

11297  
20/ 66

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
División de estudios de posgrado  
Departamento de medicina general familiar

## EL ANCIANO Un enfoque bio-psico-social

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A N :  
DRA. MARIA GUADALUPE MARTINEZ SUSANO  
DR. ALEJANDRO ESCANDON AYALA



ISSSTE CLINICA ORIENTE

GENERACION 85-88

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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**I N D I C E**

- 1. Concepto y definiciones.**
- 2. Introducción.**
- 3. Teorías del envejecimiento**
- 4. Cambios del envejecimiento**
- 5. Repercusión psicológica.**
- 6. La vejez en la sociedad.**
- 7. La atención que se brinda.**
- 8. Recomendaciones prácticas.**

## 1. CONCEPTO Y DEFINICIONES.

*Gerontología proviene del griego geronto (viejo o anciano) y logos (tratado, ciencia), se dice de la ciencia biológica que se ocupa del envejecimiento y por consiguiente estudia los fenómenos vitales tanto en sus aspectos fisiológicos como sociales y económicos que tienen lugar en las etapas avanzadas de la vida. (17)*

*Geriatria proviene del griego geron e iatria (curar) es la especialidad médica derivada de la anterior que estudia y trata los cambios y enfermedades del organismo senecto. (17)*

*Los gerontólogos consideran al envejecimiento como un deterioro progresivo de las funciones orgánicas del adulto al cual disminuye su capacidad de adaptación en un ambiente dinámico, y termina con la muerte. (25)*

*Biológicamente se considera viejo joven a la persona entre 60 y 75 años, y viejo añoso a la persona mayor de 75 años; debido a que en la primera se encuentra una vitalidad física mayor y en la segunda se aprecia una franca declinación para encargarse de sus necesidades vitales básicas (9,15). (25,14).*

*En México, en 1979 se creó el Instituto Nacional de La Senectud, con la finalidad de responsabilizarlo de la protección, ayuda, atención y orientación de la población mayor de 60 años. (12)*

Siendo la gerontología un campo reciente en nuestro país, dado el aumento en la expectativa de vida; es de primordial importancia su conocimiento para enfrentar esta etapa de la vida de una manera responsable en cuanto a satisfacer las necesidades que nos plantea en el terreno de orientación y atención para nuestra población.

## 2. INTRODUCCION

*La necesidad de definir el envejecimiento normal y diferenciarlo de la enfermedad es urgente, ya que la población de 60 años de edad y mayor representan un segmento de rápido crecimiento. (9)*

*Desde hace décadas, México ha tenido una alta tasa de natalidad, lo que aunado a los avances de los servicios de seguridad y asistencia sociales en general, la esperanza de vida al nacimiento de la población ha venido aumentando, lo cual resulta evidente si se toma en consideración que en el año de 1960 ésta era de 58.9 años, mientras que en 1970 aumento a 61.9 y en 1980 creció a 66.6 años y se espera que para el año 2000 - se continúe incrementando a 70.8 años.*

*Fuente: Benítez Z. Raul y Cabrera A. Gustavo, EEED; - el Colegio de México. Y S.P.P. "Evaluación -- y análisis, proyecciones de la población Mexicana 1970-2000"*

*En la actualidad 1,123,177 habitantes tienen entre - 60 y 64 años y 2818 399 son de 65 años y más. La división por sexo nos muestra que 1 970 832 son varones y 2 172 084 son mujeres.*

*Fuente: X censo general de población y vivienda 1980.*

*Frecuentemente se piensa que el proceso de envejecimiento se acelera por factores socioeconómicos, tales como las malas condiciones de habitación, de trabajo a las tensiones propias de la vida. De hecho, es posible que esta aceleración ocurra, pero es difícil confirmarla. No obstante, existen varios estudios en los que se afirma que las situaciones de stress o la incapacidad para sobrellevarlo aceleran el proceso del envejecimiento. (25).*

*Así mismo, por lo general se considera que la actividad física regular en los intelectuales y la actividad cultural en los trabajadores manuales retrasan el envejecimiento (25).*

### 3.- TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO. (5,25)

El presente trabajo no es una teoría del envejecimiento corporal ya que un modelo satisfactorio para explicar los cambios del tejido conectivo no lo es para las células -- epiteliales que se dividen en vida, o de células que no se dividen como las neuronas. Indicando la probabilidad que distintos tejidos envejezcan de diferente manera.

#### Factores genéticos.

Los factores genéticos indudablemente influyen en el envejecimiento, y esto es más aparente en variaciones sobre la expectativa de vida en diferentes especies. El humano puede vivir 70 años, pero una mariposa sólo 24 horas. En la misma especie el rango de expectativa de vida individual es más corto lo cual se mostró en la década de los 30 al poder predecir la expectativa de vida de un ser humano con cierta acuciosidad al conocer la edad de muerte de los padres y los cuatro abuelos.

En el presente, no hay una doctrina científica aceptada respecto al "¿cómo?" del envejecimiento. Posiblemente la teoría más ampliamente aceptada es la sostenida por Medawar, según la cual la selección evolutiva para la supervivencia ya no funciona una vez que terminada la eficiencia reproductiva, carecemos de medios para suprimir o modificar genes nocivos -- que manifiestan (expresan) su función sólo después de terminada la vida reproductiva.

La pregunta es: si el material genético se encuentra programado para empezar a producir envejecimiento después de cierto período (de la misma manera en que se dispara la pubertad) o si la programación genética, es la que produce mal fun-

ción.

### Errores de acumulación.

Las células en división activa dependen de la transmisión acuciosa del material genético de las células padres a las hijas. La información es programada en el DNA nuclear y transcrita por el RNA mensajero de la célula hija. Cada estado involucra ciertas enzimas que si se alteran pueden impedir la producción de proteínas; esta acumulación de errores puede causar eventualmente mal función celular.

Lo que aún no se esclarece es la causa del primer error, puede ser una mutación del DNA nuclear o una falla en los mecanismos de retroalimentación para corregir errores, -- los cuales son inevitables en un sistema biológico. Una simple alteración enzimática puede rápidamente producir errores en la síntesis de proteínas en tres y cuatro generaciones, ya que el número de errores necesarios para impedir la función celular es pequeño.

Holliday y sus colaboradores fueron los primeros en idear métodos para identificar y medir el daño funcional de las enzimas celulares. Se fundan en que la actividad o concentración de una enzima puede medirse de dos maneras: La primera y más directa es medir su actividad contra su sustrato normal si una enzima desdobla el almidón en azúcares, por ejemplo, la cantidad de azúcar producido o de almidón desdoblado en condiciones estandar dan la medida de la cantidad de enzima que intervino en el ensayo. El segundo método consiste en calcular la cantidad de enzima proteina que se convina con el anticuerpo preparado contra una muestra muy purificada de la enzima en estudio. En todas las muestras de enzima no modificada intacta se deberá obtener un valor estandar constante. Si la enzima

de las células en la fase terminal ha cambiado, el valor estará disminuido. Cuando estas pruebas se aplicaron a tres enzimas fácilmente estudiadas las tres mostraron una notable pérdida de eficacia, de las células que se aproximaban al límite Hayflick.

En 1975, el mismo grupo de investigadores hizo el importante descubrimiento de que, en las células en fase terminal, podía demostrarse directamente que la polimerasa del ADN propende a error.

El que este proceso no se presente en la juventud -- pueda ser debido a un eficiente sistema inmune que declina con la edad. Independientemente de que las aberraciones cromosómicas se incrementan con la edad, también se ha demostrado daño irreparable en DNA, RNA, o síntesis de proteínas como causa actual de envejecimiento.

#### Mutación.

Es definida como alteración en la transcripción del DNA durante la mitosis. El envejecimiento puede ser debido a una acumulación de mutaciones causadas por radiación y otros peligros potenciales del medio ambiente como a químicos y tóxicos.

Cuando la luz ultravioleta penetra en células superficiales, como las de la piel, o en células experimentalmente expuestas en delgadas capas de líquido, se inflige un daño estándar al ADN.

Con certeza, las pequeñas dosis de radiación repetidas reducirán la expectativa de vida de un animal, el efecto del envejecimiento y la radiación incrementa el número de muta

ciones. La longevidad de un animal viejo es inversamente proporcional al número de mutaciones que desarrolla, resulta muy evidente que la duración de la vida, la frecuencia del cáncer y la edad en que se presenta son caracteres de los mamíferos determinados genéticamente y estrechamente relacionados entre sí en alguna forma. Las células somáticas son influidas por cualquier mutación en la línea germinativa, pero el ADN de toda célula somática, en cualquier etapa del desarrollo, también puede sufrir mutación. Sujeta a sus muy diferentes situaciones y posibilidades, la mutación de las células somáticas es esencialmente - igual a las de las células germinativas. Aunque hay una diferencia fundamental entre las mutaciones producidas por la edad y las encontradas posteriormente a una exposición a radiación. Al comparar la mutación por variación natural y por radiación, se encontró que la primera produce mayor reducción de la vida. Adicionalmente las mutaciones producidas por radiación persisten - unas cuantas divisiones y desaparece, implicando que normalmente el daño por radiación es reparado. (5, 25)

La célula mutante producirá un efecto perceptible sólo si, por alguna razón, prolifera más rápidamente que las células contiguas de su misma clase no mutantes.

En la práctica, ello significa que las únicas mutaciones somáticas individuales que podemos identificar y estudiar son las que dan origen a tumores malignos o a afecciones esencialmente similares, como las leucemias. Sin embargo, tienen que ocurrir otras muchas formas de mutación somática en -- que, aun cuando no pueda observarse resultado alguno por un -- error de mutación único, la acumulación de muchos de estos -- errores produzca un efecto observable. (3, 5, 25)

Envejecimiento programado.

La idea de que el envejecimiento es debido al funcionamiento de un reloj biológico es muy atractiva, así como el crecimiento y la pubertad se encuentran determinados genéticamente o bajo la posibilidad de que el envejecimiento también lo sea. Hayflick (1976) demostró que una célula normal puede llevar a cabo un número fijo de divisiones antes de morir. Los fibroblastos de embrión humano se dividen en  $50 \pm 10$  veces in vitro (100 millones de células).

La capacidad de división declina al incrementar la edad del animal, así tenemos que los fibroblastos de adultos se dividen sólo  $20 \pm 10$  veces in vitro. Predictiblemente el crecimiento celular con progeria (quienes tienen envejecimiento acelerado) muestran una reducción considerable en la capacidad de división comparada con la de las personas normales de la misma edad. También demostró que el "reloj" que controla el número finito de divisiones celulares se localizan en el núcleo, y que no obstante que las células se puedan almacenar indefinidamente a bajas temperaturas, cuando se reconstituye el cultivo morirá al completar su total de 50 divisiones.

#### Enlaces cruzados seniles.

Este proceso se encuentra en la colágena, pero no en proteínas intracelulares. Se necesitan cinco procesos enzimáticos para sintetizar la procólágena preliminar y otros tres para completar la formación de fibras con enlaces cruzados entre las cadenas. Muchos procesos adicionales han de ocurrir para asegurar que las fibras se dispongan en la cantidad y dirección adecuadas para hacer frente eficazmente a las tensiones locales, incluyendo, necesariamente, al movimiento y a la proliferación de las células productoras de colágena. Las cuatro diferentes clases de colágena son características de diferentes tejidos, y la clase más común se encuentra en la piel y los --

tendones mientras que en el cartilago se halla un tipo distinto.

Cuando se comparan fibras colágenas viejas y jóvenes se ve que presentan aumento de la "cristalinidad", con más enlaces cruzados entre las cadenas y mayor contracción al calentarlas que la observada en fibras jóvenes. Con la edad, se forman enlaces de éster entre las moléculas de colágena produciendo nudos densos que alteran la estructura y función del tejido conectivo, la piel pierde su elasticidad, el deslamiamiento de los discos intervertebrales declina, los tendones y las vainas colágenas que envuelven a los músculos incrementan paulatina - mente su rigidez.

#### Radicales libres.

Son fragmentos de moléculas que contienen un elec - trón no apareado, siendo altamente reactivas. Se forman duran - te el metabolismo normal, así como de sustancias químicas pre - sentes en el tabaco y los alimentos. Son considerados nocivos porque se piensa que incrementan la mutación, promueven los - enlaces cruzados seniles y pueden ser involucrados en la apa - rición de pigmento senil; los radicales libres son inactiva - dos por antioxidantes, de los cuales la vitamina "E" es un - ejemplo. Los ensayos para demostrar que la vitamina "E" puede prolongar la vida no son concluyentes aún.

#### Teoría inmune.

Se piensa que el timo juega un papel importante en - la competencia inmunológica. Si el envejecimiento es debido a un incremento en la agresividad autoinmune concuerda con la - observada involución a través del tiempo del timo y pérdida - del reconocimiento inmunológico. Conforme avanza la edad hay - una reducción de los linfocitos "T" en sangre periférica, los

que son responsables de la inmunidad celular e hipersensibilidad tardía. Con los antígenos para pruebas cutáneas como la -- tuberculina y el dinitroclorobenceno, quienes provocan una -- reacción de hipersensibilidad del tipo tardío, se percibe disminución del resultado positivo cuando se aplica en ancianos. -- La declinación de los linfocitos "T" se asocia también con un -- aumento en la incidencia de infecciones y procesos malignos. -- Los linfocitos "B" que desarrollan las células plasmáticas y -- son responsables de la síntesis de anticuerpos circulantes, se -- incrementan con la edad.

Se pueden enunciar como requisitos para que aparezca una enfermedad autoinmunitaria:

1. Predisposición genética centrada en el sistema inmunitario.
2. Error genético somático que hace al linfocito resistente -- contra los procesos que deberían ser capaces de frenarlo -- como parte del control normal del sistema inmunitario.
3. Que haya una cantidad disponible del autoantígeno.
4. Un "incitante", a menudo una infección menor, que en una -- u otra forma pone en marcha el proceso.

Aún si lográramos remediar todo mal hábito o infec -- ción crónica y con ello prolongáramos la vida, no habríamos -- descubierto la causa del envejecimiento. (14, 13, 25)

#### 4 . CAMBIOS DEL ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento empieza en el momento de la madurez física. La piel puede ser la primera en mostrar cambios como resultado de la exposición al sol, a los extremos de temperatura y a otros estímulos físicos. Conforme se adelgaza la piel, la pérdida de glándulas sudoríparas y sebáceas producen arrugas, resaquez y mayor fragilidad. (13,11)

Conforme la piel envejece, aparecen muchos cambios - proliferativos benignos.

Las uñas pueden mostrar cambios tróficos caracterizados por menor velocidad de crecimiento, presencia de canales - longitudinales y aumento del espesor posterior a traumatismos. (11)(13)

Los cambios en el color y crecimiento del pelo se -- consideran como uno de los signos más tempranos del envejecimiento y reflejan la actividad metabólica lenta de las células localizadas en la base de los folículos pilosos. (8,13)

Alrededor de los ojos hay disminución del tejido conectivo y elástico de la dermis, apareciendo pliegues cutáneos que pueden evartir parcialmente los párpados. El arco senil es un anillo, blanco, localizado en el borde externo de la córnea que con frecuencia aparece entre los 60 y 70 años de edad. El cristalino pierde gradualmente su capacidad para aumentar de espesor, fenómeno necesario para la acomodación de la visión - cercana (presbiopía), siendo común hacia los 45 o 50 años de edad. Después del sexto o séptimo decenio de la vida, es frecuente observar una opacificación del cristalino con formación de cataratas, pero estas no necesariamente se presentan con la vejez. (13)(17)

En la senectud invariablemente se engrosan las paredes vasculares provocando una opacidad de las arterias, las que pierden su coloración roja y vistas con el oftalmoscópio parecen alambres de cobre. (11, 13, 25)

La integridad auditiva debe conservarse intacta hasta el sexto o séptimo decenio de la vida. En el anciano existe cierto deterioro auditivo debido al engrosamiento de la membrana timpánica y a la menor capacidad de resolución de los huesecillos del oído medio. La exposición excesiva a un ambiente contaminado por ruido puede acelerar la pérdida auditiva. -- Muchos ancianos cursan con problemas auditivos simplemente por la acumulación de cerumen en el conducto auditivo externo. (11, 13, 25)

El aparato vestibular también pierde su capacidad -- para conservar el equilibrio postural. De esta forma, los cambios repentinos de posición pueden producir falta de equilibrio y caídas.

Puede haber pérdida del gusto y del olfato, y en especial para los mayores de 70 años que se encuentran parcialmente debilitados, la disminución del reflejo de la tos aumenta el riesgo de aspiración.

En la tercera edad se cursa con una reserva cardíaca limitada que reduce la adaptación cardiocirculatoria al esfuerzo por: a) Disminución gradual del volumen ventricular --- por latido, que a su vez reduce el gasto cardíaco, b) Aumento de la resistencia periférica, que provoca un aumento gradual de la presión arterial sistólica. c) Ambos acontecimientos limitan la capacidad del anciano para responder al ejercicio y al stress. Conforme avanza la edad aumenta el depósito de amiloide en el miocardio, constituyendo un factor decisivo en la disminución de la reserva cardíaca. Todos estos cambios aumen-

tan la insuficiencia cardíaca congestiva. Sin embargo, podemos decir que el ejercicio físico moderado favorece a muchos individuos debido a que produce una sensación de bienestar y vitalidad. (23,11,13,25,9,16,7,14)

Conforme envejecemos, existe una reducción en la velocidad de filtración glomerular que parece ser independiente de las enfermedades renales intrínsecas o preexistentes, porque coincide con la edad cronológica. El nitrógeno de urea sanguínea (BUN) y los niveles de creatinina se conservan dentro de límites fisiológicos en los pacientes sanos hasta el octavo y noveno decenio de la vida. Sin embargo, la disminución de la velocidad de filtración glomerular limita la capacidad de adaptación de la función renal al stress. Así, el anciano puede caer en insuficiencia renal por un esfuerzo leve o moderado que sería bien tolerado por un individuo más joven. (18, - (20,22,13).

En el anciano de ambos sexos el impulso sexual puede permanecer intacto, pero con menos intensidad que en los individuos más jóvenes. Por lo general, la libido constituye una fuerza importante en la mujer hasta la menopausia, mientras que disminuye gradualmente en el varón a partir de los 40 años (3,13,25,20,14).

Como consecuencia de reducción de la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina y de una disminución en la producción de insulina en las células beta del páncreas, es posible detectar valores más altos de glucosa sérica como respuesta al stress o a una carga de glucosa. Así los niveles altos de glucosa no deben confundirse con diabetes mellitus incipiente o clínica. (20,22)

En el esqueleto existe una reducción gradual de la -

masa ósea total, osteoporosis, que es más importante en la mujer que en los varones. A pesar de que no se conoce el mecanismo responsable de este trastorno, es posible estabilizarlo o bien retardarlo añadiendo calcio, vitamina "D" y flúor a la dieta. (13)

En el anciano es fácil observar el resultado directo de la osteoporosis, que es una disminución gradual de la talla. La pérdida de la fuerza mecánica del hueso, aumenta las posibilidades de que cualquier lesión produzca una fractura. Una de las consecuencias más graves de la osteoporosis mandibular y maxilar es la pérdida de la dentadura, deteriorado la alimentación y provocando desequilibrio nutricional que acelera e intensifica otros problemas relacionados con el envejecimiento. (9, 13)

La senectud no provoca ningún cambio típico neuroconductual importante desde el punto de vista clínico, una de las principales causas de disfunción fisiológica es la enfermedad vascular cerebral. Ciertas funciones cognitivas, en especial la memoria, la velocidad psicomotora y las desviaciones conceptuales, son más vulnerables que otras a los efectos del envejecimiento. Así como la fisiología del cerebro anciano es susceptible de sufrir ataques externos o internos, el estado emocional de muchos pacientes seniles se encuentra en una situación tal que la tensión psicológica, los cambios sociales y la confusión ambiental pueden precipitar cambios neuroconductuales exagerados. (1, 13, 11, 14)

En el cerebro humano que envejece, es común observar macroscópicamente un ensanchamiento con aumento de profundidad de las cisuras, disminución del espesor y la masa de la circunvoluciones. Se pierde cerca del 5% del volumen cerebral, el peso promedio del cerebro disminuyó de 1 449 gramos en los individuos de 20 a 30 años de edad a 1 344 gramos en los de 70 -

a 80 años. En el volúmen ventricular se ha demostrado un aumento progresivo durante los primeros seis decenios de la vida y un aumento aún mayor durante el octavo y noveno decenio. (4, 25)

Es cuestionable que por definición la obesidad, diabétes mellitus y la enfermedad en sí sean dependientes del envejecimiento. (20, 22)

Andrés ha calculado la relación entre el índice de masa corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) y mortalidad para sujetos del centro de investigaciones gerontológicas, revisando los esquemas del peso en relación a la edad/mortalidad. En donde concluye que -- "Las tablas metropolitanas tienen un error, aparentemente fud al tratar de simplificar las recomendaciones de peso, ya que no toman la edad como variable". Además, si las recomendaciones se basan en peso asociado con disminución de la mortalidad considerando a la edad por década de vida- "no se necesita separar las tablas para hombres y mujeres." (22)

Por otro lado, la obesidad no se asocia a la muerte, pero sí con una variedad de enfermedades como diabétes mellitus. Los expertos en el campo creen que si el peso ideal es mayor para ancianos también lo sería el nivel "normal" de glucosa. Aunque no se tienen los datos suficientes para colocar nuevos patrones, es una observación común que los niveles de glucosa sanguíneas en respuesta a la prueba de tolerancia a la glucosa son mayores en sujetos ancianos, el uso del nivel actual de la prueba "etiquetaría al 50% de los ancianos como diabéticos". (22, 25)

*Durante un estudio longitudinal de los niveles de colesterol en Baltimore, se descubrieron dos cosas:*

- 1. El nivel de colesterol disminuyó al incrementar la edad, -*
- 2. Se presentó una disminución estadísticamente significativa en los niveles séricos de colesterol para todos los grupos de edad en relación al tiempo. (22)*

*En general, los ancianos y los individuos con poca actividad cursan con niveles más altos de colesterol y triglicéridos séricos y niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad. (22)*

#### 4.1 CAPACIDAD FUNCIONAL EN LA TERCERA EDAD.

El reconocimiento de que alguna gente tiene dificultades para adaptarse a su período senil ha inducido a considerables discusiones en la naturaleza de este cambio. A principios de 1960, la desintegración de la sociedad que sufren los ancianos fué sentida como un ajuste natural y aunque no fuera deseable sería inevitable y debería de ser considerada como período normal para la conservación de ancianos con recursos disminuidos tanto físicos como mentales. En contraste la teoría de "integración" sostiene que la mayoría de la gente mantiene el mismo nivel de actividad durante la tercera edad, que la disminución de la actividad refleja enfermedad y no vejez como tal y que la actividad es el reflejo de una vejez afortunada. (3,2,5, 11).

En el estudio longitudinal de Duke por un período mayor de 10 años se observó poca o ninguna reducción en la actividad o satisfacción de la vida para varones y para mujeres, fué poca la declinación para ambos. No obstante que la mayoría de la gente disminuye algunas de sus actividades al envejecer toma otras en su lugar, por lo que en la evaluación general se observa un nivel generalmente constante. Ciertamente hay una correlación estrecha entre un buen estado de ánimo y alto nivel de actividad. Sin embargo, algunos ancianos se desintegran pero expresan satisfacción en su vida, pudiendo depender de su cultura y estilo de vida previos. (3)

Existen varios datos que justifican el papel del ejercicio en la longevidad. Entre las poblaciones de Vilcabamba, de Alkasiaosa y de Hunsa, sólo se han encontrado dos puntos en común: la actividad física intensa y antecesores longevos. (3)

El ejercicio de resistencia, como los deportes, parecen alargar la duración de la vida; las mayores tasas de supervivencia son las que corresponden a los atletas de campo y de pista, seguidos por los jugadores de béisbol, los boxeadores y los jugadores de fútbol. Se ha observado que los atletas que siguen practicando ejercicio incluso a edades avanzadas son más longevos. (18,3)

Los atletas endomesomórficos tienen una duración de vida más corta que los ectomórficos. (9,3)

El ejercicio influye sobre otros factores que se sabe tienen relación con la longevidad, como la obesidad, el tabaquismo, la presión arterial y algunos estilos de vida. (14,11,13)

El ejercicio aumenta el metabolismo basal que continúa elevado durante 15 hrs. después de haberse terminado el ejercicio intenso. (29)

La disminución de la funcionalidad con la edad es mayormente debida al proceso central para tomar decisiones que a la ejecución de movimientos. Explicaciones:

1. Disminución de la tasa de difusión de las señales en el cerebro.

La reducción en la aferencia sensorial, la pérdida de células cerebrales activas y el incremento en la actividad neural espontánea "propagación neural" pueda tender a confundir la percepción de señales y la toma de decisiones.

2. Disminución de los ritmos EEGS.

Se puede percibir la correlación entre tiempo de reacción y la edad por medio del ciclo alfa.

### 3. Dificultad para manipular datos mentales.

El tiempo de reacción se incrementa rápidamente con la edad cuando hay un proceso intermedio en lugar de una respuesta simple a una señal; como lo pueda ser el responder a una señal dada en la mano derecha, con un movimiento de la mano izquierda.

### 4. Monitoreo de la respuesta.

El tiempo de reacción a una señal aislada cambia relativamente poco con la edad, pero disminuye marcadamente cuando las señales son continuas, esto probablemente sea debido a que hay una gran tendencia por parte de los ancianos a corroborar su acción previa antes de fijar su atención en una nueva señal.

Esta gran tendencia para rectificar sus acciones enfatiza la meticulosidad más que la rapidez. Lo que los hace más cuidadosos que los jóvenes. (27,13)

En la valoración del paciente geridátrico es pertinente elegir las drogas con menos efectos adversos para elaborar su régimen terapéutico. La restauración parcial de la función puede marcar una considerable diferencia entre una vida útil o inútil. El médico general debe de tomar al papel central en el cuidado domiciliario del paciente ya que el manejo posterior depende de la colaboración completa y a todos niveles entre el equipo de geriatría hospitalario y el equipo de atención primaria. (24,6)

La hospitalización es necesaria cuando el tratamiento en casa no puede ser llevado por circunstancias sociales adversas. Para el anciano con enfermedad severa quien es casi to

talmente dependiente, el cambio en el medio ambiente producido por la hospitalización generalmente es lo mejor. Cuando la fase aguda de la enfermedad ha pasado, el sistema rígido de la atención hospitalaria tradicional no es lo mejor para la rehabilitación completa del paciente; ya que motivar la iniciativa y la autoestima del paciente dándole oportunidades de acción independiente son de gran importancia. Sin embargo, el paciente con una afección de largo plazo y el débil tienden a disminuir su capacidad funcional y su autosuficiencia con los cuidados hospitalarios de rutina. (13, 9, 18, 19)

En un hospital general la inmovilización innecesaria -- para pacientes ancianos es frecuentemente desastrosa y puede terminar en postración permanente. (6)

#### Efectos nocivos de la inmovilización prolongada:

- a) Psicológicos. Como resultado del aburrimiento y apatía mental el paciente niega sus necesidades personales y pierde toda autoestima, desarrollando incontinencia para adicionar la a su degradación personal. La pérdida del estímulo mental, especialmente en quienes tienen alteración visual y auditiva, conduce a una forma de privación sensorial. El estado final es una desintegración completa de la personalidad, lo cual es más lamentable ya que es irreversible.
- b) Físico. Las articulaciones se vuelven rígidas, desarrollando se contracturas, particularmente en los ligamentos, causando fijación en flexión de las rodillas, y en los músculos de la pierna causa pie rígido. En los sitios de prominencia -- o sea desarrolla úlceras por compresión. La constipación debida a la inactividad y a ignorar la distensión rectal provoca impactación fecal. Pudiendo ocurrir aumento en la incidencia de infección, neumonía hipostática y pielocistitis

La inmovilización prolongada también favorece al desarrollo de osteoporosis y trombosis venosa profunda.

A manera de minimizar estos peligros, el período durante el cual un paciente anciano es confinado a la cama debe reducirse al mínimo posible. De este modo la deambulaci6n temprana, aceptada actualmente en el período post-quirúrgico, --- también beneficia a muchas otras condiciones médicas como lo son hamplesia, parkinson, artritis, espondilosis, osteoporosis, úlcera varicosa así como algunos problemas respiratorios y cardíacos. A pesar de que la movilizaci6n temprana de pacientes con incapacidad física inicialmente impone una carga pesada para el equipo que lo atiende, una vez incrementada la actividad, se responsabiliza al paciente de su higiene personal y posteriormente de su rehabilitaci6n. (24,25,11,6,7)

Existen datos actualizados que no sólo apoyan el concepto de que el acondicionamiento físico es provechoso en todas las edades, sino que muestran también que el anciano saludable es tan capaz de entrenamiento como el adulto joven. Un programa de actividad física regular-graduada, dentro de la capacidad de persona tiene beneficios físicos y psicológicos. El médico debe seleccionar un programa compatible con el temperamento y capacidad física de sus pacientes. (11,9)

#### 4.2 EFECTO TRANQUILIZANTE DEL EJERCICIO.

La importancia de comprobar si un buen ejercicio físico podía aliviar la tensi6n nerviosa es obvia desde varios puntos de vista. En primer lugar, la prensa popular ha reportado que en 1964 la venta anual de tranquilizantes en los Estados Unidos de América fué de 327 millones de dólares. En 1975, en California se gastaron 104 millones de dólares en Valium, lo que nos permite suponer que el gasto en tranquilizantes debe -

alcanzar cerca de un billón de dólares por año en los E.U.A. - En 1979 se calculó que el costo de los padecimientos causados por tensión excesiva, en Canadá, era de cerca de 11 millones de dólares - unos 6 billones de dólares- en ausencia del trabajo y otros 5 billones por tratamiento. (9, 27, 7)

En segundo lugar, la literatura médica más reciente incluye gran cantidad de informes sobre estudios clínicos y de laboratorio que sugieren que ninguno de los tranquilizantes actualmente empleados puede tomarse sin el peligro de provocar efectos colaterales y/o la posibilidad de adicción.

En tercer lugar, se sabe que la rapidez de las reacciones y de los movimientos en el anciano está disminuido como consecuencia del envejecimiento, lo que constituye un serio factor de riesgo para los conductores de vehículos o los peatones. Cuando el retardo de las respuestas se acentúa por efecto de los tranquilizantes, aumenta el peligro al caminar o manejar. (9, 27, 7)

El ejercicio del tipo e intensidad adecuados tienen efecto bastante mayor sobre la musculatura en reposo que el meprobamato, uno de los tranquilizantes que con más frecuencia se prescriben en la actualidad. (23)

a) El corazón senil.

Lakatta, ha reexaminado la noción del decremento del rendimiento cardiaco en el corazón senil, especialmente durante el ejercicio.

En un estudio de pacientes mayores de 80 años en Baltimore, hombres y mujeres sin enfermedad arterial coronaria -- (confirmado por la prueba de stress con talio) se demostró fal

ta de correlación entre la edad y el rendimiento cardíaco.

Comentando los estudios de otros investigadores que presentan decremento del rendimiento cardíaco en la vejez, la rutina puntualiza que unos estudios incluyen pacientes institucionales con manejo agudo y crónico. Este es un grupo en el cual "otras causas diferentes a la vejez, como enfermedad coronaria oculta o falta de condición física pueden ser consideradas como causas de declinación". (23)

El rendimiento cardíaco en respuesta al ejercicio es mantenido en el anciano por lo que puede ser "la más sutil manifestación del proceso del envejecimiento". Lo que incluye -- disminución del vol/min. cardíaco, aumentando el volumen telesistólico y reduciendo la fracción de eyección. (23)

Los mecanismos adaptativos como lo son un mayor volúmen de llenado telediastólico y aumento del volumen concentrado previenen la declinación del rendimiento cardíaco. Sin embargo, da por resultado aumento de la presión de llenado y así una mayor tendencia para disminuir la frecuencia respiratoria durante el ejercicio. (13)

Estos cambios útiles en la función cardiovascular - en el anciano son consecuencia de alteración en los niveles - de - y respuesta a - catecolaminas. En un estudio reciente de 24 hombres entre 68 y 77 años se demostró aumento de los niveles de norepinefrina durante el ejercicio y aumento de los niveles de epinefrina durante el reposo, en comparación con hombres entre 22 y 37 años y 44 a 55 años de edad (p 0.01). (22)

No obstante que parece paradójica la asociación de - disminución de la tasa cardíaca con el aumento de los niveles-

de catecolaminas, Feig ofrece esta explicación "varias evidencias en animales y humanos sugieren una respuesta disminuida - del órgano blanco a las catecolaminas conforme avanza la edad. Por otro lado se ha tomado como marcador principal de envejecimiento cardiovascular el decremento en el consumo de oxígeno - (un indicador de eficiencia cardíaca que mide la perfusión de oxígeno músculo esquelético durante el ejercicio). (23)

22 pacientes de 22 a 77 años realizaron la prueba - de ejercicio en la banda sin fin, al medir su consumo de oxígeno muscular, se encontró que cuando los pacientes están sanos, muchos de los déficits llamados relativos a la edad desaparecen. (23, 14, 25)

#### 4.3 NUTRICION DURANTE EL ENVEJECIMIENTO.

A lo largo de los años han surgido cuatro hipótesis que tratan de explicar la manera como las restricciones dietéticas disminuyen la velocidad del envejecimiento;

1. Mediante la prolongación de la inmadurez.
2. Mediante la reducción de la velocidad del crecimiento y la prolongación de la duración del mismo.
3. Mediante la disminución de la grasa.
4. Mediante la reducción del metabolismo. (25)

En los hombres y mujeres que viven en los países desarrollados, la masa corporal aumenta con la edad, cuando menos hasta la edad adulta. El aumento en la masa de grasa puede deberse a una hiperplasia de adipocitos a una hipertrofia de los mismos o a ambos mecanismos. (7)

Debido a que la lipólisis es uno de los componentes básicos de movilización de la grasa, parece probable que ésta disminuye con la edad y que la restricción alimentaria puede modular este deterioro.

Las investigaciones de los últimos años demuestran la manera como la restricción alimentaria modula un gran espectro de cambios fisiológicos con el envejecimiento. Pero los datos no apoyan el concepto de que la restricción alimentaria retarda el envejecimiento al disminuir el metabolismo. (14)

Así se puede concluir que la nutrición puede influir en forma considerable sobre el proceso del envejecimiento y sus manifestaciones. También resulta evidente que las manipulaciones nutricionales puedan proporcionar un instrumento útil para explotar las bases del proceso del envejecimiento y, lo que es más, que quizá es posible modificar el envejecimiento del ser humano a través de medidas nutricionales. (25,11,7,14)

#### 4. CAPACIDAD INTELECTUAL.

Todas las estimaciones indican un máximo de eficacia fisiológica del cerebro, para obtener nuevas habilidades físicas e intelectuales a la edad de 20 años aproximadamente. Después de los 20 años o alrededor de ellos, la capacidad intrínseca tiende a descender.

Los estudios recientes muestran falta de correlación entre declinación de la inteligencia y edad avanzada. Ya que se encontró error al aplicar el cuestionario (WAIS), debido a que no toma diferencias entre generaciones como lo son el promedio educativo, período escolar, nivel de vivienda, nutrición salud pública, y en caso de los ancianos no toma en cuenta si hay alteración en la salud física. A la vez se encuentra que -

Los sujetos brillantes con óptima salud física y altamente motivados conservan un buen nivel en el estudio por mayor período. Un estudio longitudinal mostró un I.Q. discretamente mayor a los 50 años paradójicamente discretamente en los años posteriores. (27)

Es evidente que de igual forma la enfermedad asintomática puede reducir la capacidad para contestar el WAIS, los hipertensos no tratados obtienen menor marca que los no hipertensos o los que están controlados medicamente, en un experimento realizado para evaluar la eficiencia de pilotos a grandes altitudes, se encontró una correlación directa entre la reducción de la oxigenación cerebral y alteración de la habilidad mental. (27)

La mayoría de los estudios longitudinales no muestran declinación intelectual sistemática al envejecer, excepto por una aparente dificultad en el aprendizaje. Weohler ha encontrado dificultad en los estudios funcionales como: sustitución de dígitos, complementar pinturas y diseño de bloques; -- más que en capacidad mental como: información, vocabulario y comprensión. Esto indica que al anciano se le dificultan los trabajos que requieren rapidez. (20)

La demencia senil del hombre se relaciona regularmente con atrofia del cerebro y gran disminución del número de células nerviosas en casi todas sus porciones, según se juzga por estudios microscópicos de material necrópsico. (13)

#### 4.5 SEXUALIDAD.

Según el informe de Kersney (3, 25) La plenitud sexual se sitúa en el hombre hacia los 16 años. En su juventud, el promedio de coitos sería de dos a tres por semana para los solteros, de 4 a 8 para los casados. La media bajaría a 1.8 a los 50 años para los dos grupos; hasta 1.3 a los 60 años y 0.9 a

Los 70. Kinsey ha estudiado los casos de 87 hombres blancos y de 39 negros, de más de 60 años. Las frecuencias medias de eyacuación eran de una vez por semana a los 65 años, 0.3 a los 75 y menos de 0.1 para los octogenarios. A los 60 años, 6% eran absolutamente inactivos; a los 70 años, 30% y la curva sigue bajando. A los 70 años, una cuarta parte de los blancos son impotentes, a los 75 años, más de la mitad. Entre los 71 y 86 años, cierto número de sujetos se masturban. Entre 76 y 80 años se observan poluciones nocturnas. (3, 25)

La sexualidad del anciano refleja un intento para integrar la necesidades emocionales, los cambios fisiológicos, - la configuración de las actitudes y los cambios en la circunstancia de la vida. (19)

No existe ninguna correlación constante entre la -- capacidad reproductiva de la mujer y su funcionamiento sexual, su satisfacción sexual o su capacidad para llegar al orgasmo - "El envejecimiento no disminuye la libido ni la capacidad de -- llegar a un orgasmo siempre y cuando la salud general sea buena." (24)

Al aumentar la edad, es mayor la cantidad de estimulación que se requiere para eyacular (lo que suele beneficiar a los hombres propensos, en su juventud, a la eyacuación precoz) y la elevación de los testículos antes de que la eyacuación disminuye. También se observó que la intensidad subjetiva de la eyacuación se reduce, al igual que el volumen de esperma. Los ancianos, por lo general, tienen menos necesidad física de eyacular, y muchos hombres mayores de 70 u 80 años de edad dijeron que para ellos el coito era estimulante y satisfactorio sin necesidad de eyacular, la disminución de la erección es más rápida y el período necesario para lograr otra -- erección es de 24 hrs. o más. (9, 20, 22, 3)

"Puede afirmarse con seguridad que la impotencia nunca es consecuencia de la edad cronológica por sí misma". La -

pérdida del funcionamiento e interés sexual entre los ancianos no puede atribuirse a una pérdida inevitable de la respuesta fisiológica. Más bien, es el resultado de otros problemas médicos y sociales que son comunes en el anciano. (3)

Al igual que la ignorancia de la sociedad, las actitudes y los estereotipos sociales constituyen una amenaza potencial para una adaptación satisfactoria al llegar a la senectud, como sociedad, hacemos caso omiso de los propósitos o finalidades no genitales de la sexualidad y de las relaciones íntimas, que motivan el comportamiento tanto en los jóvenes como en los viejos. Estos motivos existen desde el nacimiento hasta la muerte, por encima de cualquier cambio en el estado civil, el empleo o el número de hijos. Las prohibiciones de la sociedad se transmiten en forma sutil pero poderosa, por medio de burlas sobre el anciano, que se enfocan principalmente a su disminuida potencia sexual, su interés o de sus conquistas sexuales. (3)

El hecho de que los médicos y otros profesionales de la salud eviten hablar sobre el sexo con los ancianos constituye un riesgo bastante importante para las adaptaciones sexuales geridátricas. No es posible que los profesionales de la salud sólo hablen de la sexualidad cuando "está indicado", ya que las actitudes personales sobre quién y que es sexual interfieren con este juicio. Los médicos son producto de la sociedad actual y, por lo tanto, están sujetos a las corrientes predominantes sobre la sexualidad. Si esperamos a que el paciente nos haga preguntas sobre el sexo es probable que no tengamos la oportunidad de ayudarlo, ya que la mayoría de ellos no hacen ninguna. (25, 3)

El tabú sexual en ancianos, que subsiste a pesar del aumento en la libertad y franqueza con que es tratado el tema en otros grupos de edad, significa que las dificultades pueden

continuar. Kinsey mostró primero que un grán número de ancianos se encontraron en actividad sexual. En otro estudio de seguimiento por 10 años se encontró que los hombres saludables que tenían relaciones sexuales regularmente declinó de 70 a 25% pero el porcentaje que mantenía interés sexual permaneció constante en 80%. Para mujeres sólo el 20% reportó relaciones sexuales y cerca de un tercio continuó con interés sexual. (25,3)

La función sexual en el anciano también se estudió en relación al nivel de testosterona, encontrando que su nivel en el hombre no declina con la edad. Un estudio temprano llevado a cabo en el mismo lugar mostró declinación de testosterona en ancianos, pero en ese estudio los sujetos fueron institucio nalisados y/o enfermos. (20)

Esto no quiere decir que la frecuencia sexual no decrece, realmente "la actividad sexual decrece de manera al tamente predictible... de acuerdo a infinidad de factores -- que pueden asociarse al envejecimiento... lo que tiene una gran influencia en la actividad sexual de varones ancianos". (3)

Para el hombre, la frecuencia del coito resultó -- ser un pronóstico valioso, mientras que la mujer lo fué la satisfacción obtenida anteriormente en sus relaciones sexuales. (25)

En un exámen de hábitos sexuales de mujeres, se en contro que 3/4 partes de ellas (de 60 a 79 años) notificó po ca o ninguna diferencia en satisfacción sexual a través del tiempo. No obstante frecuentes reportes de los síntomas post menopausicos como bochornos y disminución de la lubricación vaginal, al inicio de su menopausia el 82% reportó efecto nu lo o positivo en su sexualidad (citando como razón de tal --

acontecimiento al decrecimiento de función menstrual y de embarazo. (25)

Estos hallazgos nos han dado mejor entendimiento - del comportamiento normal del anciano no institucionalizado. Según Costa y Nac. Grao "En tanto no tengamos una medida absoluta de la calidad de vida, independientemente del juicio individual subjetivo... consideramos que la tercera edad es un feliz período de vida"... (27)

#### 4.6 PREDOMINIO DEL SEXO FEMENINO. EN RELACION A LA LONGEVIDAD

Hay varios hechos que indican cierta superioridad genética femenina en cuanto a la longevidad;

1. Las mujeres tienen una menor mortalidad tanto en los países desarrollados como en la mayor parte de los países -- subdesarrollados.
2. Las mujeres sobreviven más dentro del útero que los hombres.
3. En un estudio practicado entre sacerdotes y monjas católicas con el peligro similares y situaciones parecidas de salud, se encontró que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres. (13)

Durante los primeros cinco años de vida, la mortalidad masculina es 1/3 mayor que la femenina, de los 5 años de edad, el "exceso" de mortalidad masculina empieza a aumentar hasta alcanzar un máximo entre los 15 y los 24 años. -- Siendo casi 3 veces mayor que la femenina.

#### 4.7 EL SUEÑO Y SUS ALTERACIONES.

La privación del sueño ocasiona ciertas alteraciones o desviaciones con respecto al óptimo fisiológico, no sólo aparece astenia sino trastornos del carácter e incluso la aparición de ideas y sentimientos de hostilidad y persecución.<sup>(8)</sup>

El desarrollo habitual del sueño viene marcado por dos reglas principales. 1) Irregularidad del sueño lento (PSL) fases 3 y 4 al principio de la noche, es decir, los 2 o 3 primeros ciclos (un ciclo es la porción de sueño que no extienda desde una parte (PSL) hasta la siguiente).

2) Aparición periódica del sueño paradójico, se realiza aparentemente cada 90 min. En el sueño nocturno, la primera fase del sueño profundo o fase de latencia, no sobreviene antes de los 45 minutos.

Duración habitual. Se distinguen 2 tipos, los "grandes dormilonas" que necesitan 8 1/2 hrs. o más de sueño cotidiano y los "pequeños dormilonas" que no precisan más de 6 1/2 hrs. Estos tipos representan respectivamente, de manera aproximada un 15% y un 10% de la población.<sup>(8)</sup>

#### Alteraciones del sueño con el envejecimiento.

La alteración del sueño con la edad es una comprobación corriente. La duración del sueño es una función de la edad disminuye mucho durante el primer año de vida, después más lentamente hasta los 20 años y se estabiliza hasta edades gerátricas en que se comprueba una disminución progresiva. La edad ejerce influencia en los despertares nocturnos y en el sueño lento y profundo a partir de los 30 años, la fase 4, comienza a declinar y puede desaparecer por completo hacia la mitad de la vida. La cantidad de vigilia nocturna aumenta con la edad.

como consecuencia de un alargamiento de los periodos de conciencia. (11)

Cerca del 30% de las mujeres y el 14 a 16% de los hombres mayores de 80 años, se quejan de insomnio.

Las causas de insomnio en el anciano pueden concretarse de la siguiente forma: Insomnio de origen físico, no conectado con los mecanismos inductores del sueño y expresado -- por síntomas que mantienen al anciano despierto, dolor, prurito, diarrea, nicturias; síntomas por otra parte derivados de -- patología orgánica.

Insomnio de origen fisiológico, en que se modifica -- el desarrollo fisiológico del sueño por un trabajo nocturno. -- cambio de horario, necesidades de cuidados nocturnos que aumentan el número de despertares. Toma de sustancias estimulantes (anfetaminas, cafeína). (8)

Insomnio reactivo, tras emociones (vivencia anímicas perturbadoras).

Insomnio idiopático, pueden diferenciarse tres categorías: a) Insomnio del comienzo de la noche, en que resulta -- difícil conciliar el sueño, constituido por fases de agitación y estupor. El periodo de latencia, de que se acuesta la persona hasta que aparece el sueño, debe ser superior a 1 -1/4 hrs. para que se altere el estado general del sujeto.

b) Insomnio en el final de la noche. Se caracteriza -- por el adormecimiento reactivo pero con despertar precoz.

c) El insomnio en el curso de la noche realiza cortes -- de sueño de duración más o menos largas, alternando el estar --

*despierto con sopor. Esta forma de insomnio es frecuente en el anciano.*

*Dis-somnias psíquicas.*

*En las dis-somnias neuróticas, el sueño se reduce - a veces considerablemente . Los pacientes pueden llevar años - padeciendo insomnio. La intensificación de la ansiedad o la - depresión suelen dificultar la conciliación del sueño; el sueño de un deprimido es corto, con despertares frecuentes, los - porcentajes de sueño profundo y sueño paradójico disminuyen.*

*En las dis-somnias psicóticas el sueño se caracterí - za por una duración estrechamente corta con despertar prematu - ro, existe habitualmente pérdida de peso marcada que matiza el cuadro notoriamente. (8)*

## 5.- REPERCUSION PSICOLOGICA

*Envajear ha sido descrito como tiempo de pérdidas.<sup>(3)</sup>*

*La jubilación significa no sólo pérdida de la actividad, sino también de la rutina, de los compañeros y del ingreso. Para muchos hombres, el ir a trabajar ha sido lo vital en su vida y algunos nunca sabrán como llenar el vacío -- que les deja su jubilación, la consulta prejubilatoria puede producir ajuste útil en las actitudes prácticas. La jubilación no significa el final de la vida útil de las personas; -- la mayoría de los que se jubilan sin problemas esperan vivir por otros 15 o 20 años . Para una mujer jubilada a menudo es más fácil porque aún tiene su casa y generalmente ha formado un grupo de amigos vecinos, comerciantes y hombres libres de su vecindario. Sin embargo puede haber considerable preocupación en un matrimonio cuando ambos permanecen en casa todo el día.<sup>(14)</sup>*

*Puntos a considerar en la jubilación.*

### 1. Plán principal. Consideración financiera.

*Nueva rutina en la parte del tiempo laborable.*

### 2. Mudanza. Ventajas de mudarse a una casa pequeña en el mismo distrito.

*Desventajas de mudarse a otro distrito (pérdida de amigos y vecinos, aislamiento, pérdida de transporte, cobertura de servicios sociales):*

3. Mantener la actividad física. Ejercicio regular (eleve el pulso a 120 latidos por minuto, por dos minutos al día, y hacer un movimiento completo de todas las articulaciones) Desarrollo de juegos y pasatiempos.
4. Guardar la moral. Mantener la actividad mental, intercambiar opiniones, hacer nuevos amigos.
5. Mejore la seguridad de la casa. Verifique la longitud de los peldaños, evite los anaqueles altos y el ruido de los objetos.
6. Encuentre nueva actividad. Permanezca relacionado.
7. Olvide la edad cronológica. <sup>(14)</sup>

La pérdida del ingreso en los jubilados -- contribuye a la pérdida que los antropólogos llaman "la gratificación dentro de toda relación". El dar dinero a cambio de servicios es una parte fundamental de la vida, la falta de capacidad para "pagar de alguna manera" puede significar pérdida para personas pobres y minusválidas, y el cambiar de una posición de ser capaces de dar a otra de ser capaces sólo de recibir es, para algunos, una experiencia traumática. <sup>(14)</sup>

La vejez no es una conclusión necesaria de la existencia humana. No representa siquiera, como el cuerpo, lo que Sartre ha llamado la "necesidad de nuestra contingencia" <sup>(14)</sup> Muchos son los animales que mueren -- como las efmeras -- después de haberse reproducido, sin pasar por un estado degenerativo. Sin embargo, es una verdad y universal que a partir de cierto número de años el organismo humano sufre una involución. El proceso es ineluctable. Al cabo de algún tiempo acarrea una reducción de las actividades del indivi -

duo, a menudo, una disminución de sus facultades mentales y - un cambio de actitud con respecto al mundo.

La moral predica soportar valientemente ese estado que nos disminuye, lo que sería una manera de engrandecernos. Una solución es seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida; dedicación a individuos, colectividades, causas, trabajo social y político, intelectual, creador. La vida conserva valor mientras se da valor a la de los otros a través del amor, la amistad, la indignación, la compasión. (3)

La mayor incidencia de enfermedades amenaza la independencia de la población sana ya que muchos son capaces - de sobrevivir en casa sólo con la ayuda de un familiar o servicios sociales. La debilidad física puede significar al inicio de los problemas para que una persona pueda vestirse, levantarse o caminar sin estar deprimido, declarando que la vida se ha vuelto difícil y fatigante, y que están preparados para morir. (1)

La muerte de la esposa, familiares y amigos constituyen traumatismos adicionales. Se requiere atención para este estado de ánimo que se compone de dolor y a la vez enojo, necesitando la persona ayuda para enfrentar la pérdida y hacer los ajustes necesarios. (1)

Lo que eleva el riesgo de suicidio es que no todos los ancianos se ajustan de manera satisfactoria, los factores sociales y psicológicos son los que lo explican (declinación física y mental, soledad, ociosidad, inadaptación, enfermedad incurable), es el resultado de la historia de toda una vida. (13)

El sentimiento de no contar con algún amigo o familiar que los cuide y la sensación de exclusión del resto de la sociedad son comunes. Los individuos se identifican de acuerdo

do a sus conductas comunicacionales, la mejor manera de describir los objetos interaccionales consiste en verlos como - personas que se comunican unos con otros. (14)

El ajuste mental de los ancianos es parte de la - adaptación continua a que nos enfrentamos toda la vida. No - obstante la similaridad del proceso, hay una división artifi - cial a todas las edades; en el niño y en el joven se percibe como parte del proceso de educación, a la edad media como el período en que uno realiza una carrera, pero no es usual re- - conocer la vejez como un período de desarrollo. Así vamos - que el proceso de formular objetivos a corto y largo plazo, - realizar ambiciones, enfrentar dificultades es esencialmente el mismo a través de toda la vida. El anciano tiene tanta ne- - cesidad de adaptarse a su medio ambiente como cualquier otro pero cuando hay deterioro físico o mental la capacidad para- - adaptarse se encuentra disminuida. (16, 19, 14, 25)

Fisiológicamente, al tanto morir del anciano repre- - senta una degeneración continua con vulnerabilidad creciente - e incapacidades que reaccionan para agravar otras incapacida- - des. La inmovilidad causa úlceras por decúbito con infección - de grado menor, y la infección fomenta los cambios degenerati- - vos en cualquier parte del cuerpo. (13)

Por lo que se ha dicho que todos los requisitos pa- - ra una asistencia médica racional se habían logrado en 1955 y que ahora, la tarea principal de la medicina es extender a to- - do el mundo la buena medicina del quinquenio 1950-1955, proba- - blemente nunca llegará a ser posible en los países ricos, a - menos que la actitud ante la muerte, tanto del médico como - del público en general cambie gradualmente. (13)

En principio hay una medida sencilla que se puede - tomar; llevar consigo una petición firmada, de que si se la -

encuentra inconsciente por cualquier causa, sólo deberán emplearse los métodos tradicionales, por la posibilidad de que cualquier período relativamente importante de falta de oxígeno cause a una persona anciana un daño cerebral irreparable, - es más en armonía con lo que siente mucha gente, que seguramente será un punto que empezará a romper la tradición de que la vida tiene siempre que prolongarse tanto como lo permita - la tecnología costánea. (13)

Sin embargo hay también muertes lúcidas y apacibles cuando física y moralmente se ha extinguido todo deseo de vivir, el viejo prefiere un sueño eterno a la lucha o al tedio cotidiano. La prueba es que en la vejez la muerte no parece el peor de los males es la cantidad de viejos que deciden "terminar con su vida".

La naturaleza humana es el obstáculo para cualquier cambio en la vida social en la dirección que los científicos modernos consideran buena. (13)

La eficacia de la conservación y mejora de la salud depende, en gran parte, del conocimiento que tiene el individuo sobre los asuntos que atañen a la salud, así como de la motivación y del empleo inteligente de los recursos sanitarios. (13)

De acuerdo a Mofarlana "con respecto al hombre, se - deben tener en cuenta cuatro reglas para una ética moderada". (13)

1. Asegurar a cada ser humano toda la salud que le permita su herencia.
2. Proporcionar a todos la oportunidad de desarrollar destrezas intelectuales y manuales dentro de los límites de su capacidad heredada para aprenderlas.
3. Asegurar a todos la oportunidad de logro y el reconocimiento

*del éxito.*

4. *Asegurar que la oportunidad de alcanzar la salud mental y corporal así como la satisfacción en el logro, estará disponible para todas las generaciones futuras en proporción mayor a la que disfrutamos ahora. (13) La sociedad sólo se preocupa del individuo en la medida en que produce.*

*Los jóvenes lo saben. Su ansiedad en el momento en que abordan la vida social es simétrica a la angustia de los viejos en el momento en el que quedan excluidos. Entre tanto, la rutina enmascara los problemas. Cuando se ha comprendido lo que es la condición de los viejos, no es posible conformarse con reclamar una "política de la vejez" más generosa, un aumento de las pensiones, alojamiento sano, actividades organizadas. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no puede sino ser radical: Cambiar la vida. (3)*

## 6. LA VEJEZ DE LA SOCIEDAD.

Las soluciones prácticas adaptadas por los pueblos llamados primitivos con respecto a los problemas derivados de la vejez han sido muy diversos: desde el crimen y el abandono hasta honrarlos y colmarlos de bienes. Veremos que los pueblos llamados civilizados aplican los mismos tratamientos; sólo el asesinato está prohibido. (3)

En la época Romana, la expectativa de vida al nacer era de 18 años incrementados a 25 en el siglo XVIII. De 100 niños, 25 morían antes de 1 año, 25 antes de 20 años y otros 25 entre 20 y 45 años. Sólo una decena llegaba a los 60 años. (3)

La mortalidad infantil pasó en el último siglo del 40% al 2.2%. En Francia, actualmente, la expectativa de vida es de 68 años para los hombres y de 75 para las mujeres; en los Estados Unidos, de 71 años para los hombres y de 77 para las mujeres.

"Los países en vías de desarrollo son, por el contrario, juvenes.\* En muchos de ellos el índice de mortalidad infantil sigue siendo muy elevado, aún en aquellos donde se ha disminuido; la subalimentación, la insuficiencia de servicios médicos y las condiciones sociales en general han obstaculizado la longevidad." (3)

En la sociedad de hoy la clase dominante es la que impone a las personas de edad su status, pero el conjunto de la población activa es su cómplice. En la vida privada, ni los hijos ni los nietos se esfuerzan por suavizar la suerte de sus ascendientes. La vejez inspira un rechazo biológico co

\* El mayor porcentaje de la población se compone de personas entre 15 y 45 años.

mo un mecanismo de autodefensa. Lo que caracteriza la actitud del adulto con respecto a los viejos es su duplicidad. El adulto se pliega hasta cierto punto a la moral oficial que se ha impuesto en los últimos siglos y que le prescribe "representarlos". Pero los tratan como a seres inferiores e intentan convencerlos de su decadencia, a fin de que "el viejo" le ceda la dirección de sus negocios, le ahorre sus consejos y se resigne a un papel pasivo. La presión de la sociedad lo obliga a ayudar a sus viejos padres, pretendiendo gobernarlos a su gusto y tendrá tanto menos escrúpulos cuanto más incapaces los orea de dirigirse solos. <sup>(3)</sup>

Cada uno de nosotros enfrentamos las etapas de crecimiento, envejecimiento y muerte, y el tabú general que rodea a la muerte no nos deja aceptar de una manera tranquila la realidad. Los sentimientos personales de incapacidad y sufrimiento sólo en ocasiones pueden ser mitigados impidiendo actitudes que denigren al anciano. Por una tendencia al sentimentalismo el llamarlos "ancianitos" o considerarlos como niños desobedientes a manera de utilizarlos para hacerse estimar, son ejemplos comunes. <sup>(3)</sup>

En esta lucha los intereses son de orden práctico y moral; lo que se quiere es que los viejos se conformen con la imagen que la sociedad se hace de ellos. <sup>(3)</sup>

Actualmente en México la vejez se legisla de la siguiente manera:

En el Código Penal, Artículo 335- El que abandone a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarla, se le

aplicará de 1 mes a 4 años de prisión, si el delincuente fuere tutor del ofendido.

Artículo 339.- Si del abandono resultare alguna lesión o la muerte, se presumirán éstos como premeditados para los efectos de aplicar las sanciones que a estos delitos correspondan.

En el Código Civil, Artículo 301.- La obligación -- de dar alimentos es recíproca. El que los da tiene a su vez -- derecho a pedirlos.

Artículo 304.- Los hijos están obligados a dar alimentos a los padres. A falta o por imposibilidad de los hijos lo están los descendientes más próximos en grado.

Artículo 308.- Los alimentos comprenden: la comida, el vestido, la habitación y la asistencia en casos de enfermedad.

Artículo 311.- Los alimentos han de ser proporcionados a las posibilidades del que debe darlos y a las necesidades de quien debe recibirlos.

Artículo 312.- Si fueran varios los que deben dar -- los alimentos y todos tuvieran posibilidad para hacerlo, el -- juez repartirá el importe entre ellos en proporción a sus haberes.

Artículo 315.- Tiene acción para pedir el aseguramiento de los alimentos.

I.- El acreedor alimentario.

II.- El ascendiente

III.- El tutor.

IV.- El ministerio Público.

Artículo 317.- El aseguramiento podrá consistir en hipoteca, fianza o cualquier otra prenda en garantía suficiente a criterio del juez.

Artículo 320.- Cesa la obligación de dar alimentos: En caso de injuria, falta o daños graves inferidos por el alimentista contra el que debe prestarlos; cuando la necesidad de los alimentos dependa de la conducta viciosa o de la falta de aplicación al trabajo del alimentista, mientras subsistan estas causas.

Artículo 321.- El derecho de recibir alimentos no es renunciable, ni puede ser objeto de transacción.

Debido al reciente incremento en la población mayor de 60 años en nuestro país, la legislación vigente carece de especificidad, teniendo carácter de normas generales que se aplican tanto a niños como ancianos. Así se ha observado que carecen de sentido práctico y en los casos que se han dado se manejan de manera elástica, a criterio del juez y de acuerdo a las modificaciones implementadas en la dinámica familiar.

En base a lo anterior y tomando en cuenta que es responsabilidad de la familia y la sociedad modificar las condiciones en que viven los ancianos, se ha creado el INSEN que cuenta con los siguientes programas, agrupados por el servicio que prestan:

1.- Económicos.

a) Tarjeta del INSEN. Requiere tener 60 años o más dos fotografías y un documento que compruebe la edad. La intención de éste programa es de resolver el problema de iden-

tificación y aumentar su poder adquisitivo, al permitirles obtener bienes y servicios con descuentos que van desde el 5% -- hasta el 100% . Contando actualmente con más de 700,000 afiliados.

b) Bolsa de trabajo. Tiene por objeto:

- I. Promover la concientización empresarial para que se acepten trabajadores de edad avanzada.
- II. Promover generación de empleos.
- III. Promover la colocación de personas de edad avanzada en actividades remuneradas.

o) Cursos de capacitación. Intenta proporcionar los alimentos necesarios que les permitan transmitir los conocimientos que adquirieron en su actividad laboral, con el fin de que continúen siendo económicamente activos y socialmente productivos.

## 2. - Sociales.

a) Procuraduría de la defensa del anciano. Tiene como fin atender en sus derechos y obligaciones a las personas mayores de 60 años, por no contar con los medios para contratar un gestor o abogado particular que atienda su problema. Hasta la fecha se han atendido 4 317 casos individuales de servicios a los afiliados del área metropolitana.

b) Albergues.- Tiene por objeto proporcionar un hogar para vivir al anciano que no cuenta con un lugar estable donde hacerlo, procurando asistencia integral adecuada a su condición. Actualmente existen 9 en el D.F. y 2 en el interior de la república.

El personal con que cuenta cada albergue consta de un médico, 1 psicólogo, 2 trabajadoras sociales, 6 enfermeras, 3 cocineras, 4 intendentes y 3 veladores. Este personal está considerado para dar atención a un mínimo de 40 ancianos.

Los requisitos para ingresar al albergue se constituyen de: Ser afiliados al INSEH.

#### Estudio Socioeconómico.

Exámen médico.

Valoración psicológica

Valerse por sí mismo (física y mentalmente).

c) Clubes de la tercera edad. Su objeto es fomentar el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas que coadyuven a la satisfacción de necesidades afectivas de los ancianos, que sólo requieren a mínimo costo de un área adecuada, donde colocar mesas de trabajo, mesas para juegos de salón, y que a la vez sirve ésta área como pequeño auditorio para funciones de cine-club y charlas de cultura básica general, entre otras actividades de este tipo. Actualmente existen 38 en el D.F. con un número aproximado de 1 326 socios; En el interior de la República se tienen 23 Delegaciones y 47 Representaciones, con 53 clubes de la tercera edad, abarcando todos los Estados de la República Mexicana.

#### 3.- Educativos.

a) Educación de la familia y la sociedad. Tiene como fin cambiar la actitud de la familia y de la sociedad en relación con su trato al anciano; proporcionar el reconocimiento de su dignidad y respeto., además de propugnar por su bienestar dando a conocer sus características físicas, las causas de su comportamiento y el papel que podría desempeñar dentro de la familia, evitando con ello, que las personas de edad avanzada queden en el desamparo, se constituyan en una carga para el Estado o dependan de la voluntad altruista de otros seres humanos.

b) Centro Cultural de la tercera edad. Su objeto es instituir cursos de cultura básica y general, preferentemente impartidos por personas mayores de 60 años, organizar grupos de personas y participar en la Campaña Nacional de Alfabetización. Actualmente se imparten 31 materias y 8 talleres con una duración de 1 a 4 semestres.

a) *Preparación al retiro.* Tiene por objeto proporcionar a las personas de edad avanzada y a las que están próximas al retiro laboral, la información y orientación jurídica, psicológica y biológica necesaria, que le permitan estructurar su plan de vida futura y aceptar como natural su proceso de envejecimiento.

#### 4.- Psicológicos.

a) *Actividades recreativas, vacacionales, culturales y sociales.* Tiene por objeto propiciar las relaciones interpersonales entre la población senecta y el aprovechamiento de su tiempo libre, de tal manera que éstas los mantengan activamente incorporados a la sociedad por ser actividades emocionalmente gratificantes.

b) *Valoración psicológica y psicométrica.* Tiene por objeto conocer su estado emocional y afectivo, y el estudio de trastornos somáticos de origen psicológico. Al detectar se alguno de éstos trastornos, proporcionar al anciano técnicas de terapia dirigidas por profesionales.

c) *Talleres de terapia ocupacional.* Tienen por objeto que el anciano realice actividades creativas, como medio para desarrollar labores satisfactorias, productivas y constructivas, mediante la organización de talleres artesanales.

d) *Residencias diurnas.* El objetivo es proporcionar a la población senecta un lugar de permanencia durante el día, en donde puedan desarrollar actividades productivas y constructivas de su interés y las demás técnicas de apoyo psicológico, servicio de consulta externa y de comedor, integrando los a su núcleo familiar durante la noche.

Lo anterior cobra su mayor importancia debido al hecho de que los trabajadores no se preparan para el retiro, quedando en una situación jubilatoria precaria, desde el punto de vista económico; ya que, por otro lado, la pensión de retiro por edad y tiempo de servicio se otorgará a quienes cumplan - 15 años de servicio e igual tiempo de cotizaciones, teniendo - 65 años de edad. (10)

El monto de la pensión de retiro por edad y tiempo de servicio se determinará de acuerdo con los porcentajes de la tabla siguiente:

15 años de servicio.....	50%
16 años de servicio.....	52.5%
17 años de servicio.....	55%
18 años de servicio.....	57.5%
19 años de servicio.....	60%
20 años de servicio.....	62.5%
21 años de servicio.....	65%
22 años de servicio.....	67.5%
23 años de servicio.....	70%
24 años de servicio.....	72.5%
25 años de servicio.....	75%
26 años de servicio.....	80%
27 años de servicio.....	85%
28 años de servicio.....	90%
29 años de servicio.....	95%

Tratándose de trabajadores que causen baja antes de -- cumplir 55 años de edad, pero con un mínimo de 15 años de servicio e igual tiempo de cotización, el derecho al pago de la pensión se inicia cuando cumplan 55 años de edad.

Procede conceder pensión por cesantía en edad avanzada - a quienes tengan un mínimo de 10 años de servicio e igual -- tiempo de cotizaciones y 60 años o más de edad, aplicando un incremento del 2% anual, hasta que llegue a los 65 años de edad, - de conformidad a la tabla siguiente:

60 años de edad	10 años de servicio	40%
61 años de edad	"	42%
62 años de edad	"	44%
63 años de edad	"	46%
64 años de edad	"	48%
65 o más	"	50%

(Nueva ley del ISSSTE, 1987)

Permitir a los trabajadores que permanezcan activos - mientras puedan y después garantizarles una vida decente es una solución correcta, dado que la actividad psicomotora necesita - de estímulo constante para su conservación. Jubilarnos temprana - mente asegurándonos un nivel de vida satisfactorio es también - una opción válida.

En la actualidad el interés por el viejo es como un - objeto de explotación. En los Estados Unidos más que en Francia se multiplican las clínicas, pensiones de ancianos, casas de - descanso, residencias, incluso ciudades y aldeas; donde se hace pagar lo más caro posible a las personas de edad que tienen los medios necesarios, un confort y una atención que dejan a menudo que desear. (3)

Los cambios poblacionales demandan necesidades. En - el norte de Europa la gente mayor de 65 años representa el 15% de la población . En los Estados Unidos 12%, en Canadá 9.5%. En Gran Bretaña, en los próximos 20 años, se incrementará un 25% - los mayores de 75 años y 100% los mayores de 85 años. Pasarán 40 años antes de que Norteamérica tenga que enfrentar cifras - tan delicadas. (15)

Cerca del 20% de la población de Gran Bretaña es ma - yor de 60 años, esta proporción es bastante similar a la en --

contrada en Francia y Alemania Occidental y menor en Los Estados Unidos, India y Brasil; sólo el 4% de la población es mayor de 60 años. La mayoría de los ancianos en ésta ciudad son "viejos jóvenes", menores de 75 años, quienes aún se encuentran en buen estado de salud tanto física como mental. Pero aún queda un 25% de mayores de 75 años; 2.75 millones de gente, quien; como grupo, forman la mayor parte de usuarios de servicios sociales y de salud. Esperándose en los próximos 20 años un considerable incremento de personas en éste grupo.<sup>(3)</sup>

Para solventar estas nuevas necesidades, contar únicamente con el apoyo económico sería insuficiente, se requiere enfrentar los prejuicios ampliamente difundidos que existen acerca de los ancianos.<sup>(19)</sup> Con el fin de modificarlos para implementar programas de investigación en la 3era. edad.

La respuesta al cambio varía de acuerdo a las características de cada sociedad por ejemplo, en Gran Bretaña hay clara evidencia del incremento de instituciones que albergan a los ancianos.

Es aquí donde se inicia la nueva especialidad de medicina geriátrica hace 35 años. Actualmente todos los servicios se apoyan en departamentos de geriatría, manejados por más de 500 especialistas. En Suiza la especialidad es llamada "cuidado a largo plazo", pero en la práctica es esencialmente similar. El último país Europeo que reconoció oficialmente la geriatría es Bélgica hace 6 meses (1985).<sup>(16)</sup>

*El Colegio Real de Medicina de Canadá instituyó un exámen de postgrado en Medicina Geriátrica hace varios años - como requisito para especialistas. (16)*

*Entre los países capitalistas, hay tres que consideran como un imperativo asegurar a todos los ciudadanos una economía adecuada; Suecia, Noruega y Dinamarca. En Suecia todo ciudadano cobra una pensión a partir de los 67 años, edad fijada para el retiro. El mínimo de base es de 4,596 coronas suecas para una persona sola. ( 1,640,415.00 M.N. anual). Los funcionarios y los militares de carrera cesan en sus actividades a los 65 años. La situación es análoga en Noruega, donde el límite de edad es de 70 años, y en Dinamarca donde es de 65 a 67 años para los hombres y de 60 a 62 para las mujeres. (3)*

*Las cosas son muy diferentes en los otros países capitalistas. Se tienen en cuenta casi exclusivamente los intereses de la economía, es decir del capital y no de las personas. Eliminados muy pronto del mercado de trabajo, los jubilados se constituyen en una carga para las sociedades basadas - en el consumo.*

*Cuando se examinan las ofertas de empleo, en casi todos los países el límite de edad estipulado va de 40 a 45 años. En Francia de 41,000 ofertas de empleo el 30% se dirige a gentes de menos de 40 años, el 40% a gentes de 20 a 29 años, y 30% a gentes de 50 a 65 años. En los diarios Norteamericanos, el 97% de los anuncios fijan como límite 40 años. - Las mujeres de edad sufren aún más que los hombres esta discriminación, aunque su esperanza de vida sea superior.*

*La mayoría de las ciudades occidentales tienen una fuerte admiración por el trabajo, premian la productividad y la capacidad de ganancia, de esa manera el trabajador retirado tiende a ser considerado inferior a un ciudadano útil. La-*

*declinación de la funcionalidad y los negocios familiares en favor de la mecanización y los grandes complejos industriales disminuye el valor de la experiencia de los ancianos, mostrando su habilidad como obsoleta.*

*Para darnos una idea del nivel socio económico del anciano podríamos analizar su ocupación, satisfacción en el trabajo, ingreso y educación.*

*La ocupación es un indicador clásico del nivel socio económico debido a que se relaciona directamente con los riesgos ocupacionales y el modo de vida. Todos los estudios ya sea en los E.U.A., en Gran Bretaña o en alguna otra parte, coinciden en que los individuos con ocupaciones socioeconómicas superiores tienen una mortalidad menor. (25)*

*Los indicadores de la salud muestran que el anciano rural sufre con más enfermedades o incapacidades que el urbano, proviene de una combinación de atención médica más deficiente y al trabajo más extenuante que representa la labranza. (25)*

*La satisfacción en el trabajo y la sensación de ser útil aparecieron como pronósticos importantes de la longevidad (14-25).*

*El ingreso constituye otra dimensión aceptada del nivel socioeconómico de un individuo y un medio directo de acceso a muchas de las cosas que pueden contribuir a la longevidad como son la adecuada atención médica, la nutrición y la habitación. (25)*

*Los profesionistas y administradores tienen las mejores perspectivas de obtener un trabajo de largo plazo, con más prestaciones, como ausencias por enfermedad y asuetos pagados; privilegios de los que no gozan los obreros a pesar*

de que son quienes tienen más posibilidades de ausentarse del trabajo por enfermedad, accidentes, huelgas o despido.

Entre los países en desarrollo se encontró que India y China tienen una esperanza de vida al nacimiento de 46- y 53 años, respectivamente; Japón (en la misma región y con la misma composición racial que China) tiene una esperanza de vida promedio de más de 73 años. Actualmente, la mayor esperanza de vida es la de Suecia que alcanza cerca de los 75 años. Estas diferencias de longevidad se correlacionan con las diferencias del desarrollo económico, indicando la influencia tan importante que tienen los factores socioeconómicos sobre la -- longevidad (25).

La influencia del alcohol, del tabaco y la falta de ejercicio pueden acortar la esperanza de vida, particularmente en los varones, se ha confirmado estadísticamente. En relación al consumo del café se ha demostrado que los que ingieren menos de cinco tazas al día sufren menos padecimientos -- crónicos limitantes. Este punto es interesante debido a la asociación entre la ingestión excesiva de café en las cardiopatías y el cáncer, incluyendo el de páncreas. En estas enfermedades se ha observado un gradiente positivo por edad entre individuos de 65 a 74 años. Estos junto con otros aspectos de la vida civilizada, son sin duda la causa de muchos de los problemas menores y mayores, para los cuales se busca ayuda médica. (13, 23, 25).

De acuerdo a su tipo de vida los campesinos a) duermen menos de 6 hrs. diarias; b) no ingieren bocadillos; c) no -- ejercer ningún control sobre su peso; d) no hacen ejercicio -- en forma regular; e) desayunan, comparados con los profesionistas. (25)

En cuanto a los gastos familiares para la atención de la salud, existen diferencias sustanciales en el ingreso -

de los jubilados en comparación con la población general. (3)

Como se pueda observar la familia de los ancianos - que reciben los beneficios de la seguridad social, parten -- desde quienes tienen un mínimo del 45 al 60% del ingreso total promedio. Si se les pregunta si necesitan un ingreso económico extra para vivir sin preocupaciones monetarias y con un adecuado estado de salud y confort, el 40% de los ancianos responde que no, comparado con el 29% de adultos jóvenes. (14,25)

La situación en algunos países socialistas.

En la URSS la pensión es concedida a los hombres a los 60 años si tienen 25 de actividad asalariada; para los trabajos penosos<sup>4</sup> la jubilación está establecida para los hombres a los 50 años, con 20 años de actividad asalariada, para las mujeres a los 45 años, con 15 de actividad asalariada. Se proveen aumentos para los casos en que se exceda en 10 años el tiempo de trabajo exigido, los jubilados tienen derecho a trabajar hasta igualar a un salario mensual de 100 rublos -- (361,100.00 M.N. pesos mexicanos) (1988).

Esta solución es preconizada en todos los países socialistas a causa de la crisis de la vivienda. Las mujeres -- trabajan en proporción muy grande. Se las jubila antes que a los hombres para que las abuelas jubiladas sustituyan a la madre en la casa.

También pueden vivir solos ; en edificios especiales donde ocupan los pisos inferiores. Situados generalmente en las zonas suburbanas. El confort es modesto, pero se ofrecen a los pensionistas numerosas actividades culturales y distracciones. (3)

-----  
<sup>4</sup> Se refiere a personas que trabajan con productos tóxicos al organismo como insecticidas o minas.

El sueldo oficial sólo representa el 60% aproximadamente de los recursos reales de los trabajadores. Sobre esta suma se calcula la pensión.

En Hungría la primera ley "homogénea" de pensiones y jubilaciones, actualmente en vigor, que ha ampliado sus beneficios, existe desde el 1.º de enero de 1959. (3)

Los rasgos principales de ese sistema de pensiones y jubilaciones son los siguientes: Abarca tanto a obreros como a empleados, trabajadores intelectuales, miembros de las cooperativas agrícolas y artesanales como artesanos privados, por lo tanto a todas las capas de la sociedad, así mismo extiende sus beneficios a los miembros de las familias de los asegurados y derechohabientes, abarca la vejez y la invalidez concierne en especial a los ancianos pero, en caso de deseo del que tiene derecho a la jubilación, la garantiza para su viuda, sus padres o abuelos si estaban a su cargo.

Actualmente la edad de la jubilación para los asalariados es de 55 años para las mujeres y de 60 para los hombres en la agricultura cooperativa, la edad fijada es de 60 años para las mujeres y 65 para los hombres; en cuanto a los empleos perjudiciales para la salud, la edad de 25 años de la pensión a la vejez se adelanta en 5 años. La ley de pensiones y jubilaciones procede además a la enumeración detallada de esos trabajos insalubres; define las diferencias entre sus categorías, concediendo por ejemplo una ventaja particular a los que han trabajado durante 15 años en puestos donde la presión atmosférica es superior a la unidad.

El monto de la acumulación está determinado por el número de años de servicio y la media de los salarios percibidos. La jubilación básica está dada por el 50% de la media de los salarios percibidos, el complemento por los años de servicio cumplidos.

Así la ley promulgada sobre el funcionamiento de -- las cooperativas agrícolas estipula que nadie pueda quedar excluido como miembro de una cooperativa debido a vejez o incapacidad de trabajo.

Los viejos obreros así como los maestros, por ejemplo pueden seguir trabajando, aún después de haberse jubilado en sus antiguos puestos o bien en centros sociales de empleo creados por los consejos locales; se trata de trabajos fáciles de un horario evidentemente reducido, pero esas actividades les permiten ganar el monto bajo de las pensiones. (26,3)

En cuanto a salud; la prevención, el cuidado de los enfermos, son asegurados por la organización húngara de Salud Pública, todo ciudadano puede gozar de las prestaciones médicas, ya sea como derechohabiente, ya como miembro de la familia de un asegurado y, en su defecto, en caso de vejez necesitada; estas prestaciones abarcan atención médica gratuita, -- hospitalización e intervenciones quirúrgicas; los medicamentos son proporcionados a cambio de una ínfima participación material del enfermo, así como las curaciones, las aguas minerales, las prótesis dentarias, los coches para inválidos y los audífonos. Aunque en la actualidad, en Hungría hay 21 865 médicos o sea 21.3 por 10 mil habitantes.

El grupo de jóvenes médicos especialistas en esta disciplina trabajan bajo la dirección de la comisión de gerontología de la academia de Hungría de ciencias; sus actividades están previstas bajo el título de "Los fundamentos bioló-

gicos del envejecimiento y sus repercusiones sociales" en el plan nacional de investigaciones a largo plazo; recientemente ha empezado a funcionar en Budapest un instituto de investigaciones gerontológicas. (3)

En cuanto a su integración social, la ilustran las estadísticas siguientes: Un poco más de 3/4 partes de los ancianos viven en familias; 33.9% viven en sus casas, 7.9% con el cónyuge y su (o sus) hijo(s), 5.5% con su cónyuge y, sus hijos políticos, 7.5% solamente con su hijo, 11.8% solamente con el hijo y la familia de éste, 1% con su nieto, 6% con otros parientes, 2% con otras personas conocidas. Sin embargo una de cada 4 personas de más de 60 años vive sola y no puede contar prácticamente con la ayuda de una familia.

Existen 212 casas para jubilados que albergan a 25250 ancianos, los pensionistas sólo pagan un tercio de los gastos efectivos de alojamiento, comida y otros. Mientras que en el pasado el alojamiento en los asilos era motivado sobre todo por la insuficiencia de los medios de vida, ahora las causas principales residen más bien en la soledad y en la imposibilidad en que se ven esos ancianos de proveer ellos mismos a la atención de sus casas. (3)

El 40% viven en provincia en sus propias casas y se ha comprobado que en 68.9% de esas casas los coeficientes de habitación son mejores que en el país en general; esas ventajas les hacen elegir más bien la soledad.

En muchos lugares, las organizaciones locales del frente popular patriótico o del Consejo Nacional de Mujeres-Húngaras han instalado hogares y clubs donde los ancianos pueden pasar el día; funcionan actualmente 250 donde 7 mil ancianos gozan de los servicios gratuitos que se les ofrecen.

Además se está creando una red de asistentes sociales que visitan regularmente a los ancianos en sus casas para dispensar les cuidados. Añadamos por fin que los viejos se benefician de abonos de favor en los cines y estadios para asistir a espectáculos que prefieran, y que gozan de tarjetas de transporte de favor en los tranvías y autobuses de las ciudades de provincia y de Budapest.

En Rumania el problema debe de ser considerado bajo dos aspectos diametralmente opuestos; 1. Los pensionados llamados "sociales" y 2. Los pensionados del Estado.

Los primeros tienen dos categorías:

a) Las posibilidades materiales de existencia están reducidas al mínimo. Reciben un "subsidio de vejez" mensual. Suma -- irrisoria que corresponde al precio de un par de zapatos. Sin embargo, los que pueden físicamente hacerlo, están autorizados a ocupar ciertos empleos, desde luego subalternos y muy modestamente remunerados. En cuanto tienen empleo dejan de percibir el "subsidio de vejez". Sin embargo ese trabajo puede permitirles alcanzar el número de años exigidos<sup>(13)</sup> para solicitar la pensión a que tienen derecho cualquiera que haya dedicado esos años de trabajo a una institución estatal; pero se trata de casos excepcionales, pues es raro que un anciano pueda trabajar 26 años después de la edad legal de la jubilación. Esta pensión, si es acordada, se calcula con la regla - al último salario percibido.

Esta categoría de pensionados "sociales" está formada por personas que no pueden justificar una actividad asalariada antes del 23 de agosto de 1944, es decir, los grandes y pequeños comerciantes, los médicos que han tenido consultorios privados sin haber ocupado un puesto en los hospitales del estado, los pequeños artesanos que poseían sus talleres -

propios etc.

Todas esas categorías, por considerar que han ejercido actividades de explotación, están condenadas a llevar una vida extremadamente precaria, tanto material como socialmente.

b) Las pensiones en ambiente rural. Los campesinos-pensionados no gozan de atención médica ni de hospitalización gratuitas.

Teniendo en cuenta el hecho de que los jóvenes gozan de prioridad para conseguir empleo, los viejos no tienen ninguna seguridad de poder mantenerse en los puestos que hubieran podido encontrar después de la edad de jubilación.

La participación de los viejos en la vida social es un fenómeno muy difundido. Los miembros del partido prosiguen sus actividades en las organizaciones del partido a las que pertenecen y pueden ser utilizados en ciertas misiones de propaganda como también en ciertos trabajos de control.

Las personas que no pertenecen al partido pueden -- también ser utilizadas en ciertas actividades de carácter social. Ciertas categorías de ancianos pueden ser admitidas en los "Hogares de ancianos" donde tienen alojamiento, comida y asistencia médica. Los criterios de admisión dependen de la situación familiar del interesado y de su condición física. La selección, extremadamente rigurosa, es determinada por el número insuficiente de camas; las razones son a menudo de orden político, reina el favoritismo por lo demás, los viejos internados en el Instituto de Geriatria dirigido por la Dra. Aslan son también una especie de categorías elegida. (3)

Considerado desde el ángulo ético, el problema de -



bilación . Entre los intelectuales, muchos sólo están calificados a los 50 años, pues siguen estudiando durante la edad madura, después pueden rendir durante largo tiempo grandes servicios; la suerte de esta categoría de edad es que la sociedad las necesita. (3)

El problema del alojamiento se plantea a todo el mundo de una manera dramática; las parejas jóvenes viven con sus padres y a veces cada uno de los cónyuges en casa de su familia. Es corriente que tres generaciones vivan bajo el mismo techo.

Esta situación que los adultos aceptaron ha sido considerada escandalosa por los jóvenes. A partir de enero de 1968- la apertura de la "nueva vía" - protestaron en todo el país y han suscitado una explosión del interés por la vejez. Se han desarrollado organizaciones locales, hasta entonces descuidadas. Hay mayor preocupación por los ancianos. Se han creado lugares donde pueden tomar sus comidas. Hay clubes que organizan distracciones para ellos. Tienen funciones gratuitas en teatros y cines. Gracias a la rebelión de los jóvenes, la sociedad ha tomado conciencia de la gravedad del problema y trata de resolverlo.

El caso de Yugoslavia es interesante porque ha pasado de una economía socialista a una economía que, desde 1960, concede un lugar cada vez más importante al lucro, y la condición de los ancianos sufre las consecuencias. (3)

Desde 1960 la economía Yugoslava, ligada a la economía mundial, ajusta sus precios a los de los países capitalistas; trata de igualar su productividad con la del mercado mundial. Por lo tanto tiende a reducir los gastos en particular los que acarrea el mantenimiento de los inactivos. Se ha aumentado la edad de jubilación; para los hombres es de 60 -

años para las mujeres de 55 años. En principio las pensiones han sido aumentadas el 85% del salario. En realidad, en Eslovenia han disminuido al 59%.

A este respecto hay una lucha de generaciones. Los viejos alegan que han empeñado sus fuerzas para conseguir la prosperidad de que gozan hoy al país; reivindican el derecho de disfrutarla. Es una deuda que se tiene con ellos. Consideran injusto que la vida sea mejor para todos salvo para ellos. Reclaman una integración, no sólo material, sino política. Están representados en la administración que aplica las leyes, pero quisieran estarlo en las asambleas políticas que las hacen; desearían formar parte del parlamento local que se ocupa entre otras cosas, del presupuesto local y de los problemas sociales. Tienen su propio organismo, el Comité de Gestión de Invalidos y Pensionados. Pertenecen al Parlamento de Seguro Social. Todos son colectivamente miembros de sindicatos. Entre sus medios de lucha deben contarse sus publicaciones.

El Belgrado para el problema de alojamiento, se construyen muchos departamentos de una o dos piezas, pero es difícil para los viejos obtenerlos. Por regla general, no hay lugar para ellos.

Aun en casos menos extremos hay una frustración: - El Partido es todo, el individuo nada. Muchos se han negado a plegarse a la disciplina del Partido: ya no son nada. Han perdido todas las razones para vivir.<sup>(3)</sup> (Simons de Beauvoir)

## 7. LA ATENCION QUE SE BRINDA A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD.

En México no encontramos estadísticas que representarán la atención brindada a este núcleo de población.

Aproximadamente un norteamericano de cada 10 tiene más de 65 años y esta proporción aumenta cada año. Dos tercios padecen de alguna enfermedad crónica: hipertensión, artritis, diabetes, etc... Y sin embargo no hay recursos adecuados destinados a ocuparse de ellos; el número de camas sólo permite hacerse cargo de uno de cada 50. Además la mayoría de las personas de edad no responden a las condiciones requeridas por las leyes Medicare y Medicaid. La renta anual de una persona solade más de 65 años es de 1055 dólares anuales, y 30% - sola o - casadas- viven en la pobreza, lo cual indica ingreso menor al salario mínimo, sin embargo, es de tomarse en consideración -- que gozan de otras prestaciones. Para cuidados incluso muy limitados, la familia debe, pues, tener la posibilidad de pagar el equivalente de un sueldo mensual neto (3,6)

En 1966 un estudio hecho sobre dos mil pacientes a cargo de la seguridad social (Welfare patients) en los nursing homes de Nueva York, concluye que "una readaptación satisfactoria de los ancianos alojados en estos centros es prácticamente irrealizable y no es rentable para la sociedad... Debería hacerse antes el máximo de esfuerzos con vistas a una readaptación y fuera de esos establecimientos". Estamos acostumbrados a considerar esos establecimientos no como un lugar de readaptación sino como el "último recurso" para los ancianos "difíciles". Parecería pues, que, aunque siga costando muy caro a su familia la atención que se presta al anciano comienza a estar en relación con sus problemas médicos o sociales. (3)

Sin embargo, Medicare no cubre más que una pequeña - minoría de ancianos, los que requieren cuidados post-hospita -

larios durante 100 días como máximo. Según la ley (Seguridad Social 1967) están a cargo de Medicare los pacientes que necesitan ciertas comodidades para ser atendidos medicamente y requieren cuidados que corresponden a un hospital. La idea de Medicare era la de hacer salir de los hospitales a los ancianos. Para cada enfermo que responde a las condiciones requeridas, Medicare da a los nursing homes 17 dólares diarios (para habitación, comida y cuidados médicos).<sup>(3)</sup>

Las cadenas de nursing homes se han desarrollado para dispensar cuidados de corta duración y de tipo hospitalario, llamados oficialmente "casas de cuidado con orientación médica".<sup>(3)</sup>

Las "casas de cuidado con orientación no médica" completan el mercado, por lo que se refieren a cuidados de larga duración o al último cuidado que ha de proporcionarse a los ancianos. Estos establecimientos (así como los denominados con más propiedad "casas de descanso o casas para ancianos".) son objeto de otro artículo del acta de seguridad social, el título 19.

Las diversas instituciones reciben de Medicaid -- las mismas subvenciones que los programas anteriores (una media de 300 dólares por paciente).<sup>(3)</sup>

"Nuestra teoría es que las personas quieren quedarse en su casa, en medio de sus bienes y sus recuerdos. Que sea -- una casa confortable o no, grande o pequeña, no tiene importancia. (Consideramos que ahí es donde deben estar...)"<sup>(19)</sup> Ahí -- es donde se sienten seguros y en confianza.

## 7.-1. GERIATRIA EN EL CAMPO DEL MEDICO FAMILIAR.

"La esencia del envejecimiento es una vulnerabilidad incrementada a todo tipo de agresión; el objetivo del investigador en gerontología son los cambios fisiológicos fundamentales que reducen la adaptabilidad..."<sup>(18)</sup>

Para disipar estereotipos asociados con el envejecimiento Costa y Mc Crae realizaron un estudio de seguimiento de 300 individuos por 12 años, encontrando que el individuo senescente es representado socialmente como malhumorado, hipocóndrico menos capaz de enfrentar agresiones y desinteresado en vecindad. En el reporte del estudio encontraron que: La personalidad permanece estable a través del tiempo, no habiendo personalidad típica de la gente senescente; previniendo que los cambios de comportamiento debieran alentar a la familia sobre la necesidad de evaluación médica. Las diferencias en los mecanismos de defensa que se relacionaban con la edad, se encontraron ser debidas a la relación existente entre las etapas dentro del ciclo vital que esté cursando el individuo con la naturaleza diferente de los agentes agresores. Ejemplo: Al anciano le gusta menos enfrentar cambios (hacer una carrera), que pérdidas (de un ser querido), no obstante que las pérdidas requieren mecanismos de defensa más complicados- a cualquier edad- en relación a los cambios; y es más difícil de manejar. "Así como no hay métodos globales para caracterizar situaciones, de la misma manera no hay método de medición de los mecanismos de defensa que goce de aceptación general."<sup>(18)</sup>

Por otro lado, encontraron que se tiene un nivel característico de síntomas somáticos, que es altamente estable a través del tiempo; y que la disposición personal a la neurosis influye directamente en el comportamiento somático, mientras que la edad influye en el número de síntomas sólo en relación a la importancia de la enfermedad actual. <sup>(18)</sup>

Estudiando las condiciones de vida durante 5 años, se encontró que el 65% de los sujetos vivían en casa, 25% en asilos, y el 10% se encontraba hospitalizado, encontrando que esta última cifra se triplicó al finalizar el estudio. La gran mayoría de las personas fueron femeninas y el número de hombres después de los 5 años fue tan corto que la comparación entre sexos carece de relevancia. <sup>(15)</sup>

Se encontró como componente subjetivo que la visión y la audición disminuyeron durante el seguimiento; aparentemente estos son signos de adaptación, ya que reducen el nivel de demandas. La función mental y la capacidad de movimiento, destacaron como elementos primordiales en la vida diaria del anciano. Un hallazgo importante en las condiciones de vida de los sujetos de estudio fue la tendencia a trasladarlos de su hogar hacia asilos u hospitales como consecuencia natural del deterioro en la capacidad funcional. <sup>(15)</sup>

La demencia o el estado confusional y la fractura de cuello femoral se incrementaron de manera significativa en el examen médico, pudiendo saturar los recursos hospitalarios en el futuro, New York (15,16,14).

Tomando en cuenta que la familia es un sistema activo en transformación constante y que la población cambia de acuerdo a sus necesidades, se encuentra que en los últimos 20 años el grupo senecto se ha incrementado en Europa, Estados Unidos, Canadá y México <sup>(16)</sup>; observando una clara tendencia --

para abandonar a este tipo de pacientes en instituciones, lo que sugiere la modificación en el cuidado que requieren, tanto en su núcleo familiar como institucionalmente; que al no verse cubiertos funcionan como propiciadores de agresión. (15)

Un tema de relevante importancia es el de marcar la distinción entre el geriatra y el médico familiar, en base a la cita del Dr. Guillam quien nos reporta que "más de la mitad de las enfermedades agudas del anciano hospitalizado fueron manejadas por médicos familiares, cuya experiencia los hace desarrollar tan buena consulta como a los geriatras". Por otro lado al editorial que se refiere a la importancia de contar con una unidad geriátrica hospitalaria comenta: "Se espera que únicamente para cierta proporción de ancianos sea relevante el servicio que ofrece la especialidad de geriatría, ya que sólo 8.5% de los pacientes admitidos en hospital fueron considerados casos agudos apropiadamente referidos a la unidad especializada de geriatría" (2)

La unidad geriátrica en la investigación al pasar dió como resultado disminución de la mortalidad a 12 meses en un 50% (de 48 a 23%), una marcada reducción en la admisión al servicio de atención domiciliaria de (47% a 27%) y una mejora significativa en el estado funcional post-hospitalario en comparación con los pacientes control manejados por el servicio de medicina general en el mismo hospital (Rochester) (2)

Semejante beneficio no puede ser llevado como servicio de rutina en las salas de admisión de cada hospital como "geriatría para todos", ya que la gran mayoría no lo necesita y son manejados de manera satisfactoria en los puestos de medicina familiar - aquí 8.5%. (2)

Los resultados se evalúan en términos de capacidad -

funcional. Los resultados alentadores en pacientes geriátricos pueden ser atribuidos a la planeación cuidadosa de los programas terapéuticos y la rehabilitación, individualizado para el paciente, y a una estrecha colaboración de los servicios de geriatría y salud comunitaria. (14)

La lógica de la enseñanza de la medicina senil para estudiantes de medicina es seguida de la lógica similar de exposición de los jóvenes médicos al servicio geriátrico durante su residencia en medicina familiar y medicina interna. De las 37 unidades académicas establecidas, 45% proveen en la actualidad de manera primordial rotación con el equipo visitador para la mayoría de los residentes en medicina interna y medicina familiar. Siendo la especialidad de 2 años. Libow refiere un crecimiento en la demanda de servicio geriátrico de 31% en el último año, ocupando el 2o. lugar en demanda en los E.E.U.U (el primero es ocupado por terapia intensiva). Libow indica que en su departamento todos los asociados hacen llamadas a casa y trabajo de comunidad, prevención y trabajo del anciano. (11)

Actualmente ha dado buen resultado la atención domiciliaria, ya que la naturaleza de la población senil y la necesidad en el cuidado de su salud están cambiando radicalmente - cada vez más se prolonga su expectativa de vida y sobreviven a la hospitalización aguda. Esto incluye al "anciano añoso" - el mayor de 85 años. (28)

Las enfermedades que causaban muerte hace algunos años como neumonía, infarto al miocardio, cirugía abdominal - como la empleada en colecistitis, obstrucción y otras; en la actualidad están siendo tratadas con éxito. (8)

Adicionalmente, la atención se centra en la reducción

del costo. El diagnóstico relacionado a grupos, la disminución en la duración de la estancia hospitalaria de acuerdo a la norma de varios estados y el surgimiento reciente para preferir - procedimientos de cirugía ambulatoria afecta de manera primordial al anciano. Todos estos factores han cambiado de manera radical tanto la naturaleza de la población anciana como sus - necesidades de salud. (6,8)

Cada vez, más comunidades han logrado un apoyo estatal-municipal para programas de atención domiciliaria, así -- como de una o dos campañas de servicios domiciliarios. La atención domiciliaria a la población ha cambiado radicalmente - causada por una reducción sistemática - y en algunas partes - del estado, en la creación de nuevas camas para la atención do miciliaria, aunado con el egreso de un grán número de pacien tes ancianos por parte de instituciones estatales para aten -- ción mental. Sólo los más ancianos, enfermos, con alteraciones mentales son los que residen actualmente en esas instituciones. (28).

## ? .2. LA FAMILIA COMO FACTOR IMPORTANTE EN EL CUIDADO DEL PA - CIENTE ANCIANO.

Uno de los resultados del aumento en el promedio de vida es el que cada vez se concede mayor importancia al conoci miento y manejo de las enfermedades propias de la vejez. El -- compromiso de la familia es decisivo, ya que es el grupo que - responde por el paciente, lo cuida, lo dirige, y el que crea y diseña los ambientes en los cuales el paciente habrá de desen volverse.

En ocasiones, buscando el bienestar del paciente, -- terminan haciendo exactamente lo más nocivo para él, como man tenerlo aislado, en cama, privado de toda actividad, sin adver

tir que con ésto lo único que se logra es aumentar su incapaci-  
dad.

Aunque parezca demasiado simple, lo más importante - que puede hacer la familia de un paciente es aceptarlo, aceptar que la familia tiene la obligación moral, social y legal - de cuidarlo y responde por él. <sup>(1)</sup>

Existe siempre una jerarquía de responsables legales para cuando una persona no pueda responder por sí misma y se encuentre incapacitada. Los padres tienen la obligación, no sólo moral, sino también legal, de responder por sus hijos cuando éstos no pueden valerse por sí mismos. Pero los hijos tienen también la responsabilidad moral, de cuidar de sus padres cuando estos se encuentren incapacitados. Una vez que se ha aceptado la responsabilidad, el siguiente paso será ponerse a planear como organizar la vida del paciente. <sup>(4)</sup>

Un deterioro intelectual, produce en la familia un -desequilibrio de la estructura emocional y crea ansiedad. El equilibrio familiar se recupera, en parte, con la aceptación -del paciente y con el conocimiento, por parte de los parientes de los cambios que deben esperarse en el paciente, más el establecimiento de normas claras para su cuidado. <sup>(4)</sup>

Lo primero que se debe planear es como mantenerlo ocupado tanto como sea posible. Se debe buscar que realice una actividad que no solamente facilite su manejo, sino que, también, lo mantenga al máximo posible en contacto con la realidad (14, 11).

En todas las familias hay muchos pormenores, de los cuales el paciente siempre debe estar enterado. Esto mantiene en él un sentido de pertenencia, evitándole la sensación de aislamiento y soledad. Además de su familia, en la que habrá -

personas de diferentes edades, es conveniente fortalecer los contactos del paciente con personas de su edad, con quienes le sean más fácil compartir intereses, vivencias, etc. Siempre -- son saludables las asociaciones, clubes y agrupaciones similares de personas ancianas. (4, 11)

A un anciano se le debe suministrar cuidado físico, -- como lo es el arreglo personal, alimentación suficiente y equi- librada, y atención médica. Al no ser autosuficiente, se le -- deba de brindar supervisión constante, evitando que permanezca sólo. No deben subir y bajar escaleras ni caminar en pisos li- sos y resbalosos; los objetos de primera necesidad deben perma- necer a su alcance. Disminuir el consumo del alcohol, de taba- co y de bebidas que contengan cafeína, se consideran de impor- tancia. (1, 4)

El envejecimiento coincide también con una mayor sus- ceptibilidad a los medicamentos, lo cual quiere decir que una- misma dosis tiene efectos diferentes en un joven que en un an- ciano. En este último, dosis muy pequeñas producen reacciones -- exageradas del sistema nervioso. Por lo tanto, si un paciente -- senil está tomando mucho fármacos, su sistema nervioso se ve -- afectado, limitándolo en sus actividades. Se ha observado que -- la simple suspensión de un medicamento, o su disminución, pro- duce una mejoría sorprendente de la función mental. (4)

Es conveniente, ante todo, establecer un horario -- de actividades para el paciente. Este horario debe ser adecua- do a las necesidades y posibilidades tanto del paciente como -- de su familia. El horario, o programa, de actividades debe in- cluir detalles tales como la hora en que se asea, el horario-

para las comidas, las horas para que realice alguna actividad, según sus capacidades, las horas para salir a pasear al par -- que o jardín, etc. (4) (11).

No obstante de contar con esta información, la falta de su difusión a la población en general hace que se sigapresentando en el servicio de atención hospitalaria el Sin -- drome de Deprivación Social; el cual se define de la siguiente manera:

Es aquella situación en la cual el anciano presenta desnutrición, múltiples lesiones en piel, ocasionadas por maltrato, descuido y/o abandono por parte de los familiares, con vivientes o encargados de su cuidado, por lo que se considera que el problema es básicamente una enfermedad de adultos; para lo que se requiere:

1. Un sujeto de la tercera edad.
2. Encargados de su atención.
3. Circunstancias de la vida diaria.

Dentro de la interacción se encuentra un anciano de mandante . Encargados que se pueden catalogar como psicóticos que no causan problemas a nivel social, pero que tuvieron experiencias de daño físico y emocional además de poder ser farmacodependientes. En la vida diaria podemos encontrar pérdi -- da, stress, necesidad de mayor atención, etc.

En general, se puede decir que las mujeres ocasionan más frecuentemente este problema, ya que por razones sociales -- son quienes se encargan directamente de la atención del anciano. (26)

#### 7.4 EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.

Recientemente se ha renovado el interés, tanto médico como de la prensa científica en mostrar de que manera fallece el ser humano, mucho de éste interés refleja una conciencia de como los cambios sociológicos han producido una atmósfera en la cual la muerte es un tema tabú. Esos cambios son variados y complejos: la declinación de la formación religiosa, las expectativas irreales fomentadas por una sociedad orientada al consumismo y el crecimiento de un sistema de salud complejo en el cuál, con cada nuevo "descubrimiento", hay la promesa de una eventual victoria sobre la muerte; uno de los resultados es que más y más gente agoniza, no en casa entre familiares y amigos, sino en hospital, en medio de la parafrenia del último intento de resucitación. "La medicalización de la sociedad ha finalizado la época de la muerte natural, el hombre occidental ha perdido la capacidad de tolerar su agonía" (13)

Sin embargo esto no es argumento para que los médicos se desliguen del paciente en fase terminal, más aún enfatiza que cuando el tratamiento para prolongar la vida se considere inapropiado, el paciente terminal aún requiere atención; humanidad. (17)

El proceso por el cual cursa el paciente en fase terminal se ha descrito en cinco estados. Por Kubler-Ross (1969): Negación y sentimiento de soledad, enojo y resentimiento, un breve periodo de espera en que se intenta posponer lo inevitable, depresión y finalmente aceptación. El tiempo de estos estados es variable y pueden coexistir o estar ausentes como variación individual. Se cree que lo única cosa clara es que el médico que asiste honesta y abiertamente a su

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA <sup>79</sup>

*paciente lo conduce a una aceptación activa de su destino. No obstante estos ajustes se presenta de manera inevitable la esperanza, en que algo pase y permita la recuperación. Esta esperanza nunca podría destruirse por recomendarle al paciente "enfrentar los hechos", no hay necesidad de que el médico asmienda, pero pueda mostrar a su paciente que tiene un críterio abierto y puede asegurarle que hará todo lo posible por ayudarlo. (2,14,3,1,25)*

## B. RECOMENDACIONES PRACTICAS

*Conducta que se ha de seguir ante el anciano con -  
insomnio.*

*Es preciso ante todo, siempre que el anciano no padezca ningún proceso patológico causante del insomnio; explicarle la naturaleza fisiológica de los cambios del sueño que aparecen a su edad.*

*Es necesario hacerle ver la necesidad de la observancia del apropiado régimen de vida, de ejercicios horarios, etc. Esto es fundamental para conseguir un sueño lo más fisiológico posible. Deberá esperar a tener sueño para acostarse, - se levantara en cuanto despierta, se reducirá la siesta si ésta es causa de insomnio, muchas personas compensan la mala calidad del sueño levantándose tarde por el día; el sueño de mañana repercutirá en el sueño de la noche siguiente y mantendrá la cronicidad del insomnio.*

*Habrá que individualizar cada caso en particular, - excluyendo cada una de las causas, incluidas la psíquica que pueden existir, para la prescripción de las normas terapéuticas correctas.*

*Cuando el paciente toma hipnóticos, la regla es: no retirar nunca bruscamente un hipnótico, sino disminuir la dosis progresivamente. (12,13,11)*

*El cuidado de los pies y piernas:*

*Se debe recomendar el uso de zapatos con buena medida. A medida que envejecemos, nuestros pies se hacen más pequeños debido a la pérdida de grasa, la piel se seca y forma ecle*

rosis en los puntos sometidos a presión. Las uñas se hacen más gruesas y se convierten en fuentes de infección; los músculos que mantienen los arcos de los pies pierden su elasticidad, -- por lo que causan tensión en los ligamentos. (7)

Es esencial la visita al médico y al pedicurista con regularidad.

### OBESIDAD

Un exceso del 10% del peso normal para una determinada estatura se considera obesidad. Las articulaciones se estropean muy rápidamente cuando tienen que soportar un peso mayor del que están creadas para soportar, adquiriendo el pie -- un estado de tensión crónica; siendo uno de los factores más importantes en las enfermedades cardíacas; al dificultar la movilidad predisponen a estreñimiento y nefropatías. Al tener menos control sobre sus movimientos se predisponen a accidente. -- (1,7,11).

### DIETA.

En vez de disminuir el consumo de alimentos en forma indiscriminada es mejor comprender cuales son los alimentos útiles para el organismo.

Una dieta adecuadamente equilibrada, consumida en porciones regulares, frecuentes y pequeñas, puede significar una enorme diferencia en nuestra existencia. Desde luego que la situación económica es un factor esencial en la falta de una alimentación apropiada, pero de todos modos, resulta posible establecer una dieta justa y sana aun cuando se cuente -- con un presupuesto más bien bajo. En algunas ciudades se dan clases de cocina especialmente pensadas para mayores de 60 --

años . Los servicios de seguridad social británica, en algunos lugares, facilitan a los ancianos comidas ya preparadas, - lo cual permite tener un menú adecuado y sano, al menos dos veces por semana. (7, 3, 9)

Para los ancianos, resulta conveniente, en ocasiones hacerse miembro de un club que haga comidas; en los cuales además, pueden encontrar amistades y compañía que estimule su apetito. A los que viven en compañía de familiares les resulta de ayuda participar en las labores de la cocina, lo que al mismo tiempo los hace sentirse útiles. (3)

#### EJERCICIO.

El número de veces que se realice cada ejercicio no es tan importante como que los movimientos señalados se realicen de manera total. Es muy importante conservar los músculos fuertes y las articulaciones movibles. Se necesita partir de la posición indicada, pues así es como su realización resulta más fácil y más eficaz. Los ejercicios deberán realizarse en periodos cortos, con breves descansos entre ellos. (11, 1)

#### HIGIENE.

La autoestimación se inicia con el cuidado personal y de la vestimenta. El baño o ducha deberán practicarse al menos tres veces cada semana. Se emplearán jabones de buena calidad, pues el jabón rico en detergente eliminará el manto ácido ocasionando prurito dérmico muy molesto. El agua deberá estar a temperatura adecuada, evitando las raciones vasculares. Es obligado efectuar las modificaciones en el cuarto de baño que sean necesarias y que van desde la instalación de gomas anti-deslizantes en el fondo de la bañera hasta la colocación de asideros, barras, taburetes, etc. En orden a garantizar la es-

*tabilidad y autosuficiencia del anciano. (1,11,7)*

*El secado de las manos se efectuará con tejidos de felpa en forma concienzuda; nunca deben quedar húmedas y : no hay inconveniente en la aplicación de cualquier crema suavizante que impida las escoriaciones en el dorso de aquellas.*

*El afeitado diario es recomendable en el varón anciano, es preferible el afeitado total, de ser posible, con máquina eléctrica. Después del afeitado puede aplicarse sobre la cara cualquier crema hidratante y nunca alcohol o colonias que resequen la piel.*

*El pelo deberá ser lavado con una periodicidad de dos veces por semana.*

*El cuidado e higiene de la boca es fundamental, por cuanto la primera fase de una correcta digestión es una buanamasticación.*

*Las ligas en las mujeres deberán ser proscritas, dando mejores resultados el ligero o una simple cinta que ajuste las medias. (11,7)*

#### **PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

*En relación al paciente en fase terminal, se consideran los siguientes puntos:*

##### **1. No aislar al paciente.**

*Hay una tendencia desafortunada para encerrar en un asilo al paciente en fase terminal, en parte por el deseo de que tenga cierta privacidad pero a veces refleja el deseo de des*

Lindarse de responsabilidades y una manera de evitar las críticas, ya que es más cómodo el no tenerlo a la vista. Los intentos para evitar el enfrentar a los pacientes con la muerte no es siempre lo mejor. Particularmente en casas residenciales la desaparición de una persona, que no haya recibido atención, es mayormente sentida como pérdida y causa de inquietud entre los familiares. El paciente terminal siente abandono, por lo que los familiares y el equipo de atención deben ser orientados para no asustarse ni tratarlo con falsa bondad. El sentarse al lado del paciente en lugar de permanecer parado al lado de la cama da mayor sensación de compañía y le permite hablar más fácilmente. (3)

## 2. Hablar con la verdad.

Se ha encontrado frecuentemente que los ancianos se encuentran preparados a la vez que ansiosos de hablar sobre la muerte. Ya que algunos pacientes fatigados por padecer alguna enfermedad crónica aceptan la muerte, pero no sienten bien tal al comentarlo, particularmente si el médico les confirma que el hecho será doloroso. Pero aún es más difícil el manejo del paciente que no está preparado a morir. Raramente es un caso de "debo o no debo decirle", más bien de "cuándo y dónde debo comunicárselo". Lo mejor es estar alerta de signos que no indiquen que el paciente está listo para hablar, al enfatizar "¿Cuándo regresaré a casa?" o "¿No lo hago bien verdad?" es una solicitud de mayor información, y las respuestas deben ser honestas y gentiles. La verdad por ningún motivo debe de ser forzada y la actitud de algunos pacientes nos indicará cuando no tengan deseo de hacer comentarios respecto a su enfermedad. Una palabra emotiva es Cáncer, ya que motiva en la gente un hecho doloroso y da la idea de muerte; si el paciente usa la palabra, será importante para el médico atender esa queja y despreocuparse de los síntomas que puedan aliviar. (3,13)

### 3. Tomar en cuenta a los familiares.

La mayoría de los pacientes, particularmente si la agonia ha sido prolongada, reconocen lo cercano de la muerte - aunque no deseen hablar de ella. De esta manera es frecuente que haya una conspiración en el silencio en la cual los familiares pretenden manifestar que todo estará bien y evitan mencionar algún tema que involucre al paciente. Algunos familiares tienden a opinar; "No deberíamos decirlo, el comentarlo podría matarlo". A menudo ocurre que el paciente se sienta como extraño por la gente que más aprecia. El médico no debe presentarse para mantener el engaño puntualizando que es parte de la enfermedad del paciente, y que si quiere hablar de ello le ayudaría a crear un ambiente propicio. Debe reconocerse que también los familiares tienen que enfrentarse a los cinco estados descritos por Kübler-Ross y necesitan ayuda para superarlos. (4,14,13)

A menudo los gratifica el tener la oportunidad de hablar, y es útil preguntar como la pasarán en casa y permitirles desahogarse. Muchas familias se sientan culpables por el hecho que su familia agonice en un hospital y no en casa, por lo que necesitan sentir que han hecho todo lo posible. (14)

## VISITAS DOMICILIARIAS.

El tomar 15 minutos al entrar para ver al rededor y ventarse con el paciente (antes de empezar a examinarlo) pueden enseñar más acerca de las situaciones familiares y sociales del paciente que todas las entrevistas previas en el hospital o en el consultorio, ésta información puede proyectarse al segundo o tercer nivel. (28)

Lo que es difícil de encontrar es el lugar para el paciente de cuidado intermedio. Los individuos de mayor edad con frecuencia demandan su egreso de las instituciones de atención, ya que el medio ambiente social en esos lugares se asemeja más a un hospital para crónicos que a una comunidad para retirados. (2,18)

*¿Cuando son inapropiadas las visitas domiciliarias?-*

En la mayoría de ciudades y poblados de América se puede acudir al servicio de emergencia hospitalaria en unos cuantos minutos. Por lo que en caso de pacientes ancianos con dolor precordial, disnea, afección abdominal aguda o shock; es preferible atenderlos en los servicios de emergencia, donde se puede contar con el apoyo diagnóstico y terapéutico apropiado.

Una excepción es el caso del paciente terminal, para quien concuerda tanto la familia, el propio paciente y el médico, en que las medidas heroicas de emergencia no están indicadas. En tal caso se puede optar por el servicio de una enfermera o un médico visitador. (19,28)

El tipo de visitas que se propone es un poco diferente: las visitas con horario regular con propósito de evaluación diagnóstica in situ o control rutinario de problemas médicos, se ha demostrado que requiere mínimo tiempo por parte del

médico, así como planeación y costo reembolsable. (28)

Deban ser visitados a domicilio pacientes que han egresado en fecha reciente del hospital o quienes pueden venir a consulta externa. También a la mayoría de pacientes - ancianos con demencia aproximadamente una vez al año para su seguimiento y aplicarles un exámen mínimo del estado mental. Lo cual es más valioso que si se llevara a cabo en la consulta también se toman muestras de orina, signos vitales, electrocardiogramas y la rutina del exámen médico anual. (15, 28)

Las víctimas de fracturas, con alteraciones visuales y pacientes con artritis severa para quienes el transporte es el principal problema se atienden en casa básicamente - cada 3 o 4 meses, hasta que puedan verse en la consulta. Se sugiere citar a estos pacientes en la consulta una vez al año para llevar a cabo un exámen físico completo, lo cual es imposible en casa. (28)

Finalmente, el paciente terminal que vive en casa puede ser consultado tan a menudo como lo requiera para proveerle consejo físico y apoyo emocional. A ciertos pacientes con CA metastático en estadio terminal o EPC se pueden ver - cada 2 o 3 días en la última o últimas 2 semanas de vida. -- Como el médico se involucra con el paciente y su familia, estas visitas pueden ser un consuelo para ambos. (19, 28)

Para planear las visitas domiciliarias se inicia - por efectuar una recopilación de los pacientes a visitar, pudiendo tomar de 1 a 3 hrs. para los 5 días de la semana al - finalizar la visita regular.

15 min. es generalmente suficiente para una visita domiciliaria de rutina, a menos que se requiera una evaluación geriátrica completa.

La planeación se utiliza para considerar la distancia y el tiempo de transporte. En la primera visita se considera la búsqueda de la dirección y algún lugar para estacionarse. Para minimizar el tiempo de transporte se prepara una lista de los pacientes del día con nombre, dirección y número telefónico. Agrupando las visitas que se localicen en la misma área. (28)

Se debe asegurar que se encuentre presente un miembro competente de la familia, durante la visita. Es importante para que la visita se realice de una manera fluida y tranquila, especialmente en casos de pacientes con demencia. (1,7)

Para metodizar la visita a caso, lo primero es hacerse una idea de la vivienda. En ocasiones el paciente -- puede vivir solo o en un vecindario pudiente, tener su dormitorio en el piso superior, el baño en la planta baja y el corredor para la cocina en la parte posterior. Toma en cuenta esos factores "geográficos", modificarlos puede ser crucial para que el paciente pueda ser capaz de permanecer en su propia casa. (28)

Al observar el rededor, se ve si las cosas se encuentran limpias y acomodadas, se puede cuestionar al familiar acerca de las condiciones generales del paciente, si ha sido hospitalizado y las recomendaciones de su egreso.

Sentado a su lado ponga atención al "lenguaje corporal" para evaluar la dinámica familiar.

En seguida se podrá realizar la historia clínica; discutiendo con el paciente y los miembros de la familia -- los cambios en el medicamento requerido, escribiendo cada indicación con letras grandes y legibles, contestando las dudas para mejorar la relación médico-paciente.

También es conveniente verificar la calidad y el estado de conservación de los alimentos, poniendo atención para advertir signos de infestación por insectos o roedores.

Como recompensa de la visita domiciliaria, se encuentra aceptación en la mayoría de los pacientes y sus familiares a las sugerencias que el médico puede ofrecer. Algunas de las sugerencias para facilitar su función pueden ser cambiar el dormitorio al piso bajo y cerca del baño, -- comprar una estufa eléctrica en lugar de la de gas para evitar peligro de incendio en pacientes con temblor senil o alguna enfermedad sincopal.

Lo que no se puede hacer es evitar que el paciente consulte otro médico que le brinde un veredicto diferente o le dé una pildora diferente. Sin embargo, una vez que se haya realizado la visita domiciliaria de 10 a 15 min., -- la relación médico-paciente está vinculada de por vida. Una vez que lo hayan aceptado en la casa del paciente, discutiendo con ellos problemas de salud, se encontrará que las puertas de la comunicación y la confianza al menos se han empujado a abrir. (28)

## C O N C L U S I O N E S

*Al observar al anciano no lo podemos aislar de los fenómenos biológicos, económicos y sociales que lo rodean, - los cuales interactúan sobre el individuo que ha llegado a - ésta etapa.*

*Desde el punto de vista biológico existen varias - teorías que tratan de explicar el envejecimiento, lo que nos plantea una realidad multifactorial, sin embargo, el hombre - sigue motivado para profundizar en el conocimiento de una - etiología que enlace éstas teorías. Si logramos identificar - la causa, se podrá lograr que vivan en mejores condiciones - su vejez.*

*El envejecimiento es una serie de cambios progresi - vos que el organismo experimenta a medida que transcurre el tiempo. Las células que se destruyen en forma constante son reemplazadas por células nuevas, pero a medida que avanza la - edad la destrucción suele ser mayor que la reposición, cau - sando un progresivo deterioro en los ancianos, haciendose - evidente al dar alteraciones cardiovasculares, auditivas, vi - suales, digestivas, dérmicas, intelectuales, etc. De estos - cambios, algunos son evidentes al clínico y otros difíciles de detectar, pero que sabemos que se dan conforme avanza la edad.*

*En general con el envejecimiento se produce una re - ducción orgánica, así conforme el cuerpo humano envejece su - fre cambios que se reflejan en su aspecto y comportamiento.*

*Psicológicamente las situaciones de pérdidas se - acompañan a menudo con un estado depresivo importante, que - aunado a la falta de conocimiento de los cambios fisiológi - cos que ocurren en ésta fase de la vida forman un círculo -*

vicioso que disminuye la capacidad de adaptación del individuo. Así mismo queda abierto un campo de investigación para conocer la importancia de estos factores de cambio con objeto de plantear programas para su cobertura.

Dentro de la realidad social que nos plantea la vejez, la precaria situación económica de una mayoría, debido a la desocupación o por la marginación de que son objeto dentro del sistema de producción y por otro lado a que el monto de las pensiones es insuficiente para vivir adecuadamente, lo que repercute en su estado de salud.

En México a pesar de ser una necesidad social creciente, por el volumen de población, se cuenta con apartados legislativos en que se apoyan los profesionales para proporcionar un estado decoroso a las personas que se encuentren en esta etapa de la vida, además de contar con un organismo también orientado en sus objetivos y con una visión de desarrollo a medida que evoluciona nuestra sociedad, contando con una infraestructura multidisciplinaria que tiende a la constante actualización en el campo de la investigación para asegurar el mayor beneficio a nuestra población dentro de las posibilidades del país.

En los países desarrollados se aprecia un interés creciente para satisfacer la necesidad de atención médica que plantea la vejez, incluso creando estatutos legislativos. No obstante se contempla la perspectiva de que si se instituyen medidas preventivas acordes a los cambios (en habitación, disponibilidad de alimentos, recreación, ocupación, etc.) se facilitará el período de adaptación a esta etapa de la vida, disminuyendo los riesgos que les plantea una sociedad demandante.

En cuestión de salud es el médico quien cuidadosa-

mente tiene la obligación de valorar a los pacientes mayores de 60 años en busca de patologías propias de esta edad, asimismo quien va a interactuar con los familiares para facilitar la adopción de sugerencias que benefician la dinámica familiar. Recordando que esta población ha marcado la principal indicación para la atención domiciliaria, de la cual en nuestro país el IMSS se ha convertido en el pionero; disponiendo de dos horas diarias para que el médico familiar programe, de acuerdo a la necesidad, sus visitas domiciliarias.

Por otro lado, de similar importancia es el hecho de tomar en cuenta a la familia para el logro de los objetivos de adaptación del anciano, constituyéndose en un recurso preventivo primordial, para lo que debe de contemplarse en todo programa de atención.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- *Ardilla, Alfredo y Rosselli, Mónica*  
*Como entender y cuidar a nuestros ancianos en la casa.*  
*México, la Prensa Mexicana, 1986.*
- 2.- *Barker, William H.*  
*"Care of the elderly: is it a specialty?".*  
*The Lancet.*  
*Rochester, NY, University of*  
*Rochester, Vol. 5.*  
*Oct. 1985, pp. 781*
- 3.- *Beauvoir, Simone de La vejez*  
*México, Ed. Sudamericana, 1980,*  
*Pág. 8-9,105-110,259-273,663-679.*
- 4.- *Borenstein I*  
*Familia y enfermedad mental.*  
*Argentina, Editorial Paidós, 1984.*
- 5.- *Bussa, E.W*  
*Theories of ageing.*  
*Boston, E.W Bussa and E. Pffaiffer*  
*(eds) 1985.*
- 6.- *Christina R. Victor*  
*"The early readmission of the*  
*elderly to hospital"*  
*Age and Ageing.*  
*Cowbridge Road, Cardiff, Welsh*  
*National School of Medicine,*  
*Vol. 14. 1985, pp. 37-42*
- 7.- *De la Peña J.D.*  
*Higiene y régimen de vida.*  
*México, Ed. Salvat, 1988.*

- 8.- De la Peña J. D.  
*Sueño e insomnio en la tercera edad.*  
México, Ed. Salvat , 1986.
- 9.- Gerda G. Fillenbaum, Ph. D.  
"Screening the Elderly"  
*Journal of the American Geriatrics Society.*  
Durham, NC, The Duke University  
Medical Center, Vol. XXXIII, .  
Núm. 10, Oct. 1985, pp 698-705
- 10.- Nueva Ley del ISSSTE.  
México, Ed. Libros económicos, 1987
- 11.- Hooker Susan.  
*La tercera edad*  
México, Gedisa Mexicana, 1983.
- 12.- Instituto Nacional de La Senectud.  
*Asistencia al anciano en México.*  
México, I.N.S.E.N., 1985.
- 13.- Macfarlane Burnet, Frank.  
*La entereza de vivir.*  
México, Ed. Andrómeda S.A., 1982.
- 14.- Martin  
*Manual de geriatría.*  
México, Menson S.A. Ed. 1976
- 15.- Matti V. Haavisto.  
*"Living conditions and healt of*

a population aged 85 years or over:  
a five-year follow-up  
study".

Age and Ageing.

Tempera Finland, Yrojo Jahansson

Foundatton, Vol. 14, 1985.

pp 202-208

16.- New York Academy of Medicine

"Geriatrics and the USA".

The Lancet.

New York, NY, Bulletin of New

York Academy of Medicine, Vol.

18, núm. 1, jan. 1986, pp.133 134.

17.- Payno M.

"El problema gerontológico de México"

Revista de la facultad de medicina.

D.F., México, U.N.A.M. Vol. XXIII

Núm. 5, May. 1980, pp. 22-46.

18.- Riessenberg, Donal E.

"Ageing process yields secrets to long-term study at unique  
research center".

Journal of the American Medical Association.

Baltimore, California, Gerontology Research Center NIH.

Vol. 255, número 7, feb. 1986, pp. 865

19.- Riessenberg, Donald E

"Cassel: physician Advocate for the elderly"

Journal of the American Medical Association.

Baltimore, California, Gerontology Research Center NIH, Vol.255

Núm. 7, Feb. 1986, pp. 872-873.

- 20.- *Riesenberg, Donald E.*  
*"Dispelling Stereotypes Associated with aging"*  
*Journal of the American Medical Association.*  
*Baltimore, California, Gerontology Research Center NIH*  
*Vol. 255, núm. 7 feb. 1986. pp. 866*
- 21.- *Riesenberg, Donald E.*  
*"Immunology new tool, clinical topic in aging"*  
*Journal of the American Medical Association.*  
*Baltimore, California, Gerontology Research Center NIH,*  
*Vol. 255 núm. 7, feb. 1986, pp. 867 y 871.*
- 22.- *Riesenberg, Donald E.*  
*"Some medical maxims do not age well: Andree".*  
*Journal of the American Medical Association.*  
*Baltimore, California, Gerontology Research Center NIH*  
*Vol. 255, núm. 7 feb. 1986, pp. 867.*
- 23.- *Riesenberg, Donald E.*  
*"Studies reshape some views of the aging heart".*  
*Journal of the American Medical Association.*  
*Baltimore, California, Gerontology Research Center NIH*  
*Vol. 255. Núm. 7, Feb. 1986, pp. 871-872.*
- 24.- *Rossmán.*  
*Geriatría Clínica.*  
*México, Salvat Ed. S.A. 1974*
- 25.- *Rothschild, Henry*  
*Factores de riesgo en la edad avanzada.*  
*México, La Prensa Médica Mexicana. 1987.*
- 26.- *Salas Max*  
*Gufa para el diagnóstico y terapéutica en pediatría.*

México, Prensa Médica Mexicana.  
1986.

- 27.- Wattis, John P.  
"Nanpower problems in psychiatry of old age".  
British Medical Journal.  
Leeds, London, St. James University Hospital, Vol. 291.  
Nov. 1985, pp. 281.
- 28.- Wildman Zabley, Jos. III  
"Geriatric Follow-up: What only a home visit can tell you".  
Geriatrics.  
Baltimore, California, Geriatrics  
Advisor, Vol. 41, núm. 3, march.  
1986, pp. 100-104