



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

**“CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MÉDICO SOBRE LOS
FACTORES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO EXITOSO
EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA LA ALUMNA:

DRA. LETICIA MALAGÓN CASTILLO

ASESOR PRINCIPAL
DRA. MARÍA GUDELIA LÓPEZ GONZÁLEZ

ASESOR ASOCIADO
DRA. SANTA VEGA MENDOZA



GENERACIÓN: 2004 – 2007

MÉXICO D. F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASESOR PRINCIPAL

DRA. MARÍA GUDÉLIA LÓPEZ GONZÁLEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR UMF No. 41

Vo.Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE
LA UMF No. 20

ASESOR ASOCIADO

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF No. 20

Vo.Bo.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF No. 20

TÍTULO

**“CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MÉDICO SOBRE LOS FACTORES
ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO EXITOSO EN UN PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN”**

AGRADECIMIENTOS

A mis seres queridos:

Por el apoyo y cariño brindados, por el tiempo ausente y compartido, por los recuerdos vividos, por la comprensión y enseñanza otorgadas, por la paciencia y perseverancia impuestas en mi camino.....mis más sinceras:

¡ GRACIAS !

ÍNDICE

RESUMEN

ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACIÓN	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
OBJETIVOS	23
HIPÓTESIS	24
MATERIAL Y MÉTODOS	25
VARIABLES DEL ESTUDIO	27
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	30
ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	47

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MÉDICO SOBRE LOS FACTORES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO EXITOSO EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Malagón Castillo Leticia¹, López González María Gudelia², Vega Mendoza Santa³

RESUMEN

Introducción. México ocupa el 7º lugar entre los países en envejecimiento acelerado, las consecuencias son problemas sociales y de salud, generando altos costos y demanda en la atención médica; esto incrementará si no se tienen una cultura de conocimiento y prevención que conlleve a un envejecimiento exitoso de la población y del médico. **Objetivo:** Determinar el conocimiento del personal médico sobre los factores asociados al envejecimiento exitoso. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal en la UMF 20 del IMSS a 59 médicos, se aplicó un cuestionario validado en contenido y constructo constituido por 13 ítems en los dominios: concepto, características, factores asociados y factores con valor positivo en el proceso de envejecimiento exitoso, se utilizó medidas de tendencia central y X² realizando el análisis de información en el programa electrónico SPSS-14. **Resultados:** Las características de los médicos estudiados fueron: sexo femenino el 59.3%, seguidos del masculino con el 40.7%, el rango promedio fue de 40 a 49 años, con una antigüedad de 21 a 25 años el 28.9%, con especialidad de medicina familiar el 76.6%, teniendo contratación de base el 79.7% y sin formación gerontológica el 94.9%. El grado de conocimiento de los médicos en cuanto al envejecimiento exitoso fue muy bueno en el 50.8% y bueno en el 33.9%. **Conclusiones:** La formación gerontológica no está en relación con el grado de conocimiento, pero sí el ser mujer, tener base, con más de 11 y 20 años de antigüedad y ser especialista en medicina familiar.

Palabras claves: envejecimiento, envejecimiento exitoso, grado de conocimiento, médico familiar.

1. Médico residente de tercer año de Medicina Familiar. UMF 20. IMSS

2. Médico Especialista en Medicina Familiar y Diplomada en Geriátrica de la UMF 41. IMSS

3. Profesora adjunta del curso de especialización en Medicina Familiar, Médico Familiar. UMF 20.

ANTECEDENTES

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla gradualmente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan en años; en cambio, una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del conjunto.

La división de Población de las Naciones Unidas ha fijado a los 60 años como la edad umbral para ser considerados adultos mayores; para rescatar la heterogeneidad de este grupo se le subdivide en dos segmentos, con el segundo a partir de los 75 años.

La naturaleza sociodemográfica del envejecimiento de la población estriba en sus raíces sociales, económicas, políticas y culturales. Sus efectos entrañan desafíos a la estructura, las funciones y el desarrollo de las sociedades. En permanente interacción con la inercia inherente a toda composición etárea, la remodelación de la estructura de la población obedece al sentido, fuerza y persistencia de los cambios de las variables demográficas fundamentales: mortalidad, fecundidad y migración. ⁽¹⁾

Dentro del perfil del envejecimiento mundial encontramos que el envejecimiento de la población se refleja en un aumento en el porcentaje de las personas adultas mayores. El número de personas adultas mayores ha incrementado más de tres veces desde 1950, de aproximadamente 130 millones (un 4% de la población mundial) a 419 millones (6.9 %) en el 2000. El número de personas adultas mayores está creciendo ahora a razón de 8 millones por año; para el año 2030 este aumento alcanzará los 24 millones por año. La aceleración más rápida en el envejecimiento se presentará después del 2010, cuando las grandes cohortes del "*baby boom*" ocurrido después de la segunda guerra mundial comiencen a cumplir los 60 años de edad.

La población mayor en sí, también está envejeciendo; la población de los "adultos mayores, más mayores" (de 80 años o más) es el grupo de mayor crecimiento. Los niveles de enfermedad y discapacidad en este grupo exceden ampliamente aquellos que afectan a otros grupos de edad y por lo tanto, es más probable que las necesidades de esta población aumenten sustancialmente en el siglo veintiuno.

En el año 2040, el segmento de los de más de 60 años subirá hasta el 21% frente al 10% actual. Este envejecimiento resulta a la vez de un hecho positivo: el aumento de la esperanza de vida observado en todos los continentes, pero con diferencias importantes; y de un elemento inquietante: la disminución de la fecundidad. Expertos reunidos en Tours en el XXV Congreso Internacional de Población han señalado que más de la mitad de la humanidad vive en países donde el índice sintético de fecundidad está por debajo de 2.1 niños que asegura el mantenimiento de la población. ⁽²⁻⁴⁾

México en el año 2000 contaba con una población de 97,483, 412 habitantes; siendo 47,592, 253 hombres y 49, 891,159 mujeres; y una tasa de crecimiento media anual de 1.8% (estadística del INEGI). La CONAPO registran el siguiente crecimiento poblacional: ⁽⁵⁾

Indicador Demográfico	2000	2005	2025	2050
Tasa de crecimiento x100	3.45	3.57	3.92	1.47
Proporción de población total %	6.83	7.69	14.83	27.95
Población media	6,870,753	8,188,898	18,436,881	36,222,237
Índice de envejecimiento %	20.47	25.60	69.01	166.49
Esperanza de Vida a 60 años	T: 21.48 H: 20.51 M: 22.36	21.95 20.91 22.89	23.47 22.23 24.60	24.50 23.15 25.77

Dentro de la población actual mexicana, se tienen registrados 46, 198, 689 derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” cuenta con una población total de 172, 538 derechohabientes, correspondiendo a los adultos mayores 32, 097 (18.6%), de los cuales 15, 110 (8.75%) son hombres y 16, 987 (9.84%) son mujeres. ⁽⁵⁻⁷⁾

En México, el estudio y la atención especializada de los adultos mayores es relativamente reciente; sus orígenes se remontan al Congreso Panamericano de Gerontología efectuado en la Ciudad de México en 1957, y promovido por el Dr. Manuel Paynó; sigue a tal evento un largo vacío, pues hasta 1977 se funda la Sociedad Mexicana de Geriátría y Gerontología y es en 1986 cuando el primer programa de entrenamiento formal arranca en el Hospital Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a la par del que inicia la Universidad de Nuevo León. En 1993 comienza el Programa Universitario de Especialización en Geriátría en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, con sede en el Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”. ^(3,8)

Dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA-1997, se considera Adulto Mayor a la persona de 60 años de edad y más. ⁽⁹⁾

La vejez es el éxodo de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre la decadencia biológica de su organismo y en un receso de su participación social. También se puede definir como una situación existencial de crisis, resultado de un conflicto íntimo experimentado por el individuo entre su aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecuente con el avance de los años.

La vejez puede tener unas limitaciones, pero también tiene unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, madurez vital, experiencia, perspectiva de la vida histórica, personal y social, etc.

Para comprender que es el envejecimiento exitoso, primero debemos saber que el envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva; y está condicionado por cambios a tres niveles:

1. Somáticos: Se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas e irreversibles en función a la edad, encontrando modificaciones de los tejidos, en los huesos, las glándulas, la postura corporal, el color del cabello, el estado de salud, etc.
2. Sociológicos: Existen cambios en el estatus y los roles, a partir de una disminución del rendimiento; entre ellos destaca la jubilación, como paso a la inactividad corporal.
3. Psicológicos: Se observa la necesidad y los esfuerzos de adaptación del individuo que envejece. Existen cambios en el comportamiento, en la auto-percepción, existen conflictos y cambian los valores y creencias. ⁽¹⁰⁾

El ser humano evoluciona en su interior de una forma diferente a la evolución de su aspecto biológico; y, por lo tanto, la etapa y el proceso de envejecimiento no deben verse como una fase final, sino como un estadio de maduración y de evolución del ser humano. La involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, tisulares y celulares que afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme, se presenta en diferentes niveles:

- ❖ Sexualidad: La atrofia de las glándulas sexuales no significa que desaparezca la actividad sexual normal, como se ha creído erróneamente.
- ❖ Modificaciones celulares: Desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células.

También hay un descenso del agua intracelular . Y existe un aumento del tejido adiposo (hay un descenso del tejido adiposo superficial y un aumento del tejido adiposo profundo.

- ❖ Envejecimiento en la piel: El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce: Alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y disminución de la producción de la vitamina D, palidez y velocidad de crecimiento disminuida.
- ❖ Desde el punto de vista estructural: En la epidermis hay variaciones en el tamaño, forma y propiedades de las células basales, disminución de melanocitos y células de Langerhans, y aplanamiento de la unión dermoepidérmica. En la dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina. En la hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas.
- ❖ Envejecimiento del cabello: Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso. Se presenta pérdida de pelo fronto-temporal (alopecia androgénica) en los varones y también puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro o por hipotiroidismo. Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.
- ❖ Envejecimiento en las uñas: El crecimiento continúa y suelen ser más duras, espesas y difíciles de cortar; pueden aparecer estrías por alteración de la matriz ungueal.
- ❖ Envejecimiento óseo: Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos; la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o

primaria y se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio y por pérdida secundaria a trastornos endocrinos. Esto propicia las fracturas en el anciano y existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales; aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax. En las extremidades inferiores los puntos articulares presentan desgaste y se desplaza el triángulo de sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

- ❖ Envejecimiento muscular: La pérdida de fuerza es la causa principal del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo. Hay una disminución de la actividad; la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.
- ❖ Envejecimiento articular: Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y entran en contacto, apareciendo el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso; otra forma de degeneración articular la constituye el crecimiento regular de los bordes de la articulación, dando lugar a deformidades y compresión nerviosa.
- ❖ Envejecimiento del Sistema Cardiovascular: Existe cambios de la estructura cardiovascular: el corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye su peso y volumen; también existe aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo el cual está dentro de los límites normales en individuos sanos y sólo está exagerado en individuos hipertensos; el tamaño de la aurícula izquierda también incrementa con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También se observa un aumento del tamaño de los miocitos. Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se

dilata y alarga, esto no es atribuible al proceso ateroscleroso, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de calcio. Aparecen rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad, y se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a esclerosis y disminución de la red vascular.

- ❖ Cambios en la Función cardiovascular: Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo; puede existir un cuarto ruido cardiaco denominado galope auricular. La hemodinámica se altera y no por la insuficiencia del fuelle aórtico, sino por el aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular, provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y aumento de la presión arterial. El desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación; el gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta. Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes y la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación disminuye.
- ❖ Envejecimiento del Sistema Respiratorio: El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa. Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, y alteraciones a nivel pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor, existiendo rigidez, pérdida de peso y volumen lo que produce un llenado parcial; existe disminución del número de alveolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares; hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares inter-alveolares con una

disminución del PO₂, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolo-capilar. La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro antero-posterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral. Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de oxígeno. Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión de neumonía; también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

- ❖ Envejecimiento del Aparato Digestivo: No hay grandes cambios a nivel anatómico, solamente la reaparición del epitelio columnar en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colón. En el colon existe atrofia y déficit funcional, por la disminución del peristaltismo. Se observa reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica y disminución de la secreción de HCl. Se presenta un descenso en el tamaño y funcionalidad del hígado; se observa lentitud del vaciado vesicular y espesamiento de líquido biliar. Las piezas dentarias se van perdiendo, lo que dificulta la masticación; la disminución en la producción de saliva contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa.
- ❖ Envejecimiento del Sistema Genitourinario: Al aumentar la edad se produce una pérdida de masa renal y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270g a 180-200g. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical; y el número de glomérulos disminuye. En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples. Existe alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes y

estas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados. El flujo sanguíneo renal disminuye pasando de los 1.200ml/minuto a 800ml/ minuto debido a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo. Hay pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina. Se produce hipotonía del esfínter de la uretra y la vejiga perdiéndose la capacidad de la micción completa, quedando orina residual. Los órganos genitales presentan cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, disminución en las secreciones lo que facilita procesos infecciosos. En la mujer las mamas disminuyen de tamaño y se vuelven flácidas a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y aumento del tamaño de la próstata.

- ❖ Envejecimiento del Sistema Endocrino: La secreción hormonal decrece con la edad por dos motivos: el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas. Hay una disminución a la tolerancia de glucosa; y en la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.
- ❖ Envejecimiento del Sistema Inmunitario: Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección. Se presenta involución del timo; el timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica por lo que se presenta una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía; también existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad. Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

- ❖ Envejecimiento del Sistema nervioso: Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico), un cambio es el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, y el depósito amiloide en las células. Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión, estos son menores al avanzar la edad. El cerebro disminuye de tamaño, peso, y tono al perder neuronas y se presenta enlentecimiento de los movimientos. A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc.) y aparece el temblor senil.
- ❖ Envejecimiento de los órganos de los sentidos: Se presenta....
 - En la vista: la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad; existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina que es un lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratitis seca. La conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea. En la esclerótica se presentan depósitos de sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil; con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña, reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad, experimentando dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a uno oscuro. Hay agrandamiento del cristalino con la pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbiopía) y la secreción lacrimal decrece en cantidad y calidad.
 - En el oído existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón auricular por crecimiento del cartílago; la membrana timpánica se engrosa y se presenta proliferación de vello en el conducto auditivo externo, con acumulo de

cerumen.

- El gusto y el olfato suelen estar disminuidos por la pérdida de papilas gustativas y atrofia de la lengua. El nervio olfatorio se degenera. La nariz aumenta de tamaño por el crecimiento continuo del cartílago y en el varón se presenta crecimiento de vello. -
- El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profunda. ⁽⁹⁻¹⁵⁾

El periodo involutivo se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos, a las limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento encontrando:

- ❖ Adaptación Psicológica: Las diversas aptitudes cognoscitivas del individuo se ven afectadas en distinta medida durante el proceso de envejecimiento; el descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la cronológica sino que va ligado a enfermedades y circunstancias psico-sociales desfavorables.
- ❖ Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales: A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejez. Existe pérdida de la capacidad para resolver problemas, falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento, la capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas, la creatividad y capacidad imaginativas se conservan, se presentan alteraciones en la memoria y puede aparecer amnesia focalizada en el tiempo. La memoria es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe; la memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones.
- ❖ Carácter y Personalidad: La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de

adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

- ❖ Situación de Crisis: Desde el fin de la madurez, el individuo sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales, la cual está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos como son el desplazamiento social y/o la jubilación; una de las crisis consiste en la pérdida del papel social y familiar que representa la jubilación, ello supone a menudo junto a la pérdida de índole económica, la privación de estatus social y prestigio. Cada persona tiene diferentes vivencias de la jubilación: para algunos supone una liberación y la posibilidad de disponer de tiempo para realizar sus sueños, pero para otros supone el comienzo de su final.
- ❖ Sentimiento de inutilidad: A medida que el anciano va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás. Los grados de deterioro que va percibiendo la persona a medida que pasan los años son progresivos; éste deterioro le conduce inexorablemente a la pérdida de autonomía personal y a la dependencia de los demás, realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene.
- ❖ Soledad: Es la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas; ésta soledad puede ser moral cuando los ancianos viven con sus hijos y sienten que son un estorbo, o real cuando los ancianos no tiene con quien compartir su vida.
- ❖ Pertenencia social: El sentimiento de pertenencia social corresponde a la necesidad del ser humano de tener raíces, un punto de referencia y de continuidad; no es simplemente una necesidad circunstancial en una etapa particular de la vida, sino que es una necesidad fundamental de la personalidad. Desde el punto de vista sociológico se ha visto cómo se considera al anciano: un ser no productivo al que se le puede desplazar de los mecanismos económicos y marginados de la sociedad.

- ❖ Asumir la ancianidad: Existe un grupo de ancianos que ha asumido con mayor serenidad su ancianidad. Una persona con buena salud podrá desarrollar con mayor facilidad su vida, pero una persona que no goce de buena salud y tenga posibilidades económicas escasas, no podrá disfrutar de las ventajas de la “tercera edad”.
- ❖ La pareja mayor: La pareja anciana tiende al mismo tiempo a la ejecución de dos conflictos que son en sí ontogénicos: por un lado, el aislamiento en sí mismo y, por otro, la necesidad de dependencia física, emocional, y a veces económica de los demás.
 - *Evolución sanitaria de la pareja: Las personas no envejecen al mismo ritmo, ni somática, ni psicológicamente; es frecuente en esta etapa de la senectud que la pareja se encuentre con diferencias entre sus componentes teóricamente no previstas.
 - *Evolución de los hijos: La vida familiar se reparte entre el cónyuge y los hijos y son éstos los que representan la fuerza de quienes interrumpen en la vida y condicionan en gran parte el tipo de relación en la pareja, en sus actividades, preocupaciones, conversaciones y planteamientos globales.
 - *Matrimonio sin hijos: Si una pareja sin hijos llega a la ancianidad en un estado e integridad afectiva y con una buena compenetración, la unión de esta pareja será probablemente más sólida que si tuvieran hijos, pues estos suponen cierto obstáculo en la relación interpersonal, aunque son un estímulo vital.
 - *La pareja en la enfermedad: normalmente en la pareja anciana hay una distribución de valores en cuanto a la salud. Habitualmente el marido ocupa el valor del enfermo y la mujer el papel de quien lo cuida; esto debido a su mayor longevidad y al hecho de que habitualmente es más joven, aunque no es excepcional que ocurra lo contrario.
- ❖ La viudez: Una de las duras realidades que se presentan en la tercera edad es la pérdida del ser con el que se ha compartido una larga

etapa de la vida; la repercusión por la pérdida del cónyuge dependerá en gran medida, del grado de dependencia que se vaya estableciendo.

La soledad del viudo: Desde el punto de vista psicológico, la soledad representa más un sentimiento que un concepto objetivo. El sentimiento de soledad es personal e íntimo pero incluye la respuesta de más personas y circunstancias que rodean al individuo que se siente solo.

Condiciones de vida del viudo: la soledad del viudo se ve agravada por la dependencia económica; si el anciano que queda viudo padece alguna enfermedad puede tener más dificultades para superar este estado.

*Actitud de los hijos: es importante que los hijos comprendan la soledad a la que se enfrenta su padre o madre y que traten de aliviarla. Estas situaciones tienen distintos aspectos personales y sería interesante que los hijos organicen la atención de quien ha quedado solo en función de las necesidades de éste y no de la propia comodidad. ⁽⁹⁻¹²⁾

Las enfermedades habituales en el adulto mayor son problemas de funcionamiento del organismo y alteraciones anatómicas que se asocian a síntomas, así como de enfermedades de mayor entidad como:

- ❖ Enfermedades crónicas: las enfermedades crónicas graves obligan al anciano a limitar de forma importante su ritmo de vida y a seguir un tratamiento continuado.
- ❖ Trastornos del sueño: los problemas del sueño a esa edad pueden producirse por exceso o por defecto; debido a un trastorno primario, una alteración ambiental o algún estado patológico.
- ❖ Trastornos de alimentación: la dentadura en malas condiciones puede suponer una dificultad para ingerir alimentos y para masticarlos. A partir de los 60 años, se presentan también alteraciones de la capacidad de absorción del sistema gastrointestinal y es más frecuente la presencia de gastritis de tipo atrófico.

- ❖ Enfermedades del sistema óseo: la descalcificación u osteoporosis que es la pérdida de la densidad o masa ósea, conduce a problemas como dolores óseos, deformidad de la caja torácica, deformidad de los huesos, etc.
- ❖ Enfermedades vasculares y del corazón: debido al envejecimiento celular de las arterias del organismo y a los cambios de la masa muscular de corazón, las enfermedades cardiovasculares contribuyen a una de las primeras causas de muerte en la edad avanzada.

Las residencias: Un lugar de asistencias es necesario y útil, pero no debemos alejar al anciano del medio en el que ha desarrollado sus últimos años de vida; su hogar y vecindario deben acompañarle en esta etapa de su vida y el apoyo de los hijos resulta imprescindible para conseguir este objetivo. ⁽⁹⁻¹⁵⁾

Los trastornos psíquicos que aparecen en la tercera edad tienen características propias, distintas a las de otras etapas de la vida; en lo que podría denominarse un envejecimiento normal, el individuo se va adaptando sin problemas a su nueva situación, pero, si no es así y se presentan circunstancias muy adversas, el anciano descompensado entra en un estado de senilidad con algunos trastornos como son:

- ❖ Depresión senil: forman parte de las psicosis basadas en lesiones orgánicas, son reacciones sentimentales tristes. El estado de tristeza o depresión constituyen una estimulación afectiva que realiza con frecuencia el cuadro clínico de una cerebropatía orgánica senil.
- ❖ Neurosis: Este cuadro psiquiátrico no es muy distinto al que se produce en otras etapas de la vida aunque en ocasiones tiene algunas características especiales que lo diferencian. La depresión se acompaña frecuentemente de un componente ansioso, somatización e hipocondría, una postura de pesimismo y la resignación ante las escasas perspectivas de futuro.

- ❖ Psicosis y otras alteraciones: Estos cuadros provienen ya de etapas anteriores o son muy similares a los descritos en la vida adulta.
- ❖ Demencias: Son una afectación de deterioro cerebral, con decadencia progresiva y global de las funciones intelectuales. *Enfermedad de Pink:* Se trata de una atrofia frontal y temporal circunscrita a los lóbulos frontales temporales, se considera de origen hereditario degenerativo. *Enfermedad de Alzheimer:* Es más frecuente que la anterior y se da más entre las mujeres, se manifiesta por un envejecimiento patológico y acelerado de las neuronas cerebrales. *Demencia senil:* durante el declive de la vida se produce de modo natural, como un gradual deterioro de las funciones del cuerpo y de la mente; consiste en una atrofia generalizada habitualmente más densa en el lóbulo frontal y no se conocen las causas de esta enfermedad. ⁽⁹⁻¹⁵⁾

Los cambios sociológicos durante ésta etapa se presentan en el:

- ❖ Rol individual: Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:
 - El anciano como individuo: Los individuos en su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca; la actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte; ésta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas; para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.
 - El anciano como integrante del grupo familiar: Las relaciones del anciano con la familia cambian porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas: 1ª) Cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero, y 2ª) Cuando aparecen problemas de

salud, las relaciones se invierten y la familia suele plantearse el ingreso del anciano a una residencia.

- El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas: La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, etc.). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad, el cual es difícil de superar.
- ❖ Rol en la comunidad: La sociedad valora sólo al hombre económicamente activo, que es el que trabaja y genera riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias; su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos y grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.
- ❖ Rol laboral: El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación da a una persona el derecho a tener una pensión después de haber cesado de su oficio.
*Las consecuencias de la jubilación: La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados entrono al trabajo y la actividad; las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, así como los recursos económicos. El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación para prevenir sus efectos negativos y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas. El anciano deberá de prepararse antes de la jubilación. ⁽⁹⁻¹⁵⁾

El envejecimiento para su estudio práctico, se clasifica en:

- Patológico
- Fenomenológico
- Funcional
- Cronológico
- Biológico
- Psicológico
- Social
- Habitual
- Exitoso ^(10,15-17)

Actualmente el concepto de Envejecimiento Exitoso fue introducido por John Rowe en 1987. ⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

“Es un estilo de vida personal y social, que cursa con dignidad, energía y salud; con actividades físicas y mentales; participación e integración social, productiva y política; seguridad, tranquilidad y satisfacción con la vida propia; que termina con una buena muerte.” ⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

Es el resultado de optimizar el potencial personal y social de cada individuo, teniendo vidas muy activas, participativas y productivas; saludables y solidarias, como sus condiciones les permitan. El envejecimiento activo es el resultado de las siguientes acciones y conlleva al envejecimiento exitoso:

1. El mantenimiento de capacidades funcionales: físicas, cerebrales, afectivas y sociales:
 - Físicas: por los ejercicios apropiados de mantenimiento físico.
 - Cerebrales: a través de la activación cerebral.
 - Afectivas y sociales: a través del desarrollo y mantenimiento de una buena red de relaciones socio-afectivas.

2. Un buen estado nutricional
3. Un proyecto de vida motivante: prevenir el déficit psicológico
4. Sustituir lo que ya no se puede hacer, evitando la carencia de actividades
5. Emplear los paliativos apropiados: prótesis, equipos electrónicos o informativos que compensa las incapacidades o invalidez.

Envejecer activamente favorece la consecución de un envejecimiento exitoso. El envejecimiento exitoso ha sido objeto de numerosos programas de investigación en curso de realización. Para determinar lo que debe ser considerado como un envejecimiento exitoso, en el marco del programa longitudinal de investigación de las Universidades de Toulouse y Nuevo México se procedió a efectuar los algunos trabajos. ⁽¹⁸⁾

Se describen algunos factores con valor predictivo positivo en el proceso de envejecimiento exitoso, como son:

- Buen nivel socioeconómico
- Peso corporal relativamente bajo
- Buena función pulmonar
- Buen desempeño cognoscitivo
- Ausencia de Enfermedades Crónico Degenerativas
- Participación en actividades físicas y sociales
- Buen nivel de satisfacción Vital. ⁽¹⁵⁻²²⁾

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, existen en el mundo más de 419 millones de adultos mayores; para el año 2025 los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta, de éste total de ancianos el 72% vivirá en los países en desarrollo. Se espera que la esperanza de vida al nacimiento en Latinoamérica se incremente de los 64.1 años que se tuvieron durante 1985, a 71.8 años para el 2025.

La transición demográfica y epidemiológica en la cual está inmerso nuestro país ha contribuido a que la esperanza de vida al nacimiento se incremente, de 44 años en la década de los cuarenta, a más de 75 años en el 2000. Este importante alargamiento de la supervivencia, ha propiciado un paulatino proceso de envejecimiento en la población, el cual se agudizará en los próximos años; con lo que se espera que para el 2050, uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años.

México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, con un 7% de la población de 60 años y más. Lo que significa que enfrenta además de los problemas de los jóvenes, la pobreza y las consecuencias del envejecimiento (INEGI 2000).

Los adultos mayores consumen más del 30% de los presupuestos de la seguridad social en pensiones y jubilaciones, que todos reconocemos como insuficientes. También se consume alrededor del 30% del presupuesto de salud, y ocupan hasta el 60% de las camas en hospitales. (Evaluación y Perspectiva de Seguridad Social. CONAPO, 1999).

La morbilidad de los adultos mayores representa una mayor complejidad respecto a otros grupos de edad, principalmente porque el estado de salud es un reflejo de su estilo de vida y en él se acumulan la presencia de factores de riesgo.

Debido a que el envejecimiento, en su aspecto patológico se a convertido en un problema social, económico y de salud importante, generando altos costos y demanda en la atención médica; basándonos en los índices poblacionales esto se perpetuará y aumentará en los próximos años si no se trabaja desde ahora creando una cultura de prevención en la población.

Por todo ésto decidí realizar el estudio en el personal médico de un primer nivel de atención, ya que se encuentra en contacto directo con la población en general, y teniendo un adecuado conocimiento del tema podrá influir en la educación de los derechohabientes y sus familias, con la finalidad de alcanzar el envejecimiento exitoso de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El creciente envejecimiento de la población nos enfrenta a un gran problema de salud tanto a nivel mundial como en nuestro país, ya que no estamos lo suficientemente preparados para satisfacer las demandas y resolver las necesidades de este grupo etáreo. Sin embargo para la construcción de estrategias que nos encaminen a un envejecimiento exitoso debemos conocer las características biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas y de salud que lo caracterizan y así poder educar a nuestra población.

Por lo anterior es importante determinar el nivel conocimiento del personal médico acerca de los factores asociados al envejecimiento exitoso.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal médico sobre los factores asociados al envejecimiento exitoso en la UMF 20?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento del personal médico sobre los factores asociados al envejecimiento exitoso en la U. M. F. 20.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el nivel de conocimiento del personal médico acerca del concepto y características del envejecimiento exitoso.
2. Identificar el nivel de conocimiento del personal médico sobre las acciones que conllevan a un envejecimiento exitoso.
3. Identificar el porcentaje de médicos con conocimiento sobre los factores asociados al envejecimiento exitoso.
4. Identificar las características de los médicos relacionadas al conocimiento sobre los factores asociados al envejecimiento exitoso.

HIPÓTESIS

NO REQUIERE POR EL TIPO DE DISEÑO

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Descriptivo, transversal y abierto.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

Servicios de Salud

SITIO DEL ESTUDIO

Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se trata de una unidad de primer nivel de atención ubicada en Calzada Vallejo #675, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero; México, Distrito Federal

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Personal médico de base, 02, 08 y de confianza, adscrito a la U. M. F. 20

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal médico de base, 02, 08 y de confianza adscritos actualmente a la U. M. F. 20, que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal médico de base, 02, 08 y de confianza, adscritos a la U. M. F. 20, que no se encuentren en el momento del estudio, sea por vacaciones, incapacidad, permiso, rescisión de contrato o cualquier evento de causa externa.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Personal médico que por alguna razón no termine de contestar el cuestionario.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todo el personal médico adscrito a la UMF 20.

VARIABLES DEL ESTUDIO

CONOCIMIENTO DEL ENVEJECIMIENTO EXITOSO

DC: Tener idea o saber que es un estilo de vida personal y social que cursa con dignidad, energía y salud, con actividades físicas y mentales, participación e interrogación social, productiva y política, seguridad, tranquilidad y satisfacción con la vida propia que termina con una buena muerte.

DO: Se determinará por medio de un cuestionario ex profeso de 13 ítems de verdadero, falso y no se, evaluando el conocimiento en:

1. Muy Bueno
2. Bueno
3. Suficiente
4. Malo

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

SEXO

DC: Condición orgánica masculina o femenina, de los animales o las plantas.

DO: Al momento de contestar el instrumento se calificará de acuerdo al sexo:

1. Masculino
2. Femenino

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

EDAD

DC: Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio.

DO: Se preguntará el número de años cumplidos mediante cuestionario ex profeso.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: Razón

ANTIGÜEDAD

DC: Tiempo que alguien ha permanecido en un cargo o empleo.

DO: Se cuestionará el tiempo que ha laborado como médico en el IMSS, al momento del estudio.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: Razón

TIPO DE CONTRATACIÓN

DC: Contrato que se hace con el gobierno, con una corporación o con un particular, para ejercer una obra material o prestar un servicio por precio o precios determinados.

DO: Tipo de contrato que tienen los médicos al responder el cuestionario, dividiéndose en personal de:

1. Base
2. 08
3. 02
4. Confianza

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

ESCOLARIDAD.

DC: Años cursados en la educación.

DO: Se dividió en cuatro niveles de acuerdo al número de años cursados referidos en cuestionario.

1. Licenciatura (Médico General)
2. Médico Familia
3. Médico no familiar
4. Maestría

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

FORMACIÓN EN GERONTOLOGÍA

DC: Estudio o preparación académica en la ciencia que estudia la vejez.

DO: Se preguntará si los médicos que contesten el cuestionario tienen formación en el área gerontológica, dividiendo la respuesta en:

1. Sí
2. No

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y abierto los médicos de ambos turnos y ambos sexos de la UMF No. 20 del IMSS, ubicada en Calzada Vallejo No. 675, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero; México, Distrito Federal; ésta clínica de primer nivel de atención, cuenta con 30 consultorios y 3 jefaturas de departamento clínico, tanto en la mañana como en la tarde. Con previa aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y aceptación de las autoridades de la unidad para la realización del estudio y validación del instrumento por especialistas en el área de la gerontología; se procedió a la captación de los sujetos de estudio y se les aplicó un cuestionario validado en contenido y constructo, el cual consistió en 13 ítems de Verdadero, Falso y No Sé sobre envejecimiento exitosos y los factores asociados al mismo, cuyo tiempo calculado para su resolución fue de aproximadamente 20 minutos, otorgando un previo Consentimiento Informado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenida la información se analizaron los datos mediante medidas de tendencia central y estadística inferencial con χ^2 , con utilización del programa estadístico SPSS versión 14.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y abierto en 59 médicos del primer nivel de atención, en la UMF No. 20 IMSS durante el mes de Abril del 2006, para determinar el nivel de conocimiento sobre el envejecimiento exitoso.

Se encontró que de los médicos estudiados el 40.7% fueron masculinos (n=24) y el 59.3% fue femeninos (n=35); su edad promedio fue de 45 años con un rango dentro de 30 y 62 años. El rango de 40 a 49 años fue del 37.4% (n=22), el de 50 a 59 el 34% (n=20), el de 39 a 39 años el 27.2% (n= 16) y el de 60 a 69 años con 1.7% (n=1). Con respecto a la antigüedad el de 21 a 25 años fue un 28.9% (n=17), el de 11 a 15 años representando el 20,4% (n=12), de 1 a 5 años con el 17% (n=10); el de 16 a 20 con el 13.6% (n=8), de 6 a 10 siendo el 13.6% (n=8) y de 26 a 30 con el 6.8% (n=4). Dentro de la escolaridad el 76.6% (n=44) corresponden a médicos especialistas en medicina familiar, seguidos por los médicos generales en un 18.6% (n=11); el 3.4% (n=2) son no médicos familiares y también un 3.4% (n=2) cuentan con maestría. En relación al tipo de contratación, la mayoría de los encuestados cuentan con base correspondiendo al 79.7% (n=47), siguiendo los de confianza en un 10.2% (n=6) y el 5.1% (n=3) tienen contrato 02 y el 5.1% (n=3) tienen contrato 08 respectivamente. En cuanto a formación en gerontología el 94.9% (n=56) de los médicos no la tiene y sólo el 5.1% (n=3) de los entrevistados cuentan con ella. **(Cuadro 1 y gráficos 1 al 6)**

Encontramos que el nivel de conocimiento en los médicos estudiados fue Muy Bueno en el 50.8% (n=30), Bueno en el 33.9% (n=20), Suficiente en el 13.6% (n=8) y Malo en el 1.7% (n=1). **(Cuadro 2 y gráfico 7)**

En relación al cuestionario sobre **envejecimiento exitoso** observamos que la respuesta concerniente a la **definición**, el 96.6% (n=57) respondieron verdadero, el 3.4% (n=2) falso y 0% (n=0) no se; acerca del **potencial personal y social de cada individuo**, el 96.6% (n=57) contestaron verdadero, el 3.4% (n=2) falso y 0% (n=0) no se; con respecto al **nivel socio-económico**, el 64.4% (n=38) respondieron verdadero, el 35.6% (n=21) falso y el 0% (n=0) no se; en lo referente al **adecuado peso corporal** el 91.5% (n=54) contestaron verdadero, el 6.8% (n=4) falso y el 1.7% (n=1) no se; acerca del **buen funcionamiento pulmonar**, el 74.6% (n=44) respondieron verdadero, el 20.3% (n=12) falso y el 5.1% (n=3) no se; en lo concerniente al **adecuado desempeño cognoscitivo**, el 84.7% (n=50) contestaron verdadero, el 8.5% (n=5) falso y el 6.8 (n=4) no se; en relación al **adecuado estado nutricional**, el 100% (n=59) respondieron verdadero, 0% (n=0) falso y 0% (n=0) no se; con respecto a las **enfermedades crónico-degenerativas** como indicador para envejecimiento exitoso, el 25.4% (n=15) contestaron verdadero, el 72.9% (n=43) falso y el 1.7% (n=1) no se; en lo referente a la **participación del adulto mayor en actividades físicas y sociales**, el 94.9% (n=56) respondieron verdadero, el 5.1% (n=3) falso y el 0% (n=0) no se; acerca de la **satisfacción en la vida**, el 89.8% (n=53) contestaron verdadero, el 6.8% (n=4) falso y el 3.4% (n=2) no se; acerca del **mantener las capacidades funcionales**, el 100% (n=59) respondieron verdadero, el 0% (n=0) falso y el 0% (n=0) no se; en lo concerniente a tener un **proyecto de vida motivante**, el 91.5% (n=54) contestaron verdadero, el 6.8% (n=4) falso y el 1.7% (n=1) no se; en relación al **uso de paliativos** apropiados en el adulto mayor para compensar su incapacidad o invalidez, el 64.4% (n=38) contestaron verdadero, el 30.5% (n=18) falso y el 5.1% (n=3) no se. **(Cuadro 3)**

No se observó significancia estadística del conocimiento sobre envejecimiento exitoso, con respecto al sexo ($p < .203$), ni a la edad ($p < .727$), ni a la antigüedad ($p < .378$), ni a la escolaridad ($p < .873$), ni al tipo de contratación ($p < .927$), ni a la formación gerontológico ($p < .888$).

En lo concerniente al grado de conocimiento sobre envejecimiento exitoso y las características del personal médico estudiado de la UMF No. 20 se encontró que los que presentaron un grado de **conocimiento muy bueno** fueron el sexo femenino con el 35.6% (n=21), el grupo de edad de 50 a 59 años con el 20.4% (n=12), con una antigüedad de 21 a 25 años con el 17% (n=10), con la especialidad de medicina familiar en un 33.9% (n=20), con contratación de base en un 44.1% (n=26) y sin formación gerontológica en un 47.5% (n=28) y solo el 3.4% (n=2) si tenían esta formación. En relación al **conocimiento bueno** el sexo femenino con el 18.6% (n=11), el grupo de edad de 50-59 años con el 13.6% (n=8), con antigüedad de 21 a 25 años con 11.9% (n=7), con especialidad de medicina familiar en el 28.8% (n=17), con contratación de base en el 25.4% (n=15), sin formación gerontológica en un 32.2% (n=19), el grado de **conocimiento suficiente** es en el sexo masculino con 8.5% (n=5), el grupo de edad 30 a 39 años y el de 40 a 49 años con el 6.8% (n=4) cada uno respectivamente, con una antigüedad de 1 a 5 años en el 5.1% (n=3), con especialidad en medicina familiar en el 10.2% (n=6) , contratación de base en el 8.5% (n=5) , sin formación gerontológica en el 13.6% (n=8). El grado de **conocimiento malo** se presento en un médico con 1.7% (n=1) teniendo las siguientes características ser masculino, con edad 40 a 49 años una antigüedad de 16 a 20 años, especialidad en medicina familiar, contratación de base y sin formación gerontológica. **(cuadro 4 y gráficos 8 y 9)**

Cuadro 1. Características estudiadas del personal médico en la UMF No. 20

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
I. Sexo		
A. Masculino	24	40.7
B. Femenino	35	59.3
II. Edad		
A. 30 – 39	16	27.2
B. 40 – 49	22	37.4
C. 50 – 59	20	34
D. 60 – 69	1	1.7
III. Antigüedad		
A. 1 – 5	10	17
B. 6 – 10	8	13.6
C. 11 – 15	12	20.4
D. 16 – 20	8	13.6
E. 21 – 25	17	28.9
F. 26 – 30	4	6.8
IV. Escolaridad		
A. Licenciatura	11	18.6
B. Médico familiar	44	76.6
C. Médico no familiar	2	3.4
D. Maestría	2	3.4
V. Tipo de contratación		
A. Base	47	79.7
B. 08	3	5.1
C. 02	3	5.1
D. Confianza	6	10.2
VI. Formación Gerontológica		
A. Si	3	5.1
B. No	56	94.9

Gráfico No. 1

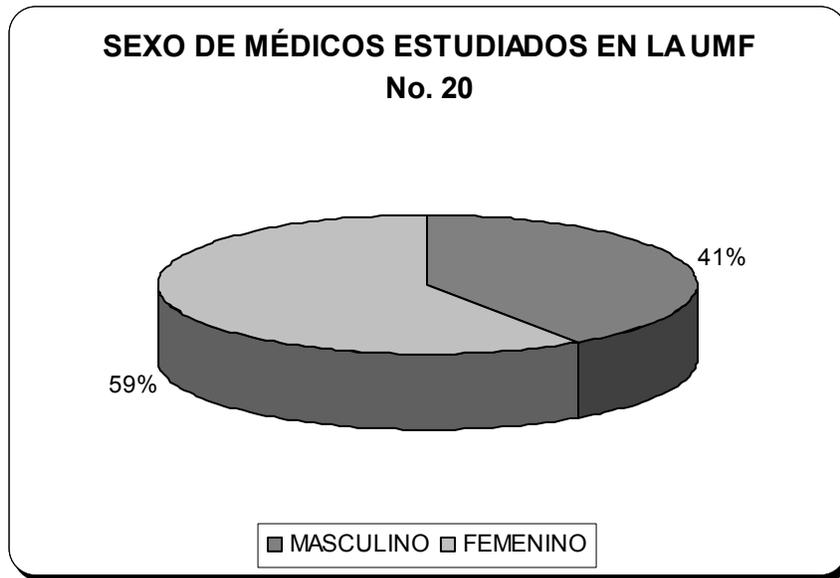


Gráfico No. 2

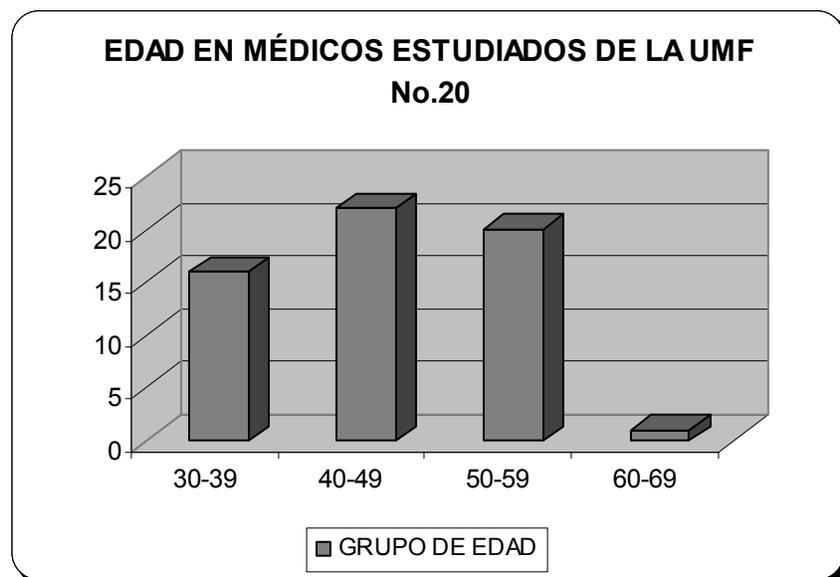


Gráfico No. 3

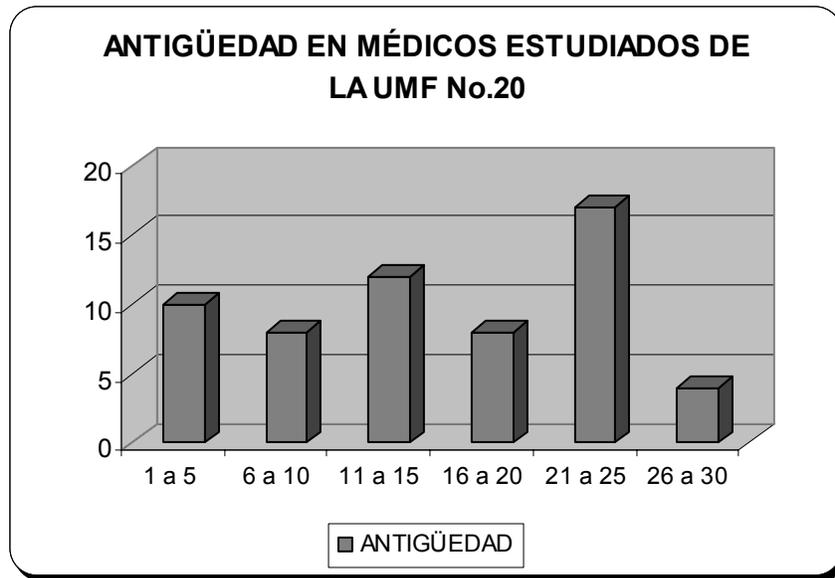


Gráfico No. 4

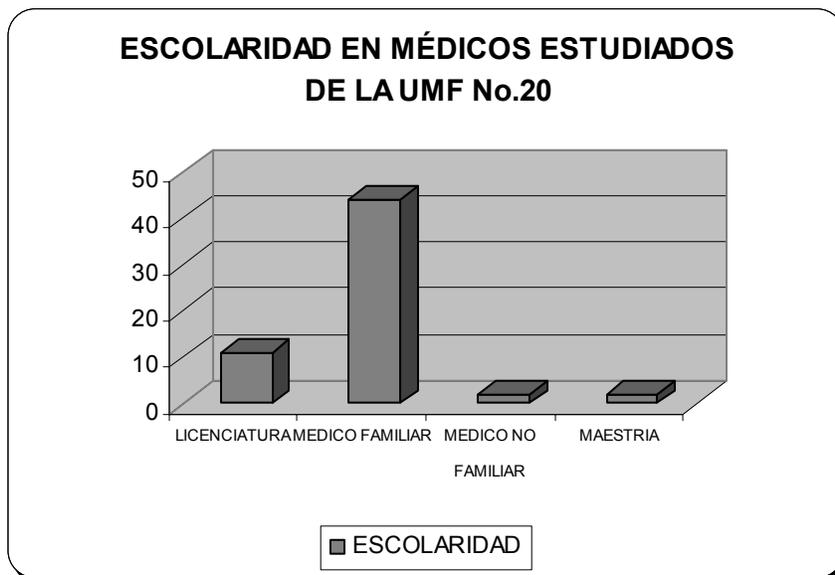


Gráfico No. 5

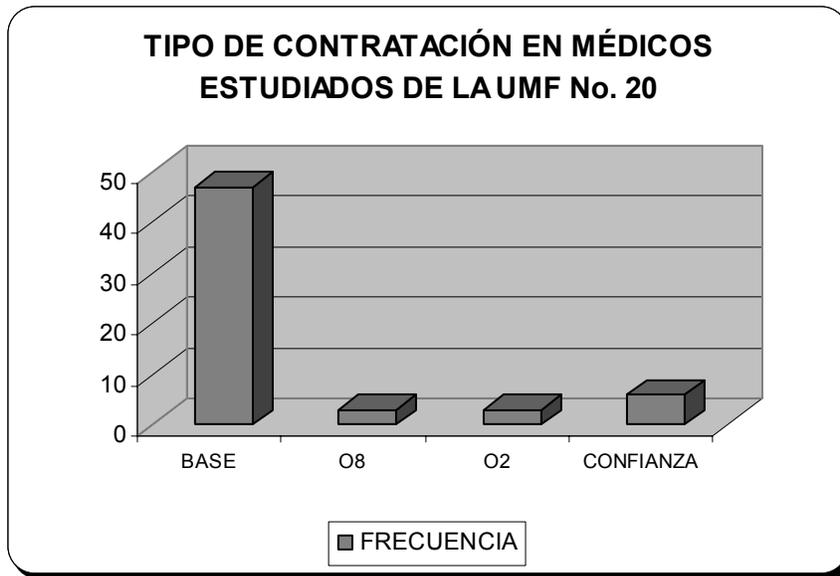
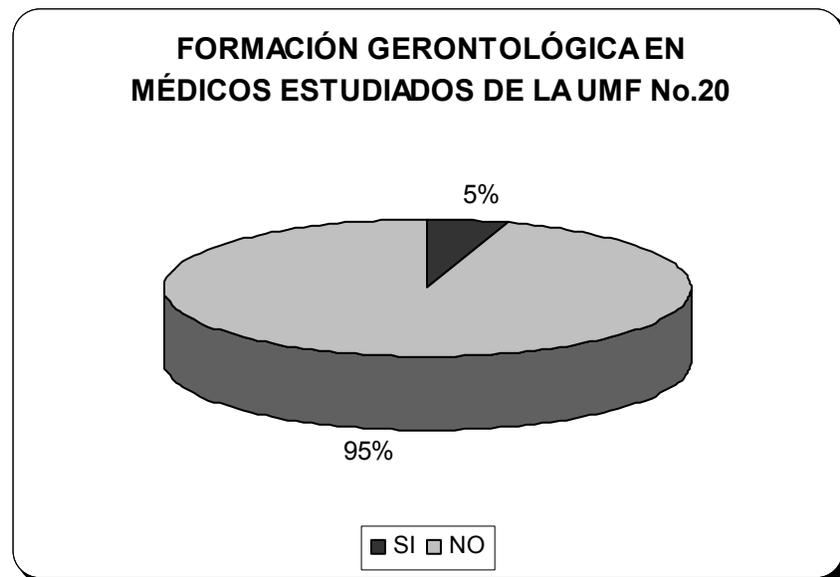


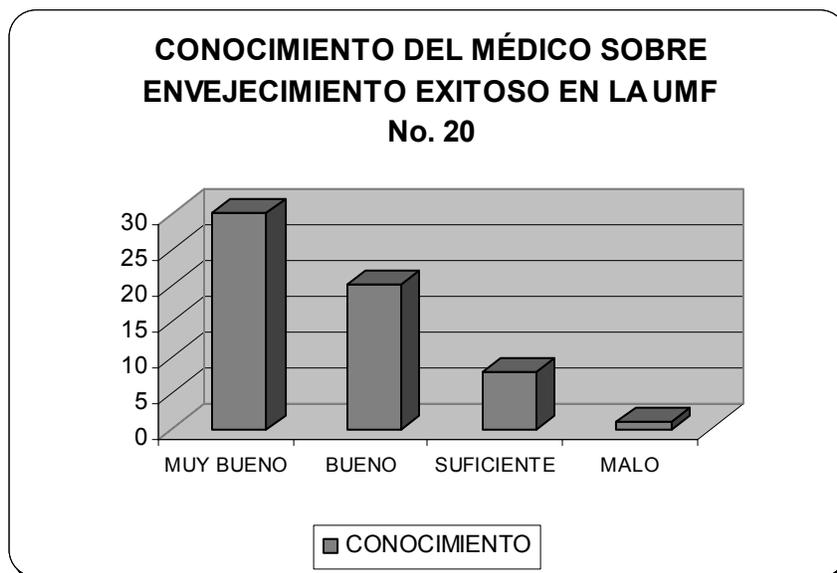
Gráfico No. 6



Cuadro 2. Nivel de conocimiento del personal médico sobre envejecimiento exitoso

Nivel de conocimiento	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
I. Muy Bueno	30	50.8
II. Bueno	20	33.9
III Suficiente	8	13.6
IV. Malo	1	1.7

Gráfico No. 7



Cuadro 3. Conocimiento del personal médico sobre envejecimiento exitoso

Concepto	Sí		No		No sé	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
A. Definición	57	96.6	2	3.4	0	0
B. Potencial personal y social	57	96.6	2	3.4	0	0
C. Nivel socioeconómico	38	64.4	21	35.6	0	0
D. Peso corporal	54	91.5	4	6.8	1	1.7
E. Funcionamiento pulmonar	44	74.6	12	20.3	3	5.1
F. Desempeño cognoscitivo	50	84.7	5	8.5	4	6.8
G. Estado nutricional	59	100	0	0	0	0
H. Enf. Crónico-degenerativas	15	25.4	43	72.9	1	1.7
I. Actividades físicas y sociales	56	94.9	3	5.1	0	0
J. Satisfacción con la vida	53	89.8	4	6.8	2	3.4
K. Capacidad Funcional	59	100	0	0	0	0
L. Proyecto de vida	54	91.5	4	6.8	1	1.7
M. Paliativos	38	64.4	18	30.5	3	5.1

Cuadro 4. Nivel de conocimiento y características estudiadas del personal médico en la UMF No. 20

Característica	Nivel de Conocimiento (n=59)							
	Muy Bueno		Bueno		Suficiente		Malo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
I. Sexo								
A. Masculino	9	15.3	9	15.3	5	8.5	1	1.7
B. Femenino	21	35.6	11	18.6	3	5.1	0	0
C. Total	30	50.8	20	33.9	8	13.6	1	1.7
II. Edad								
A. 30 – 39	7	11.9	5	8.5	4	6.8	0	0
B. 40 – 49	11	18.7	6	10.2	4	6.8	1	1.7
C. 50 – 59	12	20.4	8	13.6	0	0	0	0
D. 60 – 69	0	0	1	1.7	0	0	0	0
E. Total	30	50.8	20	33.9	8	13.6	1	1.7
III. Antigüedad								
A. 1 – 5	4	6.8	3	5.1	3	5.1	0	0
B. 6 – 10	4	6.8	2	3.4	2	3.4	0	0
C. 11 – 15	6	10.2	4	6.8	2	3.4	0	0
D. 16 – 20	3	5.1	3	5.1	1	1.7	1	1.7
E. 21 – 25	10	17	7	11.9	0	0	0	0
F. 26 – 30	3	5.1	1	1.7	0	0	0	0
G. Total	30	50.8	20	33.9	8	13.6	1	1.7
IV. Escolaridad								
A. Licenciatura	7	11.9	2	3.4	2	3.4	0	0
B. Médico familiar	20	33.9	17	28.8	6	10.2	1	1.7
C. Médico no familiar	2	3.4	0	0	0	0	0	0
D. Maestría	1	1.7	1	1.7	0	0	0	0
E. Total	30	50.8	20	33.9	8	13.6	1	1.7
V. Tipo de contratación								
A. Base	26	44.1	15	25.4	5	8.5	1	1.7
B. 08	1	1.7	1	1.7	1	1.7	0	0
C. 02	1	1.7	1	1.7	1	1.7	0	0
D. Confianza	2	3.4	3	5.1	1	1.7	0	0
E. Total	30	50.8	20	33.9	8	13.6	1	1.7
VI. Formación Gerontológica								
A. Si	2	3.4	1	1.7	0	0	0	0
B. No	28	47.5	19	32.2	8	13.6	1	1.7
C. Total	30	50.8	20	33.9	8	13.6	1	1.7

Gráfico No. 8

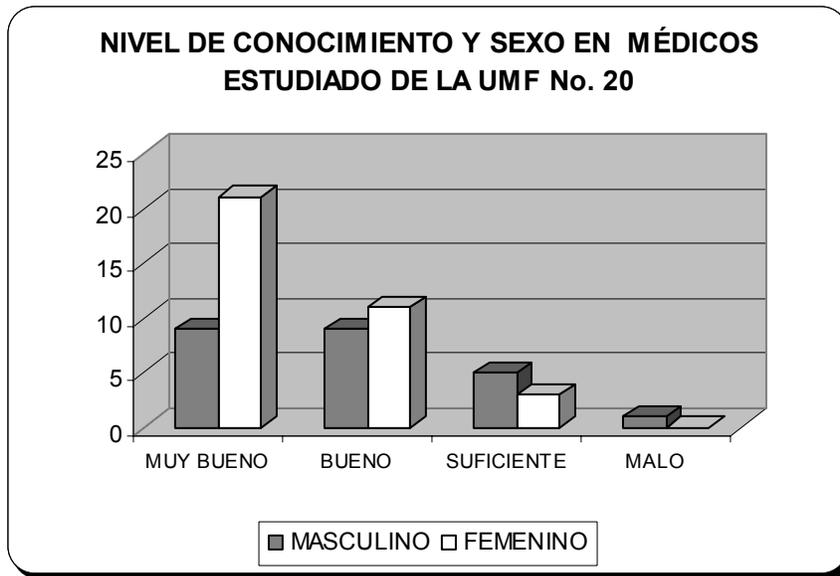
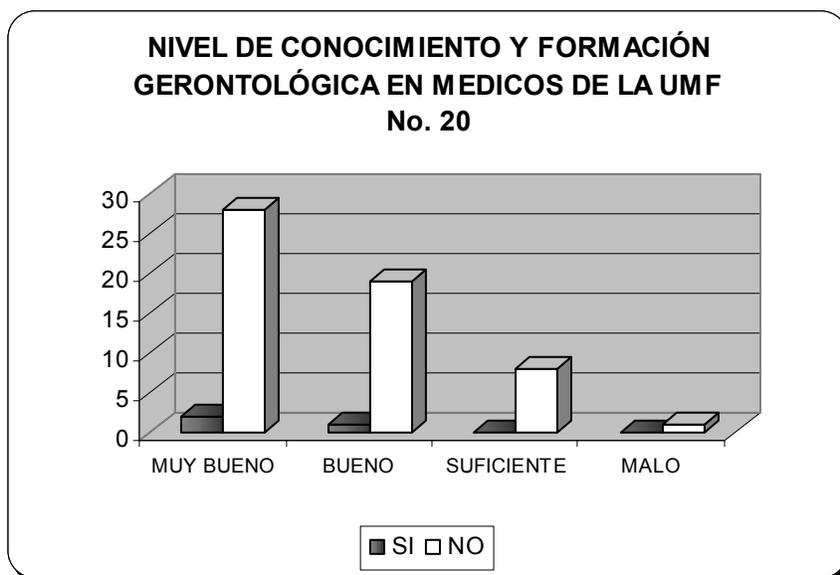


Gráfico No. 9



DISCUSIÓN

Conocer que en la población actual mexicana, se tienen registrados 46, 198, 689 derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” cuenta con una población total de 172, 538 derechohabientes, correspondiendo a los adultos mayores 32, 097 (18.6%), de los cuales 15, 110 (8.75%) son hombres y 16, 987 (9.84%) son mujeres; de tal forma debemos entender que el envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva y está condicionado por cambios a tres niveles: somático, sociológico y psicológico. De tal forma debemos de tener clara la conceptualización del envejecimiento exitoso, que es un estilo de vida personal y social, que cursa con dignidad, energía y salud, con actividades físicas y mentales, participación e integración social, productiva y política, seguridad, tranquilidad y satisfacción con la vida propia, que termina con una buena muerte; de este conocimiento partimos para idealizar y trabajar en una meta: llegar a un envejecimiento exitoso de nuestra población en base al conocimiento acerca de este tema por nuestro personal médico, dándose a la tarea de promoverlo y así reducir el impacto socioeconómico y de salud que se espera en los años venideros por el aumento acelerado de este grupo atareo en nuestro país.

Ya que comprendimos la base de este estudio podemos mencionar que dentro de los resultados arrojados encontramos que el nivel de conocimiento de los médicos adscritos a la U. M. F. No. 20 en cuanto al envejecimiento exitoso y los factores asociados al mismo fue muy bueno en el 50.8% y bueno en el 33.9%; destacando el alto grado de conocimiento en el personal que cuenta con las siguientes características: sexo femenino, tener una edad dentro del intervalo de 50 a 59 años con una antigüedad de 21 a 25 años y ser médicos especialistas en medicina familiar, con contratación de base y sin formación gerontológica; sin embargo no contamos con estudios dentro y fuera del instituto que nos permitan una comparación de estos resultados, por lo que damos credibilidad a la

experiencia que se obtiene en la consulta externa del primer nivel de atención a través de los años y a la formación como especialistas en medicina familiar.

Concluimos que la formación gerontológica no esta en relación con el nivel de conocimiento, sin embargo consideramos que el personal medico de primer nivel de atención debe contar con algún estudio gerontológico, ya que la población mas representativa y con mayor demanda en la atención medica corresponde a los adultos mayores y esto incrementará en los años venideros.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio concluimos que:

1. Las características de los médicos estudiados fueron: sexo femenino con el 59.3%, seguidos del masculino con el 40.7%, el rango promedio fue de 40 a 49 años, con una antigüedad de 21 a 25 años en el 28.9%, con especialidad de medicina familiar en el 76.6%, teniendo contratación de base en el 79.7% y sin formación gerontológica en el 94.9%.
 2. El nivel de conocimiento de los médicos en cuanto al envejecimiento exitoso se obtuvo muy bueno en el 50.8% y bueno en el 33.9%.
 3. Se tienen un nivel de conocimiento muy bueno y bueno en el sexo femenino en comparación con el masculino, así como tener la edad de 50 a 59 años, una antigüedad de 21 a 25 años, ser médicos especialistas en medicina familiar, con contratación de base y sin formación gerontológica.
- ❖ Concluimos que la formación gerontológica no está en relación con el nivel de conocimiento, sin embargo se relaciona con la presentación de las siguientes características de los médicos: ser del sexo femenino, tener base, con más de 11 y 20 años de antigüedad y contar con la especialidad en medicina familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villa M, Rivadeneira L. El proceso de envejecimiento de la población de América latina y el caribe: Una expresión de la transición demográfica. Chile. 1999. p. 1-22.
2. Garrido-Latorre F, Gómez-Dantés H. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. Salud Pública de México, Ene/Feb 2000 (42);81-89
3. Programa de salud de la familia y población. Unidad de envejecimiento y salud. OPS, OMS. 2005.
4. El Envejecimiento mundial. Le Monde, Paris. 22.VII.2005.
5. Indicadores demográficos para los adultos mayores, 2000-2050. CONAPO. México. 2000.
6. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. INEGI.
7. Censo de Población adscrita a Medicina Familiar. U. M. F. 20; Diciembre 2005.
8. Gutiérrez-Robledo LM, Lozano-Asensio R. El envejecimiento (editorial). Instituto Nacional de Nutrición, Salvador Zubirán. México. 2004. p. 1-15.
9. Norma Oficial Mexicana (NOM-167-SSA1-1997), para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. Diario Oficial de la Federación. 17 de Noviembre de 1999.
10. Orduña-Calcáneo B, Zúñiga-Díaz G. El proceso de envejecimiento. México 2002. p. 45-68.
11. Gutiérrez-Robledo LM. El proceso de envejecimiento humano: Implicaciones clínicas y asistenciales. Rev Fac Med UNAM 1998, 41(5): 198-206.
12. De la Fuente R. El envejecimiento: una etapa del ciclo vital. Salud Mental Sep 1999, (22)
13. Kumate J. Sobre el envejecimiento. Rev Fac Med UNAM. Ene/Feb 2000 (43);28-31

14. Envejecimiento y diseño universal. Anuario de Psicología. Dic 2004(35); 493-506
15. Cárdenas SE. Proceso de envejecimiento. (serial online) 2002. Disponible en: URL: <http://www.terra.es/personal/duenas/enveje.htm>.
16. Lozano-Dávila ME. Programa de atención a la salud del adulto mayor. División de Fomento a la Salud. Coordinación de Salud Comunitaria IMSS. Salud Comunitaria 1998, 2(2): 29-32.
17. Fernández-Ballesteros R, editores. Vejez con éxito, vejez competente. Un reto para todos. En: Ponencias de las IV Jornadas de la AMG. Envejecimiento y prevención. AMG. Barcelona 2004.
18. Vellas P. Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. Salud Pública. México 1996; 38: 513-22.
19. Estudios de economía del envejecimiento. En presentación en el Congreso Mundial de Gerontología y seminario BID. Washington 2005.
20. Envejecimiento, salud y antienviejimiento. Bioquímica. Jul/Sep 2005 (30); 90-91
21. Homolongevus: El paradigma del envejecimiento sano. Revista Mexicana de Patología Clínica. Ene/Mar 2006(52);27-39
22. Gutiérrez-Robledo LM. El proceso de envejecimiento humano: Implicaciones clínicas y asistenciales. Rev. Fac. Med. UNAM. Sep 98(41);198-210
23. Enciso, J. E. Ley General de Salud. Distribuidora y Editora Mexicana S. A. de C. V. México, D. F. 2005; 59-60.
24. Bioética y responsabilidad científica. Dr. Jean Dausset. Rev. Med. y Soc. 1997.
25. Amor-Villalpando A, Sánchez-Granados P. Bioética al final de la vida: Envejecimiento y atención al anciano. Revista de Sanidad Militar. Ene/Feb 1999(53);56-69
26. Ética y Bioética en: [http:// e:\ética y bioética - monografias_com.htm](http://e:\ética y bioética - monografias_com.htm)
27. Curso Ética en la Investigación en Salud. IMSS, México, D. F. 2003.

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NOROESTE UMF 20
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA

FOLIO
[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO EXITOSO**, registrado ante el Comité Local De Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es determinar el conocimiento del personal médico sobre los factores asociados al envejecimiento exitoso en la UMF 20.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas de un cuestionario, el cual es anónimo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación que son los siguientes: no hay riesgos ya que es un cuestionario anónimo, solo la molestia de tomar parte de mi tiempo; los beneficios son ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y válida que nos puede encaminar a saber cual es el conocimiento sobre el envejecimiento exitoso del personal médico de la unidad. Los resultados alcanzados pueden ser indicadores de acción y predicción en el primer nivel de atención. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le realice acerca de los procedimientos que se llevarán acabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi trabajo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del médico

Dra. Leticia Malagón Castillo 99352121

Nombre, firma y matricula del investigador

Testigo

Testigo

ANEXO 2. INSTRUMENTO VALIDADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN NORTE U. M. F. 20 "VALLEJO"

El presente cuestionario forma parte de un estudio de investigación, el cual pretende determinar el conocimiento del personal de salud sobre los factores asociados al envejecimiento exitoso.

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque con una **X** la que considere se aproxime a su opinión.

Sexo: M F Edad: _____ años Antigüedad: _____ años
Tipo de contratación: Base 08 02 Confianza
Grado de Escolaridad: Licenciatura Especialista en Medicina Familiar
Formación en Gerontología Maestría Especialista No Familiar

1. El envejecimiento exitoso es un estilo de vida personal y social que cursa con dignidad, energía, y salud; actividades físicas y mentales; con participación e integración social, productiva y política; seguridad, tranquilidad y satisfacción con la vida propia que termina con una buena muerte.

V F NO SE

2. El envejecimiento exitoso es el resultado de optimizar el potencial personal y social de cada individuo, teniendo vidas activas, participativas, productivas, saludables y solidarias como sus condiciones les permitan.

V F NO SE

3. El nivel socioeconómico en los adultos mayores influye para cursar con envejecimiento exitoso.

V F NO SE

4. El peso corporal adecuado conlleva al envejecimiento exitoso.

V F NO SE

5. El buen funcionamiento pulmonar en los adultos mayores, caracteriza al envejecimiento exitoso.

V F NO SE

6. El adecuado desempeño cognoscitivo favorece el proceso de envejecimiento exitoso.

V F NO SE

7. El adecuado estado nutricional del adulto mayor influye para un envejecimiento exitoso.
V F NO SE
8. Las enfermedades crónico-degenerativas se consideran indicadores del envejecimiento exitoso.
V F NO SE
9. La participación del adulto mayor en actividades físicas y sociales se asocian al envejecimiento exitoso.
V F NO SE
10. La satisfacción de la vida es característica del envejecimiento exitoso.
V F NO SE
11. El mantener las capacidades funcionales como son: las físicas, cerebrales, afectivas y sociales encaminan a un envejecimiento exitoso.
V F NO SE
12. El tener un proyecto de vida motivante que previene un déficit psicológico, llevaría a un envejecimiento exitoso.
V F NO SE
13. El emplear paliativos apropiados como prótesis, equipos electrónicos o informativos que compensen la incapacidad o invalidez, determinan en el adulto mayor un envejecimiento exitoso.
V F NO SE

COMENTARIOS _____

