

11276

83  
2ej



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado  
Unidad de Medicina Familiar No. 21  
Delegación 4  
I. M. S. S.

DINAMICA FAMILIAR DEL  
PACIENTE GERIATRICO

T E S I S

Que para obtener el Título de  
Especialista en Medicina Familiar  
p r e s e n t a

DRA. BERTHA RIVERA LOPEZ



TESIS CON  
FAMILIA EN PROCESO

México, D. F.

1992



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION.....	1
II. MARCO TEORICO.....	3
III. OBJETIVOS.....	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
V. MATERIAL Y METODOS.....	9
VI. ANALISIS DE RESULTADOS.....	10
VII. TABLAS Y GRAFICAS.....	12
VIII. DISCUSION.....	21
IX. CONCLUSIONES.....	23
X. ALTERNATIVAS DE SOLUCION.....	24
XI. BIBLIOGRAFIA.....	25

## I. INTRODUCCION.

Existen diferentes criterios para determinar cuando se está llegando a la vejez; podemos guiarnos por la edad cronológica, o por la manera en que nos sentimos. Podemos encontrarnos jóvenes - viejos o viejos jóvenes, lo cual nos demuestra la divergencia de edades que se presentan en una misma persona.

Para determinar la edad funcional de cada persona debemos tener en cuenta:

- a) La edad biológica, que se mide por las reservas remanentes de vida que en cada momento conserva el organismo o el individuo.
- b) La edad psicológica, que se determina por la necesidad plástica del individuo para adaptarse a nuevas condiciones, tanto internas como externas.
- c) La edad social, que corresponde a la capacidad del sujeto para realizar los roles sociales que le son requeridos.

Estas tres edades nos proporcionan el índice de la edad funcional, que se manifiesta como la habilidad para adaptarse competente y eficazmente a las exigencias ambientales y a las condiciones de trabajo y de vida. A partir de esta definición podemos establecer qué tan viejos somos, o nos sentimos, rebasando la rigidez del plano cronológico.

Partir de una definición, es partir de una abstracción. La vejez es lo que ocurre a las personas que se vuelven viejas, - por tanto, es imposible encerrar toda esa pluralidad de experiencias en un concepto. No establecemos relaciones con la vejez, sino con los ancianos, por tanto debemos adaptar nuestras teorías a las necesidades reales del anciano, y no proceder a la inversa, - tratando de ajustar al anciano a un modelo que le hemos creado.

Debemos hacer explícita la necesidad de reconocer que el anciano es una persona que se está enfrentando a una experiencia única y original, que precisa de nuestra comprensión y de nuestra ayuda para poder superar la marginación y el abandono a que han sido conducidos por una sociedad prejuiciada.

Nuestras expectativas determinan también el comportamiento de los senectos: si los tratamos de acuerdo a los prejuicios y estereotipos que se tienen de los ancianos, responderán como tales; - pero cuando los tratamos como un hombre actual, como un hombre - que aún tiene proyectos, que tiene futuro, que tiene esperanza, - que está vivo; sus proyectos fluyen, su esperanza se asciende y - vuelve a vivir con plenitud, por el tiempo que sea, pero lo logra

La vejez es un proyecto de autorrealización que se va desarrollando a lo largo de la vida. Somos nosotros los encargados de que ese proyecto llegue a buen término, concientizándonos nosotros mismos y los que nos rodean, de lo que la vejez significa para estar preparados cuando ésta llegue, y comprender a los ancianos que nos rodean. Hacia esta meta debemos encaminar nuestros esfuerzos, dándole al anciano el lugar que le corresponde, asegurándole una vida digna en su propio interés, pero también en interés de sus descendientes y de la sociedad en general.

## II. MARCO TEORICO.

A través de la evolución de la humanidad se han adoptado diversas actitudes respecto a la senectud. En las sociedades más primitivas, el anciano es segregado del resto de la comunidad y a veces ignorado. La posición de las diferentes sociedades se halla determinado por la escala de valores sociales. En la sociedad actual, la industrialización establece nuevos parámetros para evaluar a la población, los cuales excluyen al anciano del sistema productivo y su rol social es desvalorizado (1).

Aunque no existe una buena explicación de las causas de la vejez una razón aceptable es aquella que considera al organismo como el responsable de los errores en la reproducción del DNA, cuya acumulación origina mensajes equivocados y por tanto cambios que se interpretan como signos de vejez (2).

La vejez se caracteriza por la atrofia, hipofunción, pérdida de agua y aumento de enfermedades degenerativas que producen estados de invalidez y el primer tipo de dependencia, que es la dependencia física de otras personas (1).

Se han establecido teorías para explicar el proceso de envejecimiento: teoría nerviosa, mutacional, o clonal, enzimática, del desgaste mecánico y psicosociales (1).

Se ha definido al anciano como a la "persona en la última etapa de la vida, entre la madurez y la edad senil". El límite más aceptable comprende entre los 60 y 65 años. En México se toma el criterio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (que se fundamenta en la norma de la Organización Panamericana de la Salud), que define como límite cronológico de la senectud los 60 años de edad (3).

En México se es social y legalmente viejo a los 65 años de edad, porque esta es la edad de la jubilación obligada, del retiro de la protección. En cuanto a la estructura de la población mexicana, en la actualidad puede describirse como una pirámide con una gran proporción de gente joven y un reducido número de ancianos. El 44.2% es menor de 15 años, el 52.5% se encuentra entre los 15 y 64 años y sólo el 3.3% es mayor de 65 años. La población anciana constituye el 15% de la población total, las causas de este incremento se deben entre otras cosas a la práctica de la Medi

cina Preventiva (2).

En nuestra sociedad materialista el anciano ya no es productivo, su exclusión del aparato productivo disminuye sus recursos económicos fomentando la dependencia económica de la familia, que entonces empezarán a considerarlo una carga, factor que también altera la relación con ellos (1).

La institución familiar, ha experimentado cambios importantes a consecuencia del desarrollo industrial. La estructura de la familia tradicional de 3 generaciones ha sido reemplazada por la familia nuclear, teniendo papel preponderante en el medio urbano. Al definirse la familia de acuerdo a los valores de la sociedad actual el más afectado es el anciano, pues el papel social que desempeñaba dentro de la familia tradicional ya no tiene razón de ser en la familia nuclear (1).

La incompreensión rodea al anciano, originado probablemente por el desconocimiento del proceso por el que está pasando y no entender el porqué de sus actitudes. Se hace evidente informar y orientar a la familia para establecer una relación adecuada y al mismo tiempo una adecuada dinámica familiar (1).

Los ancianos se enfrentan a miles de problemas y dificultades, sus deseos efectivos son ignorados o subvalorados, la sociedad los aliena y con frecuencia sus propios hijos y familiares les soportan de mala gana; el problema de la sociedad adquiere límites desbordantes. El anciano se siente marginado, "falto de amor", la salud suele ser precaria en la mayor parte de los casos y puede crear serias dificultades e incluso producirle una invalidez con grave perjuicio personal y social (4,5,6).

En el anciano pueden generarse sentimientos de inseguridad en sí mismo y de miedo a enfrentarse a la vida que compromete seriamente sus relaciones con la sociedad y su familia (6).

La enfermedad enfrenta al paciente y a su familia a diversos problemas económicos, de dinámica familiar y afectivo-emocionales. El anciano puede sentirse desamparado o estarlo en realidad. De acuerdo a su condición física necesita ayuda; pero ni él ni su familia tienen la capacidad técnica para comprender el proceso de envejecimiento y prestar esa ayuda en forma razonada y razonable; su vejez conlleva para sí y sus parientes implicaciones emocionales serias y complejas (3,7).

Existen otras razones para que el anciano desee y quizá hasta simule estar enfermo: haber recibido afecto durante una enfermedad que en estado de salud no obtiene; enfermedad ficticia, le proporciona un medio de hacer chantaje emocional; insistir en estar sano cuando en realidad está enfermo, encubriendo sus limitaciones y rechazando toda clase de ayuda (8,2).

El anciano debe ser motivado a la reflexión, orientado a los valores que aún puede proyectar, aceptar que tiene un propósito: su transcendencia espiritual a través del conocimiento de la muerte. (9)

Los desórdenes psiquiátricos no son por sí mismos diferentes en los ancianos que en otros grupos de edad; sin embargo, los problemas físicos y sociales que padecen, tales como deficiencia sensorial, pérdida de la locomoción, limitaciones, relocalizaciones y restricciones sociales, son factores que influyen en forma determinante en el estado anímico del anciano, provocando altos porcentajes de depresión y cuando hay pérdida del funcionamiento demencia (10,11).

El anciano debe vivir en el ambiente más adecuado para él, rodeado de cuidados y afecto sinceros; de hecho, no es raro encontrar ancianos que viven a disgusto y se sienten solos dentro de su familia que les es en cierta forma hostiles (6,12).

La familia tiene un papel importante dentro de este problema, ésta es considerada la unidad primaria de la sociedad y dentro de ella se desarrollan, entre sus miembros funciones de comunicación, división, de roles y transacciones múltiples (13).

La Dinámica Familiar según Jackson, consiste en el conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad (14).

La familia tendrá alteraciones en su dinámica y tomará una actitud determinada cuando exista la presencia de un miembro enfermo, tomando en cuenta el nivel socioeconómico, cultural, así como la integración familiar que existe. La actitud variará de acuerdo al miembro enfermo que se trate: padre, madre e hijos (15).

Una de las medidas ideadas para la valoración de la familia es el Apger Familiar que junto con otras pruebas sociales y psicológicas son utilizadas para medir con cierta frecuencia y profundidad la funcionalidad familiar. Además de la evaluación de las familias es necesario determinar cuál es el contexto socio-cultural en el que se desenvuelve el grupo familiar. (16,17).

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de ta reos de desarrollo, que difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales. Aún cuando varía en las diferentes sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por esto, que cada forma particular de familia se tiene como un valor primitivo de la sociedad- (18).

### III. OBJETIVOS.

1. Determinar la Dinámica Familiar del paciente geriátrico portador de un padecimiento crónico.
2. Determinar si la presencia de un miembro geriátrico portador de un padecimiento crónico es causa de alteración en la Dinámica Familiar.
3. Identificar las medidas que la medicina Familiar puede aportar para mejorar la Dinámica Familiar del paciente geriátrico portador de un padecimiento crónico.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Es la presencia de un miembro geriátrico portador de un padecimiento crónico, factor que contribuya a la alteración en la dinámica de su familia ?

#### VI. MATERIAL Y METODOS.

Para la realización del presente estudio se utilizaron 50 familias pertenecientes a la UMF No. 21 del IMSS del Valle de México, la colaboración de un médico Psiquiatra y de un médico residente de la especialidad de Medicina Familiar. Así mismo, se utilizaron cuestionarios correspondientes al Ápgar Familiar, Funcionalidad familiar y uno específico para conocer las necesidades de los miembros geriátricos.

Se estudiaron 50 familias cuyos miembros geriátricos acudieron a las pláticas de la tercera edad en la UMF No. 21. Las familias estudiadas fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos: Presencia dentro de sus componentes de un miembro de 60 años o más; ambos sexos; cualquier nivel socio-económico; cualquier nivel educativo; portador de un padecimiento crónico (\*) y asistencia regular a la consulta externa de Medicina Familiar para su control. Se excluyeron las familias entre cuyos miembros contaran con personas menores de 60 años; presencia de más de un padecimiento crónico o que asistieran en forma irregular a la consulta externa de Medicina Familiar.

De las familias que cumplieron con los criterios de inclusión y que fueron integradas al estudio, se les realizó una visita inicial a cada una de ellas para la aplicación de cuestionarios que miden el grado de funcionalidad familiar y las necesidades de los miembros geriátricos. Se les realizó una segunda visita domiciliaria en la cual se les dió información acerca de los cuidados de una persona geriátrica.

- (\*) Se tomó en cuenta un sólo padecimiento crónico, en este caso fué seleccionada la Diabetes Mellitus por ser uno de los padecimientos más frecuentes y que requieren de un control mensual en la consulta externa de Medicina Familiar, considerándose también, su tiempo de evolución que fué de 10 años o más sin manifestaciones de insuficiencia renal crónica.

## VI. ANALISIS DE RESULTADOS.

A través de la aplicación de los cuestionarios de Apgar Familiar a las 50 familias incluidas en el estudio, se obtuvieron 25 familias altamente funcionales (50%) y 25 familias disfuncionales (50%), de las cuales 15 son familias moderadamente disfuncionales (30%) y 10 severamente disfuncionales (20%). Tabla No. 1 y Gráfica No. 1.

Las edades encontradas en los miembros geriátricos se muestran en la Tabla No. 2, en la que se observa un predominio del grupo de edad de 63 - 65 años (36%) y menor en el grupo de edad de 72 años o más (6%).

En cuanto al sexo de los pacientes estudiados se encontró un predominio del sexo femenino en 33 pacientes (66%) y 17 del sexo masculino (34%). Tabla No. 3.

El nivel socioeconómico predominante correspondió al nivel medio en 31 familias (62%) y el menos frecuente al nivel alto en 5 familias (10%). Tabla No. 4.

En lo referente al grado de escolaridad de las familias estudiadas, se encontraron a 2 familias con instrucción nula (4%), 30 con educación primaria (60%) y sólo 3 con estudios profesionales (6%). Tabla No. 5.

De acuerdo a los cuestionarios aplicados, se encontraron varias causas que originen o favorecer la disfuncionalidad familiar encontrándose como causa más importante las familias numerosas en 29 casos y en menor proporción el grado de escolaridad en 2 casos. Las familias estudiadas presentaron más de una causa de disfuncionalidad familiar de las descritas en la tabla No. 6.

En la aplicación de los cuestionarios del Apgar Familiar, encontramos que dentro de los parámetros valorados, el más alterado correspondió al efecto en 14 de las familias estudiadas (28%) y el menos alterado fue la asociación en 6 familias (12%). Tabla No 7. Gráfica No. 2.

Se estableció una relación entre el grado de funcionalidad familiar y el nivel socioeconómico de las familias estudiadas, encontrándose que dentro de las familias altamente funcionales 22 pertenecen al nivel socioeconómico medio (44%), observándose que entre más bajo sea el nivel socioeconómico se incrementa el grado -

de disfuncionalidad familiar, por lo que tenemos 7 familias moderadamente disfuncionales que pertenecen al medio socioeconómico - bajo (14%) y 5 familias severamente disfuncionales pertenecientes al mismo medio (10%). Tabla No. 8. Gráfica No. 3.

Se encontró una estrecha relación entre el grado de funcionalidad familiar y el nivel educativo de las familias estudiadas, observándose que entre menor es la instrucción académica se presenta con mayor frecuencia la disfuncionalidad familiar severa, siendo por el contrario una alta funcionalidad familiar en aquellas familias que cuentan con un mayor nivel académico, encontrándose como promedio la educación primaria (32%) y secundaria (10%) Tabla No. 9. Gráfica No. 4.

Así mismo, existe también una relación entre la edad del paciente geriátrico y el grado de funcionalidad familiar, alterándose esta, cuando se tiene una mayor edad. Tabla No. 10.

La relación entre los años de evolución del padecimiento y el grado de funcionalidad familiar se muestra en la Tabla No. 11, en donde se observa que entre mayor es el tiempo de evolución, mayor es la disfuncionalidad familiar.

Por otra parte, los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a los pacientes geriátricos para reconocer sus necesidades, observamos que en las familias altamente funcionales no se encuentra una diferencia importante entre uno y otro parámetro valorado, mientras que, conforme se altera la funcionalidad familiar, es menor el número de pacientes que reciben atención por parte de su familia. Tabla No. 12.

## VII. TABLAS Y GRAFICAS.

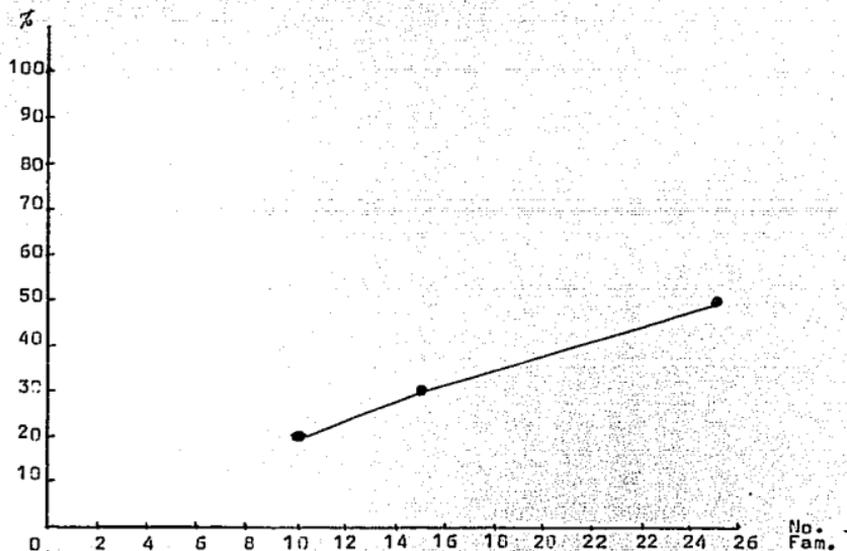
Tabla No. 1

Grados de funcionalidad familiar presentado en las familias estudiadas.

Grado de funcionalidad fam.	No. familias	%
Alta	25	50
Modorada	15	30
Severa	10	20
Total	50	100

Gráfica No. 1.

% de los grados de funcionalidad familiar.



**Tabla No. 2.**  
**Distribución por edades de los pacientes estudiados.**

Edad	No.	%
60 - 62	15	30
63 - 65	10	30
66 - 68	8	16
69 - 71	6	12
72 o más	3	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Tabla No. 3.**  
**Distribución por sexo de los pacientes estudiados.**

Sexo	No.	%
Femenino	33	66
Masculino	17	34
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Tabla No. 4.

Niveles socioeconómicos encontrados en las familias estudiadas.

Nivel socioeconómico	No.	%
Alto	5	10
Medio	31	62
Bajo	14	28
Total	50	100

Tabla No. 5.

Grados de escolaridad encontrados en los integrantes de las familias estudiadas.

Escolaridad	No.	%
Nula	2	4
Sabe leer y escribir	4	8
Primaria	30	60
Secundaria	8	16
Bachillerato	3	6
Profesional	3	6
Total	50	100

Tabla No. 6.

Causas de disfuncionalidad familiar encontradas en las familias - familias catalogadas como disfuncionales.

Causa	No. familias.
Falta de comunicación entre sus miembros	8
Familias numerosas	29
Nivel socioeconómico	7
Escolaridad	2
Divorcio	6
Ausencia de uno de los miembros de la familia	4
Alcoholismo	9
Drogadicción	3
Infidelidad	5
Autoritarismo	9
Conflicto entre hermanos y/o padres	11
Padecimientos congénitos y/o hereditarios en algunos miembros de la familia	3
Embarazos e hijos no deseados	2

Tabla No. 7.

Frecuencia en que se encontraron alterados los parámetros valorados por el Apgar Familiar en el grupo de familias estudiadas.

Parámetros AF	Frecuencia	%
Adaptabilidad	12	24
Asociación	6	12
Progresión	8	16
Afecto	14	28
Acuerdos	10	20
Total	50	100

Gráfica No. 2.

% de los parámetros alterados del Apgar Familiar.

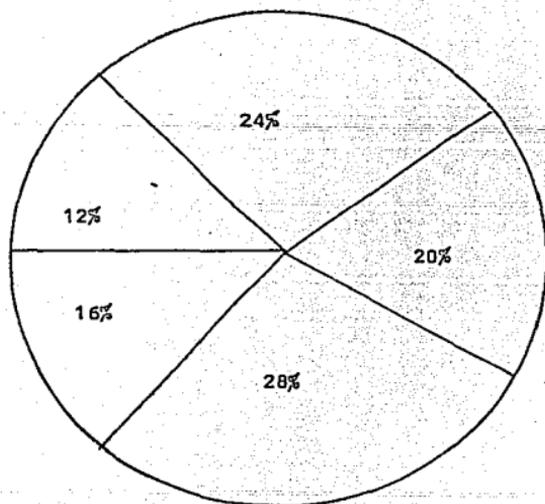


Tabla No. 8.

Relación entre el grado de funcionalidad familiar y el nivel socioeconómico en el grupo de familias estudiadas.

GFF Nivel socioec.	Alta	%	Moderada	%	Severa	%	T	%
Alto	1	2	2	4	2	4	5	10
Medio	22	44	6	12	3	6	31	62
Bajo	2	4	7	14	5	10	14	28
Total	25	50	15	30	10	20	50	100

Gráfica No. 3.

Relación en % entre el nivel socioeconómico y el grado de funcionalidad familiar en las familias estudiadas.

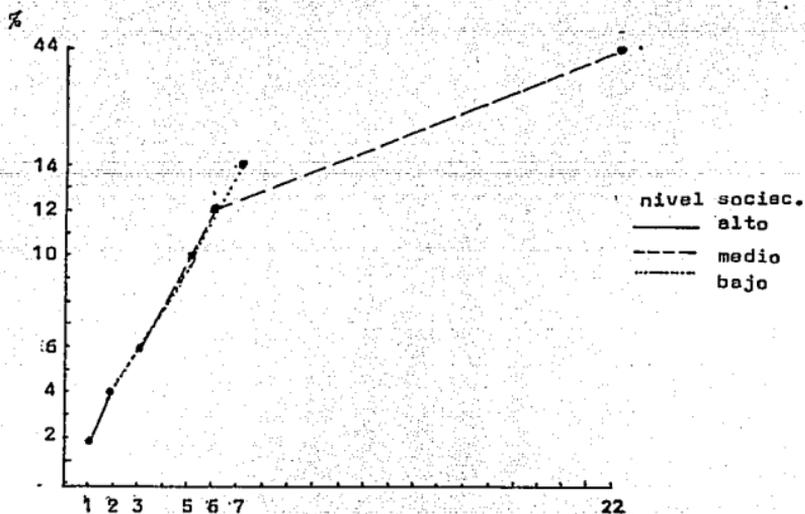


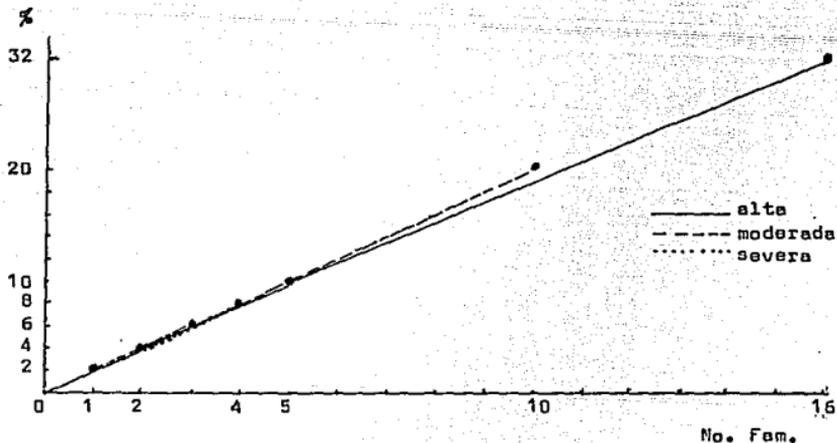
Tabla No. 9.

Relación entre el grado de funcionalidad familiar y el nivel de -  
escolaridad entre las familias estudiadas.

GFF	Alta	%	Moderada	%	Severa	%	T	%
Escolaridad								
Nula	0	0	0	0	2	4	2	4
Sabe leer y escribir	0	0	0	0	4	8	4	8
Primaria	16	32	10	20	4	8	30	60
Secundaria	5	10	3	6	0	0	8	16
Bachillerato	2	4	1	2	0	0	3	6
Profesional	2	4	1	2	0	0	3	6
Total	25	50	15	30	10	20	50	100

Gráfica No. 4.

Relación en % del grado de funcionalidad familiar y el nivel de -  
escolaridad de las familias estudiadas.



ESTA TESIS NO BEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tabla No. 10.

Relación entre la edad de los pacientes geriátricos y el grado de funcionalidad familiar en las familias estudiadas.

GFF años	Alta	Moderada	Severa	Total
60 - 62	10	4	1	15
63 - 65	11	4	3	18
66 - 68	2	4	2	8
69 - 71	1	2	3	6
72 o más	1	1	1	3
Total	25	15	10	50

Tabla No. 11.

Relación entre los años de evolución del padecimiento crónico en los pacientes geriátricos y el grado de funcionalidad familiar.

GFF años evol.	10 - 12	13 - 15	16 - 18	19 o más	T
Alta	10	7	6	2	25
Moderada	2	5	6	2	15
Severa	0	6	1	3	10
Total	12	18	13	7	50

Tabla No. 12

Relación de los pacientes geriátricos en cuanto a sus necesidades satisfechas por su familia.

Necesidades	Alta	Moderada	Severa	T	%
Cuenta con habitación propia	19	8	0	27	54
Atención por alguna persona especial	10	4	2	16	32
Le acompañan puntualmente a sus citas con el MF	21	6	2	29	58
Recibe ayuda para la administración de medicamentos	9	6	4	19	38
Le ayudan a llevar su dieta	22	5	0	27	54
Recibe auxilio oportuno al presentar descontrol de su padecimiento	25	10	1	36	72
Le atienden sus necesidades básicas (calzado, vestido, etc)	25	12	3	40	80
Visita lugares recreativos acompañado de su familia	17	8	0	25	50
Fomenta la familia su participación en actividades recreativas	12	4	0	16	32

## VIII. DISCUSION.

En el presente estudio realizado en el que se estudiaron 50 familias que fueron funcionales como disfuncionales, se encontraron varias causas que contribuyen a la alteración en la dinámica familiar, como lo son las señaladas en la tabla correspondiente. Una de ellas es el nivel educativo, que aunque, en la tabla general parece ser una de las causas menos frecuentes, existe una estrecha relación entre ambos, mostrándose más alterado cuando es menor el nivel educativo de la familia.

Se encontraron además, otras causas de disfuncionalidad familiar relacionadas con la presencia del miembro geriátrico dentro de la familia, como lo son su edad, su enfermedad, el tiempo de evolución de la misma, así como la necesidad que tienen de atención y cuidado.

En realidad, encontramos que son pocas las familias que brindan apoyo material y moral a sus integrantes geriátricos, esto se lleva a cabo en aquellas familias en las que existe una información, aunque incompleta, acerca de los cuidados que un miembro geriátrico debe tener por el decremento de sus capacidades físicas.

Durante la aplicación de las encuestas, se observó la calidad de vida que llevan los miembros geriátricos de las familias estudiadas, sobre todo si son portadores de un padecimiento crónico, como lo es la Diabetes Mellitus, que requiere la inversión de un tiempo considerable por parte de la familia para un adecuado control, observándose en algunos otros casos la marginación en la que viven y la falta de interés mostrado por la familia para mejorar su nivel de vida.

En el presente estudio se encontraron causas de alteración en la dinámica familiar relacionadas con la presencia del miembro geriátrico, que son señaladas en la bibliografía consultada; la sola presencia de un miembro de 60 años o más dentro de la familia causa alteraciones en la misma por los cuidados que implica su edad, si a esto le agregamos la presencia de un padecimiento crónico, encontraremos que la dinámica familiar se encuentra aún más afectada, pues dichos miembros requieren de una mayor atención e inversión de tiempo para poder darles un buen nivel de vida, en la mayoría de los casos esto no se cumple, llegando a ser-

para la familia una carga, pues implica el darle atención, cuidados, alimentación, vestido, calzado, atención médica necesaria, a cambio de nada.

Una de las medidas pertinentes a tomar en esta problemática es la educación a la población en general. Educación que consista en informar lo que es el proceso de la vida y sobre todo el proceso de envejecimiento, puesto que todo ser humano pasa por ella, - y en la cual requerirá la atención y cuidado por parte de la familia para poder llevar una vida adecuada. La educación de la población debe iniciarse desde edades tempranas para concientizar y hacer reflexionar a todo miembro de una familia, acerca de que la vejez no es sinónimo de inutilidad, marginación, carga, sino que, representa la experiencia de toda una vida que debe ser aprovechada por las personas jóvenes.

## IX. CONCLUSIONES.

Al finalizar el presente estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. La presencia de un miembro geriátrico es causa de alteración en la dinámica familiar.
2. La presencia de un miembro geriátrico portador de un padecimiento crónico, en este caso de Diabetes Mellitus, es causa que altere aún más la dinámica familiar.
3. Existe una estrecha relación entre el medio socioeconómico y el nivel educativo de la familia con los grados de disfuncionalidad familiar que presentan.
4. Las alteraciones en la dinámica familiar relacionadas con la presencia de un miembro geriátrico se deben al desconocimiento del proceso de la vejez.
5. La solución al presente problema consiste en la educación de la población desde edades tempranas, para otorgar un mejor trato a los miembros geriátricos en general.

## X. ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

Las alternativas de solución son las siguientes:

1. Educación de la población en general desde edades tempranas, - tanto en la escuela como dentro de la misma familia, acerca - del proceso de envejecimiento.
2. Concientizar a la población acerca de los cuidados y atencio - nes que requiere un miembro geriátrico.
3. Por parte de la Medicina Familiar:
  - a. Mejorar la relación Médico - Familia.
  - b. Realización de sesiones familiares en las que intervien - gan todos los componentes de la misma.
  - c. Organizar sesiones de la Tercera Edad, en las que se - tparen temas como: proceso de envejecimiento, cuidados - de un miembro geriátrico, padecimientos crónicos.
  - d. Visitas domiciliarias a familias en las que se detecten alteraciones en su dinámica y que cuenten con un miem - bro geriátrico portador de un padecimiento crónico.
4. Mejorar el nivel socioeconómico y educativo familiar.
5. Mantener como un programa prioritario en las Unidades de Medi - cina Familiar, a la atención del paciente geriátrico.

## XI. BIBLIOGRAFIA.

1. Gorrero, L. Equerio. *Cartas del INSSEM*. México. pp. 6-69.
2. Jamalino, J. *Perspectivas de la Geriatria en México*. *Rev. Med. IASS (Méx)* 1989; 27:257-59.
3. Jhalicho, T. *Manual de problemas criticos en Medicina Geriátrica*. - Edit. Barcelona. 1983. pp 62-10 y 262-268.
4. Nussman, Isidoro. *Clinical Geriatrics*. New York. 1980. pp. 3-12.
5. K. Christine. *Geriatrics Medicine*. New York. 1982. pp 1-21 y 130 - 133.
5. Denton, A. Corley. *La Salud*. México, D. F. Edit. Longonesi & C. Pe - riódici, 1984. pp. 654-5.
7. Stephens, M. Zarit, S. *Family caregiving to dependent older adults: stress, appraisal and coping*. *Psychol Aging* 1989; 4:327-8.
8. Bergman, M. Gerstansky, Y. *Evaluation of care in psychogeriatric - units: family support in quality of care*. *Scand J Caring Sci*. 1989; 3:19-26.
9. Wright, L. *Mental health in elder spouses: the dynamic interplay of re - sources, depression, quality of the marital relationship, and so - cial participation*. *Issues Ment Health Nurs*. 1990; 11:49-70.
10. Martínez, L. Medina, F. Padilla, F. Caraveo, J. Campillo, S. *Preva - lencia de los trastornos emocionales en personas de edad avanzada*. - *Sal Pub Méx* 1993; 25: 12-19.
11. Kua, E. *Psychological distress of families caring for the frail ol - derly*. *Singapore Med J* 1989 Feb; 30:42-4.
12. Larson, R. Mannell, R. Zuzanek, J. *Daily well-being of older adults - with friends and family*. *Psychol Aging* 1986 Jun; 1:117-26.
13. Cerda, A. *Diagnóstico de las alteraciones de la Dinámica Familiar*. - *IASS Torreón Coahuila, México, 1980*. pp. 127-33.
14. Conn, M. F. Raukel, R. E. Johnson, T. U. *Medicina Familiar*. Edit. In - teramericana. 1980. p. 5.
15. Alarid, J. Irigoyen, C. *Fundamentos de Medicina Familiar*. Primera - edición. Edit. Medicina Familiar Mexicana. 1982. p. 32.
16. Candran. *Introducción a la Psicoterapia*. Edit. Diana. México. 1981. - p. 217.
17. Saucedo, J. Funcerrada, M. *La exploración de la familia, aspectos mé - dicos, psicológicos y sociales*. *Rev Med IASS* 1981; 19:155-63.
18. Minuchin, S. *Familia y Terapia Familiar*. GEOSIAS. A. Barcelona. 1979. pp. 78-88.