

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

12
28j

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA ORIENTE

"CARACTERISTICAS SOCIO-MEDICAS DEL PACIENTE
GERIATRICO EN SU NUCLEO FAMILIAR"

T R A B A J O
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. MA. TERESA BARROSO HERNANDEZ



ISSSTE

ASESOR: DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

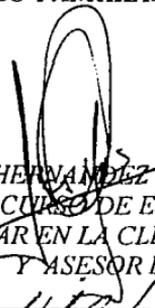
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

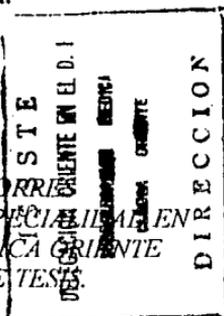
DRA. MA. TERESA BARROSO HERNANDEZ

TITULO

**" CARACTERISTICAS SOCIO - MEDICAS DEL
PACIENTE GERIATRICO EN SU
NUCLEO FAMILIAR "**


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRIENTE
COORDINADOR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR EN LA CLINICA GERIATRA
I. S. S. T. E. Y ASESOR DE TESTES.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL
I. S. S. T. E.



FALLA DE ORIGEN

TITULO DEL TRABAJO

**“ CARACTERISTICAS SOCIO - MEDICAS DEL
PACIENTE GERIATRICO EN SU
NUCLEO FAMILIAR “**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

DRA. MA. TERESA BARROSO HERNANDEZ

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U. N. A. M.

**DR. ARNULFO IRIGOIEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U. N. A. M.



**DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

U. N. A. M.

AGRADECIMIENTO

A las instituciones de la U. N. A. M. y del I. S. S. S. T. E. y sus autoridades por haber brindado todos los medios necesarios para el desarrollo de mi especialidad.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Isaias Hernández Torres Profesor Titular del curso y asesor de la investigación por su generosa e invaluable ayuda en la asesoría de este trabajo.

A mi Jefe de Servicio y Profesor del curso Dr. José Antonio Trejo López con su disciplina y deseo de superación para el servicio, apoyando nuestro trabajo.

A todos los médicos adscritos, enfermeras y demás compañeros de trabajo que de alguna manera colaboraron con la realización de mi estudio de postgrado.

Y especialmente con gran afecto, al Dr. Juan José Mazon Ramírez y al Dr. Balfred Santaella Guzmán quienes con su paciencia y criterio médico acertado han forjado las bases principales en el desarrollo de mi especialidad agradeciéndoles infinitamente sus enseñanzas.

DEDICATORIAS

A mi madre la Sra. Micaela Hernández de Barroso, quien a vivido en dedicación constante a su familia y que me ha brindado su amor, cariño y apoyo durante mi existencia.

A mi padre el Sr. Alfonso Barroso Montes que a base de esfuerzps incansables y paciencia, me ha orientado y brindado su apoyo incondicional a todas las desiciones que he tomado logrando hacer de mi una profesionista y mujer de bien.

In Memoriam de:

(5 Ene 89) “ Quien alguna vez vivio perdurará para siempre “

Mi Abuelita la Sra. Elodia Aguado de Hernández en testimonio de admiración y gratitud, cariño, amor y respeto.

A mis hermanos José Alfonso, Agripina y Martha Elena en quienes siempre he encontrado apoyo y motivos de superación.

Para José A. y Christian A. con todo mi amor.

A mis familiares y amigos simbolos de sinceridad y amistad.

A mis compañeros amigos de la especialidad con quienes he compartido momentos que nunca volveran.

A todos aquellos médicos que están y seguiran en la especialidad.

Agradesco a la Srita. Delice Cristal Cruz por su colaboración en la relación de esta tesis.

A todas las personas que han estado cerca de mi brindandome su apoyo en todos los momentos de mi madurez profesional.

A todos y a cada uno de ustedes por creer en mi.

“ Gracias y que Dios los bendiga “

" El médico no es un mecánico que deba arreglar un organismo enfermo como se arregla una máquina descompuesta. El médico es un hombre que se asoma sobre otro ... hombre en un afán de ayuda ofreciendo un apoyo de ciencia y un mucho de comprensión y simpatía "

INDICE

I	INTRODUCCION	Pag.	1
II	MARCO TEORICO		
	INTRODUCCION A LA VEJEZ		3
	ANTECEDENTES		8
	CONCEPTOS BASICOS DE LA GERONTO - GERIATRIA		13
	GERONTOLOGIA BIOLOGICA		14
	GERONTOLOGIA CLINICA O GERIATRIA		14
	GERONTOLOGIA SOCIAL		15
	ASPECTOS BIOLOGICOS DEL ENVEJECIMIENTO		17
	TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO BIOLOGICO ...		19
	TEORIA DE LA MUTACION GENETICA		20
	ASPECTOS FISIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO		21
	EL ENVEJECIMIENTO EN ORGANOS Y SISTEMAS DE ORGANOS		21
	EL CEREBRO		22
	CONDUCTA SEXUAL		22
	PERDIDA DE LA CAPACIDAD REPRODUCTIVA: MENOPAUSIA		23
	PSICOLOGIA NORMAL DEL ANCIANO		25
	ALGUNOS ASPECTOS PSICODINAMICOS DEL ENVEJECIMIENTO		28
	ABUSO DEL ANCIANO		33
III	LA VIDA DEL ANCIANO EN		
	LA FAMILIA ACTUAL		35
	RELACION ENTRE EL ANCIANO Y LA FAMILIA		37
	CEDULA DE CAPTACION		48
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		49
V	OBJETIVOS GENERALES		50
VI	JUSTIFICACION		51
VII	METODOLOGIA		52
VIII	RESULTADO		54
IX	ANALISIS		57
X	CONCLUSIONES		62
XI	BIBLIOGRAFIA		64
XII	ANEXO 1		65

INTRODUCCION

El bienestar social del anciano se halla entre su colectividad. La presencia familiar en su vida y la de ellos en la propia familia, en la vecindad y en la sociedad, al mismo tiempo que los estimula, contribuye a fortalecer la cohesión social.

En nuestro país actualmente los ancianos gozan de cierto respeto que es más bien nominal que real, tras de una herencia cultural más digna en esas relaciones; en la organización familiar de antaño había más convivencia e interdependencia entre las generaciones. Al recibir México los impactos de la moderna tecnología y del estilo de vida capitalista, en el interjuego cambió su ritmo de desarrollo y alteró sus formas estructurales; nuestra sociedad se tecnificó y comenzó a mudar sus valores, haciéndose más grande la brecha generacional. Cada vez nos interesamos menos en atender las relaciones con los que compartimos el mismo techo y han disminuido los lazos afectivos y de responsabilidad, en aras de una pseudoindependencia.

Por otra parte, la nueva economía, tecnificada y comercializada, ha favorecido a las generaciones con "capacidad" para vender su fuerza de trabajo, marginando a los ancianos. A la vez, la inadecuada distribución de la riqueza, acumulada en manos de unos cuantos, afecta al explotado durante toda su vida y al final la vejez ofrece una óptica de pobreza y desmerecimiento social.

El presente trabajo expone la condición de los ancianos en otras sociedades, en lo histórico, en lo psicológico y en sus relaciones familiares: pretenden resaltar la angustia de su descenso económico y social, por el abatimiento de sus ingresos, pérdida del prestigio y desplazamiento del lugar que ocupa ante sus hijos, nietos y demás familiares próximos. Se espera con ello comprender en perspectiva nuestras propias vidas, no se intenta hablar por los ancianos en general, pero se desea contribuir a mejorar la convivencia intergeneracional en la tarea continúa de conocernos recíprocamente.

El Médico especialista en Medicina Familiar tiene como campo de acción el primer nivel de atención, en donde cuenta con la posibilidad de mantenerse en contacto continuo con la familia y poder detectar todas las alteraciones que se presentan dentro del núcleo familiar, así mismo impedir de este modo, que cualquiera de sus miembros ocasione una desintegración de la

estructura interna o bien que los familiares causen algún daño en cualquiera de sus integrantes por falta de una buena dinámica familiar.

Para poder realizar esta acción es necesario que este profesional identifique en las familias a su cargo de que manera cumplen con las funciones que mantienen en su vida diaria.

A continuación se trazará un Marco Teórico con lo que otros autores han desarrollado extensamente a nivel general sobre la familia y posteriormente se presentará un trabajo de investigación realizado en la población urbana con derechohabientes del I.S.S.S.T.E., Zona Oriente en el Distrito Federal, con el objeto de dar una descripción y caracterología de las familias del paciente geriátrico que radican en este lugar.

MARCO TEORICO

INTRODUCCION A LA VEJEZ

Se considera, de una manera arbitraria que la vejez empieza hacia los sesenta y cinco años, edad de retiro para la mayoría de los hombres. (1) La jubilación puede significar una bien merecida cesación del trabajo que permite al individuo disfrutar de los años de declinación o puede significar simplemente ser descartado del trabajo, porque se considera al individuo como inútil para la producción y para la sociedad.

La diferencia esta en el contraste entre el haber decidido "me retiro" o el sufrir la imposición de otros "me retiran".

En muchos de los problemas que surgen en las personas de edad avanzada, se presenta una dicotomía entre el significado de un final, bien sea como un periodo dignificado, libre de preocupaciones y de prisas, o como una supervivencia hueca, en la que el anciano se siente como un estorbo una carga mas para la familia que no les representa ningún beneficio.

Los problemas que aparecen con el retiro, de las actividades laborales y económicas, al enfrentarse con el termino del vivir y la aparición de afecciones físicas y mentales, se combinan con lo poco que hace la sociedad para con las personas de edad, agravando aun mas la dificultades que experimentan la mayoría de las personas ancianas.

Se sabe que por diversos factores, entre ellos los avances científicos en el área de la salud, han logrado aumentar el promedio de vida, teniendo por consecuencia individuos mas longevos. La persona que llega a los sesenta y cinco años, tiene todavía una probabilidad media de vivir otros doce años y por lo tanto debe de considerarlo en sus planes. Si continúa con vida a los ochenta años, como es frecuente en la actualidad, la expectativa es de otros diez años de vida.

Las personas que entran a la vejez vienen a formar como un grupo selecto y al avanzar en edad, el ritmo de declinación parece hacerse mas lenta.

Se trata de enunciar los problemas mas frecuentes en este periodo y con el fin de expresarlos de manera didáctica se puede referir a tres entidades, biológica, psicológica y social, que se detallaran en capítulos posteriores.

Dentro de esta problemática, se puede referir como una forma de introducción al tema que la sexualidad ocupa un rubro importante. La fuerza de los deseos sexuales disminuye, aunque persiste algún deseo motivado por las secreciones hormonales, la parte principal del los impulsos sexuales procede nuevamente del deseo de compartir la sensualidad, el afecto, satisfaciendo una necesidad de dependencia, como la niñez.

Para el estudio de la vejez, Lidz (2) considera tres fases en estos últimos años de la vida, no perdiendo de vista que el envejecimiento es un proceso diferente en cada individuo, estas son:

VEJEZ, SENECTUD Y SENILIDAD

FASE DE VEJEZ .- Ocurre alrededor de los 65 años, pero muchas personas continúan esencialmente sin cambio alguno desde el periodo de su edad madura, excepto en lo que se refiere a las diferencias de su forma de vivir resultantes de haberse retirado. El individuo reconocer ser "de cierta edad", "una persona de edad", pero se considera plenamente capaz, con todas sus facultades, competente para cuidar de sus asuntos (2).

*Y al aparecer cambios físicos o de sus circunstancias vitales, lo harán volverse de otros y con lo que esto implica considerarnos que es **SENESCENTE** correspondiente a la etapa de la senectud (2).*

*La ultima fase por la que muchos no pasan y que pueden no presentarse incluso en edad avanzada, es la **SENILIDAD**, es cuando realmente hay un deterioro del sistema nervioso con dependencia y regresión extrema, la llamada "segunda infancia". El proceso del envejecimiento es tan variable de un individuo a otro, de modo que algunos son senescentes y hasta seniles a la edad de sesenta y cinco años, mientras que otros gozan de una razonable independencia a los noventa. Sin embargo, casi en todas la persona, la declinación física empieza a ocasionar limitaciones apreciables en la séptima década (2).*

Independiente de los cambios que se den de un individuo a otro, la vida del anciano se ve modificada por el retiro y luego por el retorno al estado de

dependencia respecto de otras personas. El retiro de la vida laboral que ha dado un tipo de vida e intereses, constituye una transición mas significativa para un hombre y para una mujer que trabajan, que para las mujeres consagradas al trabajo del hogar (3).

El tiempo parece que esta a disposición para los deseos, lo cual requiere que se elabore un nuevo plan de vida es frecuente el caso de mujeres que se ven afectados por los cambios producidos en la vida del hombre y por la situación económica (3).

El impacto que causa la jubilación en el individuo es variable. Algunos tienen la sensación de que la vida se a terminado para ellos, mientras que otros consideran que han merecido el no tener que ganarse la vida y pueden dedicarse a otras actividades. aquí cabe señalar otra diferencia que se presenta en este contexto, y no en los paises desarrollados. es común encontrar ancianos que dada su trayectoria laboral, como subempleos, etc.: no tienen derecho a una pensión, incrementado esto mas problemas por lo precario de su situación económica, con todas las implicaciones familiares, sociales y de salud (4).

El periodo de envejecimiento, en conjunto puede considerarse por el individuo como el final de un viaje, en donde se pudo haber disfrutado el recorrido como el final del mismo o por el contrario considerar la inutilidad como un cristal constante (5).

Al avanzar la edad se pueden tener sentimientos confusos respecto a la perspectiva de la senilidad. El deseo de vivir con autosuficiencia y dignidad, puede chocar con su realidad, le preocupa pensar que se convertirá en una carga, por una posible invalidez o el deterioro de sus facultades mentales, pensando que es mejor morir (6).

En nuestro pais el abuelo era un ser reconocido y respetado, pero en la actualidad los valores al respecto se han venido modificando sobre todo en las grandes ciudades, de ahí que antes de pensar ser una carga para la familia será preferible para algunos ancianos terminar su vida en una casa hogar para ancianos (12).

La familia y los descendientes adquieren una gran importancia experimentando gran satisfacción por los éxitos y felicidad de los descendientes. Los amigos van disminuyendo y los que quedan se ven limitados en sus actividades; sumándose como otro motivo en la centralización de los familiares (14).

Muchos matrimonios han quedado disueltos en alguna etapa anterior por diferentes motivos, como separación, divorcio, muerte de alguno de los cónyuges. Debido a la mayor mortalidad en el sexo masculino la tendencia es de que el marido sea mayor que la mujer el 50% de las mujeres y el 20% de los hombres han perdido su compañero(a) (13).

Cuando ambos esposos continúan viviendo en edad avanzada mas pronto o mas tarde de la muerte o la invalidez de uno de ellos acarrea la necesidad de otra importante adaptación. Constituye frecuentemente un momento critico, porque los esposos se habian acostumbrado a su mutua independencia y sucedía con mas facilidad la vida aunque en algunos casos la muerte del cónyuge, significando una perdida real, puede resultar una especie de descanso, bien sea por una larga enfermedad o por una relación marital. Ordinariamente, la mujer sale del paso en tales casos mejor que el hombre. El retiro y la perdida de la esposa provoca periodos de tensión cuando el anciano tiende especialmente a la incapacitación o a la muerte (12,13).

Esta subdivisión de la vejez en las tres fases que señala Lidz, permite comprender mejor y dar soluciones mas adecuadas a los problemas especificos que ellos crean.

Otras subdivisiones como la propuesta por Motlis es su obra el dado de la vejez y sus seis caras (1985): (3).

- 60 - 75 años jubilado*
- 76 - 85 años viejo*
- 86 o mas años anciano*

Así también las funciones, implica los términos de "la tercera edad" y "la cuarta edad". El envejecimiento social es un proceso de rediferenciación y reintegración de roles y funciones sociales, que a medida que el individuo envejece cronológicamente y aflora debido a cambios en el rol y status impuestos sobre el, tampoco por una sociedad: o por mala suerte, o deliberadamente aceptado por el B. Kutner.

Dada la importancia del impacto social por su posición dialéctica del ser humano y que adquiere una peculiar atención por parte del equipo de salud especialmente del medico familiar (9).

La naturaleza de la practica de la medicina hace que los médicos se vean comprometidos de manera inevitable en la practica en la "geriatria" la importancia que tiene que el médico también desarrolle una capacidad geriátrica importante, se ve reforzada por el solo hecho de que este ve más pacientes con trastornos agudos crónicos de manera primaria que cualquier otro especialista.(10)

El medico especialista en medicina familiar también tiene como campo de acción el primer nivel de actuación, en donde cuenta con la posibilidad de mantenerse en contacto continuo con la familia y poder detectar todas la alteraciones que se presentan dentro del núcleo familiar, así mismo impedir de este modo, que cualquiera de sus miembros ocasione una desintegración de la estructura interna o bien que los familiares causen algún daño ha cualquiera de sus integrantes por falta de una buena dinámica familiar (15).

Para poder realizar esta acción es necesario que este profesional identifique en las familias a su cargo de que manera cumplen con las funciones que mantienen su vida diaria (8).

La atención primaria de la salud es definida entre otras muchas características, por ser "Integral e integrada". Con esto se quiere significar que los cuidados que se prestan a los individuos y colectividades abarcan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales; que comprenden actividades de promoción, prevención, diagnósticos, tratamiento y reinserción social (11).

El medico familiar no debe renunciar a desempeñar una atención integral, dado que dicha característica es vital para la practica de su disciplina (11).

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES HISTORICOS

Una característica del ser humano es resolver sus necesidades a través de la interacción con su entorno físico y social en el que se ha desarrollado, lo cual va delineando patrones de organización, pautas de comportamiento que se reflejan en las tradiciones, normas, valores, creencias, etc., conformando todo ello lo que los antropólogos llaman cultura (8).

La cultura para los grupos humanos posee una función hereditaria, puesto que es transmitida de generación en generación, dando, por un lado la ventaja de acumular experiencias y conocimientos para ser transmitidos a sus descendientes, de esa manera, las sociedades humanas gracias a la cultura, se caracterizan por su tendencia al progreso.

Dice Herskovits (1). "Una cultura es el modo de un pueblo en tanto que una sociedad es el agregado organizado de individuos que siguen un mismo modo de vida".

Así a través de la cultura, la sociedad modela la personalidad y reglamenta la conducta, señala el papel que a cada individuo le corresponde desempeñar, de acuerdo con sus procesos biológicos y las costumbres e instituciones propias de cada sociedad (2-4).

Dentro de la sociedad se dan una serie de ritos para dar significado a diferentes eventos, entre ellos ciertas etapas del ciclo vital de cada ser humano. Estos ritos tienden a ubicar al individuo en la esfera, posición y categoría que les corresponde para desempeñar sus derechos y obligaciones, conforme a sus cambios biológicos y las pautas culturales, de acuerdo también al desarrollo económico y a la específica estructura de cada sociedad (8).

Dentro de la organización social, se puede identificar como el grupo más importante al grupo familiar, por el tipo de funciones que le corresponde, refiriendo Minuchin dos grandes funciones: interna, de protección psicosocial a sus miembros y externa, de acomodación a la cultura (1).

La posición, deberes y obligaciones de cada miembro han sido diferentes, de acuerdo a la naturaleza de cada grupo y a sus tradiciones, así como han

sufrido transformaciones, dada la característica de los sistemas vivos de una constante evolución (4).

De manera tal, que en las primeras civilizaciones como la china, el respeto y cuidado de los ancianos forma parte de la filosofía aplicada a mantener el orden de la familia y la autoridad de acuerdo a las reglas de Confucio (5-6).

Es proverbial la ayuda y atención a los viejos en toda Asia y aun ahora en el cambio al socialismo, la sociedad china se enfrenta a la tradición que obliga a los hijos a mantener a los padres ancianos y trata de establecer instituciones especiales para que el anciano sea atendido y tenga la oportunidad de sentirse útil (10).

Para continuar con esta breve reseña, es necesario tener claro que la empresa de estudiar la condición de los viejos a través de las diversas épocas y en diferentes culturas, no es una tarea fácil. Ya lo decía Simone de Beauvoir, existen "hechos que saltan a los ojos" y que podemos considerar que estos son variables importantes, como el diferente significado que tiene la palabra vejez en las sociedades antiguas, se podía referir a una determinada categoría social, valorada según la cultura y la clase a la que pertenecen y a la situación singular de un individuo (58).

Otra variable importante es el promedio de vida, es decir la longevidad de los individuos, en la antigüedad los ancianos conformaban la minoría, lo que daba como resultado una pirámide de edad diferente a la actual. Los cambios sociales y económicos que se daban, tenían otra expresión y velocidad, esto es, los cambios que se producen en las sociedades tienen una influencia considerable en la condición de los viejos y en la idea que los demás se hacen de ellos. Un cambio importante es el extraordinario empuje demográfico, teniendo como resultado un aumento en el número de ancianos (17-18).

Tres fenómenos estrechamente ligados han acompañado al progreso demográfico: la revolución industrial, un éxodo rural que acarreo el surgimiento urbano, la aparición y de desarrollo de una clase nueva: el proletariado. Estos fenómenos provocaron a la vez transformaciones que perjudicaron algunos grupos de la población, entre estos los viejos, sin dejar de lado que estos movimientos impactaron a los grupos familiares, modificando en gran medida las relaciones familiares, especialmente de las clases desprotegidas (18).

En conjunto, los progresos de la industrialización han conducido a una disolución cada vez mas acentuada de la célula familiar. En Europa por ejemplo, el considerable envejecimiento de la población que se observa desde hace medio siglo en los países industriales: ha obligado a la sociedad a sustituir a la familia, instituyendo políticas de la vejez (60).

Después de mencionar en las anteriores líneas algunas generalidades históricas, se considera que se puede ayudar a una mejor comprensión del anciano mexicano, el conocimiento de la vida de los ancianos en épocas pasadas, específicamente en nuestro contexto.

En el México prehispánico, al iniciarse la forma de vida agrícola y dar una posibilidad sedentaria para contar con una mayor seguridad económica, el promedio de vida se alargo hasta los 35 años, representando los ancianos un excepcional atesoramiento de experiencia que les daban prestigio social. Seguramente ellos eran el núcleo de los grupos o chamanes (9).

En su transformación de cultivadores en nómadas a forjadores del imperio mexicana, los aztecas modificaron su organización económica, social y política, y gracias a las chinampas y las numerosas obras de riego, lograron incrementar la productividad agrícola. Poco a poco se dieron los elementos constitutivos que dan una plena organización política, conformando un verdadero estado (6-7).

Se distinguían tres niveles que conformaban la estratificación social: la nobleza entre la cual los valores se relacionaban con el complejo militar; el pueblo común, entre quienes subsistían los antiguos valores del parentesco y donde en consecuencia, la experiencia, la edad y los conocimientos acumulados eran de la mayor importancia; los grupos esclavizados, familiarmente desintegrados (7).

Esta tricotomía se observa en todas las esferas de la vida material y espiritual y trasciende al valimiento de la juventud o de la ancianidad (8-9).

En el caso de la nobleza lo mas importante era la actitud guerrera, la valentía y la destreza, para ello eran entrenados y educados, recibiendo también instrucción religiosa, ya que entre los aztecas el sacerdocio no se diferencio radicalmente de la milicia (10-11-12).

Para ellos una manera poco digna de morir era la vejez. Entre los del pueblo común (Macehualtin), los vinculos de solidaridad se expresaban con funciones parentales y político - territoriales. De este cuadro familiar se

tienen relatos en donde se dan a conocer la importancia del rol social que los ancianos desempeñaban (10-11).

El "Hehuetlotli" o preceptos de ancianos genero literario Nahuatl, menciona las normas de venerar a los ancianos (9-10).

Los jóvenes que escuchaban discursos de los ancianos respondían con lagrimas en señal de gratitud y humildad (10).

Los ancianos asistían a sus hijos y parientes en innumerables ceremonias solicitándoles consejo (11-12-13).

Eran ancianos los que custodiaban el cuerpo del soberano cuando se incineraba, y en las ceremonias religiosas tenían un lugar de importancia (10).

Hasta aquí, podemos inferir con estos pocos datos, que entre los pueblos primitivos, específicamente los aztecas, la vida del anciano era compartida por la familia y su comunidad, y que sus experiencias eran ampliamente reconocidas y utilizadas en todos los actos importantes del individuo y del grupo, y en el funcionamiento de las instituciones (9-10).

Posterior a la conquista, el rol socio - familiar del anciano fue modificándose, teniendo la economía una fuerte carga para ello. Surgen los asilos, en un principio fueron establecidos por el clero y en décadas posteriores se consideraron una obligación del estado (18).

Los fenómenos señalados anteriormente por Simone Beauvoir (5), también han estado presentes en nuestra sociedad, sobre todo en zonas urbanas, afirmando la misma autora: "el problema de los ancianos es mas bien un problema de clases", es decir, la situación del anciano es diferente de acuerdo a su entorno político social, el anciano de las comunidades campesinas goza de otra situación, al anciano de los grupos marginados, o al proletariado envejecido (18).

Es interesante analizar la diferente concepción que se tiene de la vejez en el mundo oriental y en el occidental.

Michel Philibert señala: " en el oriente la vejez es vista mas bien como un proceso cultural y espiritual que como un proceso biológico, es una oportunidad continua para el crecimiento en conocimientos, en experiencia, en sabiduría. El entendimiento del mundo y de si mismo crece con la vida

ascendiendo aun mas a través de los años. La vejez es obedecida, respetada, consultada y envidiada (22).

En el occidente las ideas y actitudes hacia la vejez son los de una etapa biológica decadente, un obstáculo para el crecimiento personal y social, que priva de felicidad. Es la anticipación de la tan temida muerte. Los viejos, por lo tanto son temidos, rechazados, despreciados y marginados. Dejan de ser costeables y se convierten en sujetos que deben ser cuidados, controlados y separados de los demás" (23).

CONCEPTOS BASICOS DE LA GERONTO - GERIATRIA

El crecimiento de la población de añosos así como la aparición de unos problemas y la agudización de otros en este grupo especial de la sociedad, tanto en los países desarrollados como de los que están en vías de desarrollo, en lo que va del presente siglo, planteo como necesaria la creación de una terminología de la cual pudiera valerse la colectividad para referirse a estos problemas específicos (16).

El termino GERONTOLOGIA, fue acuñado en 1908 por Ilya Meitchnikoff, medico ruso emigrado a Francia, recibiendo en ese mismo año el premio Nobel de medicina. La palabra gerontología, consta de dos raíces griegas, geras "viejo", logos "estudio o descripción de algo", por lo tanto la gerontología es la ciencia que se ocupa de los problemas de la vejez (17).

Un año mas tarde, en 1909, Ignaz Les Nascher, medico Austriaco emigrado a Estados Unidos, acuña el termino GERIATRIA, compuesto de dos raíces griegas, geras "viejo", iatrikos "tratamiento". Con el avance en el conocimiento de la terapéutica de las enfermedades de la vejez, el campo de la geriatría abarca por una parte, los aspectos preventivos y por otra, la rehabilitación y mantenimiento del enfermo añoso, extendiéndose últimamente a los complicados problemas relacionados con la muerte (17).

La creación de estos términos, GERONTOLOGIA Y GERIATRIA, a comienzos de este siglo, fue consecuencia inevitable del reciente interés de los médicos por el anciano, aunque sabemos que habia desde antaño un interés de carácter social por este grupo de la población, sin embargo no habia sido abordado desde una postura científica (17).

Ha sido sorprendente como la vejez y sus vicisitudes hablan sido abandonada en la literatura científica, a pesar de su importancia y su extensión (17).

En realidad, la gerontología no alcanza a abrirse camino hasta después de 1950 y establecer un cierto orden gracias a sus tres ramas:

- a) La gerontología biológica.*
- b) La gerontología clinica o geriatría.*
- c) La gerontología social.*

GERONTOLOGIA BIOLÓGICA

La gerontología biológica ha dado origen a la gerontología biológica molecular, a la genética molecular, a la sociobiología molecular y participa en las investigaciones relacionadas con la embriología y fetología modernas (18).

Los avances científicos, técnicos, terapéuticos y de toda índole en estos terrenos logrados en el curso de los últimos años, nos llevan a un mundo de ciencia ficción mas allá de lo que el ser humano pudo imaginar hace 100 años, modificando fundamentalmente nuestros puntos de vista sobre el envejecimiento (18).

GERONTOLOGIA CLINICA O GERIATRICA

Simone de Beauvoir en su libro "la vejez" (1985), relata de la siguiente manera como surge etimológicamente la palabra geriatría, "se considera al americano Nascher como el padre de la geriatría. Nacido en Viena que era un centro importante de estudios acerca de la vejez, llevo a Nueva York siendo niño, donde se doctoro en medicina. Un día cuando visitaba un asilo de ancianos con un grupo de estudiantes, una anciana se quejó al profesor de sus múltiples problemas. Este explico a los estudiantes que la enfermedad de la anciana se debía a su edad muy avanzada. Nascher le pregunto ¿que se puede hacer? nada, fue la respuesta. Nascher quedo tan impresionado por esta respuesta que decidió dedicarse a estudiar los problemas de la vejez (1).

De regreso en Viena, visita un hogar de ancianos y queda impresionado de la longevidad y buena salud de esos añosos. Sus colegas le dan la explicación: "así como los pediatras tratan a los niños, así nosotros tratamos a los ancianos". Años mas tarde, en los Estados Unidos, crea una rama especial de la medicina que bautiza con el nombre de geriatría (1).

En 1909, publica su primer programa, en 1912 funda la sociedad de geriatría de Nueva York, y en 1914 publica su libro "geriatría", después de muchas dificultades para encontrar un editor "el tema no era interesante", Nascher murió en 1944 a los 81 años de edad (1).

Hoy podemos definir la GERIATRICA como aquella rama de la medicina que se preocupa de la vejez y de sus enfermedades y de su tratamiento, que incluye la etapa aguda de rehabilitación, de mantenimiento y de cuidados de

enfermería de la etapa final de la vida, incluida la muerte, tanto en el ambiente familiar como institucional (17).

En su libro, Nascher asentó la idea de que la vejez es una etapa de la vida, levantándose de esta manera contra la concepción griega que habla dominado el pensamiento médico durante más de dos mil años: "La vejez es una enfermedad".

Nascher comparo esta etapa a la niñez, a la geriatría con la pediatría, y agrego: "La vejez en sí no crea ni engendra enfermedades".

Tampoco la niñez, la pubertad, la menopausia crean enfermedad. En estas etapas de la vida se producen cambios fisiológicos, orgánicos y psicológicos propios de estos periodos y durante ellos, las enfermedades adquieren características especiales (19).

El segundo principio en el cual insistió Nascher, se basa en un concepto filosófico - médico acerca de la vejez, así como no está en nuestras manos la posibilidad de prevenir la vejez, tampoco está en nuestros programas intentar rejuvenecer a un anciano enfermo. Lo que se intenta es curarlo hasta donde sea posible, y rehabilitarlo para readaptarlo a su diario vivir de acuerdo con el medio en el cual se desenvuelve (1).

Se debe tener presente además, que al prolongar la vida de estos pacientes, aumentamos la posibilidad de invalidez. Esta invalidez trae consigo incapacidades no solo orgánicas y mentales, sino también deterioro social y económico (1).

De ahí la importancia de tratar al anciano enfermo en equipo, donde cada uno de sus miembros debe cumplir las funciones destinadas ante todo, a prevenir las complicaciones de cada enfermedad geriátrica (2).

GERONTOLOGIA SOCIAL

En 1943, el geriatra norteamericano E. I. Steglitz introdujo la terminología GERONTOLOGIA SOCIAL, definiéndola como aquella rama de la gerontología que se preocupa de las relaciones recíprocas entre el individuo y la sociedad.

Se ha considerado que J. T. Freeman han resumido los problemas del envejecimiento y sus inferencias biológico - sociales, a fines del siglo XX, en

las sociedades desarrolladas en las siguientes fases: " Si algún rasgo característico del envejecimiento da origen a una interrogante, es necesario comenzar la explicación echando mano a la biología, de las expectativas de vida de una célula y terminar con las crecientes complejidades de una organización social en una población en rápida expansión (20).

Si se desea investigar sobre métodos para prolongar la vida, el deterioro implícito, así como las afecciones agregadas, etc., invariablemente estas consideraciones nos llevarán a un planteamiento social (20).

Como consecuencia de esta preocupación, holística, por el añoso y sus problemas médicos, socioeconómicos y culturales, es de esperarse una mejoría en la prestación de servicios para este grupo de la población. En varios países han estado surgiendo nuevos tipos de pensiones de jubilación, va en aumento la participación directa de varios organismos para la atención de ancianos, en México el Instituto Nacional de la Senectud y el sistema DIF. (considerando que este último atiende al 3% de los añosos), entre otros (21).

Sin embargo, nuestra sociedad contemporánea está aun muy lejos de alcanzar soluciones adecuadas para los salarios insuficientes de los jubilados, en un mundo en el que la tecnología ha desbocado el corcel de la economía, lanzándolo a un galope inflacionario sin meta, mundo en el que el problema de la falta de vivienda se hace cada vez más trágico y afecta especialmente al añoso de escasos recursos económicos (21).

El problema habitacional del viejo es uno de los factores que enfrentará el equipo de salud cuando llega el momento en que el añoso no puede valerse por sí mismo y " no hay lugar para él en su hogar" (22).

Un problema fundamental, consiste en llegar a un equilibrio entre las necesidades y las exigencias mínimas del añoso y los intereses de la colectividad (13).

Lloyd George escribió: " El verdadero test de nuestra civilización lo tenemos en la manera como tratamos a los viejos ".

La situación se agrava porque estamos haciendo frente y tratando de resolver los problemas de un proceso, de algo dinámico, cambiante, con sus fuerzas propias, además los medios de que dispone la colectividad para tratar dichos problemas son siempre insuficientes y faltos de actualidad (13).

ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso biológico que ocurre en todos los organismos, los procesos de envejecimiento se presentan en proporción gradual y representan una pérdida progresiva del vigor y de la resistencia. La genética y otras influencias prenatales juegan un papel importante en el proceso de envejecimiento, así como los factores posnatales incluyendo demográficos, económicos, psicológicos y sociales, actúan modificando esta secuencia. (Wilson, 1974)

Hay un punto de vista que asegura que " el deterioro biológico crea una susceptibilidad a enfermar, y la susceptibilidad a padecimientos particulares que conducen a la mortalidad". (Kart, 1981). Los cambios en la apariencia física y el declinamiento en la capacidad física, es lo que la mayoría de la gente notifica primero. Estos cambios están habitualmente en la categoría de vejez biológica.

Todavía permanece la controversia acerca de que si el estadio de la vejez es o no un padecimiento. Mucha gente en algún punto de sus vidas son afectadas con alguna forma de padecimiento o enfermedad que afecta su longevidad: "Los padecimientos pueden ser categorizados y resultantes de un envejecimiento patológico". (Kart, 1981)

Todavía es poco conocido qué causa la senectud (envejecimiento biológico normal). Algunos biólogos creen que la muerte final en un individuo es causada por el incremento en la muerte de células no divisorias (18).

La célula ha sido referida como la unida básica de la vida. Durante la juventud las células que mueren son sustituidas por nuevas células, esto constituye el periodo de crecimiento. Así en el envejecimiento, hablando biológicamente , puede ser como una pérdida constante de células (23).

Generalmente, cuando las células se fatigan, se dividen y forman nuevas células. Estas células realizan sus actividades bioquímicas debidas. Las células viejas que han sufrido muchas divisiones, no funcionan de la misma manera que las células nuevas. Hay solo un numero limitado de divisiones celulares que pueden suceder (24).

Los síntomas físicos de senectud, esto es, aquellos cambios corporales importantes que ocurren en una edad, pueden ser identificados: Con la edad,

la piel tiende a researse y arrugarse y se forman placas de pigmento. La piel es más vulnerable, se rompe fácilmente y se dificulta la cicatrización. Hay un entumecimiento de las articulaciones, principalmente las caderas y rodillas. Hay una reducción en la estatura, se ve comúnmente una postura encorvada, declina la fuerza muscular y la coordinación. Se reducen las sensaciones de tacto y dolor, declina la agudeza visual. Se incrementan las cataratas y otras dificultades visuales. El olfato y el gusto son menos sensitivos, los reflejos menos marcados y el tiempo de reacción es lento. Se reduce la memoria a corto plazo, aunque la memoria remota está presente (18,23).

Es bien conocido que hay diferencias individuales marcadas a nivel físico en relación. No todos los individuos envejecen al mismo nivel. De cualquier manera, las capacidades físicas decrecen de manera lineal y hay un incremento de riesgo de muerte con la edad. (Jarvik & Cohen, 1974).

Hay varias explicaciones teóricas para explicar o cuantificar los cambios que suceden con la edad avanzada. Algunas teorías de factores hereditarios de stress se orientan a diferencias genéticas en cuanto a la resistencia a enfermar y la longevidad de células individuales. Otras teorías enfatizan la acumulación de materiales de desecho en los cuerpos celulares, lo cual las obstaculiza y les causa la muerte por ausencia de nutrientes (23).

Los investigadores han tratado de encontrar caminos o maneras para limpiar las células corporales y así retardar o aun hacer reversible el envejecimiento. (Huyck, 1974). A continuación se enlistan cuatro teorías biológicas del envejecimiento.

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO

LA HIPÓTESIS DEL AGOTAMIENTO

Esta hipótesis asume que el envejecimiento está asociado al agotamiento de algunos materiales esenciales en la célula, hay poca evidencia bioquímica que apoye esta teoría.

LA TEORÍA DE LA COLÁGENA

La colágena es una sustancia encontrada en el tejido conectivo (Atchley, 1977). Se encuentran grandes cantidades de colágena en la piel, huesos y tendones. La colágena es un importante componente de la pared de los vasos sanguíneos y contribuye a su fuerza así como a su capacidad de cicatrización. El colágeno disminuye con la edad y como resultado los tejidos que contienen colágena pierden elasticidad.

Con el aumento de la edad, el colágeno en los tejidos se hace más rígido. Algunos individuos han especulado que esta rigidez puede hacer más difícil la expulsión de desechos y la transmisión de nutrientes, repercutiendo en varios órganos.

El aumento de la rigidez es causado por el cambio sobre el tiempo en el cruce de asociaciones en las cadenas de moléculas de colágena (Atchley 1977).

La cantidad de colágeno en los tejidos puede disminuir con la edad, o puede haber proliferación de colágeno asociado a algunos estímulos, tales como muerte de células parenquimatosas, inflamación o daño físico. (Sinex, 1975).

LA TEORÍA AUTOINMUNE

Atchley (1977), da una descripción clara de la teoría autoinmune:

La teoría autoinmune apoya que con el aumento de la edad, las mutaciones causan que algunas de las células del cuerpo produzcan proteínas y que no son reconocibles como parte de sí mismas o como organismo, y se responde como si fueran sustancias extrañas, cuando aparecen sustancias extrañas

en el cuerpo, el cuerpo produce anticuerpos que intentan neutralizar el efecto de la sustancia extraña. Esta respuesta a la invasión es llamada respuesta inmune. Cuando los anticuerpos responden a mutaciones del mismo cuerpo, esta respuesta es llamada de acción autoinmune.

Crandall explica: " En la respuesta autoinmune el cuerpo se esta destruyendo el mismo (autodestruyendo). Existen estudios que han mostrado que la expectativa de vida aumenta si la respuesta autoinmune se lentifica"

TEORIA DE LA MUTACION GENETICA

Desde hace mucho tiempo se conoce que los ácidos nucleicos son localizados en el núcleo y que cuando la célula se divide, estos cromosomas normalmente se replican o reproducen ellos mismos. Ocasionalmente, por razones todavía no muy entendidas, hay un cambio en el número de cromosomas, que puede resultar en una mutación genética. Una mutación es cualquier cambio en un cromosoma o un gene, ocurrida espontáneamente y es obviamente heredada.

"La teoría de la mutación genética explica que el efecto del funcionamiento de las células en nuestro cuerpo controlado por el material genético DNA". (Atchley, 1977).

Las moléculas de DNA están en los genes que están en los cromosomas, los cuales se encuentra en los núcleos de las células.

Esta regularización molecular de las células se encuentra intermediada por las moléculas de RNA (Bell & Rose, 1975). El proceso puede condicionar errores en el desarrollo del código genético. Si esto ocurre, habrá una acumulación progresiva con error de los clones en cada división celular. Algunos de los deterioros progresivos de tipo funcional en la edad avanzada pueden ser explicados de esta manera. (Bierman & Hazzard, 1973).

Ninguna de esta teorías es totalmente adecuada para explicar como y porque el cuerpo envejece. De cualquier manera no se muere por edad se muere por enfermedad .

ASPECTOS FISIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Partiendo de que el riesgo de muerte se incrementa con la edad, se asume que los cambios tienen lugar con el paso del tiempo. El patrón general de cambio es una reducción gradual en el funcionamiento de sistemas de órganos, esta reducción empieza en la década de los 30's y continúa en el transcurso de la vida.

No hay evidencia que el envejecimiento empiece de manera precipitada a determinada edad cronológica, hay una gran diferencia individual dentro de la población general. Así algunos individuos de 70 o 75 años poseen el desarrollo de capacidades de un promedio de 50 a 55 años (20).

La edad de cualquier manera reduce la habilidad del individuo a desarrollarse con stress psicológico. Aun habilidades que no muestran cambios con la edad en estados de descanso, muestran diferencias significativas en grado de displacer o al nivel de recobrase a estímulos subsiguientes, por ejemplo: cuando es medido el nivel sanguíneo de azúcar de manera experimental, requiere más tiempo para regresar a cifras normales en personas de edad avanzada que en jóvenes, aun cuando los niveles sanguíneos sean los mismos en jóvenes que en viejos. La evidencia experimental indica que la vejez es acompañada por disminución de las capacidades de reserva en muchos sistemas de órganos. (47-60-62).

Aunque la vejez y la enfermedad son frecuentemente tomados como sinónimo, la ausencia de enfermedad es acompañada de más años de vida. Ciertos trastornos de cualquier manera son comunes; incluyen arterioesclerosis (endurecimiento de las arterias). Hipertensión, diabetes, artritis y cáncer. De estos, los trastornos que comprenden problemas circulatorios y el corazón son los más importantes. Los trastornos cardíacos, junto con el cáncer, son los de más incidencia como causas de muerte de personas de edad avanzada (23,24).

ENVEJECIMIENTO EN ORGANOS Y SISTEMAS DE ORGANOS

El examen del envejecimiento a nivel de órganos y sistemas de órganos, muestra que muchos procesos empieza a declinar mucho tiempo antes de la muerte. En organismos multicelulares, el envejecimiento ocurre en variados niveles de organización: órganos y sistemas de órganos, tejidos, células,

partículas subcelulares y moléculas. Este envejecimiento fisiológico es aparente en el hombre después de los 30 años (23).

No solamente en los individuos de diferentes edades se encuentran en diferentes estadios, los órganos y sistemas en un individuo varían en el mismo. (Keller & Hughston, 1981). Por ejemplo hay diferencias en la disminución de la función en el sistema cardiovascular, el sistema respiratorio, el sistema sexual, el sistema auditivo y capacidad de reserva, pirl, balance, patrones de respuesta y funciones mentales, etc.

EL CEREBRO

En el envejecimiento, un gran número de cambios tienen lugar en el sistema nervioso. Los cambios referidos resultan de eventos complejos, incluyendo muerte celular, de privación de oxígeno y cambios en las células por sí mismas. Las células del cerebro no se multiplican así cuando se pierden células, por enfermedad, toxinas, trauma u otras causa, el decremento en el número se traduce en decremento en la eficiencia del funcionamiento del cerebro (24).

El cerebro es probablemente uno de los órganos más críticos en el cuerpo humano, es la parte central del sistema nervioso, el centro del pensamiento y el órgano que recibe impulsos sensoriales y transmite impulsos motores (24).

Partiendo de que es el centro del pensamiento de el depende la organización del individuo con su mundo. El peso del cerebro disminuye con la edad (24).

CONDUCTA SEXUAL

Los estudios reportan un declinamiento en la actividad sexual con la edad. (Johnson, 1966, 1970). De cualquier manera, hay considerable controversia sobre la causa de esta reducción. (Kalish, 1975).

Los hombre se apenan frecuentemente de su pérdida d potencia. La potencia sexual no es solamente placentera por sí misma, es un símbolo de masculinidad y fuerza como persona. La pérdida del atractivo sexual puede amenazar la seguridad femenina en las relaciones maritales y por esta razón venir una desaveniencia en cuanto al interés sexual por parte de su compañero. (Smith & Bierman, 1973).

A pesar de un decremento general de la actividad sexual con la edad, se han encontrado participación activa en hombres y mujeres al rededor de los 70's y 80's. Los casados tienen decididamente mas alta incidencia de actividad sexual que aquellos que no son casados. (Kalish, 1975).

En el pasado, la incapacidad de la sociedad para aceptar las necesidades sexuales en gente mayor era seria, pero no critica. La investigación de Masters y Johnson y otros sobre la conducta sexual en las personas de edad avanzada, han establecido claramente, que bajo propias condiciones físicas y emocionales, la capacidad de disfrutar el sexo no se pierde en los años tardíos, simplemente baja gradualmente, al igual que otra capacidad física. (Huyck, 1974).

PERDIDA DE CAPACIDAD REPRODUCTIVA: MENOPAUSIA

Para las mujeres el evento psicológico principal de la edad adulta es probablemente la menopausia, el cese gradual del periodo menstrual, (el termino climaterio se refiere mas generalmente a los variados cambios que ocurren durante este tiempo). Generalmente se alcanza la menopausia entre los 48 y los 52 años (25).

Hay todavía un gran numero de mitos al rededor de este evento, que han ayudado a perpetuar una imagen negativa.

Por ejemplo, mucha de la literatura psiquiátrica describe a la menopausia como un evento traumático experimentado porque la mujer no puede tener mas hijos. (Huyck, 1975). Aparentemente, se considera poco deseable y no sexi por no poder procrear.

En vista del poco conocimiento que se tenia de este estado, se han realizado investigaciones en mujeres en diferentes estudios o etapas de la menopausia como los realizados por Neugartem y colaboradores en la universidad de Chicago, estas investigaciones han encontrado que aproximadamente el 50% de las mujeres estudiadas perciben la menopausia como una experiencia displacentera, sin embargo, las mujeres que antes de llegar a este estado tienen una apreciación mas bien positiva (tal vez por la misma imposibilidad de procreación), han llegado a vivenciarla de una manera mas placentera (20).

Una situación similar es presentada por los hombres en Europa se ha llamado "Climaterio viro!", en Estados Unidos se conoce como "Menopausia

masculina" o "Síndrome climatérico masculino" y esta representado por algunos cambios hormonales, síntomas de nerviosismo, decremento o pérdida de potencia sexual, depresión, decremento de la memoria o concentración, decremento o esencia de la libido, fatiga, trastornos del sueño, temores, etc., conspiración, bochornos, etc. (16,20).

Tanto hombres como mujeres al ser sometidos a terapia hormonal presentan mejoría en los síntomas físicos, aunque no significa la total mejoría de los síntomas psíquicos (16).

PSICOLOGIA NORMAL DEL ANCIANO

Conocer, como se siente el anciano, representa un recurso mas para facilitarle aquello que aminore sus dificultades y/o sufrimiento emocional, ayudarle a que se adapte a todos los cambios que se han registrado en el, a través de los estímulos necesarios.

Existen una serie de factores que serán significativos en su vida animica, como la herencia, la historia personal, el medio ecológico, la alimentación, el orden social, económico y político; el hablar de la psicología del anciano es hacer un corte, que de ante mano sabemos que ofrece solo una visión parcial, sin embargo las aportaciones que se pueden hacer desde este ángulo son muy valiosas además de tener una intención didáctica, con el objeto de facilitar nuestro estudio.

La psicología cuenta con muy poca información sobre los ancianos, debido a que generalmente han enfocado su estudio a las anteriores etapas del desarrollo.

Esta nos muestra que aun entre los profesionales de la psicología hay cierta renuencia en tratar a los ancianos.

Se tiene conocimiento de diversas teorías de la personalidad, algunas que han tenido una gran trascendencia como la psicoanalítica. A continuación se describen algunos planteamientos:

Erik Erikson considerando el desarrollo psicológico del individuo, introdujo la noción de que el ciclo de la vida del humano transcurre a través de etapas psíquicas cruciales y diferenciadas. En su libro "Infancia y sociedad", Erikson divide la vida en etapas, haciendo hincapié en el conflicto emocional que domina cada una de sus etapas, las cuales implican una crisis y dos alternativas, una adaptativa y otra desadaptativa. Es la sociedad la que satisface el paso de estas etapas mediante sus instrucciones específicas (familia, escuela, trabajo, etc.), que traerán el ajuste o desajuste del individuo. De acuerdo a como se cursa una etapa, será la base para las posteriores, la vejez es la octava etapa de su clarificación que va desde la madurez hasta la muerte. Las alternativas de esta última etapa de la vida, son la integridad del yo y la opuesta es la desesperación (26).

Describe así la integridad del yo: "Es la seguridad acumulada del yo con respecto a su tendencia al orden y el significado. Es un amor postmarcista

del yo humano - no del sí mismo - como una experiencia que transmite un cierto orden del mundo y sentido espiritual, por mucho que se haya debido pagar por ella. Es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser y que, necesariamente no permitirá sustitución alguna: significa así un amor nuevo y distinto hacia los padres (26).

"Es tener un sentido de la vida a través del propio estilo de vida que contenga una estructura moral y racional. Es ser creativo. Es una camaradería con las formas organizadoras de épocas remotas y con actividades distintas, tal como se expresan en los productos y en los dicho simples de tales tiempos y actividades, aunque percibo la relatividad de los diversos estilos de vida que han otorgado significado al esfuerzo humano, el poseedor de integridad está siempre listo a defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica, pues sabe que una vida individual es la coincidencia accidental de sólo un ciclo de vida con sólo un fragmento de la vida; y que para él toda integridad humana se mantiene o se derrumba con un único estilo de integridad de que él participa. Es estilo de integridad desarrollado por su cultura o civilización se convierte así en el "Patrimonio de su alma", el sello de su paternidad moral de sí mismo (... pero el honor : es patrimonio del alma: Calderón). En esa consolidación final, la muerte pierde carácter atormentador"(27).

"La falta o pérdida de esta integración yoica acumulada se expresa en el temor a la muerte : no se acepta el único ciclo de vida, como la esencial de la vida. La desesperación expresa el sentimiento de que ahora el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad. El malestar consigo mismo oculta la desesperación, las más de las veces bajo la forma de mil pequeñas sensaciones de malestar que no equivalen a un gran remordimiento"(27).

Adler, señala que el ser humano tiene grandes sentimientos de inferioridad que a través del tiempo busca compensar, y desde luego en el anciano acrecienta este sentimiento aún más, puesto que se inserta en todo en complejo : el desgaste físico, el deterioro intelectual, el desempleo o la jubilación , el matrimonio de los hijos, la inseguridad económica y la soledad.

Son la vivencia de la inferioridad psíquica u los órganos biológicamente afectados los que determinan la orientación de la personalidad. Opina, que puede haber una volición sexualizada que oriente la conducta del anciano a algo irrealizable, produciéndole insatisfacción; otro móvil de su conducta puede ser la agresividad.

Son ejemplo : el anciano neurótica que no admite perder poder y dominio y en ocasiones expresa su frustración en envidia, avaricia y resistencia a adaptarse a su medio; el anciano con un padecimiento psicósomático que supuestamente le refuerza sus viejas tendencias que antaño le brindaron seguridad y finge todo aquello que le sirve de sostén.

Adler explica como la cultura propicia la neurosis femenina a consecuencia de exaltar los valores masculinos y devaluar los de las mujeres. Estas son valoradas por su belleza y fecundidad, o como símbolos sexuales; la menopausia tiene un mayor impacto emocional, que biológico, aumentando su sentimiento de inseguridad.

Los dictados de amor filial, benevolencia y respeto al anciano no le son suficientes cuando neurotizado siente declinar sus fuerzas y se hunde en la depresión, desconfianza, recelo y egoísmo. La sociedad contemporáneo y del mundo occidental les impone limitaciones por la imagen minusválida que les impone y desencadena en ellos la inconformidad y la siguiente lucha por dominar, pero el ser frenado, decaen deseos e iniciativas.

Para Adler es necesario una educación temprana para favorecer la transición a la vejez. Desarrollar la independencia y la perseverancia en el anciano son logros difíciles de alcanzar, sin esa previa educación y requieren de mayores esfuerzos.

Psicoanalíticamente se considera que los motivos de comportamiento se asientan en los primeros años de la vida, de ahí en adelante se agregan experiencias a la estructura mental básica que no alcanzan a modificar a la ya formada personalidad.

Sin embargo otros estudios han cuestionado dicha teoría, considerando innegable que el desarrollo del ser humano se va ampliando y complejizando en los años siguientes. Adquiriendo funciones para los que no estaba apto, por ejemplo, la conciencia puede prometer un cambio en la vida más radical.

Por ello es importante conocer el funcionamiento y la adaptación del individuo en las etapas posteriores a la infancia ya que se ha observado que algunas personas que tuvieron serias carencias infantiles, lograron posteriormente superarlas presentando un buen ajuste y rendimiento social, porque las circunstancias les fueron más favorables.

También lo que el individuo haya logrado en su etapa adulta será determinante para su ancianidad. La vejez misma puede convertirse en una etapa única de nuevos aprendizaje actividades hacia la vida considerando que a mayor conciencia de si mismo y del mundo, mayor salud.

ALGUNOS ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Freud describe el psiquismo formado por tres instancias, las que denominó: ello, yo, y súper yo cada uno con un sistema dinámico de acción en el que intervienen el inconsciente, el concedente y el preconciente, manifestándose durante todo el ciclo vital.

Al ello pertenecen los impulsos instintivos sexuales , y agresivos en conflicto, y por ello reprimidos y en consecuencia desconocidas. Estos impulsos buscan salir y se manifiestan de manera indirecta a través de mecanismos de defensa, sueños y otras pautas del comportamiento.

En la vejez suelen resurgir impulsos sexuales por lo regular sin meta y también impulsos agresivos son de más fácil manifestación.

El yo es la parte consciente , realista , facultado para la autocrítica, de donde se deriva el súper yo. Algunos problemas que ha de resolver el yo en la vejez son los cambios internos y externos, la pérdida de reconocimiento, el cambio de ocupación, la separación o perdida de personas queridas y la preparación a la muerte.

El súper yo lo forman los valores morales y el ideal del yo. Es en gran medida inconsciente. Se fragua en el moldeamiento que realizan los padres en los hijos a temprana edad. Identificando e introyectando las figuras de los padres.

Los mecanismos de defensa más comunes en la vejez, son la regresión, el aislamiento, el encasillamiento y la negación .El grado de regresión depende del estado general del desarrollo logrado en las etapas anteriores, de las primeras relaciones con los objetos y de lo conseguido en la relación nacrita. La regresión puede ser normal en el anciano, como una manera de adaptarse a cambios en su físico, en su mente y en su relación con el medio ambiente (28).

La regresión, como mecanismo de defensa en el anciano, se presenta en muchos de los casos en forma selectiva, a aceptando algunos recuerdos y

excluyendo otros . Aunque el funcionamiento sensorial disminuye con la edad, también se dan casos en que por un proceso selectivo el anciano ve y oye lo que quiere ver y oír como una protección a su equilibrio psicológico (28).

La psicología normal de la vejez encuentra corrientes los síntomas de angustia, depresión, insomnio, hipocondría u hostilidad; influyendo los cambios sociales que les exigen tomar una nueva orientación y adaptación, como ocurre en la crisis económica que refuerza su soledad, al anularlos en la crítica y en la plantación social (29).

Las manifestaciones de la angustia son nerviosismo o inquietudes, reducción de las funciones mentales por un estado de alerta ante algo inespecífico e irritabilidad por cosas nimias. Debido a la tensión constante y a la no obtención de gratificaciones, el individuo experimenta fatiga y sentimientos de incapacidad para hacer cambios de vida.

En el anciano suele aparecer la angustia ante la cercanía de la edad de jubilación, porque percibe más intensamente los cambios biológicos internos y externos, que en él se está operando y también por el temor a la muerte, o a quedarse solo, o por temor a la vida.

La depresión en el anciano se puede originar principalmente por la inseguridad del futuro y las pérdidas que se van presentando, desde las pérdidas materiales, ocupacionales, hasta las pérdidas de seres queridos (30).

La hipocondría y los padecimientos psicósomáticos llevan a focalizar la atención en el funcionamiento corporal del enfermo. pueden entre otras razones, funcionar como evitadores de conflictos, por un rasgo de dependencia, inseguridad, o en algunos casos se ha observado que se utiliza inconscientemente como una manera de castigar a los demás con su propio sufrimiento (30).

En líneas generales, se puede considerar que si las etapas anteriores a la vejez se han presentado ciertos trastornos psíquicos, es muy probable que se acentúen en esta última fase , sobre todo por los valores familiares y ambientales que inicien con gran fuerza en los satisfactores del ser humano (30).

La familia : característica social y de la estructura interna en relación al anciano. Así como el anciano de estos días difiere del anciano de otras épocas, la familia de aquellas épocas se diferencia de la del siglo XX (31).

Se señaló en capítulos anteriores, como algunos fenómenos sociales han incidido fuertemente en la estructura y dinámica de la familia, entre ellos se mencionaba la revolución industrial, la explosión demográfica, la emigración rural - urbana, etc. , y con ello el impacto en la forma de intercalar, y los valores con los que interaccional también ha presentado ciertas variaciones (31).

La familia ha presentado estas modificaciones desde muchos ángulos, como una institución basada en la organización económica ha sido necesaria, no sólo la división del trabajo, sino acompañados con otros procesos, el incorporamiento de la mujer en la población económicamente activa (31).

En México el surgimiento de la familia nuclear compuesta por ambos cónyuges e hijos, ha sustituido a la familia extensa, la cual está formada por la presentación de más de 2 generaciones, en donde se incluyen generalmente los abuelos u cuyas características principales, es el compartir la economía y la vivienda (31).

Si bien la familia extensa aún predomina en las zonas rurales y en algunas rur - urbanas, en las grandes urbes, casi están extinguiéndose (aunque con la actual crisis económica este fenómeno, se torna hasta cierto punto impredecible)(31).

Por otra parte, la tecnología científica instrumenta al hombre para el trabajo y concede menos importancia al adecuado desarrollo interpersonal, lo que hace más grande la brecha afectiva entre las generaciones y en el interior de la misma familia (32).

La familia típica actual de la zona urbana está formada sólo por dos generaciones . los padres están integrados al ritmo acelerado de la sociedad. Para ello delegan el cuidado y educación de sus hijos desde muy pequeños, a instituciones como las guarderías, lo cual hace también que la estructura familiar se torne menos sólida. Cuando los hijos crecen se incorporan a otras instituciones, como la escuela, clubs o determinados espacios de vida social, manteniendo un pobre contacto con los padres (31,32).

Al irse incrementando la expectativa de vida no es raro encontrar hijos de 50 o 70 años de edad, con padres de 80,90.

En el medio rural se mantienen con más fidelidad las tradiciones, respecto a los roles que desempeñaban los padres, que ahora son abuelos, pero continúan con la autoridad y jerarquía, el hecho de que el padre durante su pasado hubiera cometido "errores" de acuerdo a la opinión de la familia (por ejemplo: el tener una segunda casa), le resta jerarquía y apoyo, pero por lo general se continúa proporcionándole asistencia y cuidados (31).

Los sentimientos productos de una relación conflictiva entre los padres y el hijo pueden resolverse cuando el hijo alcanza la madurez para comprender su vida. Cuando no es así, el hijo dirige mucha de su frustración en forma agresiva a sus ancianos padres, la cual toma diferentes estilos, como el no visitarlos, el obligarlos hacer determinadas tareas, no proporcionales atención médica, etc. (32).

Mothlis (1985), llega a la conclusión de que se pueden distinguir diversas categorías de familias, considerando sus relaciones con el anciano: El primer grupo está constituido por el grupo que se llamó familias positivas. En estos casos el núcleo familiar funciona normalmente, y dentro de su seno el anciano, encuentra una posición como en los pueblos primitivos, posee un lugar destacado como consejero, una posición social privilegiada de depositario de las tradiciones familiares y comunitarias, de intermediario entre el pasado, desconocido para las jóvenes generaciones y el futuro (3).

La existencia de un grupo familiar positivo, alcanza su máxima expresión en el cuidado de los niños y los ancianos. En estos casos generalmente la familia decide no desarraigar al enfermo de su entorno familiar. Sin embargo, no siempre una familia bien organizada constituye un factor positivo en la solución de los problemas que nos interesan. A veces pesan sobre la familia factores económicos que la familia no puede sobrellevar. O los problemas son las exigencias de la convivencia social y cultural van aparejadas con una mayor necesidad de espacio. Entonces la solución es la institucionalización del más débil del más frágil (31).

O cuando los hijos deciden emigrar. El siglo XX es el siglo de las migraciones. ¿Cómo llevar con ellos a ese peso improductivo, en vías de desmoronarse psíquica y físicamente, incapaz ya de adaptarse a nuevos ambientes, circunstancias, climas, alimentación, idioma, reglamentaciones, etc.. (31)

Las otras familias, son aquellas que constituyen un problema, para sí mismos y para el equipo de salud, cuando se trabaja con ellos. Son controladoras y "perseguidoras" con el anciano, son las familias "no", "no te levantes", "no comas", "no salgas", etc... (32)

Existen otras familias, que especialmente cuando el anciano está hospitalizado o en alguna casa hogar, experimenta sentimientos de vergüenza, de culpabilidad o de negligencia, generalmente exageran sus visitas y llegan a sobrecargar al equipo de salud. (31,32)

Otro tipo de familiares lo constituyen aquel que no acepta los diagnósticos, ni los tratamientos. Por el contrario están siempre en una posición hostil, responsabilizando a los demás, como una manera de desahogarse de sus sentimientos de culpabilidad o de hostilidad hacia el enfermo.

Existen casos en los cuales el padre, generalmente, abandona la familia cuando los hijos son aún pequeños y después de muchos años sin ninguna clase de contacto, el padre derrotado y sin recursos, regresa solicitando ayuda y protección familiar. Entonces aflora la venganza de la familia, negándose a reconocerlo y a ayudarlo. Esto ocurre en muchos casos en pacientes alcohólicos, sociópatas, delinquentes, entre otros. (31,32)

ABUSO DEL ANCIANO

Otro grupo de relaciones interfamiliares que está llamando la atención últimamente por sus repercusiones jurídicas de salud, se engloba con el nombre de "abuso del anciano". Se trata de familiares o parientes lejanos que abusan del anciano lesionándolo física, psíquica, o económicamente.

Se pueden distinguir cuatro tipos de abusos:

- 1.- Abuso físico (agresión, quemaduras, fracturas, heridas, abstención de alimentos, medicamentos, vestimenta, cuidados y violación sexual).
- 2.- Abuso psíquico (agresión verbal, amenazas, injurias).
- 3.- Abuso material (robo de dinero o propiedades).
- 4.- Violación de derechos (presionar al anciano para institucionarlo).

Algunos estudios realizados en México sobre los intereses de actividades cotidianas de los ancianos jubilados, concluyen que los intereses y actividades se relacionaban con las experiencias anteriores y las realizaban dentro de sus casas, donde pasaban la mayor parte del día y eran de tipo doméstico. Las mujeres arreglaban el hogar, cosían o tejían. Los hombres leían, veían televisión o cuidaban a los nietos, solían ir a misa temprano, compraban sus alimentos y por las tardes visitaban a sus familiares o a los vecinos. Se acostaban temprano y se levantaban también temprano y a veces presentaban insomnio, por lo que durante el día tenían períodos cortos de sueño rara vez salían de vacaciones o viajaban, no sólo por razones económicas, sino porque la permanencia en el hogar les daba seguridad. (21)

Un alto porcentaje en nuestro medio viven con sus familiares, lo cual representa un soporte emocional importante, ya que para ellos es más importante la compañía que cualquier otra ayuda. (21)

Sin embargo, esta respuesta del ambiente familiar hacia los ancianos ha disminuido al grado de que se haya ido incrementando el porcentaje de aquellos ancianos que se ven en la necesidad de institucionalizarse. (12)

De acuerdo a la etapa del ciclo vital del individuo y al de la familia, se puede considerar que es una continuidad siempre de las etapas anteriores: en aquellos sistemas familiares en donde la interacción estaba dada en términos de disfuncionalidad, por la agresión, dificultades en la expresión de afectos, manejo de las distancias y la cercanía, etc., seguramente el tener uno o los dos padres ancianos, dependientes, tanto económicamente, como emocional y físicamente de la familia, la disfuncionalidad se reflejará franca y abiertamente con la poca capacidad de fungir como protectores de sus miembros, esa protección biopsicosocial que se mencionó en capítulo anterior. (13,21)

LA VIDA DEL ANCIANO EN LA FAMILIA ACTUAL

ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR

La familia es la unidad social universal compuesta por una pareja heterosexual, que procreado uno o mas hijos. la pareja conyugal sana se tiene respeto, cuidado y amor y ha de ocuparse por dar cariño y educación a su descendencia, con el fin de que los hijos alcancen el grado de desarrollo físico, emocional, intelectual y espiritual, suficiente para independizarse y ser productivos en la sociedad. (33)

La familia también puede verse como una institución basada en la organización económica, y relacionada con la división del trabajo, con el cuidado de la mujer en el embarazo y en la lactancia, y con la protección y educación de los hijos. (33)

En las sociedades capitalistas los hijos se han convertido en la producción de una mercancía que sera vendible a mediano plazo. algunos piensan que la relación entre el padre y el hijo esta basada en la propiedad de la tierra, establecido la dependencia de una persona sobre la otra, lo que seria una supervivencia de los conceptos feudales. (29)

La progenie pasa las primeras etapas del desarrollo evolutivo bajo el amparo de sus padres, quienes les transmiten sus experiencias conscientes e inconscientes. ese legado proviene de generaciones atrás, ya sea por transmisión indirecta o directa y tiene su referendum en la cultura existente.

Algunas tendencias inconscientes que operan corrientemente la formar una familia, ocurren en la formación de la pareja conyugal, y en la idea de procreación.

En general, la pareja conyugal va a elegir en su compañero a alguien parecido a su madre en caso de ser varón, o a su padre en caso de ser mujer, lo que viene a ser una extensión del complejo de Edipo (29). La elección de la pareja amorosa responde narcisísticamente a semejanzas económicas, físicas, profesionales, religiosas, ideológicas, c.t.c.

La idea de la procreación, aceptada y necesaria socialmente vence al super yo antisexual, a las tendencias masturbatorias, homosexuales o de bisexualidad con distintos objetos. la procreación también atenúa el temor a la muerte, ya que el hombre se autoperpetua en los hijos, depositando en ellos sus anhelos reivindicatorios mas profundos. (34)

En una familia neurótica, se encuentra que uno de los padres busca dominar sobre el otro y sobre los hijos. algunos casos lo representan: la madre con identificación masculina que invade y se apodera de las conductas que debía tener el esposo oponiéndose a la virilidad y otras capacidades propias de él; la madre que funciona con el papel de mártir, con lo cual obtiene gratificación, pero indirectamente descarga agresión al esposo a través de los hijos. la madre degradada por el esposo que no transmiten una equilibrada imagen femenina, por lo cual las hijas prefieren identificarse con el padre. cuando el esposo no tiene una adecuada identificación masculina, buscara aferrarse a algo que le firme sumasculinidad, algunos ejemplos son: el del hombre que acecha a muchas mujeres, el que se aferra al trabajo u otra actividad que consume sus energías y lo distancia de su pareja sexual; el que usa el poder económico o intelectual para controlar y despreciar a los demás. estas y otras muchas conductas paternas inmaduras son asimiladas por los hijos, dañándolos en su desarrollo psicológico. (32)

Llegara el día en que el hijo se vuelva padre y adopte el rol esperado. sin embargo no dejara de ser hijo de su padre. luego pasara a ser abuelo de sus nietos, y aun así su pasado seguirá teniendo gran influencia en su vida actual, ya que los papeles que ha representado siguen vigentes. por ejemplo, el hijo que al saber de la necesidad económica y efectiva de sus padres se responsabiliza de ello como adulto. los roles que tiene el ser humano puede variar de acuerdo a las circunstancias que se representa en la vida, de ahí que la flexibilidad para el cambio de funciones favorece la adaptación al medio. (32)

En nuestro México, los ancianos de ambos sexos suelen convivir con su familia directa y en ocasiones con otros familiares cercanos, debido a los valores culturales, el particular "sentimentalismo" de los mexicanos y a su cohesión interna por una parte, y por otro lado, a la escasez de las instituciones asistenciales de tipo gerontológico, según afirma el dr. castillo. los ancestros siguen teniendo un lugar predominante en las normas internas de la familia por lo que toca al varón y en la organización del hogar por lo que hace a la mujer y no es raro que el anciano aporte su sueldo o pensión, así como los bienes materiales que acumulado. asevera el dr. castillo; que en el medio rural esta situación se mantiene con mas fidelidad que en el medio urbano y que en las clases media y alta cuando el anciano conserva su funcionalidad, es factor importante de dirección y autoridad. el hecho de que el padre durante su pasado hubiera cometido "errores" de acuerdo a la opinión de la familia (por ejemplo el tener una segunda casa), le resta

posición y apoyo, pero por lo general se continua proporcionandole asistencia y cuidados.

Para el psicólogo Fernando Platas es importante si el anciano vivo solo o acompañado y para que llegue a una vejez feliz ha de haber resuelto su ambivalencia del yo; encontrar su individualidad, lo que comienza en la infancia y se acelera en la edad juvenil. ello permitira extraer la esencia de las apariencias que este mundo ofrece y llevar a cabo lo que se desea, con juicio critico. (29)

Los resentimientos producto de una relación conflictiva entre padres y el hijo, suelen resolverse cuando el hijo alcanza la madurez para comprender su vida. cuando no es así el hijo puede estar sacando agresión ante su anciano padre o madre porque se siente mas fuerte y a ellos mas débiles, ordenarles sin tomar en cuenta si ellos pueden o quieren realizar actividades que no son su obligación, como es el cuidar los nietos y otras conductas que colocan a los ancianos en posición inferior. (29)

En el caso de la relación de la nuera con la suegra y del yerno con la suegra, considerada popularmente como difícil y hasta hostil, refleja no solo la diferencia generacional o de familiares; pueden ser proyecciones de traumas primitivos con los progenitores, desplazados en las figuras de la madre del esposo o de la esposa según sea el caso; relaciones de envidia o de celos. sin embargo, sera necesario incursionar en este terreno para obtener datos mas a cortados y dar la debida aplicabilidad en este tipo de relaciones con el fin de que sean mas armoniosas.

En nuestra sociedad patriarcal mexicana, el adulto maduro ha de vigilar que los miembros de su familia logren un desarrollo integral en lo físico, afectivo, intelectual y espiritual, para ello colabora productiva y creativamente en el sistema dispuesto por la comunidad, para que también llegue a la madurez. La familia debe solidarizarse con él conociendo y resolviendo los conflictos que todo grupo trae consigo, de tal manera que ningún miembro quede debilitado. En ello el anciano tiene mucho que contribuir.

RELACION ENTRE EL ANCIANO Y LA FAMILIA

En nuestra sociedad se ve cada día menos la familia extensa es decir, a tres o cuatro generaciones viviendo bajo un mismo techo. Algunas causas de ello

son la sobrepoblación y los reducidos espacios habitacionales característicos de las zonas urbanas. (34)

La movilidad que se requiere para radicarse en los lugares donde son mas accesibles los centros de trabajo y la independencia económica de los hijos, favorecen también la disolución de la familia extensa.

Por otra parte, la tecnología científica instrumenta al hombre para el trabajo y concede menos importancia al adecuado desarrollo interpersonal, lo que hace mas grande la brecha afectiva entre las generaciones y dentro de la misma familia.

La familia típica actual esta formada solo por dos generaciones: los padres están integrados al ritmo acelerado de la sociedad, y según la clase social a la que pertenezcan cubrirán precaria o satisfactoriamente las necesidades materiales de la familia. Para ello deben delegar el cuidado y educación de sus hijos, desde muy pequeños, a instituciones como las guarderías, lo cual hace también que la estructura familiar se torne menos solida. Cuando los hijos crecen se incorporan a la escuela o a la vida social, pero como tuvieron poco contacto con los padres, se olvidan mas fácilmente de ellos. (34)

Como ha aumentado la expectativa de vida, no es raro encontrar hijos de 50, 60 o 70 años de edad, con padres de 80, 90, etc. años, que necesitan de la asistencia familiar, social y educativa.

Los siguientes datos estadísticos que corresponde en su mayoría a la población norteamericana, darán una idea mas precisa de la vida que lleva este sector de la sociedad en el vecino país del norte.

Shanas informa que en 1971 casi el total de los ancianos norteamericanos vivían solos, lo que relaciono con un aumento de ingresos que hubo en ese año, el que fortaleció la preferencia de los ancianos de vivir aparte de sus hijos. Brody, 1970, y Troll, 1971, relacionan este hecho con un sentimiento de autonomía en el anciano. El mismo Shanas, con Kossa y Glasser, encontraron diferencias en el fenómeno que dependen de la clase social.

Por cuanto a las relaciones familiares, Shanas obtuvo, en 1968, los siguientes datos: en Norteamérica (41), un 82 % de ancianos tienen varios hijos nuevos (Shanas 1962, Butler y Lewis 1973, Poner 1974), y menos de la mitad de ellos cuenta con uno o dos hijos. Nueve de cada diez ancianos coexiste con sus bisnietos.

El 79 % de los ancianos entre los 65 y los 69 años de edad, tienen hermanos vivos, porcentaje que desciende al 61 % de ancianos de 75 años o mas.

Un 3 % de ancianos, carece de todo lazo familiar. Entre ancianos no casados y sin hijos (viudos, divorciados, solteros) cerca de la mitad vivian solos, y tres de cada diez varones y cuatro de cada diez mujeres ancianas convivian con sus hermanos u otros parientes

Mas de la mitad de ancianos con hijos vivian con alguno de ellos o a 10 minutos de distancia (caminando o por transporte vial), pero seis de cada diez personas mayores de 65 años, no estaban con sus hijos. Un 65% de personas ancianas, incluyendo a los que vivian con sus hijos, habian visto a alguno de ellos en las ultimas 24 horas anteriores a la fecha en que fueron entrevistados.

El 34 % de los ancianos que tenian hermanos, habian visto a alguno de ellos durante la semana anterior a su entrevista.

Conforme el anciano aumenta de edad incrementa el contacto con sus hijos. El 61 % de los varones y el 75 % de las mujeres informaron que habian recibido algún tipo de ayuda por parte de sus hijos (financiera, obsequios, transporte, asistencia en tareas domesticas y otros).

De este estudio se concluyo que la mayoria de los paàres ancianos de Norteamérica viven separados de sus hijos, pero ambos se visitan con frecuencia. Los ancianos prefieren las relaciones con sus hijos y después con sus hermanos, sobrinos y otros parientes, lo que les provee de apoyo social y psicológico. Según esta investigación y contrariamente a los datos obtenidos por Arling en 1976 (42), resulta que cuando el anciano no ha tenido hijos mantiene relaciones mas estrechas con sus hermanos solteros o con los que no tienen hijos. La mujer anciana mantiene mas intercambio con hijos y familiares que el anciano y en general las relaciones familiares conllevan algún tipo de ayuda.

Las relaciones primarias del ser humano son su referencia para integrar los conceptos del "yo" y el "tu", la figura de los padres es básica en el proceso en que el niño forma sus conceptos sobre el mismo y sobre su entorno. Posteriormente ingresan al cuadro los demás familiares y cuando el infante alcanza la edad escolar se incorpora a la sociedad en la que se seguirá formando su personalidad.

Generalmente al llegar a la etapa adulta ocurre la pérdida de las figuras paternas y el la vejez se presentan potros vacios, por muerte del cónyuge, retirada de los hijos del hogar, agregados al cese de la actividad productiva y a la declinación del "status social".

Maria E. Zegeln (43) investigo el impacto que tienen las relaciones primarias en la satisfacción de la vida del anciano. La muestra resulto ser de sujetos menores de 60 años, casados y con buena educación. Las relación mas importante para los casados es su pareja conyugal. Para los no casados fueron los compañeros, vecinos, familiares y amistades. Mientras que la mujer valoro mas el hecho de estar casada y su salud, para el hombre lo mas importante era el ingreso y el tipo de experiencia ocupacional. Otros Hallazgos (44) apoyaron que la satisfacción por la via familiar y la salud son los factores que producen mayor felicidad a los ancianos.

Debido a que se vio que los padres ancianos suelen vivir aparte de sus hijos, se considero interesante investigar si la distancia geográfica que los separa y la frecuencia con que se ven, influye en sus sentimientos de abandono. (45)

El estudio se llevo a cabo en 1960, ella población urbana de Durham, Inglaterra, donde mas de la mitad de los padres ancianos vivian solos y mas de la mitad de los hijos vivian fuera de esa población. El 36% de los ancianos tenian a sus hijos viviendo en Durham, y la mitad de ellos convivian con sus hijos. (45)

Resultado que el 68% de esos ancianos solo reportaron tener contactos frecuentes con sus hijos (una vez por semana o mas). El 81% de ellos negaron estar descuidados por sus hijos y parientes cercanos, y solo el 19% opino que estaba "poco" o "completamente" olvidados por sus hijos.

Con ello se rebate que la distancia geográfica sea un factor que cause el sentimiento de abandono de los padres con respecto a sus hijos. A pesar de la separación fisica, padres e hijos mantienen lazos de afecto y otro tipo de dependencia.

Sin embargo, cuando la visita de los hijos era menor frecuente que una vez por semana, si habia en los padres sentimiento de abandono, que era mayor entre la clase alta, lo que hace suponer que esta clase social considera que los hijos tienen la obligación de mantener contacto frecuente con ellos, probablemente porque tengan mayores posibilidades económicas para hacerlo.

También se encontro que el sentimiento de abandono ocurre solo cuando hay expectativa por el contacto cercano padre-hijo.

Britton, Mather y Lansing (1961) Shanas, Townsend, Wedderburn, Friis, Milhoj y Sirehouwer (1968), sostienen que las relaciones satisfactorias de los ancianos a sus hijos no dependen de la proximidad geográfica, sino de la comunicación que se logre entre ellos.

Algunas variables que afectan la relación de los ancianos con las generaciones adulta y joven son, el afecto, el respeto, la situación económica, la jubilación, las actividades, la autorregulación y la responsabilidad filial.

En 1965 Gordon F. Streib (46), investigo las relaciones entre los ancianos jubilados y sus hijos, respecto a la solidaridad familiar, patrones de ayuda familiar, ajuste a la jubilación y efectos de esta en las relaciones familiares. En la investigación del contacto entre padres e hijos a través del correo, resulto que los hijos mantenían el trato frecuente con sus padres a pesar que tan solo el 5% vivía con ellos. estos eran jubilados de la industria privada.

Los padre consideraron que tanto ellos como sus hijos formaban un grupo familiar cercano en mayor grado que el que reconocía la generación joven, ya que esta afirmo tener relaciones mas estrechas con su familia de procreación, que con la de sus progenitores y hermanos, y los padres manifestaron el deseo de estrechar aun mas el trato con sus hijos, deseo que no compartían los hijos.

Dos tercios de los padres y un tercio de los hijos consideraron que los lazos afectivos son mas importantes que la ayuda financiera, dos terceras partes de los hijos consideraron ambas variables igualmente importantes. Ni padres ni hijos tomaron la ayuda económica como lo mas significativo en sus relaciones. (46)

Las formas de relación preferentes eran: las visitas, la proximidad del domicilio, la solicitud de una y otra parte para ser visitados, así como cuidarlos durante todas sus enfermedades. En el punto donde no coinciden los entrevistadores era en la correspondencia escrita, ya que los padres escribían mas que los hijos. Lo menos frecuente entre los hijos era la ayuda económica a sus padres, así como incorporarlos al hogar; lo que se vela prácticamente en la separación de residencias. (46)

Sussman B. Marvin en "The help pattern in the Middle-Class Family" confirman que los padre ayudan mas a sus hijos en lo económico. Parece ser que en su rol de padres, conservan mayor disposición para ayudar económicamente a su prole aunque el auxilio sea poco cuantioso y mas bien simbólico. Los padres se preocupan menos por asuntos de dinero que los hijos, probablemente debido a que tenían casa propia, o porque ya no mantenían a otros miembros de la familia, como suele ocurrir con los hijos y también a que los hijos participan en las actividades y diversiones y por tanto gastan mas dinero. Puede ser por otra parte que los padres tengan menos inclinación a gastar superficialmente. (45)

Zinbey y Kauffman afirman que antes y después de la jubilación (29) el anciano entra en conflicto consigo mismo y con la sociedad, ya que el prejubilado suele sentirse inseguro de su capacidad en el puesto que tiene y afecta a su buen desempeño, después de pensionarse, al quedar privado de la ocupación que llevo a cabo gran parte de su vida, genera rasgos desadaptativos que repercuten directamente en su ambiente familiar.

El hombre o mujer que se acerca a la vejez o que ya esta en ella, sufre notorios cambios biológicos, psicológicos y sociales, que, aunados a las expectativas y limitaciones culturales reducen su actividad o incluso la cambian, en general su diario vivir se volverá algo mas sencillo y debera reestructurar su forma de vida de acuerdo con sus posibilidades y las oportunidades que le ofrezca el medio. Podra modificar sus actividades y hábitos de trabajo, su alimentación y su empleo del tiempo de ocio, así como sus relaciones familiares e interpersonales, en general, la adaptación psicológica a su vejez dependera en gran parte de su tipo previo de personalidad. (29)

Algunos investigadores se han ocupado de las relaciones afectivas entre los padres ancianos y sus hijos (48). Puner (1974) por ejemplo, sostiene que la respuesta del ambiente familiar hacia los ancianos ha disminuido, a pesar de que para ellos son fundamentales el afecto y el soporte de la familia, al grado que cuando lo pierden, un porcentaje del 10 al 12 % tienen que asilarse en las instituciones sociales.

Sussman y Burchinal's (1962) sugieren que a medida que la gente envejece, se relaciona más con sus familiares próximos que con otros parientes. El lazo familiar funciona también para los aspectos económicos y sociales, tales como el intercambio mutuo de servicios, regalos, consejo y asistencia financiera entre las dos generaciones como lo muestra el 93 % de las familias que ellos estudiaron. Indicaron también que los cambios

sociológicos y demográficos no restan la importancia de las relaciones familiares para los aspectos de la vida de los ancianos que se refieren a enfermedades, dificultades, crisis o ceremonias. Las relaciones intergeneracionales conllevan lazos de afecto, interdependencia y entrega recíproca. (48)

Brody (1970), Cotorell (1974), Stern y Ross también señalan la importancia que para el anciano tiene, afectiva y socialmente la relación con la familia a pesar de que no esté integrado físicamente a la vida diaria de sus familiares.

Otra investigación llevada a cabo por Johnson Elyzabeth y Bursk Bárbara (1977) estudió la clase de la relación afectiva entre padre anciano e hijo adulto en 4 áreas: salud, ambiente social, finanzas y actitud hacia la vejez (48).

- El indicador de la relación familiar incluía preguntas para el padre y para el hijo acerca de la apertura de comunicación entre ellos, el gusto por la compañía del otro, la habilidad para contar con el otro y el estado actual de relaciones.

- El índice de salud incluía preguntas sobre la movilidad de los padres fuera de casa, cantidad de medicamentos usada, el nivel de actividad y su grado de salud.

- En las finanzas se trató acerca de la adecuación objetiva o subjetiva del ingreso y de los problemas entre padre e hijo por causas económicas.

- El ambiente social cubría los aspectos de privacidad, amigos íntimos que vivieran cerca, transportación adecuada, razón para haber fijado ahí la residencia, temor al hogar y otras cuestiones análogas.

- El indicador de actitud hacia la vejez se evaluó por medio de preguntas sobre la felicidad de los padres, las dificultades de sus vidas y en general sus satisfacciones de vida.

Ya que la salud es un factor primordial tanto en la adecuada relación del anciano con su hijo, como en su desenvolvimiento personal y social, se propone que los programas médicos de tipo preventivo dirigidos a los ancianos se establezcan a nivel nacional para el cuidado de la salud, en centros que los atiendan durante el día, o a domicilio colaborando así al apoyo de la familia y haciéndose cargo de la salud del anciano por un período razonable. Lamentablemente es frecuente hallar que ancianos que

podrían ser atendidos médicamente en el exterior, son internados en las instituciones sociales por los familiares como para deshacerse de ellos. Otros servicios como la transportación de ancianos para atender asuntos personales y para asistir al médico son también sugeridos y ahora son una realidad.

Otros investigadores consideran que la responsabilidad filial ha disminuido en los últimos tiempos (47). Dinkel abordó el tema en 1944 hallando que los hijos se negaban a asistir a sus padres ancianos, y que esto era más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales.

Igualmente la responsabilidad filial se ha relacionado con algunas variables como la necesidad de los padres, el factor económico, la generación, el sexo, la religión y otros.

Dinkel encontró que la religión y el área de residencia afectaban la responsabilidad filial. Landis (1960), Robins y Tomanec (1966) hallaron mayor responsabilidad filial entre los hijos judíos, seguan los católicos, luego los protestantes y por último los que no tenían afiliación religiosa. En cuanto al sexo Townsend (1968) y Gray Smith (1960) sostiene que las hijas mantienen más contacto con los padres, que los hijos.

Más recientemente Byford y Sporakowski (1972) analizaron una comparación intergeneracional de actitudes hacia la asistencia de los padres ancianos.(47)

Tieri Augustine 1973, (35) estudió la percepción que el anciano (de 65 años en adelante) y el joven (de 15 a 19 años) tienen de sí mismo y del otro, respecto de la vida. Encontró que los jóvenes devalúan al anciano, en tanto que el anciano percibe al joven similarmente a como el joven se percibe a sí mismo al valorar las actitudes de la vida humana.

Otros estudios gerontológicos confirman que el viejo es devaluado. Se le atribuyen problemas de soledad, enfermedad, bajo ingreso y muerte. Se le ve disminuido en productividad, logros e independencia. Esto hace que la gente rechace esta etapa de la vida.

Bengtson (1975) confirma que la modernización social en seis países desarrollados que estudió, no lleva actitudes negativas hacia la vejez (36).

La psicóloga Lehr (37) obtuvo que en México hay una opinión más favorable de la vejez y menos conflicto entre jóvenes y ancianos que en

Alemania y que en general los ancianos son más estimados que las ancianas en ambos países.

Clara Collette-Pratt (38) estudio la devaluación que la población adulta hace del viejo, respecto a actitudes hacia: escasa salud, aislamiento social, muerte, inseguridad financiera, logros, independencia y productividad.

La actitud de devaluación de la vejez por los viejos, no fue significativa. Los otro dos grupos de edad (adultos-jovenes y adultos de edad media) la devaluaron dos veces más que los viejos.

La muerte fue un atributo significativo para devaluar a la vejez. La gente vieja enfrenta mejor la muerte que los otros dos grupos, y la mujer más que el hombre, de los tres grupos evaluados.

El predictor más consistente de devaluación de la vejez fue la escasa salud.

La diferencia de percepciones valorativas y conductas que ocurren entre generaciones distintas, es mayor que las diferencias que se presentan entre padre e hijo (54), ya que estos poseen semejanzas de personalidad.

Kalish y Johnson (1972) (39) investigaron las similitudes y la diferencias de los valores de tres generaciones de mujeres (hijas, madres y abuelas) respecto a seis escalas, tres de tipo social, político, religioso y actitudes hacia los estudiantes; y tres de tipo socio-gerontológico: actitudes hacia el propio envejecimiento, hacia la gente vieja y hacia la muerte.

Las hijas tuvieron más valores parecidos a sus madres, que lo que las madres tuvieron con las abuelas. Las generaciones contiguas son más similares en las tres escalas sociales y respecto a la actitud hacia la muerte, pero no hacia la vejez y hacia el propio envejecimiento.

Las hijas y la abuelas aceptaron más el propio envejecimiento que las madres, y la hijas toleran un poco más a la gente vieja que las madres, madres y abuelas aceptan más la muerte y aún mas las abuelas.

En las tres escalas sociales la generación más joven resulto ser más liberal que su antecesora. Únicamente en el grupo de hijas correlacionaron las escalas sociales con las socio-gerontológicas.

Estos resultados muestran que entre los miembros de una familia hay valores similares relativos y hay mayor armonía en los valores de las

generaciones madre-hija que entre las de madre-abuela. Tal vez esto se deba a que el primer par comparte más toda su vida reciente. Las hijas tienen mayor disposición hacia la gente vieja y hacia el propio envejecimiento, por lo que este sector de la población puede ser buena vía para restituir al viejo el equilibrio de su imagen.

La mayor aceptabilidad de los viejos hacia la muerte, se debe tal vez a que consideran que de alguna manera ya han vivido lo suficiente, lo que no ocurre en las generaciones posteriores.

Una de las interrogantes de la psicología es conocer que aspectos de la vida proveen felicidad a los hombres y a las mujeres.

Aunque el tema de la felicidad es muy difícil de abordar por la subjetividad con que solemos ver la vida, se ha intentado estudiarlo con carácter objetivo y aunque continúa siendo un verdadero problema metodológico, se han registrado datos para aproximarse al tema.

En cuanto al anciano se refiere, se ha visto que existe relación importante entre su vida pasada y la presente. Su personalidad así y su integración al medio ambiente van a determinar su grado de felicidad.

Algunos gerontólogos han hallado de suma importancia las actividades sociales de los ancianos para su bienestar.

Wray (1974) encontró que la gente de edad media tiende a ser tan feliz como las que atraviesan por la etapa de la vejez. Que el hombre es más feliz que la mujer y que la felicidad varía a través de las etapas de la vida, bajo la influencia de los diferentes estados de salud mental, salud física, de amistad y de variables socio-económicas (40).

Medley (1976) evaluó la satisfacción de vida en ancianos de ambos sexos con referencia a: situación financiera, salud, standard de vida, vida familiar y vida en general (44).

La satisfacción por la vida familiar fue el factor más importante tanto en ancianos hombres como mujeres. El segundo lugar entre las mujeres lo ocupó el standard de vida, lo que para los hombres fue el tercer lugar, pues el segundo lugar entre ellos fue la salud, el tercer lugar para la mujer fue la salud.

La situación financiera no tuvo relación directa con la satisfacción de vida en ambos sexos, aunque la situación financiera y la salud se influyeron indirectamente.

Ya se ha referido a la importancia de las relaciones familiares y sociales en el anciano. La persona que suele tener lazos estrechos con otra, es la pareja conyugal; pero la viudez en la senectud es una experiencia corriente, especialmente para la mujer. Van Coevering encontró trastornos psicossomáticos de índole emocional en una de cada cuatro viudas norteamericanas como son: depresión, insomnio, ansiedad y cansancio crónico (49).

Aunque la viudez desencadena desadaptación, varios autores coinciden en que el grado de satisfacción de la vida en la viudez depende tanto de la personalidad del sujeto, como de su ambiente presente de acuerdo a sus propios logros y metas. Si ocurre un desajuste fuerte se debe más a eventos que ocurrieron durante la vida anterior, que a la viudez en sí.

Cuando el anciano pierde una amistad, suele reemplazarla con una relación familiar inmediata, aunque con esta no sea totalmente satisfactoria.

Las viudas tienen dos tipos de relaciones interpersonales importantes: la familia y los vecinos y amigos, ellas suelen tener mayor contacto físico y afectivo con sus hijos que los que sostienen los viudos.

Arling (42) investigó el efecto de las relaciones familiares y de las relaciones de vecinos y amigos sobre la moral o la satisfacción de vida de la viuda anciana norteamericana.

La moral la midió en términos de tener alguien en quien confiar, no sentirse solo ni preocupado, sentirse útil y percibir que la comunidad respeta a los ancianos.

Graney (50) clasificó en tres tipos las actividades que proveen felicidad al anciano: actividades de uso común, como el uso de la TV, radio, lectura; actividades de relaciones interpersonales, o sea trato con amigos, vecinos, parientes y el uso del teléfono y actividades de asociaciones voluntarias. Relaciono las actividades con el grado de felicidad, en un estudio longitudinal de cuatro años con 60 ancianas que dividio en las más jóvenes (66 a 75 años), a las intermedias (de 76 a 81 años) y las más viejas (de 82 a 92 años).

CEDULA DE CAPTACION

En el año de 1983, contando con el apoyo de un grupo de médicos pasantes en servicio social, bajo la supervisión de la Dra. Ma. Teresa Barroso Hernández, Jefe de Enseñanza de la Clínica Ermita, se continuó con la afinación y corrección del Programa General, convirtiéndolo en multidisciplinario al apoyarlo con 11 Sub - Programas, para lo cual se elaboró una cédula de captación que incluye todos los reactivos del programa y de los 11 sub - programas que lo integran, incluso se dejaron reactivos en blanco par anexar sub - programas de investigación o de otra índole que se requieran a futuro. La ficha de identificación se localiza al centro de la mencionada cédula.

Con el apoyo de la cédula de captación antes mencionada, obtuvimos los datos más importantes como fueron:

- Ficha de identificación.*
- Patologías más frecuentes.*
- Nivel socio - económico y cultural.*
- Condiciones de vivienda.*
- Integración Familiar.*

Se calificó esta cédula por cuenteo en palomeo o perforación. Por lo que fue rápida y segura la recolección de datos.

De la mencionada cédula se utilizaron para este estudio los apartados; los que mencionan la patología más frecuente de vivienda, de recreación social, odontológicos, curativos y psiquiátrico. Se agregaron los que representan la caracterología de la familia: tipos de familia, demografía, integración familiar, dinámica familiar, límites de la familia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es la institución de mayor antigüedad y trascendencia en la historia de la civilización humana, a lo largo de la historia ha evolucionado y caracterizado una de las etapas del desarrollo de diversas culturas (8). Su importancia como grupo social queda fuera de todo cuestionamiento, sin embargo, cuando nos referimos a su estudio generalmente se piensa en distintos abordajes, como el histórico, el antropológico y el social (8)

Actualmente se reconoce con toda claridad que a través del estudio de la familia se obtiene una visión mas amplia e integral de los muchos problemas de salud, pero que también es un recurso para resolverlos y para prevenir enfermedades (9)

La ciencia médica no sólo tiene el compromiso de entender al individuo en forma aislada, sino el conocer en profundidad su origen, que sin duda es la familia (51).

El médico familiar debe aprender a sacar ventajas de los recursos familiares y usar tales recursos si existen.

El escaso o nulo conocimiento que se tiene sobre las características físicas, psicológicas y sociales de los ancianos, impiden comprender en su magnitud real la marginación en que viven y el sentimiento de inutilidad y angustia, que comúnmente se desarrollan en ellos, convirtiéndolos en sujetos vulnerables a las actitudes de rechazo emitida por las personas que conforman su entorno familiar y social.(10)

En este sentido, surge la interrogante de qué peculiaridades familiares pueden influir para que el individuo anciano enferme o sane y que además el médico familiar deba tomar en cuenta para su manejo adecuado.

En este contexto, como problema para este estudio se plantea la cuestión de cuales son las características socio - médicas de las familias de los pacientes de la tercera edad que atiende el medico familiar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir las características socio - médicas y de las familias de los derechohabientes de la tercera edad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- *Establecer la escolaridad del grupo estudiado.*
- *Determinar la ocupación de los pacientes estudiados.*
- *Describir las características económicas de las familias estudiadas.*
- *Establecer el tipo de alimentación del grupo estudiado.*
- *Determinar la socialización dentro de la comunidad a través de su participación en clubs (padre).*
- *Determinar la socialización dentro de la comunidad a través de su participación en clubs (madre).*
- *Identificar la participación de parientes ancianos en el cuidado de los nietos.*
- *Identificar la tipología familiar.*
- *Identificar la estructura familiar.*
- *Clasificación de la familia según su desarrollo.*
- *Clasificación de la familia según su demografía.*
- *Clasificación de la familia según su integración.*
- *Identificar las fases del ciclo vital.*
- *Determinar algunas de las funciones de la familia.*

JUSTIFICACION

La medicina familiar, como especialidad se basa en el conocimiento integral del individuo y su familia. Fundamentalmente su análisis respecto al proceso salud - enfermedad, debe ser una visión global y dinámica. Uno de sus principios establece que el abordaje, diagnóstico y terapéutico, se debe realizar tomando en cuenta el núcleo familiar. (11)

Por otra parte, el conocimiento de las principales características psico - sociales del anciano hacen que el médico familiar pueda obtener una visión objetiva y que le permita un marco general de referencia del anciano mexicano y por lo tanto, le permita planear las diferentes acciones que integren el cuidado y mantenimiento de la salud del anciano y la familia.

Finalmente, la literatura existente se refiere a estudios de otros países y que no dan una idea de lo que ocurre en nuestro país. Al buscar la literatura que hable de la familia en México, se puede observar la escasez que hay al respecto y de la que existe, esta aborda el problema con una orientación fundamentalmente inclinada al aspecto social y poco hace desde el punto de vista médico; menos todavía con enfoque al paciente geriátrico dentro de la estructura familiar.

Por ello se requiere elaborar trabajos que otorguen una panorámica de la familia de los pacientes de la tercera edad en México y que además sirvan al médico familiar para una mejor interrelación con los pacientes ancianos y su familia en su práctica cotidiana.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO, POBLACION, LUGAR, TIEMPO.

Se efectuó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, en la población derechohabiente de la Clínica Oriente, en el área oriente de la Subdelegación Médica del I. S. S. S. T. E., durante el periodo comprendido de septiembre de 1994 a febrero de 1995.

MUESTRA

Se selecciono una muestra no aleatoria, por cuotas hasta completar un total de 50 familias.

CRITERIOS DE INCLUSION

- *Pacientes mayores de 60 años de edad que acudan a la consulta en forma regular a la unidad médica seleccionada*
- *Que pertenezcan al área geográfica en estudio.*

CRITERIOS DE EXCLUSION

- *Pacientes menores de 60 años*
- *Que no sean derechohabientes de la unidad*
- *Con registro duplicado*

INFORMACION A RECOLECTAR

La información que se obtuvo, se divide en tres apartados: características socio - económicas, atención médica y la estructura familiar.

FICHA DE IDENTIFICACION

APARTADO DE FAMILIA

DESARROLLO

DEMOGRAFIA

INTEGRACION

TIPOLOGIA

ESTRUCTURA

VARIACION

FUNCION DE LA FAMILIAR

CICLO VITAL FAMILIAR

DINAMICA FAMILIAR

APARTADO DE VIVIENDA
APARTADO DE RECREACION SOCIAL

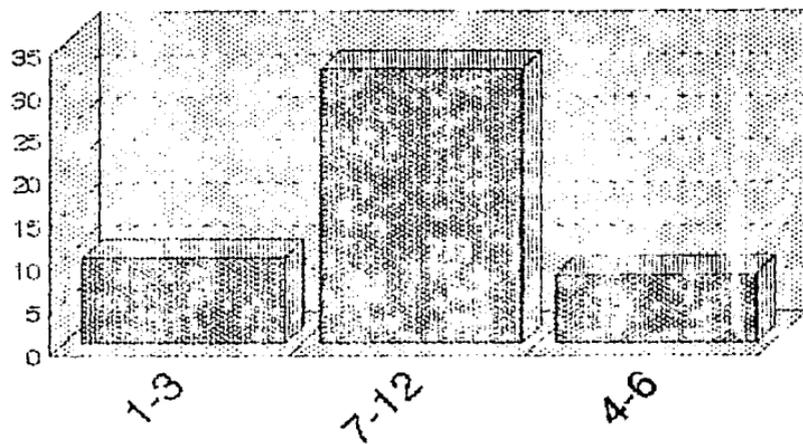
Esta información se obtuvo mediante una tarjeta de captación, específicamente creada para tal fin, la cual consta de varios reactivos en general de aspectos socio - médicos, la ficha de identificación se localiza al centro de la mencionada tarjeta, también se elaboraron historias clínicas, completas de cada paciente.

TABLA 1 CARACTEROLOGIA FAMILIAR**SEGUN SU NUMERO DE INTEGRANTES**

NO. INTEGRANTES	NUMERO	PORCENTAJE
1 a 3	10	20%
4 a 6	8	16%
7 a 12	32	64%
TOTAL	50	100%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 1. CARACTEROLOGIA FAMILIAR
SEGUN SU NUMERO DE INTEGRANTES



FALLA DE ORIGEN

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

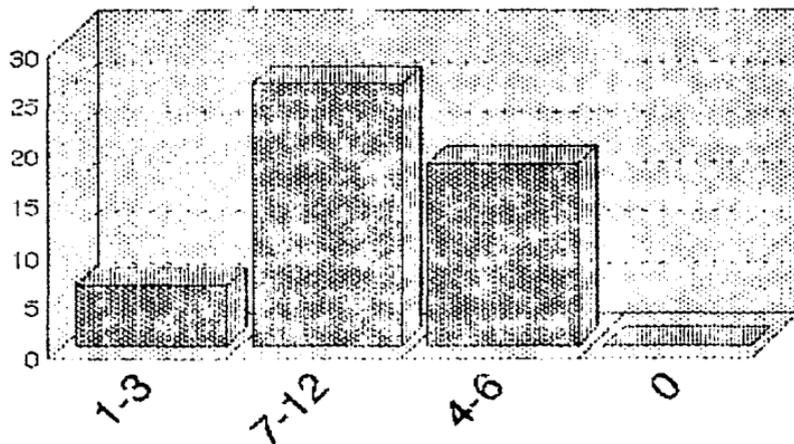
TABLA 2 CARACTEROLOGIA FAMILIAR

SEGUN SU NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA

NO. INTEGRANTES	NUMERO	PORCENTAJE
de 1 a 3 hijos	6	12%
de 4 a 6 hijos	18	36%
de 7 a 12 hijos	26	52%
TOTAL	50	100%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 2. CARACTEROLOGIA FAMILIAR
SEGUN SU NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FALLA DE ORIGEN

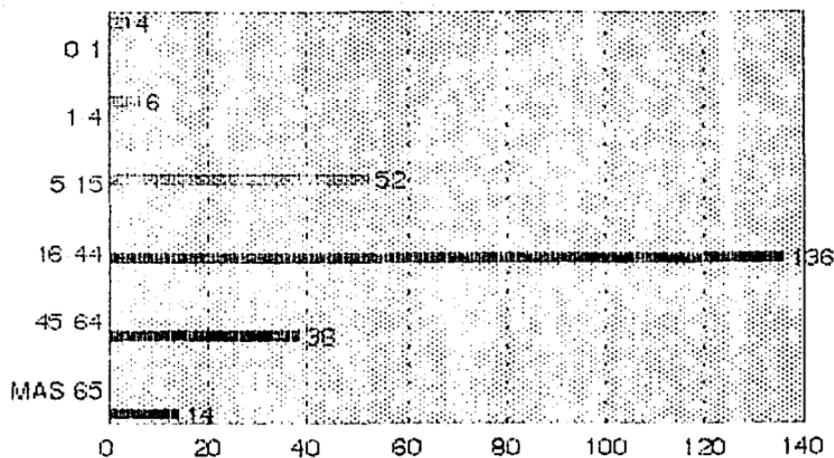
TABLA 3 CARACTEROLOGIA FAMILIAR**GRUPO ETAREOS**

NO. INTEGRANTES	NUMERO	PORCENTAJE
0 a 1	4	1.6%
1 a 4	6	2.4%
5 a 15	52	20.8%
16 a 44	136	54.4%
45 a 64	38	15.2%
más de 65	14	5.6%
TOTAL	250	100%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 3. CARACTEROLOGIA FAMILIAR
GRUPO ETAREOS

FALLA DE ORIGEN



FIENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

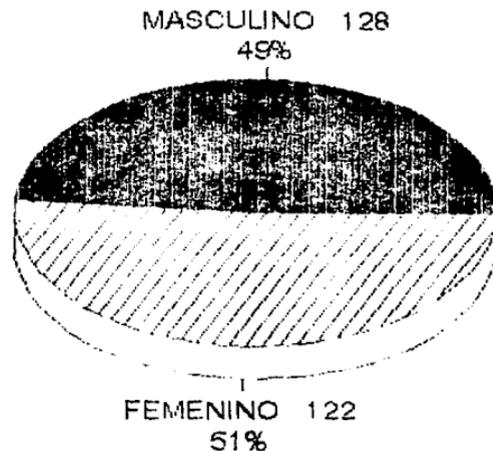
TABLA 4 CARACTEROLOGIA FAMILIAR

DISTRIBUCION POR SEXO

NO. INTEGRANTES	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	128	51.20%
FEMENINO	122	48.80%
TOTAL	250	100.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 4. CARACTEROLOGIA FAMILIAR
DISTRIBUCION POR SEXO



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

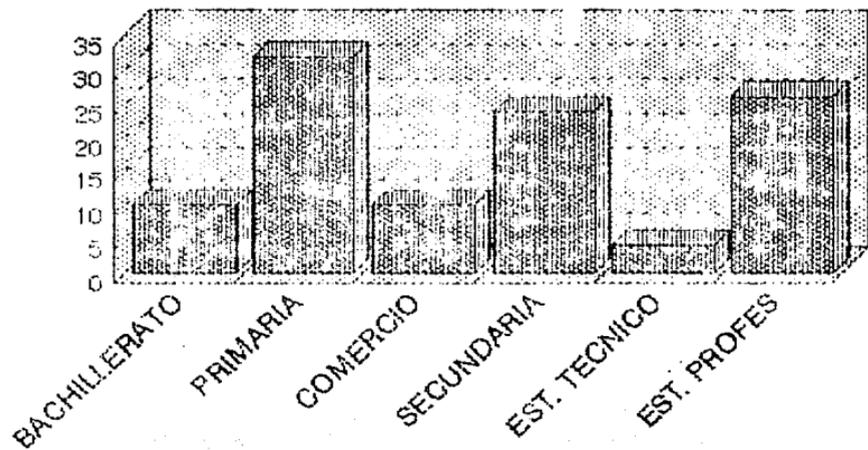
FALLA DE ORIGEN

TABLA 5 CARACTEROLOGIA FAMILIAR
ESCOLARIDAD DE MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD

GRADO	COMPLETA		INCOMPLETA	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
ANALFABETAS	0	0.00%	0	0.00%
PRIMARIA	32	20.25%	16	10.12%
SECUNDARIA	24	15.18%	12	7.59%
COMERCIO	10	6.32%	2	1.26%
BACHILLERATO	10	6.32%	4	2.53%
EST. TECNICOS	4	2.53%	6	3.79%
EST. PROFESIONALES	26	16.45%	12	7.59%
TOTALES	106	67.05%	52	32.88%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 5. CARACTEROLOGIA FAMILIAR
ESCOLARIDAD DE MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD COMPLETA



FUENTE: CEDI I LA DE RECOLECCION DE DATOS

FALLA DE ORIGEN

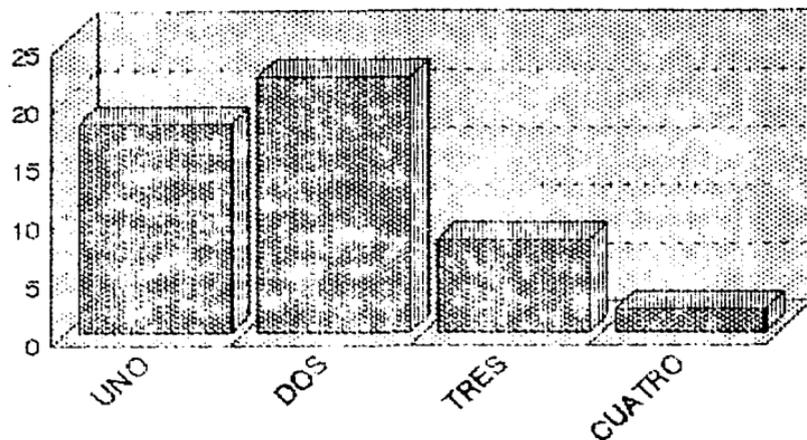
TABLA 6 CARACTEROLOGIA FAMILIAR
NUMERO DE MIEMBROS ECONOMICAMENTE ACTIVOS

Miembros E. A.	NUMERO	PORCENTAJE
UN SOLO MIEMBRO	18	36.00%
DOS MIEMBROS	22	44.00%
TRES MIEMBROS	8	16.00%
CUATRO MIEMBROS	2	4.00%
TOTAL	50	100.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 6. CARACTEROLOGIA FAMILIAR

NUMERO DE MIEMBROS ECONOMICAMENTE ACTIVOS



FALLA DE ORIGEN

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

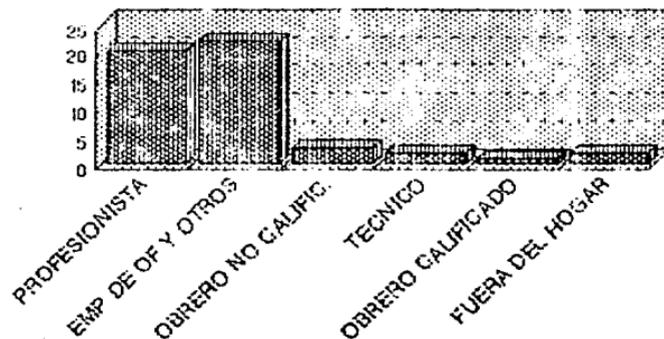
TABLA 7 CARACTEROLOGIA FAMILIAR

OCUPACION DEL PADRE

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
PROFESIONISTA	20	40.00%
TECNICO	2	4.00%
OBRERO CALIFICADO	1	2.00%
OBRERO NO CALIFICADO	3	6.00%
EMPL. DE OF. Y OTROS	22	44.00%
FUERA DEL HOGAR	2	4.00%
TOTAL	50	100.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 7. CARACTEROLOGIA FAMILIAR
OCUPACION DEL PADRE



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

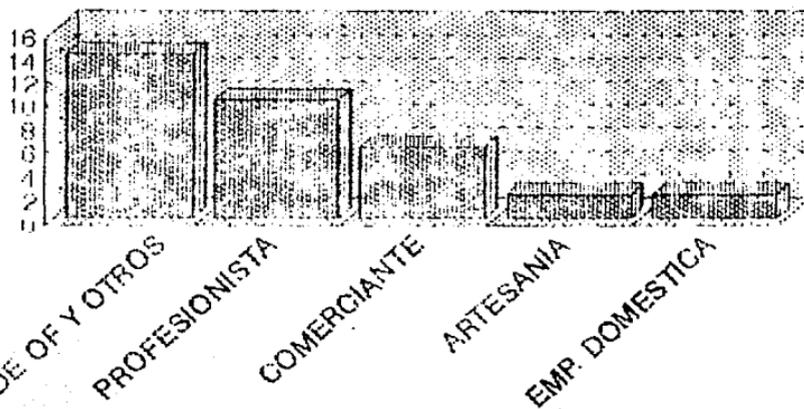
TABLA 8 CARACTEROLOGIA FAMILIAR

OCUPACION DE LA MADRE

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
PROFESIONISTA	10	29.42%
COMERCIANTE	6	17.64%
EMPL. DE OF. Y OTROS	14	41.18%
ARTESANA	2	5.88%
EMPLEADA DOMESTICA	2	5.88%
TOTAL	34	100.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 8. CARACTEROLOGIA FAMILIAR
OCUPACION DE LA MADRE



FALLA DE ORIGEN

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 9 CARACTEROLOGIA FAMILIAR

RELACION LABORAL DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

	NUMERO	PORCENTAJE
ESTABLES	45	90.00%
INESTABLES	5	10.00%
TOTAL	50	100.00%

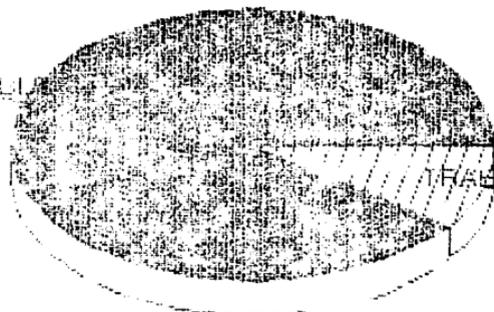
FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTEROLOGIA FAMILIAR

RELACION LABORAL DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

TRABAJO ESTABLE

90%



TRABAJO INESTABLE

10%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

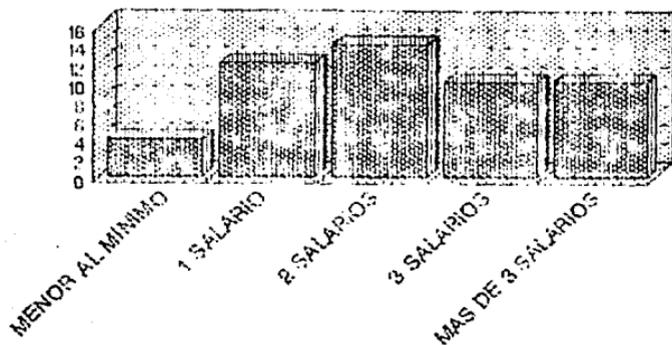
FALLA DE ORIGEN

TABLA 10 CARACTEROLOGIA FAMILIAR**INGRESO FAMILIAR MENSUAL**

INGRESO	NUMERO	PORCENTAJE
MENOR AL MINIMO	4	8.00%
UN SALARIO MINIMO	12	24.00%
DOS SALARIOS MINIMOS	14	28.00%
TRES SALARIOS MINIMOS	10	20.00%
MAS DE TRES SALARIOS	10	20.00%
TOTAL	50	100.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 10. CARACTEROLOGIA FAMILIAR
INGRESO FAMILIAR MENSUAL



FUENTE: RECOLECCION DE DATOS

TABLA 11 CARACTEROLOGIA FAMILIAR

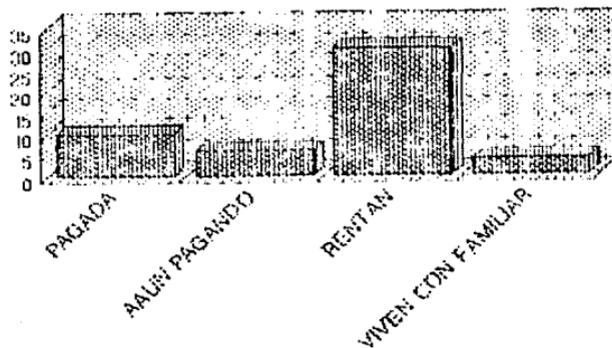
TIPO DE PROPIEDAD

PROPIEDAD	NUMERO	PORCENTAJE
PROPIA PAGADA	10	20.00%
PROPIA AUN PAGANDO	6	12.00%
RENTAN	30	60.00%
VIVEN CON FAMILIARES	4	8.00%
TOTAL	50	100.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 11. CARACTEROLOGIA FAMILIAR

TIPO DE PROPIEDAD



FALLA DE ORIGEN

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

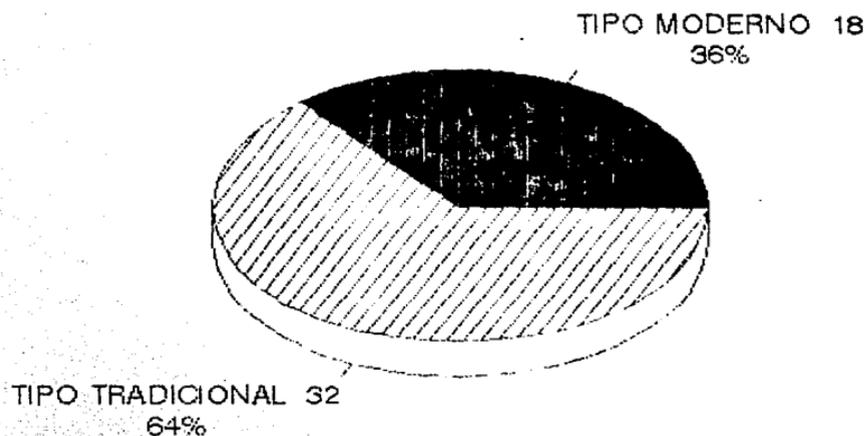
TABLA 12 CARACTEROLOGIA FAMILIAR**TIPOLOGIA FAMILIAR**

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
MODERNA	18	36.00%
TRADICIONAL	32	64.00%
TOTAL	50	100.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 12. CARACTEROLOGIA FAMILIAR

TIPOLOGIA FAMILIAR



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FALLA DE ORIGEN

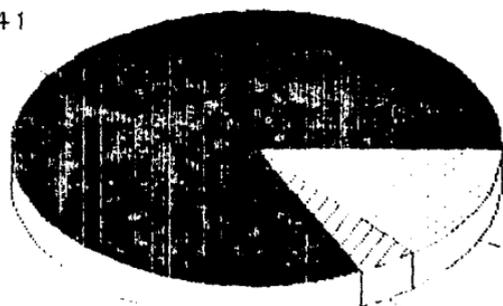
TABLA 13 CARACTEROLOGIA FAMILIAR**COMPOSICION FAMILIAR**

COMPOSICION	NUMERO	PORCENTAJE
NUCLEAR	7	14.00%
EXTENSAS	41	82.00%
EXTENSAS COMPUESTA	2	4.00%
TOTAL	50	100.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 13. CARACTEROLOGIA FAMILIAR
COMPOSICION FAMILIAR

EXTENSA 41
82%



NUCLEAR 7
14%

EXTENSAS COMP. 2
4%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FALLA DE ORIGEN

TABLA 14 CARACTEROLOGIA FAMILIAR**INTEGRACION FAMILIAR**

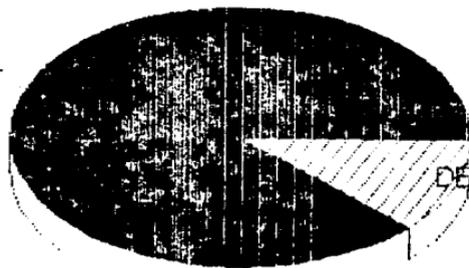
TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
INTEGRADAS	44	88.00%
DESINTEGRADAS	6	12.00%
TOTAL	50	100.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTEROLOGIA FAMILIAR

INTEGRACION FAMILIAR

INTEGRADAS 44
88%



DESINTEGRADAS 6
12%

FALLA DE ORIGEN

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

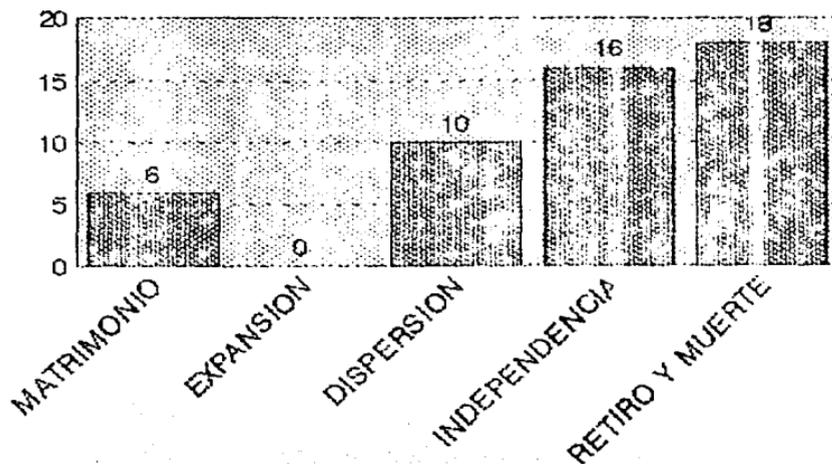
TABLA 15 CARACTEROLOGIA FAMILIAR

CICLO VITAL

FASE DEL CICLO	NUMERO	PORCENTAJE
MATRIMONIO	6	12.00%
EXPANSION	0	0.00%
DISPERSION	10	20.00%
INDEPENDENCIA	16	32.00%
RETIRO Y MUERTE	18	36.00%
TOTAL	50	100.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FIG. 15. CARACTEROLOGIA FAMILIAR
CICLO VITAL



FALLA DE ORIGEN

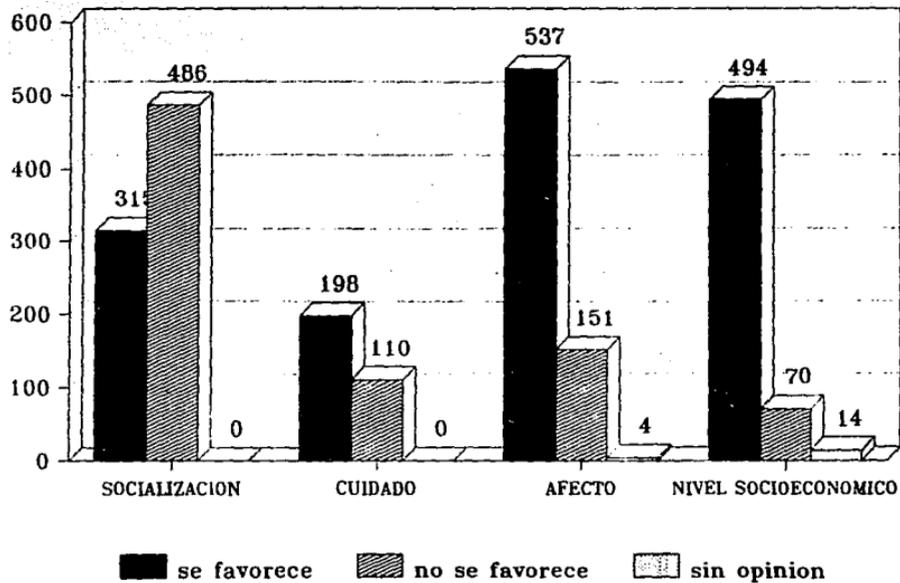
FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 16 CARACTEROLOGIA FAMILIAR**FUNCIONES FAMILIARES**

FUNCION	SE FAVORECE		NO SE FAVORECE		SIN OPINION	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%
SOCIALIZACION	315	39.40%	486	60.60%	0	0.00%
CUIDADO	198	64.20%	110	35.72%	0	0.00%
AFECTO	537	77.60%	151	21.82%	4	0.57%
N. SOCIOECONOMICO	494	85.46%	70	12.11%	14	2.42%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTEROLOGIA FAMILIAR FAVORECIMIENTO DE FUNCIONES FAMILIARES



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 17 CARACTEROLOGIA FAMILIAR

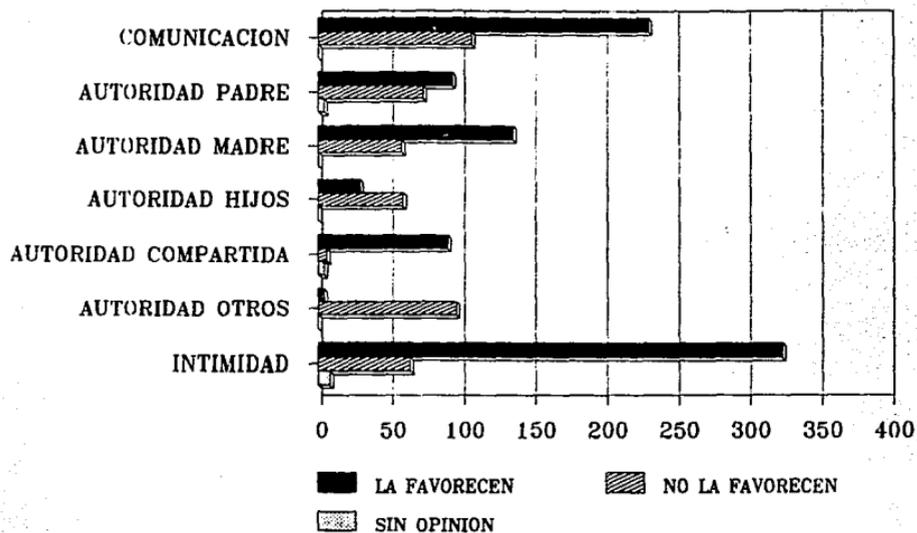
DINAMICA FAMILIAR

AREA	LA FAVORECEN		NO LA FAVORECEN		SIN OPINION	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%
COMUNICACION	231	68.34%	107	31.60%	0	0.00%
AUTORIDAD PADRE	93	54.70%	73	42.90%	4	2.30%
AUTORIDAD MADRE	136	70.10%	58	29.80%	0	0.00%
AUTORIDAD HIJOS	29	32.90%	59	67.10%	0	0.00%
AUTORIDAD COMPARTIDA	90	90.00%	6	60.00%	4	40.00%
AUTORIDAD OTROS	4	40.00%	96	96.00%	0	0.00%
INTIMIDAD	324	81.80%	64	16.20%	8	2.00%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTEROLOGIA FAMILIAR

FAVORECIMIENTO DE LA DINAMICA FAMILIAR



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

RESULTADOS

Se entrevistaron a 50 familias adscritas a la Clínica Oriente, México, D. F.

Se clasificaron a las familias en tres grupos, de acuerdo a su número de integrantes; de 1 a 3 (10 Fam.), de 4 a 6 (8 Fam.), y de 7 a 12 (8 Fam.) encontrando que el mayor número de familias está constituido de 7 a 12 elementos, siendo 32 el total de estas familias, que corresponde a un 64%. (Tabla 1)

En cuanto al número de hijos por familia, se encontró que del total de las familias, 26 familias tuvieron entre 7 y 12 hijos queda un 52 %. (Tabla 2)

Con respecto a la edad de los integrantes de las familias se obtuvo los siguientes resultados: un promedio de edad de 24.6 años en cuanto al rango de 15 a 44 (136 personas que es la mayor). (Tabla 3)

En cuanto al número de personas correspondiente a cada sexo tenemos 128 masculinos, contabilizándose un 51.2 %; 122 femeninos que da 48.8 % de un total de 250 personas. (Tabla 4)

La escolaridad fue tomada únicamente en 158 personas quienes son las mayores de 18 años. Observándose como dato sobresaliente que en este grupo no se encontró analfabetas. (Tabla 5)

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LAS FAMILIAS

De las 50 familias se encontraron 18 (36%) con un sólo miembro económicamente activo, 22 (44%) con dos miembros económicamente activos, 8 (16%) con 3 miembros económicamente activos. Dando un total de 94 miembros económicamente activos que corresponde a un 37.6% del total de la población estudiada. (Tabla 6)

En cuanto a la ocupación del padre se encontró que un total de 48 padres corresponde a un 51% de la población económicamente activa.

En dos de las familias no se encontró la figura paterna por desintegración familiar. (Tabla 7)

En cuanto a la ocupación de la madre se registró un total de 34 madres trabajadoras que corresponde a un 36.17% de la población económicamente activa del total de madres de las 50 familias. (Tabla 8)

En relación a la estabilidad del trabajo se observó que 45 familias (90%) son estables y 5 (10%) son inestables. (Tabla 9)

Sobre el monto de ingresos familiares totales por mes se tiene que 4 (8%) perciben un salario menor al mínimo; 12 (24%) perciben un salario mínimo; 14 (28%) perciben dos salarios mínimos; 10 (20%) perciben tres salarios mínimos y 10 (20%) perciben más de tres salarios mínimos. (Tabla 10)

Al observarse el tipo de propiedad se encontró que 10 tienen casa propia pagada (20%); en 6 la casa es propia aún pagándola (12%); 30 rentan su vivienda (60%); y 4 (8%) viven con familiares. (Tabla 11)

Tipo de familia de la población estudiada se reportan 18 familias con patrones de tipo moderno y 32 tradicionales. (Tabla 12)

Demografía: las 50 familias se engloban en el parámetro de urbanas.

Composición familiar: En este aspecto 7 familias son de tipo nuclear (14%); 41 son extensas (82%) y 2 extensas compuestas (4%). (Tabla 13)

Integración familiar: Se reportan 44 familias integradas que corresponde a un 88% y 6 desintegradas que corresponde a un 12% (Siendo la causa de la desintegración tres muertes, dos abandonos y un encarcelamiento. (Tabla 14)

Ciclo Vital: Se encontró que 18 familias que corresponden al 36% se encuentra en fase de retiro y muerte; 16 familias que corresponden al 32% en fase de independencia, lo que demuestra familias en fases avanzadas. (Tabla 15)

Se tomo en cuenta que existen 6 familias en fase de matrimonio es decir, sin hijos del matrimonio y otras 6 desintegradas, en las que falta el padre.

Socialización: 315 la favorece (39.4%) no la favorece 198 (60.6%) en el cuidado 537 (77.60%) le favorece y 151 (21.82%) no le favorece.

Nivel socioeconómico: 494 (85.46%) le favorece; no le favorece 70 (12.11%). (Tabla 16)

FUNCIONES FAMILIARES

Se analizaron los aspectos de socialización, cuidado y afecto en donde se destaca el afecto 77.7% que la favorece con 21.8% en que no la favorece.

La dinámica familiar se destaca la autoridad de la madre 70.1% con la autoridad compartida 90.0% donde existe la comunicación que la favorece 68.3%. (Tabla 17)

ANALISIS

Después de conocer los resultados de la investigación realizada, se encontró que en esta población estudiada en relación al número de integrantes por familia predominan las de 7 - 12 elementos teniendo 32 familias con este número (Fig 1). Este hecho de encontrar familias tan numerosas puede obedecer a una falta de educación sexual y de formación sobre planificación familiar. (1) Así en México el surgimiento de la familia nuclear compuesta por ambos cónyuges e hijos a sustituido a la familia extensa, la cual está formada por la presentación de más de dos generaciones (17) compartiendo la economía y la vivienda.

Estos datos de familias numerosas se corroboran al observar el número de hijos por familia, donde tienen 7 - 12 (Fig 2). Sin embargo, como se verá habrá que tomar en cuenta que el 32% de las familias se encuentran en fase de retiro y muerte. Esta etapa encierra grandes problemas para la familia dado que coincide con la vejez (12,21,22). Lo importante en este punto, es resaltar que el médico familiar debe considerar las diferentes etapas del ciclo no sólo con fines de clasificación sino en base al conocimiento de los problemas que cada fase presenta de manera más frecuente, tratar de anticiparse a los hechos y poder interactuar mejor con la familia, la pareja o el individuo en cuestión. (17,18)

El promedio de integrantes por familia es de 7, lo cual no corresponde a la cifra reportada por Nolasco (15), que es de 5.22 miembros por familia urbana.

Con respecto a la edad (Fig. 3) de los integrantes de la muestra estudiada se observó como la mayoría pertenece al grupo etáreo de 16 - 44 años, lo que muestra que la población, en general, está compuesta por miembros jóvenes. Refiriéndose al sexo de la población estudiada, no existe predominio de alguno de ellos (Fig. 4). En México, los ancianos de ambos sexos suelen convivir con su familia directa y en ocasiones con otros familiares cercanos, debido a los valores culturales, al particular "sentimentalismo" de los mexicanos y a su cohesión interna, según afirma el Dr. Castillo.

Escolaridad. De la población de estudio, en esta característica se observa que más del 50% únicamente tienen estudios básicos y sólo el 24% poseen estudios a nivel profesional (Tabla 5), no observándose ningún analfabeta. Aquí es conveniente tomar en cuenta que todas las familias al ser derechohabiente del I. S. S. S. T. E., es porque poseen un empleo estable y por lo tanto un nivel socio - económico que les puede permitir un mejor acceso al sistema educativo; no representan a la población en general de esta ciudad.

En este sentido, se observa que el 64% de las familias se encuentran con más de un miembro económicamente activo por lo que se podría esperar que sus hijos tengan un mejor nivel de escolaridad (Fig. 5).

En relación a la ocupación de los padres (Tabla 7, 8), se encontró que la mayoría son empleados de oficina y también se observa un alto porcentaje de profesionistas; si se desea clasificar a las familias en base a la tipología (21) no se puede hacer de manera adecuada ya que sólo se pueden incluir las familias como profesionistas, campesinos y obreros pero esta clasificación no tiene cabida para las familias cuyos padres son empleados de oficina, asimismo tampoco cabida a familias comerciantes, artesanos, empleados, etc.

En relación al trabajo, se observa que en un 90% de los casos existe estabilidad laboral (Fig. 9), que el 100% son salarios y que el 68% tienen ingresos de más de un salario mínimo. Lo anterior significaría, teóricamente que las funciones familiares de cuidado y nivel socio - económico (21, 22, 23) se encuentran garantizados satisfactoriamente.

En el sistema se considera económicamente activas a las personas jóvenes y adultas y, a los ancianos dejan de serlo, quedando sujetos al desplazamiento de sus fuentes de subsistencia y en el mejor de los casos, reducidos a vivir de pensiones insuficientes, gravitando sobre sus familias y con fuertes problemas y angustias psicológicas, biológicas y sociales (24, 26, 27). Nuestra sociedad contemporánea está lejos de alcanzar salarios adecuados al jubilado (22, 23).

A pesar de que en general las familias estudiadas poseen un ingreso económico que satisfacen sus necesidades, se observa que las necesidades de

habitación no se encuentra del todo resuelta satisfactoriamente ya que el 68% no cuenta con vivienda propia (Fig. 10), aún que si con todos los servicios de urbanización. Lo antes mencionado se puede explicar si se observa que el 84% de las familias utilizan menos del 25% de sus ingresos para cubrir esta necesidad. (5)

Según la clasificación familiar socio - médica encontrada en la literatura (8,12,21); las familias de este estudio, se pueden marcar de la siguiente manera; según su desarrollo la mayoría son tradicionales, según su demografía el 100% son urbanas.

En cuanto a su estructura en la población estudiada, se observó que la más frecuente fue la familia extensa, aunque también se encontraron extensas compuestas y nuclear.

De lo anterior, se puede comentar en general, que todas las funciones de la familia se llevan a cabo, pero algunas con menos calidad que otras. Este es el caso de la función de socialización, en que las respuestas de las familias fueron desfavorables en la mayoría de los casos.

Considerando que la familia es un vector de la cultura de un pueblo, así como de valores y de normas morales, el hecho de que no se cumplan favorablemente esta función puede dar como resultado problemas en la adaptación de los nuevos miembros a su entorno social. (9,12,21)

Pasando al análisis de la dinámica familiar, es conveniente aclarar que solamente se evaluaron tres áreas: comunicación, autoridad e intimidad. Por lo que es probable que esta evaluación de una área tan compleja sea insuficiente.

La comunicación se vio favorecida en el 68% de los casos. La autoridad por parte del padre fue favorecida en poco más del 50%, la autoridad de la madre fue favorecida en el 70%; la autoridad la tenían los hijos en el 33% y en un 4% la autoridad la tenía otro miembro de la familia.

En relación al aspecto de la intimidad se observa que en esta área se ve favorecida en el 82% de los casos (Tabla 16).

Con los datos anteriores se puede inferir que, en general, la dinámica familiar de las familias estudiadas resulta funcional, tomando en cuenta que la comunicación se fomenta y los problemas se discuten y se toman acuerdos por parte de todos los miembros de la familia. Considerando con Chagoya (18,20,23) que la familia debe enfrentarse como grupo ante la crisis de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro a una mayor madurez.

En cuanto a la autoridad se observa que ésta en realidad es compartida ya que en algunos casos es impartida por el padre, otras por la madre. La mayoría de los ocasiones está dada por el subsistema conyugal o también ha sido tomado por lo hijos e inclusive en ocasiones por parte de otros miembros de la familia. De esto se puede pensar que los límites familiares son flexibles, lo cual permite aclarar que en los casos en que la autoridad la tenían los hijos y otro miembro de la familia diferente de los padres, no se especifican los motivos por lo cual no se puede conocer si era justificada o no esta flexibilidad.

En la autoridad, Minuchin (18,19,20), considera que la claridad de los límites es requisito para un buen funcionamiento familiar. Pero también considera que debe existir flexibilidad en los límites para que principie la adaptación.

Por cuanto a la intimidad se observa que se propicia adecuadamente esta área. Por lo menos en el subsistema conyugal, pueden expresara sus sentimientos sin que otro subsistema intervenga. En cuanto expresión del afecto y límites, el subsistema conyugal se efectúa favorablemente. Munichin (18,19) señala que los subsistemas pueden formarse por generaciones, sexo, interés o función, en cada familia pueden existir varios subsistemas.

Los estudios que se realizaron en las 50 familias da una realidad de que en México se tiene en un lugar muy especial a la generación de "oro" ya sea que el anciano viva con su pareja o solo con sus hijos. Su vida emocional depende significativamente de la convivencia y armonía con sus seres queridos, y de un ajuste sano a la vida en sociedad. En el estudio se denotan las características socio - médicas de las familias de la tercera edad.

En la última etapa de la vida se pueden tener nuevos y diferentes roles como se encontró en las experiencias de las familias de la investigación. Han modificado sus actitudes y hábitos de trabajo, su alimentación y su empleo del tiempo de ocio, así como sus relaciones familiares e interpersonales, en general la adaptación psicológica a su vejez.

Se detectó en las familias del estudio una apertura de comunicación entre ellos, el gusto por la compañía entre ellos, la habilidad para contar con el otro. Se observó que la gente de edad media tiende a ser tan feliz como los que atraviesan por la etapa de la vejez; bajo la influencia y la satisfacción por la vida familiar. Fue el factor más importante para los ancianos como para todos los integrantes de las familias la relación racional que se da en estas familias; un respecto bilateral.

En este estudio se confirma que los padres ayudan más a sus hijos en lo económico. Parece ser que en su rol de padres conservan mayor disposición para ayudar económicamente a su prole aunque el auxilio sea más, poco o significativo. La madre mexicana es muy pegada a los hijos y esa dependencia suele continuar bajo diferentes formas cuando los hijos han crecido. De ahí que cuando anciana la mujer se adapta más fácilmente que el hombre a la convivencia familiar; ésto es lo que se aprecia en el estudio de estas familias.

Estos resultados deben entenderse limitados a su tiempo y lugar pero dan buenos indicios para un mejor entendimiento de lo que puede representar mayor bienestar en la senectud, sobre todo desde el ángulo familiar.

CONCLUSIONES

Se pudo cumplir con el objetivo general que era el conocer las principales características socio - médicas, su clasificación familiar y sus dinámica.

En cuanto a las características más relevantes se tiene que son familias con escolaridad, es importante hacer notar que la mayoría tienen estudios medio superior sin encontrar analfabetas.

Son familias con más de un miembro económicamente activo, que la ocupación de los padres que predomina es la de empleado de oficina y profesionista.

La gran mayoría son asalariados y que los ingresos económicos por familia son superiores a dos salarios mínimos en la mayoría de los casos. El tipo de propiedad habitacional es de renta con todos los servicios de urbanización.

En relación a la clasificación familiar desde el punto de vista del desarrollo se obtuvo que predominan las familias con patrón de tipo tradicional. En cuanto a su demografía el 100% son familias urbanas en su composición hay de tipo extenso en la mayoría de las familias, también se encontraron en menor frecuencia las extensas compuestas y las de tipo nuclear. En cuanto a su integración sólo se encontraron seis familias desintegradas.

Del ciclo vital la mayoría se encuentra en fase de retiro y muerte. En las funciones básicas de la familia se encontró en el cumplimiento del status y nivel socio - económico.

En cuanto a la dinámica, aunque es superficial su valoración, se observa que es favorable su realización.

En la actualidad el Sector Salud se ocupa del desarrollo del niño, del joven y del adulto, se sacrifica el bienestar del anciano por las generaciones que le suceden.

En nuestro medio actualmente el campo de la investigación de la vejez, ha aumentado. En la práctica en la medida que se logre establecer las normas

para que todos nos conozcamos y comprendamos mejor, nos acercamos más a la integración o reintegración de los ancianos, a una vida digna y tranquila hasta el final.

El médico familiar suele ser el puente de unión entre la familia y el anciano para la ejecución de los pasos que lo lleven a la salud física y mental. La comunicación médico - paciente se mejorará, el médico familiar puede extraer las capacidades del anciano y conocer su estado integral y dar el diagnóstico correcto.

Favorece al instituto las experiencias de la investigación, aunque las limitaciones que pueden tener los resultados muestran una frecuencia de familias funcionales cualitativamente hablando, dignas de ser tomadas en cuenta para que sirvan de apoyo para conocer y poder tratar en general al paciente geriátrico en el primer nivel.

Los resultados del estudio pueden servir de apoyo para conocer un poco más al anciano específicamente en la Clínica Oriente y poder hacer un mejor manejo de él.

Finalmente el autor considera que la cédula recolectora de datos no resulta la más adecuada para lo que se pretendía, no se demuestra su confiabilidad del todo, de calificación no definida, sólo permite conocer la opinión de un solo miembro de la familia. Aunque tiene ventajas que propician la continuidad y el seguimiento del paciente, permite interactuar con el paciente entrevistando. Aplicable en nuestro medio, y a todos los estatus socio - económicos. Es otra opción de evaluación de la familia para el médico familiar, No requiere de una preparación sofisticada para su manejo. Ayuda a detectar familias que requieran manejo más especializado o subsecuente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beauvoir, Simone de. *La Vejez*. Ed. Sudamericana, 1970.
- 2.- Lidz, Theodore. *El estudio de la vejez en: La persona*. De. Herder, Barcelona, Ed. I, 1980, 57 - 79.
- 4.- Geist, Harold. *Psicología y Psicopatología del Envejecimiento*. De. Paidó, 2ª Edición, 1977, pag. 48 -51.
- 5.- Bellar, L. *Los mejores años de mi vida*, De. El Ateneo, 2ª Edición, México, 1979, pag. 17 - 47.
- 6.- Bonmpadre, Anna María. *Psicoterapia de ancianos, Tesis para maestra en Psicología*. 1978, U.N.A.M., pag. 18 - 64.
- 7.- Leda, Datz. *Importancia del estudio de la familia " en el proceso de salud - enfermedad, Terceras Jornadas Médicas, I.M.S.S., Queretaro, Agosto, 1980, pag. 64 - 81.*
- 8.- Linton, R. *La Historia Natural de la Familia*, en: *La Familia Fromm Herkheimer*, De. Peninsula, Edición 1978, pag. 5.
- 9.- Shires, D., B., Hennen, B., K. *Medicina Familiar. Guía Práctica*. De. Mc Graw-Hill México, S. A. de C. V., 1983, pag. 12 - 28.
- 10.- Medley, Morris L. " *Satisfaction with life among persons sixty five years and older*". *Journal of Gerontology*, 1976, Vol. 31, N. 4.
- 11.- Vázquez, María Alejandra. " *Causas de la Asistencia Social al Anciano en la Casa Hogar Arturo Mundet*". *IV Congreso Nacional de Geriatria y Gerentología, México, 1984.*
- 12.- Chuarria, Araceli. " *Actitud del Anciano Asilado ante la Muerte*". *IV Congreso Nacional de Geriatria y Gerentología, México, 1984.*
- 13.- Streib, Gordon F. " *International Relation, Perspectives of the two Generation on the older Parent*", *Journal of marriage and the family*, 1965, Vol. 27, Part. 4.
- 14.- Mantindale, D. *La variedad de la Familia Humana, en Comunidad, carácter y civilización*, Ed. Paidós, 1969, cap. 4, pag. 92 - 126.

15.- Rappoport, Leon. *La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad*, 2ª Edición, Ed. Paidós, 1978.

16.- Salgado Alba, A. " Geriatria. Historia, definición, objetivos y fines. Errores conceptuales. Asistencia, Geriátrica y Geriatria de sector. Medicina, Primera Parte, México, 1984, No. 34.

17.- Young, J. S. *An Introduction to the Study of Man*. Ed. Oxford University Press, 1974.

18.- Atchley, Robert. " *Selec Social and Psychological differences bet ween Men and Woman in later life* ", *Journal of Gerontology*, 1976, Vol. 31, No. 2.

19.- Michel, Philibert. " *Philosophical approach to Gerontology* ". *Eastern vs Western*, 3ª Edición, 1978, Pag. 38 - 49.

20.- Guerrero, Euquerio. " *Actitudes y acciones del Instituto Nacional de la Senectud* ". *IV Congreso Nacional de Gereatria y Gerentologia*, México, 1984.

21.- " *Deambulan por el D. F. más de 30,000 ancianos marginados y despreciados* ", *El Universal*, (México, D. F.), 16 de Agosto de 1984.

22.- De la Torre, Ramón. " *Stress, envejecimientoy su relación con la génesis de las enfermedades* ", *IV Congreso Nacional de Geriatria y Gerentologia*

23.- Tyler, Kenneth L, Mah y Richard Tyler M. D. " *Differentiating Organic Dementia Geriatrics*, March 1984, vol. 39, Núm. 3.

24.- Kalish, Richard and Johnson, Ann. " *Value Similarities And Diferences in Three Generations of Women* , *Journal of Marriage and Early old age* ", *Diss. Abst. Int.* 1974.

25.- Brickson, Erik. *Infancia y Sociedad*, Ediciones Horme, 7º Ed., 1978, pp. 7-48.

26.- Matos, Leo. " *La Vivencia de la Muerte como un Proceso Terapeútico* " *Gonpo Transpersonal Institute*, Helsinki, Finland.

- 27.- Fred, Sidmun. *Sobre Psicoterapia, Obras Completas, Biblioteca Nueva, 3ª Ed., 1973, pp. 19-53.*
- 28.- Zinberg y Kaufman. *Psicología de la Vejez, Biblioteca del Hombre Contemporáneo, 2ª Ed., 1978, pp. 18-42.*
- 29.- Geist, Harold. *Psicología y Psicopatología del Envejecimiento, Ed. Paidós, 2ª Ed., 1977, pp. 34-54.*
- 30.- Minuchin, Salvador. *Familias y Terapia Familiar, Ed. Gedisa, México, Ed. 1983, pp. 34-62.*
- 31.- Tashman, Harry S. *La Familia Neurótica de Nuestro Tiempo, Ed. Psique, Ed. 1967, pp. 9-35.*
- 32.- Ackerman, N. *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, Ed. Horme, Ed. 1982, pp. 18-68.*
- 33.- Rolla, E. H. *Familia y Personalidad, Ed. Paidós, Ed. 1976, pp. 70-98.*
- 34.- Tieri, Augustine, " *Interage Perceptions: an analysis of how elderly and young people perceive themselves and each other with regard to evaluative attitudes toward human life.*" *Diss. Abst. Int., 1973, pp. 7057-A.*
- 35.- Bengston H., Dowd J. y otros. " *Modernization, Modernity and Perceptions of aging: a cross - cultural study* ". *Journal of Gerontology, 1976, Vol. 31, No. 2, pp. 668-695.*
- 36.- Contreras de Lehr, Esther. " *La imagen de la vejez en México y Alemania. Un estudio transcultural* ", *IV Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología, México, 1984.*
- 37.- Collette - Pratt, Clara. " *Attitudinal Predictors of Devaluation of Old Age in a Multigenerational Sample* ", *Journal of Gerontology, 1976, Vol. 31, No. 2, pp. 193-197.*
- 38.- Kalish, Richard and Johnson, Ann. " *Value Similarities and Differences in Three Generations of Women* ", *Journal of Marriage and the Family, Feb. 1972, pp. 49-54.*

39.- Wray, Steven Douglas. *The Social Factors Associated with the Happiness and Mental Health of People in the Middle Years and Early Old Age* ". Diss. Abst. Int. 1974, pp. 18-48-A.

40.- Shanas, Ethel. " Zero Population Growth and the Family ". *Life of Old People* ", *Journal of Social Issues*, Vol. 30, No. 4, 1974, pp. 70, 91.

41.- Arling, Greg. " The elderly widow and her family, neighbors and friends ". *Journal of marriage and the family*, 1976, Nov. Vol. 38 (4) pp. 757-768.

CEDULA RECOLECTORA DE DATOS

NOMBRE: _____	FECHA: _____
EDAD: _____	EDO. CIVIL: _____
ESCOLARIDAD: _____	OCCUPACION: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	L. DE ORIGEN: _____
RELIGION: _____	PROF. U OFICIO: _____
DOMICILIO: _____	
_____ calle	_____ no. _____ col. _____ c.p. _____ teléfono _____
FECHA DE INGRESO AL ISSSTE: _____	
FECHA DE JUBILACION: _____	
CLINICA DE ADSCRIPCION: _____	NO. DE CED.: _____
NO. DE EXP.: _____	FECHA DE ULTIMO EXAMEN: _____

TIPO DE FAMILIA	VIVIENDA
MODERNA	BUENAS CONDICIONES
TRADICIONAL	REGULARES CONDICIONES
	MALAS CONDICIONES
DEMOGRAFIA	
URBANA	PROPIA
SUB-URBANA	RENTADA
RURAL	OTROS
INTEGRACION FAMILIAR	
INTEGRADA	NACINAMIENTO
DESINTEGRADA	PROMISCUIDAD
MUERTE	VIVE SOLO EN CASA
ABANDONO	DEPENDE DE SU PENSION
DIVORCIO	ECONOMICAMENTE SOLVENTE
TRABAJO	FAMILIARES O DEPENDEN DE LA PENSION
CARCEL O RECLUTAMIENTO	DEPENDEN EN PENSIONADO DE LA FAMILIA
	RECREACION SOCIAL
	EN CLUBS
	NO CLUBS
	ODONTOLOGICOS
	SI
	NO
	DIETA DE ALIMENTACION
	BUENA
	REGULAR
	MALA
	PSIQUIATRICO
	TRATAMIENTO DE GRUPO
	SEXUALIDAD
	V. S. A. SI
	V. S. A. NO
	MENOPAUSIA
	SI
	NO
	ANDROPAUSIA
	SI
	NO
	ENFERMEDADES FRECUENTES
	DIABETES MELLITUS
	HIPERTENSION A. S.
	ARTRITIS REUMATOIDE
	ACCIDENTES VASCULAR CEREBRAL
	NEOPLASIAS
	CARDIOPATIAS
	RESPIRATORIAS
	DIGESTIVAS
	OBESIDAD
	DESNUTRICION
	NEUROSIS
	DEPRESION
LIMITES Y SUBSISTEMAS FAMILIARES	
LIMITES CLAROS	
LIMITES RIGIDOS	
LIMITES DIFUSOS	
FAMILIAS DESLIGADAS	
FAMILIAS AGLUTINADAS	
SUBSISTEMA CONYUGAL	
SUBSISTEMA PARENTAL	
SUBSISTEMA FRATERNO	