



50.  
24. 11226

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

UNIDAD ACADEMICA: CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"MARINA NACIONAL"

**AUTOCAUIDADO EN EL PACIENTE ANCIANO Y SU  
REPERCUSION EN EL ESTADO DE SALUD.**

## TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

P R E S E N T A :

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**Dra. Yolanda del Carmen Moreno Castillo**

Profesor Titular del Curso;

**Dr. Bernardo Arceo Venegas**

Profesores Asesores de Tesis:

**Dr. Manlio Favio Blanco Cantero**

**Dr. Francisco Lizcano Esperón**



**ISSSTE**

MEXICO, D. F.

**FALLA DE ORIGEN**

1990



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

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

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

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

I .-	ANTECEDENTES	
1.-	CONCEPTOS HISTORICOS	01
2.-	DEFINICION/CONCEPTOS ACTUALES	02
3.-	CLASIFICACION	03
4.-	AUMENTO DEL PROMEDIO DE VIDA/ANCIANO SANO.	04
5.-	PROBLEMATICA DEL ANCIANO	05
6.-	REFERENCIA POBLACIONAL	07
7.-	AUTOCUIDADO/ASISTENCIA AL ANCIANO	09
II.-	JUSTIFICACION.	11
III.-	OBJETIVOS	13
IV.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
V.-	METODOLOGIA.	16
1.-	TIPO DE ESTUDIO	16
2.-	POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	16
3.-	INSTRUMENTO DE ESTUDIO E INFORMACION A RECOLECTAR	17
VI.-	RESULTADOS Y ANALISIS	18
VII.-	GRAFICAS, CUADROS Y ANEXOS	21
VIII.-	CONCLUSIONES	49
IX.-	SUGERENCIAS	50
X .-	BIBLIOGRAFIA	51

## I.- ANTECEDENTES.

### 1.- CONCEPTOS HISTORICOS.

LA VEJEZ COMO PROCESO BIOLÓGICO IRREVERSIBLE SE CARACTERIZA POR CAMBIOS PSICOFISIOLÓGICOS, RESULTADO DE LA ACCIÓN -- DE FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS SOBRE EL INDIVIDUO, ACELERANDO O RETRASANDO SU APARICIÓN SEGÚN SEA EL GRADO DE INFLUENCIA; SU INICIO ESTÁ SOCIALMENTE MARCADO POR LA JUBILACIÓN - O EL NACIMIENTO DEL PRIMER NIETO.

EN LAS ANTIGUAS CULTURAS SIGNIFICÓ EL LOGRO DE UNA EXPERIENCIA PLENA Y GOCE DE UNA CONDICIÓN PRIVILEGIADA. EN NUESTRO PAÍS LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE CULTURAS COMO LA MAYA Y AZTECA FOMENTÓ Y PROPICIÓ LA ACEPTACIÓN Y RESPETO A LOS ANCIANOS. ENTRE LOS AZTECAS, EL INDIVIDUO DE EDAD AVANZADA, LLAMADO "HUEHUETQUE", QUE HABÍA SOBREVIVIDO A GUERRAS, ENFERMEDADES, ETC., ERA MUY BIEN ACEPTADO Y ADEMÁS IMPORTANTE SU PRESENCIA EN TODAS LAS CEREMONIAS; FAMILIARES, RELIGIOSAS Y - POLÍTICAS. EL ANCIANO EN SUS ÚLTIMOS AÑOS DISFRUTABA DE UNA VIDA TRANQUILA Y LLENA DE HONORES.

EXISTEN TESTIMONIOS DE LA CIVILIZACIÓN MAYA SOBRE EL RESPETO Y ACEPTACIÓN QUE SE INCULCABAN ENTRE LOS JOVENES DE MANERA SIMILAR A LO QUE SUCEDÍA EN LA CULTURA AZTECA, DONDE LOS ANCIANOS OCUPABAN TAMBIÉN UN LUGAR PREPONDERANTE DURANTE LAS CEREMONIAS Y RITOS. (1)

EN OTRAS CULTURAS LA REPRESENTATIVIDAD DEL ANCIANO ALCANZÓ SUS MÁXIMAS EXPRESIONES.

CONFORME HA EVOLUCIONADO LA SOCIEDAD HACIA NIVELES INDUSTRIALES Y ECONÓMICOS MÁS COMPLEJOS, LA ESCALA DE VALORES HA SUFRIDO CAMBIOS ESENCIALES, QUE LE HAN LLEVADO NO SOLO A ESQUIVAR SU RESPONSABILIDAD ENTRE EL GRUPO DE INDIVIDUOS DE EDAD AVANZADA, SINO A ADOPTAR ACTITUDES DE RECHAZO, MARGINACIÓN Y ABUSO.

## 2.- DEFINICION/ CONCEPTOS ACTUALES.

ETIMOLÓGICAMENTE NO HAY FORMA DE DETERMINAR LA VEJEZ, EXISTEN MÚLTIPLES DEFINICIONES:

"ES EL RESULTADO DE UNA INTERACCIÓN ENTRE EL ORGANISMO Y -- LOS CAMBIOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES QUE CARACTERIZAN DOS ÉPOCAS DE LA VIDA. "MEZAY DOVAL (2,3).

"PROCESO PROGRESIVO, DESFAVORABLE DE CAMBIO ORDINARIAMENTE LIGADO AL PASO DEL TIEMPO QUE SE VUELVE PERCEPTIBLE DESPUÉS DE LA MADUREZ Y CONCLUYE INVARIABLEMENTE CON LA MUERTE". LAISING (2).

"ES UN PROCESO BIOLÓGICO UNIVERSAL, ENDÓGENO, INTRÍNSECO, DELETEREO, PROGRESIVO E IRREVERSIBLE QUE SE CARACTERIZA POR UN DETERIORO BIOQUÍMICO Y FISIOLÓGICO QUE CONDUCE A UNA DISMINUCIÓN DE CAPACIDADES DEL ORGANISMO PARA ADAPTARSE TANTO EN SU -- MEDIO INTERNO COMO EXTERNO, A LA DETENCIÓN DE NUESTROS SISTEMAS AUTOREGULADOS Y QUE LLEVA INEVITABLEMENTE COMO DESTINO FINAL LA MUERTE". SHRELER (2).

"ES EL LAPSO ENTRE EL NACIMIENTO Y LA MUERTE, QUE LO CARACTERIZA COMO CIERTO TIPO DE CAMBIO IRREVERSIBLE Y DESFAVORABLE". GALVÁN LÓPEZ (2).

OTROS AUTORES DEFINEN AL ENVEJECIMIENTO COMO UN PROCESO -- INDIVIDUAL BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL NORMAL, PROGRESIVO E IRREVERSIBLE.

CONSIDERANDO QUE EL ENVEJECIMIENTO ES INDIVIDUAL, LOS ÓRGANOS NO ENVEJECEN A LA MISMA VELOCIDAD DENTRO DE UN INDIVIDUO; ESTO DEPENDE DE FACTORES AMBIENTALES, NUTRICIONALES, EMOCIONALES, ETC. INVESTIGADORES NACIONALES COMO EXTRANJEROS HAN LLEGADO A LA CONCLUSIÓN DE QUE "NO SE PUEDE ESPERAR UNA VEJEZ NORMAL SI NO SE HA TENIDO UNA ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA DURANTE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA" (4).

EL ENVEJECIMIENTO ES UN PROCESO DINÁMICO QUE INICIA DESDE LA CONCEPCIÓN Y TERMINA CON LA MUERTE. LA DEFINICIÓN EXACTA DE "QUE ES UN VIEJO" ES MUY DIFÍCIL, --YA QUE NO EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE EDAD CRONOLÓGICA Y BIOLÓGICA.

### 3.- CLASIFICACION.

"ETAPA DE MADUREZ AVANZADA (40-60); ETAPA DE SENECTUD (61 A 75 AÑOS) Y SENILIDAD DESPUÉS DE LOS 75 AÑOS" STIEGLITZ (2).

"MADUREZ (18 A LOS 55 AÑOS) Y SENILIDAD (56-75 AÑOS) Y SENILIDAD DESPUÉS DE LOS 75 AÑOS" HERNÁN SAN MARTÍN (2).

"ETAPA PREVENTIVA DE LOS 40-50 AÑOS Y ETAPA DE PADECIMIENTOS GERIÁTRICOS DE LOS 60 EN ADELANTE. OREA CLASIFICACIÓN SERÍA JÓVENES-ANCIANOS, PREPATERNALES-PATERNALES Y POSTPATERNALES" PAYNO MANUEL (4).

LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN ACEPTADA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:

"EDAD INTERMEDIA: DE LOS 45 A LOS 60 AÑOS LLAMADA TAMBIÉN PRESENIL O PRIMER ENVEJECIMIENTO O CRÍTICA, EDAD EN QUE APARECEN LOS PRIMEROS SIGNOS DE ENVEJECIMIENTO, QUE REPRESENTAN A MENUDO UNA PREDISPOSICIÓN AL DESARROLLO DE VARIAS ENFERMEDADES QUE REQUIEREN DE MEDIDAS PREVENTIVAS.

"SENECTUD GRADUAL: COMPRENDE EL PERIODO DE LOS 60 A LOS 70 AÑOS Y SE CARACTERIZA POR LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES CLÍNICAS TÍPICAS DE LA EDAD AVANZADA QUE REQUIEREN DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO.

SENILIDAD O VEJEZ DECLARADA: ÉSTA EDAD SE INICIA ALREDEDOR DE LOS 70 AÑOS E INCLUYE EN SENTIDO ESTRICTO AL ANCIANO, CON UNA IMPORTANCIA CRECIENTE DE PROBLEMAS ASISTENCIALES, A NIVEL MÉDICO, SOCIAL Y SOBRE TODO, DE REHABILITACIÓN POR LOS ESTADOS DE MINUSVALIDEZ PROVOCADA POR LAS ENFERMEDADES Y SU CRONICIDAD. A LOS MAYORES DE 90 AÑOS SE LES LLAMA "LONGEVOS".

LA OMS REPORTA QUE LOS 60 AÑOS ES LA EDAD LÍMITE INICIAL PARA LA VEJEZ, PORQUE ES LA EDAD PROMEDIO DE LA EXPECTATIVA MUNDIAL DE VIDA ASÍ COMO DE RETIRO DE LA VIDA LABORAL" (5).

#### 4.- AUMENTO DEL PROMEDIO DE VIDA/ANCIANO SANO.

A FINES DEL SIGLO XIX EL PROMEDIO DE VIDA ES DE 50 AÑOS. ACTUALMENTE ES DE 70 O MÁS EN ESPECIAL EN PAÍSES DESARROLLADOS. EN OTROS ES MUY BAJO PORQUE CONTINUAN VIVIENDO EN CONDICIONES AÚN PRECARIAS.

EL AUMENTO DEL PROMEDIO DE VIDA SE DEBE PRINCIPALMENTE - A LOS ADELANTOS DE LA MEDICINA CON DISMINUCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y LA MORTALIDAD INFANTIL, Y A LA MEJORÍA DE LAS CONDICIONES HIGIÉNICAS, AMBIENTALES Y ALIMENTICIAS EN LA SOCIEDAD MODERNA. HOY EN DÍA SE LLEGA A LOS 70 AÑOS PORQUE - DURANTE LA VIDA SE COMBATIERON CON TRATAMIENTOS PREVENTIVOS - OPORTUNOS LOS DAÑOS INCIPIENTES PROVOCADOS POR EL ENVEJECIMIENTO. POR LO QUE SE PUEDE DEDUCIR QUE EL HOMBRE MODERNO -- PUEDE VIVIR MÁS QUE LOS ANIMALES SALVAJES GRACIAS A LOS TRATAMIENTOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS A QUE SE SOMETE, EN TANTO QUE - EN EL HOMBRE PREHISTÓRICO EL PROMEDIO DE VIDA ERA PROPORCIONALMENTE MÁS BREVE, COMO EN LOS ANIMALES SALVAJES (3).

LAS CONSECUENCIAS DE ÉSTE FENÓMENO SON EL -AUMENTO DE LA POBLACIÓN DE ANCIANOS, Y TAMBIÉN DE ENFERMEDADES DEGENERATIVAS COMO LA ARTERIOSCLEROSIS, ARTROSIS; AUMENTO DE PACIENTES MINUSVÁLIDOS (MINUSVALIDEZ SIGNIFICA FALTA DE AUTOSUFICIENCIA, ES DECIR NECESIDAD DE AYUDA), AUMENTO DE NECESIDAD DE ASISTENCIA (MÉDICA, PSICOLÓGICA, SOCIOECONÓMICA, ETC.) (5).

COMO YA FUE REFERIDO EN PÁRRAFOS ANTERIORES ACERCA DEL - ENVEJECIMIENTO ES LÓGICO QUE LOS ANCIANOS SANOS TENGAN ALTERACIONES FUNCIONALES Y MORFOLÓGICAS EN SU ORGANISMO. NO SE TRATA DE PROBLEMAS PATOLÓGICOS EN UN SENTIDO ESTRICTO, PERO SU FISIOLÓGIA YA NO ES NORMAL; SON CONSIDERADAS ALTERACIONES EN EL LÍMITE ENTRE LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO.

DEFINICIÓN DE ANCIANO SANO: PERSONA CON ALTERACIONES MORFOLÓGICAS Y FUNCIONALES EN EQUILIBRIO INESTABLE Y CON ADAPTACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A LAS POSIBILIDADES REALES DE RENDIMIENTO.

## 5.- PROBLEMÁTICA DEL ANCIANO.

ES INCUESTIONABLE LA RELACIÓN Y REPERCUSIÓN QUE TIENEN LOS FACTORES DE TIPO ORGÁNICO, CON AGENTES EXTERNOS, AMBIENTALES Y SOCIALES, PARA CONOCER LAS CONDICIONES DE VIDA, QUE EN LA ACTUALIDAD RIGEN LA EXISTENCIA DE LOS ANCIANOS Y QUE DAN LUGAR A UNA PROBLEMÁTICA MÁS COMPLEJA DE LO QUE SUPONEMOS, SEGÚN LOS SIGUIENTES PLANTEAMIENTOS:

-EL ESCASO O NULO CONOCIMIENTO QUE SE TIENE SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LOS ANCIANOS IMPIDE COMPRENDER EN SU MAGNITUD REAL LA MARGINACIÓN EN QUE VIVEN Y EL SENTIMIENTO DE INUTILIDAD, ANGUSTIA, QUE COMUNMENTE SE DESARROLLA EN ELLOS, CONVIRTIÉNDOLOS EN SUJETOS VULNERABLES A LAS ACTITUDES DE RECHAZO EMITIDAS POR LAS PERSONAS QUE CONFORMAN SU ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL.

-LOS PRINCIPALES TRASTORNOS DE PERSONALIDAD QUE PRESENTAN LOS ANCIANOS SON OCASIONADOS POR SU AISLAMIENTO DE LA SOCIEDAD, PUES LES GENERA UN SENTIMIENTO DE SOLEDAD CON CONSECUENCIAS AFECTIVO-EMOCIONALES, QUE LOS DEJA DESPROTEGIDOS, DESVALIDOS Y SIN APOYO ANTE LOS EMBATES DE LA VIDA.

-EL PROCESO NATURAL DE ENVEJECIMIENTO, EN LAS CIRCUNSTANCIAS ACTUALES SOCIOCULTURALES, CONSTITUYE UNA EXPERIENCIA ANGUSTIOSA PARA EL ANCIANO, EN VIRTUD DEL EXCLUSIVO VALOR SIMBÓLICO QUE SE LES HA CONFERIDO, PUES PARA LA SOCIEDAD SER VIEJO SIGNIFICA UNA DISMINUCIÓN DE LA POSIBILIDAD PARA OBTENER SATISFACCIONES CORPORALES, PSICOLÓGICAS, SOCIALES, LABORALES Y ECONÓMICAS.

-DENTRO DE LA PROBLEMÁTICA DE ESTE SECTOR DE LA POBLACIÓN OCUPA TAMBIÉN UN LUGAR IMPORTANTE LA PRECARIA SITUACIÓN ECONÓMICA DE UNA MAYORÍA; POR UN LADO, DEBIDO A LA DESOCUPACIÓN O POR LA MARGINACIÓN DE QUE SON OBJETO DENTRO DEL SISTEMA DE PRODUCCIÓN Y POR OTRO, A QUE EL MONTO DE LAS PENSIONES DERIVADAS DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL SON CADA DÍA MÁS INSUFICIENTES. AQUÍ CABE ACLARAR QUE EN ESTE AÑO DICHAS PENSIONES AUMENTARÁN POR DECRETO PRESIDENCIAL. (FEBRERO, 1990).

-ES UNA REALIDAD IRREFUTABLE QUE UN NÚMERO CONSIDERABLE DE ANCIANOS SON OBJETO DE ATROPELLOS Y QUE OTRO GRUPO MUCHO MÁS DESVALIDO ES EL DE LOS ANCIANOS INDIGENTES, CUYAS CONDICIONES DE VIDA SON INFRAHUMANAS, YA SEA POR AUSENCIA O RECHAZO DE UNA FAMILIA QUE LES PROPORCIONE LOS SATISFACTORES INDISPENSABLES A

SUS REQUERIMIENTOS ECONÓMICOS Y AFECTIVOS.

POR LA INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES ANOTADAS, LOS ANCIANOS PARALELAMENTE A LA DISMINUCIÓN DE LAS CAPACIDADES FÍSICAS, HAN VISTO TAMBIÉN AFECTADO SU STATUS FAMILIAR Y SOCIAL, DADA LA IDEA MÁS O MENOS GENERALIZADA, DE QUE A CIERTA EDAD EL HOMBRE SE CONVIERTE EN UN ESTORBO O CARGA, YA SEA POR LA INUTILIDAD DE SU EXISTENCIA COMO POR -SU DESPLAZAMIENTO DEL SISTEMA DE PRODUCCIÓN.

CABE HACER NOTAR, DE MANERA ESPECIAL, EL CASO DE LOS ANCIANOS ECONÓMICAMENTE ACTIVOS, QUE SUFREN LA DESVINCULACIÓN DE SU ACTIVIDAD PRODUCTIVA A CIERTA EDAD, POR LOS ACTUALES SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL, QUE VIOLENTAMENTE LOS HACEN PASAR DE INDEPENDENCIA A OTRO DE DEPENDENCIA, PARA LO QUE NO SE ENCUENTRAN PREPARADOS, OCASIONÁNDOLES ALTERACIONES PSICOSOMÁTICAS, - QUE TIENDEN A AGRAVARSE ANTE ESTÍMULOS EXTERNOS NEGATIVOS, COMO SON LAS ACTITUDES DICTADAS POR LA IGNORANCIA, LA IRRESPONSABILIDAD Y EL ABUSO. EN CUANTO AL GRUPO REPRESENTADO POR LOS ANCIANOS CARENTES DE RECURSOS EN FORMA TOTAL, PARA ALLEGARSE SATISFACTORES INDISPENSABLES, SU SITUACIÓN ES AÚN MÁS APREMIANTE, PORQUE SON OBJETO DE TODO TIPO DE ARBITRARIEDADES, TALES COMO: AGRESIÓN FÍSICA, ABANDONO, CONFINACIÓN, ETC. QUE SI BIEN NO SON APROBADAS POR LA SOCIEDAD, TAMPOCO HAN SIDO EVITADAS POR ELLA.

LA SITUACIÓN -DE LOS PENSIONADOS, O LOS QUE SE HAN RETIRADO DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, REPRESENTA UNA CARGA MUY IMPORTANTE SOBRE LA ECONOMÍA; AL MISMO TIEMPO NUESTRO PAÍS NECESITA -- UTILIZAR A LAS PERSONAS MAYORES, CAPACITADAS PARA AYUDAR CON - SUS CONOCIMIENTOS AL PROGRESO, A EVITAR LA FUGA DE DIVISAS AL EXTRANJERO. IMPARTIRÍAN A SU VEZ SUS CONOCIMIENTOS A LAS NUEVAS GENERACIONES, LOGRANDO ASÍ UN AUMENTO DE FUENTES DE TRABAJO, LA CREACIÓN DE INDUSTRIAS COMPLEMENTARIAS A LAS BÁSICAS, - DIRIGIDAS POR PERSONAS CON CAPACIDAD Y EXPERIENCIA EN DETERMINADA LÍNEA DE PRODUCCIÓN.

EL RETIRO DEL TRABAJO O LA IMPOSIBILIDAD DE ENCONTRAR UN NUEVO EMPLEO, QUE LE ESTÁ VEDADO POR LA PRESENCIA DE LAS CANAS QUE DENOTAN CLARAMENTE SU EDAD, LA AUSENCIA DE AMIGOS Y COMPAÑEROS QUE HAN FALLECIDO Y LA DIFICULTAD DE ENCONTRAR OTROS QUE LLENEN ESTE VACÍO, SEÑALAN QUE EL TIEMPO SE NOS HA ECHADO ENCIMA INEXORABLEMENTE, TODO ELLO NOS OBLIGA A RECOMENDAR QUE PE--

RIDICAMENTE DURANTE NUESTRA VIDA DEDIQUEMOS UNOS INSTANTES A LA MEDITACIÓN DE ESTE TEMA, SOBRE LO QUE ESTAMOS HACIENDO Y - LO QUE VAMOS A HACER, JUSTIPRECIANDO NUESTROS ÉXITOS Y NUES-- TROS FRACASOS, TANTO DE NUESTRAS CAPACIDADES FÍSICAS Y MENTA-- LES COMO LO QUE SE RELACIONA CON NUESTRA SITUACIÓN ECONÓMICA: ES DECIR, HACER UN BALANCE DE NUESTRA VIDA Y SENTAR LAS BASES DE NUESTRO FUTURO O LO QUE ES LO MISMO, HACER INVENTARIO DE NUESTRA VIDA PARA EL PORVENIR, (4).

6.- REFERENCIA POBLACIONAL.

EN 1981, DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEL X CONGRESO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, REALIZADO EN LA REPÚBLICA MEXICANA EN EL MES DE JUNIO DE 1980 SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES DATOS: SOMOS 67,382,581 HABITANTES A NIVEL NACIONAL, DE LOS CUALES 33,295,260 SON HOMBRES Y 34,087,321 MUJERES. QUE LA POBLACIÓN DE MÁS DE 60 AÑOS ASCIENDE A 4,142,916 INCLUYENDO A -- LOS HABITANTES QUE NO MANIF-ESTARON SU EDAD, DE LOS CUALES -- 1,907,832 SON HOMBRES Y 2,172,084 MUJERES, REPRESENTANDO EL -- 6,15% DE LA POBLACIÓN TOTAL. A NIVEL NACIONAL HA AUMENTADO -- LA ESPERANZA DE VIDA YA QUE EN EL AÑO DE 1930 ÉSTA ERA DE 36.9 AÑOS, EN 1970 AUMENTÓ A 61.9 Y EN 1980 CRECIÓ A 66.5 AÑOS Y -- SE ESPERA QUE PARA EL AÑO 2 000 SE CONTINUE INCREMENTANDO --- HASTA LLEGAR A LOS 70 AÑOS (7).

EN EL ÁREA INTERNACIONAL, NUESTRO PAÍS OCUPA EL LUGAR 44 CON MAYOR PROMEDIO DE VIDA EN EL MUNDO Y ESTO REPRESENTA UN PANORAMA SIGNIFICATIVO, YA QUE OCUPAMOS UN LUGAR INTERMEDIO.- LOS PAÍSES QUE OCUPAN LOS TRES PRIMEROS LUGARES SON: SUECIA,- NORUEGA Y JAPÓN CON UN PROMEDIO DE VIDA DE 74-75 AÑOS, (8).

LAS ANTERIORES CONSIDERACIONES, SON ÚTILES PARA ESTIMAR QUE EN NUESTRO PAÍS ESTÁ OCURRIENDO EL FENÓMENO DE LA POBLACIÓN CRECIENTE AUNQUE LOS GRUPOS DE MENORES DE EDAD SON LOS -- QUE ACTUALMENTE DOMINAN, PERO CONFORME PASAN LOS AÑOS Y SIGA OPERANDO UNA DISMINUCIÓN EN LA TASA DE NATALIDAD, LOS GRUPOS DE MAYORES DE 60 AÑOS SE INCREMENTARÁN.

LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA MAYOR DE 12 AÑOS, 23,644 684 HABITANTES MANIFESTARON TENER OCUPACIÓN, MIENTRAS QUE LOS INACTIVOS SON 18,974,971 QUE, CON LOS QUE NO ESPECIFICARON SU OCUPACIÓN, HACEN UN TOTAL DE 44,049,871. DE ESTE SECTOR, 1,122,177 HABITANTES ESTÁN ENTRE LOS 60 Y 64 AÑOS Y DE ELLOS 66,407 MANIFESTARON TENER ACTIVIDAD Y NO TENERLA 441,504. DEL GRUPO DE 65 AÑOS Y MÁS QUE FUERON 2.818,388, SÓLO ESTÁN ACTIVOS 1,506,372, MIENTRAS QUE 1,257,529, NO TIENEN ACTIVIDAD. POR LO QUE SE PUEDE CONCLUIR QUE UN 43% DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS, ES ECONÓMICAMENTE INACTIVA, OCUPANDO EL PRIMER LUGAR EN 1980, EL ÁREA METROPOLITANA, SIGUIENDOLA EN ORDEN DECRECIENTE VERACRUZ, JALISCO Y PUEBLA, CON ESTOS ELEMENTOS PODEMOS ESTIMAR LA TENDENCIA QUE HA SEGUIDO LA POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS EN MÉXICO, HACIENDO NOTAR, QUE SE ESTÁ OBSERVANDO UN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO TOTAL, QUE AVANZARÁ EN SU EDAD SIN REMEDIO; POR LO QUE CADA VEZ EXISTIRÁN MÁS HABITANTES MAYORES DE 55 AÑOS, QUE REQUERIRÁN DE ATENCIÓN Y PROGRAMAS ADECUADOS.

LAS PERSPECTIVAS DEL INCREMENTO DE POBLACIÓN TOMANDO COMO BASE LO ANTES DESCRITO; SE PROYECTA QUE HASTA 1990 PODEMOS LLEGAR A SER 86,018700 HABITANTES TOMANDO EN CONSIDERACIÓN UNA TASA DE CRECIMIENTO DEL 1.7% Y DE 86,905,900 MEXICANOS SI SE TOMA UNA TASA DE CRECIMIENTO DEL 2.1% ANUAL. EN RELACIÓN CON LOS GRUPOS MAYORES DE 55 AÑOS SERÁ: EN EL GRUPO DE EDAD 55 A 59 AÑOS, 2.143.993 PARA 1990; 2.999,246 PARA EL AÑO 2000; EN EL GRUPO DE 60-64 AÑOS, 1,678,652 PARA 1990 Y 2,350524 PARA EL AÑO 2000 Y PARA EL GRUPO ETARIO DE 65 AÑOS Y MÁS: PARA 1990, 3,070,840 Y PARA EL AÑO 2000, 4,565,863 HACIENDO UN TOTAL DE: 6,893,485 ANCIANOS PARA 1990 Y 9,915,633 ANCIANOS EN EL AÑO 2000. POR LO ANTERIOR ES PRIORITARIO RESPONSABILIZARNOS EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD PARA ESTABLECER UN MARCO DE ATENCIÓN ADECUADO PARA ESTE GRUPO DE POBLACIÓN Y QUE SE MODIFIQUE EN LO POSIBLE LAS CONDICIONES EN QUE VIVEN CON SUS LIMITACIONES INHERENTES A SU EDAD; INTEGRARLOS A SU FAMILIA FOMENTANDO LA RECUPERACIÓN DE SU AUTOESTIMA, SEGURIDAD A TRAVÉS DEL RESPETO, CARIÑO, PROTECCIÓN, ETC., DE LOS QUE ES MERECEADOR Y JUNTO CON LA PARTICIPACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD, QUE DEBE SER EL PRINCIPAL PROMOTOR DE ESTE CAMBIO, SE LLEVE A LOS ANCIANOS EL GOCE DE UNA VIDA TRANQUILA COMO SUCEDÍA EN LAS CULTURAS ANTIGUAS ANTES DESCRITAS. (6).

## 7.- AUTOCUIDADO / ASISTENCIA AL ANCIANO.

RELACIONANDO CON LA ASISTENCIA AL ANCIANO, EN EL DECRETO ESTABLECIDO EN 1976 SÓLO ES DE PRIORIDAD A LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL Y NO ES HASTA 1979 CUANDO POR DECRETO PRESIDENCIAL SE CREÓ COMO ORGANISMO DESCENTRALIZADO EL INSEN (INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD), DESTINADO A BRINDAR PROTECCIÓN, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN A LA POBLACIÓN SENECTA; EXISTEN EN MÉXICO OTRAS INSTITUCIONES PRIVADAS DE ASISTENCIA AL ANCIANO, ALGUNAS COORDINADAS POR EL INSEN Y OTRAS DEPENDIENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUD, PERO NO EXISTE NINGÚN DECRETO O PROGRAMA DE SALUD QUE CONTEMPLA A LAS PERSONAS SENESCENTES. DENTRO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD SE BRINDA ATENCIÓN MÉDICA AL ANCIANO SÓLO BIOLÓGICA Y EN RELACIÓN A ALGUNA PATOLOGÍA, PERO NO SE LLEVA UN CONTROL DE ANCIANO SANO NI PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO.

DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN PÁRRAFOS PREVIOS, DE LO QUE ES ANCIANO SANO. " PERSONA CON ALTERACIONES MORFOLÓGICAS Y FUNCIONALES, EN EL LÍMITE ENTRE LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN UN EQUILIBRIO INESTABLE Y CON ADAPTACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A LAS POSIBILIDADES REALES DE SU RENDIMIENTO " (5). SE HABLA DE EQUILIBRIO INESTABLE, PORQUE EN EL ANCIANO ESTE PUEDE ROMPERSE CON FACILIDAD Y OCASIONARLE HASTA LA MUERTE, EN CAMBIO EN EL JOVEN A VECES NO TIENE MAYOR REPERCUSIÓN; PERO TAMBIEN SI BIEN ES CIERTO QUE EXISTE UNA ADAPTACIÓN GRADUAL Y PROGRESIVA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL, POR EJEMPLO: LA TENDENCIA DEL ANCIANO A NO ABUSAR DE SU FUERZA Y TRABAJAR CON MODERACIÓN AL IGUAL QUE COMER O BEBER.

LAS METAS MÁS IMPORTANTES QUE SE DEBEN ALCANZAR EN LO QUE RESPECTA AL BIENESTAR DE LOS VIEJOS SON : MANTENER LA INDEPENDENCIA, RECUPERAR EL VIGOR, SOBREPONERSE A LAS PÉRDIDAS, PONER EN MARCHA UN NUEVO MODO DE VIDA Y DESARROLLAR UNA PERSPECTIVA FILOSÓFICA PARA VIVIR. (3,5).

AUTOCUIDADO. ES ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD PERSONAL DE LA PROPIA SALUD. DEBEMOS COMO PARTE DE LA FAMILIA, SOCIEDAD, Y EL SECTOR SALUD, DISEMINAR CONOCIMIENTOS Y TÉCNICAS A LA POBLACIÓN EN GENERAL. ENTENDIENDO TAMBIÉN COMO AUTOCUIDADO EL ADOPTAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE BUENA SALUD, TANTO NUTRICIONALES, DE RECREACIÓN, EJERCICIO, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, DIETA, ETC. ES

APRENDER CÓMO HACER CAMBIOS PARA QUE LAS COSAS SEAN COMO NOSOTROS QUEREMOS. ES ELABORAR, CONSERVAR COMO MÉDICOS LOS EXPEDIENTES, HISTORIAS CLÍNICAS COMPLETAS DE NUESTROS PACIENTES ANCIANOS, REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: COMO ENSEÑARLES A TOMARSE - SIGNOS VITALES, QUE APRENDAN A CONOCER SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PATOLOGÍA MÁS FRECUENTE A ESA EDAD, EL USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS, EVITANDO LA AUTOMEDICACIÓN O EL USO DE TRATAMIENTOS DESCONOCIDOS - Y DE DUDOSA REPETICIÓN; QUE CONOZCAN SÍNTOMAS Ó SIGNOS DE ALARMA, ETC. PARA ELLO DEBE HABER UN COLABORADOR QUE ADEMÁS DE EDUCAR, -- DEBE COMPARTIR LA RESPONSABILIDAD POR LA SALUD, CON LA FINALIDAD -- PRIMORDIAL QUE ES PREVENIR, QUE ES MEJOR QUE CURAR, MÁS BARATO QUE TRATAR Y QUE CAUSA MENOS SUFRIMIENTO.

EN EL ESTUDIO INTEGRAL DEL ANCIANO SE DEBE INCLUIR EL ESTADO DE SALUD, EL ESTADO EMOCIONAL Y SU ACTITUD SOCIAL FAMILIAR, (10).

DENTRO DE LOS OBJETIVOS DEL AUTOCUIDADO DEBEMOS CONSIDERAR: EN PACIENTES VIEJOS ADEMÁS DE LLEVARSE A CABO LA CURACIÓN DE LA - ENFERMEDAD SUBYACENTE, CONCENTRARSE SOBRE UNA FALTA DE HABILIDAD-FUNCIONAL MÁS QUE SOBRE LA ENFERMEDAD QUE PADECEN ELLOS(AS) QUE - ES MÁS SENCILLO PARA IMPROVISAR PRODUCTIVIDAD Y CALIDAD DE VIDA, (11).

RESULTADOS DE ESTUDIOS SOBRE AUTOCUIDADO EN ESTADOS UNIDOS INDICAN QUE LAS ENTREVISTAS PUEDEN PROPORCIONAR ESTIMACIONES ÚTILES DE CONDICIONES MÉDICAS E INVALIDEZ EN POBLACIONES DE ANCIANOS Y QUE AUNQUE LOS REPORTES SOLOS DE AUTOCUIDADO NO SON MEDIDAS O - INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN SUFICIENTEMENTE SENSITIVOS PARA HACER DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍAS Ó DETECTAR CASOS. (14).

UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE NO SÓLO AUMENTARÁ LA LONGEVIDAD SINO QUE MEJORARÁ LA CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO, SERVIRÁ COMO - LAZO DE UNIÓN PARA MANTENER LA INTEGRACIÓN FAMILIAR, HARÁ AL VIEJO ÚTIL, A AYUDAR A OTROS, A MANTENER UNA VIDA ACTIVA PARA EL -- TRABAJO, LA RECREACIÓN Y LA CONVIVENCIA FAMILIAR.

## II.- JUSTIFICACION.

LA DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEPENDE DE MUCHAS CONDICIONANTES Y ES EL JUSTIFICANTE PRINCIPAL PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS, LA DISTRIBUCIÓN DE UNIDADES MÉDICAS Y LA DETERMINACIÓN DE NIVELES Y SISTEMAS DE ATENCIÓN MÉDICA EN LAS MISMAS.

LAS CONDICIONANTES DE LA DEMANDA SE HAN TOMADO MUY EN CUENTA Y SE HAN TRATADO DE CORREGIR POR MEDIO DE PLÁTICAS Y ACCIONES ESPECÍFICAS, COMO SON LAS ESTABLECIDAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA DADA A LOS DERECHOHABIENTES, CON ACTIVIDADES TENDIENTES A MEJORAR = SUS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES; SIN EMBARGO, LA -- DEMANDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO A NIVEL PRIMARIO NO SIEMPRE ES - OPORTUNA YA QUE EN MUCHOS PACIENTES SE HACE NECESARIA LA ATENCIÓN EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN PADECIMIENTOS A VECES INHERENTES A LA EDAD Ó QUE SE PUDIERON HABER DETENIDO EN ESTADIO INICIAL, DE HABER RECIBIDO UNA ATENCIÓN ADECUADA Y PRECOZ.

LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS PRESENTA CARACTERÍSTICAS PARTICULARES EN LOS ASPECTOS MÉDICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEBEN CONSIDERAR, - PARA APLICAR SUS RECURSOS DE MANERA RACIONAL.

LA POBLACIÓN DE NUESTRO PAÍS Y POR LO TANTO DEL ISSSTE (EN MENOR PROPORCIÓN) CON UN PROMEDIO DE PERSONAS JÓVENES, TENDRÁN A MODIFICAR SU PIRÁMIDE POBLACIONAL Y CADA VEZ TENDRÁ MÁS INDIVIDUOS DE EDAD AVANZADA A QUIENES PRESTAR ATENCIÓN MÉDICA.

SE ESTIMA QUE EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE) TIENE 778 000 DERECHOHABIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE LOS CUALES 80 000 SON PENSIONADOS. LA POBLACIÓN DE ESAS EDADES PRODUCE UN MAYOR NÚMERO DE CONSULTAS, INTERNAMIENTOS Y MAYOR MORTALIDAD HOSPITALARIA QUE LLEGA HASTA UN 4.8 %. (15).

ESTAS CONDICIONES HACEN NECESARIO QUE LA ATENCIÓN DE ÉSTA - POBLACIÓN ESTIMADA COMO DE ALTO RIESGO Y ALTO COSTO, POR SUS PARTICULARIDADES SEA DESTACADA DENTRO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SUS ASPECTOS PREVENTIVOS Y ASISTENCIALES, DE REHABILITACIÓN Y PSICOSOCIALES.

LA ASISTENCIA AL ANCIANO REQUIERE DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL LLEVADA A CABO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, -UNA PLANÍFICA

CIÓN ASISTENCIAL ADECUADA, CON DIFERENTES ESTRUCTURAS O NIVELES - DENTRO DE LA INSTITUCIÓN ASÍ COMO EN EL HOGAR Y EN ÍNTIMA CONEXIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES ESPECÍFICOS PARA ÉSTA POBLACIÓN.

LA ORGANIZACIÓN Y PUESTA EN PRÁCTICA DE LA MEDICINA PREVENTIVA, EL CONOCIMIENTO DE LA EXPRESIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES EN LOS ANCIANOS SON ASPECTOS QUE DEBEN SER CONSIDERADOS POR EL EQUIPO DE SALUD.

LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL" COMO PARTE DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DEL ISSSTE CORROBORA LO ANTES MENCIONADO EN LOS PRIMEROS PÁRRAFOS DE ÉSTA JUSTIFICACIÓN, CUANDO SE REFIERE QUE HAY 778 000 DERECHOHABIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE -- EDAD, QUE SU PIRÁMIDE DE POBLACIÓN PARECIERA INVERTIDA YA QUE ÉSTOS OCUPAN CERCA DEL 90% DE POBLACIÓN INSCRITA; LA POBLACIÓN USUARIA CORRESPONDE A UNOS 400 PACIENTES PROMEDIO / MENSUAL QUE OCUPAN LA CÚSPIDE DE LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN EN UN 11,01% SIGUIENDOLE - EN ORDEN DE FRECUENCIA CON UN 10,18 % LA POBLACIÓN DE 5-9 AÑOS, 9, 85 % LOS DE 30-34 AÑOS.

LO ANTERIOR JUSTIFICA EL QUE SE HAGA UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA CONOCER DIFERENTES ASPECTOS DEL AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

### III.- OBJETIVOS.

#### OBJETIVO GENERAL/

CONOCER COMO REPERCUTE EL AUTOCUIDADO EN EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE ANCIANO.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- INVESTIGAR SI LOS HÁBITOS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS DE LOS DERECHO HABIENTES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL" MAYORES DE 60 AÑOS SON ADECUADOS.
- 2.- PROPORCIONAR AL ANCIANO MEDIDAS PREVENTIVAS QUE LE PERMITAN EL AUTOCUIDADO.
- 3.- INVESTIGAR QUE ENFERMEDADES CRÓNICAS LIMITAN AL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL".
- 4.- INVESTIGAR AUTOMEDICACIÓN O USO CRÓNICO DE MEDICAMENTOS EN EL PACIENTE ANCIANO.
- 5.- SENSIBILIZAR AL MÉDICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SOBRE EL ESTUDIO MÉDICO COMPLETO Y ATENCIÓN DEL ANCIANO.
- 6.- PROMOVER EN EL BINOMIO MÉDICO-PACIENTE LA AUTOATENCIÓN PARA ELEVAR LA PRODUCTIVIDAD Y CALIDAD DE VIDA NO SÓLO DEL VIEJO - SINO DE TODOS LOS INDIVIDUOS.
- 7.- ESTABLECER UN PROGRAMA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.
- 8.- ORGANIZAR GRUPOS DE ANCIANOS QUE FAVOREZCAN LA COMUNICACIÓN - SOCIALIZACIÓN Y APOYO MÉDICO-PSICOLÓGICO-FAMILIAR.

#### IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

LA PRÁCTICA CLÍNICA DENTRO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR, LA APLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS EN LA MISMA, ENTRE ELLOS LOS MÉDICOS PREVENTIVOS Y LA DIFICULTAD NO SOLO PARA EVALUARLOS SINO PARA APLICARLOS, ASÍ COMO LA OBSERVACIÓN INTUITIVA SOBRE EN QUÉ SE PRESENTA A CONSULTA EL PACIENTE ANCIANO, POR PADECIMIENTOS QUE PUEDEN SER FÁCILMENTE PREVENIBLES A TRAVÉS DE PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD APLICADAS POR EL MISMO ANCIANO, EVITÁNDOSE ASÍ EL RETRASO EN LA CURACIÓN Y HASTA ACELERACIÓN DE UN PROBLEMA GRAVE QUE OCASIONARÍA COMPLICACIONES, INVALIDEZ TEMPORAL O PERMANENTE Y EN ALGUNAS OCASIONES LA MUERTE.

POR LO ANTERIOR SE PENSÓ EN LA NECESIDAD DE ESTABLECER UN PROGRAMA DE AUTOCUIDADO O AUTOATENCIÓN EN ÉSTE GRUPO ETARIO, LO QUE SERÍA IMPORTANTE NO SÓLO PARA CUBRIR EL REQUISITO DE TESIS RECEPTACIONAL SINO PARA NUESTRA ESPECIALIDAD COMO MÉDICOS FAMILIARES YA QUE PERMITIÓ PLANTEAR LA IMPORTANCIA QUE REPORTARÍA PARA EL PACIENTE ANCIANO EL AUTOCUIDADO YA QUE SE OBSERVA FRECUENTEMENTE DEMANDA DE ATENCIÓN, Y QUE NO ACUDEN CUANDO ESTÁN SANOS, SINO CUANDO PRESENTAN EN MUCHAS OCASIONES ALGÚN ESTADÍO AVANZADO DE LA ENFERMEDAD.

UNA VEZ IDENTIFICADO EL PROBLEMA, LA ÚNICA POSIBILIDAD DE HACER ALGO SERÍA EL ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN TERAPÉUTICO CUANDO SE ENCUENTRE LA ENFERMEDAD EN ESTADÍO AVANZADO Y EN CASO DE SER INCIPIENTE, VIGILAR QUE SE LLEVE A CABO EL PROGRAMA DE AUTOCUIDADO Y POR LO TANTO LA POSIBILIDAD DE CAMBIO DE CONDUCTA TANTO DEL DERECHOHABIENTE COMO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD HACIA ESTE GRUPO DE POBLACION, PARA QUE ACUDAN A UN CONTROL PERIÓDICO PROGRAMADO CUANDO SE ENCUENTRE SANO O SIN SINTOMATOLOGÍA NORMAL (DEFINIDO POR LA OMS), PARA QUE SE REALIZE PREVENCIÓN PRIMARIA, ESTO HARÍA CONGRUENTE LA PRÁCTICA DEL MÉDICO FAMILIAR CON LOS QUE DEBEN SER LOS OBJETIVOS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER PROGRAMAS PREVENTIVOS NO SÓLO DIRIGIDOS A LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL SINO TAMBIÉN A LA POBLACIÓN GERIÁTRICA; LO ANTERIOR DISMINUIRÍA EN FORMA IMPORTANTE LA DEMANDA AL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, CON EL CONSECUENTE AHORRO DE RECURSOS EN LA INSTITUCIÓN Y UN MENOR COSTO SOCIAL YA QUE EL ANCIANO SE PODRÍA REINTEGRAR A SU FAMILIA Ó EN CASO DE QUE SE ENCUENTRE ECONÓMICAMENTE ACTIVO REGRESE A SU VIDA LABORAL MÁS RÁPIDAMENTE.

TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LO ANTES EXPUESTO SE JUZGÓ CONVENIENTE ELABORAR EL TRABAJO DE TESIS; CON BASE EN LA REPERCUSIÓN QUE -- TIENE PARA LA SALUD DEL ANCIANO EL AUTOCUIDADO.

SE CONSIDERAN DENTRO DE ÉSTA INVESTIGACIÓN LOS CONCEPTOS QUE SOBRE SALUD-ENFERMEDAD, ENVEJECIMIENTO, EDAD CONSIDERADA COMO LÍMITE LABORAL, NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA, ESTABLECE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

## V.- METODOLOGIA.

### 1.- TIPO DE ESTUDIO:

EL PRESENTE ES UN ESTUDIO DE TIPO. (17).

- OBSERVACIONAL
- PROSPECTIVO
- TRANSVERSAL
- DESCRIPTIVO.

### 2.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

EL ESTUDIO SE LLEVARÁ A CABO CON PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, DERECHOHABIENTES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL", EN EL PERIODO COMPREN DIDO ENTRE LOS MESES DE OCTUBRE DE 1989 A ENERO DE 1990,

EL MUESTREO SERÁ ALEATORIO PROBABILÍSTICO.

### 3.- INSTRUMENTO DE ESTUDIO E INFORMACIÓN A RECOLECTAR.

SE APLICARÁ UNA ENCUESTA (ANEXO No. 1), RECABANDO LA SIGUI ENTE INFORMACIÓN: FICHA DE IDENTIFICACIÓN (NOMBRE, No. DE EXPEDIENTE, EDAD, CONSULTORIO, DOMICILIO, OCUPACIÓN, GRADO DE ESCOLARIDAD, PENSIÓN). DATOS FAMILIARES (PERSONAS QUE VIVEN CON EL PACIENTE, QUIENES APORTAN ECONÓMICAMENTE, A CUÁNTOS SALARIOS EQUIVALE EL APORTE, QUIÉNES SE COMUNICAN CON EL). DATOS DEL MEDIO AMBIENTE (VIVIENDA, CON QUIEN LA COMPARTI, CONDICIONES GENERALES, EN RELACIÓN A PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, ESTO MISMO CON EL BAÑO Y SI CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS MÍNIMOS NECESARIOS). HÁBITOS HIGIENICO-DIETÉTICOS DEL PACIENTE (TABAQUISMO, ALCOHOLISMO, BAÑO O ASEO PERSONAL, ALIMENTACIÓN), ENFERMEDADES CRÓNICAS Y POLIFARMACOLOGÍA. ACTIVIDADES QUE REALIZA O LE GUSTARÍA REALIZAR -- (PARTICIPACIÓN EN ALGÚN GRUPO ETARIO, ACTIVIDADES QUE LE GUSTARÍA REALIZAR COMO LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, MANUALES, CULTURALES, RECREATIVAS, ETC.).

SE REALIZARÁ PRUEBA PILOTO, CONSISTENTE DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA A 10 PACIENTES, PARA EFECTUAR MODIFICACIONES EN CASO DE SER NECESARIO.

POSTERIORMENTE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA SE HARÁ A 40 PACIENTES QUE CORRESPONDEN A UN 10 % DE LA POBLACIÓN TOTAL USUARIA REAL DE LA CLÍNICA MARINA NACIONAL QUE ES DE 400 PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD, PROMEDIO MENSUAL,

PARA LA VALORACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS SE USARÁ EL SISTEMA DE TARJETA PERFORADA McBEER, GRÁFICAS DE BARRA Y PASTEL, CON SUS RESPECTIVOS CUADROS DE CONCENTRACIÓN, HACIENDO UN ANÁLISIS DE CADA UNO DE ELLOS, LLEGANDO A CONCLUSIONES QUE EN ALGUNAS OCASIONES PERMITIRÁN PLANTEAR ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

## VI.- RESULTADOS Y ANALISIS.

EN BASE A LOS CAPÍTULOS PREVIOS, SE PUEDE CONSIDERAR CÓMO HA EVOLUCIONADO EL CONCEPTO DE LA VEJEZ, DESDE LAS CULTURAS ANTIGUAS HASTA LA ÉPOCA MODERNA.

SEGÚN NUESTRA ESTRUCTURA SOCIAL ACTUAL SON CONSIDERADOS COMO SERES INFERIORES, IMPRODUCTIVOS Y QUE NO APORTAN NADA; SE LES CONSIDERA "DEPENDIENTES", LO QUE IMPLICA QUE DEBE ATENERSE A LA BENEVOLENCIA DE LA SOCIEDAD PARA SU MANTENIMIENTO, HABITACIÓN Y CUIDADOS DE LA SALUD.

CONFORME LA GENTE ENVEJECE, EMPIEZA A PERCIBIR SI LA REACCIÓN DE LOS OTROS ES POSITIVA O NEGATIVA. GENERALMENTE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD A QUIENES LES TOCA TRABAJAR CON PERSONAS DE EDAD AVANZADA, INTERACTÚAN LLEVANDO TODOS LOS ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS RELACIONADOS CON LO QUE ELLOS CREEN QUE DEBEN SENTIR - TALES PERSONAS, CÓMO DEBEN ACTUAR Y HASTA CÓMO DEBEN PENSAR. ESTO PUEDE SUCEDER EN TODA RELACIÓN PERSONAL, PERO TIENE MAYOR SIGNIFICANCIA ANTE PERSONAS DE EDAD AVANZADA YA QUE LOS ESTEREOTIPOS QUE EXISTEN EN LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS HACIA ELLOS, SON NEGATIVOS.

ES IMPORTANTE DETERMINAR QUÉ CONCEPTO SE GUARDAN ENTRE SÍ -- LOS GRUPOS JOVENES Y LOS VIEJOS Y SI LOS ANCIANOS SE CONSIDERAN - RESPETADOS Y SEGUROS DENTRO DE LA COMUNIDAD, FAMILIA ; APRECIACIÓN QUE INFLUYE EN FORMA DETERMINANTE EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL VIEJO, EN SU BIENESTAR FÍSICO Y EN LOS MODELOS DE SU COMPORTAMIENTO SOCIAL.

PARA QUE EXISTA UN VERDADERO AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE ANCIANO, DEBEN DE ESTABLECER PROGRAMAS ADECUADOS A ÉSTE GRUPO ETARIO DONDE PARTICIPE: LA FAMILIA, LA SOCIEDAD Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD.

PODEMOS ESTABLECER LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES DE ÉSTE ESTUDIO:

AL IGUAL QUE LOS DATOS ESTADÍSTICOS REFERIDOS, LA CLÍNICA MARINA NACIONAL, EL GRUPO ETARIO DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS OCUPAN UN LUGAR IMPORTANTE DENTRO DE LA POBLACIÓN -INSCRITA, ADSCRITA Y USUARIA, AL IGUAL QUE A NIVEL NACIONAL EN QUE SE DENOTA CLARAMENTE UN INCREMENTO DE ÉSTOS GRUPOS DE EDAD.

LA CLÍNICA MARINA NACIONAL CUENTA CON UN PROMEDIO MENSUAL DE 400 PACIENTES ANCIANOS USUARIOS EN AMBOS TURNOS (MATUTINO Y VESPERTINO) DE LOS CUALES SE ENCUENTRA UNA PROPORCIÓN DEL 50% EN LOS GRU

POS DE EDAD DE 65-74 AÑOS PREDOMINANDO EL SEXO MASCULINO,

OCUPACIÓN .- COMO SE REFIERE EN EL APARTADO REFERENTE A LA -- JUSTIFICACIÓN (15). EN LA CLÍNICA MARINA NACIONAL SE ENCONTRÓ QUE UN 45% DE LOS PACIENTES USUARIOS SON PENSIONADOS, SIGUIENDOLE EN -- ORDEN DE FRECUENCIA LAS PERSONAS DEDICADAS AL HOGAR EN UN 27,5% -- DE ELLOS SE ENCUENTRAN ACTIVOS EL 27,5%, POR LO QUE DEBEMOS CONSIDERAR QUE APESAR DE NO LLEVAR PROGRAMAS NI PLANES DE AUTOCUIDADO, ES TOS ANCIANOS PRODUCTIVOS, CUENTAN CON UNA SALUD SATISFACTORIA QUE -- LES PERMITE DESEMPEÑAR SUS ACTIVIDADES LABORALES, Y EN QUIENES SE -- DEBEN ESTABLECER PROGRAMAS PREVENTIVOS A NIVEL INDIVIDUAL COMO FAMILIAR, PROPORCIONARLES ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL ADECUADA.

ESCOLARIDAD.- EN ÉSTE ASPECTO DESTACAN EN UN 57,5% LAS PERSONAS QUE CURSARON PRIMARIA Y SECUNDARIA INCOMPLETAS; UN 5% ANALFABETAS, DATOS QUE COINCIDEN CON EL CENSO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1980, DONDE SE REFIERE QUE UN 25% DE LOS HABITANTES MAYORES DE 60 AÑOS SON ANALFABETAS. EN ESTE ESTUDIO OCUPANDO EL 22,5% SE ENCUENTRA EL GRUPO QUE CURSÓ PREPARATORIA O EQUIVALENTE, INCLUYENDO -- EN ESTE APARTADO A PROFESORES DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA.- EN MENOR PROPORCIÓN ESTÁN LOS PROFESIONISTAS OCUPANDO UN 15% DE -- LA POBLACIÓN TOTAL.

SALARIO O PENSIÓN. UN 55% DE LOS DERECHOHABIENTES MAYORES DE 60 AÑOS SON DEPENDIENTES, YA QUE POR SÍ SOLOS NO PERCIEN NINGÚN -- SALARIO; UN 22,5% PERCIEN EL EQUIVALENTE A 2 SALARIOS MÍNIMOS, LO QUE TIENE RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN; YA QUE COMO OBSERVAMOS EN EL CUADRO NO. 13, LA ALIMENTACIÓN DIARIA DEL ANCIANO SE BASA EN LÁCTEOS, VERDURAS Y FRUTAS; EN MENOR CANTIDAD Y FRECUENCIA CONSUMEN -- HUEVO Y CARNE, ESTO DEBIDO TALVEZ EN PARTE A CARENCIA ECONÓMICA Y PROBLEMAS BUCALES INHERENTES A LA EDAD.

PERSONAS QUE VIVEN CON EL ANCIANO.- EL 42,5% DE PACIENTES -- ANCIANOS VIVEN CON 2 O MÁS PERSONAS, YA SEA HIJOS(AS), NIETOS(AS), QUE CORRESPONDERÍA A LOS QUE SON DEPENDIENTES. EL 30% CONVIVE -- CON EL ESPOSO(A) Y UN 5% VIVE SÓLO(A).

APORTE ECONÓMICO DE FAMILIARES. EN RELACIÓN CON LOS ANCIANOS QUE VIVEN CON OTRAS PERSONAS SE ENCONTRÓ QUE UN 47,5% RECIBE AYUDA ECONÓMICA DE 1 O MÁS FAMILIARES; A UN 22,5% DE JUBILADOS TAMBIÉN LES AYUDAN CON 1 O 2 SALARIOS SUS FAMILIARES Y UN 22,5% DE -- PENSIONADOS NO PERCIEN AYUDA FAMILIAR AL IGUAL QUE LAS PERSONAS -- QUE TRABAJAN POR SU CUENTA, ES DECIR UN 7,5%. POR LO QUE SE DEDUCE QUE UN 70% DE LOS ANCIANOS PENSIONADOS O NO, CUENTAN CON APORTE --

ECONÓMICO DE 1 O MÁS FAMILIARES, LO QUE LE PERMITE UN STATUS SOCIAL MEDIO, QUE CONDICIONA QUE LLEVEN UN RITMO DE VIDA QUE SI NO ES ÓPTIMO SÍ ADECUADO PARA LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES PRIORITARIAS.

TIPO DE VIVIENDA.- OTRO FACTOR DE INTERÉS Y RELACIONADO CON EL ANTERIOR ES EL QUE AFORTUNADAMENTE PARA ÉSTE GRUPO ETARIO, - EL 47,5 DISPONE DE CASA PROPIA; UN 37,5% RENTA Y UNA PERSONA VIVE EN UN ASILO.

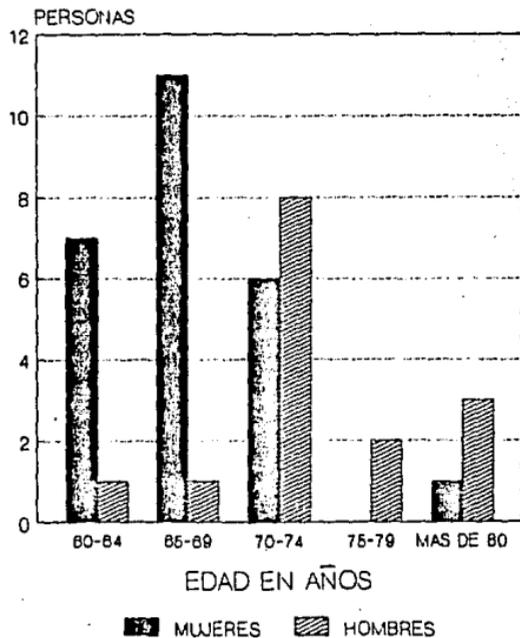
ES DE CONSIDERAR QUE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CUENTAN -- CON CASA PROPIA, YA QUE PARA LOS QUE NO LO TIENEN IMPLICA UN GASTO MÁS QUE TAL VEZ OCASIONA UN DESAJUSTE DE SU PRESUPUESTO ECONOMICO QUE REPERCUTE EN MAYOR O MENOR PROPORCIÓN EN SU SALUD.

HABITACIÓN.- EN EL ESTUDIO SE CONSIDERÓ HABITACIÓN EN RELACIÓN DE CON QUIÉN LA COMPARTE ENCONTRANDO QUE UN 42,5% VIVE CON EL ESPOSO(A); UN 35,% DE LOS QUE VIVEN CON HIJOS(AS), NIETOS(AS) NO COMPARTEN SU HABITACIÓN . EL QUE EL ANCIANO COMPARTA SU HABITACIÓN CON ALGUIEN DE EDAD SIMILAR FAVORECE UNA MEJOR COMUNICACIÓN, SOCIALIZACIÓN Y EVITA EL AISLAMIENTO.

SIGNOS VITALES, SÍNTOMAS O SIGNOS DE ALARMA. EN EL ESTUDIO SE CONSIDERÓ UN APARTADO RELACIONADO CON TOMA DE SIGNOS VITALES ENCONTRÁNDOSE QUE SÓLO UN 7,5% (2 AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y UN MÉDICO) FUERON LAS PERSONAS QUE TENÍAN CONOCIMIENTO DE ELLO; EL RESTO DE LA POBLACIÓN LO IGNORA.

EL ANCIANO PRESENTA MÚLTIPLES PROBLEMAS QUE AFECTAN SU FUNCIONAMIENTO COMO INDIVIDUO, COMO MIEMBRO DE UNA FAMILIA Y LA SOCIEDAD, POR LO QUE SU ATENCIÓN DEBE SER INTEGRAL Y CON UN ENFOQUE PREVENTIVO, QUE INCLUYA TODOS LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN SU BIENESTAR. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD, Y SOBRE TODO MÉDICO FAMILIAR DEBE OFRECER ÉSTA ATENCIÓN; ELABORANDO UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL ANCIANO; POR LO QUE SE SUGIERE QUE EL ANCIANO, ADEMÁS DE QUE PARTICIPE EN ALGÚN GRUPO CON ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PLANEADAS, DESTINADAS A HACERLO ÚTIL PARA SÍ MISMO, COMO PARA AYUDAR A OTROS, COLABORE TODO EL EQUIPO DE SALUD EN BRINDAR: APOYO, ATENCIÓN, INTEGRAL QUE INCREMENTE NO SU ESPERANZA DE VIDA SINO SU CALIDAD DE VIDA.

EDADES Y SEXO DE LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA CLINICA MARINA NACIONAL.



ENCUESTA CL MARINA NAC. OCT-ENE 90

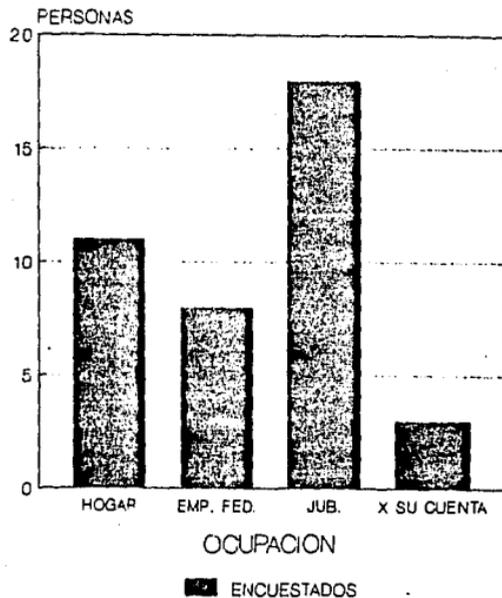
EDADES Y SEXO DE LOS PACIENTES ANCIANOS  
DE LA CLINICA MARINA NACIONAL

CUADRO N.º. 1

EDAD Y SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 - 64	7 MUJERES 1 HOMBRE	17.5 2.5
65 - 69	11 MUJERES 1 HOMBRE	27.5 2.5
70 - 74	6 MUJERES 8 HOMBRES	15.0 20.0
75 - 79	0 MUJERES 2 HOMBRES	0.0 5.0
MAS DE 80	1 MUJERES 3 HOMBRES	2.5 7.5
TOTAL	40	100.0

ENCUESTA C1. MARINA NACIONAL. OCT-ENE 90

OCUPACION DE LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA CLINICA  
MARINA NACIONAL.



ENCUESTA CL. MARINA NAC OCT-ENE 90

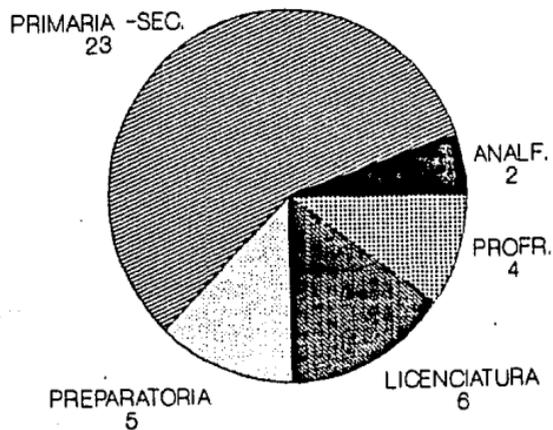
OCUPACION DE LOS PACIENTES ANCIANOS  
DE LA CLINICA MARINA NACIONAL

CUADRO NO. 2

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIBRE	11	27.5
EMPLEADO FEDERAL	9	20.0
INUTILADO (A)	6	15.0
POR SU CUENTA	3	7.5
TOTAL	40	100.0

ENCUESTA CL. MARINA NACIONAL, OCT-ENE 50

GRAFICA No. 3  
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA CLINICA  
MARINA NACIONAL.



ENCUESTA CL. MARINA NAC. OCT-ENE 90

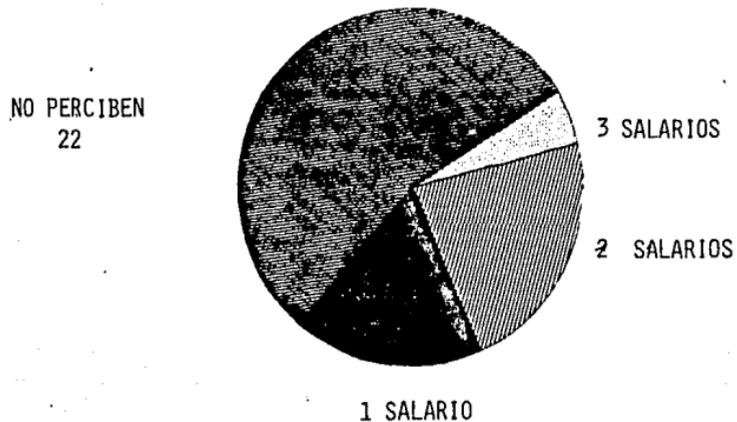
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS  
DE LA CLINICA MARINA NACIONAL

CUADRO NO. 3

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA SECUNDARIA	23	57.5
PREPARATORIA O EQUIVALENTE	9	22.5
LICENCIATURA	6	15.0
ANALFABETA	2	5.0
TOTAL	40	100.0

ENCUESTA C1. MARINA NACIONAL. OCT-ENE 90

SALARIO MINIMO: ENCUESTADOS.  
( PACIENTES ANCIANOS DE LA CLINICA MARINA NACIONAL )



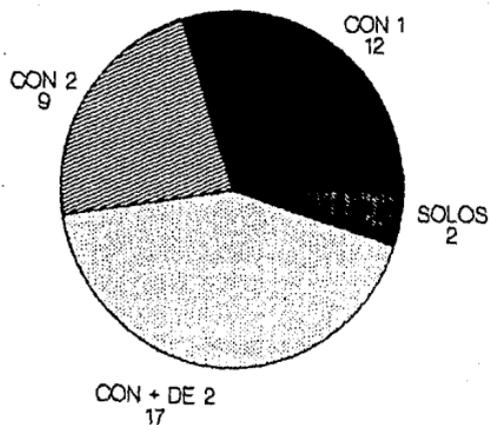
SALARIO MINIMO ENCUESTADOS  
 (PACIENTES ANCIANOS DE LA CLINICA MARINA NACIONAL)

CUADRO NO. 4

SALARIO MINIMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UN SALARIO	7	17.5
DOS SALARIOS	9	22.5
TRES SALARIOS	2	5.0
NO PERCIBEN	22	55.0
TOTAL	40	100.0

ENCUESTA CL. MARINA NACIONAL, OCT-ENE 90

PERSONAS QUE VIVEN CON PACIENTES ANCIANOS  
DE LA CLINICA MARINA NACIONAL.



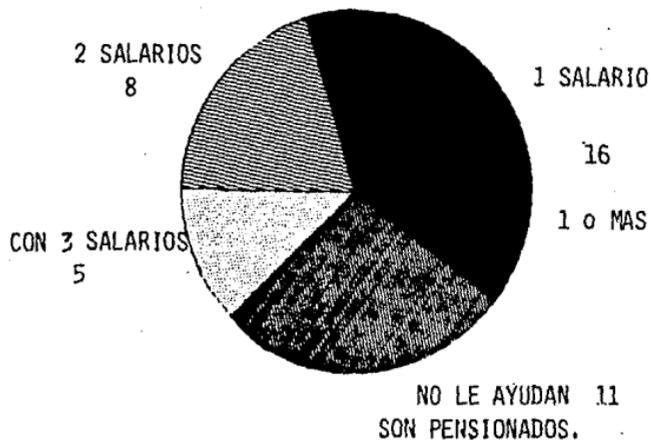
PERSONAS QUE VIVEN CON PACIENTES ANCIANOS  
DE LA CLINICA MARINA NACIONAL

CUADRO NO. 3

FRECUENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON UNO	12	30.0
CON DOS	8	20.0
CON MAS DE DOS	10	25.0
SOLOS	5	12.5
TOTAL	40	100.0

ENCUESTA 01. MARINA NACIONAL. OCT-ENE 90

APORTE ECONOMICO DE FAMILIARES DEL ANCIANO  
DE LA CLINICA MARINA NACIONAL.



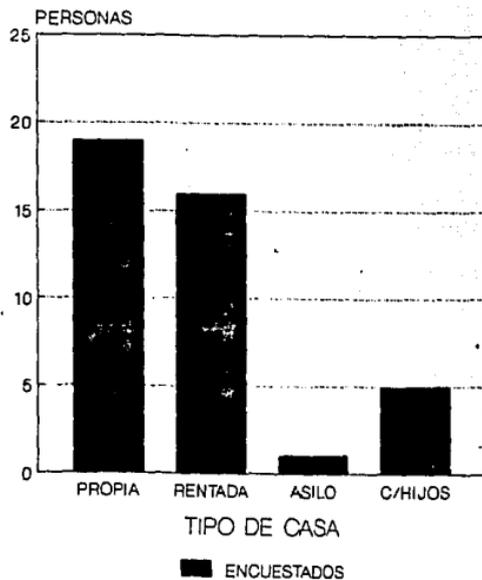
APORTE ECONOMICO DE FAMILIARES DEL ANCIANO  
DE LA CLINICA MARINA NACIONAL

CUADRO NO. 6

SALARIO MINIMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 SALARIO	16	40.0
2 SALARIOS	6	20.0
3 SALARIOS	5	12.5
NINGUN SALARIO	11	27.5
TOTAL	40	100.0

ENCUESTA SI. MARINA NACIONAL. OCT-ENE 90

TIPO DE CASA QUE HABITA EL ANCIANO DE LA CLINICA  
MARINA NACIONAL.



ENCUESTA CL MARINA NAC. OCT-ENE 90

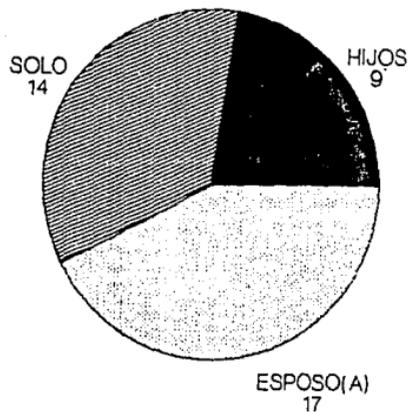
TIPO DE CASA QUE HABITA EL ANCIANO  
DE LA CLINICA DE MARINA NACIONAL

CUADRO NO. 7

TIPO DE VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROPIA	18	45.0
RENTADA	15	37.5
ASILO	1	2.5
CON HIJOS	5	12.5
TOTAL	40	100.0

ENCUESTA C1. MARINA NACIONAL. OCT-ENE 90

HABITACION DEL ANCIANO DE LA CLINICA  
MARINA NACIONAL.



HABITACION DEL ANCIANO  
DE LA CLINICA MARINA NACIONAL

CUADRO NO. 8

COMPARTIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON ESPOSO (A)	17	42.5
CON HIJOS (AS)	9	22.5
S O L O S	14	35.0
T O T A L	40	100.0

ENCUESTA C1. MARINA NACIONAL. OCT-ENE 90

## CUADRO No. 9

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN EL GRUPO DE  
ANCIANOS DE LA CL/MF. "MARINA NACIONAL"

P A D E C I M I E N T O	FRECUENCIA	%
1.- HIPERTENSION ARTERIAL	22	55
2.- CONSTIPACION CRONICA	22	55
3.- ENF/ART.DEGENERATIVA	17	42,5
4.- ARTRITIS REUMATOIDE	17	42,5
5.- SIND.ACIDO-PEPTICO	7	17,5
6.- PROBLEMAS RENALES	6	15
7.- INSUFICIENCIA VENOSA T.	5	12,5
8.- DIABETES	5	12,5
9.- ALT. DEL SUEÑO	4	10
10.- ASMA/BRONQUITIS	4	10

ENCUESTA CL,MF MARINA NACIONAL OCT-ENE-90.

COMO PODEMOS OBSERVAR EN EL CUADRO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS - LAS DIAGNOSTICADAS CON MAYOR FRECUENCIA EN NUESTROS PACIENTES ENCUESTADOS FUERON: HIPERTENSION ARTERIAL EN 22 CASOS Y QUE CORRESPONDE A UN 55% DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN; CON UN 42,5% A LA ARTRITIS REUMATOIDE Y LA EAD; OCUPANDO EL 17,5% EL SX ÁCIDO PÉPTICO; EL 15% PROBLEMAS RENALES/URINARIOS; EL 12,5% LA DIABETES E INSUFICIENCIA VENOSA; CON EL MISMO PORCENTAJE DEL 10% LO OCUPAN ALTERACIONES DEL SUEÑO Y ASMA, BRONQUITIS.

DENTRO DE LA ENCUESTA APLICADA SE INVESTIGÓ EL HÁBITO DEL -- TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO HABIENDO ARROJADO DICHS HÁBITOS UN 2,5% EN RELACIÓN CON TABAQUISMO QUE CORRESPONDE A 7 PERSONAS DEL SEXO MASCULINO Y 1 DEL SEXO FEMENINO; UN 2,5% RELACIONADO CON ALCOHOLISMO QUE SON 6 PERSONAS DEL SEXO MASCULINO, HÁBITOS QUE POR SU CARENCIA

**DE REPRESENTACION ESTADISTICA NO REPERCUTEN EN FORMA DEFINITIVA EN  
LOS PADECIMIENTOS DE LA POBLACION ENCUESTADA.**

## CUADRO No. 10

RELACION DE HABITACION CON/ O SIN ESPACIO Y CON/O SIN  
OBSTACULOS, DEL PACIENTE ANCIANO DE LA CLINICA  
MARINA NACIONAL.

HABITACION	FRECUENCIA	%
HABITACION CON POCO ESPACIO SIN OBSTACU LOS.	9	22,5
HABITACION CON SUFI CIENTE ESPACIO SIN OBSTACULOS	31	77,5
HABITACION CON OBS TACULOS.	0	0
T O T A L	40	100

ENCUESTA CL/MF MARINA NACIONAL OCT-ENE-90.

ESTE CUADRO RELACIONADO CON PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, ENCON  
TRAMOS QUE EL 77,5 DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CUENTAN CON UNA  
HABITACION CON ESPACIO SUFICIENTE Y SIN OBSTACULOS Y UN 22,5% CON  
ESPACIO LIMITADO.

## CUADRO No. 10

RELACION DE HABITACION CON/ O SIN ESPACIO Y CON/O SIN OBSTACULOS, DEL PACIENTE ANCIANO DE LA CLINICA MARINA NACIONAL.

HABITACION	FRECUENCIA	%
HABITACION CON POCO ESPACIO SIN OBSTACULOS.	9	22,5
HABITACION CON SUFICIENTE ESPACIO SIN OBSTACULOS	31	77,5
HABITACION CON OBSTACULOS.	0	0
T O T A L	40	100

ENCUESTA CL/MF MARINA NACIONAL OCT-ENE-90.

ESTE CUADRO RELACIONADO CON PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, ENCONTRAMOS QUE EL 77,5 DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CUENTAN CON UNA HABITACION CON ESPACIO SUFICIENTE Y SIN OBSTACULOS Y UN 22,5% CON ESPACIO LIMITADO.

## CUADRO NO. 11

MEDIDAS PREVENTIVAS. RELACION BAÑO (WC) CERCA, LEJOS O FUERA DE LA CASA.

DISTANCIA	FRECUENCIA	%
CERCA (INT. CASA)	31	77,5
LEJOS (INT. CASA)	4	10
FUERA (EXT. CASA)	5	12,5
T O T A L	40	100

ENCUESTA. CL/MF

MARINA NACIONAL

OCT-ENE-90.

RELACIONADO CON MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES, RELACIONANDO CON LA DISTANCIA DEL BAÑO (WC) DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS ENCONTRAMOS QUE EL 77,5% ESTA ACCESIBLE, EL 12,5% FUERA DE LA CASA-HABITACION Y UN 10% TIENEN LEJOS PERO EN EL INTERIOR DE LA CASA.

## CUADRO No. 12

ASEO PERSONAL EN EL PACIENTE ANCIANO DE LA CLINICA DE MF  
MARINA NACIONAL.

HABITO DE ASEO	FRECUENCIA	%
BAÑO DIARIO	21	52,5
BAÑO CADA TERCER DIA	19	47,5
T O T A L	40	100

ENCUESTA CL./MF MARINA NACIONAL OCT-ENE-90.

EN ESTE CUADRO RELACIONADO CON ASEO PERSONAL (BAÑO) OBSERVAMOS QUE EL 52,5% DE LOS PACIENTES ANCIANOS SE BAÑAN DIARIAMENTE Y UN -- 47,5% LO HACEN CADA TERCER DIA.

CUADRO No. 13

CONSUMO DE ALIMENTOS POR SEMANA/ PACIENTES ANCIANOS  
DE LA CLINICA DE M/P " MARINA NACIONAL "

VECES/SEMANA	LECHE		CARNE		VERDURAS		HUEVO		FRUTA	
	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%
DIARIO	34	85	11	27,5	20	50	13	32,5	20	50
CADA TERCER DIA	2	5	10	25	14	35	7	17,5	8	20
OCASIONAL	3	7,5	18	45	6	15	15	37,5	12	30
NO CONSUMEN	1	2,5	1	2,5	-	-	5	12,5	-	-
TOTAL	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100

ENCUESTA CL.MF. MARINA NACIONAL OCT-ENE-90

EN ESTE CUADRO OBSERVAMOS QUE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CONSUMEN DIARIAMENTE; LECHE, VERDURAS EN UN PORCENTAJE DE 85 Y 50 RESPECTIVAMENTE, OCUPANDO MENOR PORCENTAJE EL CONSUMO DE -- HUEVO Y CARNE, CON UN 32,5 % Y 27,5 %, EL CONSUMO DE FRUTAS AL PARECER ES TAMBIÉN DEL 50% DIARIAMENTE, UN PORCENTAJE QUE VARIARÍA ENTRE EL 2,5 % Y EL 12,5 % NO CONSUMEN LECHE, CARNE Y -- HUEVO.

CUADRO No. 14  
 PERSONAS CON QUIEN TIENE MAYOR COMUNICACION  
 EL PACIENTE ANCIANO DE LA CLINICA MARINA NACIONAL.

PERSONAS	FRECUENCIA	%
ESPOSO (A)	10	40
HIJOS (AS) NIETOS (AS)	18	45
VECINOS, AMIGOS (AS)	6	15
CON NADIE	0	0
TOTAL	40	100

ENCUESTA. CLINICA M.F. MARINA NACIONAL OCT-ENE-90

EN ESTE CUADRO SE MUESTRA CON QUIÉN SE COMUNICA MEJOR EL PACIENTE ANCIANO, OCUPANDO EL MAYOR PORCENTAJE DEL 40% LA COMUNICACIÓN CON EL ESPOSO (A), Y - EL 45% LOS QUE SE COMUNICAN CON HIJOS (AS) O NIETOS (AS) , EL 15% CON VECINOS O AMIGOS.

## CUADRO No. 15

ACTIVIDADES QUE DESEARIA REALIZAR EN GRUPO EL  
ANCIANO EN LA CLINICA MARINA NACIONAL.

TOTAL: 26 ANCIANOS (1 O MÁS OPCIONES) = 65 %

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	%
PLÁTICAS	11	22
ACT. MANUALES	9	18
ACT. RECREATIVAS	16	31
ACT. CULTURALES	8	15
ACT. VACACIONALES	7	14
TOTAL		100

## ENCUESTA C1 MARINA NACIONAL OCT-ENE-90

EN ESTE CUADRO PODEMOS OBSERVAR QUE A UN 65% DE PACIENTES ANCIANOS ENCUESTADOS LES GUSTARÍA PARTICIPAR EN ALGÚN GRUPO, OCUPANDO EL 31% LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS (DÍAS DE CAMPO, FIESTAS, REUNIONES), EL 22% PLÁTICAS PARA LA SALUD, EL 18% ACTIVIDADES MANUALES, EL 15% ACTIVIDADES CULTURALES Y EL 14% ACTIVIDADES VACACIONALES.



- 17.- A QUE DISTANCIA SE ENCUENTRA EL BAÑO: -----  
 18.- ESTA CERCA PERO HAY OBSTACULOS: -----  
 19.- NO HAY OBSTACULOS PERO ESTA LEJOS: -----  
 20.- ESTA CERCA Y NO HAY OBSTACULOS: -----  
 21.- CUENTA LA VIVIENDA CON TODOS LOS SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS:  
 SI ----- NO ----- CUALES -----

#### HABITOS HIGIENICO-DIETETICOS DEL PACIENTE

- 22.- TABAQUISMO: POSITIVO ----- NEGATIVO -----  
 23.- CUANDO INICIO: ----- CANTIDAD:-----  
 24.- FRECUENCIA: -----  
 25.- CUANDO LO DEJO: ----- 26.- CONTINUA: -----  
 27.- ALCOHOLISMO: POSITIVO ----- NEGATIVO -----  
 28.- FRECUENCIA: -----  
 29.- CUANDO LO DEJO: ----- 30.- CONTINUA: -----  
 31.- BAÑO:  
 A) DIARIO  
 B) CADA TERCER DIA  
 C) OCASIONALMENTE  
 32.- CAMBIO DE ROPA:  
 A) DIARIO  
 B) CADA TERCER DIA  
 C) OCASIONALMENTE  
 33.- LAVADO DE MANOS:  
 A) DIARIO ANTES DE PREPARAR ALIMENTOS  
 B) ANTES DE CADA ALIMENTO  
 C) DESPUES DE IR AL BAÑO  
 D) UNA VEZ AL DIA  
 34.- ALIMENTACION:  
 A) VERDURAS.- DIARIO ----- CADA TERCER DIA ----- OCASIONAL -----  
 B) FRUTAS.- DIARIO ----- CADA TERCER DIA ----- OCASIONAL -----  
 C) LECHE.- DIARIO ----- CADA TERCER DIA ----- OCASIONAL -----

- D) HUEVO.- DIARIO ----- CADA TERCER DIA ----- OCASIONAL -----  
 E) CARNE.- DIARIO ----- CADA TERCER DIA ----- OCASIONAL -----

ENFERMEDADES CRONICAS Y POLIFARMACOLOGIA

35.- DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS CUAL PADECE, DESDE CUANDO:

- PRESION ALTA -----  
 DIABETES -----  
 CARDIOVASCULARES -----  
 PROB. RENALES -----  
 PROB. PULMONARES -----  
 ARTRITIS -----  
 CANCER -----  
 SOBRE PESO -----  
 ALT. DEL SUEÑO -----  
 OTROS -----

36.- ACOSTUMBRA TOMAR MEDICAMENTOS CON FRECUENCIA:

SI ----- NO -----

37.- CUALES MEDICAMENTOS TOMA FRECUENTEMENTE: -----  
 -----

38.- SU MEDICO O ALGUIEN RELACIONADO CON LA SALUD LE HA ENSEÑADO  
 A TOMARSE: TEMPERATURA, PULSO, PRESION O DATOS DE ALGUNA  
 ENFERMEDAD, ETC.

SI ----- NO -----

ACTIVIDADES QUE REALIZA O LE GUSTARIA REALIZAR AL PACIENTE

39.- HA PARTICIPADO EN ALGUN GRUPO ESPECIFICO DE ANCIANOS:

SI ----- NO ----- CUAL (ES) -----

40.- QUE ACTIVIDADES HA REALIZADO: -----

41.- SI SE ORGANIZARA UN GRUPO EN LA CLINICA, LE GUSTARIA PARTICIPAR

SI ----- NO -----

41.- QUE ACTIVIDADES LE GUSTARIA REALIZAR:

48

- A) PLATICAS DE EDUCACION PARA LA SALUD [-----]
- B) ACTIVIDADES MANUALES [-----]
- C) ACTIVIDADES RECREATIVAS ( DIAS DE CAMPO,  
FIESTAS, REUNIONES) [-----]
- D) ACTIVIDADES CULTURALES ( VISITAS A MUSEOS,  
PLATICAS DE ARTE) [-----]
- E) ACTIVIDADES VACACIONALES [-----]

"" TERMINA ENCUESTA ""

## VII.- CONCLUSIONES-

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

DESPUÉS DE VALORAR EL ESTUDIO OBTENIDO, SE LLEGO A LO SIGUIENTE;

EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA, SE ENCONTRO QUE LOS PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS, UN 50% TIENEN ENTRE 65 Y 74 AÑOS Y DE ELLOS UN 45% SON JUBILADOS.

EN EL GRUPO ESTUDIADO OBSERVAMOS TAMBIÉN QUE SON EN GRAN PROPORCIÓN PACIENTES SENILES QUE NO DESARROLLAN NINGUNA ACTIVIDAD ESPECÍFICA, SALVO LAS MUJERES QUE ENCUENTRAN MAYOR ACTIVIDAD A DESARROLLAR DENTRO DE LAS LABORES DEL HOGAR.

EN RELACIÓN AL AUTOCUIDADO, SOLO 3 PERSONAS QUE PARTICIPAN DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD, LO LLEVAN A CABO, QUIZA POR ESTAR CON MAYOR INFORMACION QUE EL RESTO DE LA POBLACIÓN

CON RESPECTO A SUS INGRESOS, LA MAYORIA PERCIBE LO -- CORRESPONDIENTE A UN SALARIO MINIMO, LO QUE LE PERMITE UNICAMENTE ADQUIRIR LOS INSUMOS INDISPENSABLES, LO CUAL SE MODIFICA CUANDO RECIBEN EL APOYO ECONÓMICO DE ALGUN FAMILIAR.

EL ANCIANO EN CASI LA MITAD DE NUESTRA MUESTRA, VIVE ACOMPAÑADO DE UNO O MAS FAMILIARES, LO QUE LE PERMITE COMUNICARSE Y CON ESTO MANTENER NIVELES ÓPTIMOS FAMILIARES QUE NO PROPICIAN EL QUE SE AISLE; CUANDO VIVE LA PAREJA, ESPOSO (A), ESTA COMUNICACIÓN SE ENTABLA EN FORMA BILATERAL Y CON MUCHA MAYOR PARTICIPACIÓN.

LOS HABITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS PRESENTADOS NO SON ÓPTIMOS EN ESTE GRUPO DE PACIENTES, HECHO QUE PUDIERAMOS ATRIBUIR A LAS LIMITACIONES PSICOMOTRICES INHERENTES A LA EDAD Y AL TEMOR QUE SE DESENCADENA EN ELLOS AL PERCIBIR -- DICHAS LIMITACIONES ADEMÁS DEL RIESGO DE SUFRIR UN ACCIDENTE; CON LO QUE AUMENTAN LA POSIBILIDAD DE QUE SUS DEFENSAS ORGÁNICAS DISMINUYAN.

EL ANCIANO Y SU FAMILIA, CON TODO LO ANTES EXPUESTO, NO EFECTÚA ACTIVIDADES TENDIENTES A PROGRAMAR ACCIONES QUE LES PERMITAN CAMBIAR SU ESTILO DE VIDA, CON LO QUE AUMENTARÍA LA CALIDAD DE VIDA, QUE A SU VEZ LE PROPORCIONARÍA UN MAYOR BIENESTAR.

## VIII.- SUGERENCIAS.

CON BASE EN LA INVESTIGACIÓN REALIZADA, PODEMOS RECOMENDAR:

1.- LA INTEGRACIÓN DE UN GRUPO ESPECÍFICO DE ANCIANOS -- QUE PARTICIPE EN ACTIVIDADES COLECTIVAS, CONTANDO CON LA ORIENTACIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR Y EL GRUPO DE TRABAJO SOCIAL.

2.- ESTABLECER UN PROGRAMA PILOTO EN LAS CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR, CORRESPONDIENTES AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUE REÚNA LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

2.1 ADAPTAR UN CONSULTORIO ESPECÍFICO PARA DAR ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE ANCIANO. LOCALIZADO PREFERENTEMENTE EN LA PLANTA BAJA DE CADA UNIDAD.

2.2 SELECCIONAR A UN MÉDICO POR TURNO, DEDICADO EXCLUSIVAMENTE PARA LLEVAR UN CONTROL PERIODICO, PROGRAMADO, DEL PACIENTE GERIÁTRICO.

2.3 ELABORAR HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DE CADA PACIENTE Y SOLICITAR LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE DE RUTINA QUE SE ENCUENTREN ACCESIBLES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

2.4 REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS, ELABORANDO PREVIAMENTE TODO EL EQUIPO DE SALUD UN PROGRAMA DIRIGIDO A ÉSTOS PACIENTES.

2.5 REFERIR AL PACIENTE A TIEMPO, AL SEGUNDO O TERCER NIVEL SI EL MÉDICO FAMILIAR LO CONSIDERA CONVENIENTE.

2.6 SOLICITAR VALORACIÓN CADA 6 MESES O ANUAL CON: OTO--RRINOLARINGÓLOGO, DIETISTA, OFTALMÓLOGO Y EN EL CASO DE SER -- UN PACIENTE DEL SEXO MASCULINO, AL URÓLOGO Y SI ES DEL SEXO -- FEMENINO, AL GINECÓLOGO. TODO ELLO DENTRO DEL PROGRAMA DE -- PREVENCIÓN.

3.- SOLICITAR EN CADA CASO, EL APOYO DE TRABAJO SOCIAL, -- PARA QUE SE LLEVE A CABO UN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO FAMILIAR, -- Y EN CASO NECESARIO, LA VISITA DOMICILIARIA EN FORMA PERIÓDICA, CON LA FINALIDAD DE OBSERVAR, EDUCAR TANTO AL PACIENTE -- COMO A SU FAMILIA.

4.- FORMAR GRUPOS CON ÉSTOS PACIENTES PARA DESARROLLAR -- ACTIVIDADES CULTURALES Y RECREATIVAS ENCAMINADAS A BRINDAR -- NO SÓLO APOYO SINO QUE SE FAVOREZCA LA INTERCOMUNICACIÓN.

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

- 1.- FUENTES AGUILAR RAÚL, FILOSOFÍA DE LA VEJEZ. DE SENESCENCIA No. 6 P. 4 MÉXICO, 1980.
- 2.- GALVÁN LÓPEZ, LA PROBLEMÁTICA DE LOS ANCIANOS EN MÉXICO Y LA ATENCIÓN NO SÓLO SOCIAL SINO MEDICAMENTE. UNIVERSIDAD DEL EJÉRCITO Y FZA. AÉREA. P. 13-45, 1979.
- 3.- MEZEY DOVAL Y COL. EVALUACIÓN DE LA SALUD EN EL ANCIANO, EDIT. PRENSA MÉDICA MEXICANA, S.A., 1984.
- 4.- PAYNO MANUEL. EL PROBLEMA GERONTOLÓGICO DE MÉXICO,, REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNAM, VOL. XXIII, AÑO 23 No. 5 P. 22-46, 1980.
- 5.- DE NICOLA PIETRO. GERIATRÍA. EDIT. MANUAL MODERNO, BARCELONA, ESPAÑA. 1985.
- 6.- VARIOS, ACCIÓN Y PROYECCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD, DOCUMENTO EDITADO POR EL INSEN. S/ FECHA.
- 7.- SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO. DATOS BÁSICOS SOBRE LA POBLACIÓN DE MÉXICO 1980-2000, MÉXICO, 1981.
- 8.- NACIONES UNIDAS, ANUARIO ESTADÍSTICO 1978 EN NACIONAL - FINANCIERA, ECONOMÍA MEXICANA EN CIFRAS. MÉXICO, 1981.
- 9.- VILLARREAL ARMANDO Y COL. EL ANCIANO ENFERMO. TEMA MONOGRAFICO P. 1-20 MÉXICO 1983.
- 10.- KROPSKY BA Y COL. LA UTILIDAD CLÍNICA DE UN ASESORAMIENTO PARA EL PACIENTE GERIÁTRICO. GERONTOLOGIST, VOL 29 (2) P. 263-267, ABRIL 1989.

- 11.- HAIL JA; EPSTEIN AM Y COL. MULTIDIMENSIONALITY OF HEALTH STATUS IN AN ELDERLY POPULATION. CONSTRUCT VALIDITY OF A MEASUREMENT BATTERY. MED. CARE VOL. 27 (3) P. 168-77 MAR. 1989.
- 12.- McVEY L.J. ET AL. EFFECT OF A GERIATRI CONSULTATION TEAM ON FUNCTIONAL STATUS OF ELDERLY HOSPITALIZED PATIENTS. - A RANDOMIZED, CONTROLLED CLINICAL TRIAL. ANN INTERN MED, 1-110 (1) P. 79-84, JAN 1989.
- 13.- WILLIAMS ME. MAINTAINING HEALTH IN OLDER PEOPLE WITH MULTIPLE CHRONIC ILLNESSES. GERIATRICS; 43 (SUPP 140 -5 ) DEC. 1988.
- 14.- FORD AB, ET AL. HEALTH AND FUNCTION IN THE OLD AND VERY OLD. J. AM GERIATR SOC. 36 (3); 187-97, MAR 1988.
- 15.- LOMELI RIVAS ALVARO. PRIMER CONGRESO DE GERIATRÍA DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE GERIATRÍA. HOSPITAL GENERAL DE - MÉXICO, NOV. 1989.
- 16.- FLORES TASCÓN Y COL. ENVEJECIMIENTO SOMÁTICO. GERIATRİKA, REVISTA IBEROAMERICANA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, VOL. IV (5) 203, P. 17-19, 1988.
- 17.- REYES GOVANTES JESUS. NORMAS PARA LA ELABORACIÓN DE UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, ISSSTE, SUBDIRECCIÓN DE ACCIÓN CULTURAL. S/ FECHA.
- 18.- VARIOS. PROGRAMA DE ATENCIÓN GERIÁTRICA, DOCUMENTO NORMATIVO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. No. 4 MÉXICO D.F. ENERO 1987.