



11226  
207  
20

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 57  
IMSS VERACRUZ, VER.  
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

**Aspectos Biopsicosociales de la Vejez y su  
Interacción Dentro de la Familia**

**T E S I S**

Que para obtener el Postgrado en la  
Especialidad de:

**MEDICINA FAMILIAR**

Presenta

**DRA. HERLINDA GARCIA GARCES**

*[Handwritten signature]*

Veracruz, Ver.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1980.



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 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.

I N D I C E

1.- JUSTIFICACION

2.- INTRODUCCION

3.- MATERIAL Y METODOS

4.- CONCLUSIONES

5.- RESULTADOS

6.- BIBLIOGRAFIA

## CAPITULO I

## JUSTIFICACION

A la consulta externa de Medicina Familiar diariamente acuden pacientes ancianos, en su mayoría beneficiarios y en menor número pensionados o con seguro facultativo, para control de sus padecimientos crónicos degenerativos.

Estos representan un verdadero desafío para la medicina, ya que involucran en una sola especialidad, conocimientos provenientes de muchas disciplinas. Además por el hecho de que no todas las disciplinas son estrictamente médicas. Quienes padecen males propios de la senectud se encuentran hoy casi en el abandono.

Por lo que entrar a la vejez y con ella a la zona de riesgo más temible, el de la declinación inexorable de la capacidad física y mental, el deterioro progresivo, lo mismo en lo orgánico que en lo espiritual, que acaban con la alegría de vivir. El riesgo que tenemos todos de que en lugar de ser un apoyo, convertirse en una carga y que en lugar de ser un elemento útil, convertirse solamente en un estorbo.

Los adelantos de la medicina aumentan la expectativa de vida y así a la población de ancianos, por lo que la pirámide de la población se invertirá y estos serán una población relevante.

Los ancianos ven reducidas sus probabilidades de interactuar con su grupo y efectuar un aporte a la sociedad. Lo que les lleva a la pasividad y al aislamiento, cuando no a la agresión contra el grupo que lo ha marginado. Lo anterior es fuente de una patología complicada y resistente. Un hecho es que el anciano no tiene incentivos ni deseos reales de curarse. Se empeora por el rechazo de los empleos hacia las personas mayores. La ruptura con los contactos y relaciones sociales y la idea de que se transforman en un parásito de la sociedad, que gravita sobre la familia y su grupo social, ocasiona grave desajuste de la personalidad. Lo más difícil a tratar de todo el cuadro de síntomas propios de la

de la senectud en el área emocional. Presenta gran contenido somático que se ve complicado por el factor psicológico. Este aspecto debe recibir mayor atención, porque es la parte donde hay menos antecedentes y guías que garantizan resultados.

En la práctica diaria de la consulta de medicina familiar he observado, que en su mayoría los pacientes ancianos no siguen las indicaciones médicas ni higiénico-dietéticas. Lo cual se sabe por el número de consultas que ocasionan diariamente y los familiares así lo manifiestan. Hecho que complica aún más sus padecimientos y hace más difícil su control. Además revelan poco interés en su salud y en su persona, llegan a considerar a sus familiares como enemigos. Algunos preferirían morir ya que carecen de objetivos.

Por lo antes mencionado realizaré el presente estudio, comprender y entender en que forman interactúan dentro de la familia los ancianos, y cuales son las consecuencias y repercusiones de las actitudes intrafamiliares.

## CAPITULO II

## INTRODUCCION

Envejecer constituye una tragedia para la mayoría de los individuos de cualquier sexo, no existe la debida preparación para las distintas etapas de la vida, como son la madurez, la madurez-avanzada, la presenilidad y la senilidad, ya que poseen diferentes objetivos. Por lo que aquel que envejece sin una orientación-técnica, asistencia médica y colaboración social, llega a una vejez llena de desengaños, con enfermedades, incapacidades, desajustes económicos y psicológicos.

La investigación gerontológica tiene una profunda influencia sobre ciencias humanísticas y es importante para la población en general, ya que todas las personas mayores deben contar con los medios necesarios y suficientes para satisfacer y disfrutar una vida dentro de los niveles adecuados a su dignidad.

La atención y preparación para la vejez, tiene varias etapas la preclínica o preventiva; la profilaxis de las enfermedades y padecimientos de la vejez que se inician muy pronto en la vida; la etapa de orientación o tratamientos curativos y el periodo donde solo se usan paliativos. Esto último es lo que se ha hecho.

Se realizó el presente estudio con el fin de que se tome conciencia de la importancia que merece este grupo de edad y tenga una mejor preparación psicológica, así como a su familia para la vejez y el retiro. De manera que puedan actuar libremente dentro de su núcleo familiar y no se sientan inútiles ni relegados.

Es aconsejable una buena preparación psíquica para el retiro de actividad o jubilación y esta debe iniciarse diez años antes de que tenga lugar.

La edad tiene muchos conceptos limitantes: cronológicos, biológicos, psicológicos y sociológicos. Es considerada en forma individual en cada persona, para lo cual se toma en consideración su aspecto, sentimientos, actividades y su mantenimiento en rela-

ción con conocimientos nuevos y modernos.

El concepto de nevejimiento es aquel que se inicia con el nacimiento y nos acompaña toda la vida.

La edad en si misma no es una enfermedad, una persona de --- edad avanzada, no se convierte en una persona enferma. Muchas personas de edad conservan su mente lúcida, sus emociones y su cuerpo capaces de disfrutar del trabajo y la compañía.

Por lo que es importante que sepamos como prevenir y tratar las enfermedades, así como preparar psicológicamente a las personas provecas y a sus familiares para la vejez, el retiro y preparar actividades adecuadas a sus condiciones psicossomáticas, ya -- que la inactividad acelera el envejecimiento.

## CAPITULO III

## MATERIAL Y METODOS

Se va a estudiar a la población asistente del consultorio-17 turno AC, a partir de los 60 años de edad, caracterizados de la siguiente manera:

## 1.- Socioeconómica:

- a) beneficiarios
- b) pensionados
- c) Seguro facultativo

## 2.- Por condición biológica:

- a) Sexo
- b) Edad

## 3.- En grupos quinquenales:

- 60 - 64 años
- 65 - 69 años
- 70 - 74 años
- 75 - 79 años
- 80 - 84 años
- 85 - 89 años

## 4.- Variables a investigar:

- 1) Nombre
- 2) Edad
- 3) Sexo
- 4) Dirección
- 5) Origen
- 6) Estado civil
- 7) Educación
- 8) Religión
- 9) Ocupación actual
- 10) Antec. personales no patológicos
- 11) Antec. personales patológicos
- 12) Porcentaje de consultas.



#### VARIABLES ESPECIFICAS

- 13) Contexto psicológico.- trata de averiguar si el anciano está contento de la situación en que vive, así como de la capacidad de realización y superación personal, de donde derivan sus perspectivas al futuro. Por medio de un cuestionario.
- 14) Aspectos sociales.- Contiene la definición del rol del anciano dentro de su núcleo familiar, así como su interacción dentro de la dinámica de la familia, se investigará por medio de un cuestionario por interrogatorio di rigido.
- 15) La caracterización de la población de ancianos en cuanto a su frecuencia de patologías y promedios de consulta. Son deducidos del archivo clínico.
- 16) Relación médico paciente.

Criterio de exclusión: A los pacientes que debido a su edad o trastornos mentales, no puedan contestar en forma adecuada el cuestionario.

Se hará un estudio piloto previo para probar el cuestionario que se empleará, con pacientes ancianos en otros consultorios.

Se elaboró la pirámide de población del consultorio 17 AC.- Se investigará número de afiliación y familia, domicilio del grupo estudiado. Se citaran al consultorio para la entrevista y llenado del cuestionario correspondiente. Se visitaron en su domicilio a los que no acudieron.

La entrevista para el llenado de cada cuestionario es de 40 minutos aproximadamente, se le hace al anciano y a un familiar.- Los datos así obtenidos se vaciaron en una tarjeta perforada (se anexa). Los resultados obtenidos se presentan en tablas.

Material y equipo utilizado: El consultorio 17 AC para las entrevistas; cuestionario, tarjeta perforada, lápices, plumas.

#### PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA:

Debido a la importancia de los problemas emocionales que --

presentan los pacientes geriátricos, los cuales muchas veces pasan inadvertidos, interesándonos muchas veces únicamente en los trastornos orgánicos, se palés investigar en el presente estudio, los aspectos psicosociales preferentemente y su correlación con el área biológica y la forma como interactúan dentro de la familia.

#### OBJETIVO GENERAL

Examinar como los cambios biológicos, psicológicos y sociales de la senectud influyen en el ambiente familiar.

#### OBJETIVOS INTERMEDIOS

- 1.1 Analizar cuales son las perspectivas psicológicas, socio-culturales del anciano del C 17 AC de nuestra población de rechobiente, con respecto a su vida.
- 1.2 Investigar la capacidad de realización y superación personal del anciano para llevar su vejez dentro de las mejores condiciones posibles.
- 1.3 Rol del anciano dentro de su grupo familiar.
- 1.4 De que manera influye la presencia de un anciano dentro del ambiente familiar.
- 1.5 Grado de conocimientos de la familia a cerca de la naturaleza de los cambios que sufre su anciano, propios de la etapa en que vive.
- 1.6 Investigar cual es el porcentaje de ancianos de la población asistente.
- 1.7 Investigar los padecimientos más frecuentes en la población estudiada.
- 1.8 Promedio de consultas por paciente mayor de 60 años.

#### Objetivo concomitante

Que el médico familiar tome conciencia de la importancia que tiene que el anciano y su familia conozca los cambios que este sufre propios de la etapa en que vive, y que debben estar preparados para cuando se presenten.

#### HIPOTESIS

La actitud del anciano es debida a las alteraciones biopsicosociales propias de la etapa en que vive o de su mala interacción con su grupo familiar.

CUESTIONARIO  
ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA VEJEZ Y SU INTERACCION DENTRO  
DE LA FAMILIA

1.- FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre.....Edad.....Sexo.....Edo Civil.....  
 Origen.....Dirección.....  
 Escolaridad.....Ocupación actual.....  
 Ocupación anterior.....Ingreso.....  
 Pensionado.....Dependencia.....  
 Afiliación.....

2.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Alcoholismo.....Tabaquismo.....Alimentación.....  
 Habitación.....

3.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Diabetes.....HTA.....Obesidad.....AUC.....

4.- FAMILIA

Integrada.....Desintegrada.....

INTERROGATORIO AL ANCIANO

5.- ¿Con quien vive Ud?

a) Hijos    b) Familiar    c) otros

6.- ¿Desde hace cuanto tiempo?

a) menos de 1 año    b) 10 años    c) 20 años

7.- ¿Esta contento de vivir con ellos?    sí (    )    no (    )

8.- ¿Preferiría vivir con algún otro familiar?    sí (    )    no (    )

9.- ¿Depende económicamente?    sí (    )    no (    )

10.- ¿Esta contento con la situación en que vive?    sí (    )    no (    )

11.- ¿Se considera útil a su familia?    sí (    )    no (    )

12.- ¿Se siente una carga para ellos?    sí (    )    no (    )

13.- ¿Lo gustaría vivir en un asilo?    sí (    )    no (    )

14.- ¿Viviría Ud. solo?    sí (    )    no (    )

15.- ¿Desea seguir viviendo?    sí (    )    no (    )

16.- ¿Por cuanto tiempo?

- a) -1 año b) 10 años c) 20 años
- 17- ¿Hizo algo para prever su vejez? sí ( ) no ( )
  - 18- ¿Considera que debió hacerlo? sí ( ) no ( )
  - 19- ¿Le gustaría seguir trabajando? sí ( ) no ( )
  - 20- ¿Dónde le gustaría trabajar?
  - 21- En su casa ( )
  - 22- Fuera ( ) no trabajar ( )
  - 23- ¿Las actividades que realiza son -
  - 24- importantes para Ud. sí ( ) no ( )
  - 25- ¿Está contento con lo que ha obtenido  
en el transcurso de su vida? sí ( ) no ( )
  - 26- ¿Sabe que significa llegar a la ----  
vejez? sí ( ) no ( )
  - 27- ¿Ha recibido alguna orientación a --  
cerca de los cambios que sufre pro--  
pios de la etapa en que vive? sí ( ) no ( )
  - 28- ¿Piensa que sería conveniente reci--  
birla? sí ( ) no ( )
  - 29- ¿Le ayudaría a adaptarse a su vejez? sí ( ) no ( )
  - 30- ¿Es querido por sus hijos? sí ( ) no ( )
  - 31- ¿Lo quieren sus familiares? sí ( ) no ( )
  - 32- ¿Le cuentan sus problemas? sí ( ) no ( )
  - 33- ¿Se siente respetado? sí ( ) no ( )
  - 34- ¿Ha tenido problemas con los fami--  
liares que vive? sí ( ) no ( )
  - 35- ¿Tiene amigos? sí ( ) no ( )
  - 36- ¿Se siente rechazado por su grupo--
  - 37- social? sí ( ) no ( )
  - 38-
  - 39- ¿Le gusta acudir a lugares de re--  
creo? sí ( ) no ( )
  - 40- ¿Le gustaría viajar? sí ( ) no ( )
  - 41- ¿Es desconfiado? sí ( ) no ( )
  - 42- ¿Le gustaría retornar al pasado? sí ( ) no ( )
  - 43- ¿Se olvida frecuentemente de lo --  
que sucede durante el día? sí ( ) no ( )
  - 44- ¿Le angustia la idea de morir? sí ( ) no ( )
  - 45- ¿Cree estar preparado para morir? sí ( ) no ( )

- 46- ¿Se enferma frecuentemente?      sí ( )    no ( )
- 47- ¿A que cree que se debe?  
 a) edad b) ha trabajado mucho  
 c) no sigue tratamiento
- 48- ¿Acude frecuentemente a consulta?   sí ( )    no ( )
- 49- ¿Como lo trata su EF?  
 a) Bien b) Regular c) mal
- 50- ¿Le gustaría ser hospitalizado?    sí ( )    no ( )

INTERROGATORIO AL FAMILIAR

- 1.- ¿Es Ud hijo (a) del anciano?      sí ( )    no ( )
- 2.- ¿Estan de acuerdo en vivir con él?   sí ( )    no ( )
- 3.- ¿Los aporta ayuda económica?      sí ( )    no ( )
- 4.- ¿Lo consideran útil?              sí ( )    no ( )
- 5.- ¿Desempeña alguna actividad?      sí ( )    no ( )
- 6.- ¿Afecta su economía?              sí ( )    no ( )
- 7.- ¿Lo considera una carga?          sí ( )    no ( )
- 8.- ¿Es una obligación cuidarlo y ayu-  
 darlo?                                      sí ( )    no ( )
- 9.- Prefiere que viva;  
 a) con su familia; b) solo c) asilo
- 10- ¿Se porta bien con Ustedes?        sí ( )    no ( )
- 11- ¿El trato que ustedes le dan es --  
 bueno?                                      sí ( )    no ( )
- 12- ¿Las relaciones del anciano (a) --  
 con la familia son ?  
 a) buenas b) regulares c) malas
- 13) ¿Le tienen confianza?              sí ( )    no ( )
- 14) ¿Se enferma frecuentemente?      sí ( )    no ( )
- 15- ¿Pide que lo lleven a consulta fre-  
 cuentemente?                              sí ( )    no ( )
- 16- ¿Preferiría que estuviera hospitali-  
 zado?                                      sí ( )    no ( )
- 17- ¿Ha recibido orientación a cerca de-  
 los cambios que sufre su anciano --  
 propios de la etapa en que vive?      sí ( )    no ( )
- 18- ¿Cree que sería conveniente recibir  
 le?    sí ( )    no ( )
- 19- ¿Lo cree causante de problemas?    sí ( )    no ( )

20- ¿Quien consideraria es la indicada?

a) MF b) Maestros c) Sacerdote

21- ¿Está satisfecho (a) del trato que le  
ha dado a su anciano?

sí ( ) no ( )

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

UMF 57 1979-1981

VERACRUZ VER.

| HIJOS                         |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |    |   |
|-------------------------------|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|----|---|
| FAM                           | Q  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |    |   |
| U                             | 70 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |    |   |
|                               |    | 5 | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |   |   |    |   |
| S                             | 1  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 31 | S |
| N                             | 2  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 37 | S |
| N                             | 3  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 33 | S |
| S                             | 4  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 34 | N |
| S                             | 5  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 35 | S |
| N                             | 6  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 36 | S |
| N                             | 7  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 37 | N |
| S                             | 8  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 39 | S |
| S                             |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 40 | S |
| N                             |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 41 | S |
| S                             |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   | 41 | N |
| RESID. MED. FAM. IMSS 1979-81 |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |    |   |
|                               |    | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |    |    |    |    |   |   |    |   |
| U                             | W  | U | W  | U  | W  | U  | W  | U  | W  | U  | W  | U  | W  | U  | W  | U  | W  | U  | W  | U  | W  | U  | W  | U  | W  | U  | W  | U | W |    |   |

1 NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 EDO CIVIL \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ ORIGEN \_\_\_\_\_ OCUPACIONAL \_\_\_\_\_  
 O. ANT. \_\_\_\_\_  
 2 INGRESOS \_\_\_\_\_ RELIGION \_\_\_\_\_  
 3 ANT. PERS. NO PAT. \_\_\_\_\_ TABAQUISMO \_\_\_\_\_  
 ALIMENTACION \_\_\_\_\_ HABITACION \_\_\_\_\_  
 4 ANT. PERS. PAT. \_\_\_\_\_ DIABETES - HTA \_\_\_\_\_ OBESIDAD \_\_\_\_\_ AVC \_\_\_\_\_  
 TIPO FAMILIAR \_\_\_\_\_ INTEGRADA \_\_\_\_\_ DESINTEGRADA \_\_\_\_\_

## CAPITULO IV

## RESULTADOS

El presente estudio se realizó con la población mayor de 60-años asistente al consultorio 17 turno AC durante el periodo comprendido del mes de Abril a Septiembre de 1980, en la unidad de Medicina familiar No 57 de Ver. Ver. Se estudiaron 81 casos que corresponden al 64% de la población geriátrica.

A todos se les aplicó un cuestionario con preguntas estructuradas, por medio de entrevistas. De las cuales 30 fueron realizadas en el consultorio y 51 por medio de visitas a domicilio.

Los 81 casos estudiados correspondían al sexo femenino 54 -- que equivale al 66,6% del total y 27 de sexo masculino que es el 33,3%. El promedio de vida para nuestra población fué de 68,4 -- años, los menores son los de 60 años y la máxima edad fué de 88 años que correspondían a dos del sexo femenino TABLA I.

En el transcurso del estudio falleció uno de los ancianos a la edad de 82 años debido a cardiopatía en el mes de Agosto.

Según los datos obtenidos, llama la atención la mayor supervivencia de la mujer en relación al hombre. Hecho que se ha relacionado con el tipo de actividades, toxicomanías, accidentes, a los que están expuestos los hombres, ya que la mujer se dedica a actividades que no ofrecen peligro por ser realizadas en el hogar en su mayor parte.

El grupo con mayor número de miembros lo observamos en el -- comprendido entre 60 y 64 años de edad, que corresponde a un total de 25 o sea el 30,6% del total, son del sexo femenino 17 (20,9%) y del masculino 8 (9,8%). Le sigue el grupo de 65 a 69 años -- con 19 que son el 23,5% de los cuales 13 son de sexo femenino (16%) y 6 del sexo masculino (7,3%). En tercer lugar tenemos al -- grupo comprendido entre 75 y 79 años con 15 (18,5%), 10 son del -- sexo femenino (12,3%) y 5 masculinos (6,1%). En cuarto lugar tenemos al de 70 a 74 años con 12 (14,8%), 9 femeninas (11,9%) y 3 -- hombres (3,7%), los otros dos grupos con 5 cada uno.

La sociedad sigue un método alterno para clasificar a las --



TABLA I  
POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS ESTUDIADA SEGUN SEXO  
Y EDAD C17 AC UMF No 57 1980

| EDAD  | SEXO      |          | TOTAL |
|-------|-----------|----------|-------|
|       | MASCULINO | FEMENINO |       |
| 60-64 | 8         | 17       | 25    |
| 65-69 | 6         | 13       | 19    |
| 70-74 | 3         | 9        | 12    |
| 75-79 | 5         | 10       | 15    |
| 80-84 | 4         | 1        | 5     |
| 85-89 | 1         | 4        | 5     |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF 57

personas según su edad. La diferenciación se basa en la situación de vida de las personas, particularmente en el lugar que se ocupa dentro de la sociedad, más que en el número de años que se han vivido. Los sociólogos y antropólogos se refieren como el método de clasificar por edades.

Dividen a la población en jóvenes, adultos y ancianos, relacionados con el patrón psicosexual. Se clasifican en prepaternales, paternales y postpaternales.

La clasificación por edades puede ser importante ya que el -- "veterano" puede ser un trabajador experimentado.

Se pueden reconocer tres tipos de envejecimiento funcional: biológico, psicológico y social. En la medida que estas tres dimensiones del funcionamiento de un individuo le permitan adaptarse con éxito tanto menos viejo será. Se tienen datos que los individuos tienen varias edades funcionales.

En el terreno de nuestro comportamiento la destreza manual - (desarmar objetos) es la que manifiesta deterioro más rápido, es un indicador útil del envejecimiento psicológico. El envejecimiento puede ser un indicador de envejecimiento fisiológico general. - Un cálculo de la oportunidad de avance ocupacional es el mejor indicador de la edad social.

#### ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

##### Estado Civil:

En nuestro estudio nos encontramos que existe predominantemente la viudez en un total de 34 ancianos que les corresponde el -- 41.9%, a las mujeres el 35.8% y a los hombres el 6.1%.

Le sigue el grupo de los casados con 30 miembros (37 %) del -- total, para los hombres el 22.2% y a las mujeres el 14.8%. Los -- grupos de solteros y separados hacen un total de 17 (20.9%) TABLA II.

Esto nos demuestra como el 78.9% de nuestra población únicamente cuenta con el apoyo de sus hijos e familiares. Estas situaciones los ha obligado a perder sus roles de la juventud, ya que al quedar viudos, la mayoría pasa a formar parte de la familia de

**TABLA II**  
**ESTADO CIVIL DE LA POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS**  
**ESTUDIADA POR SEXO Y EDAD 1980**

| ESTADO CIVIL | SEXO      |          | TOTAL |
|--------------|-----------|----------|-------|
|              | MASCULINO | FEMENINO |       |
| SOLTEROS     | 3         | 7        | 10    |
| CASADOS      | 18        | 12       | 30    |
| VIUDOS       | 5         | 29       | 34    |
| SEPARADOS    | 1         | 6        | 7     |
| TOTAL        | 27        | 54       | 81    |

F: INTERROGATORIO DIRECTO

sus hijos, hecho que hace que ellos tengan más tendencia a sentirse inútiles y algunos relegados, ya que ahora son los hijos -- los que llavan la autoridad que antes les pertenecía, aunque como veremos posteriormente este hecho no lo manifestaron, pero se puede deducir al momento de la entrevista.

La mujer es probable que viva más que el hombre, pero también puede ser más vulnerable al morir este. Tal acontecimiento puede ser una fuente de angustia personal, sino que puede separarla de golpe de la sociedad al perder su pareja.

La viuda que puede alcanzar un nivel de independencia y confianza en sí misma tras la muerte del marido, está más capacitada.

El hombre se enfrenta a la ruptura de su patron anterior de vida y basa su valer en su capacidad para sostener económicamente a su familia y para cumplir con sus responsabilidades laborales. Por lo que puede sentirse perdido sin un trabajo al cual acudir.

El hombre que puede cultivar las dimensiones sociales y expresivas de su personalidad, tiene mayores probabilidades de poder disfrutar de sus últimos años de vida.

#### ESCOLARIDAD

El nivel de escolaridad de nuestra población se tiene que el 32% son analfabetas, que son 26 ancianos de los cuales 20 son mujeres (24.6%) y 6 hombres (7.4%).

Cuentan con primaria incompleta 45 que es el 55.5%, 28 mujeres (34.5%) y 17 hombres (20.9%).

Con primaria completa únicamente 9 que equivale al 11.2%.

Con estudios profesionales solo una mujer (1%) TABLA III.

Este nos indica el bajo nivel de escolaridad con que cuenta nuestra población estudiada, y esta relacionada con la falta de medios que existían en la antigüedad, que les impedían asistir a las escuelas, algunos refieren que no pudieron asistir a la escuela porque desde pequeños tenían que trabajar.

En el sexo femenino se observa que son más numerosas las que no asistieron a la escuela, relacionado con ciertas reglas en las cuales eran educadas en su época y no se les permitía que adqui-

TABLA III  
 ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ANCIANA ESTUDIADA  
 POR SEXO Y EDAD 1980

| ESCOLARIDAD            | SEXO      |          | TOTAL |
|------------------------|-----------|----------|-------|
|                        | MASCULINO | FEMENINO |       |
| ANALFABETAS            | 6         | 20       | 26    |
| PRIMARIA<br>COMPLETA   | 4         | 5        | 9     |
| PRIMARIA<br>INCOMPLETA | 17        | 28       | 45    |
| PROFESIONAL            | 0         | 1        | 1     |
| TOTAL                  | 27        | 54       | 81    |

F: INTERROGATORIO DIRECTO

rieran conocimientos.

El bajo nivel de instrucción agrava el problema del anciano-ya que antes no se exigía mayores conocimientos como requisito de trabajo.

También esto hace difícil el que pueda comprender muchos de los aspectos relacionados con su edad, y puedan adaptarse a ella.

El envejecimiento de una persona puede mejorar algunos aspectos de su funcionamiento mental, en lugar de sufrir alguna decadencia temprana general.

Todas las personas tienen capacidad de aprender a lo largo de su vida. No hay edad en la que se pierda esta capacidad, aunque debido a las enfermedades y a otros factores, a los ancianos les es más difícil aprender que a los jóvenes.

Muchas circunstancias pueden privar a los viejos de las oportunidades de hacer suya la información necesaria, tanto como para aprender como para tomar decisiones. Una persona que se siente despreciada e aislada, en una situación social, puede estar muy preocupada como para prestar atención a lo que sucede a su alrededor, esto es particular en los viejos de nuestra sociedad.

Una persona mayor puede aprender, solo que con un poco de ayuda. Aún cuando hay ciertas limitaciones en la capacidad que se tiene para aprender con la edad.

#### Ocupación

Nos encontramos que la mayoría no trabaja en la actualidad y que se dedican a las actividades domésticas 54 ancianos (66.6%) - de los cuales son mujeres 44 (54.3%) y 10 hombres (12.3%).

Las actividades son del tipo de lavar, cocinar, planchar, ir al mercado, cuidar los nietos, cuidar el jardín etc.

Los otros se dedican a actividades remunerativas, que les sirven para proporcionar medios económicos a su familia; entre estas actividades tenemos: comerciantes, campesinos, obreros, albañiles, administrador.

En 7 nos encontramos que no realizan ninguna actividad (8.6%) esto es debido a las enfermedades que presentan o que quedaron con

TABLA IV  
 OCUPACION DE LA POBLACION ANCIANA ESTUDIADA  
 SEGUN SEXO Y EDAD 1980

| OCUPACION          | SEXO      |          | TOTAL |
|--------------------|-----------|----------|-------|
|                    | MASCULINO | FEMENINO |       |
| LABORES DOMESTICAS | 10        | 44       | 54    |
| OTRAS              | 10        | 3        | 13    |
| NINGUNA            | 7         | 7        | 14    |
| TOTAL              | 27        | 54       | 81    |

F: INTERROGATORIO DIRECTO

secuelas en caso de accidente cerebral vascular, que les ha ocasionado invalidez. Tabla IV.

La humillación para un hombre supone que se releve del empleo porque ya no es competente, esto genera cambios. La mujer no pierde totalmente sus actividades como el hombre, ya que puede seguir desempeñando sus actividades habituales, no temerá quedarse sin -- realizar labores ni que no haya un lugar para ella, sentimientos -- tan comunes para el hombre.

Es evidente que mientras más elevado sea el nivel intelectual del viejo, más variadas serán sus actividades, en nuestra población se encuentra que es bajo, por lo que aumenta el grado de inactividad. Es exceso de tiempo libre y esto es peligroso para los ancianos ya que se sienten menos capaces para ocuparlo.

El grado de inactividad como observamos está relacionado con la dependencia hacia los familiares o los hijos, los que son dependientes se dedican a cuidar los nietos y a hacerles compañía, -- realizando labores domésticas, para no sentirse mal, porque se consideran que son una carga. Algunos manifiestan que es un deber y -- obligación de sus hijos cuidarlos y ayudarlos. También los que son pensionados les aportan ayuda económica a los hijos con los que viven pero son pocos.

Otra de las causas por la que no trabajan es su edad, ya que rebasando cierta edad es difícil que puedan encontrar empleo, aundo a esto la baja preparación que ellos tienen, lo que agrava más -- el problema.

En nuestro estudio la mayoría cuenta con familia que los ayuda y su problema económico es menor, pero representan una carga para los familiares y el estado.

En México existe un total de 2 548 550 inactivos de estos una parte están bajo protección de pensiones, jubilaciones o algún sistema de retiro. Estas cifras se relacionan con los obtenidos en -- nuestro estudio.

La población anciana tiene tendencia de retirarse de los hábitos del tabaquismo y alcoholismo más frecuentes.



TABLA V  
 TOXICOMANIAS EN POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS POR  
 SEXO Y EDAD 1980

| SEXO      | ALCOHOLISMO |       | TABAQUISMO |       |
|-----------|-------------|-------|------------|-------|
|           | ( + )       | ( - ) | ( + )      | ( - ) |
| MASCULINO | 14          | 13    | 12         | 15    |
| FEMENINO  | 1           | 53    | 17         | 37    |
| TOTAL     | 15          | 66    | 29         | 52    |

F: INTERROGATORIO DIRECTO

Nos encontramos solo 15 casos de alcoholismo que no es consi-  
dinario, de los cuales 14 son hombre y solo una mujer, manifes-  
tando que en su juventud eran más adictos. TABLA V.

El hábito de fumar se encontró predominantemente en el sexo -  
femenino con 17 casos positivos y en el masculino solo 12. Aquí --  
nos encontramos con la tendencia a abandonarlo, refiriéndose que -  
les hace mal a su salud o por o por recomendación médica. Tabla V.

La declinación de estos hábitos lo he relacionado con el fac-  
tor económico, ya que la mayoría no trabaja y dependen de lo que -  
les proporcionan sus hijos o familiares.

#### HABITOS HIGIENICO DIETETICOS

Una nutrición adecuada depende de lo que se come y bebe y co-  
mo lo aprovecha el cuerpo, así también es afectado por el ritmo de  
vida.

Los problemas con los que se enfrentan las personas es su pro-  
ceso digestivo, ya que la edad avanzada se relaciona más con los -  
hábitos en el comer y beber que con los cambios que se atribuyen -  
al proceso de envejecimiento.

Las personas entradas en años, toman menos calorías, se rela-  
ciona con la proporción del metabolismo básico y la actividad fisi-  
ca. Esta tendencia empeora en los de bajo nivel económico. El an-  
ciano que lleva una dieta incompleta lo hace más vulnerable a va-  
rias enfermedades y reducen su vigor.

Los cambios fisiológicos no afectan grandemente al aparato di-  
gestivo, ya que hay buena absorción y digestión.

Los hábitos alimenticios en 28 ancianos son buenos, regulares  
en 40 y malos en 13 casos. Tabla VI.

Los hábitos higienicos de la habitación se encontró que estan  
estrechamente relacionados, así en 27 ancianos es bueno, en 36 son  
regulares y 20 se consideró mala, ya que no reunían las condicio-  
nes de higiene necesarias.

Esto se encuentra intimamente asociado al nivel socioeconómi-  
co de la población. Se consideran que pertenecen a un nivel medio-  
bajo y que aparentemente no presentan graves problemas económicos.

TABLA VI  
 HABITOS HIGIENICOS DIETETICOS POBLACION MAYOR DE  
 60 AÑOS POR SEXO Y EDAD 1980

| ALIMENTACION | SEXO      |          | TOTAL |
|--------------|-----------|----------|-------|
|              | MASCULINO | FEMENINO |       |
| BUENA        | 9         | 19       | 28    |
| REGULAR      | 13        | 27       | 40    |
| MALA         | 5         | 8        | 13    |
| TOTAL        | 27        | 54       | 81    |
| HABITACION   |           |          |       |
| BUENA        | 9         | 18       | 27    |
| REGULAR      | 13        | 23       | 36    |
| MALA         | 5         | 13       | 20    |
| TOTAL        | 27        | 54       | 81    |

Esto se observó al realizar las visitas en el domicilio del anciano.

En los ancianos que presentan mala higiene habitacional y una alimentación deficiente, si presentan problemas económicos graves, ya que su familia es numerosa, en la cual todos los miembros son dependientes del único que trabaja como es el jefe de la familia, que generalmente es el hijo del anciano.

Muchas de las ideas para mejorar las condiciones de vida de los ancianos pueden ser valiosas. Se debe planear un ambiente en tal forma que los accidentes, peligros e incomodidades hallan sido reducidos a un mínimo sorprendente. En un medio adecuado pueden vivir independientemente durante más tiempo, más plenamente y con menos esfuerzo.

#### ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA VEJEZ

Es imposible señalar el punto exacto en que comienza la vejez. El envejecimiento es la suma de muchísimos cambios fisiológicos y emocionales graduales y prácticamente con el paso del tiempo cada órgano pierde capacidad funcional. La rapidez que ocurre es variable y es acelerada por factores nocivos del ambiente y algunas enfermedades crónicas.

El anciano reacciona a una enfermedad sistémica con fenómenos inflamatorios relativamente "apagados", tiene un mayor umbral en cuanto al dolor y mayor variabilidad en sus signos y síntomas. No se conocen a fondo las causas fisiológicas de estas diferencias -- clínicas, un factor es la pérdida de la reserva funcional, otro -- factor es la existencia relativamente sedentaria de los ancianos.

Los cambios propios del organismo que envejece, no son característicos de enfermedades específicas. El periodo de involución es de mucha importancia para el individuo. Por involución se entiende a la contrapartida de evolución; el envejecimiento fisiológico del individuo como conjunto, que termina con la muerte fisiológica o por vejez.

Se puede dividir el ciclo vital del individuo en cuatro etapas: desarrollo o evolución, madurez, senectud e involución o seni

lidad.

Se fija el inicio de la involución alrededor de los 60 años. Los cambios progresivos de la involución son numerosos:

- 1.- Desecación gradual de los tejidos.
- 2.- Retardo gradual de la división celular.
- 3.- Retardo gradual de la velocidad de oxigenación de los tejidos.
- 4.- Atrofia celular-degeneración.
- 5.- Disminución de la elasticidad de los tejidos.
- 6.- Disminución de los reflejos.
- 7.- Disminución de la fuerza muscular.
- 8.- Degeneración progresiva y atrofia del sistema nervioso.
- 9.- Disminución de los factores de la homeostasis.

Frecuentemente se asocia el hecho de estar viejo con el de estar enfermos. Aunque algunas enfermedades son especialmente comunes en las personas mayores.

Otro hecho es que la enfermedad y el disminuir de las facultades no es lo mismo. Lo que significa que un bajo nivel de capacidad funcional en una persona mayor no es necesariamente el resultado de la "vejez", o de una enfermedad que sea parte integral de ella.

En la edad avanzada el cuerpo sano funciona menos discretamente en el mejor de los casos trabaja con malestares y dolencias menores. En condiciones normales el cuerpo envejecido requiere -- más atención de la que le presta la persona adulta media. La relación profunda con el cuerpo a menudo refleja la situación de la edad. Es arduo para ellos y para quienes tienen que soportar su destemplado interés por su cuerpo y las referencias constantes a lo que le molesta.

La cura o la mejoría de este estado de cosas se relaciona -- con eliminar la causa. Si esa preocupación indebida es el resultado de la falta de otras ocupaciones será una buena ayuda proporcionarles otros intereses. Cuando su atención se concentra en el mundo exterior, con sus relaciones humanas y su actividad, uno le presta menos atención a su cuerpo y su bienestar. De haberse pro-

TABLA VII  
 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN SEIS MESES  
 EN LA POBLACION ESTUDIADA MAYOR DE 60 AÑOS  
 UMF 57 VERACRUZ VER. 1980

| CAUSA                       | NO CASOS |
|-----------------------------|----------|
| OBESIDAD                    | 38       |
| HIPERTENSION ARTERIAL       | 35       |
| DIABETES MELLITUS           | 21       |
| ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL | 6        |
| GASTROENTERITIS             | 6        |
| RINOFARINGITIS              | 6        |
| CATARATAS                   | 6        |
| SENILIDAD                   | 4        |
| BRONQUITIS                  | 4        |
| REUMATISMO ARTICULAR        | 4        |

F: EXPEDIENTE CLINICO C 17 AC UMF

ducido una lesión real al amor propio y la queja sea una forma de decir "no puedo soportar los cambios que trae la edad".

Consideraciones sobre la vejez:

Helbrum dice que los seres vivientes envejecen porque no tienen capacidad para eliminar completamente los residuos intracelulares.

Montgomery y Child: que es la acumulación de productos de deshechos la causa del envejecimiento.

Jichel opina que el proceso de la involución es debida a un metabolismo completo.

Lansing: En una teoría dice que el aumento de calcio en la corteza celular normal y disminuye la función celular y hay deficiencia.

Cowdry, Delague y Jonning, ostienen que la edad es el resultado de la diferenciación celular, pierde su facultad de regenerarse.

Russick, Marinesco, Ehemburg, Dor y otros dicen que el envejecimiento biológico es igual al de los coloides.

Cowdry dice que los organismos de edad tienen coloides viejos.

Rose lo relaciona con los cambios de proteínas a lo que reacciona el organismo por autoinmunidad.

En nuestra población anciana estudiada las 10 principales causas de morbilidad encontradas se ilustran en la TABLA VII, en un periodo de seis meses. Así observamos que las tres primeras causas fueron la obesidad, hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus, que corresponden a las enfermedades crónicas de tipo metabólico. Estos datos obtenidos están en relación con otro estudio realizado en esta unidad de medicina familiar en 1978.

El promedio de consultas dadas en seis meses fué de 3.1 o sea en promedio aproximadamente una consulta por mes. En la tabla VIII se ilustra.

Nos encontramos que no todos los pacientes acuden a consulta externa frecuentemente, así es observado que solo 30 pacientes en 6 meses fueron los que acudían más a menudo, otros manifestaron que recibían atención médica fuera del IMSS.

TABLA VIII  
CONSULTAS DADAS A PACIENTES GERIATRICOS EN SEIS  
MESES ABRIL/SEPTIEMBRE C 17 AC  
VERACRUZ VER.UMF 57 1980

| No CONSULTA | No PACIENTES | TOTAL |
|-------------|--------------|-------|
| 1           | 19           | 19    |
| 2           | 13           | 26    |
| 3           | 12           | 36    |
| 4           | 10           | 40    |
| 5           | 5            | 25    |
| 6           | 6            | 36    |
| 7           | 3            | 21    |
| 8           | 1            | 8     |
| 9           | 1            | 9     |
| 10          | 1            | 10    |
| TOTAL       | 71           | 230   |

F: EXPEDIENTE CLINICO



De los ancianos del sexo masculino, 3 acuden mucho a consulta; 18 en pocas ocasiones y 6 que nunca acuden.

Las mujeres 8 son las que acuden muchas veces a consulta, 43 pocas veces y 3 nunca han acudido.

Se les interrogó a cerca de la causa que ellos atribufan el estar enfermos y 20 hombres lo atribuyeron a la edad, 7 a que han trabajado mucho desde la infancia. De las mujeres 40 lo atribuyeron a la edad y 10 a que han trabajado mucho, unicamente 4 lo --- atribuyeron a que no tenían tratamiento adecuado.

En cuanto a la relación médico paciente, todos manifestaron estar satisfechos del trato y la atención que les ha dado su médico familiar.

Esto se relacionó con el interrogatorio hecho a los familiares del viejo, manifestando que por lo regular si siguen los tratamientos dados por su médico familiar, solo encuentran problemático que sigan las recomendaciones de tipo higienico dietético, - esto dificulta el buen control de su padecimiento sobre todo en - las tres principales causas de morbilidad ya señaladas.

#### INTERACCION DEL ANCIANO DENTRO DE SU AMBIENTE FAMILIAR

El tipo familiar al que pertenecen es compuesta y de estas - a familias integradas 22 hombres y 40 mujeres que representan el 76.5%. Tienen familias desintegradas 5 hombres y 14 mujeres (24.5 %), esto es debido a viudez o porque viven separados los matrimonios. La mayoría viven con sus hijos o familiares.

Algunos manifiestan que pasan temporadas con cada uno de sus hijos, sobrinos etc.

Viven con sus hijos 14 hombres y 35 mujeres o sea el 60.4%, - con otros familiares 8 hombres y 17 mujeres (20.9%). Viven solos- 5 hombres (6.1%) y ninguna mujer vive sola.

#### Tiempo que llevan de vivir con su familia:

|                 |           |              |
|-----------------|-----------|--------------|
| Menos de un año | 3         | 3.7%         |
| 10 años         | 15        | 18.5%        |
| 20 años y más   | <u>63</u> | <u>77.7%</u> |
| TOTAL           | 81        | 99.9%        |

Se investigó si estaban contentos de vivir con su familia y 24 hombres y 40 mujeres si lo están (78.9%), no están a gusto 3 - hombres y 4 mujeres (8.6%). Se encontró que 3 hombres y 8 mujeres desean vivir con otros familiares (13.6%).

En relación a la satisfacción que tienen en cuanto a la situación en que viven 10 hombres y 46 mujeres respondieron que sí (69%), el resto manifestó que se han conformado, pero en realidad no lo están.

Se consideran útiles 22 hombres y 44 mujeres (80.5%), 15 -- no se consideran así. De los familiares interrogados solo dos consideraron que no eran útiles sus viejos.

Se consideran una carga para su familia 6 hombres y 13 mujeres (23.3%). Desean vivir en un asilo 9 hombres y 17 mujeres que representan el 32.1%. Preferirían vivir solos 10 hombres y 23 mujeres que representan el 40.6%.

Todos se sienten queridos por sus hijos, ya que estos les dan casa, ayuda económica y cuidado, ninguno manifestó alguna queja en cuanto al trato que les daban, pero tienen poca participación en la dinámica familiar, su actitud es más bien pasiva, ---ellos no refieren tener problemas con sus hijos o familiares, o si los tienen ellos no les conceden importancia, dicen que ya vivieron su vida y tienen que ceder el lugar a los jóvenes.

La misma respuesta se encontró en los familiares interrogados, consideran que la presencia de un anciano no es causa de alteraciones en su familia, ya que se han adaptado a la presencia de ellos. Solo hay alteraciones cuando se enferman ya que les tienen que dar mayor atención y cuidados.

En la realidad el mejor criterio de madurez es la capacidad de poder ver a los propios padres ( y los padres a sus hijos) solo como seres humanos comunes, poseedores tanto de defectos como de virtudes.

Pueden surgir en los ancianos sus propias necesidades de ser cuidados, sus tendencias infantiles a la autocompasión, exigencias y aún resentimientos y envidias.

El rol asignado a los ancianos de acuerdo a la tabla II, los ancianos casados del sexo masculino conservan el de jefe de familia y proporcionan los medios de subsistencia a su familia, las mujeres el de esposa madre. Los viudos, solteros y separados, han perdido su rol de la madurez, algunos se dedican a realizar labores domésticas, cuidan a los nietos y los sirven de compañía, en realidad no les conceden ningún rol en especial.

Al investigar las relaciones de la familia con el viejo, ambas partes las consideran buenas. Al realizar las entrevistas se observa que han perdido autoridad, no son los que deciden, sino sus hijos o familiares del que dependen y tienen que acceder a la decisión que estos toman.

Los familiares manifestaron tenerle confianza a su anciano y que lo hacían participar de las situaciones que se presentan.

Se encontró que algunos viejos pasan temporadas con cada uno de sus hijos, por lo que no tienen una residencia fija, manifestando que llevan buenas relaciones con ellos, y que intervienen poco en los problemas que se presentan en su familia.

En resumen podemos deducir, que las familias que conviven con ancianos, se han adaptado a esta situación y que la presencia de ellos no altera la dinámica familiar, ya que aparentemente no causan ningún problema, y que se han resignado a la pérdida de su rol, de la autoridad y están conformes con los cuidados y atención que les brindan sus familiares o al menos así lo hicieron sentir. No existe comunicación de ellos con sus familiares, pero no lo consideran importante.

Hay problemas cuando el anciano se enferma, por el mayor cuidado que le tienen que proporcionar, pero se observa que en estos casos la familia se aglutina. Esto es más notable cuando la hija tiene que trabajar y cuidar a sus padres.

Tantos los ancianos como sus familiares no han recibido orientación a cerca de los cambios que sufren sus ancianos y ellos consideran que es importante ya que les ayudaría a proporcionarles un mejor trato y comprensión.

Tradicionalmente es la mujer de la casa quien asume la responsabilidad mayor en la atención diaria de los ancianos. Esto trae como consecuencia que el esposo y los hijos reciban menos atención, cuidados y afecto por parte de ella.

Por lo que es importante que toda la familia asuma parte de la responsabilidad y cada uno se encargue de alguna tarea y sea mejor llevadera la situación.

#### ASPECTOS PSICOSOCIALES

En la sociedad se utiliza la edad cronológica para catalogar a una persona "anciana" es simplemente un asunto de conveniencia administrativa o estadística. Se debe establecer una clara distinción entre la edad cronológica y la situación física y mental así como social del individuo. Tener más años no significa ser peor ni tener menos valor.

Los problemas surgen cuando no se da a una persona la oportunidad de funcionar, según su capacidad, a causa de restricciones ambientales que frecuentemente son asuntos de control social.

La vejez es un estado mental; podemos situarla en etapas tardías de la vida. Puede ser considerada como una situación deseable o temible. Hoy vemos que la vejez está retrocediendo en las próximas décadas, ya no se considera a los 65 años ahora cambia a los 75 años.

Nuestros conceptos sociales corrientes sobre la vejez con frecuencia obligan al anciano a colocarse en un estado de invalidez física y mental. Muchos de los problemas que asociamos con la alta edad son el resultado de actitudes anticuadas que generó la sociedad. El retiro obligatorio del trabajo que aún puede realizar, la segregación del viejo de la corriente principal de la vida; la ignorancia o la impaciencia respecto a sus necesidades y deseos; todo esto ha fomentado el deterioro de la generación de nuestros mayores.

En relación a las perspectivas de nuestros ancianos estudiados, tenemos los siguientes resultados: desean vivir menos de un año 7 hombres y 7 mujeres (17.2%) en total, ellos manifiestan no tener deseos de seguir viviendo, ya que se consideran inútiles y -

están deprimidos por esa situación. Desean vivir 10 años 22 hombres y 48 mujeres que representan el 86.4%. Se sienten satisfechos y por lo menos aspiran a vivir ese tiempo, algunos porque desean ver crecer a sus nietos. Desean vivir 20 años 9 hombres y 9 mujeres (22.4%) refieren que aún les faltan objetivos por realizar.

Se investigó si habían previsto su vejez y 8 hombres y 5 mujeres si lo hicieron (16%). Los demás nos dicen que en la juventud no pensaban que fueran a llegar a viejos y que además su situación-económica no se los permitía, ya que tenían familia numerosa.

#### ADAPTACION Y AJUSTE

Se investigó a cerca de si desean seguir siendo activos y solo 5 hombres y 6 mujeres ( 13.5%) respondieron que no, porque ya estaban cansados y viejos para hacerlo.

Al interrogarles a cerca del sitio donde les gustaría trabajar:

|               |                    |                  |              |
|---------------|--------------------|------------------|--------------|
| En su casa    | 11 hombres y       | 37 mujeres       | 59.2%        |
| Fuera de casa | 12 hombres y       | 8 mujeres        | 24.6%        |
| No trabajar   | <u>9</u> hombres y | <u>4</u> mujeres | <u>23.3%</u> |
| TOTAL         | 32                 | 49               | 99.9%        |

La importancia de sus actividades para ellos, solo 3 hombres y 5 mujeres no les dan ninguna.

Se les interrogó a cerca de si estaban satisfechos con lo obtenido en el transcurso de su vida y 2 hombres y 1 mujer, no lo estaban. Todos los demás manifestaron que si habían logrado muchos objetivos que se habían trazado.

Se investigó si conocían el significado de la vejez y 15 hombres y 26 mujeres lo han relacionado con la presencia de enfermedades y el hacerse inútiles, resto no tenían idea de su significado.

En cuanto a las relaciones con su grupo social, todos pertenecen a un medio socioeconómico medio bajo, se sienten respetados, no hay interacción de ellos con su grupo social, manifiestan tener amigos de su misma edad, con los cuales conviven en raras ocasiones, pero refieren no sentirse rechazados por su grupo social.

La actitud hacia la vida se interesan por acudir a lugares de -

recreo y viajar, 16 hombres y 33 mujeres (64.9%), a los demás poniendo como pretexto su vejez, enfermedades y factor económico.

La adaptación y ajuste son conceptos importantes relacionados con los problemas de la senectud. Conkey (1933) enfatizó tres factores relacionados con la buena adaptación en la ancianidad.

- 1) Intereses o actividades fuertes y variadas.
- 2) Independencia económica y seguridad.
- 3) Libertad de obstáculos físicos.

Señalan que el buen ajuste a la senectud es un producto de un buen ajuste en edades previas.

Se observa que el aumento de edad, disminuye las amistades estrechas, menor participación de actividades, menor número de eficiencias y planes para el futuro, aumento en obstáculos físicos, aumento de las actividades religiosas y la dependencia en este sentido aumenta con la edad, disminuyen los sentimientos de felicidad, utilidad e interés en la vida. Por lo general los ancianos muestran una pobre adaptación. Hecho que fué comprobado en este estudio. Hay diferencia de ajuste de acuerdo a el sexo, la mujer señaló más obstáculos físicos, enfermedades, que los varones. Las mujeres tienen actividades más favorables y más actividades religiosas que los hombres, pero fueron menos felices que estos.

Libo (1950) y Mack (1953) encontraron que la felicidad en la senectud depende de un apoyo en la salud y un sostén económico mínimo.

#### PERSONALIDAD DEL ANCIANO

El envejecimiento psicológico tiene base material en los cambios del sistema nervioso y se acusa en las capacidades sensoriales y perceptivas del sujeto, así como en la habilidad de éste para organizar y utilizar la información. Los cambios psíquicos más comunes aparecen en las funciones intelectuales y motriz, alteraciones de la memoria, la imaginación, atención, aprendizaje, destreza, el trabajo, velocidad de reacciones. Hay cambios de personalidad y de la conducta externa producida por el envejecimiento individual.

El anciano es responsable en gran parte del lugar que ocupa en la sociedad, en una medida que no es destacada suficientemente por ninguna de las dos teorías; la de la separación ni la del conflicto. Lo que para una persona puede ser rechazo o exclusión para otra puede ser una oportunidad para evitar responsabilidades. El estilo de vida de un individuo puede conservarlo unido estrechamente con la sociedad mientras que el del otro puede llevarlo a la rápida separación.

Así se encontró en un estudio de S. Reichard, Florine Livson y P. Peterson: 5 tipos de personalidad; 1) hombres de mecadora indole pasiva, se retiraron de sus actividades y responsabilidades. 2) Hombres de armadura, mantuvieron un estilo de vida física y especialmente activo. 3) Personalidad madura, en los bien adaptados, aceptaron las realidades del envejecimiento. 4) Hombres irascibles, es el tipo más común de inadaptación al envejecimiento, culpan a los demás por sus dificultades. 5) Los que se desprecian -- así mismos, llegaron a la vejez con gran desilusión, son los hombres deprimidos, se culpan así mismos.

Al entrar en su sexta o séptima década, gran parte de la gente conserva los mismos rasgos de personalidad que tenían en la juventud y edad madura o pueden experimentar crisis de identidad. Algunos se vuelven más egoístas e introvertidos al darse cuenta que no les queda mucho tiempo. Algunos utilizan la edad como excusa para amargarse y se vuelven dependientes y también los que niegan la edad.

El nivel socioeconómico es decisivo en la edad, esto puede facilitar la adaptación a los "años del ocaso".

Se investigó si eran desconfiados y se encontró que 20 hom--bres y 37 mujeres (70.3%) si lo son, el resto refiere no serlo, esto también está relacionado con el grado de adaptación.

La reminiscencia que se define como el "acto o hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatadas", en especial las más significativas, es reconocida como característica de la vejez. Se observa que los ancianos viven en el pasado, algunos lo

consideran signo de deterioro mental, otros lo relacionan con problemas de enfrentar la vejez.

Para los ancianos su significación personal se vincula con los hechos pasados y se convierten en el tema de percepción consciente. En nuestra sociedad la reminiscencia de los ancianos sirve para recordar de manera constante así mismo y a los demás, su logro de longevidad.

La reminiscencia actividad mental compleja, cuya función varía según la personalidad del sujeto. Se relaciona de manera positiva con la adaptación de la vejez, mediante el mantenimiento de la autoestima, reafirmación de un sentido de identidad, la elaboración y dominio de las pérdidas personales y contribución positiva a la sociedad.

En este punto se encontró que los 27 hombres si desean retornar al pasado así como 37 mujeres, ya que ahí fijaban sus mejores recuerdos y días felices.

#### FUNCIONAMIENTO MENTAL

El estado de memoria cambia para muchas personas durante la vejez, si una persona anciana tiene una queja real a cerca de su propio funcionamiento mental, será la preocupación que le causa el no recordar los acontecimientos recientes o pueda recordar detalladamente sucesos ocurridos hace 60 o 70 años, pero no recordará lo del lunes de la semana pasada. Algunas investigaciones recientes ofrecen pruebas a cerca de que la pérdida de memoria en los ancianos es el resultado de la depresión antes que de un mal funcionamiento.

Al investigar si había pérdida de la memoria en nuestros ancianos, nos encontramos que 17 hombres y 37 mujeres si lo presentan, los demás no tenían pérdida de la memoria para hechos recientes.

#### PERSPECTIVAS DE LA MUERTE

A esto se conoce como repaso de la vida, una favorable revisión de la vida prepara el camino para una actitud más serena ante la muerte. Cuando una persona es capaz de aceptar todo el esquema



de su vida con acuanimidad, puede relajarse y disfrutar de los días que le quedan. La muerte puede ser considerada el fin natural poco temible de una existencia valiosa.

La gente tiene ideas muy diversas respecto a la muerte y a morir, esto es el proceso de pasar del estado de vivo a la condición de muerto. Los miedos específicos que tenemos de morirnos a menudo relacionados con otros aspectos de la vida.

El temor a morir para la mayoría de la gente es esencialmente el temor a la soledad, a la separación, al igual que sucede con casi todas las cosas de la vida, los orígenes de este particular miedo, el temor a morir, se remonta a sucesos difíciles y perturbadores de la infancia o la juventud.

Vemos entonces que el comienzo y el final del hombre están en cierto modo relacionado, incluyendo el temor a la separación y el miedo a quedarse solo en la obscuridad; la obscuridad constituye la visión que por lo general tenemos de la muerte. El miedo más penoso es el que concibe a la muerte como un proceso lleno de dolor. No se trata de la idea general de la muerte, de estar muerto, sino de ideas específicas y amedrentadoras que los perturban en la vida cotidiana. A parte de tenerles compasión y consolarlos lo importante es tratar de descubrir la específica forma irracional que el miedo a la muerte y a morir toma en la muerte de la persona anciana.

Uno de los principales miedos a la muerte y a morir: la pérdida del control sobre uno mismo y a los propios asuntos, sobre la gente a quien se ama u odia o se desea proteger.

En nuestro estudio encontramos en relación al temor a morir que 7 hombres y 18 mujeres sí lo tenían, aunque no pudieron explicar porque. También se les interrogó si estaban preparados para cuando la muerte se presentara y 22 hombres y 41 mujeres respondieron que sí, algunos por el hecho de haber cumplido con su función y que ya nadie necesitaba de ellos.

Si el anciano consigue descubrir algo en su pasado que justifica su existencia, aceptará la realidad entera de su vida y con ella la de la muerte. Si no los encuentra no le dará sentido a su

y la muerte. Para los creyentes en cambio, consideran que la muerte no es un fin, sino una transición, un tránsito hacia una vida superior, da cabida al arrepentimiento, al agradecimiento y a la esperanza.

La adaptación a la muerte; es importante considerar no solo -- los temores asociados con el hecho de morir, sino también los factores que hacen posible que algunas personas controlen sus temores y se reconcilien con su muerte.

## CONCLUSIONES

El promedio de vida de nuestros ancianos estudiados fué de -- 68.4 años, se observa mayor supervivencia para el sexo femenino -- que para el masculino.

El mayor número de miembros se encontró en las edades com---- prendidas entre 60 y 64 años, al que corresponde el 30.6% del total estudiado.

Se encontró la viudez en el 41.9% como el estado civil predominante, le siguen los casados con 37.0%, solteros y separados el 21.3%. Se encuentran solos el 78.7% y esto esta relacionado con la dependencia.

Todos tienen un bajo nivel educacional, es más acentuado en el sexo femenino con 24.6% de analfabetas.

El 66.6% se dedican a las labores domésticas, el grado de --- inactividad encontrado está relacionado con la dependencia hacia los familiares o los hijos. Una de las causas por la que no trabajan es la edad, ya que difícilmente pueden encontrar empleo, agravado por su bajo nivel instruccional.

Las toxicomanías en los ancianos (tabaquismo y alcoholismo) - es declinante, 18.5% para los alcohólicos y 35.8% para el tabaquismo.

Los hábitos dietéticos en 34.5% son buenos, en 49.3% regular- y malos en 16%.

La higiene habitacional intimamente relacionada con el anterior, 33.3% es buena, 44.4% regular y mala el 24.6%.

En nuestros ancianos las patologías más frecuentemente observada fué; la obesidad, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus. El promedio de consultas dadas en 6 meses fué de 3.1 o sea 0.5 por mes. Las mujeres son las que más frecuentemente acuden a consulta externa. La causa de su enfermedad ellos la atribuyen a su edad principalmente, le sigue el haber trabajado mucho como otra de las causas. La relación médico paciente, todos consideraron que es buena, lo mismo dicen los familiares entrevistados.

Los ancianos pertenecen a familias compuestas de las cuales - 62 son integradas y 19 desintegradas.

La mayoría son dependientes de sus hijos o familiares, el tiempo que tienen de vivir así es de 10 años el 77.7%. Todos están contentos de vivir así, 64 ancianos y solo 11 desean cambiar de familia, no especificaron la causa.

Refieren llevar buenas relaciones con la familia a la que pertenecen, así lo consideró tanto el anciano como el familiar. No creen que el anciano sea causa de alteraciones en su ambiente familiar, pero si existe falta de comunicación entre ambos y este queda aislado, pero dicen estar adaptados a esta situación, y no es considerado como fuente de conflictos.

No tiene ningún rol especial la mayoría de los ancianos, solo los casados conservan el de jefe de familia y las mujeres el de esposa madre. Los que han perdido su rol carecen de autoridad en su familia y solo son compañía de sus nietos, se dedican a las labores domésticas.

Sus perspectivas son la de vivir por lo menos 10 años como lo manifiestan más de 70 ancianos. Estos se encuentran satisfechos con lo obtenido en el transcurso de su vida y tienen alegría de vivir, desean mantenerse activos.

La vejez es relacionada con la presencia de enfermedades e inutilidad como lo refieren 46 ancianos.

Tienen interés en conocer los aspectos más importantes en relación a la vejez y creen que los ayudaría a llevar una vejez mejor, que como la están llevando actualmente.

La mayoría no lleva una vida social activa, prácticamente se han retirado de toda actividad social, pero no se sienten rechazados, las actividades recreativas como es el salir de paseo solo en 49 ancianos se encontró.

Existe la reminiscencia en 64 ancianos ya que ahí fijan sus mejores recuerdos y días felices de su vida.

El estado de su memoria, en 64 ancianos deteriorado, 64 ancianos tienen pérdida de la memoria para hechos recientes.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El temor a la muerte estuvo presente en 25 ancianos, predominando en el sexo femenino, no pueden explicar cual es la causa de esto. 63 ancianos dicen estar preparados para morir. Se encontró que esta relacionado con el fin de sus funciones dentro de su familia.

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

- 1.- Sandor A. Tiedman y Francis U. Steinheber. Simposium sobre -  
Medicina Geriátrica. Clin. Med. de Nte Am. Nov. 1976 pag. 1057
- 2.- Payno Manuel. El problema gerontológico en México. Rev. Fac. de  
Med. Mex. Vol. XXIII No 5 1980 pag 22-46.
- 3.- Bellak Leopoldo. Los mejores años de la vida. Ed. El ateneo Mé  
xico 1979.
- 4.- Kastenbaum Robert. Vejez Años de Plenitud. Ed. Tierra firme Mé  
xico 1980.
- 5.- Fiske Marjoris. Edad Madura ¿Lo mejor de la vida?. Ed T. Firme  
Mex. 1980.
- 6.- MD. Longevidad y Medicina. MD en español. Vol. XVI No 9 Sep---  
tiembre 1980 pag. 36-51.
- 7.- Patiño de la Rosa R. Dr. Estudio integral del paciente geriá--  
trico tesis. UMF Ver Ver 1978.
- 8.- Martínez Hdez E. Dr. Patología más frecuente de la edad avanza  
da. Tesis UMF Ver Ver 1978.
- 9.- Ed. Los médicos le temen a los ancianos. Med. Moderno. Vol. --  
XVI No 4 Dic. 1977 pag 61.
- 10.- Rojas Bustillos F. Medicina Preventiva en geriatría. Anuario -  
de Act. en Medicina. Fasc. 24 vol VIII Mex. 1976 pag 603.
- 11.- Arthur W McMahon (H) y Rhuick. La reminiscencia en la vejez. Ma  
durez Mayo 1977 pag 5.
- 12.- Chavez Ignacio. Ni derrota ni marginación, clave de la vejez.-  
Madurez Abril 1977.
- 13.- Ganon Isaac.- Sociología y Gerontología. Problemas sociales de  
envejecimiento. Madurez Abril 1977.
- 14.- López de la Peña X. Dr. Consideraciones Médicas sobre la vejez  
Madurez Septiembre 1977.
- 15.- Cedillo Arce L., Glez. de la C. Dra. Estudio geriátrico IMSS -  
No 69 Mex DF. Madurez Agosto 1977.
- 16.- S. Levin y R.J. Kahana. Los procesos psicológicos en el enveje  
cimiento. Ed. Paides Buena Aires Argentina 1973.