

11226  
2 de 73

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Curso de Especialización de  
Medicina Familiar



CONCEPTUALIZACIÓN DE LA FAMILIA  
URBANA MEXICANA IRONENZANCIANO  
E INVESTIGACION  
CLINICA HOSPITAL No. 8

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :  
JOSE EDUARDO PUENTE SANCHEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



México, D. F.

Enero de 1988



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

PAG.

1.- INTRODUCCION .....	1
2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	4
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	21
4.- HIPOTESIS .....	22
5.- OBJETIVOS .....	23
6.- PROGRAMA DE TRABAJO .....	24
7.- RESULTADOS .....	27
8.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS .....	30
9.- PROPUESTAS O CONCLUSIONES .....	31
10.- ANEXOS .....	32
11.- BIBLIOGRAFIA .....	48

## INTRODUCCION

El ciclo de vida del ser humano se ha dividido para su estudio en las siguientes etapas:

a) Nacimiento; b) Crecimiento; c) Desarrollo (con ó sin reproducción y d) Muerte.

A su vez, se sabe que en el ciclo de la vida humana se encuentran los siguientes lapsos:

- 1.- Recién nacido
- 2.- Lactante
- 3.- Preescolar
- 4.- Escolar
- 5.- Píber
- 6.- Adolescente
- 7.- Adulto joven
- 8.- Adulto maduro
- 9.- Anciano ó viejo

Y según otros autores existe otro grupo denominado:

- 10.- Senil ó senescente

Otra clasificación consiste en separar en grandes grupos al ser humano:<sup>5</sup>

- a) Primera edad (RN-joven)
- b) Segunda edad (adulto)
- c) Tercera edad (anciano ó viejo)

Este trabajo tratará de la persona de la tercera edad, anciana

no ó viejo<sup>2</sup> (siendo esta última la forma más correcta y aceptada por la OMS en el Seminario de Kiev realizado en 1970), y de su problemática biopsicosocial actual, y la interrelación con su familia ("personas con las que viva, ó que esté relacionado con los consanguíneos, de matrimonio ó de adopción" - censo americano - ).

Los avances científicos y tecnológicos han dado seguridad y confort al hombre actual, a su vez, la medicina de nuestros días ha propiciado una mayor duración de la vida del hombre con el consiguiente aumento en la esperanza de vida causado esto por el mejoramiento en el cuidado de la salud, la salubridad, y la nutrición en el hombre, pero poca gente se acuerda de los viejos en nuestro país, ya que éstos constituyen una minoría y además son considerados como un problema y una carga social, motivos por los cuales son despreciados y marginados.

Es necesario recalcar que los ancianos se encuentran en la denominada "población de alto riesgo"<sup>7</sup> (bebés, niños, incapacitados y viejos) y que forman parte del proceso de ruralización, consistente en que a nivel mundial se presenta un aumento en el fenómeno de inmigración, es decir, en el flujo de salida selectivo hacia las ciudades ejerciendo atracción sobre los jóvenes, con la consecuente tendencia a disolución de la numerosa familia tradicional, y la pérdida de las costumbres y tradiciones autóctonas de una población determinada. De acuerdo con ello, el nivel de la calidad de vida puede ser muy distinto para "la población de alto riesgo" en comparación con los jóvenes y las personas de edad madura. Además parece razonable suponer que la reacción del hombre a estos estímulos está condicionada en muy alto grado a las carac-

terísticas individuales y de grupo.

<sup>4</sup>Otra razón para el estudio de los ancianos, consiste en que actualmente la utilización per cápita de los servicios de salud es mucho mayor entre las personas de edad avanzada, que entre los jóvenes, es decir "los viejos cuestan más que los jóvenes".

A su vez es bien conocida la manifiesta resistencia para dedicar fondos públicos al funcionamiento de centros para el cuidado de la salud de los viejos. En tanto que se requiere cuidado hospitalario para sólo 5% de personas de más de 65 años, cerca de la cuarta parte de los mayores de esa edad tiene que ingresar a una institución de salud, probabilidad que se multiplica progresivamente más allá de los 75 años.

<sup>6</sup>Es muy importante recalcar que dos son las razones que comúnmente concurren en el viejo: la primera consistente en que la vejez lleva consigo una vulnerabilidad general sobre su organismo pudiendo ir acompañada de una mayor incidencia de la incapacidad, en forma de mala audición, trastornos en la visión, la locomoción, digestión, capacidad mental, parálisis, ceguera, ausencia de extremidades, etc. La segunda hace mención a que la situación económica-funcional de la gran mayoría de los ancianos es en mayor ó menor grado insatisfactoria.

### Antecedentes científicos

<sup>12</sup>En México, los viejos se encuentran marginados debido a que las relaciones económicas y jurídico-políticas de la sociedad no los considera como partes integrantes de ella, pues no existe una comunicación social que estime su potencial.

<sup>12</sup>Más aún, en la actualidad se piensa que los viejos son una carga para la sociedad convirtiéndose en individuos dependientes, además de que también son rechazados porque "no se admite el proceso de envejecimiento como parte del desarrollo del hombre", y en la medida en que la llamada sociedad occidental alcanza mayores niveles de desarrollo tecnológico, más tiende a no aceptar la vejez.

Por otra parte el asunto de la vejez no ha sido abordado con el suficiente rigor científico en nuestro país, por lo que se considera a la persona de la tercera edad como un enfermo no como a un ser útil a sí mismo y a la sociedad, a pesar de que ésta cuenta con la mayor experiencia y sabiduría generándole un sentimiento de minusvalía que provoca su aislamiento e incide en el aceleramiento del proceso de envejecimiento.

<sup>12</sup>En 1982 el Consejo Nacional de Población, estimó una población total de 73 millones de habitantes, de los cuales el 3.7% (2.7 millones) era mayor de 65 años, pero el mismo Consejo bajo la hipótesis de que es posible aminorar la población al 1% para el año 2000, considera que al inicio del milenio habrá un total de 100 millones de mexicanos, de los cuales 4.5 millones tendrá más de 65 años; es decir, éste grupo poblacional pasará de 3.7 al 4.5% de la población total. En contraste, la población de E.U.A. sigue una tendencia a tener distribución rectangular, y para finales de este

siglo al grupo de 65 años de edad o más le corresponderá 20 ó 25%; en países desarrollados la expectativa de vida va de 72-78 años, mientras que en nuestro país después de ser de 34 años en 1930, es actualmente algo más de 65 siendo mayor en la mujer que en el hombre. En el año 2000 es posible que llegue a 100 años en países muy desarrollados. En el nuestro probablemente será de 80 años.

Así pues, en nuestro país existen pocas cifras estadísticas, estudios e investigaciones confiables, que nos informen acerca del modo de vida de los ancianos, su sentir de la vida, sus pensamientos con respecto a su familia y los de ésta hacia él.

Una serie de trabajos de investigación realizados en Guadalajara por residentes de la especialidad de Medicina Familiar arroja los siguientes datos obtenidos mediante cuestionarios aplicados al grupo de ancianos como al de sus familiares:

En cuanto a satisfacción de necesidades básicas, se reportan un 52% (Zúñiga, 7) y 70% (Méndez Herrera, 8), lo cual significa que 48% y 30% respectivamente no satisfacen sus necesidades básicas como son las de carácter biológico: hambre, sed, sexo y actividad física.

Esto es reforzado por los aspectos de incapacidad para su caso personal manifestado por el 21% en cuanto a requerir cuidado especial hay una diferencia significativa con relación a las opiniones propias de los ancianos 92% contra 53% de sus familiares (Zúñiga) y 30% contra 37% respectivamente según Méndez Herrera. Por otra parte, se sienten enfermos 47%, 65% y 55% (Gudiño, 9), respectivamente, de los ancianos interrogados en los tres estudios.

El concepto propio de los ancianos respecto a su incapacidad para el trabajo varió de un 30% a un 41% y la opinión de los fa -

miliares en este aspecto fué de un 50% según (Zúñiga). La aptitud para actividades de la casa fue negada por 22.5%, 30% y 55% respectivamente, de los senescentes encuestados; contra un 23% y 6% de sus familiares. Sin embargo, el concepto de inutilidad respecto a sí mismos los ancianos lo manifestaron 80% y 50% en dos de los trabajos; siendo en este rubro la opinión de los familiares respecto a los ancianos de 96% (Zúñiga). Se consideran ineptos en actividades sociales el 53% y el 41% en dos de los estudios según opinión de los ancianos. En cuanto a necesidades de carácter efectivo, se encontró que el 40% demandan más afecto, 20% demanda más respeto.

El concepto de los ancianos acerca de la convivencia de sus familiares con ellos, fué de no convivencia en 12%, 61% y de 35% en los diferentes estudios. La autoestima resultó baja en 40% de los ancianos el estatus otorgado por los familiares a sus ancianos fué bajo en 24%, 73% y 62%.

Por último se consideran infelices 23%, 52% y 37% de senescentes entrevistados, lo cual es advertido sólo por el 17% y 19% de sus familiares.

Al hablar del envejecimiento revisaremos algunas teorías que sobre el mismo tema se han propuesto para su mejor comprensión a nivel biológico.

<sup>11</sup>Aunque la teoría más aceptada para explicar el envejecimiento es la genética (que sostiene que los cambios degenerativos de la vejez están programados genéticamente), estos cambios también pueden ser explicados como consecuencia de leyes físico-químicas que actúan sobre todos los organismos animales. Como las diferentes especies animales tienen una longevidad característica y hay ani -

males de corta vida y animales de larga vida (2.5 años para el ratón y 30 a 35 veces esa cantidad para el humano), cualquier teoría del envejecimiento debe basarse en eventos primarios comunes a todos pero que ocurran mucho más rápido ó intensamente en los animales de vida breve.

La duración de la vida de los animales se ha tratado de relacionar con algunos factores. En relación con la talla se ha dicho que los animales pequeños a menudo tienen índices metabólicos más altos y algunos autores argumentan que la actividad metabólica incrementada acelera el proceso de envejecimiento. En realidad -- hay demasiadas excepciones, que escapan de esta explicación (por ejemplo: el caballo vive menos que el humano) y por otro lado la diferencia entre los índices metabólicos no es proporcional a la notable diferencia entre las longevidades. Con mayor éxito se ha relacionado la expectativa de vida con el peso relativo del cerebro. Los animales que tienen proporcionalmente un cerebro más -- grande tienen una mayor expectativa de vida. La causa de esta correlación es desconocida.

Las funciones orgánicas declinan con la edad y se piensa que ésto es un reflejo del deterioro progresivo de los tejidos. Existen numerosas teorías que tratan de explicar por separado procesos que interactúan entre sí como causales de la vejez. Como son accesibles para consulta en la mayoría de la bibliografía que citamos sólo los explicaremos superficialmente. Ofrecemos en cambio un intento de integración de los factores que han mencionado como causales del envejecimiento tanto al nivel celular como del medio ambiente extracelular. Por último sin apartarme de la idea de que es un programa genético el que determina la velocidad,

dirección, extensión del proceso de envejecimiento y la duración máxima de la vida de los individuos trataré de dar una relación entre las teorías no genéticas del envejecimiento, el envejecimiento del individuo y sus posibles marcapasos sistémicos.

### 1.- Teoría Genética.

Esta teoría establece que el envejecimiento es un proceso programado genéticamente. La misma teoría se ha propuesto en varias modalidades. Para algunos, existen uno o varios genes deleteros que se activan a determinada edad y traen como consecuencia que el organismo empiece a tener fallas. Para otros hay dos tipos de genes: los favorables responsables del vigor de la juventud y los de la senectud responsables de la declinación funcional y el deterioro estructural. Una tercera modalidad supone que es un sólo grupo de genes con un papel dual: favorables en el joven y desfavorables en el viejo.

La teoría genética es la más fundamentada de todas las propuestas. La mayoría de los gerontólogos están de acuerdo en que el determinante primario de la longevidad es genético.

Una de las evidencias más firmes proviene del estudio de árboles genealógicos que han mostrado que los hijos de personas longevas tienen mayor probabilidad de vivir más. Las estadísticas elaboradas por las compañías aseguradoras de E.U. y Canadá también confirman este hecho.

Los estudios realizados en gemelos han demostrado también que los gemelos idénticos mueren en fechas más aproximadas que los gemelos fraternos.

Una evidencia adicional de la determinación genética de la longevidad es el hecho de que cada especie animal tiene una longe-

vidad característica.

La expectativa de vida humana es más ó menos la misma en -- casi todos los países del mundo. Este dato expresa muy claramente que en la especie humana, en la que hay un índice de hibridación muy alto, hay un sustrato genético común que determina la dura -- ción de la vida.

El hecho de que en la mayoría de las especies las hembras sean más longevas que los machos y tengan un par de cromosomas sexuales idénticos apoya también la teoría genética de la longevidad

Las comunidades que tienen los más altos promedios de longevidad máxima (en Rusia, Tibet, Los Andes) son realmente islas génicas. La frecuencia tan alta de individuos longevos en esas comunidades pobres, insalubres y de hábitos alimenticios inadecuados se puede explicar pensando que estos individuos son descendientes de hombres muy longevos debido a su escaso intercambio genético con otras poblaciones han conservado esa característica.

Hay además evidencias experimentales de que la longevidad es una característica hereditaria ya que se pueden obtener capas de animales de larga ó corta vida haciendo cruza selectivas.

Por último señalamos que la Progeria (enfermedad caracterizada por un envejecimiento prematuro) se transmite con la herencia.

## 2.- Teoría del desgaste del programa genético

Esta popular teoría establece que la replicación del DNA es un proceso finito. Llega un momento en que la replicación es cada vez más lenta y finalmente imposible. Este concepto está sostenido por los numerosos trabajos que revelan que con el envejecimiento disminuye la cantidad y la actividad de algunas enzimas. Otra e -

videncia es el hecho de que la capacidad de la célula para dividirse disminuye con el tiempo y finalmente se pierde. En relación con lo anterior se ha encontrado que los fibroplastos de los pacientes con Progeria ó el Síndrome de Werner sólo se multiplican 2 ó 3 veces in vitro. Todos estos hechos sugieren que en algunos tejidos al menos, el envejecimiento es un proceso programado en el cual las células ó algunos de los organelos celulares sólo pueden ser reemplazados determinadas veces.

### 3.- Teoría de las mutaciones somáticas.

Esta teoría propuesta por Curtis establece que el envejecimiento es el resultado de la acumulación lenta de mutaciones ó aberraciones cromosomáticas.

Las mutaciones pueden deberse a errores en la duplicación del DNA debidos al azar o a la acción de radiaciones naturales ó artificiales, variaciones de temperatura por desequilibrio de reacciones químicas ó enfermedades generales (virosis, cáncer).

### 4.- Teoría de las uniones covalentes.

Esta teoría propuesta por Bjorksten sugiere que el envejecimiento se debe a la acumulación de compuestos que al azar establecen uniones químicas covalentes con el DNA u otros polimeros vitales.

### 5.- La teoría de los radicales libres

Es un caso especial de lo anterior que establece que los radicales libres son los compuestos que producen la alteración de las

macromoléculas vitales. Los radicales libres se producen en el proceso de oxidación y rápidamente reaccionan con otras sustancias, especialmente con las grasas insaturadas.

La membrana celular (rica en lípidos) puede dañarse si acumula un exceso de radicales libres. Por otro lado pueden causar mutaciones si se unen al DNA. Las reacciones de los radicales libres con otras moléculas pueden producir liberación de más radicales libres. Los antioxidantes como la vitamina "C" y "E" pueden reducir ó inhibir la producción de nuevos radicales libres, de ahí la popularidad de estas sustancias usadas para enlentecer el proceso de envejecimiento. Los ratones a los que se les ha administrado butilato de hidroxitolueno (un preservador de alimentos con acción antioxidante) tienen más longevidad que los testigos.

#### 6.- Teoría de la acumulación de sustancias deletereas

Es una mezcla de las tres últimas teorías expuestas. Sugiere que el envejecimiento es reflejo de la acumulación en las células a través del tiempo de sustancias deletereas. Estas sustancias son productos del metabolismo celular (lipofuscina, histonas, aldehidos, quinonas y radicales libres) que sabemos que se acumulan en forma creciente en el citoplasma de la mayoría de las células. La lipofuscina es un pigmento parduzco, inerte, se ha sugerido que al acumularse en el citoplasma interfiere con la función normal de la célula por desplazamiento de los componentes funcionales. Las otras sustancias mencionadas producen cambios irreversibles en la célula que incluyen la desnaturalización de proteínas.

#### 7.- Teoría del error

Propone que el envejecimiento se debe a la acumulación de errores al azar en la síntesis protéica.

#### 8.- Teoría del uso y el desgaste

Sugiere que el envejecimiento se debe a que las células se están desgastando (como una maquinaria) continuamente por el uso. El proceso se vería agravado por los efectos nocivos de los factores que producen stress interno ó externo, incluyendo la acumulación de productos metabólicos deletereos.

#### 9.- Teoría del stress

Esta teoría propuesta por Selye propone que el envejecimiento se debe a una inadaptación progresiva al stress. Actualmente se considera que esto es una manifestación y no la causa del envejecimiento.

#### 10.- Teoría autoinmune

Esta teoría fue propuesta por Walford en 1969 y recientemente (1974) ha sido sostenida por Adler. Explica que el envejecimiento se debe a que con el avance de la edad el sistema inmunológico declina. Los cambios degenerativos de la vejez se explicarían por la respuesta autoinmune debida al envejecimiento de dicho sistema. En forma aislada no explica a qué se debe esta declinación del sistema inmunitario.

## 11.- Teoría coloidal

Esta teoría fue propuesta por Rocasolano y actualmente fué - sacada de nuevo a la luz por Woltereck. Propone que el envejeci - miento se debe a la inestabilidad coloidal.

Se basa en el hecho de que las variaciones de las cargas eléc - tricas en los sistemas coloidales trae como consecuencia la pérdida progresiva de la estabilidad y la disminución del diámetro de la superficie micelar. Esto origina una disminución en la energía to - tal del sistema coloidal y la deshidratación del mismo.

A nivel celular este hecho se traduce en un aumento de la vis - cosidad del citoplasma (deshidratación) que provoca una disminución del índice metabólico. Esta deshidratación afecta también a los e - lementos estructurales.

## 12.- Teoría Hormonal

Invoca como casual del envejecimiento al hipofuncionamiento endócrino (en especial las funciones tiroideas, gonadales, supra - renales e hipofisarias). No explica la causa del deterioro endó - crino.

## 13.- Teoría de las senilinas de Alexis Carrel

Propone que así como en el plasma del joven hay factores de crecimiento que activan las mitosis, en el plasma del viejo hay - sustancia (hipotética) llamada senilina que provocaría el envejeci - miento al frenar los procesos reparativos. Esta teoría no está - comprobada.

### Aspectos ecológicos de la muerte.

<sup>11</sup>En 1974 Wilson propuso que una vez que el individuo ha cumplido su función reproductora se inicia un proceso programado de envejecimiento que termina en la muerte. La muerte de los adultos a determinada edad permite la supervivencia de las nuevas generaciones. En esencia la selección natural garantiza la supervivencia de las especies para la reproducción. Los mecanismos selectivos propician que los individuos que tienen características indeseables que se manifiestan antes de la reproducción mueran antes de reproducirse, así se van eliminando genes indeseables de la población, pero una vez que los individuos entran en una etapa postreproductora la acción de la selección natural es muy pequeña. Así la naturaleza carece de mecanismos que garanticen la desaparición de características que como el envejecimiento se expresan en el período postreproductor de la vida. Si bien para nosotros como individuos sería deseable que el envejecimiento y la muerte desaparecieran, para la especie no lo es. La aceleración del proceso del envejecimiento reflejado se puede interpretar como un reflejo del decremento de las ventajas selectivas que actúan como mecanismos selectivos favorables a la especie que acortan los años no reproductivos.

La muerte de los individuos en una población cumple algunos objetivos, entre ellos se encuentran:

1.- Favorece el flujo energético: la energía contenida en los individuos que mueren (en forma de moléculas como carbohidratos, lípidos y proteínas) queda disponible para un siguiente nivel, en este caso degradadores.

2.- Favorece el flujo de materiales y la renovación de recursos: Generalmente este flujo de materiales (elementos, mezclas y compuestos) pasa después de la muerte a los degradadores y de ahí a elementos abióticos. Este transporte de materiales trae como consecuencia la renovación de recursos al poner dichos materiales nuevamente en circulación.

3.- Renovación de la población: Al morir los individuos dejan disponibles recursos para que las nuevas generaciones los usen y puedan crecer.

4.- Amplitud ó disminución del Pool génico: La muerte de los individuos altera el número de heterocigotos y los homocigotos de la población.

Algunos signos de vejez humana son:

- 1.- Pérdida de neuronas
- 2.- Decremento de la masa muscular y del número de fibrocélulas musculares.
- 3.- Acumulación de gránulos de pigmentos (lipofuscina) especialmente en las neuronas y en las células musculares cardíacas.
- 4.- Decremento de la actividad motora.
- 5.- Declinación de la actividad reproductora.
- 6.- Decremento progresivo de la habilidad para adaptarse al stress esto explica el incremento de las tasas de mortalidad dependientes del tiempo. Es quizás la manifestación más universal de envejecimiento.

Para Oriol Anguera los síntomas y signos de vejez humana son los que él llama "las cuatro "p"".

- Piel arrugada
- Pelos canos
- Presbicia
- Pérdida de memoria

Señala que con frecuencia se añaden otras dos "p"

- Picores
- Pesadez de las piernas

Otros datos señalan cuando un organismo humano es viejo:

- 1.- Aumento del colesterol sanguíneo (aunque la dieta y la vida sedentaria influyen en este hecho).
- 2.- Las fracciones globulínicas del suero aumentan y la albúmina decrece (tanto en forma absoluta como relativa). La fibrina del plasma aumenta.
- 3.- Disminuye la resistencia de los eritrocitos a las soluciones hipotónicas.
- 4.- Llega menos glucosa a las neuronas. Probablemente por alguna alteración en el metabolismo de los carbohidratos.
- 5.- Deshidratación relativa en los tejidos.
- 6.- Disminución del intercambio de sustancias entre los líquidos intra y extracelulares, debidos al aumento en cantidad y a cierto grado de hialinización del tejido conectivo.
- 7.- Disminución del calcio sérico y aumento del ácido láctico.
- 8.- Alteraciones de la presión osmótica y en las concentraciones de los iones de hidrógeno, calcio, sodio, potasio, etc.

## 9.- Disminución en la capacidad de regeneración de los tejidos.

Carrel y Lecomte de Nouy demostraron que la velocidad de regeneración es inversamente proporcional a la edad del sujeto.

Lecomte de Nouy determinó un índice de cicatrización que depende de la edad del paciente y del área inicial de la herida. Multiplicando este índice por la raíz cuadrada de la superficie de la herida, se obtiene una constante que expresa la actividad de regeneración correspondiente a cada edad. La curva de variaciones de esta constante demuestra que un individuo de 20 años cicatriza dos veces más aprisa que otro de 40 años.

### Factores que aceleran el proceso del envejecimiento

11 La mayoría de los autores están de acuerdo en que hay factores que aceleran el envejecimiento, tales como:

- 1.- Sobrenutrición
- 2.- Stress físico y mental
- 3.- Sobre-carga metabólica
- 4.- Intoxicaciones
- 5.- Hipertensión arterial
- 6.- Diabetes y obesidad
- 7.- Tabaquismo intenso
- 8.- Intervenciones quirúrgicas y traumatismos
- 9.- Experiencias traumáticas tales como: la muerte del cónyuge, un retiro forzado, etc.

### Duración de la vida humana

El rango de vida de las diferentes especies animales está -- bien establecido. En todos los casos se ha visto que corresponde aproximadamente al producto del tiempo que tarda el organismo en madurar por el factor 5. Tomando como edad de maduración del hombre los 20 años correspondería a los 100 años.

De acuerdo con lo anterior las muertes que se producen antes de los 90 a 110 años, son por accidente ó enfermedad. Sin embargo pocos mueren por vejez. Usualmente hay una causa específica de la muerte. Los gerontologistas dicen que la causa de la muerte en el envejecimiento normal es la falla fisiológica de uno ó varios órganos específicos y eliminan cualquier referencia a enfermedad. Se señala que las fallas fisiológicas más comunes son de corazón y circulatorias, cerebrales, respiratorias y renales.

### Demografía

Los estudios demográficos revelan algunos hechos significativos para quienes se interesen en el estudio del envejecimiento y la muerte. Algunas definiciones que se incluyen son las siguientes

Longevidad: duración de la vida de un individuo en particular

Índice de longevidad: promedio de la duración de la vida de los individuos de una población.

Longevidad máxima: es el promedio de edad de los miembros más viejos de una comunidad.

Expectativa de vida: es el índice de longevidad durante un período específico de tiempo.

Tasa de crecimiento de la población: es un índice que sirve

obviamente para expresar el crecimiento de la población. Se obtiene restando las adiciones (nacimientos, más inmigraciones) de las sustracciones (muertes más emigraciones) y dividiendo este número entre el total de la población. El índice se establece multiplicando el resultado de la operación anterior por mil.

Debido a los grandes avances científicos la expectativa de vida al nacimiento se ha ido incrementando gradualmente durante este siglo.

Este hecho ha propiciado que algunos autores norteamericanos en una actitud optimista hayan sustentado que será posible muy pronto prolongar la vida humana hasta los 200 años. Obviamente los cuidados gerontológicos no podrán corregir el límite natural de la vida.

Otro dato significativo es que las mujeres tienen mayor longevidad que los hombres. La hipótesis más comúnmente propuesta para explicar este hecho es que la mujer posee un par de cromosomas "X" mientras que los hombres sólo poseen uno y entonces para muchas características sólo tienen un gen, lo que hace más probable la expresión de genes letales. Además las hormonas ováricas frenan la declinación cardiovascular. Por otro lado los hombres son más propensos a las muertes violentas y accidentales. Llama la atención sin embargo que las mujeres tienen mayor incidencia de enfermedades crónicas que los hombres.

Los estudios estadísticos muestran que hay factores que pueden influir en la longevidad:

1.- Algunas drogas; el dietilstilbestrol usado para prevenir el aborto espontáneo. Se ha encontrado con gran frecuencia que mu-

jeros que padecen cáncer tienen antecedentes de que sus madres - fueron tratadas con esta droga durante el embarazo del que fueron producto.

2.- Las personas que viven en el campo tienen un promedio de 5 años de vida mas que los habitantes de las ciudades.

3.- Segun la American Cancer Society una persona que se fuma dos cajetillas diarias de cigarros debe esperar vivir doce años - menos que una que no fuma.

4.- Las personas casadas (o que viven en pareja) tienen mayor longevidad que las que viven solas.

De acuerdo a las estadísticas una persona casada que vive en un área rural y no fuma tiene 22 años mas de esperanza de vida que una persona que fuma y vive sola en la ciudad.

5.- La dieta inadecuada, las radiaciones, la polución y el stress físico y mental son también factores medio ambientales adversos que acortan la vida.

6.- Algunas enfermedades infecciosas (como la fiebre reumática) acortan marcadamente el potencial de vida. En la senectud hay mayor susceptibilidad y menor capacidad de resistencia a las enfermedades infecciosas.

7.- Tienen mayor probabilidad de vivir una larga vida las -- personas cuyos padres han sido longevos que los hijos de personas que murieron jóvenes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ EL ANCIANO DENTRO DE NUESTRA SOCIEDAD, SERA UNA PERSONA QUE SE SIENTE MOTIVADO PARA PARTICIPAR ACTIVA E INTEGRALMENTE EN EL DESARROLLO DE SU FAMILIA ?

## HIPOTESIS

### a). DE NULIDAD Ho

"EL ANCIANO DENTRO DEL GRUPO FAMILIAR URBANO ACTUAL, ES UNA PERSONA A LA CUAL SE LE ENTIENDE, SE LE RESPETA, CONSERVA SU AUTORIDAD, Y QUE ES TOMADO EN CUENTA PARTICIPANDO ACTIVA E INTEGRALMENTE EN LA DINAMICA FAMILIAR"

### b). ALTRNA H<sub>1</sub>

"EL ANCIANO ES UNA PERSONA QUE SE SIENTE RELEGADO, IGNORADO Y MENOSPRECIADO EN SU FAMILIA EN EL MEDIO URBANO, NO PARTICIPANDO ACTIVA E INTEGRALMENTE EN LA DINAMICA FAMILIAR"

## OBJETIVOS

- A) CONOCER QUE PIENSA EL ANCIANO SOBRE SU FAMILIA.
- B) DETERMINAR EL ROL ACTUAL QUE TIENE EL ANCIANO EN EL NUCLEO FAMILIAR URBANO.
- C) IDENTIFICAR ALGUNOS CONCEPTOS EN EL VIEJO SOBRE LOS ASPECTOS BIOLOGICO, PSICO-EMOCIONAL Y SOCIO-FUNCIONAL-FINANCIERO.

## PROGRAMA DE TRABAJO

Para la realización de este trabajo, los criterios para seleccionar a los ancianos fueron:

### a) Criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes vistos en la consulta externa de medicina familiar y demás especialidades.
- 2.- Personas mayores de 60 años derechohabientes del I.M.S.S. que vivan con una ó más personas.
- 3.- Ambos sexos.
- 4.- Escogidos al azar.
- 5.- No importó el nivel socioeconómico del cual provenían.
- 6.- No se tomó en cuenta el estado civil del sujeto en estudio.
- 7.- No importó si trabajaban ó no actualmente, ni la ocupación que desempeñaban.
- 8.- No se hicieron distinciones de patologías que ocurriesen en las muestras estudiadas.

### b) Criterios de exclusión:

- 1.- No se incluyó a pacientes que vivían solos ó se encontraban hospitalizados.
- 2.- Se eliminaron del estudio los pacientes con patologías graves y que mostraban datos de demencia ó de enfermedad mental mayor.

a) Universo de trabajo

La determinación estadística del tamaño de la muestra se hizo en base a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d^2 (N-1) + z^2 pq}$$

en donde

n= muestra

z= nivel de confianza

p= nivel de significancia

q= 1 - p

d= coeficiente de confiabilidad

N= tamaño de muestra esperada

b) La definición de las variables fué la siguiente:

V.I. : Anciano

V.D. : Familia

c) El sistema de captación de la información fue por encuesta cerrada.

d) El análisis estadístico fue de la siguiente manera:

$$H_0 \quad A = B$$

$$H_1 \quad A < B$$

e) El tipo de estudio fue unilateral con área de rechazo a la derecha.

f) El nivel de significación correspondió a:

$$\alpha = 0.05$$

g) La prueba de hipótesis:

$\chi^2$  para una muestra independiente con  $gl = 3$  y

$$\chi_c^2 = 6.25$$

Rechazo  $H_0$  si  $\chi_e^2 > \chi_c^2$  y  $p < 0.05$

## Resultados

De los 111 pacientes encuestados, el grupo de edad más numeroso correspondió al primero, el cual comprendió de 60-69 años (50.45%), el segundo grupo que comprendió de 70-79 años ocupó el segundo lugar (36.93%), el tercer grupo fue el de 80-89 años (11.71%) y el último grupo de 90 años y más, tuvo un 0.90%, todo lo cual nos habló qué la población estudiada acababa de pasar a la etapa de vejez relativamente hacia poco tiempo en lo que constituye la mayoría, pero es cercana la cifra de la población del segundo grupo.

La distribución por sexo de los viejos estudiados demostró un predominio de mujeres (61.26%) sobre los hombres (38.73%) muy probablemente a que en esta etapa de la vida, el sexo femenino tiene una mayor expectativa de vida.

El porcentaje de pacientes estudiados y su relación con el estado laboral actual fue de la siguiente manera: sí trabajaban 21.62%, no trabajaban 76.57%; no contestaron 1.80%. Pero se encontró durante la realización de las encuestas que la redacción ó el planteamiento de esta pregunta era confusa, por lo que las respuestas y los resultados en este renglón se tienen que tomar con mucha reserva.

El estado civil de las personas que entraron a la investigación fué el siguiente: casados un 54.05%; solteros el 25.22%; viudos 11.71% y los correspondientes a divorciados y otros (probablemente unión libre) fué de 4.50% para cada uno. Es interesante observar que una cuarta parte de la población estudiada total

es soltera, explicándose por múltiples factores tales como: económicos, sociales, costumbristas, culturales, etc.

Un porcentaje muy alto contestó (92.79%) que sí tenía la suficiente confianza para decirle al médico sus achaques o padecimientos, lo cual nos pudo llevar a deducir que es el médico, la persona a la que ellos acudían en busca de ayuda, y tal vez no sólo en el aspecto médico estrictamente hablando, tal vez existe esa confianza para platicar las penas, la soledad y los problemas que aquejan a la persona de la tercera edad, pero no así la voluntad ó la preparación del profesionista de la salud para el consuelo de un ser humano que vive en una época muy diferente a como vivió, con incertidumbre hacia la gente y la sociedad que lo rechaza.

Las respuestas ante la pregunta de que si sus achaques o padecimientos le hacen difícil ser feliz, variaron con poca diferencia: 41.44% contestó a veces; 31.53% sí, y 22.52% respondió no. Esta pregunta evidentemente es muy ambigua, muy imprecisa, ya que todos tenemos conceptos e ideas diferentes de lo que es la felicidad.

Del total de personas encuestadas, la mitad (5.45%) piensa y afirma que ellos no acarrearán problemas a su familia, el 31.53% opinó que a veces y únicamente el 19.81% contestó afirmativamente; es decir, la mitad al menos piensa o cree que no es una carga ó que conserva una cierta independencia, y una suficiente autoestima, lo cual condiciona que no tenga que molestar a otros miembros de la familia.

En cuanto a que si su familia se preocupa por su estado de

salud, se respondió afirmativamente en 80.18%, lo cual está en contraposición con la hipótesis alterna de esta investigación, pudiéndose deberse probablemente a falsas respuestas durante el llenado del cuestionario, ya que un gran número lo hacían en presencia de familiares. Otras razones podrían ser la ubicación del Hospital General de Zona ó el que las personas en estudio tiene los beneficios de la seguridad social.

En cuanto al aspecto sexual, el 58.55% respondió que no es importante, y el 20.72% opinó que en ocasiones sí lo es, el 14.41% respondió que sí es importante. Estas respuestas podrían deberse a la manifiesta negación de tratar el tema, sea porque la sociedad lo ha propiciado con el autorechazo respectivo por parte del viejo, ó por presentar alteraciones en la respuesta sexual, enfermedades, o ser de ideas muy conservadoras.

Resumiendo, algunos de los resultados observados arriba son contradictorios, pues la mayoría de las personas encuestadas respondieron que están conformes ó satisfechos con su familia, pero cabe aclarar que hubo fallas en el programa de trabajo.

El rol actual que tiene la persona de tercera edad en la familia ocupa un segundo término, ya que en general no se le da la importancia que debería para aprovechar todo su potencial como ser humano.

## Análisis de los resultados

a) Se trabajó con una muestra menor a la calculada, debido principalmente a que durante la aplicación de los cuestionarios sólo era una la persona que los aplicaba, y además no se previno suficientemente factores tales como pequeña letra impresa en los cuestionarios, mala visión de los encuestados, hipoacusia, mal entendimiento por algunas personas de las preguntas formuladas, y falta de cooperación en el llenado de éstas, sea por falta de interés ó desconfianza.

b) El valor de  $\chi^2_c$  se modificó por haberse trabajado con menos grados de libertad. (De 3 a 2 gl).

c) El valor de  $\chi^2_c$  fué de 4.60.

d) La distribución de datos fué como sigue:

Para siempre = 59	59
Para casi siempre = 20	20
Para a veces = 21	
Para nunca = 2	23

$$e) \chi^2_e = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1} = 35.36, \text{ por lo tanto se rechaza}$$

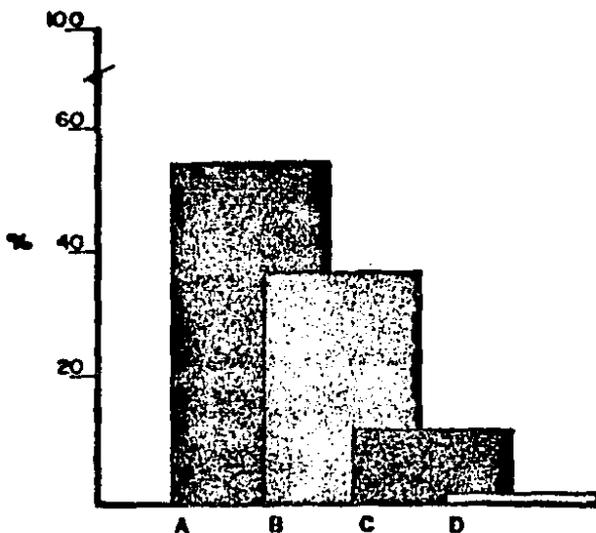
$H_0$ , pues  $\chi^2_e > \chi^2_c$  y  $p < 0.05$ , no pudiendo quedarse como cierta  $H_1$ , ya que un gran porcentaje de ancianos contestó las dos últimas opciones con relativa frecuencia, siendo esto por no haber alcanzado el tamaño de la muestra, por la misma encuesta, ó por las razones anotadas arriba.

## Propuestas ó Conclusiones

- 1.- Integrar al anciano a las actividades de la familia:
  - a) Encomendándole tareas sencillas, fáciles, no peligrosas para realizar.
  - b) Fomentar juegos, pláticas, reuniones entre él y los integrantes de su familia.
  - c) Protegerlo ante los accidentes factibles de ser prevenidos.
  - d) Darle atención médica ante sus enfermedades crónicas, y con la presencia de conductas anómalas, acudir con su médico familiar.
- 2.- Fomentar las investigaciones y estudios acerca del potencial laboral, creativo, social, educativo, y su función en la familia.
- 3.- Realizar campañas a nivel nacional en lugares públicos, en los medios de comunicación, en las escuelas y clínicas para comprender, respetar y dignificar al anciano.

Estas son sólo algunas medidas para ayudar y proteger al anciano, aquella persona que próximamente dejará de estar con nosotros, aquella persona a la que le debemos gran parte de nuestra existencia, y sólo en la medida que lo comprenda y acepte tanto la familia como la sociedad, se le dará el lugar que dignamente se ha ganado.

PORCENTAJE DE PACIENTES ESTUDIADOS POR GRUPOS DE EDAD



A ) GRUPO I ( 60-69 )

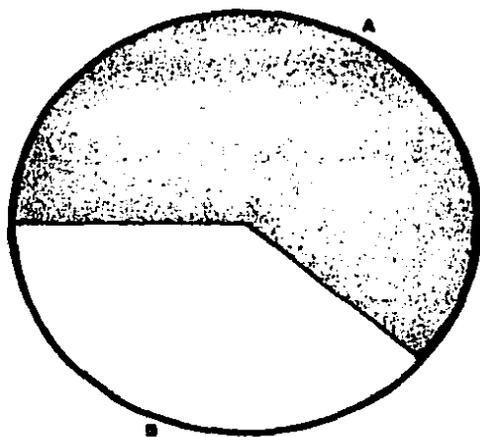
B ) GRUPO II ( 70-79 )

C ) GRUPO III ( 80-89 )

D ) GRUPO IV ( 90-↑ )

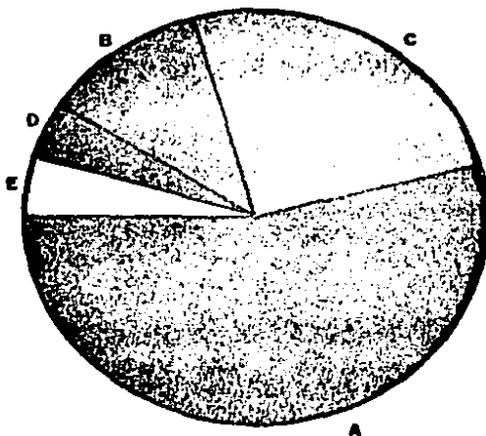
FUENTE: III ENCUESTAS REALIZADAS EN HGZ 6 IMSS.

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA



FUENTE: III ENCUESTAS REALIZADAS HOZ 6 1998

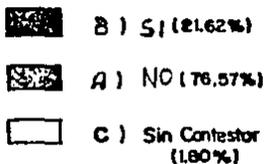
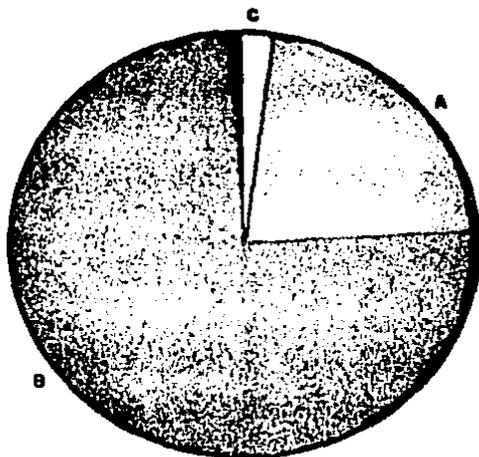
## PORCENTAJE DE PACIENTES ESTUDIADOS POR ESTADO CIVIL



	A) CASA DO	54.05 %
	C) SOLTERO	25.22%
	B) VIUDO	11.71%
	D) DIVORCIO	4.50%
	E) OTRO	4.50%

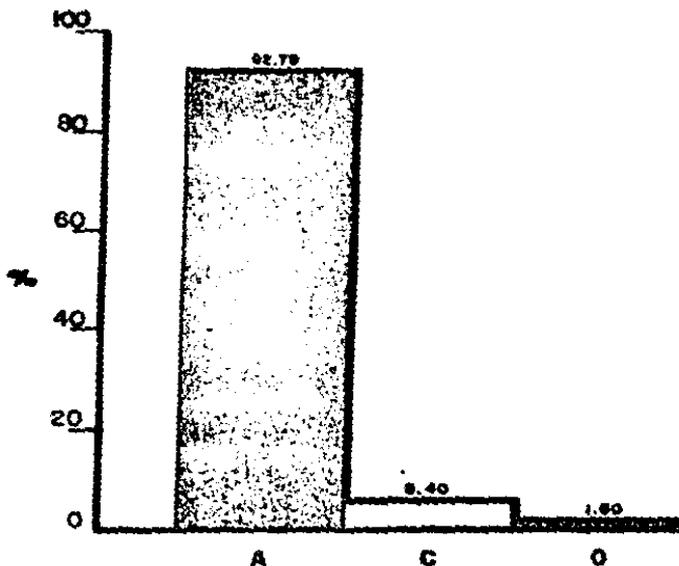
FUENTE: III ENCUESTAS REALIZADAS HGZ 8 IMSS.

PORCENTAJE DE PACIENTES ESTUDIADOS Y SU ESTADO LABORAL ACTUAL



FUENTE : III ENCUESTAS REALIZADAS HOZ. © INSS .

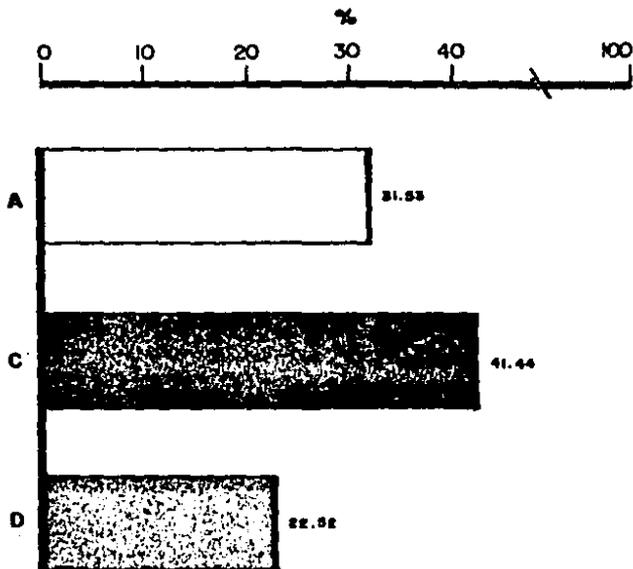
TIENE UD. LA SUFICIENTE CONFIANZA PARA DECIRLE AL MEDICO SUS ACHAQUES O PADECIMIENTOS ?



-  A) SI (A+B)
-  C) A VECES
-  O) NUNCA

FUENTE: III ENCUESTAS REALIZADAS EN HOZ 6 INSS.

SUS ACHAQUES O PADECIMIENTOS LE HACEN DIFICIL  
SER FELIZ ?



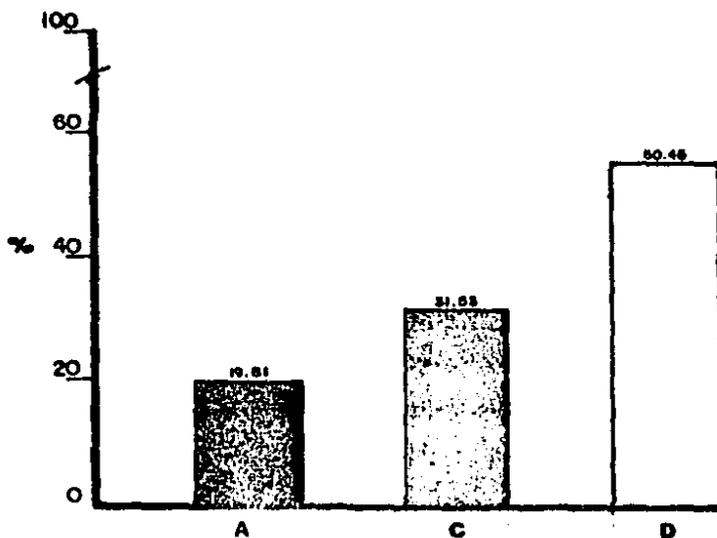
A) SI (A+B)

C) A VECES

D) NUNCA

FUENTE: III ENCUESTAS REALIZADAS EN HOZ 8 1955.

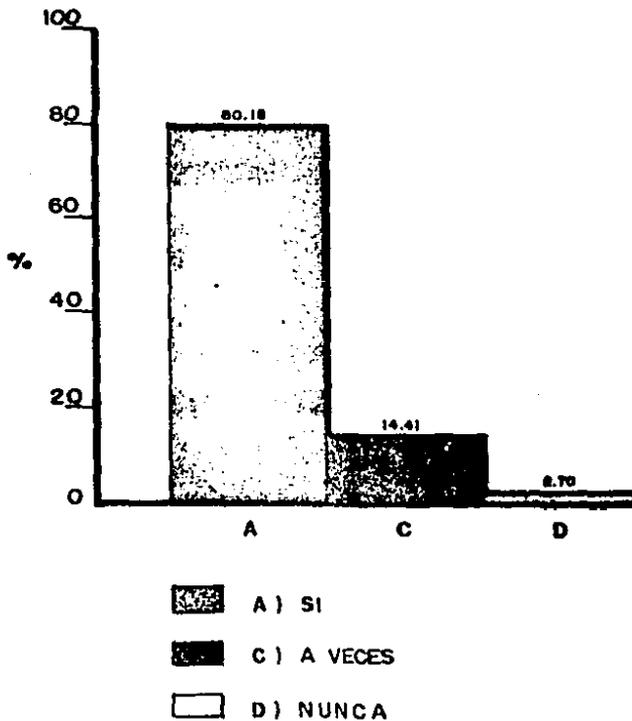
CREE UD. QUE SU ESTADO FISICO O SUS ACHAQUES  
ACARREAN PROBLEMAS PARA LAS PERSONAS DE SU  
FAMILIA ?



-  A) SI (A+B)
-  C) A VECES
-  D) NUNCA

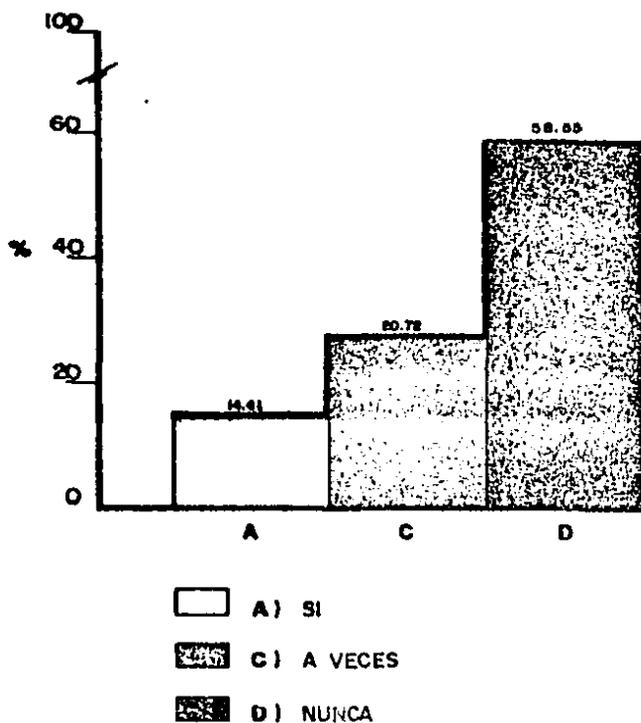
FUENTE: III ENCUESTAS REALIZADAS EN HQZ B IMSS.

SU FAMILIA SE PREOCUPA POR SU ESTADO DE SALUD ?



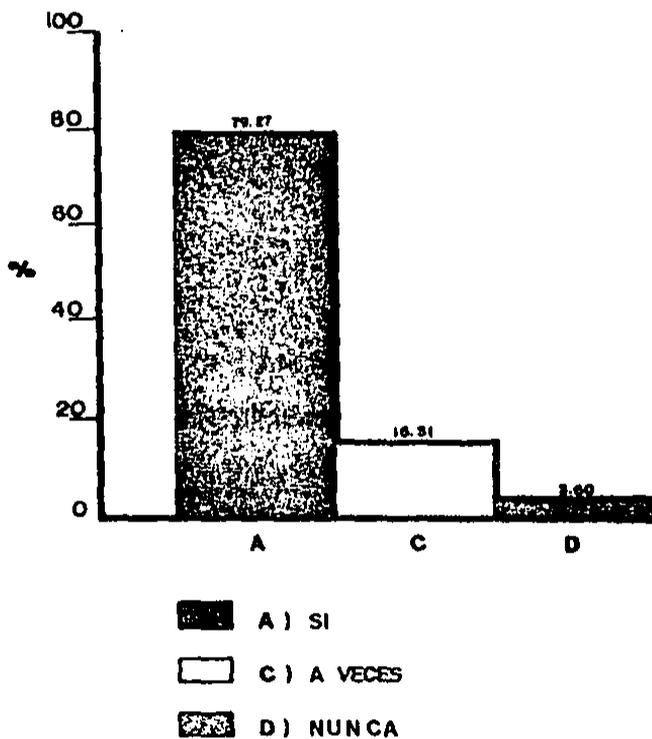
FUENTE: III ENCUESTAS REALIZADAS EN HQZ @ IMSS.

ES IMPORTANTE EL ASPECTO SEXUAL PARA PERSONAS DE SU EDAD ?



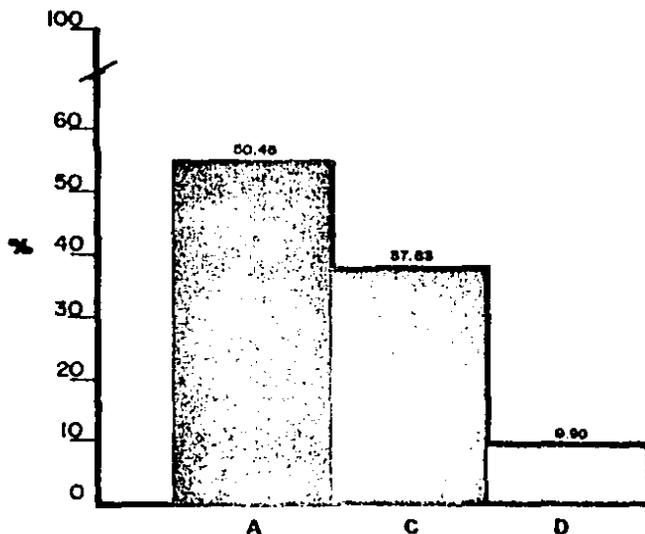
FUENTE: III ENCUESTAS REALIZADAS EN HGZ 6 IMSS.

COOPERA CON SUS FAMILIARES PARA QUE UD. TENGA  
Y CONSERVE UNA BUENA SALUD ?



FUENTE: III ENCUESTAS REALIZADAS EN HGZ 6 IMSS.

FACTORES COMO LA CONTAMINACION DE LA TIERRA, DEL AIRE EL SMOG EL RUIDO LA SOBREPoblACION SON FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE UD. Y SU FAMILIA PERJUDICANDOS DE ALGUN MODO ?



-  A) SI
-  C) A VECES
-  D) NUNCA

FUENTE: III ENCUESTAS REALIZADAS EN HGZ. © IMSS.

**"CONCEPTUALIZACION DE LA FAMILIA URUQUINA MEXICANA  
POR EL ANCIANO"**

**INSTRUCCIONES:**

MARQUE CON UNA CRUZ O ENVIASE EN UN CIRCULO AL INICIO O LA LETRA DE LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE QUE MEJOR LE PAREZCA, O EN SU DEFECTO QUE SE APROXIME MAS A LO QUE USTED PIENSA. RECUERDE QUE SOLO PUEDE SER UNA LA RESPUESTA.

Edad: \_\_\_\_\_

**I.- ASPECTOS GENERALES**

**1.- NOMBRE COMPLETO:**

2.- SEXO:                    a) FEMENINO                    b) MASCULINO

3.- ESTADO CIVIL

a) CASADO            b) SOLTERO            c) VIUDO            d) DIVORCIO            e) OTRO

4.- ¿TRABAJA ACTUALMENTE?    a) SI                    b) NO

5.- GRADO DE ESCOLARIDAD:

a) HACE LEER Y ESCRIBIR            b) PRIMARIA COMPLETA  
c) SECUNDARIA                    d) CONTINUA CON OTRA

6.- RELIGION:

a) CATOLICA            b) EVANGELISTA            c) OTRA            d) SIN RELIGION

7.- LUGAR DE NACIMIENTO:

a) D. F.            b) PROVINCIA            c) OTRO PAIS

8.- DOMICILIO:

**II.- ASPECTO HIJOLÓGICO/MÉDICO**

1.- ¿IENE USTED LA SUFICIENTE CONFIANZA PARA DECIDIR AL MEDICO SUS ACHAQUES O PADECIMIENTOS?

a) SIEMPRE            b) CASI SIEMPRE            c) A VECES            d) NUNCA

2.- SUS ACHAQUES O PADECIMIENTOS FISICOS, LE HACEN DIFICIL SER FELIZ?

a) SIEMPRE            b) CASI SIEMPRE            c) A VECES            d) NUNCA

3.- ¿SE AUTODIAGNOSTICA USTED CUANDO SUFIRA ALGUN MALISTAR?

a) SIEMPRE            b) CASI SIEMPRE            c) A VECES            d) NUNCA

4.- ¿HAY INTERFERENCIAS PROPIAS O CARACTERISTICAS DE LA VEJEZ?

a) SIEMPRE            b) CASI SIEMPRE            c) A VECES            d) NUNCA

5.- ¿CREE USTED QUE SU ESTADO FISICO O SUS ACHAQUES ACARRIEN PROBLEMAS PARA LOS PERSONAS DE SU FAMILIA?

a) SIEMPRE            b) CASI SIEMPRE            c) A VECES            d) NUNCA

6.- ¿PRACTICA USTED HABITOS TÓXICOS COMO FUMAR O TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS?

a) SIEMPRE            b) CASI SIEMPRE            c) A VECES            d) NUNCA

7.- ¿Su familia se preocupa por su estado de salud ?

- a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA

8.- ¿ Es importante el aspecto sexual para personas de su edad ?

- a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA

9.- ¿ Utiliza usted tes, hierbas, o preparaciones caseras para tratarse de sus males o achaques ?

- a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA.

10.- ¿ Cooperas con sus familiares para que usted tenga y conserve una buena salud ?

- a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA

11.- ¿ Factores como la contaminación de la tierra, del aire, del smog, el ruido, la sobrepoblación son problemas que influyen sobre usted y su familia perjudicándolos de algún modo ?

- a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA

III.- ASPECTO PSICO/EMOCIONAL.

- 1.- ¿SIENTE USTED MUESTRAS DE CARINO, AFECTO, AYUDA, EN SU CASA?  
a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA
- 2.- ¿LAS DECISIONES QUE USTED TOMA SON APOYADAS POR LA FAMILIA?  
a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA
- 3.- ¿ES USTED FELIZ?  
a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA
- 4.- ¿SE SIEMPRE SOLOT  
a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA
- 5.- ¿SI SE LE PRESENTA ALGUN PROBLEMA, BUSCA AYUDA O CONSEJO CON ALGUIEN DE LA FAMILIA?  
a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA
- 6.- ¿LE GUSTARIA A SU EDAD SEGUIR SIENDO EL JEFE DE LA FAMILIA?  
a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA
- 7.- ¿SU RELACION CON LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA ¿COMO EST?  
a) SATISFACTORIA                      b) BUENA                      c) REGULAR                      d) MALA
- 8.- ¿COMO SIEMPRE QUE HA SIDO SU VIDA?  
a) SATISFACTORIA                      b) BUENA                      c) REGULAR                      d) MALA
- 9.- ¿COMO SIEMPRE USTED EL TRATO O LA RELACION QUE HAY ENTRE LOS DEMAS MIEMBROS DE SU FAMILIA?  
a) SATISFACTORIA                      b) BUENA                      c) REGULAR                      d) MALA
- 10.- ¿ES USTED NERVIOSO O MUY PREOCUPADIZO?  
a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA
- 11.- ¿VIVE USTED CON DESANOS Y ANIMOS PARA HACER SUS COSAS LO MEJOR POSIBLE?  
a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA
- 12.- ¿LE MUESTRAN GUSTADO HACER EN OTRA EPOCA POSTERIOR A LA SUYA?  
a) SIEMPRE                      b) CASI SIEMPRE                      c) A VECES                      d) NUNCA

13.- ¿COMO PIENSA QUE LA VIDA LE HA PAGO O RECOMPENSADO?

- a) SATISFACTORIAMENTE      b) BIEN      c) REGULAR      d) MAL

14.- ¿PIENSA QUE SUS CONSEJOS PUEDAN SER UTILES EN DIVERSAS OCASIONES PARA ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON LA QUE VIVE?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

15.- ¿SIEMTE USTED PREFERENCIA POR ALGUN PARIENTE DENTRO DE SU FAMILIA, QUE NO SEA SU ESPOSA O HIJO/A?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

#### IV.- ASPECTO FINANCIERO/FUNCIONAL/SOCIAL.

1.- ¿MUESTRA SOCIEDAD LES DA EL LUGAR QUE LES CORRESPONDE A PERSONAS DE SU EDAD?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

2.- ¿SE CONSIDERA USTED UTIL A LA SOCIEDAD Y A SU FAMILIA?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

3.- ¿SI NO TRABAJA ACTUALMENTE, LE GUSTARIA QUE LE DIERAN ALGUNA OPORTUNIDAD?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

4.- ¿LE GUSTA CONVIVIR CON OTRAS PERSONAS AUNQUE NO SEAN DE LA FAMILIA?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

5.- ¿EL DINERO QUE USTED OBTIENE LE ALCANZA PARA SUS NECESIDADES BASICAS?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

6.- ¿LE GUSTARIA VIVIR CON PERSONAS AJENAS A SU FAMILIA?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

7.- ¿COMO IMAGINA USTED QUE SERIA, Y COMO FUNCIONARIA UN LUGAR PARA VIVIR EXCLUSIVO DE ANCIANOS?

- a) SATISFACTORIO      b) BUENO      c) REGULAR      d) MAL

8.- ¿COMO CATEGORIAS EL ESTADO EN EL QUE SE ENCUENTRA SU FAMILIA?

- a) SATISFACTORIO      b) BUENO      c) REGULAR      d) MALO

9.- ¿COMO OBSERVA O SIEMPRE QUE SE ENCUENTRAN LAS CONDICIONES ACTUALES DEL MUNDO?

- a) SATISFACUTORIAS      b) BUENAS      c) REGULARES      d) MALAS

10.- ¿PARECE USTED QUE LA SOCIEDAD LO ACEPTA TAL COMO ES?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

11.- ¿LA VIDA DE ANTES ERA MENOS DIFICIL Y MAS TRANQUILA?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

12.- ¿LA VEJEZ ES UNA ETAPA DE DESCANSO?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

13.- ¿ES DIFERENTE LA VIDA DE CAMPO O DE PROVINCIA CON RESPECTO A LA CIUDAD?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

14.- ¿LOS TIEMPOS DE ANTES SON MEJOR QUE LOS DE AHORA?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

15.- ¿PIENSA USTED QUE DE ALGUNA FORMA SE DEBIA EDUCAR Y PREPARAR A LA GENTE A COM-  
PARAR Y PARTICIPAR POSITIVAMENTE EN RELACION A LA ANCIANIDAD?

- a) SIEMPRE      b) CASI SIEMPRE      c) A VECES      d) NUNCA

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. Juan de Dios Briseño. M.F. UMF No. 34 IMSS. Guadalajara, Jalisco. Trabajos de investigación. Problemas familiares y sociales del anciano. Atención primaria del anciano.
- 2.- Arturo Lozano, Pedro Antonio Bravo, Armanco Pichardo. Revista de la Fac. de Medicina de México UNAM. Vol. XXVI. Año 26. No. 2 1983.
- 3.- Clínicas médicas de Norteamérica. El paciente geriátrico. Ed. Interamericana. Marzo 1981.
- 4.- Principios de Medicina Interna de Harrison. El equipo para el cuidado de la salud en el anciano. Ed. Mc Graw Hill. Tomo I. Págs. 582-588.
- 5.- Francisco Pedrón Payou. Solidaria IMSS. El control natal y la economía, la tercera edad. México. Diciembre 1983.
- 6.- Dr. Alfonso Escobar Izquierdo. Revista de la Facultad de Medicina de México UNAM. Aspectos biológicos de la senectud. Vol. XXIV. Año 24. No. 12. 1981. Págs. 20-25
- 7.- Lennart Levi, Lars. Anders. La tensión psicosocial. Población ambiente y calidad de vida. Edit. Manual moderno. 1980. Trabajo de la ONU.
- 8.- Tesis Dr. Jesús Cruz. La dinámica familiar y el paciente senil. HGZ No. 8 IMSS. Enero de 1985.
- 9.- Noyes. Psiquiatría clínica moderna. Edit. Prensa médica mexicana. Kolb. Págs. 87,88 y 582.
- 10.- Apuntes del curso de especialización de la residencia de medicina familiar. IMSS. HGZ No. 8. México, D. F. Familia I y II 1986-87

11.- Apuntes de Generalidades. Carrera de médico cirujano. UNAM  
Iztacala. 1980.

12.- Gaceta UNAM. 28 de noviembre de 1983; Págs. 22, 23, 12.

\*-----\*  
\*          \*  
\*          \*