

11226

64
24



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura de Enseñanza e Investigación
U.M.R. "M" No. 12, Aután Nayarit.

Curso de Especialización en Medicina Familiar.
LOS PROBLEMAS DE SALUD MAS FRECUENTES EN EL ANCIANO DEL MEDIO RURAL Y SUS REPERCUCIONES FAMILIARES

TESIS RECEPTIONAL

Que para obtener el Grado de Especialista en Medicina Familiar

presenta

DR. FRANCISCO JAVIER ROBLES GUTIERREZ



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 N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	4
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	6
MATERIAL Y METODO	13
OBJETIVOS.	15
RESULTADOS Y CONCLUSIONES . . .	17
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUCCION

"Sólo a los dioses no les llega la vejez ni la muerte nunca; todo lo demás lo confunde el tiempo vencedor.

Sófocles.

"¿Cuándo comienza la vejez?... No parece temerario fijar en los 70 o 75 años la iniciación de la senectud. No deben preocuparnos las arrugas del rostro sino las del cerebro. Estas no las refleja el espejo, pero las perciben nuestros amigos, discípulos lectores, que nos abandonan y condenan al silencio. Tales arrugas metafóricas, precoces en el ignorante, tardan en presentarse en el viejo activo, acuciado por la curiosidad y el ansia de renovación. En suma se es verdaderamente anciano psicológica y físicamente, cuando se pierde la curiosidad intelectual y cuando con la torpeza de las piernas, coincide la torpeza y premiosidad de la palabra y el pensamiento" ⁵

Magístralmente, Santiago Ramon-Cajal expresó en esas palabras las características biológicas y sociales de la senectud. Su espíritu observador señaló que el individuo de edad avanzada se ve rechazado por los que lo rodean, pero al mismo tiempo hizo notar que las "arrugas" del cerebro tardan en presentarse en el viejo que mantiene su actitud física e intelectual, un hecho de sumo interés para el gerontólogo actual y para el individuo mismo. ⁵

El Homo Sapiens es una especie interesante desde muchos puntos de vista. Entre ellos destaca su capacidad para producir cultura y de modificar por medio de ella, algunos aspectos de su naturaleza biológica. La interrelación entre la naturaleza biológica del hombre y su modificación por la cultura ha sido uno de los factores fundamentales en la evolución del hombre. La vejez es una etapa de la que los antropólogos llaman "El ciclo de la vida", que se inicia con la concepción y termina con la muerte. Este ciclo abarca los cambios biológicos que se engloban dentro de los conceptos de crecimiento y de-

sarrollo, pero cada una de sus etapas implica además situaciones sociales y culturales que afectan la vida del individuo.²

Por otra parte, en cada estado se toman nuevas funciones, obligaciones y responsabilidades que se aunan a la adquisición de prestigio social lo que no debemos olvidar es que la vida humana no precede por saltos o etapas, sino que es un continuo. Al cumplir los veintiun años no se amanece adulto biológico, aunque sí adulto social. Por lo tanto, las etapas que se han propuesto son artificiales y tienen solamente un valor didáctico o metodológico. En el caso concreto de nuestra especie, se debe recordar que el ciclo de vida humano tiene límites.²

Desde hace tiempo se han evidenciado en todo el mundo la tendencia hacia la creciente organización de los servicios de salud. La forma adoptada por esta organización varía según el contexto social, político y económico de las diferentes naciones y en distintos períodos. Pero en todas se nota el mayor esfuerzo para la solución de algunos problemas de enfermedad, con el fin de lograr equidad y eficacia. Esto ha dado en consecuencia, entre otras cosas, mayor expectativa de vida lo que lógicamente condiciona un mayor número de personas con edad avanzada.⁶

La incidencia de enfermedades en las personas de edad avanzada suele ser mayor y es común la presencia conjunta de dos o más patologías, que con frecuencia tienden a la cronicidad y, lo que es peor hacia la invalidez, con la consiguiente pérdida de la autosuficiencia. A menudo se asocian alteraciones psíquicas que agravan aún más la situación; la asistencia del anciano requiere una atención integral llevada a cabo por un equipo multidisciplinario, una planificación asistencial adecuada, con diferentes estructuras o niveles asistenciales hospitalarios y extrahospitalarios, en íntima conexión con los servicios sociales específicos para ancianos.⁶

La problemática socioeconómica del anciano se plantea como una consecuencia del sistema operante que se ocupa solamente de una educación del niño y del joven como parte de una inversión para hacerlos productivos y que considera que cualquier gasto para lograr el bienestar del anciano es dinero

perdido ya que el viejo no garantiza ninguna amortización. El sistema socio-económico operante, descuida consecuentemente la educación del hombre productivo para prepararlo para su devenir, lo que provoca serias crisis cuando la persona económicamente activa deja de serlo, es decir, cuando se retira o se ve obligado a jubilarse. El mayor problema para el anciano en la actualidad no es el añadir años a la vida sino el de dar vida a sus últimos años y en esta tarea debemos comprometernos todos y principalmente los que laboramos en el sector salud.¹

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

"No me rechaces señor,
durante mi vejez, y
cuando me falten las
fuerzas no me abandones"

Sal. 71.9

Son muchos los autores desde Cicerón con su De Senectute, que relatan en sus obras consejos y normas higiénicas y dietéticas para conseguir una vida longeva y saludable.

En la edad media comenzó una asistencia custodial en albergues, casas de misericordia, nosocomios y asilos, atendida en general por órdenes religiosas, para el cuidado de ancianos achacosos y desvalidos.

El término geriatría aparece por primera vez en el año 1909 de la mano de I.L. Nascher, que escribió su obra en los EE.UU. titulado Geriatrics the Diseases of Old Age and their Treatment. Hace 50 años, en el Reino Unido, Marjory Warren, supervisora del Middleses Hospital, que cursó posteriormente la carrera de medicina, tomó a su cargo el control de las llamadas salas de enfermería ancianos crónicos e inválidos y comprobó que muchos de aquellos ancianos se recuperaban con cuidados clínicos y de rehabilitación adecuados y podían integrarse de nuevo en la familia y en la comunidad. Así nació la geriatría moderna.

En 1946 el National Health Service inglés propicia una nueva especialidad: la geriatría. Es el Barncoose Hospital quien convoca la primera plaza de médico geriatra; durante los 25 años siguientes se alcanza la cifra de 300 Geriatric Consultants, geriatras de la primera generación que en general provenían de la medicina interna.

En Julio de 1950, coincidiendo con el I Congreso Internacional de gerontología, celebrado en Lieja, se constituye la Asociación Internacional de Gerontología (IAG). La sociedad Española de Gerontología firmó junto con otras naciones el Acta Constitucional de la I A G. Desde entonces, el desarrollo de la geriatría ha sido continuo, tanto en investigación (N.W. Shock en Baltimore, Verzar en Basilea, Chevotarev en Kiev, etc) como en asistencia (Reino Unido, Países Nórdicos, Suiza) y actividades científicas (congresos de geriatría internacionales, europeos y españoles). En 1952 se crea en el hospital Cowley Road de Oxford el primer hospital de día geriátrico con una filosofía asistencial abierta a la comunidad.⁶

En México la gericultura es una especialidad novedosa, existiendo en la actualidad dos escuelas una en el Distrito Federal y otra en Chihuahua. Esta carrera se instituyó en 1977 en el entonces denominado Centro de Estudios Tecnológicos No. 6 de la Secretaría de Educación Pública de México. Entonces tenía una duración de dos años, al final de los cuales la estudiante recibía un documento que la acreditaba como técnica en geriatría. Dicha denominación cambió más tarde a técnico profesional gericultista, nombre que hasta la fecha conserva esta carrera. Su duración aumentó a tres años, después de los cuales la estudiante adquiere carácter de pasante y, según las leyes vigentes en México, tiene obligación de realizar un servicio social de un año de duración y presentar informe por escrito del mismo para optar al exámen Recepcional.^{3,4}

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

No he sido capaz de envejecer por otro, ni siquiera por el más amado... nadie morirá por mí, ni siquiera quien más me ama.

En otros tiempos, los ancianos eran una minoría respetada que detentaba el poder ideológico y muchas veces también político de un pueblo; pero con el correr de los siglos las situaciones cambiaron, dejando solo una bata herencia de vocablos que como prefijos y sufijos dieron forma al lenguaje. Entre los primeros existen dos con significado muy preciso: gero, geronto: anciano, y geras; vejez, en base a los cuales se dice que gerontología "es el estudio del anciano, de sus condiciones de vida, normales y patológicas", es decir, se puede conceptuar a la gerontología como el estudio del proceso del envejecimiento en sus aspectos biológicos (anatomía, fisiología y bioquímica), psicológicos (personalidad y manifestaciones conductuales) y sociales como sería la introducción, actuación y desempeño de papeles en la familia, en un grupo o en la población en que vive.³

En cuanto al vocablo "senil", éste proviene del latín senecere que quiere decir envejecer; de modo que senil vendría a ser lo relativo a la vejez. Edad senil y senectud son pues, sinónimos, si bien la edad de su inicio para unos empieza a los 60 años y para otros a los 65 o más, La Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, fundamentada en la norma de la Organización Panamericana de la Salud, define como límite cronológico de la senectud los 60 años de edad.³

El envejecimiento o senescencia, como proceso biofisiopsicológico está constituido por una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se inicia mucha antes que sus manifestaciones den al individuo el aspecto de viejo. Los cambios morfológicos

y fisiológicos que se presentan en la senectud, son objeto de estudio de la gerontología. Dichos cambios facilitan el desarrollo de enfermedades cuya singular presentación las hace de difícil diagnóstico y tratamiento; a menudo se asocian alteraciones psíquicas que agravan aún más la situación.³

Hay muchos aspectos del proceso de envejecimiento que aún no han sido aclarados, en especial los relativos a las causas que llevan al hombre a envejecer. Al respecto se han emitido teorías que pretenden explicar la etiología de este fenómeno, algunas muy sencillas como la teoría del desgaste, y otras que presentan mayor complejidad como la teoría nerviosa o la teoría mutacionista también llamada clonal y la teoría termodinámica que parece satisfacer las exigencias del pensamiento científico.³

El envejecimiento es un hecho universal, presente desde el momento de la concepción cuyos efectos afectan a todos los seres vivientes, quienes los experimentan más tarde o más temprano, según el ritmo con que se presenten los cambios en los distintos órganos de una misma persona y los diferentes tiempos de presentación de estos cambios. En resumen, el envejecimiento se caracteriza por ser universal, constante, irreversible, irregular, asincrónico e individual.³

No existen criterios biológicos específicos para separar la vejez de otras edades, pero el proceso de envejecimiento se manifiesta por una atenuación y pérdida de la intensidad de algunas funciones corporales. Los principales cambios que ocurren son:²

1. Deshidratación de los tejidos.
2. Lentitud en la capacidad de regeneración de los tejidos.
3. Disminución de la respuesta inmune.
4. Pérdida de la elasticidad tisular por cambios en el tejido conjuntivo.
5. Atrofia y aumento de la pigmentación cutánea.
6. Disminución de la fuerza, masa y velocidad en el aparato locomotor.

7. Pérdida de la capacidad sensorial, particularmente en la visión y audición.
8. La cantidad de neuronas y la calidad de su función disminuyen. Esto implica pérdida de memoria de acontecimientos recientes, dificultad en el aprendizaje disminución del tiempo y de la calidad de sueño y otros.
9. La talla y la cantidad de grasa corporal disminuyen gradualmente; en la mayor parte de los grupos humanos se encuentra que la grasa corporal aumenta en la madurez, para disminuir en la vejez.

Los investigadores de la gerontología experimental, afirman que los sólidos celulares, con la edad disminuyen de 19 a 12% del peso corporal, lo que señala un descenso importante en la cantidad de potasio, tanto en el tejido musculoesquelético como en el parénquima de órganos y sistema nervioso.³

En el humano, los cambios que sufre la materia afectan tanto su constitución interna como la externa. Es obvio que las modificaciones en los tejidos dan lugar a cambios orgánicos y que éstos en algún momento, se hacen ostensibles al exterior. Un buen ejemplo sería la resorción del tejido óseo de la parte central del hueso, que en la persona de edad avanzada se produce más rápido que el engrosamiento que se efectúa a expensas del periostio, lo que genera rarefacción del hueso que se torna frágil; este fenómeno y la osteoporosis senil dan lugar a modificaciones importantes en la columna vertebral y en otros segmentos del esqueleto, lo que a su vez genera cambios significativos en la morfología externa que afecta su capacidad para movilizarse, su agilidad para realizar ciertas actividades y en algunas ocasiones su psique, cuando su silueta choca con las ideas estéticas que prevalezcan en él y en la sociedad en que vive.³

Las enfermedades en los ancianos son muy poco expresivas. La sintomatología suele ser muy pobre, larvada y atenuada. Los mecanismos reguladores de la temperatura son menos seguros en los ancianos, y su capacidad generadora de calor está disminuída. La reacción inflamatoria local suele ser ligera, sin adenopatía satélite; en cambio en una carcinomatosis secundaria los ganglios linfáticos regionales pueden aumentar de volúmen con una rapidez sorprendente.⁶

La reacción a antígenos exógenos es muy pobre; por el contrario, es muy frecuente la presencia de autoanticuerpos que determinan con facilidad enfermedades autoinmunes. El dolor suele ser muy poco manifiesto en los an ci an os; es frecuente descubrir una fractura de fémur varios días después de una caída ya que el anciano no acusa el más mínimo dolor. Por el contrario, en algunos casos el anciano responde al dolor con una intensidad desproporcionada a la causa que lo origina porque presenta confusión o labilidad men tal, por llamar la atención, etc.⁶

La taquicardia y, sobre todo, la taquípea son frecuentes en las infec ciones generales y en las enfermedades cardiorrespiratorias agudas, a veces como síntoma único.⁶

El cambio repentino del estado mental, y por tanto los síntomas psíqui cos que se presentan bruscamente, suelen ser debido a enfermedades de otros aparatos o sistemas. La confusión mental es de los cuadros más frecuentes, acompañando a enfermedades de los ancianos tales como una neumonía, insuficiencia cardíaca, deshidratación o cualquier otro trastorno vascular, metabólico o insuficiencia respiratoria.⁶

En los ancianos podemos destacar una serie de factores que pueden originar trastornos importantes y hasta enfermedades graves, tales como las ane mias, que a la larga pueden originar trastornos severos del corazón, cerebro y riñón; la obesidad, que determina sobrecarga en muchos aparatos y sistemas del organismo; las infecciones latentes, que en un momento dado pueden ocasionar graves infecciones broncopulmonares o urinarias; la hipoacusia y la dis minución de la visión que limitan las relaciones sociales de estos pacientes y determinan aislándolos con el consiguiente empeoramiento de su función mental y física; las alteraciones en los pies (deformidades, callosidades, etc.) que dificultan su movilidad y facilitan el aislamiento y la obesidad.⁶

La senescencia no es una enfermedad, pese a que los cambios propios del envejecimiento puedan ir acompañados de ciertos malestares.³ La incidencia de enfermedades en las personas de edad avanzada suele ser mayor y es común

la presencia conjunta de dos o más patologías, que con frecuencia tienden a la cronicidad y, lo que es peor hacia la invalidez, con la consiguiente pérdida de la autosuficiencia.⁶

Desde hace tiempo se ha evidenciado en todo el mundo la tendencia hacia la creciente organización de los servicios de salud. La forma adoptada por esta organización varía según el contexto social, político y económico de las diferentes naciones y en distintos períodos. Pero en todas se nota el mayor esfuerzo para la solución de algunos problemas de enfermedad, con el fin de lograr equidad y eficacia. Esto ha dado en consecuencia, entre otras cosas, mayor expectativa de vida lo que lógicamente condiciona un mayor número de personas con edad avanzada.⁶; así pues, los factores de desarrollo económico y social se imbrican con factores propios de las ciencias de la salud, de donde resulta un notable crecimiento global de la población y en particular de los grupos etarios extremos que antes eran muy vulnerables, a base de importantes y constantes reducciones en las tasas de mortalidad general e infantil, así como la disminución significativa en las tasas de natalidad, hechos que se traducen en mayor esperanza de vida.¹

Las reformas en el ámbito de la administración de la salud hicieron obligatoria la notificación de las enfermedades infecciosas, se crearon organismos oficiales responsables de la salud del pueblo, se inició la estructuración de sistemas de seguridad social. Alemania fué el primer país donde por primera vez se implantaron tanto el seguro de atención médica como los planes de jubilación (1833 y 1839, respectivamente), seguida años más tarde en 1935 por Estados Unidos, con su Plan Nacional de Seguro Social. En México, las leyes de Seguridad Social se iniciaron en 1942 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social y en 1959, cuando fué creado el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. En todos los casos se consideran las prestaciones médicas, jubilatorias y de vejez. El seguro de vejez concede pensiones a los trabajadores asegurados que han cumplido 65 años de edad y han cubierto cuando menos 500 cotizaciones semanales.¹

Todo parece indicar que a su paso por las diferentes edades el hombre va cambiando de papeles a desempeñar; en la vejez, el estatus, y por tanto el papel que le corresponde, están en función de qué tanto sea capaz de desligarse de un cierto grupo, el laboral por ejemplo, y qué tanto lo sea de adaptarse a otro grupo sin padecer mal stress; por ejemplo su propia familia. Por otra parte el deterioro de su capacidad de locomoción le reduce el espacio físico en que se desenvuelve, lo que también contribuye a la pérdida de estatus. En el campo, los ancianos permanecen productivos hasta edades muy tardías o les es confiada la custodia de los nietos durante la cual les transmiten la riqueza cultural familiar y local.³

Son muy importantes las condiciones sociales y ambientales para el bienestar del viejo; el aislamiento es muy deteriorante para él y conviene que tenga una convivencia satisfactoria. Los clubes o grupos de viejos ofrece grandes posibilidades de rehabilitación. Parece que el viejo dentro de un estrato de clase media es el que está en mejores condiciones, aunque la condición socioeconómica o cultural no es la determinante de cómo está vigilado, cómo está cuidado y cómo puede ser ubicado dentro de una condición útil o positiva y, lo verdaderamente importante es su ubicación en la familia. El viejo va a estar bien vigilado siempre que se conserve la estructura y roles de la familia.⁴

Desde 1900 la población mexicana ha aumentado de manera estable, pero a partir de 1940 la cantidad de habitantes aumenta de manera vertiginosa. Los mayores de 60 años han aumentado en una proporción semejante, pero no tan acentuada como la población general. En 1909 había una población total de poco más de 13.5 millones de habitantes, de los cuales casi 469,000; o sea el 3.45% eran mayores de 60 años. Para 1930 la población total era de algo más de 67 millones y los mayores de 60 años eran casi 4 millones, lo que representa un 5.9%. Esto manifiesta que México ha crecido fundamentalmente a partir de los grupos jóvenes. En efecto, la población total de 1980 es 20.19 veces mayor que la de 1900, pero la de mayores de 60 años es solamente 11.89 veces más grande. Desde el punto de vista de la salud pública

esto no significa que el problema sea despreciable, ya que el número de mayores de 60 años representa ya un contingente de casi 4 millones, que tienen problemas médicos y asistenciales diferentes que el resto de la población.²

MATERIAL Y METODO

Se revisaron las TAC (tarjeta de adscripción a la clínica) para obtener la población total mayor de 60 años adscrita a nuestra unidad la UMR "M" No. 12 de Autan, Nayarit, sumando 99 los pacientes adscritos, con edades que fluctuaban entre los 60 y los 90 años.

Estos pacientes fueron citados al turno vespertino mediante memorándum que les fué enviado a sus domicilios con la ayuda de un auxiliar de servicios generales.

Del total de pacientes citados a entrevistas entre el 16 de Septiembre y el 13 de noviembre, encontramos que habían fallecido 3; vivían solos 12; vivían fuera de la comunidad 2; la entrevista fue rechazada por 1 familiar; 26 de los pacientes contemplados para entrevista no se presentaron a pesar de que les fué enviado un segundo memorándum citatorio, así pues, el total de pacientes entrevistados y que reunían los criterios de inclusión fueron 55.

Para la aplicación del instrumento de recolección de datos se preparó psicológicamente tanto al paciente como a su familiar acompañante, explicándoles los objetivos del estudio; se les preguntaba en seguida si aceptaban ser sometidos a él y, de contestar afirmativamente, se les explicaba la conveniencia de que la entrevista fuera por separado, dada la importancia de la sinceridad de las respuestas al cuestionario. Dicho cuestionario incluía datos generales (edad, sexo, estado civil), datos médicos tales como causas de la consultas deficiencias del tipo visual, auditivo, motor y dental, utilización de prótesis, lentes o audífonos y la existencia o no de toxicomanías.

Para valorar la atención y aceptación familiar se hicieron preguntas tales como si acudía solo o acompañado a la consulta externa de manera or-

dinaria; atención por parte del familiar para el horario de sus medicamentos; agresiones físicas y/o verbales de manera más o menos frecuente hacia su persona en el núcleo familiar; tipo de relación llevada con toxicómanos, de existir estos, en la familia; la existencia o no de sentimientos de disgusto o enfado por parte del familiar al satisfacer las necesidades al anciano. Finalmente, el anciano calificó la funcionalidad de su familia de acuerdo al ya conocido cuestionario del Apgar Familiar.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- 1.- Conocer las alteraciones en el estado de salud del paciente anciano.
- 2.- Conocer el grado de aceptación familiar del paciente anciano y su patología
- 3.- Conocer la funcionalidad familiar desde el punto de vista del paciente senil.
- 4.- Estimular al equipo de salud en la mejor atención y control del paciente senil y su patología.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Conocer las causas de morbilidad en el anciano del medio rural adscrito a la UHR "M" No. 12 en Aután, Nay.
- 2.- Conocer los problemas en la familia del anciano y sus repercusiones en éste.
- 3.- Estimular al médico familiar en la búsqueda de una mejor relación médico-paciente senil.

- 4.- Estimular al equipo de salud para el estudio y realización de medidas preventivas tendientes a lograr un mejor estado de salud en el anciano.
- 5.- Fomentar la formación de clubes buscando con esto el logro de un mejor control de las patologías crónicas que afectan al paciente senil.
- 6.- Conocer la productividad del anciano.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- 1.- De los 55 familiares entrevistados, 39 (60.9%), manifestaron que satisfacer las necesidades de su familiar anciano, interfería en sus actividades y de estos, el 12.82% ha llegado a sentir disgusto o enfado por ello.
- 2.- De todos los familiares entrevistados, 10 de ellos, es decir el 18.18% de los casos, ha llegado a pensar que el paciente ya vivió demasiados años.
- 3.- En 32 de los casos, 58.18% de los estudiados, el anciano convive con toxícomanos; en otros 13 casos, (23.63%) del total de los encuestados, convive con madres solteras. De estos 45 pacientes, 19 de ellos (42%) de los que se encuentran en esta situación, no observan buenas relaciones con ellos.
- 4.- De todos los familiares entrevistados, 50 (90.91%), considera que está de alguna forma obligado a asistir a su familiar anciano, el 9.09% restante no lo considera así.
- 5.- Sólo una persona contestó que en su familia se considera como una carga al anciano.
- 6.- Para el 18.18% de los familiares entrevistados, es indispensable que el anciano se mantenga económicamente activo dadas las necesidades de este tipo en la familia.
- 7.- En el 81.81% de los casos (45 pacientes), encontramos que regularmente acuden solos a la consulta externa, sólo en un 18.19% de los casos acuden acompañados por algún familiar.

- 8.- De todos nuestros pacientes en estudio, 28 de ellos (50.90%) de los casos, manifestaron atención al horario de sus medicamentos por parte del familiar y por otro lado, en el 58.18% de los casos acusaron la no invitación a participar en actividades del tipo recreativo. El 16.37% de los encuestados (9 pacientes), acusó sentirse relegado de su núcleo familiar y un 27.09% refirió agresión física y/o verbal de manera mas o menos frecuente, caso específico de 16 pacientes.

Es de llamar la atención, el observar como una sola persona afirmó que en su familia se consideraba como una carga al anciano en cuestión, ya que si atendemos a lo enunciado en los dos primeros y los dos últimos incisos, podemos inferir deficiente atención y aceptabilidad de que adolece el anciano en particular de este medio rural donde nos encontramos laborando.

- 9.- En la gran mayoría de los casos, 96.36% de los casos, el anciano manifestó estar conforme con lo realizado por él hasta la fecha y un 74.50% de ellos opina que su familia tiene la obligación de sostenerlo. Es decir, pues, nuestros ancianos estudiados sienten haber cumplido su misión, haber alcanzado si no todas sus metas forjadas, si gran parte de lo que ellos algún día quisieron hacer o ser y demandan, porque así sienten que debe ser, mayor atención, afecto y comprensión por parte de aquellos con los que les ha tocado convivir, en ocasiones obligado a ello, sus últimos años de existencia.
- 10.- Veintiuno de todos nuestros pacientes entrevistados, es decir, el 38.18% de todos los casos, calificaron a su familia con un Apgar Familiar de 4 a 6 puntos, es decir, como familia moderadamente disfuncional; el 61.82% restante calificó a su familia con Apgar Familiar de 7 a 10 puntos o con gran funcionamiento familiar; en ninguno de nuestros casos el paciente calificó a su familia como severamente disfuncional.
- 11.- Del total de nuestros pacientes encuestados, 36 de ellos (65.45%) son pensionados, entre estos el 77.77% está conforme con serlo el 22.23% restante no lo está. El 66.66% de nuestros pensionados del estudio apor-

ta el monto de su pensión al gasto familiar por requerirlo así las necesidades económicas de su hogar y encontramos en el 21.81% de todos nuestros encuestados el deseo de ser pensionados, algunos de ellos no cumplen la edad establecida ni son portadores de patología invalidante para el inicio de este trámite y sólo uno de ellos (8.33%), tiene en trámite su pensión.

12.- En cuanto a deficit organofuncionales, limitantes estos de su medio de relación y, a toxicomanías se refiere encontramos que:

- El 85.45% de ellos (47 casos) acusa deficiencias del tipo visual, cuenta con lentes solo el 23.40% de estos casos.
- El 25.45% de los estudiados (14 casos) observa deficiencias auditivas y ninguno de ellos utiliza audífonos.
- El 92.72% de los casos (51 pacientes) mostró adoncia parcial o total contando con prótesis dentaria un 27.45% de estos casos.
- El 9.98% de los casos (5 pacientes) presentó deficiencias motoras serias.
- El 30.99% de todos los casos (17 pacientes) observa tabaquismo positivo.
- El 45.45% de todos los casos (25 pacientes) ingiere bebida alcoholica de manera ocasional y hasta la embriaguez periodica.

13.- Hemos podido observar, en cuanto a morbilidad se refiere, la prevalencia de patologías crónicas del tipo articular degenerativo, oftalmopatía, disfunciones gastrointestinales y problemas cardiovasculares. Pudiéramos pensar en las primeras, como consecuencia lógica del insalvable deterioro que vivimos día a día desde que hemos nacido y la tercera, pudiera ser secundaria a la tan marcada deficiencia en los organos de la masticación que observan nuestros pacientes. Así pues, hemos de adoptar medidas preventivas para limitar el daño en estos cuadros de los que

adolecen nuestros ancianos que vemos a diario en la consulta externa, así como hacer labor de convencimiento personal y familiar y al mismo tiempo ir buscando los factores predisponentes o causales del alcoholismo y tabaquismo observados en nuestros pacientes en estudio, para que en la medida de lo posible, podamos erradicar esta toxicomanías de los pacientes a nuestro cargo. Será también importante, tratar de formar clubes de ancianos y familiares para orientarlos sobre necesidades, cuidados y medidas preventivas en el hogar, que deberán observarse para tener un viejo más controlado y equilibrado biopsicosocialmente hablando, es decir, un viejo más sano.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

Grupo etario	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Total	%
60 a 64 años	10	6	16	29.09
65 a 69 años	8	3	11	20.00
70 a 74 años	6	9	15	27.27
75 a 79 años	4	2	6	10.90
80 a 84 años	1	3	4	7.27
85 a 90 años	1	2	3	5.45
T O T A L	30	25	55	99.98%

DISTRIBUCION SEGUN ESTADO CIVIL.

Casados	24	43.63%
U. Libre	5	9.09%
Viudos	25	45.45%
Divorciados	1	1.81%
T O T A L	55	99.98%

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
OBSERVADAS EN EL ESTUDIO.

1.- Enfermedad Articular Dege- nerativa Cron.	43	6.- Enf. Pulm. Obst. Crónica	7
2.- Oftalmopatias	13	7.- Neurosis	5
3.- Disfunciones Gastro Intestinales	12	8.- Hernias	4
4.- Problemas Cardiovasc.	10	9.- Hipertrofia Prost.	4
5.- Problemas Vasculonerv.	9	10.- Diabetes Mellitus	3

FUENTE: Interrogatorio directo.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR PUNTO DE VISTA
DEL ANCIANO

Familia con Gran Funcionamiento Familiar	34	61.82%
Familia Moderadamente disfuncional	21	38.18%
Familia Severamente disfuncional	0	00.00%
T O T A L	55	100.00%

FUENTE: Interrogatorio directo.

	Si	%	No	%
1.- Está usted pensionado?	36	65.45	19	34.55
2.- Desea ser pensionado?	12	21.81		
3.- Está en trámite su pensión?	1	8.33		
4.- Está conforme con ser pensionado?	28	77.77	8	22.23
5.- Aporta su pensión al gasto familiar?	24	66.66	12	33.34
6.- Su familia está obligada a sostenerlo?	41	74.50	14	25.50

DIFICULTAD EN LAS FUNCIONES VISUAL, AUDITIVA
MOTORA Y DENTAL.

Deficít visual	47	85.45%
Deficít auditivo	14	25.45%
Deficiencias motoras	5	9.98%
Adoncia parcial o total	51	92.72%
Usa lentes	11	23.40 +
Usa audifono	0	00.00 +
Prótesis dentaria	14	27.45 +

+ Porcentaje del total con estas deficiencias.

FUENTE: Interrogatorio directo.

ACTIVIDADES REALIZADAS DE ORDINARIO.

1.- Labores del campo	21	38.18%
2.- Labores domésticas	30	54.54%
3.- Cuidado de nietos	17	30.90%
4.- Tejido y costura	8	14.54%
5.- Atienden abarrotes	2	3.63%
6.- Pesca	2	3.63%
7.- Carpintería	1	1.81%
8.- Reparación calzado	1	1.81%
9.- No realiza actividades	3	5.45%

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL
TIEMPO LIBRE.

1.- Ve televisión	26	47.27%
2.- Lectura	10	18.18%
3.- Escucha radio	6	10.90%
4.- Arregla el jardín	5	9.09%
5.- Acude a eventos deportivos	3	5.45%

FUENTE: Interrogatorio directo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Luis y Raúl Fuentes Aguilar.
Salud y Vejez.
Ediciones el Caballito, S.A.
México, D.F. 1978.
- 2.- Simposio Syntex.
Patología de la Senectud
México, D.F. 1983.
- 3.- Raquel Langarica Salazar.
Gerontología y Geriatria.
Editorial Interamericana S.A. de C.V.
México D.F. 1985.
- 4.- El Viejo. Mesa Redonda.
Revista de la Fac. de Medicina. UNAM.
Vol. XXVI, Año 26, No. 2, 1983.
- 5.- Aspectos Biológicos de la Senectud
Revista de la Fac. de Medicina UNAM.
Vol. XXIV, Año 24, No. 12, 1981.
- 6.- Características de las Enfermedades en Geriatria.
Patología de la Senilidad.
Revista Medicina Primera Serie No. 34
México D.F. 1984.
- 7.- Arturo Cerda Ochoa.
Diagnóstico de las alteraciones en la Dinámica
Familiar.
Terceras Jornadas Nacionales de Medicina Familiar.
Memorias
Facultad de Medicina U A C.
Torreón Coahuila, México. Enero 1980.