

1979/11/11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PROBLEMA Y SOLUCION DESDE EL PUNTO DE
VISTA SOCIAL EN PACIENTES GERIATRICOS
DE LOS HOSPITALES DEL ISSSTE.



EXAMENES
PROFESIONALES

TESIS PROFESIONAL
GRACIELA DE LUNA SOTO
MEXICO, D.F. 1979.



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PROBLEMA Y SOLUCION DESDE EL PUNTO DE
VISTA SOCIAL EN PACIENTES GERIATRICOS
DE LOS HOSPITALES DEL ISSSTE.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA
GRACIELA DE LUNA SOTO

MEXICO, D.F., 1979

PROBLEMA Y SOLUCION DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL EN PACIENTES GERIATRICOS DE LOS HOSPITALES DEL ISSSTE.

INTRODUCCION.	1
CAPITULO I.	
LOS HOSPITALES DEL ISSSTE.	3
1.1 Objetivos	
1.2 Organizacion	
1.3 Funciones	
CAPITULO II.	
LOS PROBLEMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES GERIATRICOS DENTRO DEL ISSSTE.	8
2.1 Características del geriátrico	
2.2 El número de pacientes geriátricos en estos hospitales	
2.2.1 Problemática familiar	
2.2.2 Problemática de salud	
2.2.3 Problemática económica	
2.2.4 Problemática social	
2.2.5 Problemática psicológica	
CAPITULO III.	
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	32
3.1 Justificación	
3.2 Universo de trabajo	
3.3 Elaboración de la encuesta	
3.4 Interpretación de los datos	
3.5 Resultados obtenidos	
3.6 Conclusiones	
CAPITULO IV.	
SOLUCION AL PROBLEMA DE LOS PACIENTES GERIATRICOS	52
4.1 Creación de una unidad geriátrica	
4.2 Terapia ocupacional	
4.3 Concientización a los familiares de los ancianos	
4.4 Soluciones al problema de los pacientes geriátricos	
4.5 Participación del Trabajador Social	
CONCLUSIONES.	63
SUGERENCIAS.	65
BIBLIOGRAFIA.	66

INTRODUCCION.

La salud representa la imagen del bienestar físico, mental y social que nos capacita para disfrutar la vida en toda su plenitud cuando se es joven y por lo menos con un mínimo de sufrimiento y desajuste cuando se es anciano. El número de pacientes propectos que requieren atención geriátrica, aumenta día con día y los hospitales no tienen instalaciones especiales para su atención, los médicos suelen tratarlos como un paciente más. Las deficiencias que se detectan en la atención médica a los propectos, son muchas y variadas, ya que desde el primer contacto con el médico general se observa la tendencia de tratar de encuadrar sus padecimientos dentro de los lineamientos de los pacientes adultos. El Servicio de Urgencias del C.H. "20 de Noviembre" atiende a pacientes de este tipo, los cuales se internan por la gravedad que presentan; son pacientes que deberán continuar su control en la clínica de adscripción y pacientes crónicos rechazados por su familia, que son trasladados a Sanatorios Subrogados en donde quedan abandonados.

Es por ello que se hace necesaria la atención geriátrica en los hospitales y clínicas para que los pacientes propectos tengan atención médica integral que los ayudará en la prevención de enfermedades graves que los imposibiliten para valerse por si mismos, que es una de las causas por lo que la familia los rechaza.

Nuestra legislación debería sancionar a los familiares de los ancianos que faltan a los elementales principios de humanidad al abandonarlos cuando el deterioro normal de éste se precipita debido a que no tuvo el cuidado de vigilar su salud; no formó un respaldo económico; no se responsabilizó de su familia, etc., siendo por tanto de suma importancia la orientación prejubilatoria hacia el propecto para una mejor participación de los mismos dentro de la sociedad.

Ante tal situación en nuestro país realmente no se cuenta con un gran apoyo hacia los propectos, haciéndose necesarias campañas para reeducar a los adultos y educar a los niños, haciéndoles sentir que la vejez no es triste ni deprimente sino es la etapa de la vida que trae consigo

nuevas y atrayentes perspectivas en las que no debe haber lugar para el hastío o la inacción. Ya que de tiempo atrás se viene desaprovechando su experiencia y productividad de dichos individuos relegándolos un tanto de la sociedad.

En lo que respecta a los problemas que se les presentan a los pacientes geriátricos dentro del ISSSTE, comunmente son: carencia de servicios asistenciales adecuados como son clínicas geriátricas; no existen programas integrales; las Instituciones Oficiales son insuficientes; los asilos atraviesan por la misma situación, además de que en la mayoría de ellos, piden como requisito, que el proyecto se valga por sí mismo, esto viene a provocar la no resolución de los casos de los pacientes que presentan problemas crónicos e incurables.

En el presente trabajo, en cuanto a la problemática que se plantea, en lo que corresponde a la investigación al respecto, ésta se llevará a cabo en las áreas de hospitalización, consulta externa y urgencias de los hospitales del ISSSTE, así como en el Centro Urbano Presidente Miguel Alemán, para poder contar con un número representativo de pacientes geriátricos; aplicándose una cédula, que al final se cuantificará y proporcionará las alternativas que los mismos pacientes aporten. Pretendiéndose con la respuesta a la que se llegue, el que se pueda beneficiar a los ancianos desde el punto de vista médico-social.

En cuanto al Trabajador Social dentro de este campo de estudio se abocaría, entre otras cosas a analizar las condiciones de vida; el ingreso económico, el medio ambiente, los hábitos y la personalidad del paciente, aportando al médico tratante los hechos descubiertos con el objeto de participar en el diagnóstico y tratamiento; asimismo realizaría labor de sensibilización, orientación y convencimiento con la familia para que el paciente logre su rehabilitación y deje de ser una carga para los suyos, permitiendo todo esto, el logro de una verdadera atención armónica e integral hacia el proyecto que requiere de este servicio.

CAPITULO 1.

LOS HOSPITALES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

1.1 Objetivos

1.2 Organización

2.3 Funciones

I. LOS HOSPITALES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Antecedentes históricos y legales: En la Constitución de 1917 se consiguieron los seguros como garantías sociales, entre los que figuraban: riesgos profesionales, vejez y muerte, para lo cual se creó la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro. En 1960 se integró un sistema más organizado de la seguridad social a favor de los servidores públicos, al pensionista y a los familiares derechohabientes de ambos, consignándose además las prestaciones de carácter médico, social y cultural, incluyéndose con carácter obligatorio los seguros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, jubilación seguro de vejez, invalidez, seguro por causa de muerte que comprende las de viudez, orfandad, ascendencia y concubinato, en los casos expresamente señalados en la Ley. Se muestra el principio de solidaridad al proporcionar la atención médica al pensionista, al jubilado y a los familiares derechohabientes de ambos, con la misma extensión que se concede a los trabajadores en servicio, teniendo acceso además, a las prestaciones sociales de que disfrutaban los trabajadores, como el servicio de tiendas, multifamiliares, guarderías, hoteles, velatorios, centros de recreo, etc. Se reconoce por primera vez, la importancia de las prestaciones culturales, al considerar que se fomentan los hábitos de convivencia, asimismo se da oportunidad para capacitarse y mejorar su nivel social y cultural. La Ley del ISSSTE permite que los pensionistas y jubilados obtengan prestaciones económicas en préstamos hipotecarios, préstamos a corto plazo y con ciertas limitaciones derivadas del presupuesto: créditos para la compra de automóvil.

El Reglamento de Organización y Funcionamiento del ISSSTE cita en su Artículo 62 "Proporcionar a los trabajadores afiliados al Instituto y demás derechohabientes las prestaciones indicadas en la fracción II del Artículo 1o. del presente Reglamento; atender los servicios médicos de emergencia y, en coordinación con la Subdirección de Prestaciones Económicas, verificar periódicamente el estado físico de los pensionados por invalidez o incapacidad para determinar si éstas persisten como causa de las pensiones otorgadas".⁽¹⁾

(1) ISSSTE. Reglamento de Organización y Funcionamiento. México, 1977

1.1 Objetivos.

Los hospitales del ISSSTE cumplen los objetivos básicos de promover, obtener y mantener la salud de los derechohabientes; desarrollar personal multidisciplinario en el campo de la salud e incrementar los niveles de eficacia y eficiencia institucionales y establecer los programas de investigación de acuerdo a las necesidades de salud de la población derechohabiente.

1.2 Organización.

La Subdirección Médica es la responsable de planificar, supervisar y evaluar las actividades asistenciales, de enseñanza e investigación; dependiendo de ella, dentro de la organización, los siguientes servicios:

La Secretaría Particular

Los Departamentos de: Coordinación Nacional e Internacional; Cuadro Básico y Control de Medicamentos; Enfermería y Medicina del Trabajo.

Jefatura de Servicios Médicos del Area Metropolitana:

Subjefatura Norte:

Hospitales "20 de Noviembre", "1o. de Octubre", "Oriente", "Dr. Gonzalo Castañeda", "Tecamachalco", Clínicas y Consultorios Médicos Auxiliares y la Unidad de Enlace y Recuperación.

Subjefatura Sur:

Hospitales "Lic. Adolfo López Mateos", "Dr. Dario Fernández", "Dr. Fernando Quiroz"; Clínicas y Consultorios Médicos Auxiliares.

Jefatura Técnico Normativa: Departamentos de Planificación y Control, Informática, Organización y Métodos, de Enseñanza, Divulgación e Investigación, y de Medicina Preventiva y Social.

Jefatura de Servicios Médicos Foráneos: Subjefatura, Coordinaciones Regionales, Servicios Estatales y Territoriales.

El ISSSTE es una Institución descentralizada, bipartita; estando integrada la Junta Directiva del mismo, de siete miembros:

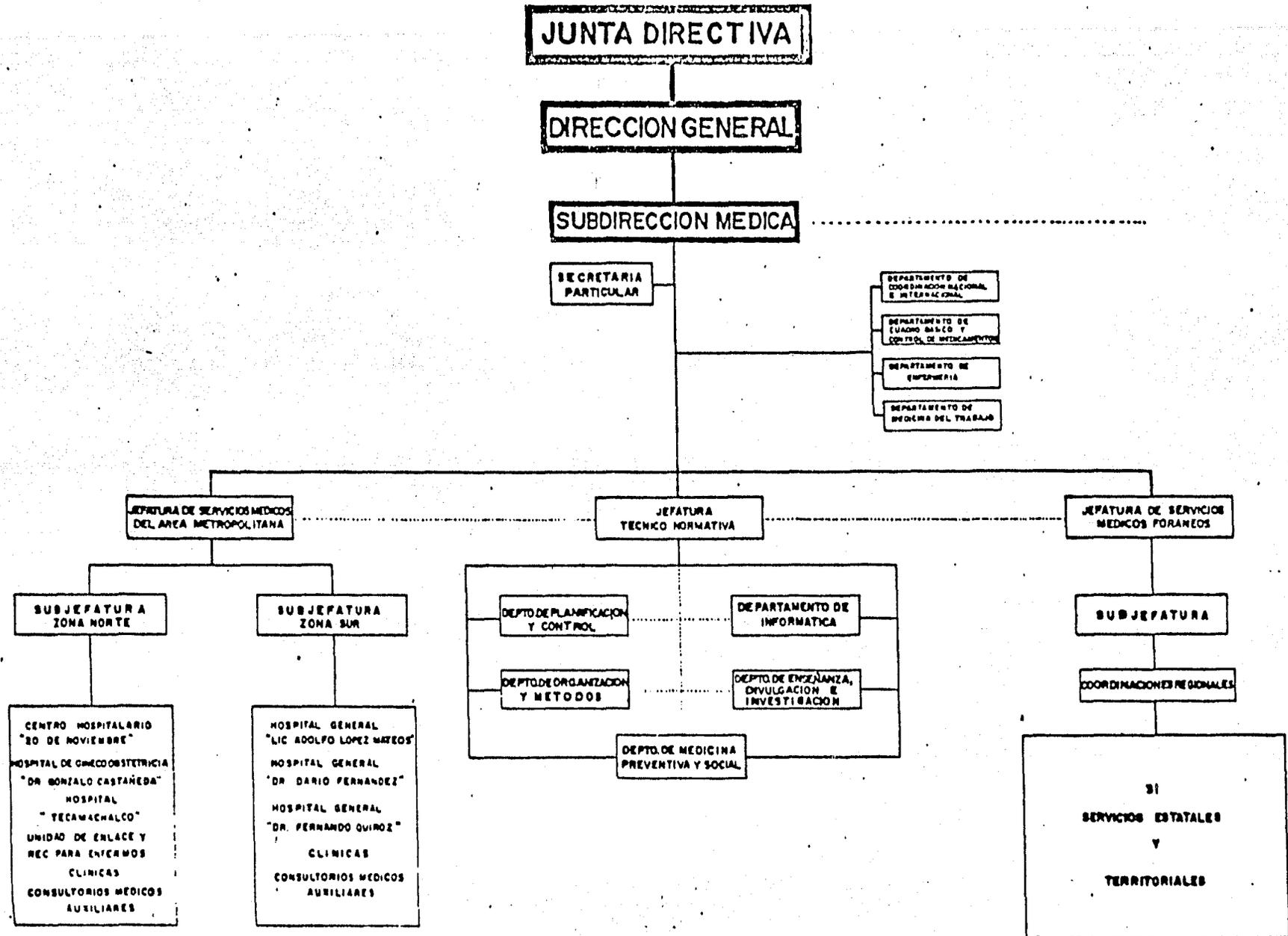
Tres, de la F.S.T.S.E.

Tres, de Hacienda

Uno, de la Presidencia de la República

El organigrama de la Subdirección Médica se anexa enseguida, para tener una visión más completa al respecto.

I.S.S.S.T.E. ORGANIGRAMA DE LA SUBDIRECCION MEDICA



1.3 Funciones.

Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la atención de los pacientes asignados a sus áreas; establecer sistemas de comunicación con los familiares, a fin de que sea oportuna, adecuada y con gran sentido de la ética profesional; establecer los lineamientos de tratamiento y vigilancia en el caso de que los pacientes sean enviados a las áreas de extensión hospitalaria en domicilio; establecer sistemas tendientes a la agilización del manejo médico y administrativo de la fase de prehospitalización; supervisar que los programas aprobados sobre prevención, curación, rehabilitación, enseñanza e investigación se lleven a cabo dentro del tiempo y con los niveles de previsión señalados en los mismos; fomentar y participar en juntas de coordinación; elaborar y presentar informes mensuales; mantener la coordinación con la División o la Subdirección correspondiente, según el caso, para establecer los sistemas adecuados de supervisión en las áreas de las clínicas tributarias sobre aspectos técnicos del -- servicio.

CAPITULO II

PROBLEMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES GERIATRICOS DENTRO DEL ISSSTE.

2.1 Características del geriátrico

2.2 El número de pacientes geriátricos en estos hospitales.

2.2.1 Problemática familiar

2.2.2 Problemática de salud

2.2.3 Problemática económica

2.2.4 Problemática social

2.2.5 Problemática psicológica

II. PROBLEMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DENTRO DEL ISSSTE.

2.1 Características del Geriátrico.

Geriatría (los procesos del envejecimiento)

Ardua y difícil es la tarea de resumir, dentro de los límites de este capítulo, los procesos orgánicos y psíquicos que llevan al hombre a la etapa de su vida que llamamos vejez. "VEJEZ. Lit. De la vejez (De senectute Dialogas ad T. Pompinium Atticum). Tratado filosófico de Cicerón, compuesto en el año 43 a de J.C. y una de las obras de este autor escritas con el más decidido propósito de deleitar, por lo que, quizá es la que más lectores y traductores ha tenido. En ella Cicerón supone una conversación entre Catón el Censor, de ochenta y cuatro años de edad, con Escipión el Africano y su amigo Lelio. El primero va examinando y refutando al tiempo los inconvenientes que se encuentran a la vejez en el sentido de que nos aleja de los negocios, nos roba el vigor físico, nos priva de casi todos los placeres y nos aproxima a la muerte. Sus consideraciones, ricas en recuerdos, las interesantes descripciones de la vida rústica, el acento de serenidad que preside toda la obra, le prestan singular encanto. V. Cicerón. Vejez Sagr. Esc. (En hebr. zoqén, ziguán, séb.; los setenta traducen: géras, geros, presbeien). En el Eclesiastés (XII, 1-7) se hace una descripción simbólica de la vejez, en estos términos: "Acuerdate de tu criador en los días de tu juventud, antes que sobrevenga el tiempo de la aflicción y se acerquen aquellos años de los que digas: No me placen. Antes que se obscurezcan el sol y la luna y las estrellas (símbolo de tristeza) y vuelvan las nubes después de la lluvia (penas sobre penas), cuando se conmoverán los guardianes de la casa (los brazos) y vacilarán los varones muy fuertes (las piernas) y estarán ociosas las que muelen en corto número (los dientes), y se obscurecerán los que miran por las ventanas (los ojos), y cerrarán las puertas en la plaza (los labios) por la voz baja del que muele (la dificultad o entorpecimiento en el habla) y se levantarán a la voz del ave (insomnio) y ensordecen todas las hijas del canto (los sentidos que ya no perciben los oídos). Temerán también los lugares altos (a causa de la dificultad de subir) y tendrán miedo en el camino (en previsión de los obstáculos),

florecerá el almendro (sobrevendrá la canicie), se engrosará la langosta (los talos se harán pesados) y se disipará la alcaparra (impotencia para producir cosa alguna); porque irá el hombre a la casa de su eternidad y le rodearán en la plaza los plañidores. Antes que se rompa la cuerda de plata (el hilo de la vida) y se corra atrás la venda de oro (la vida cuyo hilo está roto) y se quiebre el cántaro sobre la fuente y se haga pedazos la rueda sobre la cisterna (el cuerpo, que el alma ya no puede sostener, se hunde en la tumba) y se torne el polvo a su tierra de donde era y el espíritu vuelva a Dios que lo dió.

En el sagrado texto se habla a menudo de las prerrogativas de la vejez. La vejez posee la experiencia y la prudencia, por lo menos en el hombre justo (Salmo XXXVII). Las canas son una corona de honor (Prov. XVI 31). Así pues, no hay que menospreciar la vejez, sobre todo la del padre y la madre, sin embargo, la vejez de los impíos no es acreedora a honor alguno (Sabid. III 171). La verdadera vejez es la que confiere la virtud, sea cual fuere la edad del que hace el bien (Id. IV. 8 y 9). Según otra expresión bíblica, el viejo está como el niño, en uno de los extre-

mos de la vida, y es una maldición el que en una familia no haya viejos; aunque también los hay necios e insensatos.

La ley ordenaba que se respetáse y honrase al anciano y, en efecto, el jefe de familia conserva la plena y entera autoridad sobre todos los suyos, hasta su muerte".⁽²⁾ Al estudiar profundamente los cambios de tipo anatómico y fisiológico que acontecen en el organismo que envejece, se comprueba que, contrariamente a lo que sucede en los procesos del crecimiento, no existe regularidad en la involución que caracteriza al envejecimiento.

El envejecimiento del organismo viene condicionado por factores que han ido acumulándose en el transcurso de la vida del individuo y dependientes de los avatares de la vida misma. Se añaden, además, alterando estos procesos de envejecimiento, causas de tipo patológico (para muchos autores la vejez es en sí misma patológica), que confieren un marcado cariz personal e individual a cada caso.

"En los momentos en que los fenómenos de involución predominan haciéndose más ostensibles y apareciendo reflejados en el exterior del individuo, empieza la vejez.

En los tejidos se manifiesta fundamentalmente esta regresión con el reemplazo de las células nobles por el tejido conjuntivo de una manera progresiva. Así en el cerebro, las neuronas son sustituidas por la neuroglia, elemento no activo cuya única misión es actuar a modo de soporte de los elementos nerviosos vitales. El mismo proceso aparece en los demás órganos de la economía: las células hepáticas, renales, etc., son reemplazadas por tejido conjuntivo. Todo ello condiciona una merma en las facultades mentales, dificultad en el metabolismo de los principios inmediatos, y en la purificación a través del filtro renal de los excretas tisulares, abocando en la senescencia. Pero son los fenómenos de deshidratación del organismo los que de una manera más llamativa traducen el envejecimiento orgánico. Los órganos y tejidos presentan una disminución en su contenido acuoso, al perder su propiedad de fijar este elemento, lo que se traduce en un endurecimiento y densificación de las estructuras tisulares. La piel revela de una manera evidente esta falta de agua, perdiendo tersura y haciéndose más fragil y fina por atrofia, a la vez que la falta de elementos elásticos origina la aparición de arrugas que, junto al aumento de pigmentos, forman manchas oscuras más o menos extensas. También se produce un mayor resalte de las venas por dilatación de las mismas, que destacan a través de la piel atrófica, este fenómeno es característico especialmente en las zonas cutáneas normalmente al descubierto: manos y cara". (3)

"Vejez. Der. Jurídicamente, la vejez, en el orden político y civil, representa una causa de excusa para toda clase de cargos. En lo penal, la vejez, como quiera que conduce a una situación mental análoga a la infancia, ha podido ser estimada, cuando va acompañada de importantes fenómenos involuntarios, esto es, cuando está muy acusada, como una circunstancia atenuante". Vejez. Fisiol. y Pat. Tercera fase o regresiva del ciclo vital humano y que corresponde al término del mismo. Comprende a su vez tres períodos llamados de involución presenil, vejez propiamente dicha y decrepitud". (4)

(3) Nicolau Pérez, Juan. El Libro de la Salud. Edit. Danae, Barcelona, España, 1975, pp. 482-487

Generalización Científica: "Las hipótesis o probablemente los límites que tienen que establecerse para considerar a la senectud, abarcan a personas mayores de 65 años o probablemente 60 años de edad". (5)

Características Psicológicas y de la personalidad del anciano: Los psicólogos pueden concentrarse en las leyes funcionales o conductuales y procesos asociados con el envejecimiento, la extensión en que la conducta o el cambio conductual son determinados genéricamente o por el ambiente, tiene también una importancia teórica y práctica. Sin embargo, a pesar de los pasajes de La República de Platón y del Tratado de Cicerón, la geriatría con algún sentido científico data de los años de 1950. Hay numerosos estudios panorámicos de varios aspectos de la ancianidad incluyendo los de Kube (1938), Lorge (1941, 1944, 1947), Miles (1942), Kaplan (1945, 1956), Anderson (1949, 1956), Donahue (1949), Granick (1950), Shock (1950), y los libros de Betwinick, *Cognitive Processes in Maturity and Old Age* (1967) y *Post Clinical Psychiatry of late life* (1965) y de Slater y Roth *Clinical Psychiatry* (1969). En los pasados 15 a 20 años se ha dedicado una mayor atención al envejecimiento y a la ancianidad en términos de desarrollo psicológico o conductual, impulsados probablemente más por una necesidad económica actual o potencial que por valores étnicos académicos. La Organización de las Naciones Unidas para la Cooperación Económica y el Desarrollo enunció en 1962, "La capacidad del Departamento Médico para asistir y promover la salud y la eficiencia de las gentes en el trabajo, en cualquier nivel debe ensancharse, si es posible mediante desarrollo de medidas simples y prácticas para la evaluación de la edad funcional.

Funcionamiento cognoscitivo en el anciano.

En un gran número de tareas en varias edades y diferentes niveles socioeconómicos, los sujetos alcanzan un vértice entre 20 y 25 años, seguido por una declinación lenta y uniforme atribuible a la edad, cercana al 0.5 por ciento por año hasta la edad de 50 a 60 años. A partir de entonces la declinación es rápida en extremo. Este punto de vista ampliamente aceptado se desarrolló para postular que esta pérdida en la habilidad intelectual se acompañaba de daño cerebral o enfermedad mental funcional similar en naturaleza,

(5) O.M.S. *Medicina Preventiva en Geriatría*, Vol.VII, Fascículo 24,

difiriendo únicamente en cantidad con los cambios vistos en la senectud; sin embargo, se despertaron serias críticas a estos estudios transversales. Los estudios longitudinales de los mismos sujetos confirmaron la impresión de que los datos comparativos transversales eran sospechosos aún dentro del rango de los 20 a los 50 años. Owen (1953) en su monografía indicó que los aspirantes al grado de licenciatura mostraban ganancias significativas en la capacidad intelectual total en el período de 31 años. En 1959 Terman y Ogden notificaron el mismo resultado en sujetos examinados entre 1939 y 1940, y entre 1950 y 1952. Las investigaciones de Bayler (1955) confirmaron que la habilidad intelectual aumenta gradualmente entre los 20 y los 50 años de edad. De la investigación reciente se desprende que el mal concepto popular de que "después de cierta edad uno está muy viejo para aprender", carece de base antes de los 60 años y se necesita conocer más acerca de la influencia de factores motivacionales y de personalidad en el proceso de aprendizaje. Más importante, sin embargo, es el hecho de que el llamado "punto de vista popular" ha dominado teorías supuestamente científicas e investigaciones. A partir de los 65 años de edad, se considera que el 50% de los individuos presentan una cierta disminución de su capacidad total, aparece una dificultad creciente para adaptarse a situaciones nuevas, los rasgos que caracterizan psicológicamente al anciano pueden ser acrecentados por los estados psicopatológicos seniles -desorientación temporo-espacial- que llega a incluir a los familiares más directos". (6)

¿Cuándo empieza la vejez?

Creemos escapar de ella porque el espíritu sigue inquieto y sentimos la alegría de vivir. Aparentemente se conservan las fuerzas y es que las transiciones son lentas y pasan inadvertidas. La vejez es como un invasor sutil que sin ruido, sin que nos demos cuenta, calladamente, se instala en nuestro organismo humano que comienza a sufrir transformaciones irreversibles, se inicia el período presenil. Disminuyen las secreciones digestivas y la movilidad de las articulaciones, algunos tejidos se atrofian, la vitalidad desfallece con lentitud y toda la estructura orgánica sufre degradación. Se dice que el hombre tiene la

(6) IBID., pp. 603-604.

edad de sus arterias, y en efecto, la esclerosis es en ellas ostensible, no son infrecuentes manifestaciones discretas de cardiopatía angioesclerótica, hipertrofia del miocardio y enfermedades hipertensivas. Con frecuencia se presentan fenómenos degenerativos de artrosis, la menopausia en las mujeres y la andropausia en los hombres se instalan solapadamente. A menudo hay cierto grado de esclerosis renal que da lugar a retención de los desechos nitrogenados con su cortejo sintomático: cefaleas, pruritos, urémides, alteraciones de la próstata que se hacen ostensibles con urgencias imperiosas para la micción y la vejiga exige esfuerzos para su vaciamiento que es ya incompleto. Mucho interviene en el retardo del envejecimiento la herencia. Cuando se han obtenido en la lotería del nacimiento genes mediocres, poco se podrá pedir en la senectud. "La senescencia es evolución que se inicia desde el nacimiento de los humanos y termina con la muerte a través del crecimiento, madurez y senilidad".⁽⁷⁾

De esa senilidad que según Strehler, es proceso degenerativo que ocasiona disminución de la viabilidad y aumento de la vulnerabilidad para el ser viviente.

El Dr. Manuel Payno, Asesor Médico Gerontológico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, afirma que los problemas asociados con la senescencia empiezan alrededor de los 40 años. "La etapa preclínica que es la preventiva de los padecimientos, corresponde de los 60 en adelante en la que ya existe la presencia de padecimientos que se hubieran evitado o controlado con una buena atención médica".⁽⁸⁾

Los prejuicios: Conseguir y administrar instrumentos terapéuticos requiere de una preparación científica y humanística que supera por bastante trecho los programas de la medicina actual. Por otra parte, varios críticos han señalado en diversas ocasiones que la formación tradicional de los facultativos de la medicina contiene una cantidad de actitudes que son directamente contrarias a las que hacen falta para tratar al paciente mayor de 65 años.

Un informe técnico de la Organización Mundial de la Salud, titulado Psicogeriatría, que recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas, recomendaba la introducción de modificaciones en

(7) O.M.S. Problemas de Salud Mental del Envejecimiento y de la Vejez, Edit. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1972.

los planes de estudio de las escuelas de medicina y de enfermería, "...para rectificar los conceptos estrechos, tradicionales y anticuados de la práctica médica que, al excluir la medicina geriátrica y la psiquiatría, en tanto que temas de importancia vital para el médico joven, hacen que el enfermo geriátrico no reciba en los hospitales la misma atención que otros pacientes". (9)

Las deficiencias que es posible detectar en la atención médica de los ancianos son muchas y variadas. Por un lado, desde el primer contacto con el médico individual, se observa la tendencia a tratar de encuadrar los padecimientos del enfermo dentro de los lineamientos de los pacientes adultos generales. Por los razonamientos expuestos con anterioridad, es fácil comprender porqué este enfoque resulta erróneo; la peculiar combinación de males somáticos, complicados y a la vez retroalimentados por factores emocionales, hacen del paciente geriátrico un tipo bastante especial, que requiere cuidados diferentes para su tratamiento.

Además diversos expertos critican la jerarquía aparentemente inferior que se otorga a los males de la vejez dentro de los programas de enseñanza universitarios.

El mismo informe de la Organización Mundial de la Salud dice en uno de sus párrafos: "Es por lo tanto muy conveniente que, en el plano médico, el grado de prioridad concedido a los ancianos no sea muy inferior al de otros sectores de la población.

Algunos pacientes de edad avanzada debieran admitirse en hospitales generales para que los estudiantes, especialmente de medicina y enfermería, se familiaricen con las enfermedades de la vejez. De ser posible debiera reservarse con ese fin un número reducido de camas para geriatría en los centros docentes". (10)

Esto viene a subrayar otra de las dificultades más serias para el anciano que busca atención médica: Los hospitales por regla general, no tienen instalaciones especiales para él y suelen tratarlo como un paciente más. Esto no reviste tanta importancia cuando el enfermo tiene medios materiales relativamente abundantes y puede permitirse habitación privada y quizá una enfermera especial. Pero es mucho más difícil y segregada la situación del enfermo anciano que debe ocupar una cama

en una sala general. Este problema hospitalario tenderá a agudizarse con el transcurso de los años, debido al ya mencionado incremento de la población mayor de 65 años como consecuencia de los planes de control demográfico y los adelantos de la medicina que asegura una mayor longevidad.

"La vejez entre los antiguos mexicanos era doblemente valiosa, primero porque llegar a una edad avanzada significaba sobrevivir a la guerra y a la enfermedad; en segundo, porque les otorgaba un papel importante en la vida familiar y política, una vida apacible y colmada de honores. Además, la vejez adquiría un sentido de explicación religiosa, por la que los aztecas aprovechaban una única oportunidad en su vida de confesarse por alguna falta secreta, por ejemplo: el adulterio, que podían usar desde su juventud pero que preferían aprovechar en sus últimos años. Y los ancianos podían gozar de consideraciones, sólo ellos podían beber pulque hasta embriagarse".⁽¹¹⁾ En cambio, en nuestra época no existe un equilibrio social en las diferentes etapas biológicas del hombre. Se desvaloriza a una mayoría marginada que cada día va en aumento, se le restan oportunidades. Se amplían sus años de vida pero se restringen los campos de actividad social; sus años se prolongan pero sus problemas propios de la vejez se complican: viven más pero sufren más la derrota y la incomunicación, lo que los lleva a enfrentarse al ocio, cómo ocupar los prolongados períodos de tiempo libre en el que los días y las horas se extienden interminablemente en su experiencia. Algunos ancianos por tal razón poco a poco se van hundiendo, por el decaimiento de sus facultades, en estados depresivos que los acercan a la muerte.

Las formas de ocupación del tiempo libre presentan muchas variantes en el contexto mexicano; la mayoría integrada a un sistema familiar, encuentra en los quehaceres domésticos algunas funciones menores que pueden efectuar y que van desde el cuidado de los nietos hasta ciertas labores en las que principalmente las mujeres se ocupan.

En México existen muy pocos clubes con el fin deliberado de agrupar solamente ancianos, cuyo tiempo transcurre de modo diferente al resto de la población, por ejemplo: "El Club de los Cincuentas" en el

(11)

Wolterech, Heinz. La Vejez. Segunda Vida del Hombre. p. 115. F. O. F.

Estado de Sonora, al que ingresan aquellos que hayan pasado los cincuenta años de edad. Sin embargo, para las personas que tienen una posición económica que los respalde, de hecho encuentran en asociaciones como el "Club de Rotarios" o el "Club de Leones", grupos de identificación de edad con los que se reúnen a hacer convivios, fiestas y salidas con una regularidad periódica. Pero este tipo de servicio no es accesible, ni está al alcance de una mayoría de ancianos, como tampoco lo es la costumbre generalizada en las clases media y alta, que dedican sus horas de ocio a los juegos de azar en reuniones que aprovechan para platicar y beber, si la salud lo permite. Es un entretenimiento bastante frecuente entre los ancianos que pueden subsistir económicamente, sea porque supervisan solamente la administración de sus bienes, porque han delegado en otras personas esta obligación o porque sus parientes les proporcionan los medios para satisfacer sus deseos. Un caso típico de estas reuniones de placer y alegría entre los ancianos puede encontrarse en las ciudades de provincia en auge económico, por ejemplo en la ciudad fronteriza de Tapachula, Chis., por lo menos una vez a la semana se reúnen hasta la madrugada, jugando y apostando, sin invitar a personas de otras edades, salvo si tienen recursos para entrar al juego. En las urbes que son el centro de concentración de muchos hombres con influencia económica, los grupos de jugadores de baraja, dominó y ajedrez son más frecuentes y su composición más heterogénea, pero igual de persistente ya que no pueden dejar de reunirse los días que de antemano han establecido. Los ancianos que quieren continuar cultivando afinidades intelectuales, políticas, artísticas o de negocios, suelen reunirse en cafeterías o en parques para conversar, leerse mutuamente algunos artículos, párrafos de libros o comentar sus obras. Ejemplos: "La Parroquia" del puerto jarochó, el café "La Habana" en Bucareli, el "San José" en Ayuntamiento y Revillagigedo, o en los portales de Morelia, donde los ancianos se unen por una identificación intelectual o por una afición común: el deporte, pero estos grupos son casi exclusivos para los hombres; las mujeres se reúnen más con sus parientes. En la zona sur de la capital el centro de la Delegación aún conserva un ambiente pueblerino que contrasta con las residencias lujosas que le rodean y con los hospita-

les, conventos y asilos. Los ancianos que pudieron llegar a acumular capital que les permite vivir de sus rentas, buscan en sus horas libres la cercanía a los templos para servir voluntariamente en algún cargo menor en los oficios, contribuyendo con sumas modestas a su sostenimiento. Otros, ya sin energías y demasiado envejecidos, viviendo con sus familias, a menudo salen a los estrechos balcones para observar el paso de los transeúntes y de los automóviles. En las zonas de Polanco, Anzures, Tecamachalco y Roma, también los ancianos, principalmente judíos que ya no tienen por qué trabajar, se vuelven asiduos jugadores, se dedican al estudio religioso al que destinan largo tiempo en las sinagogas; el parque México por las mañanas tiene una buena cantidad de paseantes ancianos. En el parque más extenso de la capital: Chapultepec, suelen verse desde mitad de la mañana, ancianos que van a ejercitar ligeramente el cuerpo, caminando lapsos comprendidos de los veinte a los cuarenta minutos. Algunos leen en las bancas bajo la sombra de los árboles y otros a la orilla del lago juegan ajedrez.

Ahí es posible presenciar el contraste social de los ancianos paseantes que durante los días hábiles de la semana pasean por el parque. Están los que llegan en automóvil con una persona asignada para darle auxilio, el pensionado que llega a leer su periódico, los que no tienen otra cosa que hacer que buscar tranquilidad y silencio. Unos llegan caminando, otros empujados sobre sus sillas de ruedas, sin embargo no son la mayoría de los paseantes del bosque, ya que concurren jóvenes, niños y señoras. A menos que sean conocidos, los ancianos pocas veces llegan a formar grupos de plática entre sí, más bien se encuentran diseminados en distintos lugares de Chapultepec; sólo en las mesas de juego es lugar apropiado para reunirse entre ellos y con hombres más jóvenes.

Por lo menos en las escuelas normales superiores y en las carreras humanísticas de Instituciones Públicas, dos de cada sesenta alumnos son: o pensionados que quieren aprovechar el tiempo en el estudio, o señoras que libres del compromiso de sus hijos y con posibilidades de tiempo y dinero también se dedican a estudiar.

El total de la población en México en el año de 1975 fue de 60,145,258 en tanto que el total de personas que sobrepasan los 65 años fue de 2,709,238 ó sea un 4%; México está muy lejos todavía de los porcentajes que alcanzan los países altamente industrializados y desarrollados, donde los ancianos llegan a ocupar el 13% de la población en Francia, Estados Unidos y Suecia. Sin embargo, cada una de las bases de la pirámide de la población tiende a crecer, dando más posibilidades de vida a los grupos de edades donde más defunciones existen: los infantes menores de cuatro años y los ancianos.

Son las mujeres en México las que llegan a una edad avanzada en mayor número que los hombres, debido a que es principalmente el hombre el que tiene que rendir más en el mercado del trabajo, por tanto más expuesto a accidentes, frustraciones y fracasos que tienden a acortar su existencia; los hombres suman un total de 975,093 (4%) y las mujeres 1,095,767 (53%) mayores de 65 años. De un total de defunciones en la República de 458,323 en 1970, los individuos mayores de 65 años significaban un 23.7% del total de muertes, o sea 108,592. La clasificación por sexo es: hombres mueren 52,454 y mujeres 56,137. Sin embargo, es en las grandes concentraciones urbanas donde se encuentran proporcionalmente más ancianos, por ejemplo en la ciudad de México el 39.6% son mayores de 65 años; quiere decir que las oportunidades de trabajo han concentrado en las ciudades una población senil, que simultáneamente a la atracción de la ciudad ve reducidas sus posibilidades de vida, puesto que es en la ciudad donde existe mayor mortalidad de individuos provecos.

Si se toman en cuenta los factores que determinan la poca población senil en los países subdesarrollados, como el índice de mortalidad infantil muy elevado, la subalimentación, la insuficiencia de la atención médica, puede contrastarse con los grupos de extranjeros retirados que vienen a poblar algunos lugares del país, como por ejemplo: el puerto de Acapulco, cuando no es tiempo de vacaciones, se encuentra lleno de extranjeros ancianos en busca de descanso. Otras poblaciones han aumentado a causa de los nuevos residentes, principalmente ancianos.

nos norteamericanos o canadienses que vienen en busca de lugares paradisiacos, tranquilos, propicios para inversiones pequeñas, como en Ajiji a las orillas del Lago de Chapala, San Miguel Allende, los balnearios y aguas termales de Morelos, Michoacán y Guanajuato; estos ancianos tienen buenos recursos para atenderse adecuadamente con distintos servicios, ya sea médicos, alimenticios, deportivos, juegos y hobbies.

Sin embargo, es en el campo donde se encuentran los ancianos más empobrecidos del país, donde todavía ejecutan sus faenas, incluso las más pesadas, como en San Cristobal las Casas -llegan prematuramente a la senilidad- cargan bultos sobre sus espaldas para transportarlos al mercado; en las rancherías de los alrededores continúan su rutina: aran, siembran, pizcan, acarrean. En otros pueblos enclavados en la sierra de Guerrero, Oaxaca y Michoacán, debido a que las tierras se han empobrecido, los jóvenes emigran en busca de fuentes de trabajo, abandonando los poblados de ancianos, que en su mayoría no saben hacer otra cosa que el trabajo del campo, sin recursos tecnificados, son analfabetas y en algunos casos no conocen el español. Por ejemplo, en el pueblo de Ocumuchu, Mich., sus habitantes agricultores tuvieron que aprender a realizar apenas hace dos o tres décadas la cerámica fantástica que elaboran. Esta labor fue emprendida por hombres ancianos y maduros puesto que anteriormente no efectuaban este trabajo como una tradición.

La ciudad de México en el último mes del año, se encuentra con una nueva remesa de pobladores, que con el objeto de visitar a la Virgen de Guadalupe, concurren en peregrinaciones inmensas, que dejan una buena cantidad de personas indigentes, sin otro oficio que el del campo y que, en la ciudad no encuentran los medios oportunos para conseguir un empleo, por lo que se dedican a la mendicidad. Los ancianos lo ven como su último recurso para sobrevivir. Se dispersan por lo general en la zona norte de la ciudad y duermen en las calles o en el atrio de la Basílica. En el dormitorio público de Salubridad ubicado en Vértiz No.16, es posible enterarse de las costumbres de

los mendigos -hay bastantes ancianos en una población flotante- que han constituido una mafia diminuta, donde se reconocen los oficios - del submundo en el que viven. Cabe señalar que es un grupo muy reducido el de los mendigos que piden a las afueras de las iglesias o en las calles y que no es comparable con el número de los que viven en el círculo familiar, tampoco el alcoholismo llega a ser escandaloso, ya que sólo uno de cada 22 ancianos es alcohólico y ninguno pasa de los 70 años.

Un lugar donde es posible encontrar ancianos trabajando y que se ha vuelto característico para el público, son las ancianas que trabajan en el "Café Tacuba" de la ciudad de México.

En el Ejido de Espinalillo, en la Costa Grande de Guerrero, los ancianos son la vía de transmisión de las leyendas populares y orales.

En Amecameca, Estado de México, existe un grupo de ancianos mayores de los 100 años.

2.2 El número de pacientes geriátricos en estos hospitales.

"El número de los pacientes que acuden a estos hospitales es elevado, aproximadamente el 60% de la población derechohabiente".⁽¹²⁾ El sistema que se sigue en las clínicas es lento, porque las citas para el especialista son programadas y esto lleva tiempo; por lo que el paciente o el familiar de éste, deciden ir al hospital, en donde el médico lo valora y si el padecimiento lo requiere se le practican estudios de laboratorio, radiológicos y es valorado por el especialista o los especialistas, ya que en los pacientes geriátricos es común que presenten diversos achaques propios de su edad, pero que en un momento dado puede ser una urgencia verdadera y no es posible esperar hasta que en su clínica le den la cita. Estos enfermos que son internados porque el médico valora como urgencia médica, al egresar del hospital se les indica que deben acudir a su clínica,, a la consulta externa del hospital o pedir extensión domiciliaria. Por lo regular a los enfermos que se les pide que acudan a su clínica, no lo hacen,

(12) ISSSTE. Anuario Estadístico, México, 1976.

precisamente porque el médico que les asignan, es un médico general - que los atiborra de medicamentos para que no regresen en meses; es por esto que estos pacientes regresan de nuevo al hospital con su padeci - miento más avanzado, que muchas veces les causa la muerte.

2.2.1 Problemática Familiar.

"El estado civil de las 3,200,000 personas mayores de 65 años es:

1,603,531	Matrimonios
652,831	Viudos
396,219	Solteros
335,770	Unión libre
28,381	Divorciados
183,268	Separados" (13)

Estos índices dan la idea de que la mayoría de los individuos ancianos no viven solos, ya sea porque conservan su lugar como jefes de familia cuando todavía existe el vínculo conyugal o bien porque se integran a otras familias de parientes -los hijos principalmente- en el caso de - quedar viudos, divorciados o separados. Realmente es un porcentaje muy pequeño el de los ancianos que tienen que refugiarse en asilos. Los - motivos se originan de quedar completamente solos en los últimos años de su vida o porque han sido abandonados por sus familiares.

Sin embargo, tampoco el número de asilados en México proporciona una idea exacta de los abandonados en la vejez, puesto que tanto asilos - privados como públicos se encuentran saturados y son insuficientes. - Así que la mayoría de los ancianos viven enclavados en la estructura familiar, en donde es más perceptible encontrar los problemas, contra - dicciones y sufrimientos de los ancianos, ya que habiéndose desligado del medio social del trabajo se ven reducidos a la desocupación y a la soledad del círculo familiar, donde ya no son tomados en cuenta como - lo fueron cuando eran productivos y cooperaban al sostenimiento de la familia. Es decir, que en función de la inutilidad económica a la que están destinados permanecen desvalorizados, lo mismo sucede en la -

(13) IBID., pág. 31

dimensión espiritual del anciano, que pierde una autoridad que su experiencia le ha proporcionado -y a la que se siente con derecho- su voz pierde fuerza para orientar a la familia en los problemas económicos, psicológicos y afectivos.

2.2.2 Problemática Salud.

Si se quiere saber qué es lo que los ancianos hacen en sus momentos de desocupación: destinan buen tiempo a la atención de sus malestares. Los servicios médicos, tanto de clínica en consulta externa como los hospitalarios tienen como pacientes a niños de uno a diez años, en segundo lugar a los adultos de 45 a 60 años y en tercer lugar a los mayores de 60 años. Sin embargo, las enfermedades en los ancianos suelen ser de efectos más notorios como son las atrofias musculares, esclerosis de las articulaciones y embolias que producen hemiplejias. Los ancianos tienen menos energías para soportar las dolencias; la vista pierde su poder y la capacidad auditiva disminuye. Los enfermos del corazón se ven obligados a modificar por entero su vida; la artritis rumatoide, aunque no es una enfermedad de la vejez, tiene a edad avanzada su etapa más crítica porque ha evolucionado durante años. Así la imagen de los ancianos es bastante común que se identifique con los achaques que padecen. Contados son los ancianos que se conservan enteros de salud; unos tienen deformado su sistema de locomoción, a otros hay que hablarles a gritos, unos emplean silla de ruedas o los transportan en automóvil; usan lentes, están achacosos con el cambio de clima; en los restaurantes y en sus hogares tienen que prepararles alimentos especiales, ya que padecen continuamente de enteritis y otras enfermedades diarréicas. "Entre las cinco causas principales de defunción de personas mayores de 65 años, en México en 1974 se encontraron:

Enfermedades del corazón
Tumores malignos
Neumonías, influenza y otras infecciones respiratorias agudas
Enfermedades cerebrovasculares
Diabétes mellitus" (14)

(14) S.S.A. Estadísticas Vitales de los Estados Unidos Mexicanos.
México. 1976.

La esperanza de vida que tienen los mexicanos se calcula así:

Grupos de Edad	Años de Expectativa
65 - 69	15.4
70 - 74	12.2
75 - 79	9.8
80 en adelante	7.4

Habiendo causas principales de muerte entre los hombres de edad avanzada y habiendo enfermedades propias de sus años, es conveniente que se señalen algunas características de su estado de salud (rasgos externos físicos de enfermedad), ya que las enfermedades ocupan un lugar predominante en su vida diaria. Aunque es posible hallar ancianos con excelente salud y estado físico-mental, lo más común es verlos padecer diversos achaques. Es con las enfermedades donde los trastornos hacen ver que la vida de energía se reduce a un sobrevivir de la materia - dejando atrás las facultades espirituales del hombre, que sigue actuando pero que siente con la edad que cada acto que realiza ya no justifica su existencia.

2.2.3 Problemática Económica.

En la República Mexicana la principal ocupación para las personas de edad avanzada la proporcionan la agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza, industria de transformación, comercio y en la construcción, donde principalmente la población de ancianos es económicamente activa.

"En 1970 un total de 1,143,402 personas de todas las edades buscaban trabajo:

318,899	pertenecen al grupo de 40 años o mas
193,333	estaban ocupados pero tratando de conseguir un empleo mejor
11,901	hombres nunca habían trabajado
9,371	mujeres nunca habían trabajado
609,898	jóvenes "(15)

Como la educación es un factor que influye para la competencia en la solicitud de empleos, en las ciudades, mientras que los trabajos manuales del campo no lo requieren, aunque sea indispensable, es posible darse cuenta que el analfabetismo impide una igualdad de oportunidades en la sociedad a los hombres de edad avanzada que totalizan una mayoría de la población analfabeta, ya que en 1970 de la población mayor de 10 años, el 41% de los hombres y mujeres que no saben leer y escribir tenían una edad superior a los 40 años; de una población de 8,483,498 personas mayores de 40 años sólo 5,318,521 saben leer y escribir, mientras que 3,164,977 son analfabetas.

En México, la población económicamente activa en el año de 1970 fue de 12,955,057 personas de las cuales el 15.02% (1,692,511) son mayores de 55 años, siendo muy evidente la división de sexos para el trabajo remunerado, pues los hombres son seis veces más que las mujeres como población económicamente activa (1,447,500 hombres y 245,011 mujeres). Quiere decir que a pesar de que las mujeres constituyen un grupo más numeroso entre las personas de edad, han quedado separadas del trabajo, ya porque destinaron su vida al hogar o porque teniendo necesidad de trabajar a esos años, no tienen la preparación para cumplir los empleos, además de que el hombre adquiere mayores privilegios al momento de competir por un trabajo. Pero también la población económicamente activa femenina ha decrecido en relación a las mujeres que entonces trabajaban (403,698) mientras que la de los hombres sufrió un incremento, pues en 1960 eran 1,303,212 económicamente activos". (16)

Ahora bien, "en la ciudad de México en el año de 1976 el total de la población económicamente activa era de 4,262,000 de los cuales 340,000 (7.9%) son mayores de 55 años. El total de ocupados es de 3,992,000 y el (8.3%) 331,000 personas, son mayores de 55 años. En tanto que la población económicamente inactiva es de 3,945,000 de los cuales el (13.2%) 522,000 son mayores de 55 años". (17)

(16) S.S.A. Censo General de Población, México, 1970

(17) IBID., pág. 37

"Los trabajadores al servicio del Estado cuando están pensionados (un millón) pueden recibir una cuota diaria que va de los \$28.06 a los \$348.23, pero se establece un promedio de cuota diaria de \$85.30".⁽¹⁸⁾

"La población amparada es de 2,803,557 de los cuales 331,808 son mayores de 60 años y de ellos sólo 60,939 son trabajadores y los demás están amparados por ser familiares envejecidos. En total de 5,574 pensionados en el año de 1974: 2,700 son por concepto de jubilación y 1,225 por vejez. En tanto que en 1976 en el Seguro Social de un total de 10,392.664 afiliados: 334,439 son pensionados directos, incluyendo pensiones por accidentes de trabajo, jubilación y edad avanzada".⁽¹⁹⁾

El seguro para los trabajadores ha venido a proporcionar ayuda principalmente en lo que se refiere a asistencia médica para los ancianos que no teniendo derecho a un seguro, se dedicaron a una actividad profesional que han dejado; el desempleo los alcanzó antes de llegar a jubilarse; desempeñaron durante su vida un oficio independiente; nunca trabajaron y han conseguido como familiares de un trabajador - generalmente un hijo - el derecho a obtener como padres o como cónyuges, los servicios del asegurado.

2.2.4 Problemática Social:

Solo cuando la situación del anciano es de completo abandono, es cuando recurre a la casa hogar, porque la familia dió origen a un disgusto y una posterior ruptura, o bien porque ya no tiene parientes con quienes albergarse. En las clases medias los ancianos han llegado a ser propietarios y subsisten gracias a sus rentas o al producto de un negocio; los que no han podido adquirirlas se acomodan en las familias de sus hijos, a menudo provocando a su pesar, conflictos y perdiendo su independencia como personas improductivas que son. Las Instituciones Aseguradoras tienen muy pocos pensionados que residen en el exterior del país. Es decir, que los ancianos en México, se encuentran en diferentes situaciones, dependiendo de su posición económica tanto en la familia como en la sociedad, aunque hay excepciones en las que se rinde homenaje a los proyectos públicamente. Por un lado, la mayoría se sumerge en la ambivalencia del trabajo, por la que a su edad lo siente

(18) Congreso de la Unión. Ley del ISSSTE. México, 1977.

(19)

como una rutina fatigante y, simultáneamente, necesita una actividad que le haga tomar lugar en la sociedad; por otro lado, existe una minoría que disfruta del ocio haciendo nuevas amistades, fortaleciendo las antiguas, viajando, cultivando hobbies.

Si se tiene la idea de que la pobreza y la soledad de los ancianos sólo existen en los asilos o en los hospitales es falsa, dado que el ámbito social del anciano es el núcleo familiar y es allí donde predomina la pobreza y el abandono, y aún más notorio es en el campo; por ejemplo en cualquiera de las localidades de la Sierra del Nudo Mixteco los hombres acompañados de sus esposas abandonan el poblado para buscar trabajo en otro lugar, dejándolos a sus hijos con sus ancianos padres, quienes no emigran por temor a lo desconocido, quedando su subsistencia a merced del cultivo de sus tierras que generalmente son de temporal. El hijo ausente no envía dinero y la situación de empobrecimiento se generaliza en la comunidad entera por el mismo fenómeno.

En contraste con la ciudad, los ancianos viven incomunicados aún dentro del hogar y fuera de él no se localizan lugares de reunión e identificación como en la provincia donde los ancianos se reúnen para conversar, leer el periódico o tomar café bajo los portales o en la plaza. En la provincia los grupos de ancianos que disfrutan de estas reuniones son más numerosos en comparación y en proporción a los de la capital en donde hay pocos centros de reunión libres.

Es en la vejez donde encontramos los altos contrastes entre desocupación, retiros, pensiones y el afán por conservarse todavía en alguna actividad para la que se sienten aptos o de la que tienen necesidad. Por un lado un grupo bastante amplio de personas ancianas es económicamente activo y otro más numeroso es inactivo; muchos de ellos contribuyen al gasto doméstico, mientras otros necesitan de una colaboración externa, sobre todo cuando padecen enfermedades que les impiden realizar la mayor parte de los trabajos que anteriormente solían hacer, además de las dificultades que se originan cuando los hombres mayores de 40 años no encuentran colocación. Esto lleva a que

busquen realizar oficios no aprendidos, empleos en los que no surge espontáneamente la identificación con lo que se hace, incluso son trabajos por los que se llega a sentir algo de pena, como aquellos que fueron operarios y en su vejez tienen que consolarse como cuidadores de coches en la calle. Es por tanto en este segundo grupo donde se agudizan los problemas de las personas de edad avanzada ya que están marginadas para compartir el desarrollo social y familiar.

Si consideramos que las condiciones particulares de México hacen que se incrementen las migraciones y con este fenómeno se produzca un cuadro creciente de desintegración familiar, donde los candidatos al quedar marginados del grupo son precisamente los ancianos. La consecuencia de todo esto es que se va constituyendo un grupo humano que ve reducidas sus posibilidades de interactuar con su grupo y efectuar, por lo tanto, un aporte a la sociedad. La conciencia de esta limitación lo lleva a la pasividad y al aislamiento, o a la agresión contra el grupo que lo ha marginado. Por otra parte la progresiva industrialización y la hostilidad que el mundo industrial manifiesta hacia los mayores de 40 años, contribuyen a empeorar el panorama. En primer término, se encuentra la dificultad de encontrar empleo cuando ya se ha superado esa edad. Luego, es preciso tener en cuenta que una consecuencia de la industrialización es la contaminación progresiva del medio ambiente.

Por último, el acelerado proceso de cambio que impone la sociedad industrial sorprende al anciano en una etapa de su vida en que no está preparado ni dispuesto para adaptarse a situaciones desconocidas.

2.2.5 Problemática Psicológica:

A los ancianos las premuras económicas les dificultan su existencia ya que las enfermedades se presentan con mayores complicaciones a su organismo, que tiempo atrás inició su lógica degeneración, además que sus defensas inmunitarias están mermadas acarreando consigo trastornos psicológicos que afectan su conducta, su pensamiento y su sensibilidad. La habitación en las zonas urbanas, reducida a un mínimo de espacio, tiende a aceptar sólo dos generaciones: la del matrimonio y

la de los hijos. Así que los abuelos que son recogidos por algún familiar, a menudo tienen problemas simplemente por la cohabitación que trae cambios en el carácter del anciano, sobre todo del tipo de la neurosis simple que puede avanzar a la neurosis grave; muy pocos pueden quedarse en el núcleo familiar a disfrutar las relaciones con sus hijos y parientes, por lo general optan por el asilo o con algún conocido que está en la misma situación "que estorba". Ya con su "nueva familia" puede descansar o dedicarse a la actividad que más le guste.

Aunque no es la causa primordial de defunción entre los ancianos, el suicidio dentro del total de la población se observa que tiene una mayor incidencia entre los jóvenes de 20 a 25 años, luego le siguen los hombres mayores de 65 años, Los motivos provienen de la condición en que se encuentran, la cual se forma al quedarse socialmente desconectados de un ambiente de trabajo; llegan a la edad en que ven y sienten los efectos de la involución biológica, el decaimiento de las facultades físicas e intelectuales; la ruina económica que los amenaza, que finalmente les produce estados psíquicos de alteración. Otro de los motivos es la disminución de la actividad sexual hiriendo así la masculinidad, factor cultural determinante en la sociedad mexicana.

En otros casos, la soledad y la desesperación afectivas y las enfermedades incurables los impulsan a darse muerte. "En 1971 de un total de 837 suicidios, 117 lo hicieron personas mayores de 60 años, de los cuales 108 eran del sexo masculino, mientras que en 1972 de un total de 775 suicidios, 109 eran mayores de 60 años, de los cuales 104 eran del sexo masculino. Las constantes separaciones de su medio social a causa de estar expuestos a una continua hospitalización, traen a menudo como consecuencia complicaciones psicológicas, debidas al acostumbamiento de los familiares a un espacio, que con la llegada del anciano se les restringe en lo físico, y por su estado de salud, que requiere de cuidados, inhibe su libre comportamiento. Además, es frecuente que padezcan demencia senil, la pérdida de la memoria, la confusión de recuerdos, la fabulación con que inventan momentos inexistentes, trastornos que suelen ser objeto de sátira al

representar a personas de su edad. Por sus enfermedades se vuelven solitarios, a veces incapacitados, no pueden salir del hogar o del hospital". (20)

El Dr. Mayoral Pardo describe este proceso de la siguiente manera:

"Demos una ojeada a las perturbaciones neurológicas tan frecuentes en los ancianos, recordemos que la satisfacción y el pundonor que derivan de las actividades fructíferas son factores importantes en la vida. Postración y traumatismo psicosomático se advierten en el individuo que sufre la transición rápida del trabajo a la inactividad. El tedio, la ociosidad, la modificación de las rutinas implantadas por años, la ruptura de los contactos y relaciones sociales y la idea de que la persona se transforma de una célula productiva de la sociedad en un parásito que gravita sobre la familia y el conglomerado social, ocasionan grave desajuste a la personalidad. El sentimiento de inferioridad se acentúa a medida que las actividades son menos importantes y ese sentimiento de inutilidad acarrea a veces desastres irreparables. De aquí la tendencia saludable a la prolongación de la vida activa y la justificada preocupación de los gerontólogos por sumar vida a los años y no únicamente años a la vida". (21)

Como se podrá entender por lo anterior, la parte más difícil de tratar de todo el cuadro de síntomas propios de los ancianos es el área emocional y neurótica. No es posible negar que el panorama presenta también un contenido somático considerable, pero la importancia de éste se ve multiplicada, de manera desmesurada, por el factor psicológico. Es por ello que este aspecto debe recibir una atención especial: por un lado, porque constituye aparte de la sintomatología sobre la que hay menos antecedentes y menos guías firmes que garanticen resultados, por otro, porque es precisamente este grupo de síntomas el que puede sabotear de manera irreversible cualquier terapia que se instaure para tratar la parte puramente somática. Veamos los distintos componentes que pueden influir sobre un cuadro geriátrico: Es preciso tomar en cuenta que se va engendrando a partir

(20) S.S.A. Informe de la Coordinación de Protección Social. México, 1971

(21) O.M.S. Informe Técnico. Op. Cit. pág. 17

de los 65 años cierta disminución orgánica que induce una mayor fragilidad ante agresiones del medio ambiente. Una disminución de los procesos metabólicos da como resultado alteraciones de los hábitos alimenticios y por lo tanto, en los procesos digestivos. Esto, a su vez provoca cambios en el funcionamiento de algunas glándulas que, pueden reducir el ritmo de eliminación de sustancias tóxicas del organismo. Lo anterior no significa que se presente la enfermedad de manera clara y desembozada, pero sí un malestar inespecífico que muy fácilmente puede dar lugar a la preocupación, la angustia, la hipcondria y otros síntomas que integran un cuadro de neurosis. Si a esto se agrega una efectiva disminución de las fuerzas vitales, una menor resistencia al calor y al frío y lo que es más grave, una declinación sexual, se podrá comprender fácilmente la extrema delicadeza y complejidad de la situación que tiene que enfrentar un médico dedicado a la atención de ancianos.

"Retrag y colaboradores han predicho que para el año 2,000, el 87% de los pacientes encamados en los hospitales y el 30.2% de toda la población tendrá más de 65 años, problema muy grave cuando se tiene en cuenta que nuestra sociedad va prácticamente eliminando o segregando al individuo desde los 40 años, cuando apenas empieza a dar fruto de sus años de preparación, experiencia y madurez intelectual. Actualmente se menosprecia la sabiduría y experiencia de las personas mayores. Los griegos en su época de oro enaltecían y respetaban a los provecos.

El Dr. Payno sostiene la posibilidad de aprovechar las capacidades creativas de los ancianos, pero advierte que en la actualidad, estas personas no se encuentran en condiciones ideales para desarrollar un trabajo fructífero dice: Es indispensable preparar psicológicamente a las personas provecas y a sus familiares, para la vejez, para el retiro, así como preparar actividades adecuadas a sus condiciones psicósomáticas, que ayudarán a resolver su situación financiera para que no sea una carga a sus familiares y al Estado, hay todo un proceso de condiciones económicas, educativas y sociales que son nece -

sarias para resolver la problemática que constituye la falta de atención a este núcleo de personas. Nadie debe dejar el trabajo prematuramente, en bien propio y de la sociedad, ya que la inactividad acelera el envejecimiento, es aconsejable una buena preparación psíquica para el retiro de actividades a la jubilación: esta preparación debe empezar 10 años antes de que tenga lugar el retiro".⁽²²⁾

Los factores enunciados parecen estar indicando una renuencia de la ciencia médica a crear los procedimientos necesarios para el tratamiento de un grupo de pacientes que promete crecer cada vez más; -- según un importante grupo de estudiosos y analistas del problema, se refieren más bien a la coordinación de ciencias y disciplinas ya existentes de acuerdo con las necesidades. El grupo humano predominante sigue siendo el de los jóvenes y niños, pero el futuro traerá, y en breve plazo, un aumento sensible en el número de ancianos y con él una demanda insaciable de servicios geriátricos. Por lo tanto, la medicina debe estar preparada al desafío.

(22) IBID., pág. 17

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

3.1 Justificación

3.2 Universo de trabajo

3.3 Elaboración de la encuesta

3.4 Interpretación de los datos

3.5 Resultados obtenidos

3.6 Conclusiones

III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

3.1 Justificación.

Se aplicó una encuesta para comprobar que el rechazo que sufren los ancianos, es consecuencia de que tienen que depender de terceras personas debido a su estado de salud, originado por desequilibrio económico, mala vivienda, aislamiento social, etc., factores sociales adversos que pueden hacer que un anciano se sienta enfermo inclusive en ausencia de enfermedad orgánica.

3.2 Universo de trabajo.

La investigación se llevó a cabo con pacientes de 65 a 90 años, que se presentaron en las áreas de consulta externa, hospitalización y urgencias de los hospitales "20 de Noviembre" y "Fernando Quiroz Gutiérrez"; Sanatorios Subrogados México y Cedros y en el Multifamiliar "Presidente Miguel Alemán".

3.3 Elaboración de la encuesta.

Cuestionario que se aplicó a pacientes jubilados del "Centro Urbano Presidente Miguel Alemán".

Caso Núm.: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Secretaría: _____ Ocupación: _____

Domicilio permanente: _____

Domicilio eventual: _____

Teléfono: _____ Motivo del estudio: _____

Dinámica familiar: _____

Grupo familiar: _____

Quién cobra su pensión: _____

Porqué: _____

Quién lo cuida: _____

Quién le prepara sus alimentos: _____

Quién lo acompaña cuando sale a la calle: _____

Porqué vive solo: _____

Quién le compra su despensa: _____

A nombre de quién está el departamento: _____

Qué diversiones tiene: _____

Quién lo visita: _____

Puede subir a los autobuses: _____

Puede cruzar la calle: _____

A donde acude cuando se siente enfermo: _____

Qué opina si pasa el médico a visitarlo: _____

Cuando necesita inyectarse a dónde acude: _____

Cada cuándo va a la clínica: _____

Le gusta reunirse con sus compañeros jubilados: _____

Tiene relaciones sociales con sus vecinos: _____

Resumen diagnóstico: _____

Conclusiones: _____

Sugerencias: _____

Cuestionario aplicado a pacientes (o a familiares) que fueron trasladados a Sanatorios Subrogados

Caso Núm.: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Acompañante: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Derechohabiente o trabajador: _____

Secretaría: _____ Ocupación: _____

Ingreso a urgencias por: _____

Diagnóstico: _____

Grupo familiar: _____

Antecedentes: económicos, patológicos, sociales, escolares: _____

Habitación _____ Alimentación: _____

Subrogado: _____ Motivo de la subrogación: _____

Diagnóstico social: _____

Plan: _____

Tratamiento: _____

Cuestionario aplicado a pacientes atendidos en los servicios de urgencias y medicina interna.

Caso Núm.: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Secretaría: _____

Adscripción: _____

Domicilio permanente: _____

Domicilio eventual: _____

Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____

Servicio: _____ Cama: _____ Ingreso: _____

Exp. Clínica: _____ Exp.C.H.: _____ Egreso: _____

Motivo del estudio: _____

Dinámica familiar: _____

Ingresos y egresos mensuales: _____

Aspecto social: _____

Problema de rechazo: _____

Resumen diagnóstico: _____

Plan social: _____

3.4 Interpretación de los datos.

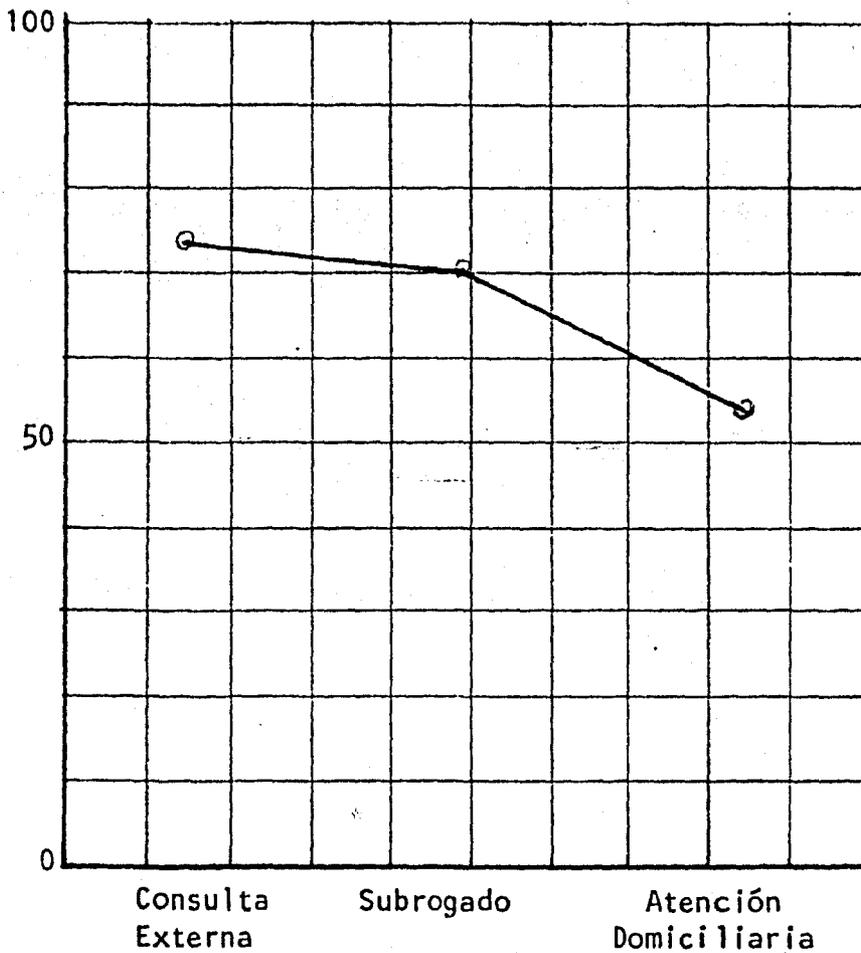
1. De acuerdo con la cédula de investigación aplicada, el 38% de los pacientes egresados del hospital son pacientes crónicos que no deben permanecer en él sino en su domicilio, en donde su familia puede atenderlos siguiendo las instrucciones del médico de la consulta externa o de atención domiciliaria quien los visitará periódicamente. Aún cuando al principio el familiar del paciente llega con la idea de que éste quede internado, mediante el diálogo se logra que el familiar respete la valoración del médico y la decisión del paciente, quien lo que menos desea es hospitalizarse. Si el paciente es internado, al egresar seguirá tratamiento en su clínica, en la consulta externa del hospital o el médico de atención domiciliaria pasará a visitarlo; hemos comprobado que esta atención médica que se da al paciente, no logra los objetivos que se propone, ya que en muchos casos éste queda olvidado en su propio domicilio, porque el familiar tiene que trabajar y únicamente lo atiende por las noches, o porque lo rechaza abiertamente. En cuanto al médico, se presenta cada mes y únicamente ve al paciente de lejos, no se molesta en tomar signos; si es un médico-maestro lleva a sus alumnos para tomarles la clase durante su recorrido, sin consideración para el paciente quien en ocasiones tiene que soportar bromas de mal gusto.
2. Los pacientes que no ameritan estar hospitalizados porque su padecimiento está en fase terminal, suman el 35%, quienes deben tener atención médica y de enfermería por eso se les envía a Sanatorios Subrogados del Sistema ISSSTE. Aquí también se encuentran pacientes que sin estar graves, sus familiares han logrado que se les interne, porque no pueden hacerse cargo de ellos.
3. El 27% de los pacientes que son valorados para internarse, pasar a su clínica o acudir a la consulta externa del hospital y que por lo general siguen el tratamiento indicado por el médico, son pacientes que cuidan su estado de salud para no tener que depender de terceras personas o sufrir el rechazo de su familia.

(Gráfica No. 1)

Gráfica No. 1

Pacientes egresados del Hospital que son atendidos en la consulta externa, Sanatorios Subrogados o en su domicilio por ser pacientes crónicos (de agosto de 1977 a agosto de 1978).

No. pacientes



Pacientes atendidos en la consulta externa que viven en familia, solos o en sanatorios subrogados.

1. El 42% de los pacientes proyectos viven en familia, con una hija casada o viuda. Existe una noción falsa de que es ideal para el padre anciano vivir con sus hijos casados; en esta situación el anciano pierde su autoridad porque está en una casa que no le pertenece o que ha dejado de pertenecerle; se siente fuera de lugar ya que se le pide hacer cosas a las que no está acostumbrado como ir al mercado, atender la cocina, vigilar a los niños o en caso contrario se le impide tener una vida activa que le hace depender de otras personas: lo aíslan tanto que queda abandonado, a merced de sus recuerdos y lo único que desea es morir para no dar molestias. Pocos ancianos están integrados a su hogar, de tal forma que se ocupan de las compras de la casa, acompañan a sus nietos, se reúnen con sus amigos, se dedican a pintar, escribir, o trabajan por su cuenta; cuando enferman acuden a su médico particular y si su padecimiento requiere hospitalización van al ISSSTE donde si se considera necesario se internan y sino se les indica que deben presentarse en su clínica de adscripción para su control.
2. Es un 29% de los pacientes que sufren rechazo familiar. La situación de esta población se agrava cuando la familia trayendo al paciente pretende su internamiento sin antes conocer la valoración del médico, quien decide si se interna o nó; la familia piensa que el internamiento es la solución al problema familiar al no poder atenderlo en la casa. Si el paciente se interna, al egresar del hospital se presenta de nuevo el problema de rechazo, ya que la familia se niega a hacerse cargo de él porque "trabajan todo el día", "no tienen los conocimientos de enfermería que son necesarios para atenderlo", "no puede atenderlo porque está enfermo"; ante esta situación el médico, presionado por la familia, ordena que el paciente sea trasladado a un sanatorio subrogado, donde quedará más abandonado.
3. Es el 15% de pacientes que viven solos teniendo familia, ya sea porque no los aceptan en su círculo social o porque no les tienen afecto, si el paciente enferma de cuidado es trasladado al hospital, al dársele de alta se localiza al familiar para que se haga cargo de él; el familiar promete vigilar el tratamiento del paciente, pero ya fuera del hospital

el paciente vuelve a quedar solo en su domicilio.

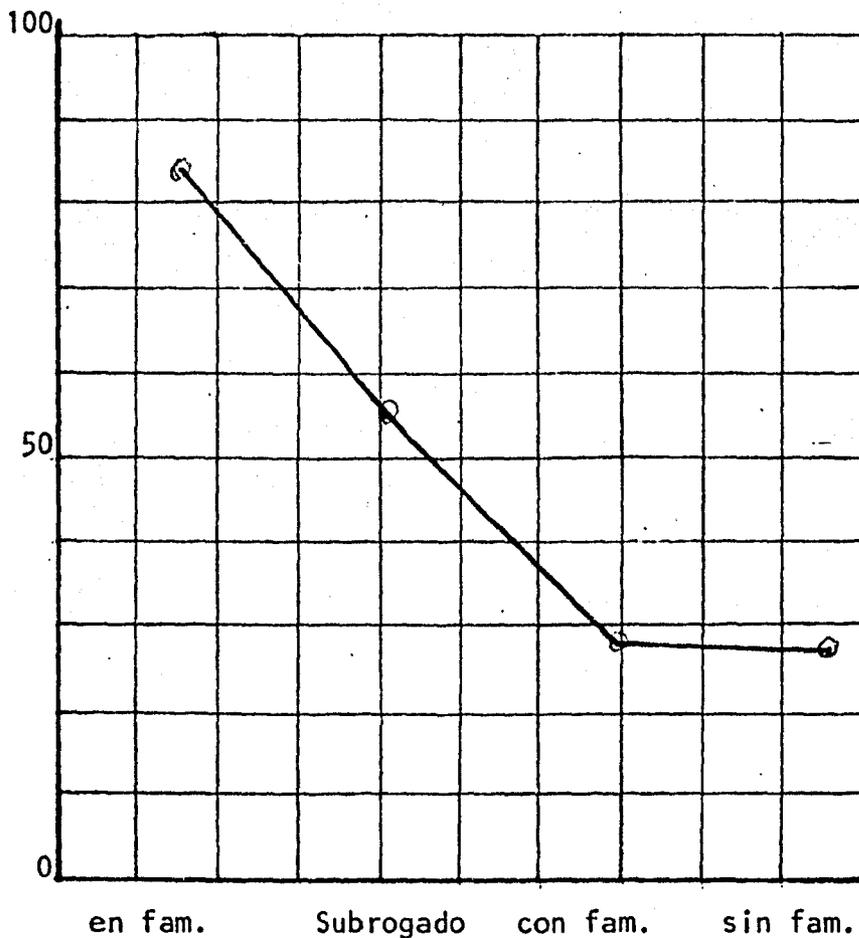
4. Suman el 14% los pacientes que viven solos porque han quedado sin familia y que dependen totalmente de los vecinos al enfermar. Es factor importante la situación socioeconómica y la buena salud, para tener deseos de relacionarse con amigos, vecinos o conocidos.

(Gráfica No. 2)

Gráfica No. 2

Pacientes atendidos de agosto de 1977 a agosto de 1978, en la consulta externa; que viven en familia; Subrogados; solos (con familia o sin familia).

No. de pacientes



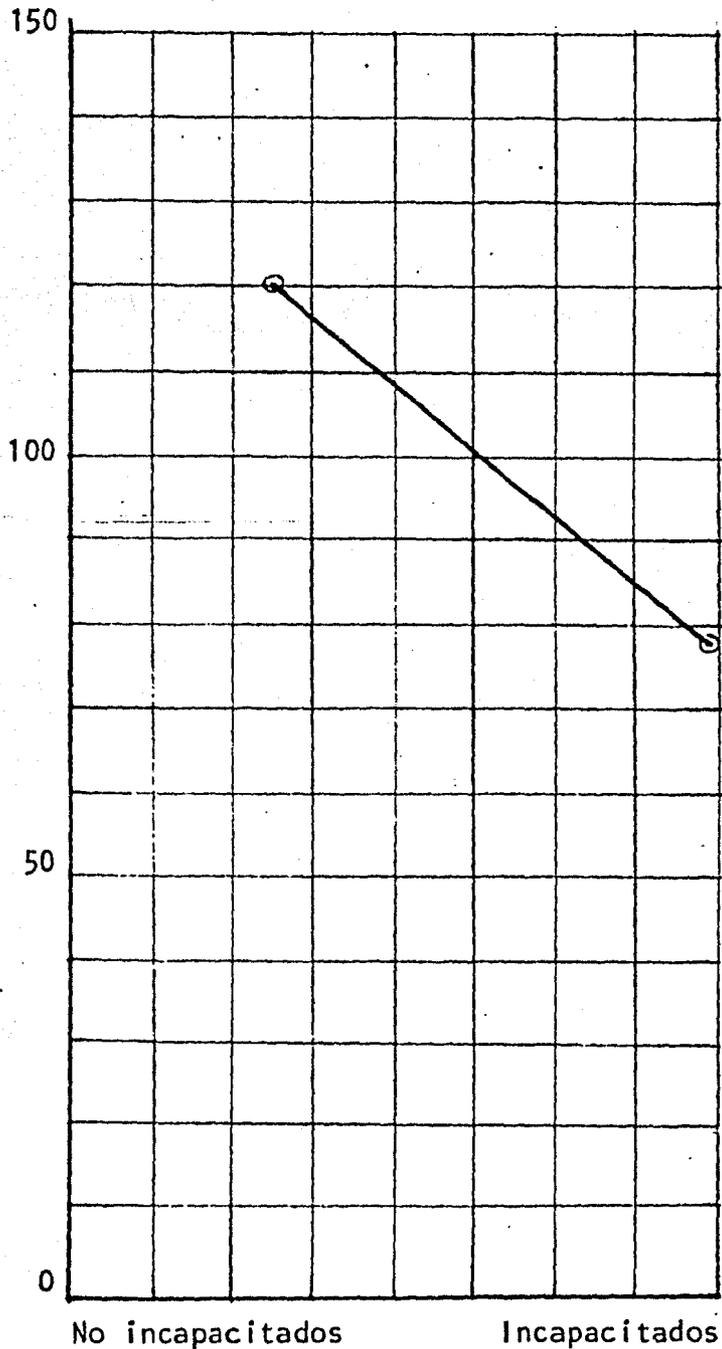
Pacientes incapacitados o no incapacitados que solicitaron servicio médico de urgencia.

1. El 61% de los pacientes no incapacitados se valen por sí mismos o con la ayuda de bastón, silla, muletas, etc., generalmente acuden al servicio de urgencias porque a su clínica no les gusta asistir ya que el médico se enfada de verlos con frecuencia por ésta.
2. Los pacientes incapacitados que suman el 39% dependen totalmente de terceras personas, sufren enfermedades crónicas que no ameritan internamiento por lo que se les da la urgencia y se canalizan al servicio de atención domiciliaria para que el médico los visite periódicamente. Este servicio parece que no es muy efectivo, ya que no siempre se tiene la colaboración de los familiares para seguir las indicaciones del médico; en las entrevistas domiciliarias se comprobó: a) el médico no logra ver al enfermo porque lo dejan encerrado en su domicilio ya que su familiar trabaja todo el día. b) si el médico logra ver al paciente se encuentra con que los medicamentos están intactos en el buró, porque no hay quien atienda al enfermo, o en el caso contrario, el médico se molesta porque el familiar o el vecino le avisan que el paciente está grave que pase a verlo, al llegar al domicilio, el paciente tiene que sufrir el malhumor del médico que en ocasiones ni medicinas le deja.
(Gráfica No. 3)

Gráfica No. 3

Pacientes incapacitados y no incapacitados que solicitaron servicio médico de urgencia (de agosto de 1977 a agosto de 1978).

No. de pacientes



Enfermedades múltiples en las que el paciente requiere cuidados médicos durante meses o años.

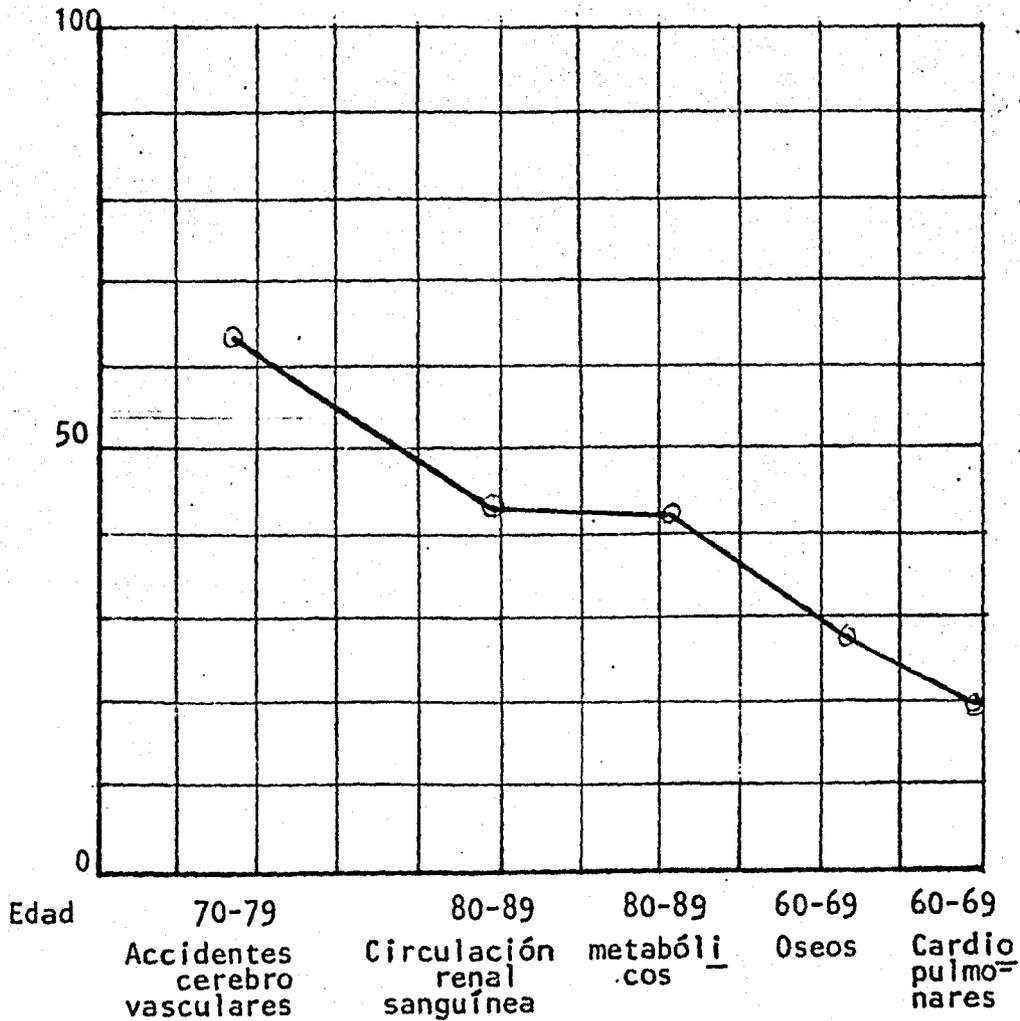
1. La enfermedad cardiovascular, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares vienen a dar un 32%, situándose éstas como las tres causas más importantes de morbilidad y mortalidad entre la población con edad superior a los 65 años. Las estadísticas muestran que aunque el padecimiento que origina alteraciones circulatorias en el encéfalo comienza relativamente temprano en la vida, alcanza su cima entre los 50 y 70 años de edad. En vista del envejecimiento general de nuestra población, los médicos geriátras tendrán que enfrentarse a un mayor número de enfermos de estos padecimientos.
2. El 22% de los pacientes entre 70-80 años, sufren cambios estructurales en el riñón, esto conduce a la disminución en la tercera parte del número de nefronas funcionantes provocando que la circulación renal sanguínea efectiva disminuya.
3. El proceso de envejecimiento del organismo es debido esencialmente a cambios del metabolismo (21%) relacionados con la edad.
4. La disminución de la masa ósea conduce al aumento de la fragilidad del hueso y, por lo tanto a la producción de fracturas debidas a traumas menores. Es de un 15% los traumatismos sufridos por los proyectos y los sitios de predilección son las muñecas, el cuello femoral, la parte alta del húmero y los cuerpos vertebrales.
5. La cardiopatía pulmonar (10%) es secundaria a las enfermedades del pulmón o de las arterias pulmonares. El enfisema, la fibrosis pulmonar, la silicosis y la cifoscoliosis son causas comunes del cor pulmonare crónico.

(Gráfica No. 4)

Gráfica No. 4

Enfermedades múltiples en las que el paciente requiere cuidados médicos durante meses o años.

No. de pacientes



Grupos de edades de 200 pacientes geriátricos (de agosto de 1977 a agosto de 1978)

La gráfica nos muestra que el promedio en edades se ha superado en comparación al que se tenía años atrás, ya que actualmente tenemos promedios de edades de: 70-79 años en un 47%, 31% de 60-69 años y 22% de 80-89 años.

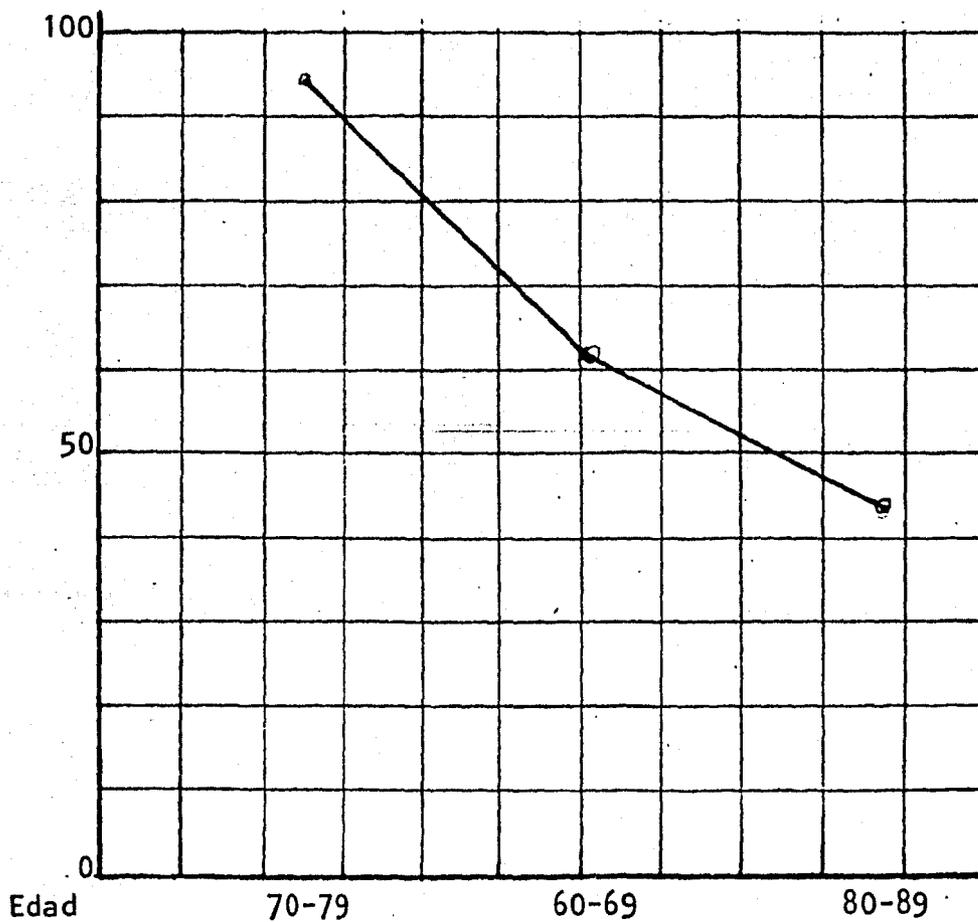
En la geriatría moderna es un hecho que la vida para el anciano - puede facilitarse a través de medidas sistemáticas preventivas y activadoras que podrán asegurar en el futuro la independencia - individual del anciano.

(Gráfica No. 5)

Gráfica No. 5

Grupos de edades de 200 pacientes geriátricos (de agosto de 1977 a agosto de 1978).

No. pacientes



Pacientes que se trasladaron a Sanatorios Subrogados (de agosto de 1977 a agosto de 1978).

El 49% de los proyectos que son trasladados a los Sanatorios Subrogados del ISSSTE, son pacientes en fase terminal rechazados por su familia en su mayoría, entre ellos se encuentran pacientes foráneos que son regresados a su lugar de origen para que permanezcan en su núcleo familiar llegado el momento del desenlace. En estos Sanatorios no hay médico adscrito, por lo que si aparece alguna complicación en el paciente, inherente al propio padecimiento, éste es regresado al hospital, ya que en estos sanatorios la atención médica es mínima, casi como la que se les puede otorgar en su domicilio; porque no tienen personal médico y de enfermería suficiente para atenderlos.

Para lograr la reubicación de estos pacientes en el núcleo familiar es necesaria la orientación sobre el manejo de pacientes que aún con secuelas definitivas pueden librar las etapas agudas de su enfermedad, pero esto sólo se obtendrá si se concientiza al familiar de que en estos sanatorios el paciente está más olvidado que en su domicilio; además el familiar pierde más tiempo al irlo a visitar, tiempo que puede emplear en su domicilio atendiéndolo, haciéndole sentir que se le quiere.

Deberá preverse esta situación estimulando a los ancianos tanto en lo físico como en lo mental, nopropiciando la indolencia haciéndolos cada vez más dependientes. Para algunos ancianos la dependencia se convierte en una técnica de existencia, la búsqueda perenne de médicos constituyen las formas externas de solicitud de atención, lo cual tiene con frecuencia su origen en el tedio y en la mínima actividad mental que debe corregirse. Los ancianos frecuentemente sufren del complejo de estar fuera del radio de acción por falta de información y de oportunidades restringidas para el intercambio de impresiones, noticias, pero esto se debe a que se aíslan por cuenta propia o de su familia.

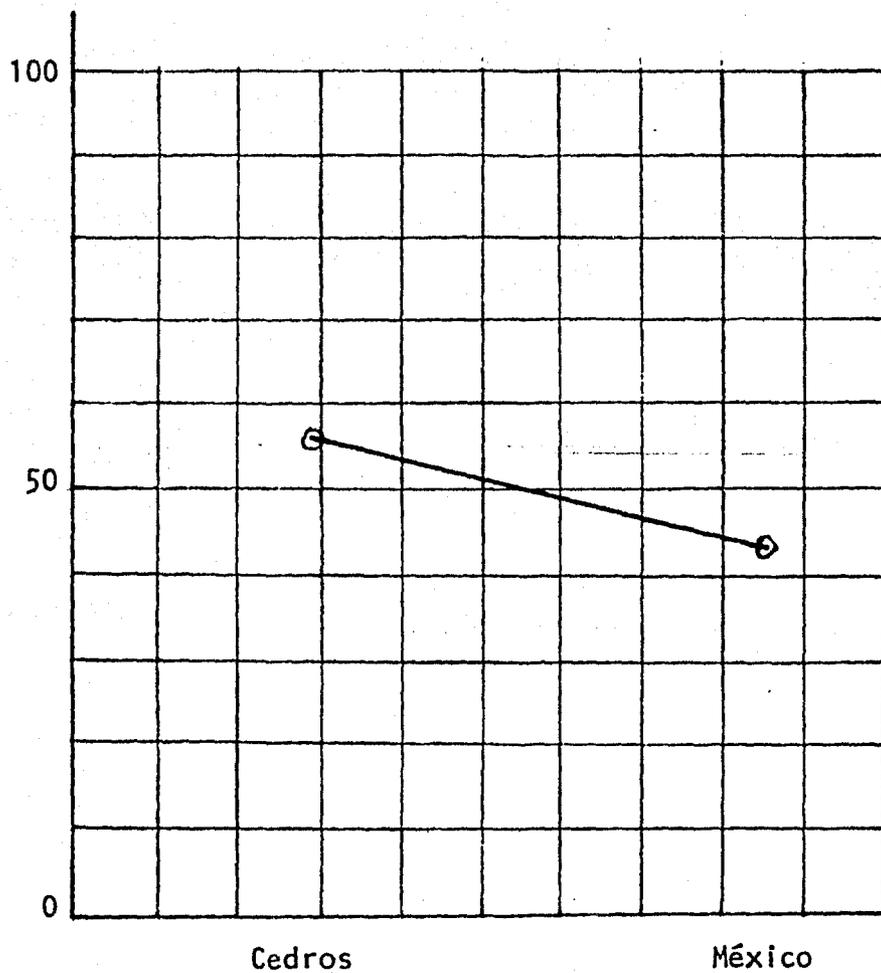
No resulta suficiente el mejorar el bienestar corporal del anciano a menos que se estimule y active la mente, sin esconderle la situación que le espera, sólo se trata de que el anciano acepte el presente con sus posibilidades y limitaciones.

(Gráfica No. 6)

Gráfica No. 6

Pacientes que se trasladaron a Sanatorios Subrogados (de agosto de 1977 a agosto de 1978).

No. pacientes



3.5 Resultados obtenidos.

Los resultados de la encuesta nos confirman que el anciano es rechazado por:

- a) Mala situación económica
- b) Enfermedad crónica que ocasiona que en los hospitales no se les acepte, ya que únicamente se atienden enfermedades agudas, cosa que los familiares no comprenden, creyendo erróneamente que es en el hospital donde se deben atender estas enfermedades.
- c) Frustración, ya que se siente abandonado en su propio hogar, provocando conflictos familiares.
- d) Falta de comunicación, ya que no se tiene tiempo para escucharlo, platicar con él, saludarlo, etc.
- e) No se le ubica en alguna actividad que le guste, ya que se le sobreproteje o se le abandona.

3.6 Conclusiones.

El rechazo que sufren los ancianos, es consecuencia de que tienen que depender de terceras personas originado por: Desequilibrio económico, salud, mala vivienda, aislamiento social, etc., factores sociales adversos que pueden hacer que un anciano se sienta enfermo inclusive en ausencia de enfermedad orgánica.

Asimismo se comprobó que los pacientes o familiares de éstos, que se presentan a solicitar atención médica urgente, no siempre es urgencia que precise internamiento, sólo que prefieren acudir al hospital porque en la clínica no les hacen los estudios de laboratorios y radiológicos de inmediato ni es valorado por el especialista, sino que primero tienen que solicitar consulta con el médico general, quien si lo considera urgente le da el pase para el especialista, como éste ya tiene sus citas programadas, el paciente tendrá que esperar turno, lógico es que si se trata de un anciano, no es cosa de esperar una o dos semanas para que el médico lo atienda, es por esto que prefieren acudir al servicio de urgencias, en donde el paciente es valorado y canalizado a su clínica para tratamiento; a la consulta externa para estudios; a hospitalización o a su domicilio con atención domiciliaria.

En ocasiones son los familiares de estos pacientes quienes solicitan que sea atendido en un sanatorio subrogado, porque no pueden hacerse cargo de él, estos pacientes por lo general sufren desnutrición, diabetes, accidentes vasculares, etc., enfermedades que se agudizan por la falta de atención familiar, ya que la familia le da demasiado valor al trabajo, por lo que el anciano queda incomunicado, no llega a convivir los problemas ni las inquietudes de su familia. Sí, viven en el mismo hogar, pero la auténtica integración no existe. El familiar maniatado por el ritmo de la vida cotidiana no tiene tiempo ni para sonreírle, por lo que esta desunión va en aumento cada día y para el anciano las aflicciones y desdichas se van sucediendo sin solución.

Podríamos culpar al ambiente de nuestra capital que se ha convertido en una ciudad que no nos da libertad para utilizar positivamente los

tiempos de descanso y esparcimiento, ya que el ruido, el smog, el tráfico, agreden al individuo volviéndolo agresivo, frustrado y neurótico.

El hombre tiene una lucha constante por la supervivencia, en los ancianos esta lucha puede no darse cuando han perdido el interés por la vida, cuando están sintiendo el rechazo de su propia familia quien lo relega porque ya no produce y tiene que depender de su familia o de la caridad.

Actitudes negativas de la sociedad: En el campo laboral no se admite a personas mayores de 40 años -mucho menos a ancianos- porque el patrón se pregunta ¿Qué garantía tiene para emplear a una persona mayor de 40 años, quizá ya con problemas de salud? La sociedad siempre exige ciertas características al individuo (státus social, político, familiar, etc.) en base a estas será la ubicación que se le de para el desempeño de cualquier trabajo. La sociedad está educando al país a base de la propaganda, nadie quiere ser obrero, empleado, sirviente, campesino, sino profesionistas. Si, nuestra sociedad es capitalista, de consumo, le interesa lo que produce, lo que no deja utilidad no le interesa.

Si queremos que los ancianos puedan ser aceptados por la sociedad, es necesario que sean productivos, necesarios a la sociedad, ya que se logra el equilibrio sociedad-individuo, si el beneficio es recíproco.

La geriatría moderna asegura que la vida puede facilitarse para el anciano solamente mediante medidas sistemáticas y preventivas, pero es necesario el esfuerzo de la sociedad para asegurar que en el futuro el anciano pueda mantenerse independiente el mayor tiempo posible.

CAPITULO IV

SOLUCION AL PROBLEMA DE LOS PACIENTES GERIATRICOS.

- 4.1 Creación de una unidad geriátrica**
- 4.2 Terapia ocupacional**
- 4.3 Concientización a los familiares de los provectos**
- 4.4 Soluciones al problema de los pacientes geriátricos**
- 4.5 Participación del Trabajador Social**

IV. SOLUCION AL PROBLEMA DE LOS PACIENTES GERIATRICOS.

4.1 Creación de una Unidad Geriátrica.

El anciano generalmente se muestra renuente a abandonar su hogar, no obstante estar enfermo y de necesitar tratamiento médico. Es por esto que se ha pensado en la creación de un hospital denominado Día porque únicamente daría servicio durante el día a pacientes con tratamiento especial que en ocasiones no siguen el tratamiento por falta de interés de los médicos y de la familia. Actualmente el Centro Hospitalario Fernando Quiroz Gutiérrez, proporciona un servicio semejante a lo que se pretende y, esto es gracias a la inquietud de la doctora Soledad Dávila y Aguilar, quien lo inició con un grupo piloto en el año de 1976, llegándose a disminuir los internamientos prolongados y actualmente las citas ya son programadas y el control es más efectivo; evitándose así que el paciente haga antesala en la clínica para que lo atienda el médico general, quien por lo regular lo atiborra de medicinas para que no le esté quitando el tiempo, provocando esto en ocasiones, que el paciente tenga que ser atendido en el servicio de urgencias porque su enfermedad se ha complicado, lo cual resulta contraproducente.

Un esquema de asistencia socio-sanitaria geriátrica sería la siguiente:

ANCIANOS SANOS

- | | |
|---|--|
| a) Con alguna deficiencia funcional que obliga a una atención médica mínima | Centros geriátricos dependientes del hospital |
| b) Sanos autosuficientes | Clubes, viviendas especiales, bajo vigilancia geriátrica
Permanencia en familia, con ayuda de centros geriátricos |

ANCIANOS ENFERMOS

- | | |
|--|--|
| a) Agudos o precisando tratamiento especializado | Hospital |
| b) Agudos | Departamento geriátrico del hospital y control de enfermería |

c) Crónicos

Departamento geriátrico o en domicilio con asistencia médica y control de enfermería

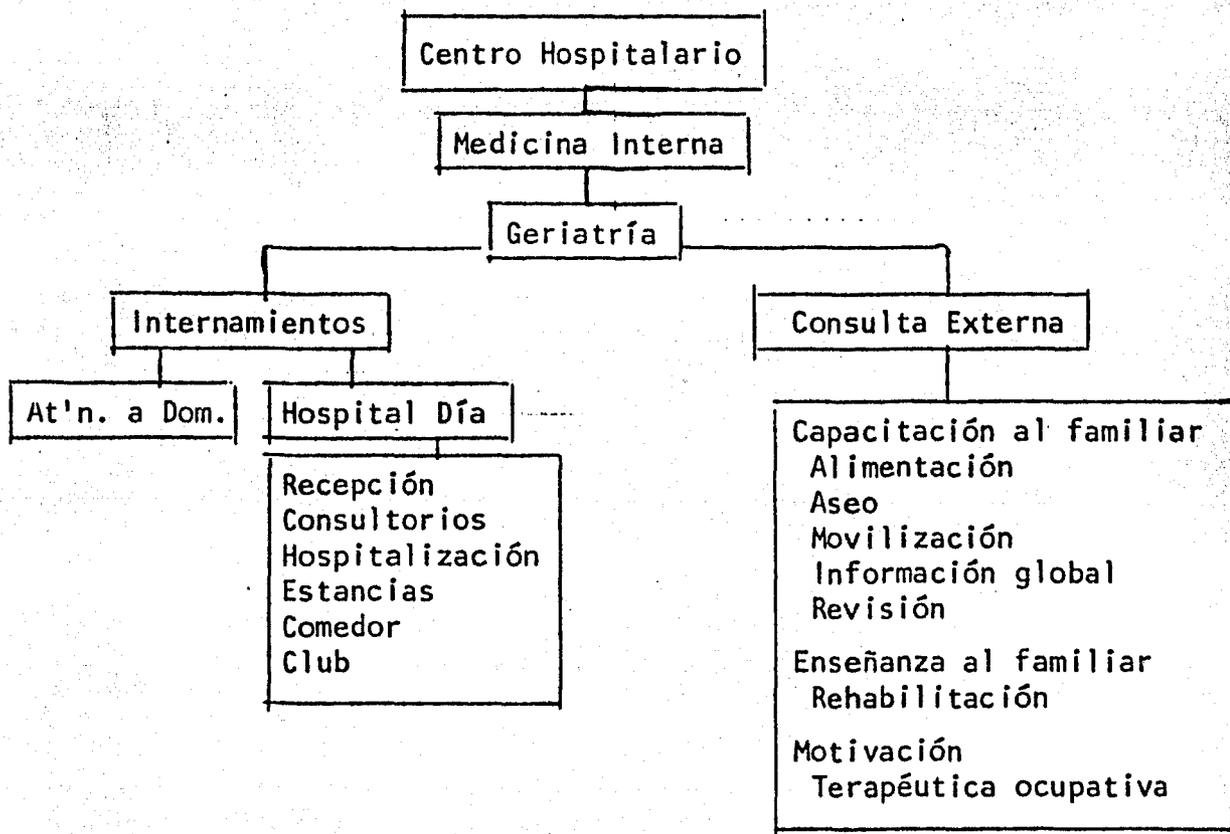
d) Semi-inválidos

Centros geriátricos de rehabilitación, tratamiento, etc.

e) Convalecientes

Hospitales, Centros geriátricos o rehabilitación en domicilio

Proyecto de Unidad Geriátrica:



4.2 Terapia ocupacional.

El hombre tiene una lucha constante por la supervivencia, en los proyectos esta lucha puede no darse cuando han perdido el interés por la vida, cuando están sintiendo el rechazo de la sociedad (en el campo laboral no se admite a personas mayores de 40 años) de su propia familia que lo relega porque ya no produce. Hay individuos que quieren seguir activos: los insatisfechos con el pasado pero con la ilusión de un presente, los que han llevado una vida poco significativa y se sienten frustrados, culpables o rechazados, pero con deseos de ser útiles, seguir las relaciones sociales -el contacto interpersonal puede ser profiláctico para muchos problemas del individuo- como en el caso de una enfermedad física que tiene efectos importantes en el ajuste personal y social del anciano. Los proyectos se quejan del tedio debido a que ya no tienen un patrón definido de actividades durante el día, como cuando trabajaban; con un empleo se sabe cuando comienza el día, la hora de comer, las vacaciones, etc.; por lo tanto el anciano debe ser estimulado para que descubra un sistema de hábitos que le proporcionen un patrón de funciones en el día.

En el programa de bienestar social para pensionistas y jubilados del ISSSTE, se insiste en que la solidaridad representa el punto de arranque de la seguridad social y al mismo tiempo le imprime el sentido dinámico que le caracteriza en su concepción moderna "La protección comprende desde el nacimiento hasta la muerte", partiendo de estas ideas es como se entiende la necesidad de resolver la problemática que confrontan los pensionistas y jubilados, llegando a la conclusión de que quienes han obtenido el beneficio de la pensión o jubilación no deben ser considerados necesariamente proyectos.

En el mes de octubre de 1978, la Subdirección de Prestaciones Sociales del ISSSTE dió a conocer al Centro Nacional de Capacitación para el Servicio Social Voluntario ANASSVO, un Programa de Bienestar Social para pensionistas y jubilados en el que se planea el establecimiento de Centros de Trabajo y Recreación que contará con biblioteca, áreas verdes, lavado y reacondicionado de ropa, comedor, enfer

mería, salón de juegos, cine, auditorio, etc., próximos a las Unidades habitacionales con que cuenta el Instituto en la República, considerando conveniente que participen los propios interesados en el sostenimiento de dichos centros, mediante aportaciones que deberán cubrirse de acuerdo a sus posibilidades económicas de manera que sean autofinanciables. Los pensionistas o jubilados que no cuenten con apoyo familiar, podrán solicitar alojamiento temporal o permanente previo el pago de las cuotas que al efecto se aprueben.

La terapia ocupacional tendrá como fin principal contrarrestar los efectos nocivos que trae consigo la absoluta inactividad, pero al mismo tiempo se orientará al provento en el sentido de brindarle la oportunidad de complementar sus ingresos económicos, no se limitará únicamente a tareas de tipo manual sino comprenderá actividades intelectuales y artísticas, para lo cual se pedirá la colaboración de personas que gocen de prestigio en el campo de la ciencia y la cultura, para que aporten sus conocimientos en beneficio de quienes lo soliciten.

Debemos tener presente que los ancianos forman parte de la familia y de la sociedad y en ella deben permanecer hasta el fin de la jornada, la edad avanzada y la decrecencia de fuerzas no son limitativas de una actividad creativa y si de expansión de sabiduría adquirida en el transcurso de los años, es por esto que se hace necesaria la ubicación de los jubilados, pensionados, familiares de derechohabientes y trabajadores independientes retirados, para atraerlos nuevamente hacia la corriente de la vida en común, para lo que se sugiere levantar un censo de proventos que estén dispuestos a colaborar con las Instituciones gubernamentales en función de asesores, consejeros, gestores, supervisores, educadores, etc., etc., según las labores, funciones, etc., que desarrolló en orden de importancia o trabajo que estaría dispuesto a desempeñar intelectual o manual (constructivo, creativo); en su domicilio o en otro lugar para que pueda continuar prestando sus servicios en empleos útiles y productivos, ya que el pueblo de México necesita de su experiencia para habilitar a trabajadores que quieran mejorar la calidad de su trabajo.

Para que se pueda emplear a estos trabajadores, es necesario el establecimiento de cooperativas de producción y de consumo mediante la adquisición de créditos otorgados por el ISSSTE, CONASUPO, Bancos Agropecuarios, Bancos de Fomento Cooperativo, S.E.P., Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos y de la Reforma Agraria para el Desarrollo de Pequeñas Granjas Rurales, Explotación de la Horticultura, Fruticultura, Floricultura, Apicultura, Avicultura, Cunicultura, etc., Talleres de Corte y Confección, Artesanías, etc., etc.

Para estimular al provento jubilado, deben modificarse las leyes del ISSSTE, (IMSS, etc.) en relación con el Art. 66, Capítulo VIII "Es incompatible la percepción de una pensión otorgada por el Instituto con la percepción de otra pensión", "Es igualmente incompatible la percepción de una pensión con el desempeño de cualquier cargo, -- empleo o comisión". Es necesario que al cabo de los años se apruebe que los jubilados puedan seguir activos a través de una determinada ocupación, para que los mismos se sigan sintiendo como individuos - útiles y productivos dentro de la sociedad.

4.3 Concientización a los familiares de los proventos.

Se les margina como inservibles... Hay asilos, hospitales o pabellones donde hombres y mujeres que han entrado a la última fase de su vida son dejados por sus familiares, "para que estén mejor atendidos" como si se tratara de un mueble que ya estorba. Cuando un niño nace es - como una página en blanco, los padres van escribiendo y marcando en ella cariño, desprecio, malos tratos, gritos, insultos, indiferencia, olvido y tantas conductas que hay, al llegar a la ancianidad muchos regresan a su infancia, reaccionan como si fueran niños, porque dan salida a su personalidad reprimida, la mayoría de ellos quisieran - tener más comunicación con sus semejantes para decir algo de sus -- dolencias: Arteroesclerosis, fallas cardíacas, diabétes, etc. Las - más de las veces se retraen porque sienten que a su alrededor hay - deshumanización y consecuentemente abandono. Hay casos en que al -- anciano se le empieza a olvidar, teniéndolo bajo el mismo techo. La indiferencia daña al ser humano a cualquier edad, más aún cuando - está en vísperas de acabar su existencia.

La familia y la sociedad se componen del anciano de hoy que fue quien luchó para crear un hogar y por ello merece un lugar de honor y de enseñanza. Es incomprensible que quienes dieron lo mejor de su vida por crear una sociedad mejor, sean considerados un estorbo y tengan que vivir aislados y abandonados por sus hijos, familiares y la sociedad.

Actualmente se espera que todos los habitantes de la República Mexicana cooperen en la tarea que pretende el Instituto de Dignificación de la Vejez, A.C., cuyos objetivos son dar a los ancianos el lugar que les corresponde en la sociedad, la presidenta honoraria es la señora Refugio Pacheco Vda. de López Portillo, quien a base de reuniones pretende educar al pueblo sobre el amor y respeto que merecen los ancianos; los jóvenes deben aprender a venerar al anciano tal y como se hizo en tiempos pasados, para llegar a ser dignos hijos; los ancianos pueden estar jubilados del trabajo, pero no de la vida, que esa experiencia de vida adquirida la enseñen a los jóvenes.

Debe existir preparación para la senectud, sabemos que cuando la gente llega a los sesenta años, no tiene los medios físicos ni mentales para tener una vejez digna -si es que nunca se preocupó por tomar conciencia de que ésta llegaría- Cuando la persona llega a la senilidad no sabe qué hacer, cómo emplear el tiempo que se hace interminable, la soledad le invade a pesar de las personas que le rodean -familia, vecinos, amigos- Sabemos que las relaciones de hombre a hombre no han cambiado -seguimos siendo egoistas- Las personas no buscan nuestra compañía por nuestro bien sino por el propio. Debemos aprender a olvidarnos de nosotros mismos cambiando nuestras actitudes, nuestra personalidad debe mantenerse dinámica, siendo buenos interlocutores -a nadie le interesa oír las mismas historias siempre- Debemos darnos, mostrando interés por lo que nos rodea, reintegrándonos a la vida útil y productiva, demostrando a quienes nos rodean que no estamos amargados, frustrados o acobardados en esta etapa de la vida que puede resultarnos placentera si nos lo proponemos, y esto lo podemos lograr a través de un proceso de concientización en el que el Trabajador Social tome parte activa,

para despertar el interés tanto del anciano como de su familia; en el primero de los casos para que éste se adapte a sus capacidades y limitaciones y a su familia para que lo acepte y colabore con él en el logro de su objetivo. Esto se llevará a cabo mediante pláticas, reuniones, etc., programadas en clínicas y hospitales, para hacer que los derechohabientes y familiares de éstos, reflexionen en que la vida moderna requiere del individuo la máxima adaptabilidad y es precisamente esta capacidad la que se pierde con la senectud a la que muchos se enfrentan con incertidumbre en la que la queja más común es el aislamiento social que ellos mismos han propiciado; deben estar concientes de que a la vejez hay que llegar con dignidad y para ésto es necesario prepararse con diez años de anticipación. Se critica a la sociedad por el poco respeto que se da al anciano, muchas veces debido a sus extravagancias, que en ocasiones es la reacción ante un mundo cruel; se puede decir que para muchos el envejecer implica una imagen de depresión a la que el mismo individuo ha contribuido al pensar que su vida está carente de significado, dependiendo de terceras personas llamense: familia, Estado, etc., la decisión de envejecer con dignidad está en el propio individuo: aprendiendo a gozar de nuevo de la vida en esta tercera etapa y logrando así su independencia total.

4.4 Soluciones al problema de los pacientes geriátricos.

¿Los médicos les temen a los viejos?

Una de las dificultades más persistentes e intratables que ha existido tradicionalmente en torno de la dificultad de dar tratamiento médico a los ancianos, es que el conjunto de síntomas y padecimientos que integran lo que se conoce globalmente como senescencia, involucran problemas que no son exclusivamente médicos. Los mismos adelantos de la medicina han provocado, por un lado, que se aumenten las expectativas de vida y con ellas la población de ancianos; por otro las campañas de planificación familiar darán por resultado que se disminuya con el tiempo, el número de jóvenes. De esta manera, inevitablemente, se producirá un cambio radical en la estructura de la pirámide de población, cuya base se hará mas angosta y se elevará de manera notable. En otras palabras los ancianos dejarán de ser una

minoría y se transformarán en un grupo socialmente relevante. Esto significa que la geriatría, rama de la medicina que se ocupa de la vejez, estará obligada a desarrollarse de tal manera que sea capaz de enfrentarse con el creciente número de enfermos. La atención de los proyectos tendría que mejorar de manera significativa en lo cualitativo, puesto que, al aumentar su número de manera importante, este grupo será capaz de ejercer una presión seria para que la ciencia médica responda con eficacia a su problemática particular.

Los especialistas en geriatría son muy pocos y se enfrentan constantemente con dificultades para delimitar los alcances de su profesión, se requieren conocimientos psiquiátricos, cardiológicos, gastroenterológicos, endocrinológicos, nutricionales y sociológicos.

En el mes de octubre de 1978, la Subdirección de Prestaciones Sociales del ISSSTE dio a conocer al Centro Nacional de Capacitación para el Servicio Social Voluntario de la ANASSVO, un Programa de Bienestar Social para pensionistas y jubilados, en el que dice que de acuerdo con las experiencias obtenidas en otros países, la atención médica será proporcionada a través de las unidades especializadas en geriatría que funcionan ya en algunas de las clínicas y hospitales dependientes del ISSSTE.

4.5 Participación del Trabajador Social.

Un Trabajador Social Profesional deberá estar a cargo de la administración del hospital, previendo la apatía y pasividad, aislamiento social, autoayuda en el anciano, cuidando que la estancia del paciente sea agradable y se sienta como en una gran familia, manteniendo el sentimiento de solidaridad. El hospital también deberá contar con un equipo de: fisioterapeutas, enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares de intendencia, choferes, terapeuta ocupativo, cocineros, etc., todo este personal especializado en geriatría. Se atenderá a pacientes con tratamiento especial de rehabilitación de fisioterapia, cirugía reconstructiva, cuidados especiales o intensivos, etc. Se seleccionará a pacientes que por lo general permanecen solos en su domicilio sin un horario para comer, tomar medicamentos o conversar.

El Hospital Día en servicio evitaría los internamientos prolongados - a los que el paciente tiene pánico, no así el familiar que pretende internarlo, sin saber que lo expone a una descompensación psicofísica, ya que el anciano no comprende porqué enfermedades como las reumáticas, ortopédicas, arteriales oclusivas, cardiovasculares, del sistema respiratorio, trastornos metabólicos como la diabétes mellitus, insuficiencia renal, etc., tienen que obligarlo a dejar su hogar e internarse. En este hospital no se internaría al paciente, ya que para eso están los hospitales generales, sino que permanecería únicamente siete u ocho horas y funcionaría de la siguiente manera:

Recepción:

1. Llegada de pacientes de las siete a las nueve horas
2. Algunas entrevistas preliminares a cargo del Trabajador Social.
3. Valoración por el médico, indicándo la sala que corresponda a cada paciente.
4. Gimnasia y dinámica de grupo.
5. Almuerzo de once a doce horas.
6. Descanso.
7. Terapia ocupacional.
8. Dieta (refrigerio)
9. Regreso al hogar de catorce a quince horas. El paciente es trasladado en ambulancia, minibús o el familiar llega por él.

A la llegada de los pacientes, se les ubicará en la sala donde permanecerán, para comenzar sus actividades.

En las entrevistas preliminares el Trabajador Social tendrá las experiencias y puntos de vista del paciente para elaborar la ficha social.

El paciente ya valorado en el hospital general, traerá consigo su expediente clínico con su diagnóstico, pasará a valoración por el médico, quien lo ubicará en la sala correspondiente.

En la dinámica de grupos se pueden organizar grupos de: discusión con tema libre e informal dirigido por un coordinador, en donde el grupo participará activamente mediante la intercomunicación exponiendo sus puntos de vista, razonando, analizando y respetando criterios.

Para que todos participen se puede utilizar material audiovisual. También se pueden organizar sesiones de cuchicheo en las que el grupo se divide en parejas, se habla de un tema o se formulan preguntas pidiéndoles que busquen una buena solución y del resultado de todas las respuestas se extracta la final. También se puede organizar un Philips 66: el grupo se subdivide para discutir un tema y al llegar a una conclusión de todos los informes, se extrae la conclusión general. El almuerzo lo harán en el comedor; aquellos que no puedan hacerlo, lo harán en las salas correspondientes. El descanso lo pueden hacer: platicando, pintando, escribiendo, dibujando, etc. Posteriormente los pacientes que no requieran internarse, regresarán a su domicilio.

Se hace hincapié en que el personal adscrito al hospital Día, debe tener la especialidad en geriatría o adiestramiento para la atención de ancianos, que necesitan principalmente de afecto.

Funciones del Trabajador Social en el Hospital Día.

Recepción de los pacientes: se les hará sentir que están en un lugar donde se les quiere. Se les estimulará a que sigan el tratamiento dado por el médico y a fomentar sus relaciones interpersonales; hará las entrevistas preliminares de los pacientes, procurando que la familia lo estimule tanto en el bienestar corporal como en el mental, haciéndolo que acepte su situación con sus posibilidades y limitaciones, hasta la llegada de la partida hacia el viaje final. Asimismo estará pendiente de las valoraciones para saber la ubicación de los pacientes en las salas correspondientes. A la hora del almuerzo propiciará la comunicación entre los comensales, evitando que coman en silencio, ya que el proceso de la buena digestión depende de la conversación, ya que se come menos si se permanece aislado. Participará como miembro de los grupos que se formen, vigilando que tengan un coordinador que los guíe y estimule para que participen en la actividad elegida. Recorrerá las salas de descanso, orientará a los pacientes en sus dudas con relación al hospital, compañeros, etc. Vigilará que los pacientes estén ubicados para desarrollar las tareas encomendadas o el tratamiento señalado por el médico. Durante el día hará que todos practiquen las relaciones humanas. Formulará un programa de actividades para

los pacientes, formando grupos afines para que el contacto social sea el apropiado y se logre la rehabilitación del paciente. Evaluará el progreso del paciente para comprobar si se adaptó al hospital, si las relaciones interpersonales lo han ayudado para su recuperación, mejorando su salud, logrando su independencia completa o casi completa y lo más importante, si su familia ya no lo considera un estorbo, esto nos ayudará a conocer si se han cumplido los objetivos para los que la Institución fue creada.

CONCLUSIONES.

- El rechazo al anciano, es consecuencia de las enfermedades graves que sufre y que lo imposibilitan para valerse por sí mismo.
- La atención médica que recibe el anciano en la clínica no es integral.
- La ausencia de salud, desequilibrio económico, mala vivienda, aislamiento social, etc., hacen que el anciano quede abandonado aún en su propio hogar.
- El anciano generalmente sufre desnutrición, diabétes, accidentes vasculares, etc., que se agudizan porque el familiar no lo ayuda a seguir el tratamiento.
- El anciano acude al servicio de urgencias del hospital, porque en la clínica el médico le receta tantas medicinas que en ocasiones desencadenan otro tipo de enfermedad.
- El ambiente de la ciudad agreden al individuo volviéndolo agresivo y neurótico, razón por la que el provector no llega a convivir los problemas ni las inquietudes de su familia.
- La falta de afecto y respeto hacia el anciano, es consecuencia de la nula educación que se recibe en el hogar y en la escuela para aceptarlos.
- El rechazo a los ancianos se debe a que no estamos preparados para la vejez, no obstante que el promedio de vida aumenta día a día.
- Las infecciones de origen alimenticio se adquieren en forma inmediata por la falta de orientación a los ancianos y familiares.

- El Trabajador Social debe atenuar la situación que se manifiesta entre paciente y familia, orientándolos para que se adapten a los cambios que sufre el paciente proveyendo, haciéndoles conocer los planes del tratamiento para que participen, aclarando cualquier duda sobre los objetivos y medios para lograr su rehabilitación.
- Corresponde al Trabajador Social hacer labor de convencimiento cuando el paciente o el familiar se resisten a aceptar el tratamiento médico.

SUGERENCIAS.

- Creación de Hospitales Día que evitarían los internamientos de urgencia, que generalmente son inútiles y costosos.
- Atención geriátrica en las clínicas para prevenir que las enfermedades se agudicen, por no atenderse a tiempo.
- En virtud de que los Sanatorios Subrogados únicamente proporcionan al paciente provento aislamiento y abandono médico y social, deben desaparecer.
- Programar actividades educacionales para cultivar el respeto y atención hacia los proventos.
- El trabajo en equipo es indispensable para proporcionar al paciente un tratamiento integral, es por esto que el Trabajador Social debe contribuir a la recuperación y ajuste psicosocial del paciente, participando también en forma conjunta con la familia para lograr un ambiente adecuado que permita la reintegración del enfermo al núcleo familiar.
- El Trabajador Social y el Terapeuta Ocupacional son algunos de los miembros valiosos en el equipo interdisciplinario en lo relativo a la satisfacción de las necesidades del paciente, siendo indispensables ambos en los centros geriátricos.
- El Trabajador Social en las clínicas geriátricas debe orientar al paciente y a la familia del mismo, para que se resuelvan favorablemente aquellos problemas sociales y emocionales que afecten la salud del anciano.
- La terapéutica ocupativa brindará al provento nuevas esperanzas, viendo que su vida no carece de significado.
- El Trabajador Social es un colaborador profesional valioso en el tratamiento de trastornos emocionales que afectan al provento, motivándolo para que participe en actividades de convivencia, cursos de artes manuales, formación profesional, etc., que se proyectan en los centros geriátricos.

BIBLIOGRAFIA

- Ander-Egg, Krause K. RECONCEPTUALIZACION DEL SERVICIO SOCIAL
Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1974.
- Ander-Egg, Ezequiel DICCIONARIO DE TRABAJO SOCIAL
Edit. ECRO, Buenos Aires, 1974.
- Brandenburg, Ana SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO
2a. Ed., Edit. Humanitas, Buenos Aires,
1974.
- Beauvoir, Simon de LA VEJEZ
Edit. Sudamericana, Buenos Aires, 1970.
- Congreso de la Unión LEY DEL ISSSTE
5a. Ed., México, 1977.
- Cerna, Manuel M. APUNTES SOBRE RELACIONES HUMANAS
2a. Ed., Edit. S.E.P., México, 1972.
- Cisneros, Ma. de Jesús NUESTROS ANCIANOS EN LA VIDA MODERNA
Tesis de Trabajo Social, México, 1975.
- D.D.F. INFORME DE PROTECCION SOCIAL
México, 1977.
- ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA
Edit. Europeo-Americana, Madrid, España.
1958.
- Mayoral Pardo, Demetrio MEDICO MODERNO
Edit. México, 1977.
- Nicolau Pérez, Juan EL LIBRO DE LA SALUD
Edit. Danae, Barcelona, España, 1975.
- S.S.A. INFORME DE LA COORDINACION DE PROTECCION
SOCIAL
Edit. México, 1977.
- Garza Mercado, Ario TECNICAS DE INVESTIGACION
2a. Ed., Edit. El Colegio de México,
México, 1971.
- Hecht, Karl QUE HACEMOS POR NUESTRA SALUD?
Informe sobre Salud Pública de la Repúbli
Democrática Alemana, Alemania, 1976.

- I.M.S.S. BOLETIN INFORMATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL
Ed. Unidad Técnica de Actas y Estudios,
México, 1978.
- I.S.S.S.T.E. ANUARIO ESTADISTICO
Departamento de Estadística y Actuaría,
México, 1976.
- Pardinas, Felipe METODOLOGIAS Y TECNICAS DE INVESTIGACION
EN CIENCIAS SOCIALES
2a. Ed., Edit. Siglo XXI, México, 1974.
- O.M.S. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DEL
ENVEJECIMIENTO Y DE LA VEJEZ
Edit. Humanitas, Buenos Aires, Argentina
1972.
- O.M.S. INFORME TECNICO DE PSICOGERIATRIA
México, 1978.
- S.S.A. CENSO GENERAL DE POBLACION
México, 1970.
- Añueza, María DINAMICA DE GRUPO EN EDUCACION
Edit. Edicom, México, 1975.
- Terrés, María Elodia APUNTES DE ETICA PARA TRABAJADORES
SOCIALES
Edit. Porrúa, México, 1969.
- Wolterech, Heinz LA VEJEZ, SEGUNDA VIDA DEL HOMBRE
Edit. F.C.E., México, 1962.