el 28% lo ha deseado por las enfermedades que presenta, por no tener a nadie y por irse a reunir con su pareja tienen un 18% cada uno; por problemas amorosos, por decepción de la vida, por no sufrir más y por problemas familiares 9% cada uno de ellos. (vid., cuadro No. 60)

De los 11 ancianos que no han deseado morir, las causas son: 28% porque es tan bella la vida, por estar a gusto con la vida un 18%; por tener motivos para vivir, por estar conforme con la vida un 12% cada uno; porque la vida es muy amable y porque la vida viene sola un 6% cada uno (vid., cuadro No. 61).

54. De los ancianos institucionalizados un 50%, se encuentran en el Hospital para enfermos crónicos, y el -- otro 50% en el Asilo "García Torres". (vid., cuadro No. -- 62).

55. La fecha de ingreso de los ancianos institucio- nalizados de 1971 a 1980 ocupa un 35%, el 30% no recuerdan su fecha de ingreso; el 25% lo ocupa los que ingresaron -- de 1961 a 1970, y el 10% los que ingresaron de 1953 a 1960 (vid., cuadro No. 63).

56. El 70% de los ancianos institucionalizados no paga ninguna cuota mensual (vid., cuadro No. 64). De los - 6 ancianos que pagan cuota, el 36% la cuota es de \$100 , el 16% paga \$20, \$150, \$400 cada uno; y otro 16% no se -- sabe cuanto paga (vid., cuadro No. 65). De los 6 ancianos -- que pagan cuota, el 50% las pagan sus hijos, el 34% el --- mismo anciano y el 16% las pagan otros familiares (vid., -- cuadro No. 66).

57. De los ancianos institucionalizados el 39% in-- gresó por no poder ser atendido en su hogar, el 35% por -- estar abandonados, el 22% por enfermedad y un 4% por fel-- ta de dinero (vid., cuadro No. 67). La idea del ingreso del anciano a la institución fué en un 40% por los familiares, 25% por el anciano mismo y por otros (25%), y en un 10% -- por sus amigos (vid., cuadro No. 68).

58. El 70% de los ancianos institucionalizados no son visitados por sus familiares (vid., cuadro No. 69).

De los 6 ancianos que son visitados, un 33% los visitan cada semana, otro 33% cada 3 semanas, un 17% cada 15 días y otro 17% cada mes (vid., cuadro No. 70).

59. Los 6 ancianos visitados desean ser visitados con mas frecuencia (vid., cuadro No. 71). La actitud que toman los familiares que visitan a sus ancianos son en un 67% de esmero y en un 33% de indiferencia (vid., cuadro No. 72).

60. De los ancianos institucionalizados, el 65% se sienten a gusto dentro de la institución (vid., cuadro No. 73). De los que se sienten a gusto, el 38% es porque convive con todos, el 31% porque les dan todo, el 23% por no dar problemas a su familia, y un 8% por la buena atención. (vid. cuadro No. 74). De los que no se sienten a gusto dentro de la institución un 58% esta ahí porque no le queda otra, -- 14% porque le tratan mal, 14% porque quiere ser libre, 14% porque desea ir a casa (vid., cuadro No. 74).

61. En un 55% de los ancianos institucionalizados -- llavan buenas relaciones con sus compañeros de sala, 25% los tienen deficientes y un 20% los tienen regulares (vid. cuadro No. 75).

62. De los ancianos institucionalizados a un 85% -- la institución les brinda seguridad (vid., cuadro No. 76). En un 55% de los ancianos, el ambiente institucional sustituye el ambiente de su hogar (vid., cuadro No. 77).

63. De los ancianos institucionalizados, el 24% tienen como actividad principal el leer, 16% escuchan música, 16% no tienen ninguna actividad dentro de la institución, un 12% juegan domino, y el resto se dedican a algunas otras actividades vid., cuadro No. 78.

64. De los ancianos institucionalizados, el -- 35% no les gustaría que hubiese ninguna recreación dentro de la institución, a un 20% les gustaría que hubiese obras teatrales; obras musicales, foot ball en vivo box en vivo un 10% cada una de ellas. (Vid., cuadro No. 79).

Presentación de datos del cuestionario aplicado a los familiares de los ancianos investigados. (a los familiares que dieron la información).

1. El 75% de los informantes (familiares de los ancianos) fueron del sexo femenino (vid., cuadro No. 80)

2. El 66% de los familiares de los ancianos tienen una edad que fluctuaba entre los 30 a los 39 años, de 40 a 49 años un 17% y el otro 17% tenía una edad de más de 60 años (vid., cuadro No. 81)

3. De los 12 familiares entrevistados el 25% tenían estudios de secundaria, 25% estudios de bachillerato 25% carrera profesional, 17% con primaria y un 8% con carrera técnicas (vid., cuadro No. 82)

4. El parentesco que tenían los informantes con -- los ancianos son los siguientes: hijos 50%, otras familia-- res 42% y nietos un 8% (vid., cuadro No. 83)

5. El tipo de vivienda (con respecto a la propie-- dad de la casa) que habitaba el familiar del anciano, fué la siguiente: propia 83% y rentada 17%. (Vid., cuadro No. 84).

6. Los servicios intradomiciliarios con que cuen-- ta la vivienda del familiar son como siguen: drenaje tie-- nen el 91%, baño 100% y agua 100% (vid., cuadro No. 85)

7. De la pregunta comparte el anciano su recámara con algún familiar, los resultados fueron los siguientes: sí el 58% y no el 42% (vid., cuadro No. 86). De los ancia-- nos que la comparten, el 42% la comparten con sus nietos, un 29% con sus hijos y otro 29% con sus sobrinos (vid., cuadro No. 87).

8. De los 12 ancianos que tienen familiares, el -- 67% comen juntos y el resto no (es importante mencionar que 4 de ellos están institucionalizados) (vid., cuadro No. 88).

9. De los familiares entrevistados el 50% revela-- ron que le preparan los alimentos al anciano de acuerdo a sus necesidades (vid., cuadro No. 89). También el 50% de los familiares le proporcionan ayuda al anciano para co-- mer: (vid., cuadro No. 90).

10. La frecuencia de la ingestión de alimentos consumidos por la familia del anciano es la siguiente:

- A. El 66% consumen carne diariamente, 25% cada 3er. día y el 9% la consumen una vez a la semana.
- B. El 75% consumen la leche diario, 16% cada 3er. día y 9% una vez por semana.
- C. El 59% consumen huevos diario, 25% una vez por semana y 16% cada 3er. día.
- D. El 84% consumen verduras diario, 9% cada 3er. día y 9% una vez por semana.
- E. El 91% consumen frutas diario.
- F. El 66% comen diariamente pan y el 34% cada 3er. día.
- G. Las tortillas son consumidas diario por el 59%, 34% -- cada 3er. día. (Vid., cuadro No. 91).

11. De la pregunta ¿quién es el jefe de la familia del anciano?, los resultados fueron los siguientes: 41% los hijos, 41% los yernos y sólo el 18% el anciano -- mismo (vid., cuadro No. 92).

12. La autoridad del anciano en el hogar es positiva en un 58% (vid., cuadro No. 93); por lo que respecta a la aceptación de sus opiniones fué el mismo porcentaje (58%) vid., cuadro no. 94). Es importante mencionar que la participación que le pide la familia al anciano sobre los problemas fué positiva también en un 58% (vid., cuadro No. 95). De la participación que le pide la familia al anciano un 71% es en cuanto a organización familiar y un 29% para pedirle su participación en experiencias de todo tipo (vid., cuadro No. 96).

13. En cuanto a si el anciano se interesa por los problemas de la familia, el 84% fué positivo (vid., cuadro No. 97).

14. Cuando la familia sale de paseo no llevan al anciano en un 58% (vid., cuadro No. 98).

15. De los 8 ancianos que viven con sus familiares solo en 2 casos se ha notado aislamiento por parte de ellos hacia sus familiares (vid., cuadro No. 99). De esos 2 casos, la familia ha platicado con uno de ellos y en el otro caso le han ayudado a resolver sus problemas (vid., cuadro No. 100).

16. En cuanto a si el anciano crea conflictos dentro de la familia, de los 8 ancianos que viven con su familia el 62% si los crea (vid., cuadro No. 101); el 80% son conflictos familiares y el 20% económicos (vid., cuadro No. 102).

17. Cuando el anciano se enferma en un 88% lo llevan de inmediato donde le den atención médica (vid., cuadro No. 103).

18. De los 8 ancianos que viven con su familia, solo uno de ellos representa una carga para la familia (vid., cuadro No. 104); y esto es porque la anciana es ciega y terca. Los motivos por los cuales no representa una carga el anciano se deben en un 42% a que los ancianos trabajan, un 29% porque realizan actividades indispensables y un 29% porque de ellos se aprenden cosas nuevas (vid., cuadro No. 105).

19. Las actividades que realiza el anciano dentro del hogar, fueron las siguientes: 18% trabajos manuales, 37% actividades domésticas, 18% escuchar música, ver t.v. leer, y ninguna actividad, ocupan cada una de ellas un 9% (vid., cuadro No. 106).

20. De las actividades que realiza el anciano fuera del hogar, ir al trabajo ocupa un 61%, ir de compras 24% y 15% ir a divertirse (vid., cuadro No. 107).

21. De los ancianos que viven con su familia, solo en 2 casos la aportación económica que da el anciano es la principal (vid., cuadro No. 108).

22. En lo que respecta a cuánto gasta la familia mensualmente en la atención del anciano? resultó lo siguiente: el 37% gasta de \$1,000 a \$2,000, 37% de \$4,000 a \$6,000 y un 26% no gasta nada (vid., cuadro No. 109).

23. De los 4 ancianos que tienen familiares y que están institucionalizados, 2 de ellos los hospitalizaron por sus padecimientos y los otros 2 por no poder ser atendidos en el hogar (vid., cuadro No. 110).

24. La idea de hospitalizar a los ancianos fué de: 75% hijos, 25% nietos (vid., cuadro No. 111).

24. Con lo que respecta a la frecuencia de las visitas de los familiares a sus ancianos dentro de la institución, fueron: 50% son visitados una vez a la semana, -- 25% cada 15 días y 25% son visitados una vez al mes (vid. cuadro No. 112). Los familiares revelaron no poder visitar a sus ancianos con más frecuencia por falta de tiempo (vid., cuadro No. 113).

VI RESUMEN Y CONCLUSIONES.

1. Replanteamiento del problema.

Abandono familiar del anciano.

Al ir en aumento la población en general, las cifras de ancianos aumenta paulatinamente, no siendo acorde el crecimiento de la población senecta con las servicios que se tienen destinados para su atención.

El anciano a través del tiempo ha perdido poco a poco el rol que le corresponde, siendo marginado por completo dentro de la familia y de la sociedad de la cual forma parte. Los lazos familiares tienden a romperse poco a poco, el costo de la vida día a día crece, y el anciano al ser desplazado de su trabajo remunerativo ya no aporta ingresos económicos a la familia. La familia del anciano con la multitud de gastos creados, muy poco puede aportarle para su supervivencia y poco a poco lo abandona; puede ser que se quede en lo en su hogar, o que se le ingrese en una institución de beneficencia pública para que en éste lugar se le brinden los cuidados mas apremiantes.

Por su parte las instituciones de beneficencia pública carecen de recursos suficientes para brindarle una atención de calidad al anciano, carecen de material y equipo indispensable, carecen de tecnología y lo mas importante, carecen de personal preparado en el cuidado del anciano.

2. CONCLUSIONES

1. Aunque la población investigada, fué tomada al azar, es demostrable que el número de ancianas es mayor -- que el de ancianos, lo cual concuerda con el marco teórico.

2. Sin tener relación el lugar de origen y residencia de la población investigada porque fuf tomada al azar los ancianos de provincia tienen una esperanza de vida mayor que los que habitan las ciudades.

3. Conforme avanza la edad, disminuye el total de -- de personas que componen dichos grupos etarios.

4. Los ancianos investigados se sintieron con una edad estimativa igual a la cronológica, en cambio la mayoría de los ancianos desearía tener menos edad de la que -- tienen, esto es debido a que siguen pensando que ser joven es lo mejor, ya que además los recuerdos más bellos los tienen de su pasado.

5. La mayoría de los ancianos investigados son viudos, pero mas las mujeres que los hombres, lo cual vuelve a ser acorde a lo descrito en el marco teórico. Algunos -- son separados porque generalmente los hombres se unieron con varias mujeres a lo largo de su vida, lo cual tiene -- como consecuencia que al final se quedan solos sin que haya ya quién vea por ellos.

6. Seguimos observando que la predominancia en cuanto a religión en nuestro país sigue siendo la católica.

7. La mayoría de los ancianos tuvieron una escolaridad muy baja, lo cual no nos revela la problemática que tienen los ancianos de recursos económicos elevados.

8. Es importante mencionar que aunque hubo ancianos con escolaridad nula, la gran mayoría sabe leer y escribir ante lo cual podemos observar que aprendió por otros medios que no fueron los escolares.

9. De los ancianos que viven con su familia, la mayoría tienen casa propia.

10. De los 28 ancianos investigados, 25 tienen sus recámaras junto a las demás de la familia (aunque es importante hacer hincapié en que 20 ancianos fueron institucionalizados), de los 8 que viven con su familia solo 3 la tienen aislada, lo cual nos indica que la muestra en este caso no fué representativa.

11. Los ancianos que tienen su recámara junto a las demás, comparten su recámara con alguien (en primer lugar con los nietos), ya que la mayoría de ancianos son viudos.

12. La mayoría de los ancianos se baña una vez a la semana lo cual es recomendable de acuerdo a los cambios de temperatura.

13. La mayoría de los ancianos no se lava los dientes, ya que carecen de ellos, sin embargo nos refleja deficientes hábitos higiénicos.

14. Puede decirse en general que los hábitos higiénicos son deficientes en el anciano.

15. La mayoría de los ancianos ingieren alimentos 3 veces al día, lo cual es causa de múltiples problemas al individuo por la sobrecarga de trabajo durante el proceso de la digestión. El 50% de los ancianos comen carne diario su problema es masticarla, ya que como observamos anteriormente, los ancianos presentan adoncia. La mayoría de los ancianos consumen los alimentos citados ya que institucionalmente se les proporcionan. Aquí es posible que los datos se falseen un poco, ya que al anciano le son proporcionados los alimentos pero no sabemos si en realidad se los come o no.

Es preciso señalar que la tortilla casi nunca la ingieren, porque institucionalmente no se les proporciona.

16. De los ancianos que viven en sus hogares, la mayoría de ellos viven con sus hijos.

17. La mayoría de los ancianos investigados tienen hijos, sus opiniones, su autoridad no son aceptadas ni respetadas en la mayoría de los casos, y esto es debido a que la mayoría de ancianos están institucionalizados y han perdido muchos lazos de unión con su familia.

18. En la mayoría de los casos no existen normas de organización familiar porque muchos ancianos están hospitalizados.

19. La mayoría de los ancianos no se reúnen con su familia, ni pasean junto con su familia, ya que la mayoría de ellos están hospitalizados.

20. Los ancianos hospitalizados están abandonados, algunos porque no tienen familiares, otros porque los tienen y han sido abandonados. Los que viven con su familia no están abandonados.

21. La mayoría de los ancianos sienten ser una carga social y económica, ya que los mantienen la familia y la sociedad, por las enfermedades que tienen y por ser viejos.

22. La mayoría de los ancianos sienten más identidad con sus amistades que con sus familiares, ya que con aquéllos conviven más.

23. Los ancianos no visitan a sus amistades y los muy pocos que lo hacen, hacen sus visitas muy esporádicamente; mucho tiene que ver sus limitaciones biológicas y sus escasos recursos económicos.

24. Los ancianos que viven con su familia realizan actividades domésticas, leen, escuchan música, hacen trabajos manuales, y una mínima proporción no tiene ninguna actividad.

25. Los ancianos que viven con su familia tienen -- muy poca actividad fuera de sus hogares, la mayoría de --- ellos trabajan y algunos salen de compras.

26. Los ancianos no pertenecen a grupos ni clubes - sociales, lo cual nos habla de la soledad en que se encuentran.

27. Algunos ancianos dependen de ellos mismos, sobre todo los que viven con sus familiares; de los que están institucionalizados la mayoría dependen de sus hijos, de la institución y de otros.

28. La mayoría de los ancianos empezaron a trabajar desde muy temprana edad, sobre todo de los 7 a los 15 años lo que concuerda con la poca escolaridad que tienen y sus escasos recursos económicos.

29. De los ancianos que actualmente trabajan (que son los 8 que viven con su familia), se ve que su salario es de miseria, lo cual no alcanza a satisfacer sus necesidades indispensables; por lo tanto el 90% de ellos no aportan dinero a su familia, y los que lo aportan, lo dan íntegro a su familia.

30. Sólo uno de los ancianos investigados fué jubilado por enfermedad incapacitante; hubo un 28% de pensionados generalmente mujeres, cuya pensión es de muerte (menor de \$1,000 mensuales), lo cual no es acorde con el costo de la vida.

31. Todos los ancianos investigados han presentado por lo menos un padecimiento en éstos últimos 5 años, entre las principales enfermedades mencionadas se encuentran las de sistema músculo-esquelético, de aparato digestivo, respiratorio, cardiovascular y degenerativas (las de sistema músculo-esquelético son más frecuentes, por la muestra que

fué tomada de ancianos institucionalizados.

32. La mayoría de ancianos investigados, presenta actualmente algún padecimiento incapacitante; los más -- frecuentes son: problemas neurológicos, músculo-esqueléticos, cardiovasculares, degenerativos y otros.

33. La mayor parte de ancianos reciben atención médica en la SSA (ya que la mayoría están institucionalizados ahí).

34. La mayoría de ancianos necesitan de prótesis o algunos instrumentos para poder realizar independientemente sus actividades; entre los más frecuentes, se encuentran: las sillas de ruedas, bastón, lentes, placas dentales (muchos ancianos no tienen por falta de recursos económicos).

35. La mitad de ancianos investigados necesitan de alguna persona que les ayude a satisfacer sus requerimientos necesarios.

36. La mayoría de ancianos no llevan vida sexual activa, principalmente por ser viudas y no tener parejas; dos de ellos si tienen actividad sexual muy esporádicamente.

37. Los ancianos investigados no son bebedores ni fumadores, y los que lo hacen, ingieren bebidas alcohólicas y fuman muy esporádicamente.

38. Solo una pequeña minoría de ancianos alguna -- vez ha deseado morir, generalmente por las enfermedades -- que tiene, por no tener a nadie, por problemas sentimentales y familiares.

De los ancianos que no han deseado morir, es porque tienen motivos por que vivir, porque es bella y amable la vida, y además porque la muerte viene sola.

39. De los ancianos que están institucionalizados, la mayoría de ellos ingresaron en años recientes, sin embargo ha y quiénes ingresaron desde 1953.

40. La mayoría de ancianos institucionalizados no pagan ninguna cuota a la institución, quiénes pagan, solo pagan una mínima cantidad; la cuota es pagada en la mayoría de los casos por los hijos de los ancianos, en menor porcentaje se encuentren quienes la pagan los ancianos mismos y también algunas son pagadas por otros familiares.

41. La mayoría de ancianos institucionalizados, ingresaron por no poder ser atendidos en el hogar, muchos de ellos porque son abandonados, algunos por enfermedad y otros por falta de dinero.

42. El 70% de ancianos institucionalizados son abandonados, ya que sólo 6 son visitados 2 son visitados cada semana, 1 cada quince días, otro cada mes y 2 cada 3 meses los cuales pueden considerarse como parcialmente abandonados (ya que una visita cada 3 meses es un abandono incipiente que puede terminar en un abandono total).

43. Todos los ancianos que son visitados por sus familiares, desearían que los visitaran con más frecuencia, ya que el anciano anhela la convivencia con los suyos.

44. La mayoría de familiares que visita a sus ancianos adopta una actitud de agrado, sin embargo de las que visitan cada 3 meses, se les nota actitud de indiferencia.

45. La mayoría de ancianos institucionalizados se sienten a gusto en la institución, porque tienen convivencia con los demás, tienen atención cuando se requiere, porque les dan todo y por no causar problemas a su familia. De los que no están a gusto refieren que están ahí por no quedarles otra cosa, porque son tratados mal y porque deseen ser libres.

46. La institución les brinda a los ancianos seguridad, ya que además el ambiente de allí sustituye al de su hogar, ya que el anciano al no tener nadie quién lo visite, sufre un proceso de adaptación de tal manera que la institución pasa a ocupar el lugar de su hogar.

47. De las actividades que realizan los ancianos -- institucionalizados, se encuentran las de leer, escuchar -- música, jugar domino, sin embargo cabe destacar que hay -- personas que no realizan ninguna actividad por falta de movilidad en sus extremidades. También fueron encontrados ancianos apáticos que no desearían ninguna recreación dentro de la institución (35%).

CONCLUSIONES ELABORADAS A PARTIR DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES DEL ANCIANO.

1. La mayoría de los familiares que dieron la información tenían una edad de 30 a 39 años, ésto le da más veracidad a la información.
2. Los estudios que tenían eran de secundaria, bachillerato y profesional preferentemente.
3. El parentesco de los familiares informantes con el anciano era preferentemente el de hijos; la vivienda que habitaban era propia contando con todos los servicios domiciliarios indispensables.
4. De los ancianos que vivían con su familia, en la mayoría de los casos comparten su recámara, en primer lugar con los nietos, después con sus hijos y con sus sobrinos.
5. De los ancianos que viven en sus casas, todos se reúnen con sus familiares a la hora de comer, y solo a algunos de ellos les preparan sus alimentos de acuerdo a sus necesidades, lo mismo que les proporcionan ayuda para que coman.
6. Los ancianos que viven en sus hogares ingieren alimentos que contienen los nutrientes más indispensables en una proporción adecuada, ya que ésto fué corroborado con la observación.

7. Se concluye que de las familias interrogadas, -- los hijos de los ancianos y los yernos con los jefes de familia en la mayoría de los casos; sin embargo la autoridad del anciano es respetada en la mayor parte de los casos; -- además lo hacen participar en los problemas del hogar, sobre todo en lo que respecta a organización familiar y en -- segundo término le piden su participación por la experiencia que tiene en todo tipo de problemas.

8. En la mayoría de los casos, los ancianos se interesan en los problemas de la familia y parecen juntos --- cuando todos salen. Sólo en dos ancianos se encontró problemas de ensiameamiento, ante los cuales la familia platicó con los ancianos y ayudaron a resolver el problema.

9. La mayoría de los ancianos que viven junto con su familia, crean conflictos, los que en la mayoría de los casos son familiares y económicos.

10. Cuando el anciano enferma, la familia de inmediato lo lleva donde le puedan dar atención.

11. Los ancianos que viven en sus hogares, no representan una carga para la familia, ya que trabajan, son independientes y además porque del anciano la familia aprende infinidad de cosas.

12. De los ancianos que viven con su familia, sólo en dos casos, su ingreso económico al hogar era el princi-

pel; por tal motivo aportan los ancianos todo lo que ganan.

13. Los familiares del anciano gastan en la atención de éstos, en la mayoría de los casos, de \$1,000 a \$6,000 mensuales, lo que representa un egreso económico bastante elevado que merma los ingresos de la familia.

14. De los familiares que tienen a sus ancianos institucionalizados, las causas principales fueron: en primer lugar por los padecimientos que tienen y por no poder ser atendidos en el hogar; la idea del ingreso fué de los hijos y de los nietos.

15. En la que respecta a la frecuencia de las visitas de los familiares a los ancianos institucionalizados; refirieron que no pueden visitar a sus ancianos tan frecuentemente por falta de tiempo.

3. Alternativas de solución.

1. Debe hacerse una campaña masiva a través de los medios de comunicación, dando orientación en general de la vejez para que todo individuo la conozca, tome conciencia de su importancia y sepa que tarde o temprano llega a todos -- los individuos. De esta manera todos los individuos estarán psicológica, económica y socialmente preparados para recibir éste período de la vida.

2. No solo es importante preparar al anciano, sino también a la familia, ya que es el núcleo que debe atender a las personas mayores, para que de esta forma no se pierdan sus funciones primordiales que nacen de la familia, y de esta manera siempre estará íntegro y formada por todos sus -- miembros, ya que cada uno tiene que desempeñar determinadas funciones para conservar su existencia.

3. Se sugiere la integración de materias específicas en el currículo del anciano, en todas las carreras que de una u otra forma intervengan en su atención (enfermería, medicina, odontología, psicología, trabajo social, dietología, -- etc.)

4. Se requiere de personal especializado en la atención del anciano, médicos geriátricos, enfermeras geriátricas, -- etc., para lo cual será necesario la creación de dichas especialidades en nuestro país con reconocimiento de todas las instituciones de salud, oficiales o no.

5. La enfermería comunitaria debe estar preparada--- para atender al anciano en su hogar, proporcionarle enseñan- a él y a su familia para que pueda atenderlo ella misma.

6. Debe crearse un instituto de investigación en el campo de la geriatría, donde los nuevos adelantos en su ma- nejo estén al día.

7. Los hospitales generales deben estar provistos de un servicio de Geriatría, donde se dé atención a todo aquél que lo necesita.

8. Los hospitales generales y los asilos deben contar con servicios de terapia física, recreativa, ocupacional, lle- vando a cabo trabajos de modelado, pintura, decoración, car- pintería, tejidos, bordados; organizar paseos, caminatas, - eventos deportivos, ciclismo, atletismo, gimnasia, torneos- de ajedrez, domino y otros juegos; organizar visitas a mu- seos, centros religiosos, proyección de películas obras tea- trales, variedad artística, etc.; todo esto servirá de dis- tracción para el anciano evitando la monotonía y el tedio.

9. Deberán crearse hospitales de día para la aten- ción del anciano que lo necesita.

10. Deberá existir un organismo de coordinación entre todas las instituciones sanitario-asistenciales para llevar a cabo programas geriátricos.

11. Deberán crearse clubes y organizaciones destina-

des a brindar recreación al anciano; ayudando así a la convivencia entre grupos de gente que reforzará los lazos de unión entre los ancianos.

12. Puede hacerles una sugerencia a las familias con suficientes recursos económicos para ver la posibilidad, de que se hagan cargo de una familia de ancianos.

13. Establecer convenios entre empresarios y autoridades para permitir que los ancianos sigan laborando hasta donde sus potencialidades se lo permitan.

14. Que el anciano que rebase los 60-65 años de edad dependiendo de su salud, pase a ser pensionado por el gobierno, sin importar sus antecedentes de productividad.

15. Solicitar descuentos y promociones en las agencias de viajes para que el anciano pueda viajar gozando de ciertas preferencias.

16. Solicitar a los bancos, la promoción de "seguros de vejez"; en los cuales personas jóvenes puedan invertir cantidades monetarias que serán de gran utilidad durante la vejez.

VI. REFERENCIAS

A) BIBLIOGRAFICAS

1. Ander-Egg, Ezequiel. Introducción a las técnicas de investigación social. Buenos Aires, Huaminitas, 1976.
2. Ackerman, Nathan. Diagnóstico y tratamiento de -- las relaciones familiares. Buenos Aires, Paidós, 1961.
3. Anguera Oriol, Sèllaron, María. Como envejecemos y porque morimos. México, Diana, 1975. (Umbral).
4. Azcárraga, G. Sexología básica. México, Prensa Médica mexicana, 1976.
5. Baena Paz, Guillermina. Instrumentos de investigación (Manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesionales). México, UNAM, 1976.
6. Baird, Eleanor. "Como ayudar a los ancianos a -- aceptar la mala noticia". Enfermera al día. México, Vol. 6 No. 3, 1981.
7. Bancroft, H. Introducción a la biostatística. - Trad. N. Rittelman. 6a. ed., Argentina, Eudaba, 1969.
8. Maltrato, Pedro. Sociología de la familia contemporánea. Trad. Balduino Baillo. España, Sigüeme, 1975.
9. Bottomore, T.B. Introducción a la sociología. -- Trad. Jordi Solé. Barcelona, Península, 1968.
10. Brecher Ruth, E. Análisis a la respuesta sexual humana. México, Grijalvo, 1969.
11. Brocklehurst, J.C. Tratado de clínico geriátrica y gerontológica. Buenos Aires, Panamericana, 1975.
12. Carrol Herbert, A. Higiene mental. México, Con-

tinental, 1969.

13. Cooper, David. La muerte de la familia. Trad. - Javier Alfaya. España, Ariel, 1970.

14. Coudry, E.V., et. al. El cuidado del paciente geriátrico. Trad. Jorge A. Muñoz. México, la prensa médica-mexicana, 1962.

15. Escardo, Florencio. Anatomía de la familia. --- Argentina, el ateneo, 1970.

16. Dirección General de Estadística. Consejo General de población. Secretaría de Programación y Presupuesto, --- 1970.

17. Dirección General de estadística. Anuario estadístico. GPP. 1975.

18. Fromm, Horkheimer, Parsons, Merton. La familia. Barcelona, Península, 1970.

19. Fromm, Erich. El arte de amar. Colombia, Logos, L. s/f.f.

20. Fuentes Aguilera, Luis. Salud y vejez. México, el Caballito, 1970.

21. Godoy, Emma. Antes del alba y al atardecer. Ancianidad: sins no dependencia, Aborto y eutanasia. México, Jus, 1976.

22. Grawitz, Madeleine. Métodos y técnicas de las ciencias sociales. Barcelona, Hispano-europa, 1975.

23. Holtzblatner, E. Contribución por edad y sexo a índices de dependencia de la población en la república mexicana. México, INIA, 1977.

24. Johnson, H.M., et. al. Sociología y psicología social de la familia. Buenos Aires, Paidós, 1957.
25. Kastenbaum, Robert. Vejez. Años de plenitud. -- Trad. Xavier Guzmán. México, Harper & Row latinoamericana, 1980. (La psicología y tú).
26. L. Robbins, Stanley. Patología estructural y funcional. Trad. Alberto Falch y Pi. México, Interamericana, - 1975.
27. Lanjérica S. Raquel, et. al. "Atención de enfermería al paciente geriátrico". Enfermeras. No. 105, año --- XXVI. México, 1981.
28. Leñero Otero, Luis. Investigaciones de la familia en México. México, IMSS, 1959.
29. Leñero Otero, Luis. La familia. México, ANHIES, 1975.
30. Lenkau, Paul V. Higiene mental. México, Fondo de cultura económica, 1953.
31. López Acuña, Daniel. La salud desigual en México México, siglo XXI edr., 1980. (Salud y sociedad).
32. López Cepero, Pedro. Los viejos. España, Dopesa, L s/f/. (Los marginados).
33. MD en español. "Longevidad y medicina". Barcelona, vol. XVI, No. 9, 1978.
34. Médico moderno. "Los médicos le tienen a los viejos". México, vol. XVI, No. 4, 1977.
35. Martínez Zedillo, Gustavo. "La gerontología en México". Naturaleza. México, Vol. 8, No. 4, 1977.

36. Nordmark, Madelyn T., Rohweder, Anne W. Bases científicas de la enfermería. México, La prensa médica mexicana, 1979.
37. Olguín Quiñones, Fernando. Estadística descriptiva. México, UNAM, 1977.
38. Rojas Soriano, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. 3a. ed. México, UNAM, 1979.
39. Salud mundial. "La sociedad y los problemas de la vejez". Abril de 1972.
40. Sánchez Azcona, Jorge. Familia y sociedad. 3a. ed. México, Joaquín Mortiz, 1980.
41. Salazar, Deniso. "Diets terapéuticas 1a. parte" Enfermera al día. México, Vol. 6, No. 2, 1981.
42. SSA. Compendio de estadísticas vitales de México 1975. México, 1978.
43. Santo-Domingo Carrasco, Joaquín. Psicosociología de la muerte. España, Castellote, (s/f), (bárica 15).
44. Strehler, Bernard L. "La biología del envejecimiento". Reseña. México, IV- No. 6, 1967.
45. Torres Reyes, B. M; et. al. La geriatría y la proyección en enfermería. México, IPN., Escuela de enfermería y obstetricia, 1975.
46. Von Hahn, H.P. Geriatría práctica. México, El manual moderno, 1977.
47. U. Smith, Dorothy. Cuidados de enfermería para adultos. México, La prensa médica mexicana, 1967.
48. U. Smith, Dorothy. Enfermería médicoquirúrgica. México, Interamericana, 1973.

B) APENDICES

1)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INVESTIGACION "ABANDONO FAMILIAR DEL ANCIANO"
CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL ANCIANO
PASANTE: JUAN PINEDA OLVERA.

1. DATOS GENERALES:

1.1 Iniciales del anciano _____

1.2 Domicilio _____

Instrucciones: Marque con "X" en el paréntesis correspondiente

1.3 Lugar de origen: Provincia ()
D.F. ()

1.4 Lugar de residencia: Provincia ()
D.F. ()

Desde cuándo? _____

1.5 Sexo: Masculino ()
Femenino ()

1.6 Edad cronológica: De 60 a 80 años ()
Mas de 80 años ()

Instrucciones: Anote lo que se pide a continuación.

1.7 Edad que siente tener _____

1.8 Edad que desearía tener _____

Porqué? _____

Instrucciones: Marque con "X" el paréntesis correspondiente

1.9 Edo. civil actual: Soltero ()
Casado ()
Unión libre ()
Separado ()
Viudo ()
Divorciado ()

1.10 Tipo de religión que profesa: Ninguna ()
Católica ()
Protestante ()
Otro ()

1.11 Escolaridad: Nula ()
Primaria ()
Secundaria ()
Bachillerato ()
Carrera técnica ()
Carrera profesional ()

1.12 Sabo leer? sí () no ()

1.13 Sabo escribir? sí () no ()

2. VIVIENDA

Instrucciones: Marque con "X" el paréntesis correspondiente

- 2.1 Tipo de vivienda que habite: Propia ()
 Alquilada ()
 Hospital ()
 Otro ()
- 2.2 La vivienda cuenta con: agua intradomiciliaria sí () no ()
 drenaje sí () no ()
 baño sí () no ()
- 2.3 Su habitación se encuentra ubicada:
 junto a las demás ()
 dentro de la casa pero al lado de las demás ()
- 2.4 Comparte su recámara con alguna persona: sí () no ()
- 2.5 Se siente ud. aislado de la familia? sí () no ()
- Porqué? _____

3. ALIMENTACION.

3.1 Cuantas veces como al día? _____

3.2 Frecuencia en la ingestión de alimentos.

Alimentos Diario c/3er. día una vez/semana esporádica

Carne _____
 Leche _____
 Huevos _____
 Frutas _____
 Verduras _____
 Pan _____
 Tortillas _____

4. HABITOS HIGIENICOS

Instrucciones: Marque con "X" el paréntesis correspondiente

4.1 Frecuencia del baño: diario ()
 cada 3er. día ()
 una vez/semana ()
 cada 15 días ()

4.2 Frecuencia del cepillado dental: ninguna vez ()
 una vez al día ()
 dos veces al día ()
 3 veces al día ()

4.3 Anote el No. de veces que se lava las manos al día:

II. PREGUNTAS RELACIONADAS CON LAS VARIABLES UTILIZADAS.

1. Con quién o con quiénes vive actualmente el paciente?

esposa ()
 hijo ()
 hospital ()
 otro ()

2. Cuántos hijos tiene ud.? _____
3. Tiene ud. autoridad en el hogar? sí () no ()
4. Sus opiniones son aceptadas por la familia?
sí () no ()
5. Cuando hay problemas en la familia, participa ud.?
sí () no ()
6. En la familia, existen normas de conducta de cada uno de los integrantes, o cada quién hace lo que quiere?
existen normas ()
no existen normas ()
7. Cuando come ud., lo hace junto con la familia?
sí () no ()
8. Cuando salen a pasear sus familiares va ud. con ellos?
siempre () a veces () nunca ()
9. Con quién se identifica mejor dentro del hogar?
esposa ()
hijos ()
nietos ()
amistades ()
10. Siente ud. ser una carga para la familia?
sí () no ()
- Porqué? _____
11. Visita ud. a sus amistades? sí () no ()
12. Cada cuándo las visita?
una vez por semana ()
cada quince días ()
esporádicamente ()
nunca ()
13. Pertenece ud. a algún grupo socio-cultural?
sí () no ()
14. Que actividades realiza dentro del hogar?
trabajos manuales ()
actividades domésticas ()
ver televisión ()
escuchar música ()
leer ()
ninguna ()
15. Que actividades realiza fuera del hogar?
ir al trabajo ()
ir de compras ()
ir a divertirse ()

16. De quién depende económicamente?

hijos ()
 nietos ()
 otras familiares ()
 ud. mismo ()
 institución ()
 otros ()

17. A que edad empezó ud. a trabajar? (compulsivamente).

nunca ()
 de los 7 a los 15 años ()
 después de los 16 años ()

18. Trabaja actualmente? sí () no ()

19. Cuánto gana mensualmente?

de \$100 a \$200 ()
 de \$1,000 a \$5,000 ()
 de \$10,000 ó más ()

20. Es ud. jubilado? sí () no ()

21. Es ud. pensionado? sí () no ()

22. De cuánto es su pensión mensual?

menor de \$1,000 ()
 mayor de \$1,000 ()

23. Aporta ud. dinero a su familia?
 sí () no ()

24. Cantidad que aporta ud.?

hasta \$1,000 ()
 hasta \$4,500 ()
 hasta \$10,000 ()

25. Que tipo de enfermedades ha presentado ud. en los últimos 5 años?

Apto. respiratorio ()
 Apto. digestivo ()
 Apto. urinario ()
 Apto. reproductor ()
 Sistema músculo-esquelético ()
 Sistema endócrino ()
 Sistema cardiovascular ()
 Sistema nervioso ()
 Enfermedades mentales ()
 Enfermedades degenerativas ()

26. Actualmente presenta ud. algún padecimiento?

sí () no ()

27. El padecimiento que presenta es?

incapacitante ()
 no incapacitante ()

28. El padecimiento que ud. presenta actualmente es de?

Apto. respiratorio ()
 Apto. digestivo ()
 Apto. urinario ()
 Apto. reproductor ()
 Sist. músculo-esquelético ()
 Sist. endócrino ()
 Sist. cardiovascular ()
 Sist. nervioso ()
 Enfs. mentales ()
 Enfs. degenerativas ()

29. Recibe ud. tratamiento para su enfermedad?

sí () no ()

30. En que lugar recibe atención médica?

SSA ()
 ISSSTE ()
 IMSS ()

31. Utiliza ud. alguna prótesis o aditamento necesario para su seguridad e independencia física?

sí () no ()

32. Menciona cuál _____

33. Necesita ayuda para llevar a cabo sus actividades?

sí () no ()

34. Lleva vida sexual activa?

sí () no ()

35. Cada cuánto tiene relaciones sexuales?

36. Ingiere bebidas alcohólicas?

sí () no ()

37. Con que frecuencia? _____

38. Cuando ingiere bebidas alcohólicas llega a la embriaguez?

sí () no ()

39. Fuma ud.? sí () no ()

40. Cuántos cigarrillos fuma diariamente? _____

41. Alguna vez ha deseado morir?

sí () no ()

42. Porqué? _____

PREGUNTAS PARA ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

1. Nombre de la institución _____

2. La institución es?

privada() pública()

3. Fecha de ingreso a la institución _____
4. Paga ud. alguna cuota a la institución?
sí () no ()
5. Cuál es el monto mensual de la cuota? _____
6. Quién paga las cuotas?
Ud. mismo ()
Sus hijos ()
Otros familiares ()
7. Motivos del ingreso a la institución:
Por problemas de conducta ()
Malas relaciones familiares ()
Abandono ()
Problemas socio-económicos ()
Por no poder atenderlo en el hogar ()
Sintomatología aguda o crónica ()
8. De quién fué la idea del ingreso?
ud. mismo ()
sus familiares ()
sus amigos ()
otros ()
9. Lo visitan sus familiares actualmente?
sí () no ()
10. Cada cuando lo visitan?
una vez/semana ()
cada 15 días ()
1 vez al mes ()
cada 3 meses ()
11. Que actitud toman sus familiares durante la visita?
agrado ()
rechazo ()
indiferencia ()
12. Desea ud. que lo visiten mas seguido?
sí () no ()
13. La institución le brinda seguridad y atención adecuada?
sí () no ()
14. El ambiente institucional sustituye el ambiente de su hogar?
sí () no ()
15. Porqué? _____
16. Se siente ud. a gusto en la institución?
sí () no ()
17. Porqué? _____

18. Las relaciones que tiene ud. con sus compañeros de sala son?

buenas { }
regulares { }
deficientes { }

19. Porqué? _____

20. Anote las actividades que realice dentro de la institución?

21. Anote las actividades que realiza fuera de la institución.

22. Practica ud. algún deporte o juego?

sí () no ()

23. Anote las recreaciones que desearía tener en la institución.

Nombre del entrevistador

fecha de la entrevista

- 2) UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y ODONTOLÓGICA
 INVESTIGACIÓN "ABANDONO FAMILIAR DEL ANCIANO"
 CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LA FAMILIA DEL
 ANCIANO.
 PACIENTE: JUAN PINEDA OLIVERA.

Instrucción: Anote lo que ha continuación se pide; en caso de parentesco la marcar con "X" el que corresponda.

I. DATOS GENERALES.

1. Iniciales del informante _____
2. Domicilio _____
3. Sexo del informante: masculino () femenino ()
4. Edad: _____
5. Escolaridad: _____
6. Parentesco del informante (con respecto al anciano).

7. No. de integrantes de la familia: _____

II. VIVIENDA.

1. Tipo de vivienda que habita:

propia	{	}
rentada	{	}
otra	{	}
2. La vivienda cuenta con:

agua intradomiciliaria	si	{	no	}
drenaje	si	{	no	}
baño	si	{	no	}
3. Alguién de uds. comparte su recámara con el anciano?
 si () no ()
4. Quién? _____

III. ALIMENTACION.

1. Cuántas veces comen al día? _____
2. Cuando comen, lo hacen junto al anciano?
 si () no ()
3. Por qué? _____

4. El anciano necesita ayuda para comer?
sí () no ()
5. Le preparan los alimentos al anciano de acuerdo a sus necesidades?
sí () no ()
6. Alimentos Diario c/3er. día una vez/semana esporádica
- | | |
|-----------|-------|
| carne | _____ |
| leche | _____ |
| huevos | _____ |
| frutas | _____ |
| verduras | _____ |
| pan | _____ |
| tortillas | _____ |

IV. PREGUNTAS RELACIONADAS CON LAS VARIABLES EMPLEADAS.

1. Quién es el jefe de la familia? _____
2. El anciano tiene autoridad en la casa?
sí () no ()
3. Respetan uds. las opiniones que él aporta?
sí () no ()
4. En caso negativo, mencione porqué? _____
5. Cuando existen problemas en el hogar, le piden su participación?
sí () no ()
6. En caso afirmativo, en que aspecto solicitan su ayuda?
- | | |
|---------------------------|-----|
| organizac. familiar | { |
| aspecto económico | } |
| experiencias de todo tipo | () |
7. El anciano se interesa por los problemas del hogar?
sí () no ()
8. Cuando uds. salen de paseo, llevan al anciano?
sí () no ()
9. Han notado uds. que el anciano se aísla de la familia?
sí () no ()
10. En caso afirmativo, cual cree ud. que sea la causa?

11. Que han hecho uds. para evitar su aislamiento?

12. Cree conflictos el anciano?
sí () no ()

13. En caso afirmativo, de que tipo son los conflictos?
- familiares { }
económicos { }
de otro tipo { }
14. Cuando se enferma el anciano, lo llevan de inmediato a algún lugar para darle atención?
sí () no ()
15. El anciano representa una carga para uds.?
sí () no ()
16. Porqué? _____
17. Que actividades realiza el anciano dentro del hogar?

18. Que actividades realiza el anciano fuera del hogar?

19. Aporta el anciano dinero a la familia?
sí () no ()
20. De cuánto es su aporte mensualmente?

21. La aportación del anciano, es la principal para el hogar?
sí () no ()
22. Cuánto gastan uds. mensualmente en la atención del anciano?

23. Porqué hospitalizaron al anciano?
- por problemas de conducta { }
por no poder atenderlo en casa { }
porque le sale mas económico { }
por presentar varios padecimientos { }
24. De quién fué la idea de hospitalizarlo?
- cónyuge { }
hijos { }
otros familiares { }
otros { }
25. Cada cuando lo visitan?

26. Porqué no lo visitan mas seguido?

Nombre del entrevistador

Fecha de entrevista
