

11226
24.108



Universidad Nacional Autónoma de México

**División de Estudios Profesionales de Postgrado
FACULTAD DE MEDICINA**

**LA PRACTICA GERIATRICA EN
MEDICINA FAMILIAR**

TESIS RECEPCIONAL
Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

presenta

DR. J. DAVID JUNCO COTO



México, D. F.

1986

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	Pag.
I. Introducción.	1
II. Características Generales de la Población Senil en la República Mexicana.	4
1. Aspectos Demográficos.	4
2. Aspectos Económicos.	6
3. Aspectos de Salud.	7
4. Aspectos Legislativos.	9
5. Aspectos Sociológicos.	10
6. Aspectos Geriátricos.	12
III. Geriatria-Gerontología en Medicina Familiar.	22
1. Justificación.	23
2. Observación.	24
3. Planteamiento del Problema.	24
4. Objetivo General.	24
5. Objetivos Intermedios.	25
6. Hipótesis.	25
7. Límites.	25
8. Recursos.	27
9. Cronograma de Actividades.	28
10. Resultados.	30
11. Contrastación de Hipótesis.	74
IV. Conclusiones.	83
V. Proposiciones.	86
VI. Bibliografía.	89
VII. Anexos.	92

La vejez es un fenómeno de origen biológico, pero en sus consecuencias de alcances psicológicos y sociales, por lo cual se considera que el concepto de vejez tiene tres componentes: biológico, psicológico y social. El primero está ligado al ciclo vital de cada individuo; el segundo, es subjetivo y depende de sentirse o no anciano; y el tercero, implica la relación existente entre la sociedad y la población senil que habita dentro de ella.

Cierto es que el componente biológico se ve profundamente afectado en el proceso de envejecimiento, que incluye cambios desfavorables en la salud y la vida. Pero se puede hacer mucho en favor de los componentes psicológicos y sociales de los ancianos, y mitigar la fuerza del flagelo del deterioro biológico, con la ayuda de programas adecuados e instituciones especializadas en favor de la dignificación de la vida del sujeto de edad avanzada, que cada día constituye un sector mayor de la población.

Las instituciones que existen actualmente tanto de tipo social, como médico y jurídico, dirigidas al cuidado de este grupo de personas, aún no se encuentran plenamente desarrolladas.

Por lo que respecta al área médica, no se contemplan objetivos de formación educacional en el campo de la Geriatría tanto en pregrado como en postgrado. Todos los programas de estudio de la Facultad de Medicina de la UNAM tocan algunos puntos relacionados con el tema, pero de manera dispersa y carente del enfoque preventivo y social necesario para dar una preparación integral a los recursos humanos en formación.

En el plan de estudios de la Especialidad de Medicina Familiar, todos los programas desarrollados en coordinación con la Facultad de Medicina contienen objetivos terminales que establecen el compromiso del médico de proporcionar atención a todos los miembros de la familia, independientemente de la edad.

En lo que toca al programa instrumentado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, existe una asignatura, introducción a la Demografía, en la que se tocan los problemas de Salud Pública derivados de los cambios poblacionales. Los problemas psiquiátricos de la senectud son abordados en la materia de Psicología Social. Pero no existen contenidos que aborden los problemas biológicos, psicológicos y sociales de las personas mayores de 60 años. De tal manera que hasta el momento, el Médico Familiar termina con una formación insuficiente en los aspectos de Geriatria y Gerontología, condicionando que la atención médica a pacientes seniles desde la perspectiva de la Medicina Familiar sea deficiente.

habitantes en 1980.

La tasa de natalidad ha permanecido relativamente --- constante hasta 1960, que fue de 46.1 por 1,000 nacidos -- vivos; para posteriormente descender a 28 por 1,000 nacidos vivos en 1980.

La esperanza de vida en México ha aumentado considerablemente ya que en 1940 era de 40.4 años al nacimiento, y para 1980 era de 66 años.

La tasa de crecimiento natural en 1930 era de 17, y en 1970 fue de 35, lo que correspondió a una tasa de crecimiento medio anual de 3.5%. De acuerdo al Censo Nacional de Población referido, en 1980 la tasa de crecimiento alcanzó el 2.5%.

El crecimiento de la población mayor de 60 años ha tenido las siguientes características: en 1940 era de 5.2% de la población general; en 1950 el 5.6%; en 1960 el 5.9%; en 1970 el 5.4% y en 1980 llegó a 5.8%.

Lo que caracteriza a la estructura demográfica de México es una población joven en rápido crecimiento por un descenso de la mortalidad; migraciones internas del campo a la ciudad; coexistencia de diferentes niveles de desarrollo; existencia simultánea de sistemas de producción tradicionales con el sistema capitalista dominante, etc.

Los cambios demográficos que se presentan en la actualidad, son el resultado de la socialización de la medicina

y de su influencia en los aspectos tanto curativos como -- preventivos. El cambio en la estructura de la población -- se basa en el control que en la actualidad se ejerce sobre varios mecanismos que diezman la población, como las enfermedades infecciosas en la infancia, con el consiguiente au-mento en el promedio de vida y el mayor número de indivi-duos que viven lo suficiente para llegar a la vejez.

En México, donde los menores de 20 años representan -- el 50% de la población, existe la tendencia a menospreciar los problemas gerontológicos, a pesar de que el incremento en la esperanza de vida al momento de nacer ha traído como consecuencia la probabilidad de alcanzar edades por arriba de los 65 años, y por ende, una modificación en la pirámide de población que se hará más notalbe en las próximas dé-cadass.

Lo que preocupa actualmente es que los ancianos son -- un grupo de sujetos no activos, que deben ser alimentados-- por los activos, y que la relación entre ambos sectores es proporcionalmente más pesada cada día para los activos, la generación joven.

2. ASPECTOS ECONOMICOS.

La población económicamente activa en 1980 alcanzó el 30% de la población total. Las personas mayores de 60 años representaron el 9% de la misma. De tal forma que menos de la mitad de las personas mayores de 60 años tienen una actividad económicamente remunerada.

La distribución por sectores de actividad de la población económicamente activa general fue: agropecuario 39% ; industria 22% y servicios 38%; la población económicamente activa mayor de 60 años, se dedicaba en un 20% a actividades agropecuarias, el 10% a la industria y un 24% a servicios. Las características de empleo en áreas urbanas del país, demostró que el 31% de la población económicamente activa era mayor de 60 años.

De acuerdo al Censo General de Población y Vivienda - de 1980 (1), el 9% de las personas mayores de 60 años estaban jubiladas o pensionadas por alguna institución de salud. Podría considerarse en términos generales que la población económicamente activa de más de 60 años y los jubilados sumarían un 20% aproximadamente, encontrándose en condiciones económicas aparentemente estables; en contraste con un 80% de este mismo grupo que carece de alguna seguridad económica.

El individuo, al envejecer, siente que la sociedad lo limita por no considerarlo apto para el trabajo productivo. Esta situación provoca gran inseguridad en el anciano que se enfrenta a su futuro en una sociedad que le niega empleo y servicios asistenciales. Si es jubilado, frecuentemente el sueldo de jubilación es insuficiente para subsanar todas sus necesidades.

3. ASPECTOS DE SALUD.

La aplicación de la tecnología médica, la organización de los servicios públicos, de salud y el mejoramiento

de las condiciones de vivienda, han propiciado una reducción de los niveles de mortalidad, fundamentalmente a partir de 1940.

El índice de sobrevivencia para personas mayores de 60 años en 1966 señalaba, que 6 de cada 10 personas sobrevivían al llegar a esta edad.

Mortalidad.- Las 10 principales causas de mortalidad en 1976 para este grupo de personas fueron: Enfermedades del corazón; Influenza; Neumonías; Enfermedades respiratorias agudas; Tumores malignos; Enfermedades cerebrovasculares; Diabetes mellitus; Enteritis y otras enfermedades diarréicas; Bronquitis; Enfisema y Asma; Cirrosis hepática; Anemias y otras deficiencias nutricionales; y Accidentes.

Morbilidad.- Las 10 principales causas de morbilidad para este grupo de personas y en el mismo año fueron: Enfermedades del aparato respiratorio; Enfermedades del aparato circulatorio; Enfermedades infecciosas y parasitarias; Enfermedades del sistema nervioso central y órganos de los sentidos; Enfermedades osteomusculares y del tejido conjuntivo; Enfermedades del aparato digestivo; Enfermedades metabólicas y de la nutrición; Fracturas, traumatismos y otras lesiones; Enfermedades del aparato genitourinario; y Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo (2).

Recursos para la salud.- A la fecha sólo se cuenta con atención específica para el área geriátrica a nivel de una sola institución de salud: un servicio de geriatría en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud y Asistencia, que cuenta con 18 camas.

No se cuenta con cifras exactas sobre el número de geriatras que existen en el país. Sin embargo hasta el momento no existe, en México, un programa universitario de especialización en Geriatría. De tal modo que los geriatras reconocidos han adquirido su entrenamiento fuera del país.

A pesar de la carencia de médicos entrenados para la atención médica geriátrica, los Médicos Generales, Médicos Familiares, Médicos Internistas, Cardiólogos, Nefrólogos, etc. se encargan de atender a este grupo de la población en algún momento determinado de su práctica médica.

En 1974 existían en México 72 casas para la asistencia del anciano, que daban albergue a un total de 6,600 ancianos y en 1976 se contaba con el mismo número de casas para la asistencia, ampliando su capacidad para 12,800 ancianos.

Dentro de los aspectos sociales y económicos, desde 1980, el Estado Mexicano creó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), dedicado a la readaptación social integral del individuo que ha revasado los 60 años.

4. ASPECTOS LEGISLATIVOS.

Hasta el momento son escasas las normas jurídicas que protegen de algún modo a las personas seniles. El Código Civil en su artículo 304, habla de la obligación de los hijos de proveer sustento a sus padres, siempre y cuando éstos se encuentren impedidos de obtenerlo (3).

La Ley Federal del Trabajo considera el aspecto de --

despido de los trabajadores y la indemnización en relación a las semanas laboradas, sin embargo no se contempla la edad de jubilación, remitiéndose a los contratos realizados por cada empresa (4).

El criterio para fijar la edad adecuada de jubilación en un régimen laboral general, se ha enunciado en los términos siguientes: "la edad señalada debería ser aquella en la que comúnmente, las personas son incapaces de efectuar un trabajo eficiente, en la que la incidencia de la enfermedad y de la invalidez es elevada y en la que el desempleo, si lo hubiere, sería probablemente permanente (5).

En términos generales se establece la edad de 60 años con variaciones de 5 años. Para las mujeres existe una diferencia de 5 años menos en relación con el hombre para la edad de jubilación.

En México sólo se extiende pensión a la población económicamente activa. Entre ellas, el Instituto Mexicano del Seguro Social, concede dos tipos de pensión: a) por cesantía con edad mínima de 60 años y 500 semanas cotizadas; y b) por edad avanzada fijando como límite de edad 65 años y 500 semanas cotizadas. Calculandose el 1% del salario anual por cada año de cotizaciones o 1.33% si el beneficiario es casado (6).

5. ASPECTOS SOCIOLOGICOS.

Estudios de Gerontología plantean que el envejecimiento es un proceso visto como desfavorable e inmanejable, -- universal e indiferenciado.

Para algunos sociólogos la persona que envejece en me or forma es la que combate al envejecimiento, y para o--- tros, el envejecimiento se caracteriza por el progresivo - divorcio entre el individuo y la sociedad.

La contingencia de la longevidad determina el grado y la naturaleza de los problemas sanitarios y sociales que a compañan a la vejez en cualquier sociedad. La longevidad - de las poblaciones está relacionada estrechamente con sus estilos de vida social y económica. La organización social ha originado que la vida de los seres humanos sea más lar ga gracias a la acción colectiva de la producción y distri bución de alimentos y a la protección conferida a los indi viduos mediante los nexos familiares y comunitarios.

Desde el punto de vista social se puede considerar -- que la vejez es la porción de la vida demarcada como ancia dad de acuerdo con las normas de una sociedad particular

En las sociedades contemporáneas, la vejez, implica - por lo general un decremento en el rango social, pues se - debe renunciar a los papeles sociales, ocupacionales y do mésticos más productivos y poderosos. El desempeño de los papeles sociales depende al final de cuentas de la integri dad física y mental de cada individuo.

La condición de dependencia social o su inminencia -- constituye un problema básico de la medicina preventiva -- pues tal dependencia es una causa de tensiones económicas, sociales y mentales para la persona afectada y los indi viduos de quienes ésta depende. Nadie, a ninguna edad, puede jamás ser independiente de la sociedad, pero la dependen-- cia social de la ancianidad adquiere rasgos distintos que-

se parecen a los del papel de los enfermos crónicos de -- cualquier edad. Es posible que la dependencia de las personas de edad muy avanzada sea cada vez mayor a menos que se sobrevenge la muerte; además, los ancianos dependientes quedan permanentemente exentos de las responsabilidades sociales normales y se reconoce que necesitan ayuda y atención.

La dependencia social es una condición en la que el individuo es incapaz en grado variable de desempeñar los papeles sociales y las funciones personales que le asegurarían los medios de subsistencia. La incidencia y los efectos de la dependencia social varían con el tipo de ésta y con el medio social (7).

El problema social de la vejez radica en el rechazo, marginación y sentimiento de inutilidad, especialmente en los países subdesarrollados. Los conflictos psicosociales se derivan de tres rasgos fundamentales de la sociedad: a) la forma de organización industrial que valora sobre toda la producción y la productividad; b) el carácter tecnocrático de la sociedad actual y c) el predominio de la familia nuclear en que se toma al anciano como carga (8).

6. ASPECTOS GERIATRICOS.

6.1 Antecedentes históricos.- Los datos referentes al estudio de los viejos son muy escasos en la historia, algunos de los pasajes de la República de Platón y del Tratado de Cicerón, tratan ya del tema de la senectud.

En España, Ramón y Cajal (9) fue uno de los principales científicos que inicia la sensibilización hacia la necesidad de abordar el problema en su conjunto, respecto a las personas seniles. Exaltaba la importancia de que "las personas llegarán a la vejez siendo socialmente útiles".

Es así como el movimiento mundial por el interés de brindar un bienestar al viejo, toma auge en España, y en 1946 se crea en Madrid la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. En junio de 1950 se celebró en Barcelona España, el primer Congreso Español de Geriatria, y en julio del mismo año se efectuó en Lieja el primer Congreso Internacional de Gerontología, que contó con delegados de 16 naciones. En la actualidad, es en los países europeos, donde más auge ha tenido la Geriatria (10).

En 1970, en los Estados Unidos de Norteamérica se --- crea la residencia de Geriatria (11).

En México se crea la Sociedad de Geriatria en 1977 y en 1980 entra en función el Instituto Nacional de la Senectud como organismo público descentralizado.

6.2 Aspectos Biológicos del envejecimiento.- Resulta difícil definir las características biológicas de la senilidad en relación a las etapas cronológicas del individuo, ya que estos procesos se presentan de manera particular en momentos y edades diferentes.

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento constituye una serie de procesos eslabonados, a lo largo -

de un curso determinado por características intrínsecas y conducen a la limitación de sus capacidades adaptativas al medio (12).

La vejez es un estado o una condición de un ser humano en un momento determinado, y el envejecimiento es un -- proceso que se desarrolla a través del tiempo. Una persona que adquiere el rango de la vejez, representa el resultado de un proceso de interacción existente entre el ambiente - y su constitución individual.

Por qué el ser humano envejece? Resulta una interro-- gante aún no aclarada, a pesar de múltiples hallazgos en - aparatos y sistemas del organismo humano a través de su ci clo vital. No ha sido posible establecer una línea general de explicación al proceso biológico del envejecimiento. A- continuación se describen algunas teorías que explican el envejecimiento.

El ciclo vital es una propiedad específica de la espe- cie. Este hecho suriere por sí mismo que el envejecimiento está íntimamente relacionado con los cambios que se llevan a cabo en el sistema genético de la célula. Las teorías ge nerales del envejecimiento pueden dividirse en dos grupos- o categorías: 1) Aquellas que postulan que éste es un pro- ceso genéticamente programado, que brota de los cambios en cantidad y calidad del sistema genético y que son progresi- vos en el tiempo; y 2) Aquellas que afirman que el enveje- cimiento es causado por la dislocación del sistema genéti- co debido al daño producido en el curso de la actividad vi tal, en otras palabras, es el resultado de la acumulación- de errores en la molécula de DNA (13).

1.- Reducción del contenido enzimático celular: Ha sido emitida por Comfort e invoca una disminución de la dotación enzimática de la célula, en particular de las enzimas fosforilzantes, que permiten la síntesis de los radicales fosfatos de alto poder energético.

2.- Radiaciones ionizantes en el metabolismo intermedio. Las radiaciones ionizantes producen radicales oxidriilo y peróxido, en el curso del metabolismo celular, produciendo a la vez alteraciones en el metabolismo lipóide, en que se liberan sustancias como la lipofuccina, cuya acumulación celular, predominantemente en células musculares y nerviosas resulta tóxica.

3.- Inmunología: Rose, supone que el cuerpo combate por medios inmunológicos su propio envejecimiento, de tal forma que en un momento dado la estructura tisular modificaría su antigenicidad.

Cambios fisiológicos generales como consecuencia de la edad:

1. Modificaciones tisulares: Con la edad el peso de los órganos disminuye, además se observa retardo gradual de la división celular, de la capacidad para crecer y de la cicatrización de los tejidos, así como, atrofia celular, degeneración, aumento de la pigmentación celular e infiltración grasa de las células. También se presenta disminución gradual de la elasticidad de los tejidos y cambios de generativos en el tejido conjuntivo.

2. Modificaciones químicas: Deshidratación gradual de

los tejidos, aumento de sodio, cloro y calcio en los diferentes órganos, mientras en contenido de potasio, magnesio y fosfatos disminuye. La composición de proteínas tisulares parece conservar una notable estabilidad.

3. Modificaciones metabólicas: Hay reducción progresiva del metabolismo basal, en relación con la superficie corporal. Esta disminución de la cantidad de oxígeno consumido y de las proteínas producidas, es paralela a la reducción del agua intracelular y del contenido de potasio en el organismo valorado por la determinación del potasio intercambiable. Al existir una respiración hística disminuída hay en la senectud una elevación en la actividad glucolítica, la vía anaeróbica se reserva para generar energía en la célula. Sin embargo, la intensificación de la glucosis no puede recuperar ni compensar la deficiencia de energía de la fosforilación oxidativa. Como resultado, la cantidad de ATP, de fosfato de creatina y de glucógeno presente en la célula, disminuye con la ancianidad y las pérdidas no son recuperables, resultando un factor causal de numerosos trastornos del anciano (14).

Cambios específicos por aparatos y sistemas:

1.- Sistema nervioso: El peso del cerebro disminuye después de los 70 años y es relativamente menor que el de otros órganos tales como hígado o riñón. Se han observado cambios en la morfología neuronal (lobulación nuclear, pérdida de la substancia de Nissl, alteraciones del aparato de Golgi, trastornos del contenido mineral), y consecuentemente trastornos en la velocidad de conducción axónica, que predominan en el área de sensibilidad táctil, propioceptiva, y de la agudeza auditiva, visual, olfatoria y gustativa.

tativa. El nivel intelectual parece no alterarse. Los cambios ateroscleróticos que sufren los vasos cerebrales ocasionan muertes por accidentes cerebrovasculares, ocupando un lugar importante en la mortalidad general de mayores de 60 años.

2. Sistema cardiovascular: El sistema de conducción nervioso automático del miocardio, sufre trastornos funcionales probablemente secundarios a una isquemia de sus vasos nervorum; el músculo cardíaco además tiene cambios en el contenido mineral y que se reflejan en su automatismo contractil. El sistema cardiovascular se ve afectado por procesos de atero y arterioesclerosis que en conjunto llevarán a modificaciones en el funcionamiento del mismo.

3.- Aparato respiratorio: La capacidad pulmonar total disminuye en una cifra promedio de 4.5 ml/año/m^2 de superficie corporal. El espacio anatómico muerto equivale a 127 ml. en los individuos de edad media; aumenta a 150-160 ml. en la senectud. La capacidad vital pulmonar disminuye con la edad en función del aumento del volumen residual y disminución del volumen inspiratorio de reserva.

La frecuencia respiratoria en promedio aumenta. Los cambios estructurales en los pulmones y en la pared vascular conducirán a disminución de la capacidad de difusión de la membrana respiratoria y a un menor coeficiente de utilización del oxígeno. El aumento del volumen residual, la disminución de la ventilación alveolar y las condiciones en deterioro de la difusión de los gases causan que se reduzca la presión parcial del oxígeno en la sangre arterial de los ancianos.

4. Aparato digestivo: Hay una disminución en la actividad secretoria de las diversas secreciones del aparato digestivo. La potencia digestiva del jugo gástrico y la cantidad de mucoproteína gástrica que contiene, disminuyen con la edad. La función exócrina del páncreas no se altera en el individuo anciano. La capacidad enzimática del duodeno también está disminuída.

A medida que avanza el envejecimiento se debilita la digestión por contacto. La absorción intestinal está disminuída debido a la disfunción motora del aparato digestivo, de este modo estará alterada la absorción de la Xilosa, aminoácidos, lípidos y líquidos, favoreciéndose el desarrollo de la flora intestinal.

5. Aparato urinario: La disminución de la capacidad funcional renal es un fenómeno progresivo y normal que guarda relación con la edad; parece paralelo a la disminución de las unidades funcionales del riñón. La disminución del peso del riñón con la edad es uno de los datos anatómicos mejor establecidos; el peso medio del riñón es 180 a 200 gr. en el adulto y disminuye a 115 gr. después de los 65 años.

Los estudios de depuración renal han mostrado claramente la disminución progresiva de la función a partir de la cuarta década de la vida, disminución que afecta a las funciones glomerulares de filtración y a las tubulares de secreción y absorción. Alrededor de los 70-80 años, los cambios estructurales en el riñón conducen a la disminución en la tercera parte en el número de nefronas funcionantes.

6. Glándulas endócrinas: Las características específi

cas de la edad en la regulación hormonal, son dictadas no solo por la función alterada de la glándula endócrina, -- sino también por los cambios en el metabolismo y transporte de hormonas y en la sensibilidad de los tejidos a la acción.

El contenido total de hormona adrenocorticotrópica en la hipófisis aumenta con la edad. La actividad funcional de la tiroides disminuye. La Diabetes se incrementa con -- frecuencia a medida que aumenta la edad. La función androgénica de la corteza adrenal disminuye en forma progresiva aunque no haya cambios significativos en la secreción de aldosterona. La secreción de glucocorticoides prácticamente no se altera.

Los cambios en la función gonadal adquieren su máxima importancia durante el climaterio. La excreción de estrógenos en la mujer disminuye significativamente entre la edad de 40 y 50 años. En el hombre, la excreción total de estrógenos no cambia significativamente, sin embargo la producción de andrógenos disminuye, alterando la relación estrógenos-andrógenos.

7. Aparato locomotor: Los trastornos del aparato locomotor representan una causa frecuente de invalidez en el viejo. El sistema musculoesquelético está sujeto a degeneración progresiva y a distrofia. Las manifestaciones típicas son: disminución de la calcificación ósea en general, -- reblandecimiento de los discos intervertebrales y cambios en la composición de las cápsulas sinoviales.

La fuerza disminuye con la edad. Esta declinación ya es observable alrededor de los 30 años de edad, volviéndose más pronunciada en los hombres que en las mujeres, espe

cialmente en aquellos que no ejecutan labores manuales. La capacidad para el trabajo muscular disminuye con la edad y el anciano necesita un periodo mayor de "calentamiento" antes de que alcance su máxima capacidad. La exitabilidad -- del músculo y del sistema neuromuscular disminuye.

La disminución en la capacidad para el trabajo muscular constituye uno de los signos primarios del envejecimiento, ya que finalmente afecta la capacidad total del individuo, su actividad motora y su adaptabilidad al medio ambiente (13).

6.3 Aspectos psicológicos y psiquiátricos.

El hombre que pasa de los 60 años, frente a los cambios somáticos y las alteraciones psíquicas propias de la edad, tiene que enfrentarse a situaciones nuevas. De éstas las más importantes son: la jubilación, con el paso repentino de una vida activa a una inactiva; la pérdida progresiva de los seres queridos y con ello los vínculos afectivos más intensos; disminución de recursos económicos e inseguridad para el porvenir; el desenso en las facultades físicas, con la consecuyente dificultad para disfrutar de sus aficiones; y modificación de la libido y del impulso sexual, que a menudo les producen confusión y vergüenza.

Cuando los mecanismos de adaptación fracasan y no logran el estado armónico y adaptado de la senectud, el viejo descompensado entra en un estado de desajuste.

Casi todos los trastornos mentales hallados en personas jóvenes pueden persistir o exacerbarse durante la vejez. Los principales trastornos mentales encontrados y en

orden de frecuencia son: Depresión, ansiedad, estados hipcondriacos, síndormes orgánicos cerebrales, demencia senil y otras (15).

6.4 Aspectos de práctica geriátrica en Medicina Familiar.

En la enseñanza del área geriátrica en Medicina Familiar se requieren de habilidades, aptitudes y técnicas específicas. En el cuidado del paciente geriátrico se promueven los siguientes objetivos fundamentales: identificación precoz de las enfermedades crónicas y agudas, así como el reconocimiento de sintomatología que indique la aparición de nuevos procesos patológicos, cualitativamente variables; valoración adecuada de exámenes de laboratorio y gabinete; así como el reconocimiento preciso del modo de acción de los medicamentos, que en este caso son utilizados frecuentemente en forma múltiple.

Al hacer una evaluación en general, no sólo desde el punto de vista clínico, sino de servicios paramédicos, el Médico Familiar podrá establecer un programa de tratamiento, que incluye un proceso de enseñanza integral, que favorezca la participación mútua del paciente en sus problemas, tomando en cuenta no sólo la historia clínica del mismo, sino involucrando además el ambiente social, psicológico y económico, de tal forma, que resulta una relación médico-paciente propicia para el cambio de actitudes del paciente, que le permitan una revaloración individual (16).

III. GERIATRIA-GERONTOLOGIA EN MEDICINA FAMILIAR.

Existen pocos estudios que aborden el problema Geriátrico-Gerontológico desde el enfoque del Médico Familiar, y en la mayoría de los casos se reducen a tratar aspectos curriculares y de formación del médico (17), (18), (19), (20), (21), (22), (23), (24). Se menciona que pocas escuelas de Medicina en Estados Unidos tienen entrenamiento en Geriatria para estudiantes de medicina, haciendo énfasis en la importancia de integrar los aspectos Geriátricos en los planes de estudio, tanto en pre como en postgrado, para mejorar la atención a este grupo de edad. Otros autores hacen un enfoque socio-económico, político, cultural y demográfico en Latinoamérica, mencionando que los problemas psicológicos y sociales surgen de las limitaciones de la sociedad para satisfacer las necesidades de relación, actividad, seguridad y reconocimiento de los pacientes geriátricos (25), (26).

La vejez es una de las etapas del ciclo vital de la familia menos conocidas. Se tiende a ignorar a los viejos, a sentir impaciencia con ellos o a negarlos. Por tal motivo es de la mayor importancia tener conciencia de lo que en esta etapa sucede, con objeto de investigarla cuidadosamente (27).

En nuestro país, Castro en 1971, introduce el problema del envejecimiento en el marco social y la situación de los profesionales relacionados con el problema. Comenta -- los factores sociales y psicológicos que se relacionan con esta fase del ciclo vital de la familia y propone el estudio de la vejez como un fenómeno social y la promoción para modificar actitudes sociales (28).

En 1980, Payno hace una semblanza del problema Gerontológico en México y aborda aspectos biológicos y sociales. Propone también, una organización de manejo geriátrico desde el punto de vista administrativo (29).

1. JUSTIFICACION.

El campo de la investigación en Geriatria y Gerontología a nivel nacional, se encuentra practicamente inexplorado.

La naturaleza de los problemas geriátricos, la patología múltiple de los ancianos, la influencia de los factores familiares y sociales en su estado de salud, y la importancia de los servicios sociales de apoyo en su tratamiento, hacen que se requiera un médico preparado para comprender el proceso salud-enfermedad en todas sus dimensiones, en este sector de la población.

La Medicina Familiar tiene como objetivos la promoción y el cuidado de la salud de los individuos en el marco de su núcleo familiar; proporcionar una atención continua y permanente para los individuos, retomando un enfoque biológico, psicológico y social; coordinar las actividades en relación al proceso salud-enfermedad en el marco de la comunidad con carácter interdisciplinario; de tal forma que se constituye en una medicina de primer contacto.

El Médico Familiar requiere de una información precisa y amplia que contemple las esferas de relación del individuo con su medio ambiente, permitiéndole elaborar herramientas acordes al espíritu de cuidado y promoción del bienestar biológico, psicológico y social.

Hasta el momento no existe un perfil de práctica geriátrica en Medicina Familiar, de tal forma que el médico atiende a este grupo en forma empírica.

Integrar la enseñanza de la Geriatria en los programas de Medicina Familiar parece, por lo tanto, la alternativa más viable para resolver un problema que indudablemente cobrará mayor importancia con el paso del tiempo.

2. OBSERVACION.

El Médico Familiar al carecer de metodología para abordar los padecimientos geriátricos de su población adscrita, proporciona una atención de tipo tradicional, fuera de las bases filosóficas de la Medicina Familiar.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La falta de metodología geriátrica en el Médico Familiar da como resultado que la atención médica a este grupo de edad sea empírica, es decir, sin cumplir la filosofía de la Medicina Familiar y esto probablemente es debido entre otras causas a: 1) que no existe un perfil de práctica geriátrica en Medicina Familiar; y 2) al desconocimiento de las circunstancias que llevan al individuo senil a una situación especial de salud o enfermedad.

4. OBJETIVO GENERAL.

Analizar cuan necesario e importante es establecer un

perfil de práctica geriátrica dentro del programa del curso de especialización en Medicina Familiar.

5. OBJETIVOS INTERMEDIOS.

5.1 Identificar cuáles son los conocimientos, actitudes y expectativas de los Médicos Familiares en relación a los pacientes seniles.

5.2 Identificar cómo es la atención que proporcionan los Médicos Familiares desde el punto de vista afectivo, - cognoscitivo y psicomotriz a los pacientes seniles.

6. HIPOTESIS.

H0. La falta de metodología en el Médico Familiar para abordar los padecimientos geriátricos, no repercute en la atención que se brinda a los pacientes seniles.

H1. La falta de metodología en el Médico Familiar para abordar los padecimientos geriátricos, sí repercute en la atención que se brinda a los pacientes seniles.

7. LIMITES.

7.1 Muestra: Para fines de esta investigación se tomó una muestra de la población mayor de 60 años adscrita a la U.M.F. No. 33 y otra de los Médicos Familiares que laboran en dicha Unidad. El total de la población en estudio fue de 3000 derechohabientes y de 54 Médicos Familiares.

Para calcular las muestras se empleó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{No}{1 + \frac{(No - 1)}{n}} ; \quad \text{donde} \quad No = \frac{Z^2 pq}{E^2} ;$$

con un nivel de significancia de 0.05 y un error permisible de 0.1; y una estimación para p de 80%. El tamaño de la muestra fue de 60 derechohabientes y de 30 Médicos Familiares. La selección de la muestra se hizo mediante muestreo aleatorio simple, utilizando las tablas de números aleatorios.

Se incluyeron en la muestra, pacientes de ambos sexos mayores de 60 años (30 del sexo masculino y 30 del sexo femenino), independientemente del nivel socio-cultural, económicamente activos o dependientes, adscritos a la U.M.F. No. 33 del IMSS, cubriendo tanto el horario A/C como el B/D de los consultorios de Medicina Familiar.

Serán excluidos todos aquellos derechohabientes menores de 60 años, así como aquellos pacientes seniles con alteraciones en las funciones cerebrales elementales.

Se investigó a 30 Médicos Familiares de ambos sexos, que laboraban en forma transitoria o permanente tanto en el turno A/C como B/D en la U.M.F. No. 33 del IMSS, sin tomar en cuenta su formación profesional de pre y postgrado, ni el tiempo de práctica médica.

Una vez obtenidas las muestras se aplicaron dos tipos de cuestionarios: 1) un cuestionario para los pacientes seniles que constó de 30 reactivos de tipo cerrado, incluyendo ficha de identificación e investigando aspectos socio-

conómicos, cognoscitivos y afectivos; y 2) para los Médicos Familiares se aplicó un cuestionario de 30 reactivos - de tipo cerrado investigando las áreas psicomotriz, afectiva y cognoscitiva en relación a la práctica geriátrica.

7.2 Geográficos: La U.M.F. No. 33 "El Rosario" del IMSS, se encuentra dentro de la Delegación No. 1 del Valle de México, abarcando parte de la Delegación de Atzacapotzalco y parte de los municipios de Naucalpan y Tlalnepantla - del Estado de México. Está ubicada en la esquina de calzada de las Armas y Avenida Parque Vía.

7.3 Tiempo: El proyecto de investigación será longitudinal, de tipo experimental, comprendiendo los meses de marzo a noviembre de 1985.

8. RECURSOS.

8.1 Humanos: Derechohabientes incluidos en esta investigación, adscritos a la U.M.F. No. 33; Médicos Familiares de ambos turnos que se encuentren laborando en dicha - Unidad; Médico asesor de esta investigación; Personal del Departamento de Archivo; y Residente de Medicina Familiar-encargado de esta investigación.

8.2 Materiales: Quinientas hojas tamaño carta, docientas hojas de papel copia tamaño carta, máquina de escribir, cuatro estenciles, mimeógrafo, cinco bolígrafos, - tres lápices, regla, escuadra y calculadora.

8.3 Económicos: Los necesarios para la adquisición del material a utilizar.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

9.1 Selección del tema a investigar del 2 al 6 de julio de 1984.

9.2 Búsqueda de bibliografía referente al tema del 6 al 31 de agosto de 1984.

9.3 Presentación ante el asesor del tema a investigar, el 17 de septiembre de 1984.

9.4 Presentación ante autoridades de la U.M.F. No. 33 del tema a investigar, el 2 de octubre de 1984.

9.5 Elaboración del protocolo de investigación: a) - Selección de la muestra estudiada del 3 al 4 de octubre de 1984; b) Selección de la muestra estadística a emplear, -- del 8 al 11 de octubre de 1984; c) Elaboración de las encuestas del 15 al 19 de octubre de 1984.

9.6 Entrega del Protocolo de Investigación en la Jefatura de Enseñanza e Investigación de la U.M.F. No. 33, - el 29 de octubre de 1984.

9.7 Desarrollo de la Investigación del 17 de marzo - al 30 de octubre de 1985: a) Aplicación de encuestas del 17 de marzo al 23 de mayo de 1985; b) Recolección de datos del 2 al 13 de junio de 1985; c) Representación gráfica de los resultados del 16 de junio al 4 de julio de 1985; d) -

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS

PACIENTES SENILES

DISTRIBUCION ETAREA DE LA POBLACION SENIL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

AÑOS EN INTERVALOS	f	f _a	% _a
79.5 - 83.5	2	60	100.00
75.5 - 79.5	7	58	96.66
71.5 - 75.5	9	51	85.00
67.5 - 71.5	15	42	70.00
63.5 - 67.5	12	27	45.00
59.5 - 63.5	15	15	25.00

\bar{X} : 68.57

R: 23

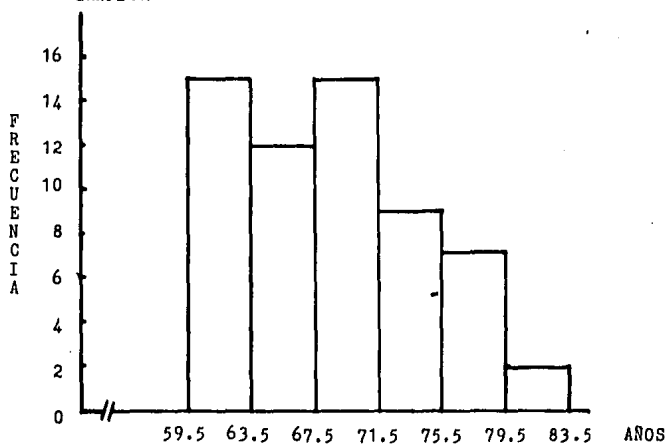
Md: 68

S: 5.81

Mo: 70

CV: 8.47

GRAFICA 1



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION ETAREA DE LA POBLACION SENIL
 DEL SEXO FEMENINO
 SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
 U. M. F. No. 33

AÑOS EN INTERVALOS	f	f _a	% _a
79.5 - 83.5	2	32	100.00
75.5 - 79.5	5	30	93.75
71.5 - 75.5	2	25	78.12
67.5 - 71.5	7	23	71.87
63.5 - 67.5	7	16	50.00
59.5 - 63.5	9	9	28.12

\bar{X} : 68.59

Md: 67.50

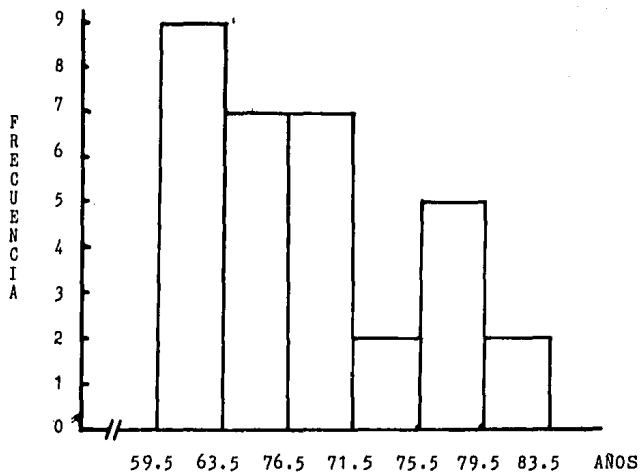
Mo: 70

R: 23

S: 6.38

CV: 9

GRAFICA 2



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

En las gráficas 1, 2 y 3 está representada mediante un Histograma la distribución etárea de la población senil sujeta a esta investigación.

En la gráfica 1 se observa que la mayor parte de los pacientes seniles se encuentran en la séptima década de la vida, con un promedio de 68.5 años, una mediana de 68 y -- una moda de 70; con un rango y un coeficiente de variabilidad amplios.

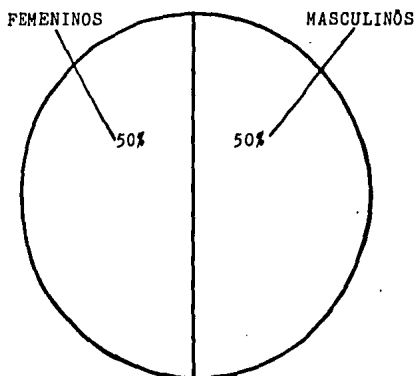
En la gráfica 2 está representada la distribución etárea de la población senil del sexo femenino, observando -- que la mayor frecuencia fluctúa entre las edades de 60 a -- 71 años. En comparación con lo observado en la gráfica 3 -- donde se representa la distribución etárea de la pobla-- ción senil del sexo masculino, mostrando una distribución -- más regular. Siendo en este caso multimodal.

La edad mínima para ambos sexos fue de 60 años, con -- una edad máxima para el sexo masculino de 80 años y para -- el sexo femenino de 83 años.

DISTRIBUCION POR SEXOS DE LA POB. SENIL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

SEXO	f	%
Masculinos	30	50.00
Femeninos	30	50.00
TOTAL	60	100.00

GRAFICA 4

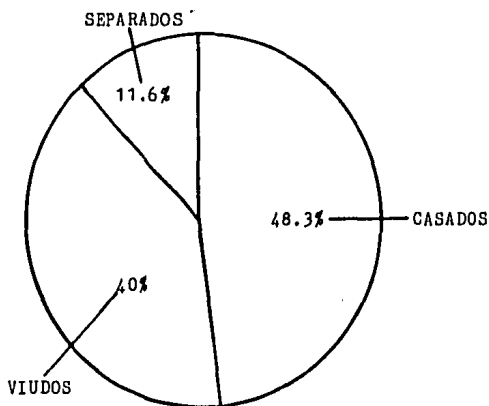


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

POBLACION SENIL SEGUN ESTADO CIVIL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

EDO. CIVIL	f	%
Casados	29	48.33
Viudos	24	40.00
Separados	7	11.66
TOTAL	60	99.99

GRAFICA 5

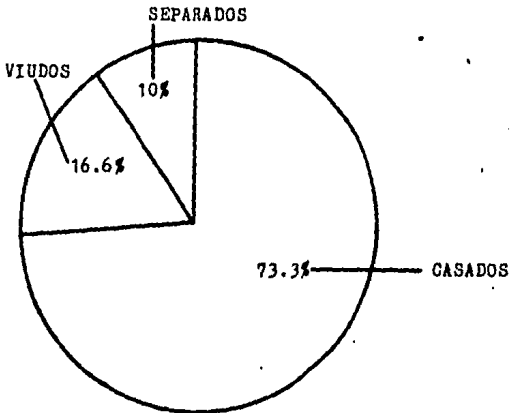


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

POBLACION SENIL DEL SEXO MASCULINO
 EN RELACION AL ESTADO CIVIL
 SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
 U. M. F. No. 33

EDO. CIVIL	f	%
Casados	22	73.33
Viudos	5	16.66
Separados	3	10.00
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 6

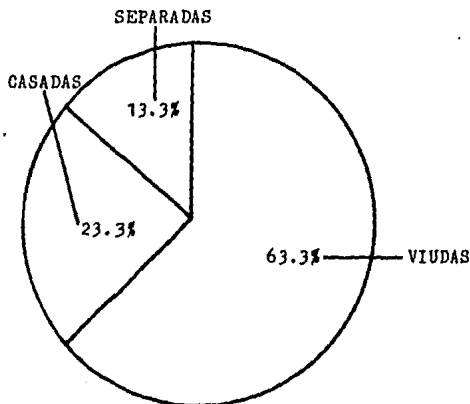


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

POBLACION SENIL DEL SEXO FEMENINO
EN RELACION AL ESTADO CIVIL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

EDO. CIVIL	f	%
Viudas	19	63.33
Casadas	7	23.33
Separadas	4	13.33
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 7



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

En cuanto a la distribución por sexos (gráfica 4), la muestra de la población senil de esta investigación fue de 60 pacientes, de los cuales 30 (50%) correspondieron al -- sexo femenino y 30 (50%) al sexo masculino.

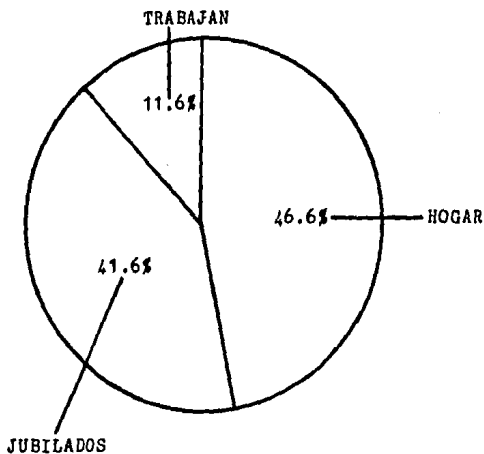
En la gráfica 5 está representada la distribución en relación al estado civil, correspondiendo el 48.3%, el 40% a viudos y el 11.6% a separados.

En las gráficas 6 y 7 se hace la representación en relación al estado civil, tomando en cuenta el sexo, y se observa que la mayoría de los pacientes seniles del sexo masculino son casados (73.3%), 16.6% son viudos y sólo 10% separados. En los del sexo femenino, esta relación prácticamente se invierte, ya que el 63.3% son viudas, el 23.3% -- son casadas y el 13.3% separadas.

POBLACION SENIL SEGUN SITUACION LABORAL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

OCUPACION	f	%
Hogar	28	46.66
Jubilados	25	41.66
Trabajan	7	11.66
TOTAL	60	99.98

GRAFICA 8

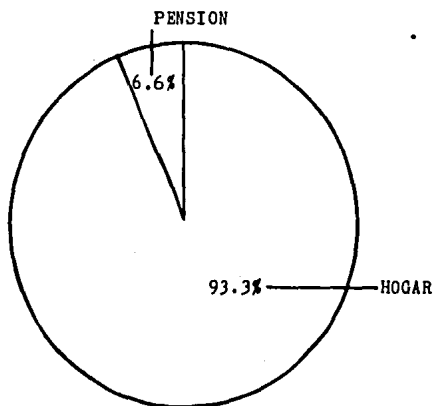


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

POBLACION SENIL DEL SEXO FEMENINO
SEGUN SITUACION LABORAL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

OCUPACION	f	%
Hogar	28	93.33
Pensión	2	6.66
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 9

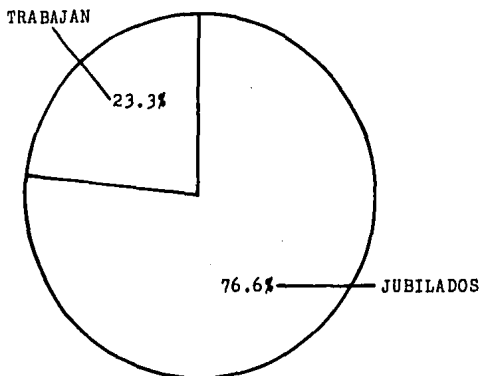


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

POBLACION SENIL DEL SEXO MASCULINO
SEGUN SITUACION LABORAL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

OCUPACION	f	%
Jubilados	23	76.66
Trabajan	7	23.33
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 10



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

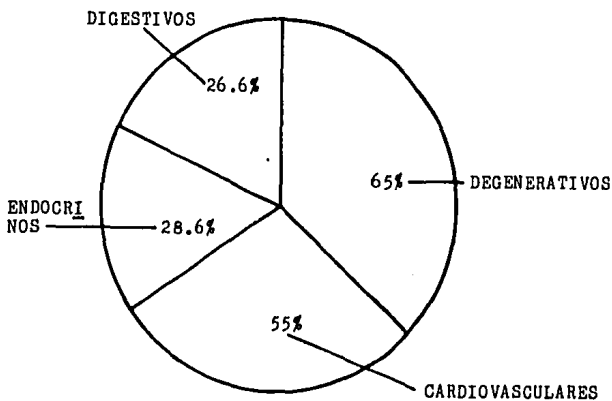
Por lo que respecta a la situación laboral, en la gráfica 9 observamos que la gran mayoría de las pacientes del sexo femenino (93.3%), se dedican a las labores domésticas, es decir, desempeñan actividades no remunerativas, y sólo el 6.6% reciben una pensión.

En comparación con lo anterior (gráfica 10), en los pacientes del sexo masculino, el 76.6% son jubilados (reciben pensión) y el 23.3% aún desempeñan actividades remunerativas, encontrándose éstos últimos entre los 60 y 67 años de edad.

PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES
EN LA POBLACION SENIL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

PADECIMIENTOS	f	%
Degenerativos	39	65.00
Cardiovasc.	33	55.55
Endocrinos	17	28.33
Digestivos	16	26.66

GRAFICA 11

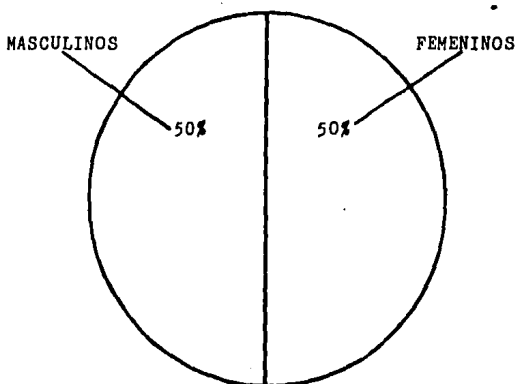


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

POBLACION SENIL SEGUN SEXO Y AUTOSUFICIENCIA
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

SEXO \ AUTOSUF.	SI	NO	%
Femeninos	30	0	50.00
Masculinos	30	0	50.00
TOTAL	60	0	100.00

GRAFICA 12

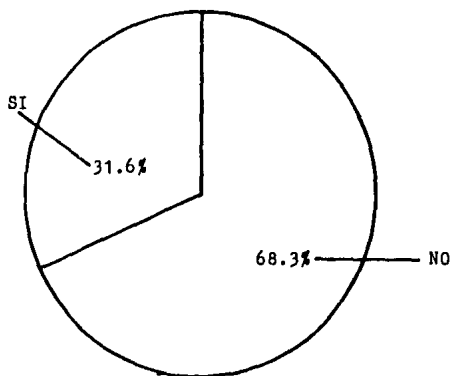


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

POBLACION SENIL EN RELACION AL
AGRADO POR VIVIR EN ASILOS
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

AGRADO POR VIVIR EN ASILOS	f	%
No	41	68.33
Sí	19	31.66
TOTAL	60	99.99

GRAFICA 13

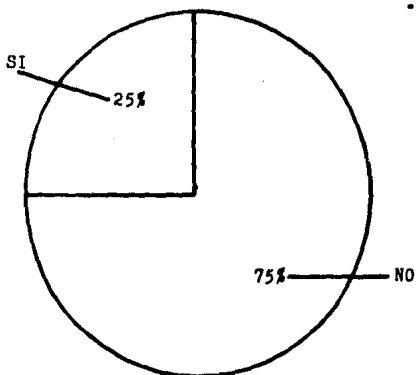


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

POBLACION SENIL SEGUN EXPECTATIVAS PERSONALES
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. P. No. 33

EXPECTATIVAS PERSONALES	f	%
No	45	75.00
Sí	15	25.00
TOTAL	60	100.00

GRAFICA 14

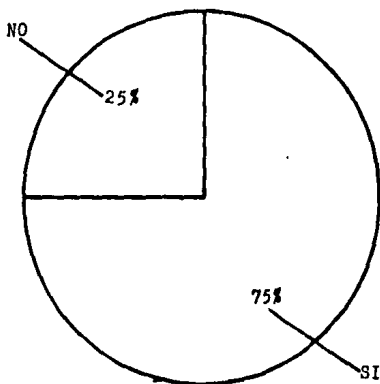


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

POBLACION SENIL EN RELACION
A SATISFACCION PERSONAL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U.M.F. No. 33

SATISFACCION	f	%
Sí	45	75.00
No	15	25.00
TOTAL	60	100.00

GRAFICA 15



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

De los padecimientos, el más frecuentemente encontrado en nuestra población correspondió a padecimientos degenerativos, y específicamente a Enfermedad Articular Degenerativa; estando en segundo lugar los padecimientos cardiovasculares, sobresaliendo dentro de éstos, la Hipertensión Arterial Sistémica; siguiendo en orden de frecuencia está la Diabetes mellitus y por último las alteraciones del tracto digestivo, principalmente dispepsias y constipación.

El 100% de la población senil era todavía autosuficiente.

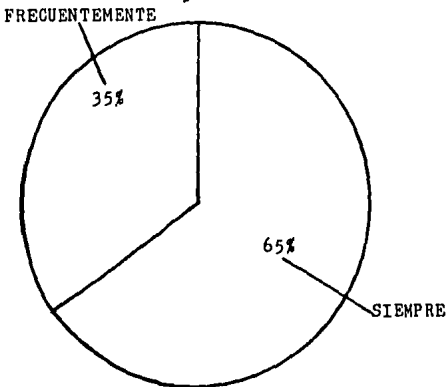
Al investigar la convivencia se encontró que la mayoría de los senescentes (96.6%), viven con familiares. Dos terceras partes, expresaron un rotundo "no", cuando se les preguntó si les gustaría vivir en comunidades de ancianos y el 31.6% restante lo aceptaría como último recurso.

El 75% de los pacientes seniles manifestó sentirse satisfecho con sus logros por lo que carecía de expectativas personales; el 15% restante aún tenía expectativas personales, ocurriendo esto último, básicamente en pacientes del sexo masculino.

CONFIANZA EN EL MEDICO FAMILIAR
MANIFESTADA POR LOS PAC. SENILES
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

CONFIANZA EN EL M. F.	f	%
Siempre	39	65.00
Frecuentemente	21	35.00
TOTAL	60	100.00

GRAFICA 16

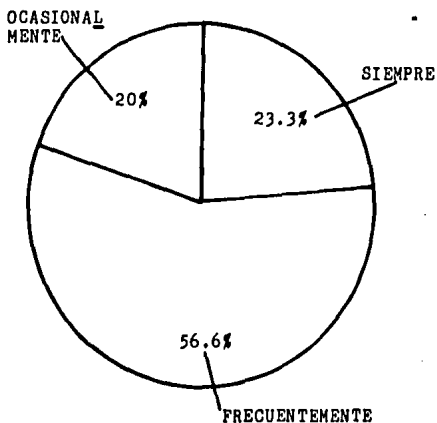


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL

INFORMACION PROPORCIONADA A LOS PACIENTES
 SENILES POR EL MEDICO FAMILIAR
 SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
 U. M. F. No. 33

INFOR. PROP. POR MED. FAM.	f	%
Siempre	14	23.33
Frecuentemente	34	56.66
Ocasionalmente	12	20.00
TOTAL	60	99.99

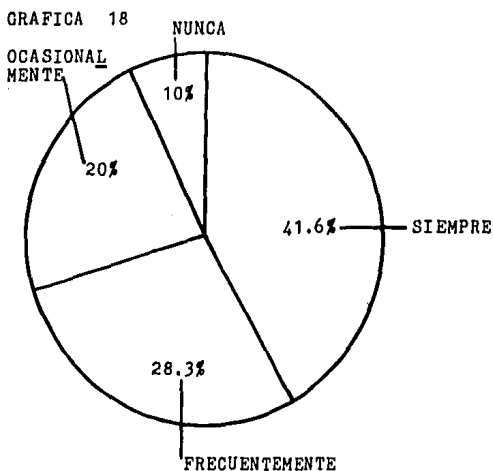
GRAFICA 17



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

COOPERACION DE LOS FAMILIARES EN
EL MANEJO DEL PACIENTE SENIL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

COOPER. DE FAM. P/MANEJO INT.	f	%
Siempre	25	41.66
Frecuentemente	17	28.33
Ocasionalmente	12	20.00
Nunca	6	10.00
TOTAL	60	99.99

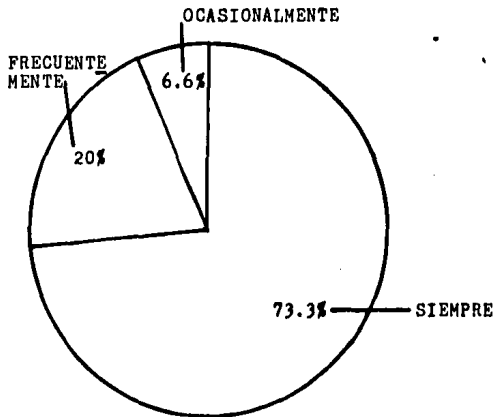


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

PARTICIPACION DE LOS FAMILIARES
 EN EL MANEJO DEL PACIENTE SENIL
 SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
 U. M. F. No. 33

PARTICIP. DE FAMILIARES	f	%
Siempre	22	73.33
Frecuentemente	6	20.00
Ocasionalmente	2	6.66
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 19



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

El 65% de los pacientes seniles manifestó tener siempre confianza en su Médico Familiar.

Respecto a la información que el Médico Familiar proporciona a los pacientes seniles, en relación al tipo de padecimiento y los cuidados que debe seguir para un adecuado control de los mismos, el 56.6% respondió que esto el Médico Familiar lo hace frecuentemente; el 23.3% siempre y en el 20% de los casos sólo ocasionalmente.

En cuanto a la cooperación de los familiares en el manejo del paciente senil: el 46.6% respondió que siempre reciben ayuda por parte de los familiares, el 28.3% frecuentemente, en el 20% ocasionalmente y el en 10% nunca.

**RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS
MEDICOS FAMILIARES**

DISTRIBUCION ETAREA DE MEDICOS FAMILIARES
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

AÑOS EN INTERVALOS	f	fa	%a
44.5 - 49.5	6	30	100.00
39.5 - 44.5	6	24	80.00
34.5 - 39.5	11	18	60.00
29.5 - 34.5	7	7	23.33

\bar{X} : 38.07

R: 18

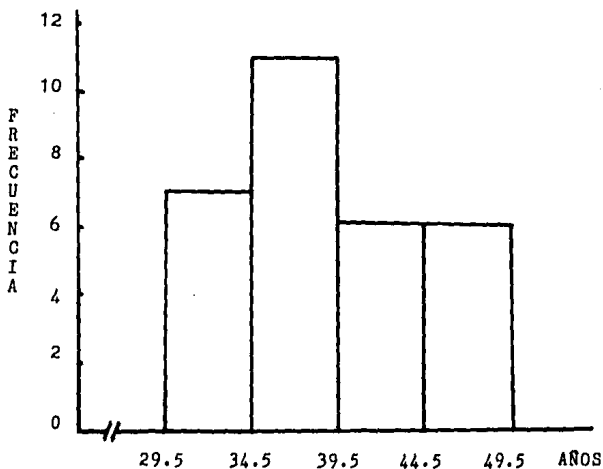
Md: 36.50

S: 5.40

Mo: 33

CV: 14.49

GRAFICA 1



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION ETARES DE MED. FAM. DEL SEXO MASC.
 SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
 U. M. F. No. 33

AÑOS EN INTERVALOS	f	f _a	% _a
44.5 - 49.5	5	20	100.00
39.5 - 44.5	4	15	75.00
34.5 - 39.5	8	11	55.00
29.5 - 34.5	3	3	15.00

\bar{X} : 38.35

R: 18

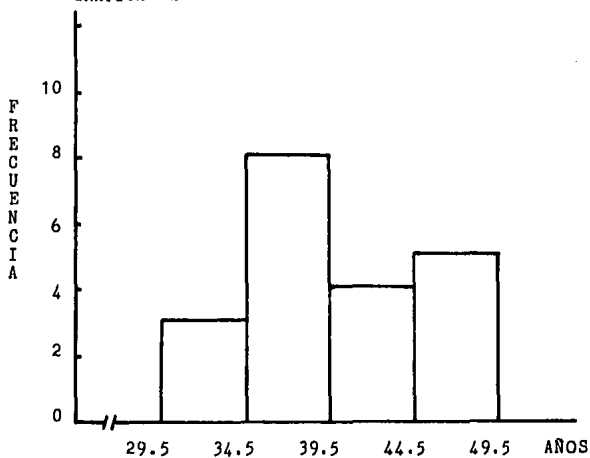
Md: 37.50

S: 5.42

Mo: 35

CV:14

GRAFICA 2



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION ETAREA DE MED. FAM. DEL SEXO FEM.
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

AÑOS EN INTERVALOS	f	fa	%a
44.5 - 49.5	1	10	100.00
39.5 - 44.5	1	9	90.00
34.5 - 39.5	3	8	80.00
29.5 - 34.5	5	5	50.00

\bar{X} : 36.5

R: 16

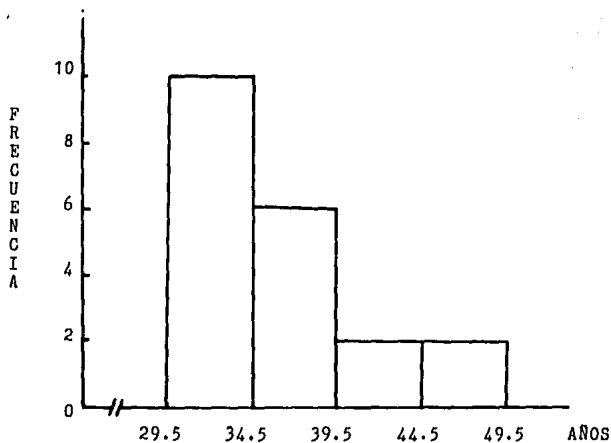
Md: 35.50

S: 8

Mo: 32 y 36

CV: 13.71

GRAFICA 3



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

La mayoría de los Médicos Familiares a los cuales se les aplicó la encuesta, se encontraban en la cuarta década de la vida, con una edad mínima de 30 años y una edad máxima de 50.

En la gráfica 1 se muestra la distribución etárea de los Médicos Familiares, observándose una desviación a la izquierda, con una media de 38.07, una mediana de 36.50 y una moda de 33, con un rango y un coeficiente de variabilidad amplios y una desviación estandar de 5.40.

En el sexo masculino (gráfica 2), la mayor frecuencia ocurrió entre las edades de 35 y 39 años; y en el sexo femenino (gráfica 3), entre las edades de 30 y 35 años.

En el sexo masculino la media fue de 38.33 con una mediana de 37.50 y una moda de 35.

En el sexo femenino la media fue de 36.5, con una mediana de 35.50; siendo en este caso bimodal: 32 y 36.

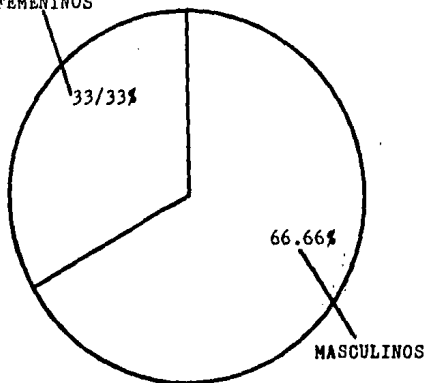
El 66.6% correspondió al sexo masculino y el 33.3% al sexo femenino.

DISTRIBUCION DE MED. FAM. POR SEXOS
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

SEXO	f	%
Masculinos	20	66.66
Femeninos	10	33.33
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 4

FEMENINOS

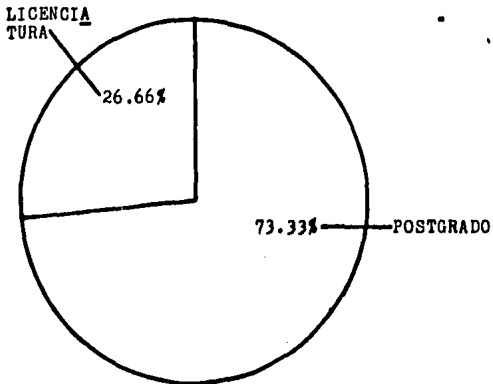


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

MED. FAM. SEGUN NIVEL PROFESIONAL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

NIVEL PROF.	f	%
Licenciatura	8	26.66
Postgrado	22	73.33
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 5

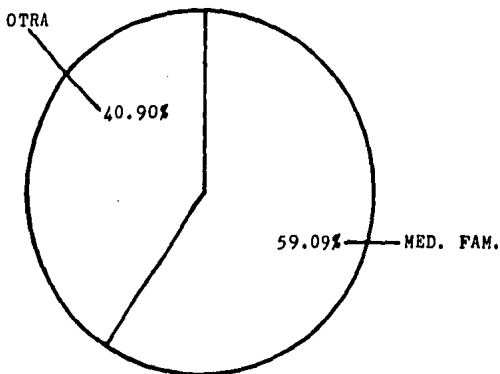


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

MED. FAM. SEGUN FORMACION PROFESIONAL
 SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
 U. M. F. No. 33

FORMACION PROF.	f	%
Med. Fam.	13	59.09
Otra:	9	40.90
- Pediatría	4	44.44
- Neumología	1	11.11
- Cirugía	1	11.11
- No especific.	3	33.33
TOTAL	22	99.99

GRAFICA 6

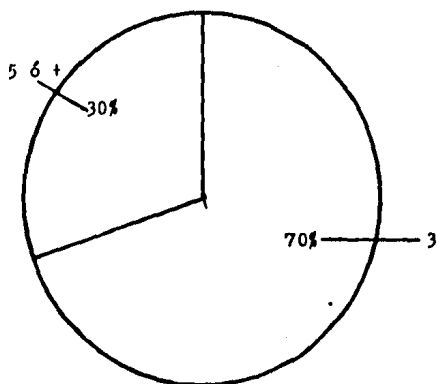


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

PROMEDIO POR DIA DE PACIENTES SENILES
ATENDIDOS POR MEDICO FAMILIAR
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

PROMEDIO/DIA PAC. SENILES	f	%
3	21	70.00
5 ó +	9	30.00
TOTAL	30	100.00

GRAFICA 7

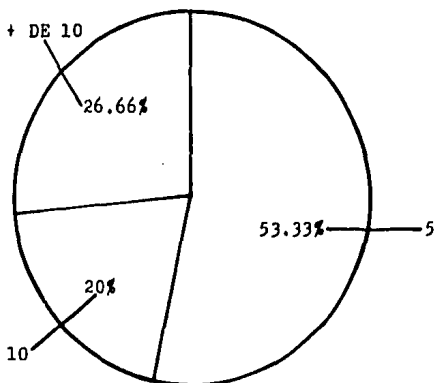


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

POBLACION SENIL ATENDIDA POR MEDICO FAM.
 SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
 U. M. F. No. 33

POB. SENIL (%)	f	%
5	16	53.33
10	6	20.00
+ de 10	8	26.66
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 8



HUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

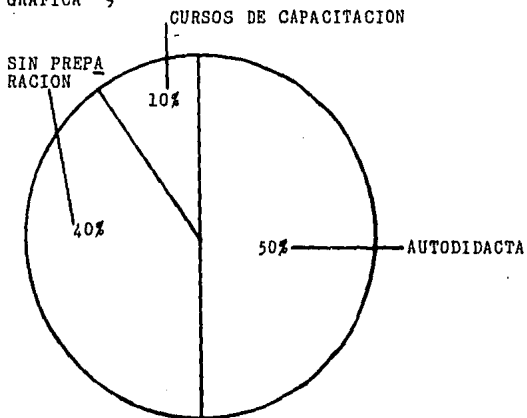
Con respecto al nivel profesional el 26.6% sólo tenía nivel licenciatura y el 73.3% contaban con postgrado, de los cuales 59.09% eran egresados de la residencia de Medicina Familiar y el resto (40.09%), eran egresados de otras especialidades, pero que se encontraban desempeñando un puesto de Médicos Familiares.

El promedio de población geriátrica adscrita a cada consultorio fue de 7.5% del total de la población de cada médico; manifestando que atienden en la consulta diaria un promedio de 3 pacientes en edad geriátrica.

MED. FAM. SEGUN SU PREPARACION EN GERIATRIA
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

PREP. EN GER.	f	%
Autodidacta	15	50.00
Sin preparac.	12	40.00
Cursos de cap.	3	10.00
TOTAL	30	100.00

GRAFICA 9

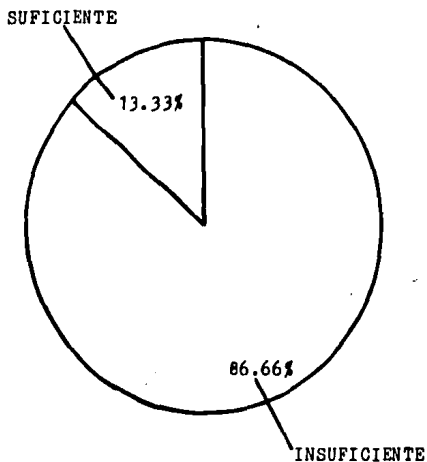


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

MEDICOS FAMILIARES EN RELACION
A SU PREPARACION EN GERIATRIA
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

PREP. EN GER.	f	%
Insuficiente	26	86.66
Suficiente	4	13.33
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 10



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

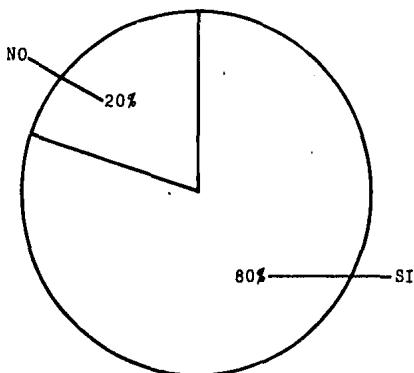
El 90% de los médicos aceptó no tener una preparación formal en el área geriátrica. Del total el 40% reconoció no tener ningún tipo de preparación en dicha área; el 50% han tenido contacto con esta disciplina en forma autodidacta; y el 10% restante mediante cursos de capacitación.

El 86% reconoció que su preparación en el área geriátrica es insuficiente.

LA VEJEZ CONSIDERADA COMO PROBLEMA
SOCIAL POR LOS MED. FAM.
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

VEJEZ COMO PROBL. SOCIAL	f	%
Sí	24	80.00
No	6	20.00
TOTAL	30	100.00

GRAFICA 11

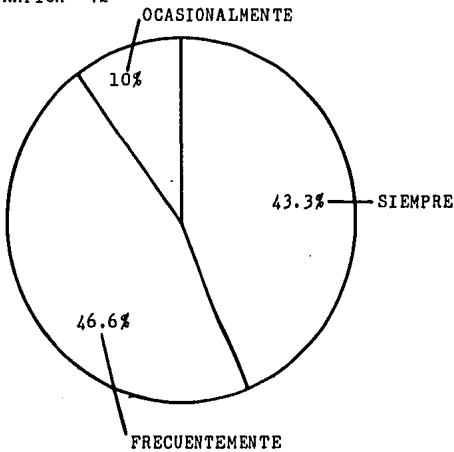


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

FACILIDAD DE LOS MED. FAM. PARA ESTABLECER
 UNA ADECUADA REL. M-P CON LOS PAC. SENILES
 SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
 U. M. F. No. 33

ADECUADA REL. M-P	f	%
Siempre	13	43.33
Frecuentemente	14	46.66
Ocasionalmente	3	10.00
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 12

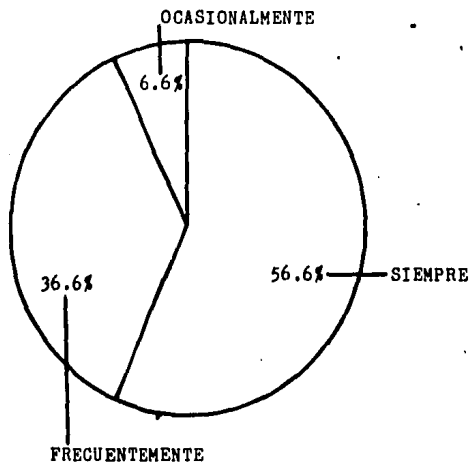


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ATENCION INTEGRAL OTORGADA POR MED. FAM.
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

ATENCION INTEGRAL	f	%
Siempre	17	56.66
Frecuentemente	11	36.66
Ocasionalmente	2	6.66
TOTAL	30	99.98

GRAFICA 13

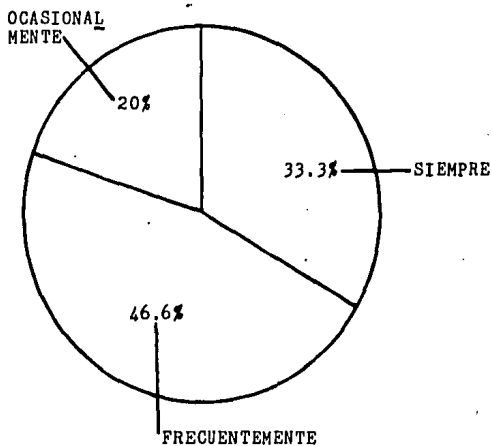


FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

PARTICIPACION DEL EQUIPO DE SALUD
EN LA ATENCION DEL PACIENTE SENIL
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33

PARTICIP. DEL EQUIPO DE SALUD	f	%
Siempre	10	33.33
Frecuentemente	14	46.66
Ocasionalmente	6	20.00
TOTAL	30	99.99

GRAFICA 14



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

De los médicos encuestados el 80% consideró que la vejez es un problema social en nuestro país.

El 43.3% manifestó que les es fácil establecer una adecuada relación médico paciente con los pacientes seniles.

Sólo el 56% de los médicos, refieren proporcionar atención integral a los pacientes seniles; solicitando la cooperación de los familiares para el manejo del paciente senil en el 73.3% de los casos y del equipo de salud, sólo en el 33.3%.

11. CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

11.1 La contrastación de la hipótesis de nulidad (La falta de metodología en el Médico Familiar, para abordar - los padecimientos geriátricos, no repercute en la atención que se brinda a los pacientes seniles), se realizó mediante la prueba estadística para muestras independientes "t"-de Student, con una confiabilidad de 0.05, mediante la siguiente fórmula:

$$t = \frac{\bar{X}_y - \bar{X}_x}{\sqrt{\frac{N_y(S_y)^2 + N_x(S_x)^2}{N_x + N_y - 2}} \sqrt{\frac{1}{N_x} + \frac{1}{N_y}}}$$

donde la decisión estadística para rechazar la hipótesis - nulidad y, por lo tanto, aceptar la hipótesis alterna es - en base a los valores críticos de "t" de Student en la tabla respectiva, que en este caso es de 2.00.

Si "t" de Student real es igual o mayor a la "t" de - Student teórica, los datos no son suficientes para susten- tar la hipótesis de nulidad, pero sirven de base para sus- tentar la hipótesis alterna.

11.2 Se realizó la correlación entre dos muestras in dependientes mediante la siguiente fórmula:

$$r = \frac{N\sum(XY) - \sum X\sum Y}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2]} \sqrt{[N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

con objeto de determinar la asociación, más no causalidad- entre variables de la muestra estudiada en base a los si- guientes criterios:

- $r = 1$ indica una correlación fuerte positiva
 $r = 0$ indica que no existe correlación.
 $r = -1$ indica que existe una correlación fuerte negativa.

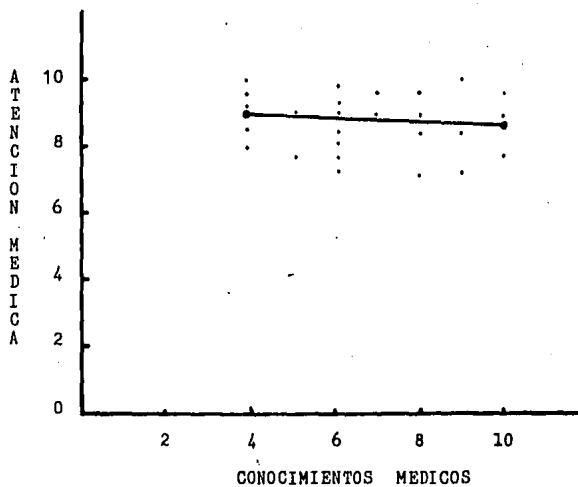
11.3 Así mismo se realizó la representación gráfica de asociación o correlación entre variables, empleando la ecuación de regresión de la recta, mediante la siguiente fórmula:

$$y = a + bx ; \quad \text{donde:}$$

$$a = \frac{\sum X^2 \sum Y - \sum X \sum (XY)}{N \sum X^2 - (\sum X)^2} ; \quad y$$

$$b = \frac{N \sum (XY) - \sum X \sum Y}{N \sum X^2 - (\sum X)^2}$$

CORRELACION ENTRE LOS CONOCIMIENTOS EN GERIATRIA
QUE POSEE EL MED. FAM. Y LA ATENCION QUE PROPOR-
CIONA A LOS PACIENTES SENILES
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33



\bar{X}_x : 6.73
 S_x : 1.91

\bar{X}_y : 8.37
 S_y : 0.95

A: 8.46

t_t : 2

B: -0.01

p: 0.05

r: -0.03

t_r : 4.55

$t_r > t_t \therefore$ se rechaza H_0 y se acepta H_1

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

Al hacer la correlación entre las variables de los conocimientos en Geriátría que poseé el Médico Familiar y la atención que proporcionan a los pacientes seniles, se obtuvo una $r = -0.03$, lo cual indica que existe una correlación negativa débil entre ambas variables, ya que la subjetividad se presentó en el formato de las encuestas, a pesar de haber formulado reactivos de tipo cerrado.

Para lo anterior se tomaron en cuenta las preguntas 6, 8, 11, 15 y 19 de los cuestionarios aplicados a los Médicos Familiares, con la finalidad de evaluar el área cognoscitiva, haciendo la conversión de valores cualitativos a cuantitativos, es decir, se asignó a cada pregunta un valor estimativo de 2, con lo cual se obtenía un total de 10 puntos.

Para evaluar el área psicomotriz y afectiva se tomaron las preguntas 21, 22, 24, 25 y 27, en las cuales las opciones fueron: siempre, frecuentemente, ocasionalmente y nunca; bajo los siguientes lineamientos: siempre = 10, frecuentemente = 7.5, ocasionalmente = 5 y nunca = 0; la puntuación total dividida entre 5, nos daba un valor total de 10 puntos.

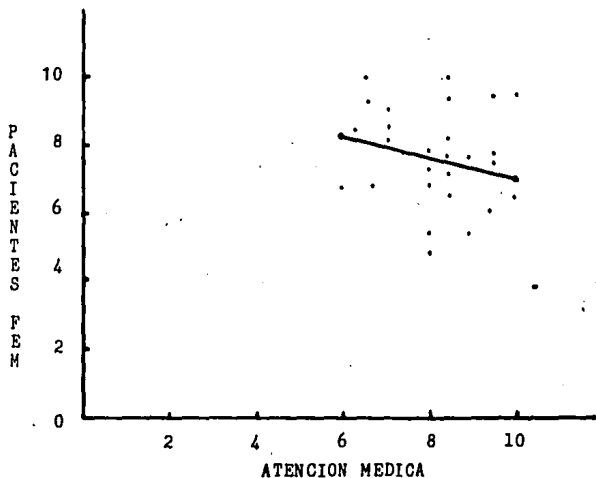
Por otro lado, para valorar la atención que los pacientes seniles recibían, se tomaron en cuenta las preguntas 23, 25, 26, 27 y 28 de los cuestionarios aplicados a la población senil, dándole un valor estimativo de 2 a cada pregunta, con un total de 10 puntos.

Se obtuvieron los siguientes resultados: $\bar{X}_x = 6.73$; $\bar{X}_y = 8.37$; $S_x = 1.91$; $S_y = 0.95$; $A = 8.46$; $B = -0.01$; $r = -0.03$; $t_t = 2$; $p = 0.05$ y $t_r = 4.55$.

La t_r encontrada es mayor a la t_t especificada en la tabla de valores críticos de "t", con una confiabilidad de 0,05.

Por tal motivo se concluye que con los datos obtenidos no puede ser sustentada la hipótesis de nulidad, pero son puntos de apoyo para la hipótesis alterna.

ATENCION MEDICA QUE PROPORCIONA EL MED. FAM.
A LOS PACIENTES SENILES DEL SEXO FEMENINO
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
U. M. F. No. 33



\bar{X}_x : 8.32

\bar{X}_y : 7.64

S_x : 0.98

S_y : 1.39

A: 8.85

t_t : 1.67

B: -0.2

p: 0.05

r: -0.09

t_r : -1.85

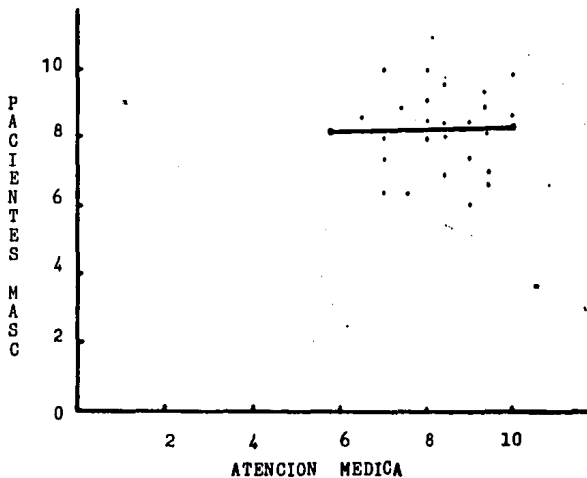
$t_r > t_t \therefore$ se rechaza H_0 y se acepta H_1

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

En relación a como percibe el paciente senil del sexo femenino, la atención que le brinda el Médico Familiar, encontramos una $r = -0.09$, es decir, casi no existe una asociación en las variables estudiadas, dado que la subjetividad juega un papel importante en la red de causalidad.

El valor de la t_c marcado en la tabla de valores críticos de "t", fue de 1.671, con una confiabilidad de 0.05, encontrando una $t_p = 1.85$, y ya que es un valor superior al de la t_c , se concluye que la hipótesis de nulidad no puede ser sustentada con los datos obtenidos, siendo entonces aceptada la hipótesis alterna.

ATENCION MEDICA QUE PROPORCIONA EL MED. FAM.
 A LOS PACIENTES SENILES DEL SEXO MASCULINO
 SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1985
 U. M. F. No. 33



\bar{X}_x : 8.45
 S_x : 0.98

\bar{Y}_y : 8.20
 S_y : 1.24

A: 8.11
 B: 0.01
 r: 0.01

t_t : 1.67
 p: 0.05
 t_r : -0.47

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

En relación a la atención que brinda el Médico Familiar a los pacientes seniles del sexo masculino se encontró una $r = 0.01$, es decir, que existe una asociación débil entre ambas variables, siendo la t_r menor a la t_t de la tabla de valores críticos de "t", por lo que se concluye que los datos obtenidos son puntos de apoyo para sostener la hipótesis de nulidad, aunque debemos de tomar en consideración el aspecto afectivo que se presenta en la relación médico-paciente.

Lo anterior está demostrado por la variabilidad amplia que existe entre la información proporcionada por los pacientes de ambos sexos.

IV. CONCLUSIONES.

El senescente es un grupo dentro de nuestra población que demanda atención, lo cual trae consigo la necesidad de aumentar la accesibilidad a los servicios médicos, implementando un sistema de atención médica y formando recursos humanos. Creando paralelamente servicios de apoyo que tengan como objetivo ofrecer al anciano las posibilidades de una vida digna.

El área Geriátrica-Gerontológica carece de una adecuada integración desde el punto de vista formativo y conceptual. Las referencias son pocas, no sólo en el área de la medicina sino también en otros campos de la investigación, ya sea, sociología, psicología, etc.

La Medicina Familiar como una corriente y disciplina médica, pretende abarcar el estudio del ser humano, no sólo en el contexto familiar, sino también en el social, que determina sus circunstancias individuales y de grupo. De tal forma que al intentar conocer a un miembro de la familia, que fue el individuo anciano, encontré nula información médica integral correspondiente.

La atención médica a pacientes seniles desde la perspectiva de la Medicina Familiar, es deficiente, ya que es curativa, episódica, discontinua e individual, sin tomar en cuenta factores psicológicos, sociales y aún médicos.

La gráfica 1 que muestra la distribución etárea de la población senil sujeta a esta investigación, coincide con las proyecciones del Consejo Nacional de Población, -- donde se establece que a partir de los 60 años el porcenta

je de esta población disminuye significativamente conforme avanza la edad. De igual forma podemos inferir que la esperanza de vida en México es mayor para el sexo femenino, ya que la edad máxima para los pacientes del sexo femenino -- fue de 83 años y para los del sexo masculino de 80 años.

El hecho de que exista un mayor número de matrimonios entre los pacientes del sexo masculino, así como un mayor número de viudas, considero que es debido a la mayor sobrevida observada en el sexo femenino; y ésto está plenamente demostrado en las Estadísticas Nacionales de Población.

La condición presente en los pacientes del sexo femenino, en relación al desempeño de actividades, es consecuencia de la situación sociocultural que prevalecía en -- nuestro medio hasta hace algunos años, donde las mujeres -- estaban confinadas a un segundo término y sus funciones básicamente se reducían a las labores del hogar. Aunque ésto pudiera considerarse ventajoso para ellas, ya que al llegar a la etapa senil continúan desempeñando sus labores cotidianas, en cambio, en los pacientes jubilados del sexo -- masculino, surgen sentimientos de inutilidad, rechazo, soledad, minusvalía y marginación, ya que la sociedad y la -- familia misma, les imponen limitaciones para satisfacer -- las necesidades de relación, actividad, seguridad, independencia y reconocimiento.

El 100% de la población senil sometida a esta investigación eran todavía autosuficientes, y esto es debido a -- que las encuestas se aplicaron a pacientes seniles que acudían a la consulta de Medicina Familiar, los cuales no presentaban aún limitaciones o éstas eran muy leves.

La convivencia con familiares ocurrió en la inmensa mayoría de los casos (96.6%) y esto se debe a que los pacientes de este grupo de edad, pasan a formar parte del núcleo familiar de alguno de los hijos.

La mayoría de los médicos encuestados fueron relativamente jóvenes, con una edad promedio de 38 años, predominando el sexo masculino con respecto al femenino en una relación de 2:1.

En cuanto al nivel profesional, sólo el 43.3% de los médicos sujetos a esta investigación son egresados de la residencia de Medicina Familiar. En esta investigación no se analizó el tipo de atención que otorga el Médico Familiar egresado de la residencia de Medicina Familiar a la población senil, en relación a otros especialistas, por lo que esto puede ser objeto de otra investigación.

En cuanto a la atención que se brinda a los pacientes seniles podemos considerar que es deficiente ya que no siempre reciben la información necesaria por parte del equipo de salud, y del Médico Familiar en especial, ni cuentan con el apoyo suficiente por parte de la familia y de la sociedad.

El censo de los médicos reconoció la falta de preparación en el área geriátrica, dada por la carencia de asignaturas curriculares, lo cual representa, junto con los factores socioeconómicos, un obstáculo para la adecuada atención médica a los pacientes seniles.

V. PROPOSICIONES.

Desde nuestra perspectiva de Residentes de Medicina Familiar, considero que resulta importante, el incorporar a nuestra formación profesional específica, objetivos de enseñanza Geriátrica-Gerontológica, que contemplen los siguientes aspectos:

a) Desarrollo humano.-En esta área, el estudiante deberá describir el proceso del envejecimiento, con todos -- los cambios físicos, mentales y sociales que implica.

b) Conducta.- Se describirán la patología y los cambios conductuales ocurridos en la vejez como resultado del proceso biológico normal de envejecimiento, así como el efecto de estos cambios en la vida familiar y social del an ciano.

c) Medicina y sociedad.- Aquí el estudiante describirá las características de la respuesta social al problema de la senectud, tanto en término de actitudes como en la - disponibilidad de servicios médicos y públicos.

d) Salud y enfermedad.- Se identificarán los factores físicos, sociales y económicos que afectan directamente la salud del anciano. Se identificarán factores de riesgo. Se demostrará la capacidad para el diagnóstico y manejo integral del paciente.

e) El ejercicio profesional.- En esta área se pretenderá capacitar al estudiante para que diseñe formas de a-- tención para aprovechar al máximo los recursos existentes,

estableciendo las conexiones necesarias con otros profesionales.

La operacionalización de un programa educativo que satisfaga los cinco puntos antes mencionados tendrá que ser adaptado al sistema de atención propio de la institución - y a los recursos físicos disponibles. El programa educativo, así como el sistema de atención tendrán que ser sometidos a un proceso de evaluación constante. Será indispensable estimular la investigación en el área, misma que vendrá a fortalecer la disciplina. No nos referimos con esto sólo a la investigación básica, sino a aquella que puede realizar el médico y su equipo de salud en el consultorio o en el domicilio del mismo paciente.

La vida del ser humano es efímera, el tiempo vuela vertiginosamente y los ancianos pronto ceden su lugar a las -- nuevas generaciones. Las oportunidades que se brinden hoy a los ancianos de -- mantener siempre sus posibilidades de -- realización personal sin estar temiendo por su supervivencia, serán las mismas -- que gozarán tiempo más tarde, las hoy -- generaciones jóvenes.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- X Censo General de Población y Vivienda 1980. Secretaría de Programación y Presupuesto. México 1981
- 2.- Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos - 1982-1983. Secretaría de Programación y Presupuesto. México 1984
- 3.- Código Civil para el Distrito y Territorios Federales. México: Editorial Porrúa, 1970
- 4.- Trueba UA. Ley Federal del Trabajo. Reforma Procesal de 1980. México: Editorial Porrúa, 1980
- 5.- Barquin M. Medicina Social. México: Editorial Mendez-Otero, 1977
- 6.- Moreno PJ. Nueva Ley del Seguro Social. México: Editorial Trillas, 1981
- 7.- Mervyn WS. Sociology in Medicine. México: Colección - Salud y Seguridad Social IMSS, 1982
- 9.- Ramón CS. El mundo Visto a los 80 años. España: Espasa Calpe SA, 1960
- 10.- Rodríguez J. La vejez desde el punto de vista médico. España: Espasa Calpe SA, 1963
- 11.- Blesson P. Training Doctors to Care for Old People. - Ann Intern Med 1979; 90(2):202-64
- 12.- Alvarez GR. Los ancianos, un grupo olvidado. Gac Med-Mex 1977; 113(12):575-80
- 13.- Frolkis VV. Practice Geriatrics. México: Editorial Manual Moderno, 1977
- 14.- Payno M. El Problema Gerontológico en México. Rev Fac-Med 1980; 23(5):22-46
- 15.- Freedman A. Compendio de Psiquiatría. México: Editorial Salvat, 1980
- 16.- Conn HB. Family Practica. México: Editorial Interamericana, 1972:95-108

- 17.- Holtzman JM. Geriatrica Programs for Medical Students and Family Practice Resident Establishing Attitudes-Toward the aged. J Am Geriatr Soc 1977; 25(11):521-4
- 18.- Kalchthaler T. The role of Geriatrics in Family Practice Residency Program. J Am Geriatr Soc 1977; 25(9): 427-9
- 19.- Haas WH. Characteristic of Family Practitioners with large Geriatric Practices. J Am Geriatr Soc 1980; -- 28(7):289-94
- 20.- Cooggan P. A required Program in Geriatrics for Medical Students. J Fam Pract 1978; 7(4):753-9
- 21.- Holtzman JM. Geriatrics Program for Medical Students, Impact of two Educational Experience of Student Attitudes. J Am Geriatr Soc 1978;26(8):355-9
- 22.- Moore Jt, Kane WJ. Geriatric Training in Family Medicine: The Natural History of a Developing Program. -- J Fam Pract 1979; 8(1):79-83
- 23.- Ingman SR. Toward a Comprehensive Geriatric Educational Experience. J Am Geriatr Soc 1979; 27(7):320-4
- 24.- Levenoon AJ. Gerontologic and Geriatric Training in - Medical Scholl: Curriula Preference Show Bay Medical-Students. Educators and General Practitioners. J Am - Geriatr Soc 1980; 28(4):157-63
- 25.- Neuman E. Reflexiones sobre la vejez. Salud Mental -- 1980; 3(1):26-9
- 26.- Dominguez O. La vejez, una nueva edad social. Santiago 1979. Universidad de Chile. Fac Med Sur
- 27.- Estrada IL. El ciclo vital de la familia. México: Xochitl Editores SA de CV. 1982:117-24
- 28.- Castro NP. Introducción a la Medicina Humanística. México: UNAM, Fac Med 1971:1-20
- 29.- Escobar IA. Aspectos biológicos de la senectud. Rev - Fac Med 1981; 24(12):20-5

- 30.- Fuentes Ar. Temas de Geriatria. México: Universidad - del Ejército y Fuerza Aérea, Hospital Central Miliar, 1982:21-27, 31-45, 423-434
- 31.- Alvarez GR, Brown MJ. Encuesta de las necesidades de los ancianos en México. SPM 1983;25:21-74
- 32.- Salgado AA. Geriatria historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica. Medicine 1980; 34:13-27
- 33.- Narro JR, Varela L. La Enseñanza de la Geriatria en - la Medicina Familiar . MF 1982; 1:32-35

CUESTIONARIO QUE SE APLICO A LOS PACIENTES SENILES.

1. Nombre:
2. Edad: ___ años.
3. Sexo: ___ M; ___ F.
4. Estado civil:
 - ___ Soltero
 - ___ Casado.
 - ___ Unión libre.
 - ___ Divorciado.
 - ___ Separado.
 - ___ Viudo.
5. Grado escolar:
 - ___ Primaria incompleta.
 - ___ Primaria completa.
 - ___ Educación media.
 - ___ Educación profesional.
6. Ocupación:
 - ___ Trabaja actualmente: ___ Propio; ___ Empresa.
 - ___ Jubilado.
 - ___ Pensionado: ___ Incapacidad; ___ Edad.
7. Con quién vive usted?:
 - ___ Solo.
 - ___ Con familiares consanguíneos.
 - ___ Con familiares directos.
 - ___ Con amigos.
8. ___ Cuántos miembros son en su familia?
 - ___ Con cuantas recámaras cuentan?
 - ___ Cuántas personas duermen en su cuarto?
9. Qué hace cuando siente dolor o molestias?
 - ___ Consulta al doctor.
 - ___ Va a la farmacia.
 - ___ Toma algún remedio casero.
 - ___ Nada (lo toma como algo "natural").
10. Patología agregada:
 - ___ Cardiovascular.
 - ___ Degenerativa.
 - ___ Endocrinopatías.
 - ___ Digestiva.
11. Todavía es autosuficiente?
 - ___ Sí ___ No

12. Tiene alguna idea de lo que es un asilo de ancianos?
 Sí No.
13. Le gustaría vivir en una comunidad de ancianos?
 Sí No.
14. Conoce el nombre de su Médico Familiar?
 Sí No.
15. Su Médico Familiar lo llama a usted por su nombre?
 Sí No.
16. Acude con regularidad a sus citas?
 Sí No.
17. El Médico Familiar conoce a su familia?
 Sí No.
18. En los dos últimos meses a acudido a los servicios de Medicina Preventiva y Dietología?
 Sí No.
19. Considera que la atención que le brinda su Médico Familiar es igual que cuando era más joven?
 Sí No.
20. Su Médico Familiar lo ha visitado en su domicilio?
 Sí No.
21. Se siente usted a gusto con lo que hace actualmente?
 Sí No.
22. Tiene planes para el futuro?
 Sí No.
23. Le tiene usted confianza a su Médico Familiar?
 Sí No.
24. Su Médico le ha informado sobre sus enfermedades?
 Sí No.
25. Su Médico le ha informado sobre las actividades que puede y/o debe realizar?
 Sí No.
26. El trato que recibe de su Médico es adecuado?
 Sí No.
27. Su Médico le ha informado sobre los cuidados que debe seguir para un adecuado control de sus enfermedades?
 Sí No.

28. Sus familiares contribuyen con usted en los cuidados -
que su Médico le indicó?
 Sí No.
29. Sus familiares se preocupan por usted?
 Sí No.
30. Se considera una persona útil y necesaria?
 Sí No.

GUESTIONARIO QUE SE APLICÓ A LOS MÉDICOS FAMILIARES.

1. Edad:
2. Sexo:
3. Formación profesional:
 - Nivel licenciatura.
 - Nivel postgrado.
4. Tipo de postgrado:
 - Medicina Familiar
 - Otro (especifique):
5. Su preparación en el área geriátrica ha sido por:
 - Cursos de capacitación.
 - En forma autodidacta.
 - No tiene ningún tipo de preparación en esta área.
6. El estudio de los fenómenos que conducen a la vejez co responde a la?:
 - Sí No.
7. Cuál es el modelo que utiliza en la relación Médico-pa-
ciente, con el paciente senil?:
 - Participación mutua.
 - Activo-pasiva (preguntas cerradas).
 - Dirección-cooperación (preguntas abiertas)
8. Cuáles son las características por las que identifica-
a su paciente senil?:
 - Aspecto.
 - Trato.
 - Frecuencia de consultas.
 - Tipo de padecimiento.
 - Expediente.
9. El porcentaje de pacientes seniles en su población --
adscrita es del?:
 - 5% 10% Más del 10%.
10. El promedio por día de pacientes geriátricos que acu-
den a consulta es de?:
 - 3 5 Más de 5.
11. El estudio de los fenómenos fisiopatológicos que se -
presentan en la vejez, es campo de acción de la?:
 - Geriatria.
 - Gerontología.
12. Conoce alguna institución específica para pacientes -
geriátricos?:
 - Sí No.

13. Considera que su preparación en el área geriátrica es suficiente?:
 Sí No.
14. El tiempo que utiliza en la atención del paciente senil en relación al resto de la población es igual?:
 Sí No.
15. Considera que la vejez es un problema social?:
 Sí No.
16. Alguna vez ha pensado en las perspectivas de vida de la población senil?:
 Sí No.
17. Le gustaría incrementar sus conocimientos en el área geriátrica?:
 Sí No.
18. Considera necesario incluir a la Geriátrica dentro del programa de especialización en Medicina Familiar?:
 Sí No.
19. Para atender a los seniles requiere de mayor paciencia?:
 Sí No.
20. Se está usted preparando para llegar a la vejez?
 Sí No.
21. Le es fácil establecer una adecuada relación Médico-paciente con los pacientes seniles?:
 S F O N.
22. En la atención de su población senil incluye al equipo de salud?:
 S F O N.
23. Su trata con el paciente senil es satisfactorio?
 S F O N.
24. Solicita la cooperación de los familiares para los cuidados del paciente senil?:
 S F O N.
25. Proporciona atención médica integral a su población senil?:
 S F O N.
26. En el cumplimiento de las indicaciones cuenta con la cooperación de los familiares?:
 S F O N.
27. Proporciona educación médica a sus pacientes seniles?:
 S F O N.

28. Comprueba la realización de sus indicaciones?:
___ S ___ F ___ O ___ N.
29. Recibe muestras de gratitud por parte de los pacientes seniles?:
___ S ___ F ___ O ___ N.
30. El apoyo que recibe por parte del equipo de salud para la atención de su población geriátrica es adecuado?:
___ S ___ F ___ O ___ N.