



11226
29
76



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TIJUANA BAJA CALIFORNIA NORTE

" INACTIVIDAD DEL ANCIANO Y RECHAZO FAMILIAR "

T E S I S R E C E P C I O N A L

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN :

M E D I C I N A F A M I L I A R

PONENTE :

DR. ROBERTO ARAIZA MARTINEZ.

ASESOR :

DRA. MARIA AYHEZA SANCHEZ M.

JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA

DE

MEDI INA FAMILIAR

FEBRERO DE 1985.

**TESIS CON
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.

INDICE

	Pag.
RESUMEN :	
INTRODUCCION	I
MATERIAL Y METODOS	6
UNIDADES DE MEDIDA	8
RESULTADOS	16
GRAFICAS Y CUADROS	21
DISCUSION	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
APENDICE I (CUESTIONARIO)	44
BIBLIOGRAFIA	56

RESUMEN :

Se llevó a cabo una investigación sobre la relación -
entre el anciano que no realiza ninguna actividad - -
y el rechazo familiar condicionado por este mismo.

Sé efectuó en dos etapas, una de planificación -
y otra de ejecución de la investigación, en un tiempo -
aproximado de 7 meses, con personas derechohabientes -
en edad Geriátrica adscrita al hospital General de -
zona III; Clínica 20 del I.M.S.S. en Tijuana Baja Ca -
lifornia Norte.

Los resultados obtenidos concluyen que a menor acti -
vidad desarrollada por el anciano, mayor es el rechazo
de él, por parte de la familia.

También se demostró que la inactividad no es el -
único factor que determina el rechazo, aunque si uno -
de los más importantes y quizás el más frecuente.

INTRODUCCION

México a tenido un rápido incremento en el crecimiento de su población desde 1950, tendiendo una disminución -- del mismo para el año 2000, lo anterior repercutirá -- significativamente sobre la población de mayores de 60 - años de edad, lo cual tendrá un aumento aproximado del 412 % de 1950 al año 2000, en parte debido a mayor esperanza de vida y la mortalidad infantil más baja.

Dado que un país en desarrollo con marcados contrastes entre las diferentes capas Sociales, la implementación de programas para mejorar el bienestar social, económico y cultural de sus habitantes debe incluir a todas las personas, desde los niños hasta los ancianos.

Los adelantos técnicos, médicos en cuanto a diagnóstico y tratamiento de enfermedades y ultimamente el auge de la Medicina Preventiva y Familiar en nuestro país como en otros países desarrollados han permitido un aumento considerable en la esperanza de vida, condicionando un incremento importante en la población mayor de 60 años de edad.

En nuestro país actualmente la población en edad Geriátrica abarca aproximadamente el 3.8% de la población o sea más de dos millones de habitantes. Cifra baja si la comparamos con otros países como son Inglaterra, Francia, Estados Unidos etc. Sin embargo, el número de ancianos va aumentando paulatinamente con el transcurso de los años, por lo cual debemos prepararnos para

tomar medidas preventivas pertinentes para tratar de resolver y evitar los problemas y necesidades de dicha población en el momento más adecuado, y no esperar que dichos problemas ahoguen en toda su magnitud pues en ese caso solo estaremos condicionados a resolverlos parcialmente y de manera transitoria.

El Médico Familiar tiene mucho que ofrecer en ese sentido; los ancianos comprenden que no necesitan una atención Médica de segundo o tercer nivel, sino un Médico cuyo interes y conocimientos no este limitado a una determinada región u órganos del cuerpo, sino que sea capaz de conciderarlo como una unidad formada organica y espiritualmente.

Muchos de los Médicos actuales hicieron su carrera cuando los problemas geriátricos eran más desconocidos. La vejez era conciderada como un proceso normal que debería soportarse sin queja alguna.

Las investigaciones que se han llevado a cavo no muestran estadísticas confiables ni programas de salud específicos para este grupo de edad siendo estas investigaciones muy recientes por lo que aun no se llevan a la practica.

De hecho hay estudios realizados por expertos en esta area, y es absolutamente necesario que estos nuevos conceimientos sean analizados y llevados a la practica de lo contrario la atención del paciente geriátrico, se volvera anticuada e ineficaz.

por otra parte, todos los factores parecen estar en contra de los ancianos que inevitablemente van hacia el final de su camino; así es que debemos desechar la idea de que la vejez es: (la edad dorada de la vida).

Todo esto nos hace pensar que hay un cierto rechazo hacia las personas ancianas tanto de la sociedad como de la familia, el que se puede explicar por los siguientes factores:

I.- El abandono temprano de los hijos. está determinado por las personas jóvenes que actualmente cambian con frecuencia de residencia y con ello se priva a los padres y demás ancianos en la familia de la compañía, el cuidado personal y en cierto grado de la vida económica. Además para los jóvenes el anciano constituye una carga pesada que pronto los cansa y los obliga a desacerse de él.

II.- La vida de soledad y tristeza producida por la pérdida del conyuge o de amigos.

III.- Este tipo de personas presentan un gran número de padecimientos crónicos y patologías de difícil manejo que requieren de momentos y cuidados integrales inclusive de hospitalización, por lo cual los médicos e instituciones frecuentemente retarda o no autorizan su internamiento ya que esto ocasiona con frecuencia un pretesto para un posible abandono familiar.

IV.- Hay un estancamiento del anciano con respecto a la movilización actual (Social) debido a que los cambios

son muy rápidos y difíciles de asimilar por el anciano - para adaptarse a ellos.

V.- Los años actualmente no tienen ingresos fijos, porque no hay fuentes adecuadas de trabajo a sus capacidades . Antiguamente, las personas por necesidades de la sociedad tenían que trabajar hasta el final de sus vidas, en cambio en la actualidad por la tecnología, y el empuje de las nuevas generaciones, la justicia social tienen derecho a pensionarse condicionado a no trabajar por el resto de sus vidas, de lo contrario perderá su derecho a pensión.

VI.- Los ancianos no planificaron su vejez. Este es un aspecto poco estudiado y de difícil solución, ya que requiere de educación y concientización tanto del mismo anciano como de la familia.

VII.- Otro de los factores es de que el anciano no desarrolla ninguna actividad, ya sea por su estado físico o psíquico, ocasionando con esto que la familia lo descuide o bien, le impida desarrollar alguna actividad, volviéndolo con esto pasivo, inútil, e improductivo.

Indudablemente, que todos los factores antes mencionados son de vital importancia, sin embargo, tomando en cuenta - la importancia de la medicina familiar, consideramos que el rechazo del anciano por parte de la familia, es el - mas relacionado con nuestras funciones, permitiendonos - manejar el bienestar familiar como una unidad funcional de la sociedad, y si ésta se encuentra alterada, la sociedad no funcionara de manera adecuada: motivo por el cual nuestro estudio se basara especificamente en el último - aspecto sin dejar de considerar los anteriores.

Nuestro objetivo de trabajo nos demuestra que: las personas en edad geriátrica inactivas presentan un mayor rechazo familiar, que los ancianos que desarrollan alguna actividad, y que depende ademas de la preparación y educación para aceptar que la vejez es una etapa normal del - individuo.

MATERIAL Y METODOS

Nuestro estudio se realiza con derechohabientes del hospital General de Zona III, Clínica No. 20 I.M.S.S. en Tijuana Baja California Norte, comprendido en dos etapas.

La primera etapa comprende el Diseño de la Investigación el cual se efectuó a partir del primero de Marzo al veintitres de Septiembre de 1984.

Se escogió al azar una muestra de edad Geriátrica, - 64 años de edad a más, entre los derechohabientes adscritos a la unidad, de la siguiente forma: tomando en cuenta que la población geriátrica en México es el 3.7% de la población total y que el número de derechohabientes adscritos en esta clínica hasta esta fecha es de 59742, datos obtenidos de la pirámide poblacional de 1984. Se obtuvo un total de 5463 ancianos de ambos sexos de 64 o más años de edad, de este número se tomó una muestra del 7%, la cual correspondió a 382.41% y de esta a su vez se tomó una muestra de aproximadamente 260 personas encuestadas.

Para recolectar los datos se elaboró un cuestionario que consta de 52 preguntas, integradas por dos módulos que son los siguientes:

El primero correspondía a la variable de rechazo con dos secciones: La primera se ocupaba de la función cuidado y la segunda al afecto y comprensión.

El segundo módulo se efectuó del 24 de Septiembre al 23 de Octubre de 1984, el cual consistió en la aplicación del cuestionario, previa encuesta piloto.

El cuestionario se aplicó tanto al anciano y a familia -
res de acuerdo a la preguntas dirigidas a cada uno.

El interrogatorio se realice en forma separada, con -
el fin de que las preguntas y respuestas fueran mas exac-
tas y no se sintieran presionados entre si al contestar.-

La encuesta se realizótanto en el servicio de consul-
ta externa y en el servicio de hospitalización.

El tiempo empleado en cada entrevista fué de 30 min-
utos aproximadamente comprendiendo la entrevista tanto al
anciano como a los familiares, investigandose los siguien-
tes indicadores: alimentación, vestido, higiene, habitación
atención Médica, respeto, aprecio, comunicación, convivencia
diversiones , horario, lugar y tipo de actividad asi como -
desgaste fisico.

UNIDADES DE MEDIDA

Para nuestro estudio, se tomaron en cuenta dos variables:

Variable número uno:

DEPENDIENTE, rechazo familiar.

Variable número dos.

INDEPENDIENTE, actividad.

Para medir las variables de rechazo se tomaron en cuenta las funciones de cuidado y afecto, dándole un valor de 50% por separado.

Se calificó el rechazo en 4 grados.

Grado 0, no existe rechazo.

Grado I, puntuación del uno al 24.9%.

Grado II, puntuación de 25% a 49.9%.

Grado III, puntuación del 50% en adelante.

La función de cuidado se definió:

" Cubrir las necesidades físicas y sanitarias --
básicas del anciano".

Los indicadores para medirla fueron:

alimentación, vestido, higiene, habitación y atención
Médica.

I.- Alimentación puede ser:

igual.- El anciano come el mismo número de veces que el resto de la familia y los mismos alimentos, o si estos están limitados, por cuestión de gusto o por algún padecimiento que les impide comerlos, se evaluó con puntuación de 0 .

Desigual.- cuando no reúne las características del concepto anterior .se evaluó con puntuación de 7.

Nota.- se efectuó una pregunta con respecto a la preparación de los alimentos encontrándose que hay un rechazo cuando el anciano los preparaba o los compraba hechos y no así cuando los familiares lo preparaban.

Se le dió la siguiente puntuación:

Cuando preparaba los alimentos el anciano se le dió -- puntuación de 3, si los compraba hechos, se le dió puntuación de 1.5%, si los familiares los preparaban la puntuación era de 0.

Para medir este indicador se tomaron las preguntas 1,2,3,4.

2.- El vestido puede ser:

Bueno.- cuando tiene 4 o mas cambios de ropa, si tiene - zapatos y si tambien tiene ropapra el frio o calor.

Regular.- si falta una de las condiciones anteriores.

Malo.- si faltan dos o más condiciones anteriormente - mencionadas.

Se dieron los siguientes valores:

Bueno.- igual a 0 puntos.

Regular.- igual a 5 puntos

Malo.- igual a 10 puntos.

Para medir este indicador se elaboraron las preguntas - 5,6 y 7.

3.- La higiene puede ser :

Buena.- baño y cambio de ropa diarios, se le dió puntuación de 0.

Regular.- baño y cambio de ropa cada tercer día, se le dió puntuación de 2.5%.

Mala.- baño y cambio de ropa cada semana o mas, se le da puntuación de 5.

Para medir este indicador se elaboraron las preguntas 8 y 9.

4.- La habitación puede ser:

Buena.- cuando duermen en cama o catre, tienen cuarto propio y cuentan con los mismos servicios que los demas se le dió puntuación de 0.

Regula.- cuando falta una de esas condiciones, se le dió puntuación de 5.

Mala.- cuando faltan dos o más de estas condiciones, se le dió puntuación de 10.

Para medir este indicador se tomaron en cuenta las preguntas 11, 12, 13; 14.

5.- La atención Médica puede ser:

Buena,- cuando acude frecuentemente (dos o mas veces al año) al Médico, con un familiar o conyuge, acude puntualmente a sus citas y termina sus tratamientos se le dió puntuación de 0.

Regular.- cuando no se cumplen dos de estas condiciones la puntuación es de 5.

Mala.- cuando no se cumplen ninguna de estas condiciones la puntuación es de 10.

Para medir este indicador se tomara en cuenta las preguntas 15, 16, 17, 18 y 19.

La función AFECTU la definimos como: (cubrir las ne --
secidades ,respeto y convivencia del anciano,asi como la
comunicación y diversiones).

Los indicadores de la función afecto son:

Respeto,aprecio,comunicación,convivencia y diversiones.

I.- El Respeto puede ser:

presente.- cuando las opiniones del anciano son tomadas
en cuenta cuando en casos de problemas familiares recu-
rren al anciano y cuando le permiten hablar libremente
en forma continua,se le dió puntuación de U.

Ocasionalmente presente: cuando a veces se cum--
plen las condiciones anteriores,se le dió puntuación de
7.5%.

Ausente.- cuando nunca se cumplen las condiciones
anteriores se le dió puntuación de 15.

Para medir este indicador se elaboraron las -
preguntas 20,21,22,23 y 24.

2.- El Aprecio puede estar:

Presente.- cuando la familia se entera de sus -
problemas y trata de resolverlos; el anciano siente que
su preseca es agradable a la familia,se le dió punta-
ción de 0.

Ausente.- cuando no se cumple con los puntos an-
teriormente mencionados se le dió puntuación de 10.

Las preguntas que se elaboraron para medir este
indicador fueron,25,26 y 27.

3.- Comunicación y convivencia que puede ser:

Presente.- cuando comen junto con la familia,no hay pro-
blemas familiares y siempre participa en las actividades
sociales de la familia,se le dió puntuación de 0.

Ocasional.- cuando no se cumplen todo el tiempo con las condiciones antes mencionadas, se le dió una puntuación de 7.5%.

Ausente.- cuando nunca se cumplen las condiciones anteriores, se le dió una puntuación de 15.

Las preguntas útiles para medir este indicador fueron: 28, 29 y 30.

4.- La Diversión puede ser:

Presente.- cuando el anciano tiene algún pasatiempo, sale por lo una vez al mes y se divierte junto con la familia. se le dió una puntuación de 0.

Ausente.- cuando no se cumplen ninguna de las condiciones anteriores. se le dió puntuación de 0.

Las preguntas que midieron este indicador fueron la 31, 33, 35, 36, y 37.

La actividad la definimos como el desempeño de cualquier función, física o mental que se efectúe dentro o fuera del domicilio, ya sea remunerada o no por lo tanto: consideramos como inactividad a la ausencia de las características del concepto anterior.

Para la variable INACTIVIDAD se tomaron en cuenta los indicadores:

I.- Tipo de actividad:

Presente.- si tiene empleo fijo; la puntuación de 20. y si realizaba alguna otra actividad, se le dió puntuación de 10.

Ausente.- sino realizaba actividad, se le dió puntuación de 0.

Las preguntas que se elaboraron para medir este indicador fueron la 39, y la 41.

2.- Horario y frecuencia.

en cuanto al horario:

Si se trabaja 8 o más horas, la puntuación que se dió -
fué de 20.

Si trabajaba más de 6 horas pero menos de 8 la
puntuación que dió es de 15.

Si trabaja de 4 a 6 horas alcanza una puntuación
de 10.

Si trabaja menos de 4 horas la puntuación es de
5.

5.- La pregunta útil en este caso fué la número 42.

En cuanto a la frecuencia de la actividad esta p
puede ser:

Continúa cuando la actividad es constante, la -
puntuación es de 20.

Periódica.- cuando se realiza por temporadas, la
puntuación es de 10.

Esporádica.- cuando se lleva a cavo muy rara vez
la puntuación es de 0.

La pregunta elaborada para este indicador fué -
la número 43.

3.- Utilidad de la Avtividad.

Si el anciano concideraba su actividad útil pa-
ra la familia, se le dió una puntuación de 10.

Si no consideraba la actividad útil, se le da -
una puntuación de 0.

La pregunta elaborada para este indicador es la

4.- Desgaste físico:

Presente.- cuando el anciano siempre se sentía fatigado después de sus labores. la puntuación que se le dió fué de 20.

Ocasional.- cuando a veces se sentía cansado la puntuación se le dió de 10.

Ausente.- cuando no presentaba fatiga al terminar sus labores, la puntuación que se le dió fué de 0.

La pregunta útil para medir este indicador es la número 49.

El grado de actividad se caligo en 5 grupos:

Grado 0, indica inactividad.

Grado I, indica puntuación de 1 a 25.

Grado II, indica puntuación de 26 a 50.

Grado III, indica puntuación de 51 a 75.

Grado IV, indica puntuación de 76 a 100.

RESULTADOS

La población total encuestada fué de 260 personas de las cuales 141 correspondieron al sexo masculino y 119 correspondieron al sexo femenino (Fig. 1), con un ligero predominio del primero sobre el segundo, al primero le correspondio el 54.23% y al segundo el 45.77%.

La distribución por grupos de edad fué de la siguiente manera; de 64 a 68 años de edad, fueron 135 ancianos encuestados correspondiendole un porcentaje de 51.93% de 69 a 73 años de edad fueron 59 los encuestados correspondiendole un porcentaje del 22.69%, y de 74 años de edad a mas fueron 66 los ancianos encuestados, correspondiendole un porcentaje de 25.38% (Fig. 2).

En cuanto al estado civil de los ancianos encuestados se registro un predominio importante de casados, con un porcentaje de 64.23% (de los 135 encuestados), seguidos de las personas en estado de viudez que ocuparon 32.69% (de los 85 encuestados). Los solteros acuparon el 1.9% (de 5 ancianos encuestados), por último los divorciados o abandonados ocupan el 1.1% (de 3 ancianos encuestados) (Fig. 3).

Estos fueron los datos generales más importantes extraídos de la ficha de identificación. por lo que respecta a grupo control y grupo experimental o sea las personas activas e inactivas respectivamente, se registraron 213 en estado de actividad correspondiendole un (81.93%) del total de los ancianos encuestados

y de 47 ancianos les correspondió un porcentaje de (18.07 por ciento) (Fig. 4).

La figura 6 nos muestra el grado de rechazo - en los grupos activos e inactivos, habiéndose registrado en los primeros un promedio de 17.54% de rechazo contra el 26.68% que presentó el grupo inactivo con una diferencia notable de casi el 10% más de rechazo que las personas que no trabajan, lo cual nos permite en parte nuestra hipótesis.

Respecto al grado de actividad y grado de rechazo, encontramos que efectivamente entre menos actividad desarrolle el anciano, se va más rechazado.

Esto lo demuestra la figura 7, en la que se observa esto claramente.

La figura 8 también nos muestra muy significativamente como medida que la actividad disminuye, y el rechazo familiar aumenta. El máximo rechazo correspondió a un promedio del 17.77% de actividad, en cambio no se presentó en las personas que desarrollaban un 54% de actividad.

Se comparó igualmente el grado de rechazo en el grupo experimental y el grupo control, en cada uno de los indicadores. La diferencia más notable fue en alimentación, higiene, respeto y diversión, en general todos los indicadores mostraron los mismos resultados.

La alimentación (Fig. 9) era igual en el 90% de las personas activas y el 72% de las inactivas y

era desigual en el 10% de los primeros y en el segundo.- por lo que se refiere a la higiene (Fig. 10) se encontró buena en el 56% de los activos y en el 21% de los no activos regular en el 41% y 47% respectivamente y fué mala en el 3% del grupo control y en el 32% del grupo caso .

El vestido se registro bueno en el 75% de los activos y en el 55% de los inactivos, regular en el 19% y - 25% respectivamente y malo en el 6% de los trabajadores contra el 20% de los ancianos desocupados (Fig. II).

Respecto al indicador habitación: fué buena en el 64% de los activos y el 40% de los inactivos, regular en el 30% y 51% respectivamente y se encontro mala en el 1% de los que trabajan y en el 9% de los que no lo haciam. (Fig. I2).

La atención Médica se encontro mala en el 5% de los inactivos y no se encontró en los activos. En las demas categorías no hubo gran diferencia como puede observarse en la fig. 13.

Otro de los aspectos estudiados fué el respeto + (Fig. I4) el cual estuvo presente en el grupo de los activos en un 24% y el 17% de los inactivos.

hubo respeto ocasional en el 68% y 55% respectivamente y ausente en el 11% y el 8% de los trabajadores contra el 28% de los inactivos.

Con respecto al indicador aprecio no se encontraron diferencias notables como se puede observar la Fig. 15.

En el indicador diversión: estuvo presente el 94% de los ancianos trabajadores y el 68% de los ancianos desocupados (Fig. 16).

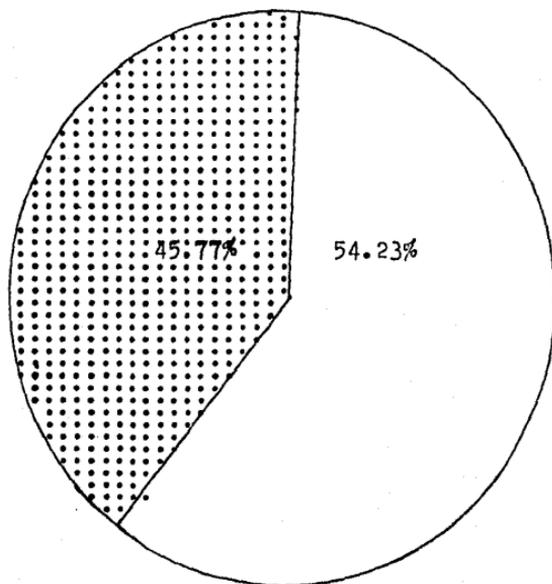
La comunicación y convivencia estuvo ausente únicamente en el 5% de los activos contra el 13% de los inactivos, ocasional en el 27% y 51% respectivamente y estuvo presente en el 68% de los que trabajan y el 36% en ancianos inactivos (Fig. 17).

Otro de los aspectos que consideramos importantes fué el grado de escolaridad del anciano; encontrándose un 22.69% de analfabetas, la gran mayoría 68.5% tenían primaria incompleta el 93% terminaron la primaria y el 1.53% realizaron otro tipo de estudios. Fig 18.

En cuanto al estado de salud Fig. 19 y 20, se encontraron 175 personas o sea el 75% con enfermedades crónicas y el 25% en 85 personas aparentemente sanas.

Se registraron un total de 212 enfermedades, con predominio de las cardiopatías 30.18%, en el segundo lugar Diabétes 16.98%, después las enfermedades Reumáticas con 12.73%, enfermedades respiratorias ocuparon el 11.79% y otras el 16.50%.

Figura I..- DISTRIBUCION POR SEXOS DE LA POBLACION ENCUESTADA

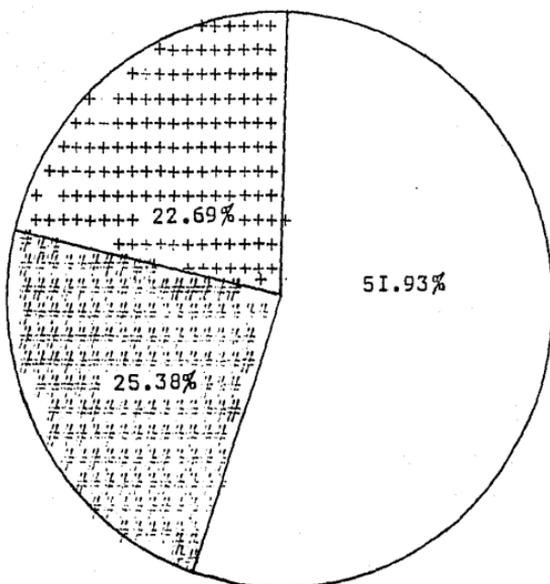


SEXO MASCULINO (141)



SEXO FEMENINO (119)

Figura 2 , - DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA.



I.- 64 a 68 años (135)

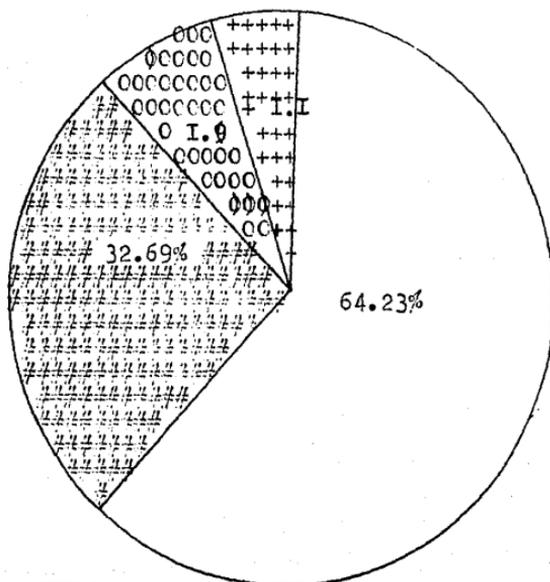


II.- 69 a 73 años (59)



III.- 74 años o más (66)

Figura 3 .- DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ENCUESTADA.



CASADOS (135)



VIUDOS (85)



SOLTEROS (5)



DIVORCIADOS O ABANDONADOS (3)

Figura 4.- PERSONAS ACTIVAS E INACTIVAS

GRUPOS	NO.	%
ACTIVOS	213	81.93%
INACTIVOS	47	18.07%
TOTAL	260	100

Figura 5.- GRADOS DE ACTIVIDAD EN No. Y PORCIENTO

GRADOS DE ACTIVIDAD	No.	%
1	4	1.87
2	51	23.94
3	116	54.47
4	42	19.72
TOTAL	243	100

FIGURA 6.- RELACION ENTRE PORCIENTO DE RECHAZO DE ANCIANOS

ACTIVOS E INACTIVOS

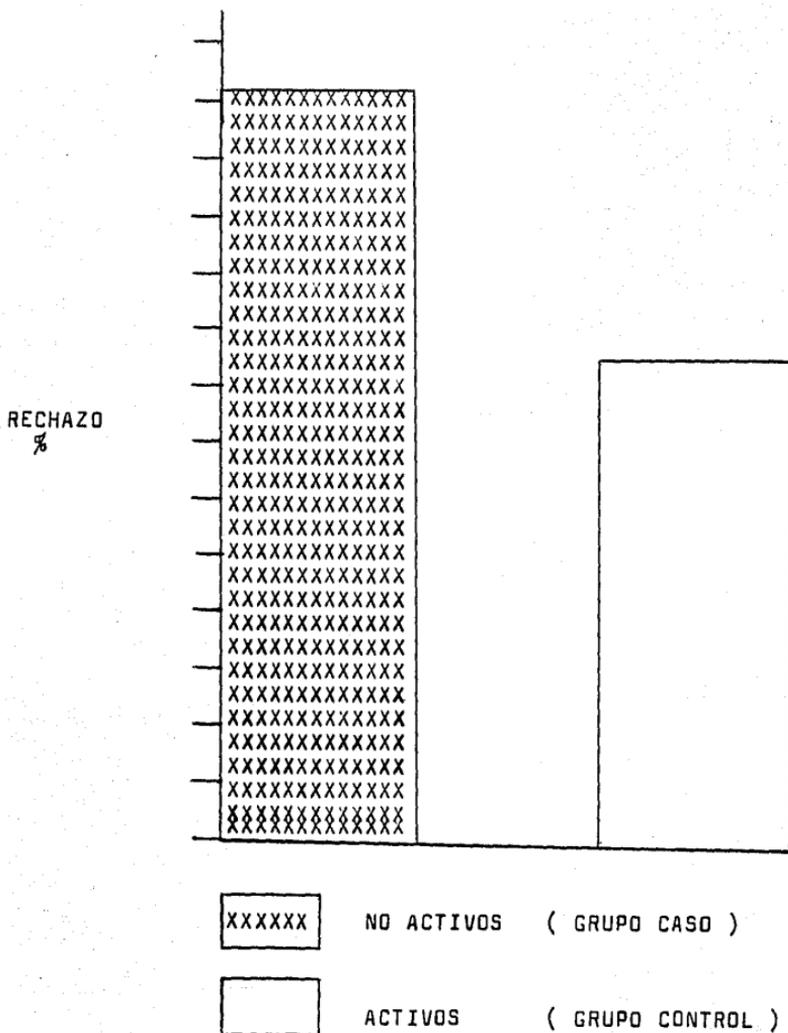


Figura 7.- RELACION ENTRE GRADOS DE ACTIVIDAD Y PORCIENTO DE REHAZO PROMEDIO.

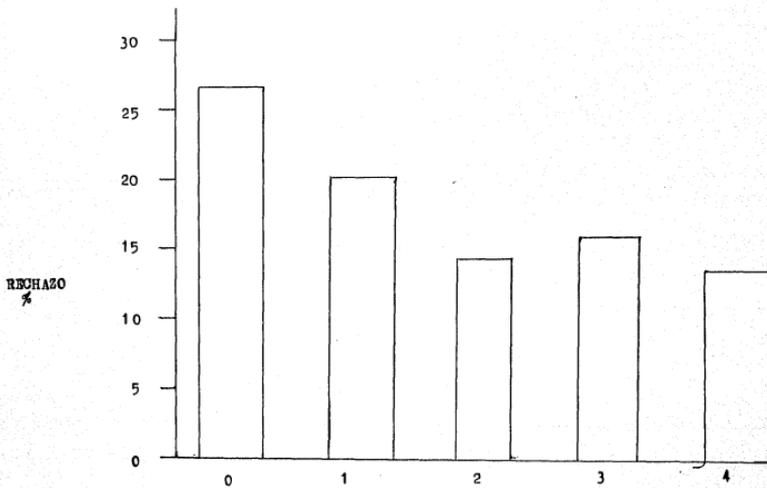


FIGURA 8.- RELACION ENTRE GRADOS DE RECHAZO Y PORCIENTO DE ACTIVIDAD.

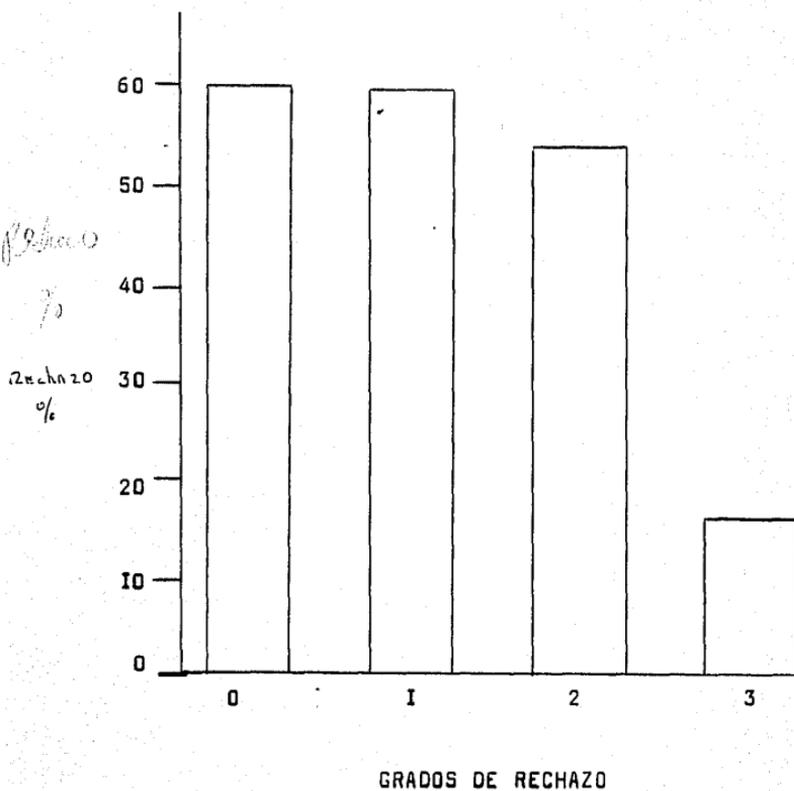


FIGURA 9.- EL INDICADOR ALIMENTACION EN LAS PERSONAS ACTIVAS E INACTIVAS

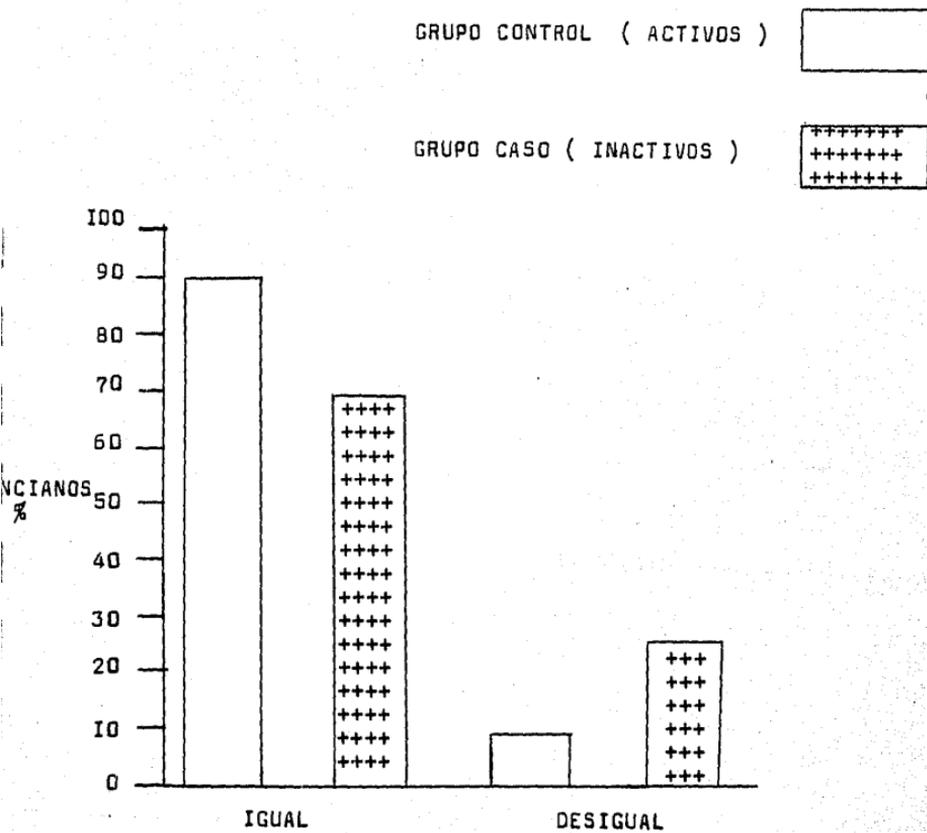
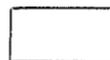


FIGURA 10.- EL INDICADOR HIGIENE EN EL GRUPO CASO Y EN EL GRUPO CONTROL.

ACTIVOS



NO ACTIVOS

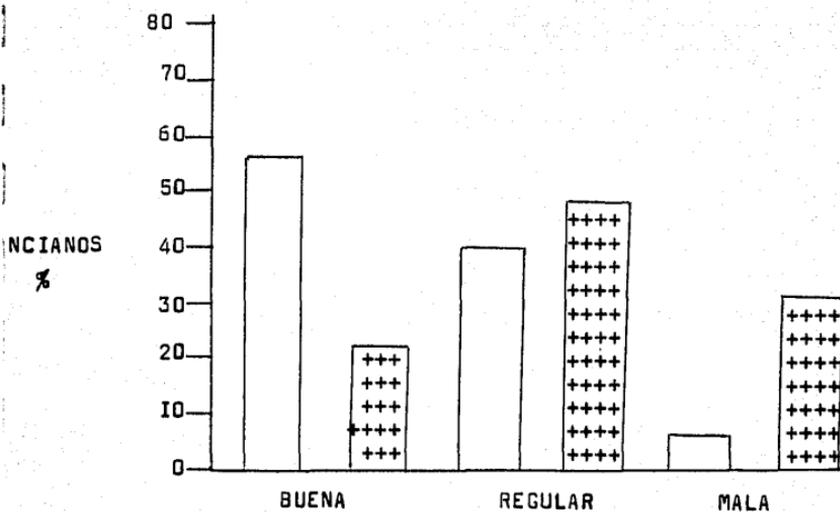
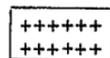


Figura II .- EL INDICADOR VESTIDO EN PERSONAS ACTIVAS
E INACTIVAS.

GRUPOS	BUENO		REGULAR	MALO	TOTAL
ACTIVOS	No.	160	41	12	213
	%	75	19	6	100
INACTIVOS	NO.	26	12	9	47
	%	55	25	20	100

Figura 12.- EL INDICADOR HABITACION EN EL GRUPO CASO
Y EN EL GRUPO CONTROL

GRUPO	BUENA		REGULAR	MALA	TOTAL
ACTIVOS	NO.	147	64	2	213
	%	69	30	1	100
INACTIVOS	No.	19	24	4	47
	%	40	51	9	100

Figura 13 .- EL INDICADOR ATENCION MEDICA EN EL GRUPO CASO
Y EN EL GRUPO CONTROL.

GRUPO	BUENA		REGULAR	MALA	TOTAL
ACTIVOS	No.	126	87	0	213
	%	59	41	0	100
INACTIVOS	No.	25	20	2	47
	%	53	42	5	100

FIGURA I4.-

EL INDICADOR RESPETO EN EL GRUPO CASO
Y EN EL GRUPO CONTROL

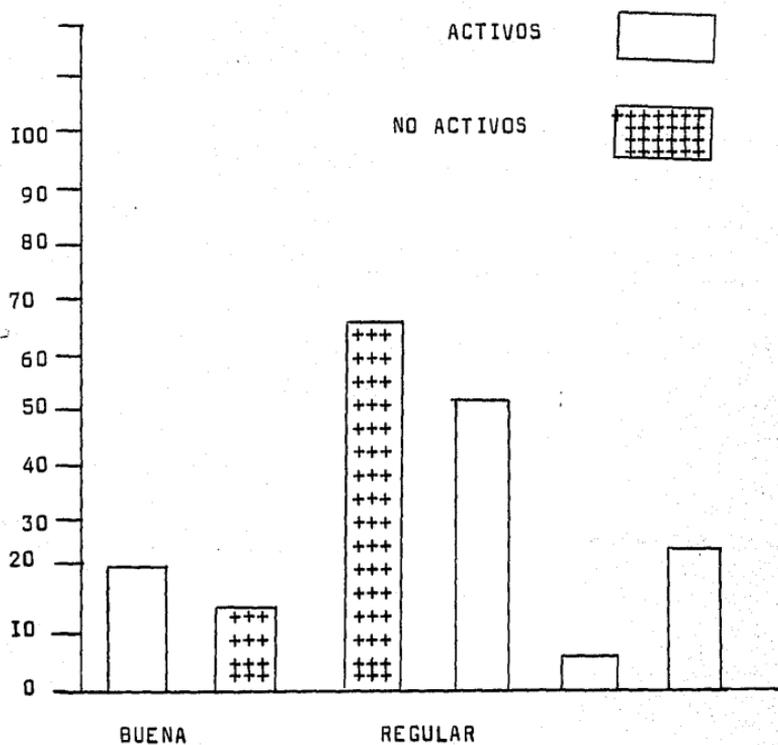


Figura 15 .- EL INDICADOR APRECIO EN EL GRUPO CASO Y EN EL GRUPO CONTROL.

GRUPO	PRESENTE		AUSENTE	TOTAL
ACTIVOS	No.	209	4	213
	%	98	2	100
Inactivos	No.	37	10	47
	%	79	21	100

FIGURA 16 .- EL INDICADOR DIVERSION EN EL GRUPO BASO Y EN EL GRUPO CONTROL.

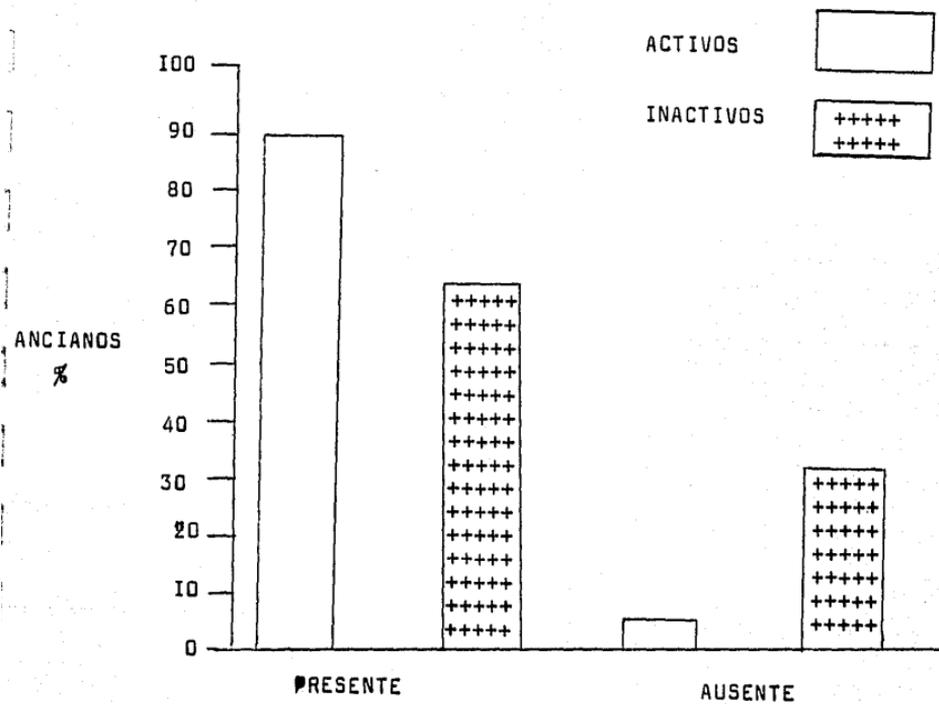


Figura 17 .- EL INDICADOR COMUNICACION Y CONVIVENCIA
EN EL GRUPO CASO Y EN EL GRUPO CONTROL.

GRUPO	PRESENTE		OCASIONAL	AUSENTE	TOTAL
ACTIVOS	No.	145	57	11	213
	%	68	27	5	100
INACTIVOS	No.	17	24	6	47
	%	36	51	13	100

Figura 18 .- GRADOS DE ESCOLARIDAD EN NÚMERO Y PORCIENTO.

GRADOS DE ESCOLARIDAD	No.	%
ANALFABETAS	59	22.69
PRIMARIA (&) INCOMPLETA	179	68.85
PRIMARIA COMPLETA	18	6.93
SECUNDARIA Y OTRAS	4	1.53
TOTAL	260	100

(&) Se incluyó a las personas que sabían leer y escribir aunque no hayan asistido a la escuela.

Figura 19.- ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN NUMERO Y FRECUENCIA Y PORCIENTO.

ENFERMEDADES	No.	%
CARDIOPATIAS	64	30.18
DIABETES	36	16.98
ENF. REUMATICAS	27	12.73
OFTALMOPATIAS	25	11.79
ENF. RESPIRATORIAS	25	11.79
OTRAS	35	16.50
TOTAL	212	100%

Figura 20.- NUMERO DE PERSONAS SANAS Y ENFERMAS ENCONTRADAS EN LA INVESTIGACION.

GRUPOS	No.	%
SANOS	85	25
ENFERMOS (+)	175	75
TOTAL	260	100

(+) Se tomaron en cuenta las enfermedades degenerativas crónicas.

DISCUSION

El anciano olvidado, es un tema que actualmente está cobrando mucho auge, tanto en los países desarrollados en los cuales ya es un problema social así como en los países subdesarrollados empieza a hacerlo.

Nuestro estudio se enfocó directamente a los problemas propios del ambiente social y familiar en el cual vive el anciano y que actúan como factores importantes en la poca aceptación que tiene la familia con respecto a él.

Al finalizar el estudio nos damos cuenta de varias fallas técnicas, las cuales son inexplicables, por la pobre experiencia de la misma, en ese tipo de investigación a pesar de ello, los resultados que se han obtenido fueron los esperados ya que cuando aumenta la actividad, disminuye el rechazo familiar hacia el anciano.

El total de ancianos estudiados fué de 260, de los cuales del grupo experimental (inactivos) fué de 47 y del grupo control de 213.

Con respecto al sexo, no hubo gran diferencia, por lo que respecta a las edades hubo un predominio entre las personas de 64 a 68 años de edad, lo cual es inexplicable porque la esperanza de vida disminuye al aumentar la edad de las persona.

El rechazo fué más notable en algunos indicadores como son: alimentación, higiene, respeto y diversión.

En otros indicadores también hubo diferencias -

entre los ancianos activos e inactivos aunque no tan marcadas.

Hay que hacer notar que el indicador atención médica fué buena en ambos grupos lo cual era de esperarse ya que todos tenían accesibilidad al servicio médico.

También es importante recalcar, que contra lo que esperábamos, casi el total de ancianos de ambos grupos tuvieron satisfecho el indicador apreciación. esto puede explicarse por la existencia de lazos familiares.

con respecto a la escolaridad, vemos en la realidad, que nuestro país se está desarrollando ya que se observó únicamente el 8% tuvieron primaria incompleta.

Por lo que toca a las enfermedades detectadas coinciden con otros estudios realizados ya que hubo predominio de enfermedades metabólicas degenerativas.

CONCLUSIONES

- 1.- Las personas ancianas que no trabajan son más rechazadas por la familia que aquellas que desarrollan alguna actividad.
- 2.- El rechazo familiar es indirectamente proporcional a la actividad desarrollada por el anciano.
- 3.- la gran mayoría de los ancianos se sienten capacitados física y mentalmente para llevar a cabo alguna actividad de acuerdo a sus capacidades.
- 4.- Generalmente, la propia familia es la que impide al anciano trabajar por razones de salud, afectivas etc. con las correspondientes consecuencias posteriores.
- 5.- El indicador más alterado en el aspecto afectivo en el anciano inactivo fué el respeto.
- 6.- En la función cuidado el renglon más alterado fué la higiene del anciano.
- 7.- Las funciones mejor satisfechas fueron el aprecio y la atención Médica.
- 8.- la actividad dentro o fuera del hogar es un factor determinante para la aceptación del anciano en la familia.
- 9.- existen además de la inactividad, otros factores muy importantes que determinan el rechazo familiar.

RECOMENDACIONES

- 1.- Es necesario enseñar y orientar a las personas ancianas aque deben planificar su vejez; lo cual se logrará conociendo las facces del desarrollo de la familia.
" La vejez debe prevenice ".
- 2.- al nivel de Medicina Familiar, él médico es factor - primordial en la orientación de la familia y en cuanto a al anciano, debe atenderce como una persona normal con - pasiencia, no como algo antifuncional, jamas debe agregar - se el rechazo médico al rechazo familiar.
- 3.- el anciano debe desarrollar alguna actividad, dentro de sus capacidades físicas y mentales, para evitar que - se autodevalue y pierda la estimación por si mismo. El an - ciano es parte de la sociedad por lo tanto " No hay que dejarlo enmohecer ".
- 4.- uebe orientar a los familiares para que no impidan - que el anciano trabaje y que no lo tomen como un ente - viejo y estorbozo.
- 5.- creo conveniente que se incluya en la carrera de Med icina así como en las pláticas de edaucación continua - temas de Geriátria para una formación médica mas comp - leta.
- 6.- se deben investigar otros factores que también ocaci onan el rechazo familiar de las personas en edad Geriátr ica.
- 7.- la sociedad tiene una responsabilidad para con la -

gente de edad avanzada: Debe proporcionarle la oportunidad de contribuir con actividades que sean apreciadas y así el anciano se sienta útil.

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE

EDAD

SEXO

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDAD

DOMICILIO

PADECIMIENTO ACTUAL

RECHAZO

I.- ALIMENTACION

I.- ¿ come las mismas veces al día que el resto de la familia?

1) Si

2) No

2.- ¿ Come los mismos alimentos que el resto de la familia?

1) Sí

2) No

3.- Si contesto que no ,mencione la razón.escoja entre las siguientes opciones:

1.- porque no le gustan los mismos alimentos

2.- porque los alimentos mejores los reservan para el resto de la familia.

3.- porque no puede comerlos por algun padecimiento.

4.- ¿ Quien le prepara los alimentos?

1.- Ud. mismo

2.- los compra hechos

3.- sus familiares lo preparan.

II.- VESTIDO

- 5.- ¿ Cuantos cambios de ropa tiene ?
- 6.- ¿ Cuantos pares de zapatos tiene ?
- 7.- ¿ Tiene ropa para frio y para calor?

III.- HIGIENE

- 8.- ¿ Cuántas veces de la semana se baña ?
- 1) Diario.
 - 2) Cada tercer día.
 - 3) Una o menos.
- 9.- ¿ Cada cuanto tiempo se cambia de ropa ?
- 1) Diario.
 - 2) Cada tercer día.
 - 3) Cada semana o menos.

IV.- HABITACION

10.- La casa donde habita consta de:

- 1) Un cuarto.
- 2) Dos cuartos.
- 3) Tres cuartos.
- 4) Cuatro cuartos y todos los servicios.

11.- ¿ En que duerme?

- 1) En cama o catre.
- 2) En el suelo.

12.- ¿ En que duerme las demás personas de la familia?

- 1) En cama o catre.
- 2) En el suelo.

13.- ¿ Tiene un cuarto para usted únicamente?

- 1) Sí.
- 2) No.

14.- ¿ Cuenta con los mismos servicios y cuidados con los

que los demás cuentan ?

1) Sí.

2) No.

V.- ATENCION MEDICA

I5.- Cuando usted se enferma, ¿ de quién recibe los servicios ?

1) Curandero.

2) Boticario.

3) Particular e institucional.

I6.- ¿ Con qué frecuencia acude al médico ?

1) Nunca.

2) Una vez al año.

3) Dos veces o más al año.

I7.- ¿ Con quién acude al médico ?

1) Solo.

2) Con amigos o vecinos.

3) Con familiares o conyuge.

I8.- ¿ Acude puntualmente a sus citas ?

1) Siempre.

2) A veces.

3) Nunca.

I9.- ¿ Termina los tratamientos que le prescriben ?

1) siempre.

2) A veces.

3) Nunca.

VI.- RESPETO

20.- ¿ Sus opinianes son tomadas en cuenta por el resto de la familia ?

1) Nunca.

2) A veces.

3) Siempre.

21.- ¿ Toman en cuenta las opiniones del anciano ?

1) Nunca.

2) A veces.

3) Siempre.

22.- ¿ En caso de problemas familiares, ¿ le piden consejo ?

1) Sí.

2) A veces.

3) No.

23.- En caso de problemas familiares, ¿ recurren al anciano ?

1) Sí.

2) A veces.

3) No.

24.- Cuando da su opinión, ¿ le permiten hablar libremente ?

1) Sí.

2) A veces.

3) No.

VII- APRECIO .

25.- Con respecto a sus problemas:

a) La familia ni los conoce ni se interesa por ellos.

b) Se entera de ellos pero no intenta resolverlos.

c) Los conoce y trata de resolverlos.

26.- ¿ Piensa usted que su presencia es agradable a la familia ?

1) Sí.

2) A veces.

3) No.

27.- ¿ Cuando la familia tiene que salir, pero no hacen por causa del anciano ?

- I) Se quedan con agrado.
- 2) Se quedan con indiferencia.
- 3) Se quedan con franco desagrado.
- 4) No se ha presentado el caso.

VIII.- COMUNICACION Y CONVIVENCIA

28.- En las comidas, come junto con su familia:

- I) Sí.
- 2) A veces.
- 3) Frecuentemente.

29.- ¿ Hay dificultades entre usted y su familia ?

- I) No.
- 2) A veces.
- 3) Frecuentemente.

30.- ¿ Participa activamente en las actividades sociales de la familia ?

- I) Siempre.
- 2) A veces.
- 3) Nunca.

IX.- DIVERCIONES.

31.- En sus tiempos libres, se dedica a:

- I) Salir con sus amigos.
- 2) Visitar o permanecer con sus familiares.
- 3) Salir a divertirse solo.
- 4) Permanecer solo en su casa.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

32.- Su pasatiempo favorito es:

- 1) Lectura.
- 2) Radio o Televisión.
- 3) Centros de diversión.
- 4) Platicar.
- 5) Otros.

33.- ¿ Cada cuanto tiempo sale a divertirse ?

- 1) Por lo menos una vez a la semana.
- 2) Por lo menos una vez al mes.
- 3) Por lo menos una vez al año.
- 4) Nunca.

34.- ¿ Ingiere bebidas alcohólicas ?

- 1) Sí.
- 2) No.

35.- Si lo hace, mencione en que condiciones:

- 1) Solo o con desconocidos.
- 2) Con familiares.
- 3) Con amigos.

36.- Cuando toma, lo hace:

- 1) En casa.
- 2) En casa de los amigos.
- 3) En cantinas u otros lugares.

37.- En su casa, cuando los familiares y usted, están viendo la Televisión:

- 1) Tiene que ver los programas que les gustan a ellos.
- 2) Le gustan los mismos programas que a sus familiares.
- 3) Ve los programas que usted prefiere.
- 4) No tiene o no le gusta la televisión.

ACTIVIDAD

38.- ¿ En que se trabajó durante el mayor tiempo de su vida ?

- 1) Campesino.
- 2) Labores Domésticas.
- 3) Profesional.
- 4) Obrero.
- 5) Comerciante.
- 6) Empleados.
- 7) Oficios.

39.- ¿ Actualmente tiene empleo ?

- 1) Sí.
- 2) No.

40.- Si contesto que sí, mencione cual es:

41.- Si no tiene empleo fijo, o si lo tiene , ¿ Desempeña alguna otra actividad en el hogar ?

- 1) Ninguna.
- 2) Alguna.

42.- Apraximadamente, ¿ Cuántas horas desempeña en su actividad diariamente ?

- 1) Ocho o más horas.
- 2) Más de 6 horas pero menos de 8.
- 3) Más de 4 horas pero menos de 6.
- 4) Menos de 4 horas pero más de 0.
- 5) 0 horas.

- 43.- ¿ Sus actividades las lleva a cabo ?
- 1) En forma constante.
 - 2) En forma ocasional.
 - 3) Rara vez.
- 44.- ¿ Cree que la actividad que desempeña es útil para la familia ?
- 1) Sí.
 - 2) No.
- 45.- ¿ Está de acuerdo su familia con que usted trabaje ?
- 1) Sí.
 - 2) No.
- 46.- Si no trabaja, ¿ Considera que cuando trabaja la familia lo atendió mejor ?
- 1) Sí.
 - 2) No.
- 47.- Si no desarrolla ninguna actividad, ¿ Considera que podría efectuar alguna ?
- 1) Sí.
 - 2) No.
- 48.- Si contestó afirmativamente, ¿Cuál cree que podría ser ésta ?
- 1) Campesino.
 - 2) Labores Domésticas.
 - 3) Profesional.
 - 4) Obrero.
 - 5) Comerciante.
 - 6) Empleado.
 - 7) Oficios.

49.- Al terminar sus labores, ¿ Termina fatigado ?

- 1) Sí.
- 2) A veces.
- 3) No,

50.- La actividad que desempeña, la lleva a cabo:

- 1) Porque usted mismo lo decidió.
- 2) Porque la familia lo exige.
- 3) Por otras causas.

51.- ¿ Considera que la actividad que el anciano desempeña es necesaria ?

- 1) Sí.
- 2) No.

52.- Si el anciano no trabaja, desearía que trabajara ?

- 1) Sí.
- 2) No.

NOTA: LAS PREGUNTAS QUE ESTAN MARCADAS CON EL SIGUIENTE SIGNO (&) ,QUE SON LOS NUMEROS: 21,23,30,51 y 52,CORRESPONDEN A LOS FAMILIARES.

BIBLIOGRAFIA

- 1) POE, W.D. : RICE, H:L: " Friendship Manor: a community Geriátrics Model " Journal of American Geriartics Society 6: 283 1976.
- 2) Gaits, CH.M. " Planningfor Retriment " Jama 238:I49 1977
- 3) Halse, H:Y: " Problems of retirement " The Medical Journal of Australia I:II8, 1976.
- 4) Glick , S:M: Medicina preventiva en Geriatria. Putnam's Sons, 1972
- 5) Articulo Principal " Longevidad y Medicina M:D: En español 26,37- 1978
- 6) Paillat," Sociologia de la vejez" 47-1971
- 7) López, L:F. " El Médico frente el anciano" atención Medica II,5 - 1977
- 8) Conn,H.F. " Family practice " 1973
- 9) Salud pública Vol. 25 Num. I 2.I/ I32- 1983 Ramón Alvarez Gutierrez.