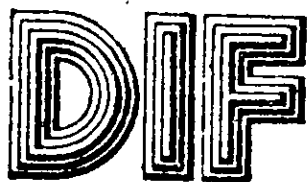


11274



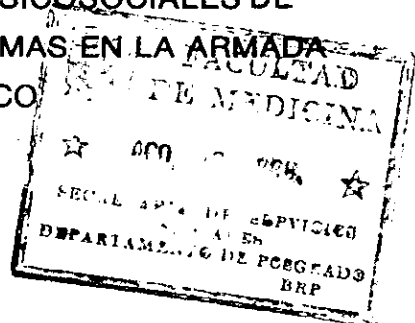
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL

FACULTAD DE MEDICINA.

2e1

CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MAS EN LA ARMADA DE MEXICO

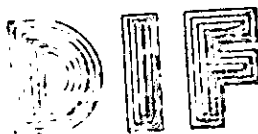


T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE GERIATRIA PRESENTA:

DRA. MARIA LOURDES CALLEJAS CERVANTES

DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL



CASA HOGAR PARA ANCIANOS "VICENTE GARCIA TORRES"

[Handwritten signature]

MEXICO

1998.

265074

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA

D. I. F.

DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL

CARACTERISTICAS BIOPSIKOSOCIALES DE PERSONAS DE 60
AÑOS Y MAS EN LA ARMADA DE MEXICO

TUTOR: DR. SERGIO SALVADOR VALDES ROJAS

ELABORO: DRA. MARIA LOURDES CALLEJAS CERVANTES

MEXICO

1998

A DIOS NUESTRO SEÑOR.

QUIEN HA SIDO GUIA Y APOYO A LO LARGO DE MI EXISTENCIA

A MI HIJA ADRIANA EN AGRADECIMIENTO
POR SU COMPRESION Y POR LAS HORAS
QUE LE ROBE.

A MI HERMANA IMELDA POR SU APOYO Y
COMPRESION

AL LIC. MARIO LASCANO.

POR SU GUIA Y AYUDA DESINTERESADA Y FRANCA
TODA MI GRATITUD Y RESPETO.

AL DR. SERGIO S. VALDES ROJAS.

YA QUE SIN SU AYUDA NO HUBIERA SIDO POSIBLE
MI FORMACION COMO ESPECIALISTA EN GERIATRIA.

A MIS PROFESORES DE CURSO:

EN ESPECIAL A LA DRA. LAURA A. BAZALDUA, DRA. MINERVA
LUNA, DRA. YESID LOPEZ POR SU APOYO Y GUIA A LO LARGO
DE MI FORMACION.

A TODO EL PERSONAL DE LA CASA HOGAR PARA ANCIANOS
VICENTE GARCIA TORRES.

ESPECIALMENTE AL PERSONAL DE ENFERMERIA QUIENES
CON SU APOYO, PACIENCIA Y COMPRESION, CONTRIBUYERON
A MI FORMACION.

I N D I C E

	PAGINA
CONTENIDO	1
INTRODUCCION	3
JUSTIFICACION	4
CAPITULO I	6
CAPITULO II	14
CAPITULO III	17
CAPITULO IV	23
CAPITULO V	32
CAPITULO VI	39
CAPITULO VII	67
CAPITULO VIII	71
ANEXOS	73

CONTENIDO

INTRODUCCION.

JUSTIFICACION.

CAPITULO I .- PROCESO DEMOGRAFICO DE ENVEJECIMIENTO SOCIAL Y COLECTIVO.

- 1.1.- Antecedentes.
- 1.2.- Proceso demográfico de envejecimiento en las poblaciones humanas.
- 1.3.- Efecto del envejecimiento demográfico.
- 1.4.- Datos demográficos.
- 1.5.- El envejecimiento social como problema.

CAPITULO II .- CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR.

- 2.1.- Importancia de la longevidad-calidad de vida.
- 2.2.- Necesidades de los ancianos.
- 2.3.- Salud orgánica-mental-social.

CAPITULO III .- ENVEJECIMIENTO Y SALUD.

- 3.1.- Cambios biológicos producidos por el envejecimiento.
- 3.2.- Nutrición.
- 3.3.- Problemas de salud prevalentes en las personas de edad avanzada.
- 3.4.- Otros problemas prevalentes que afectan la vida cotidiana de las personas de edad avanzada.
- 3.5.- Problemas de salud mental relacionados con el envejecimiento.

CAPITULO IV .- ASPECTOS PSICOSOCIALES.

- 4.1.- Procesos psicológicos y envejecimiento.
- 4.2.- Condiciones de vida de las personas de edad avanzada.
- 4.3.- Papel del estado y de la familia.
- 4.4.- Políticas.
- 4.5.- Características de las personas de edad avanzada en México.

CAPITULO V .- MODELOS DE ATENCION.

5.1.- Atención progresiva.

5.2.- Modelos de atención geriátrica para el año 2000.

CAPITULO VI .- CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DE PERSONAS
DE 60 AÑOS Y MAS EN LA ARMADA DE MEXICO.

6.1.- Antecedentes.

6.2.- Planteamiento del problema.

6.3.- Objetivos.

6.4.- Metodología.

6.5.- Resultados.

6.6.- Conclusiones.

CAPITULO VII.- RECOMENDACIONES. (PROPUESTAS).

CAPITULO VIII.- BIBLIOGRAFÍA.

I N T R O D U C C I O N

El envejecimiento de la población a nivel mundial es un fenómeno ampliamente documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento de las cifras absolutas y relativas de ésta población.

Así el estudio de sus características biopsicosociales, adquieren cada vez mayor importancia.

la población Latinoamericana presenta una marcada tendencia al envejecimiento, del cual México no es la excepción ya que es una sociedad de desarrollo intermedio con una estructura poblacional joven, que subyace simultaneamente con la existencia de un proceso de envejecimiento, que tiene una alta condición de heterogeneidad, e impone un desafío en la elaboración de planes, aunado al hecho de que las personas están viviendo cada vez mas años, dadas las mejoras en el nivel de vida, lo que constituye mas que un simple avance demográfico, un reto a nivel nacional e institucional, para las políticas de población, planeación social y el desarrollo de adecuados programas de seguridad social, ya que las demandas de los ancianos se incrementan, así como sus requerimientos de cuidado y soporte.

El presente trabajo fue realizado con el fin de tener un acercamiento de la situación biopsicosocial de personas de 60 años y mas de la Armada de México, con el fin de conocer sus necesidades y hacer algunas recomendaciones para el adecuado manejo de ésta población de acuerdo a la problemática encontrada en los diversos aspectos evaluados.

JUSTIFICACION

Los acelerados cambios demográficos que propician el envejecimiento de las poblaciones, motivan una serie de modificaciones que repercuten sobre la economía estructura familiar y las necesidades de atención sanitaria entre otras.

A mediados de 1990 el total de los habitantes en nuestro país era alrededor de 84 millones correspondiendo el 5.8% a personas de 60 años y más. Se espera que para el año 2025 la población mexicana sea de 137.5 millones de habitantes con una estructura por edad que refleje el envejecimiento de la población (Anuario demográfico 1995).

Las estadísticas del número total de viejos son poco significativas, lo que impresiona es la cantidad de individuos que requieren servicios médicos y sociales, en especial los dependientes y discapacitados.

En los países desarrollados el 5% de los viejos dependen de una institución, el 10% tiene problemas que les impiden realizar actividades de la vida diaria aún en su domicilio.

La autosuficiencia se va perdiendo con la edad, así alrededor de los 80 años el 50% son dependientes y en un gran número de casos a los problemas de salud física se agregan los mentales.

Para llegar al conocimiento de la problemática biopsicosocial del individuo de ésta edad es necesario contar con información esencial que nos permita la planeación de programas para mejorar el bienestar social de éste núcleo de población.

El crecimiento de la población de 60 años y más en la actualidad está exigiendo de la ciencia y de la sociedad un esfuerzo de aplicación de conocimientos básicos con el fin de lograr un incremento de su bienestar y la calidad de vida de éste sector de población.

En la Armada de México la población total derechohabiente

al servicio de atención médica en 1988 era de 183,708 elementos con un núcleo de personas de 60 años y mas de 14,413, lo cual representa el 7% aproximadamente del total de ésta población.

La institución cuenta con centros hospitalarios cabecera y de concentración en diversas partes de la República que dan cobertura de atención médica a la población derechohabiente.

En el Centro Médico Naval (hospital principal de concentración), se ha encontrado estadísticamente que existe mayor demanda de atención en todos los grupos de edad.

En la pirámide poblacional realizada en mayo de 1996 en dicho centro hospitalario se obtuvieron los siguientes datos: una población total atendida de 32,116 , con una población de personas de 60 años y más de 3713 que corresponde al 11.5% del total de ésta población (Depto. Bioest. Cen.Med.Nav.1996).

Por lo antes comentado se decide llevar a cabo el presente estudio con el fin de tener un acercamiento de la situación biopsicosocial de personas de 60 años y más en la Armada de México, que nos ofrece un panorama general de la problemática existente en éste grupo etareo.

CAPITULO I .- PROCESO DEMOGRAFICO DE ENVEJECIMIENTO SOCIAL Y COLECTIVO.

1.1.- ANTECEDENTES.

Desde el año 600 000 A.C. hasta el 6 000 A.C. no existía información directa sobre el tamaño y la distribución de la población humana en la tierra. Se presumen que no fue mayor de 12 millones (Sn. Martín y Pastor, 1990).

Del año 6 000 al 1650 D.C. el crecimiento de la población se hizo en forma más rápida debido al desarrollo de la agricultura a pesar de que la mortalidad la frenaba. Para el año 1650 D.C. se estimó que la población mundial era de 500 millones de habitantes (ibidem).

Para el periodo posterior a 1650 D.C., la población ha tenido un rápido incremento hasta la actualidad, lo cual se debe al mejoramiento del nivel de vida y a la disminución de la mortalidad por el progreso médico y sanitario (V. tabla 1).

Tabla 1.- Aumento global de la población humana por periodos.

ANO	Población (en miles de millones)	Número de años para doblar la población precedente.
1650	0.50	200
1850	1.10	80
1930	2.00	45
1975	4.00	35
2010	8.0	?

Las tendencias del incremento de la población humana son las siguientes:

a).- Ritmo de crecimiento.

Es diferente en las diversas sociedades humanas. Mientras unas crecen rápido, otras lo hacen lentamente y ésta diferencia está en relación inversa con el grado de desarrollo económico y social de cada una de ellas. Tal es el caso del crecimiento de la población global mundial desde el comienzo de ésta era, el cual ha sido progresivamente acelerado; observándose que el ritmo de crecimiento de las regiones desarrolladas varió de 1.3% en 1955 a 0.9% en 1980 y en las regiones en vías de desarrollo varió de 1.9% a 2.4% respectivamente (ibidem). (V. tabla 2).

Tabla 2.- Ritmo de crecimiento anual de la población mundial (%) Naciones Unidas 1980.

TIERRAS Y REGIONES	1950-55	1965-70	1975-80
Tierra total	1.7	1.9	2.0
Regiones desarrolladas	1.3.	0.9	0.9
Regiones en vias de desarrollo	1.9	2.3	2.4

b).- Envejecimiento de la población.

En los países desarrollados se observa un aumento en el porcentaje de población en las edades mayores de la vida; y esto es debido al descenso de la tasa de mortalidad y a la prolongación de la vida media que ha sido doblada durante el último siglo alcanzando cifras cercanas a 70 años y más, para el año 2 000 la esperanza de vida en el nacimiento en los países desarrollados se situará entre los 75 y los 80 años. En la actualidad la población total del mundo crece a una tasa anual de 1.7% mientras que la población de 60 años y más lo hace a 2.3% anual (OPS, 1992)

En España la esperanza de vida al nacer alcanza actualmente los 73 años para el hombre y 79 años para la mujer. El número de personas mayores de 65 años se sitúa alrededor del 13% y en otros países Europeos llega a 15-16% (A. Salgado, 1994). En el Reino Unido en la última década la esperanza de vida de los ancianos de más de 85 años a aumentado en 6 meses llegando a 4.6 años para los varones y a 5.6 años para las mujeres. (J.F. Macías, M.M. Maldonado, 1989). En México en 1990 la esperanza de vida para el hombre se calculó en 66.4 años y para la mujer en 73 años con una diferencia entre ambos sexos de 6.6 años. (An. Dem.1995).

c).- Urbanización de la población.

En todos los países en etapa de industrialización se observa la migración permanente de la población rural hacia ciudades donde se concentra el trabajo industrial. Los riesgos de la población en las zonas urbana y rurales son diferentes. Los problemas de salud y enfermedad también son distintos para éstos dos grupos de población.

Por otra parte la urbanización también ha producido cambios en la composición y en la economía de la población.

En cuanto a la natalidad la población rural muestra tasas de ésta más altas que la urbana; en cambio en las zonas industrializadas donde la competencia es más intensa, el aumento del número de hijos provoca dificultades económicas para la familia, por lo que es menor la tasa de natalidad.

d).- Cambios en la morbilidad y mortalidad.

Los cambios en la composición de la población especialmente en relación a la distribución por edades, condicionan cambios en la morbilidad. Por ésta razón en los países desarrollados las enfermedades crónicas y degenerativas (más frecuentes en las edades avanzadas), son las más importantes en el sentido de que enfermen y matan más a la población. Por ello, los problemas de salud y enfermedad del adulto y el anciano adquieren preponderancia sobre las otras edades.

e).- La industrialización.

En conjunto con la urbanización de la población el desarrollo económico y social, traen cambios de las poblaciones a través de influencias sobre la natalidad, morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, debido al mejoramiento del nivel de vida, estos factores van cambiando la estructura por edades de la población.

f).- Prolongación de la vida media.

Como consecuencia de todo lo anterior, se produce un mejoramiento de las expectativas de la vida y la prolongación de la vida media poblacional, lo cual influye, a su vez, en los factores anteriores.

1.2.- PROCESO DEMOGRAFICO DE ENVEJECIMIENTO EN LAS POBLACIONES HUMANAS.

Todas las poblaciones humanas del mundo están sometidas a un dilema, crecer o envejecer. En los últimos 200 años la prolongación de la vida de 30 a 70 años no ha contribuido al envejecimiento de la población, sino que se ha producido en la población mundial, un cierto rejuvenecimiento. Lo que ha sucedido es un descenso de la mortalidad, un aumento de la población pero no un real rejuvenecimiento de toda la población. Lo que ha provocado el envejecimiento de las poblaciones es el descenso de la natalidad y la fecundidad.

El descenso de la mortalidad (salud pública, medicina curativa eficaces), contribuye indirectamente al proceso de acumulación de personas mayores de 60 años.

Los factores que influyen en el envejecimiento de la población se resumen a continuación y en orden de importancia:

1.- El declinamiento de la fertilidad de la población. Es la principal causa en el envejecimiento de la población que incide en la menor participación de los grupos jóvenes en la población

total.

2.- Disminución de la mortalidad. que aumenta las expectativas de vida de los contingentes jóvenes y adultos.

3.- El proceso de urbanización. Que en su dinámica favorece la concentración de la población adulta mayor en el centro de las comunas y tiende a dispersar la población joven y adulta activa hacia la periferia de las ciudades (como en algunos países: en particular Rep. de Chile) (Est. de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años en Chile, 1987).

Las expectativas de la vida media de la población humana han mejorado notablemente con el avance de la civilización. No ha habido extensión de la longevidad per sí una extensión de las probabilidades de vida para toda la población. Los factores que han producido la extensión de la vida son varios:

- * Disminución progresiva y rápida de la mortalidad general, particularmente de la infantil, debido al mejor nivel de vida de las poblaciones y el progreso médico sanitario.
- * Saneamiento progresivo del ambiente de vida del hombre.
- * Eliminación o control de las antiguas epidemias de enfermedades infecciosas altamente mortales.
- * Mejoramiento progresivo del nivel de vida de la población humana.
- * Extensión progresiva de la educación general y educación para la salud.
- * Eliminación y control de grandes hambrunas de la antigüedad mejoramiento de la calidad de alimentación.
- * Progreso científico, específicamente en las ciencias de la salud.
- * Mejoramiento de las condiciones de trabajo.
- * Extensión de la protección médico-sanitaria (seguros sociales).
- * Cambio paulatino de modos de vida y de las actitudes y comportamientos de la población frente a la salud, enfermedad y la muerte.

En términos generales, el envejecimiento de la población en la perspectiva se produce cuando los contingentes adultos mayores de 60 años crecen a un ritmo superior de la población total, y éste fenómeno de envejecimiento es típicamente moderno.

1.3.- EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO.

El envejecimiento de la población produce efectos que se hacen sentir en diversos dominios de la sociedad: economía, planificación social en la vida política, en la vida social total.

Los jóvenes y viejos dependen mayoritariamente de la productividad de la población activa, dependencia que se establece a través de los servicios de seguros sociales que son financiados por los impuestos correspondientes. En los países europeos, la sociedad parece encontrarse en los límites de su capacidad económica para financiarlos. Tal es el caso de Francia, Inglaterra, Holanda, y los países Escandinavos, que mantienen seguros sociales tan abundantes y generosos que viven en crisis financieras a pesar de lo alto de las cotizaciones.

La dependencia económica de jóvenes y viejos es un constante problema, ya que éstos grupos consumen más de lo que producen.

El trabajo de los activos es lo que les permite vivir en la sociedad. La solución económica es clara en las poblaciones estables, sin embargo las poblaciones actuales no son estables por su rápida evolución material y tecnológica que modifica el proceso demográfico hacia el envejecimiento de las poblaciones. La relación entre viejos y activos se altera en favor de los viejos por el descenso de la natalidad, el equilibrio financiero de la asistencia social también se altera.

El problema se complica por las crisis económicas mundiales y por el avance tecnológico que producen desempleo.

Una de las medidas que se adoptan en éstos caos es la jubilación anticipada y obligatoria. La jubilación es la eliminación del individuo de la vida activa social. El paso brusco a la inactividad, no es compensable con ningún beneficio que se ofresca engañosamente, en realidad, afecta mucho mas de lo que se piensa a los individuos obligados a someterse a la jubilación porque va acompañada de un descenso del nivel de vida y de una entrada a la soledad social y mental. Se ha demostrado la frustración, el estrés, la enfermedad y la muerte prematura de las personas excluidas del trabajo y de la vida social activa por éstos mecanismos. (San Martín y Pastor 1990).

1.4.- DATOS DEMOGRAFICOS.

La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982 estableció que los 60 años constituyen el límite inferior de la etapa del envejecimiento.

La población total del mundo crece a una tasa de 1.7% anual. La mayor parte de éste aumento se produce en los países en desarrollo, donde la tasa de crecimiento de las personas de 60 años y más es unas tres veces más alta que en los

desarrollados.

La población total en el mundo para el año 1975 registró 4033308 millones de habitantes de los cuales 343151 millones tenían más de 60 años de edad; para el año 2 000 se calcula una población mundial de 6199361 millones y los mayores de 60 años serán 579995 millones, ésta cifra representa un incremento de casi un 10% correspondiente al 11.3% de la población mundial de viejos (Lozano, A. 1992).

En América Latina y el Caribe las cifras estimadas para la población total en el año 1980, ésta subregión tenía 363.7 millones de habitantes, 23.3 millones (6.4%) eran de personas de más de 60 años. Se calcula que para el 2 000 la cifra se elevará a 565.7 millones, de los cuales 41 millones (7.2%) serán de personas mayores de 60 años. Estas proyecciones para el año 2025 se calculan en un número total de habitantes de 865.2 millones de los cuales los mayores de 60 años serán 93.3 millones (10.8%) de la población total.

En la actualidad la población de 60 años y más supera el 10% en cuatro países de América Latina y el Caribe: Uruguay (cerca del 16%), Argentina (cerca del 13%), Barbados (más del 12%) y Cuba (cerca del 11%). En la mayoría de los países de la región, la población en edad de jubilarse, está creciendo más rápidamente que la población en edad de trabajar, situación que presenta dificultades en relación con la carga económica que ello significa (OPS, 1992).

Lo anterior concluye que América Latina y el Caribe experimentarán en el futuro cercano un marcado aumento del número total de habitantes, con una proporción cada vez mayor de los de 60 años y mas. Este proceso de envejecimiento de la población será acompañado por una franca disminución de las tasas brutas de natalidad y por un aumento manifiesto de la esperanza de vida.

En Estados Unidos de América, el número de personas de 65 años y más en 1988 constituía el 12.4% de la población y se calcula que esa proporción aumentará el 14% en el año 2010 y llegará al 22% en el 2030 (OPS, 1992).

Las consecuencias que éstos cambios demográficos impondrán a la atención de los ancianos, especialmente en aquellos países con recursos económicos limitados, son enormes, e involucrarán además, dilemas de tipo social, económico, médico y ético que no pueden ser ignorados. De confirmarse las tendencias actuales, la proporción económicamente dependiente se aumentará en forma considerable en todos los países. El peso que ese aumento tendrá sobre el sector de la población tradicionalmente denominada productiva (el comprendido entre los 15 y 59 años) será muy significativo.

En México el acelerado crecimiento poblacional ha ido disminuyendo a partir de 1970, cuando alcanzó 48.2 millones de habitantes, dicha disminución se ha visto favorecida por la disminución de la mortalidad y fecundidad. Se prevé que para el año 2025 se sigan teniendo incrementos positivos (137.48 millones de habitantes en ése año). Los cambios en los componentes demográficos incidirán en la estructura por edad y sexo de la población. Se estima que a mediados de 1990 llegó alrededor

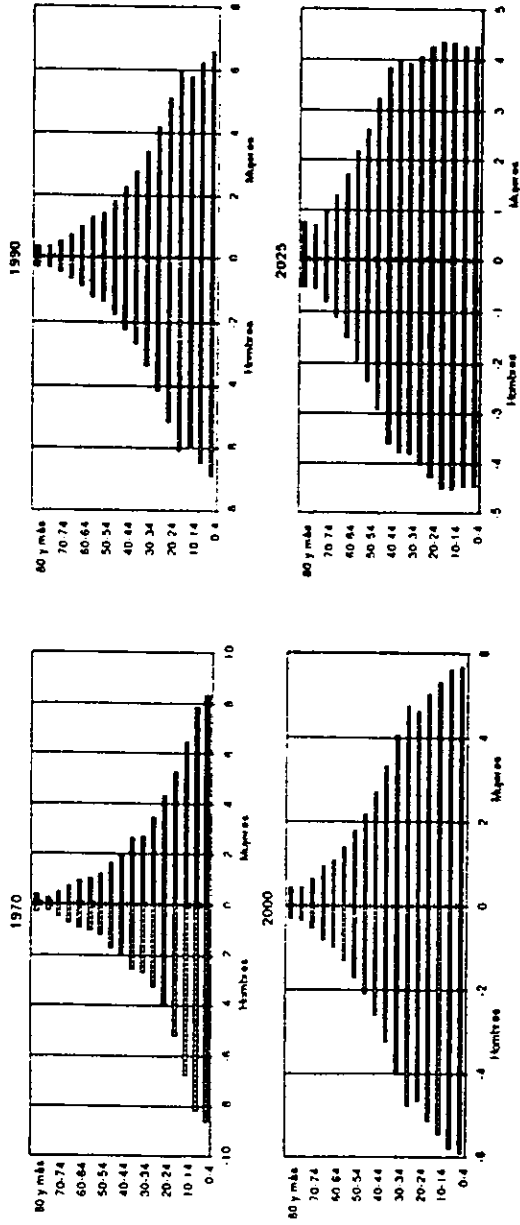
de 84 millones de habitantes (49.9% de hombres y 50.1% mujeres), con una estructura fundamentalmente joven como lo muestra la composición por grupos de edad:

38.3%	del total.....	menor de 15 años
37.4%	entre	15 y 34 años
20.8%	de	35 a 64 años
4.2%	de	65 años y más

Esta estructura presenta una forma piramidal típica de una población joven (An. Dem. 1995). Destaca que los menores de 15 años han disminuido en contraste con décadas anteriores como efecto de la disminución de la fecundidad, y el mayor peso porcentual de la población adulta, iniciándose un proceso de envejecimiento.

Para los siguientes años, se espera una variante de fecundidad baja y el incremento en la esperanza de vida, y que para el 2025 la población Mexicana sea de 137.5 millones de habitantes con una estructura por edad que refleje el envejecimiento de la población, adquiriendo la forma piramidal de barril. Se estima que la población menor de 15 años represente solo el 23%, la de 15 a 34 años sea de 31.5%, la de 35 a 64 años sea de 36.9% y la mayor de 65 años sea de 9.3% (An. Dem. 1995). (V. fig.- 1,2,3,4).

ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO
EVOLUCIÓN DE LOS GRUPOS QUINQUENALES POR EDAD Y SEXO, 1970, 1990, 2000 Y 2025



De la vejez es, sin duda, de lo que tenemos una visión más abstracta, en comparación con otras edades.

González Aragón menciona "El problema de la vejez es algo que se está convirtiendo en uno de los aspectos de mayor importancia para un futuro que concierne a toda población mundial". (Gonzalez ,J. 1994).

El envejecimiento de una población es un fenómeno diferente en su mecanismo y en su significación, al envejecimiento del organismo individual (longevidad o senescencia). El primero es reversible y el segundo es hasta hoy irreversible.

El envejecimiento humano es un proceso de cambios que se producen no solo en el individuo, sino que afectan al conjunto social en que vive. El grado de envejecimiento de una sociedad está íntimamente ligado con el grado de desarrollo, (ibidem).

El envejecimiento humano es el resultado de una compleja asociación de interacciones estructurales y funcionales entre lo biológico, lo mental y lo socio-ambiental.

La característica principal del envejecimiento individual en el mundo animal, incluyendo al hombre, es la pérdida progresiva de su capacidad de adaptación a todas las situaciones ecológicas corrientes en la vida social humana. Este envejecimiento no se presenta en forma homogénea, sino diferente.

Por una parte, el envejecimiento humano tiene características generales comunes, por otra parte existe una gran variación en la forma en que se presenta el proceso en cada individuo. Ello se debe a que el fenómeno es al mismo tiempo individual y social.

El envejecimiento individual del organismo humano, se refiere a los cambios que tienen lugar en el organismo y que son características de personas de edad avanzada; éstos cambios son de tipo estructural (molecular, celular, tisular y orgánico), y funcional (orgánico y psíquico) de declinamiento de capacidades normales en los individuos de la especie, medibles clínicamente. Conocido también como envejecimiento biológico.

El envejecimiento social del individuo a través de las fases o periodos del ciclo vital que culminan en la senescencia con la inactividad, el retiro del trabajo y el aislamiento social del anciano.

Esta distinción entre las dos formas de envejecimiento es útil, por otra parte, porque mientras que es relativamente poco lo que se puede hacer contra el envejecimiento biológico, mucho es posible contra el envejecimiento sociogénico.

2.1.- IMPORTANCIA DE LA LONGEVIDAD-CALIDAD DE VIDA.

LONGEVIDAD: Se refiere a la existencia de la vida en cada individuo. La longevidad potencial del hombre se calcula en relación al periodo de desarrollo máximo del individuo, entre 120 a 130 años con un máximo de hasta 150 años. El hombre difícilmente logra hoy día vivir 100 años aún en países más desarrollados y más protegidos por la medicina y la prevención. El envejecimiento comienza tan pronto como el organismo alcanza su madurez completa, es decir, alrededor de los 25 a 30 años, un poco antes en el hombre que en la mujer. Por lo anterior, los problemas de envejecimiento prematuro y de salud en los ancianos deben abordarse más en términos de "calidad de vida" y de "bienestar social".

CALIDAD DE VIDA: Se entiende por calidad de vida a todos los elementos que condicionan, objetiva y subjetivamente la situación de bienestar social que se funda en la experiencia individual y colectiva de la población frente a la vida social.

La calidad de vida de un individuo se concibe como la relación global que él establece entre los estímulos negativos (adversos, desagradables, etc.), en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y con el ambiente total en que vive, en el ejercicio de los valores sociales.

Los elementos que constituyen el proceso de calidad de vida se agrupan en:

1.- Elementos objetivos y materiales necesarios e indispensables para la vida del hombre: necesidades humanas fundamentales o prioritarias, necesidades secundarias, otras necesidades como aspiraciones, forma como se determinan las necesidades en la comunidad o en la sociedad.

2.- Formas en que se distribuyen en la sociedad los elementos que satisfacen las necesidades, existencia o no de desigualdades sociales y económicas.

3.- Sistemas de valores culturales que coexisten en la misma sociedad, interrelaciones entre las no culturales existentes.

4.- Valores y bienes inmateriales necesarios para el desarrollo mental e intelectual del individuo, sistemas educativos y socialización.

5.- Forma y elementos que relacionan el bienestar individual, familiar y social con los sistemas sociales de producción de bienes y servicios materiales e inmateriales que se ofrecen a la sociedad, limitaciones y accesibilidad.

6.- Elementos subjetivos que mediatizan la percepción de los valores y de los elementos que conforman la calidad de vida, la cual, a su vez, condiciona los sentimientos de satisfacción y de bienestar social e individual.

La ONU reconoce la importancia de la longevidad ligada a la calidad de vida y menciona: los viejos deben, en la medida de lo posible disfrutar en el seno de sus familias y la comunidad, de una vida plena y saludable, segura y satisfactoria como parte integrante de una sociedad (Gonzalez J. 1994).

En la Cd. de Viena Austria, se celebró una Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, en agosto de 1982, dando como resultado un Plan de Acción Internacional que da a los gobiernos recomendaciones específicas sobre salud, vivienda, familia, bienestar social, economía y educación.

El Plan de Acción considera a los viejos como el primer recurso para la creación de una sociedad integrada, y al gobierno como responsable del bienestar socioeconómico trabajando todos en forma integrada (ibidem).

En resumen: la satisfacción de las necesidades de la especie humana es la que condiciona la calidad de vida y ésta a su vez el bienestar social, el cual es la satisfacción global de los individuos y de la sociedad, en su conjunto.

2.2.- NECESIDADES DE LOS ANCIANOS.

Existe una variedad de necesidades en el ser humano y a cada tipo corresponde una tendencia que busca aliviar la tensión, a través de la satisfacción de la necesidad para alcanzar el bienestar físico, mental y social.

En las sociedades humanas, la existencia de clases sociales, implica la existencia a su vez de necesidades diferentes para los diversos grupos.

Las necesidades básicas de las sociedades humanas emergen de las demandas que hacen los grupos y clases sociales para subsistir, para trabajar, para desarrollarse como seres culturales, sociales y psíquicos.

En todas la etapas de la vida existen necesidades que son elementales. De acuerdo con la teoría de Maslow, la vida del hombre desde su concepción hasta la muerte significa una constante satisfacción de cinco tipos de necesidades: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de estimación y de autorrealización, necesidades que van cambiando con la edad, dinámica familiar y social. Las necesidades son factores de motivación su conocimiento detección y satisfacción dependen de la comunicación.

Las necesidades fisiológicas son las más amplias e indispensable su satisfacción para mantener adecuadamente la vida del adulto mayor y éstas son: comer, dormir, respirar, conservar la propia temperatura y contar con protección contra

16
el ambiente físico. En la satisfacción de éstas necesidades la familia tiene una función primordial. La no satisfacción de éstas da lugar a problemas sociales, económicos y de salud.

Las necesidades de seguridad se refieren a la pérdida de la confianza en sí mismo, abarca aspectos emocionales, sociales y económicos. El adulto mayor tiene preocupaciones relacionadas con enfermedades que le afectan, angustias en cuanto a la cercanía de la muerte, a las pérdidas y separaciones de los seres queridos, tiene miedo de sufrir mal tratos, humillaciones, robos, abandono, abusos, homicidios. El aspecto económico genera temores, se relaciona con ingresos y pensiones bajas y al pago elevado de servicios médicos. La familia puede ser un medio importante para evitar las citadas preocupaciones.

Las necesidades de pertenencia o arraigo social del hombre se logran cuando se identifica con su grupo familiar dando y recibiendo genuinamente afecto, cariño y amistad, evitando soledad.

La satisfacción de las necesidades de estimación tiene dos móviles: por un lado las personas mayores necesitan sentirse importantes, trascendentes, útiles, y por otro lado, deben recibir del núcleo familiar respeto, reconocimiento y estímulos.

La necesidad de autorrealización o autosatisfacción es un fenómeno personal y depende más del propio envejecimiento que del medio social, sin embargo se puede favorecer a través de la familia (CISS, CIESS, 1997).

2.3.- SALUD ORGANICA - MENTAL - SOCIAL.

El estado natural normal para todo organismo vivo implica el funcionamiento correcto de las estructuras orgánicas y psíquicas en el proceso de la vida. Si el organismo vivo no estuviera expuesto a riesgos de enfermar, una proporción alta de la población humana llegaría a vivir la longevidad máxima (genética) y el resto moriría antes a causa de accidentes fatales.

La salud orgánica tal como la salud mental se originan integradamente a través del proceso social de satisfacción de las necesidades esenciales y concretas de la especie humana. Este proceso es competitivo y desigual en las sociedades humanas a consecuencia de las desigualdades sociales y muy marcadas frente a la salud, la enfermedad y la muerte entre las clases sociales (San Martín y Pastor, 1990).

Las intervenciones de salud en relación con el envejecimiento tienen por objeto que los ancianos disfruten de funcionamiento óptimo y calidad de vida, y que se retrase la muerte cuanto sea posible. El objeto es que a los años se les añada vida, fomentando el apoyo y la integración familiar y social de los ancianos, manteniendo y mejorando su capacidad funcional, física y mental, procurando evitar enfermedades y asegurando el cuidado de los enfermos.

CAPITULO III .- ENVEJECIMIENTO Y SALUD.

3.1.- CAMBIOS BIOLÓGICOS PRODUCIDOS POR EL ENVEJECIMIENTO.

Muchas funciones fisiológicas pasan por etapas de crecimiento, maduración y mejoría. En algunos casos todas las funciones son afectadas por el proceso de envejecimiento. Por ejemplo, la función del sistema inmunológico comienza a declinar al inicio de la edad adulta y las deficiencias marcadas se producen hasta los 75 - 80 años. En la actualidad se acepta que en la mayoría de las personas se manifiestan las alteraciones que influyen marcadamente en su funcionamiento físico, intelectual o social hasta que pasan de los 80 años.

Entre los cambios asociados con la edad están la reducción en el número de células tales como las nerviosas, las musculares que son capaces de reproducirse, y la pérdida de elasticidad del tejido conectivo. También se produce una disminución generalizada de la eficiencia de los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, nervioso endócrino y urinario.

Se ha demostrado que los ancianos pueden desempeñarse intelectualmente a la par que los adultos jóvenes. Aún cuando la velocidad de respuesta para muchas funciones nerviosas disminuye con la edad, esto no necesariamente se traduce en alteraciones marcadas, a menos que vayan acompañadas por procesos de enfermedad. Con el aumento de la edad. Los procesos motores, cognoscitivos y sensoriales se hacen mas lentos, sin embargo, la motivación y la práctica hacen que las personas de edad se desempeñen con eficiencia.

Por otra parte, las manifestaciones de la inteligencia que resultan de la educación, la experiencia y el desarrollo cultural, mejoran con la edad y normalmente las personas de edad no manifiestan una disminución de la capacidad para resolver problemas y pueden continuar aprendiendo con eficiencia.

Es importante mencionar que el envejecimiento es parte inevitable del proceso de crecimiento, desarrollo y maduración del organismo y que el estado de salud también tiene que ver con factores tales como saneamiento, nutrición adecuada, vivienda confortable, nivel de ingreso y nivel educacional. En éste sentido se ha demostrado que los pobres y marginados manifiestan mayores tasas de discapacidad y enfermedades agudas y crónicas a lo largo de sus vidas y vejez.

Es importante distinguir los cambios debidos a la edad de aquellos que se deben a procesos patológicos. Muchos cambios que actualmente se cree que son producidos por la edad pueden ser secundarios a una multiplicidad de factores sobre los que se podría actuar.

3.2.- NUTRICION.

Una amplia gama de factores influyen en la calidad de la alimentación de los ancianos, tales como creencias y prácticas culturales, edad, estado de interacción social, grado de movilidad física, situación económica y estado de salud.

Las necesidades calóricas disminuyen con la edad, pero las necesidades de nutrientes son similares a las de la adultés. El comer una dieta bien balanceada, junto con la mayor actividad física posible para cada individuo, contribuirán al mantenimiento de un peso y estado nutricional adecuados, lo que redundará en un mejor estado de salud y aumento de la esperanza de vida.

Una dieta sana debe contener cantidades adecuadas de todos los nutrientes: hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas, minerales, líquidos.

Es muy conocido en varios países la deficiente alimentación de los ancianos que viven solos (Moragas, 1995).

La familia es un apoyo necesario en la vejez y vivir en su entorno es fuente de bienestar.

En la ancianidad las necesidades fisiológicas de alimentación son muy importantes y las comidas en familia mantienen la calidad de la dieta que con frecuencia falta cuando se vive solo. La relación del anciano con su familia propicia su salud física por el control de la calidad y regularidad de su alimentación.

En forma general se pueden establecer ciertos principios para conformar una dieta adecuada. Ellos son;

- * Comer comidas variadas, incluyendo frutas y vegetales frescos.
 - * Evitar exceso de grasas, condimentos, colesterol y limitar las comidas fritas.
 - * Consumir alimentos en cantidades adecuadas de fibras, cereales y leguminosas.
 - * Evitar el consumo excesivo de azúcar.
 - * Evitar el exceso de sal.
 - * Consumir cantidades adecuadas de líquidos, debido a la tendencia a la deshidratación en los ancianos.
 - * Si se bebe alcohol, hacerlo con moderación.
- (OPS, 1992).

3.3.- PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA.

Los problemas de los ancianos son diferentes en todos los países del mundo.. Según el análisis de 34 países de la región de las Américas entre las causas de mortalidad más frecuentes en los ancianos de 60 años y más se encuentran las siguientes en orden de importancia: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus,

influenza, neumonía y accidentes. (OPS, 1992).

19

En cuanto a morbilidad se refiere en un estudio realizado en Costa Rica en 1985 sobre morbilidad en personas de 60 años y más se demostró que el promedio de consultas médicas anuales por habitante aumentó con la edad, siendo tres veces más altas en mayores de 70 años. En relación a las enfermedades más frecuentes como causa de consulta médica en los ancianos, son las de tipo degenerativo, las que mayores cronicidades y discapacidades originan y fueron: enfermedades del aparato circulatorio (23.1%), del sistema osteomuscular y tejido conectivo (13.2%), las relacionadas con la nutrición, las glándulas endócrinas y el metabolismo (10%) (OPS, 1992).

De las causas de hospitalización en el mismo estudio, se encontró que en los hombres las más frecuentes fueron: la enfermedad isquémica del corazón, hiperplasia prostática y obstrucción de las vías respiratorias crónica (EPOC). En las mujeres fueron: diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón y la obstrucción crónica de las vías respiratorias (EPOC) (OPS, 1992).

Las enfermedades relacionadas con la edad y el envejecimiento se dividen en dos grupos: las dependientes de la edad y las relacionadas con la edad:

* Las dependientes de la edad son aquellas cuya patogénesis está directamente relacionada con el envejecimiento: las más comunes de éste grupo son: las enfermedades cardíacas, enfermedad de alzheimer, enfermedad de parkinson, diverticulosis depresión, osteoporosis, fracturas de cadera, constipación, e incontinencia. El riesgo de sufrir éstas enfermedades se incrementa con la edad. debido a la mayor longevidad de las mujeres, éste grupo de enfermedades muestra una clara preponderancia femenina.

* Las enfermedades relacionadas con la edad se presentan en determinado periodo de la vida. Estas enfermedades o alteraciones tienen una relación temporal con el huésped. De éstas enfermedades se pueden mencionar algunas: esclerosis múltiple, esquizofrenia, úlcera periférica, gota, CUCI, hemorroides y alcoholismo.

A los padecimientos mencionados se añade por su frecuencia problemas bucodentales y fracturas a consecuencia de caídas. La mayoría de los mayores de 65 años padece por lo menos una enfermedad crónica y muchas veces de varias. Las más frecuentes son artritis, hipertensión arterial, sordera, diabetes mellitus, alteraciones visuales. (OPS, 1992).

3.4.- OTROS PROBLEMAS PREVALENTES QUE AFECTAN LA VIDA COTIDIANA DEL ANCIANO.

La medicación en los ancianos plantea problemas y muchas veces, los fármacos interactúan de manera compleja. La morbilidad múltiple de los ancianos les obliga a consumir mas medicamentos

que a las personas jóvenes, provocando mayor riesgo de sufrir ²⁰ reacciones adversas nocivas. Como consecuencia de la confusión originada por el uso de varios medicamentos, frecuentemente el anciano no cumple los regímenes farmacológicos y su administración, a la cual se agregan fallas en la memoria, la menor agudeza visual, y la disminución de las destrezas manuales. La pérdida de la capacidad de reserva y la reducción del control homeostático aumentan aún más la vulnerabilidad de los ancianos a los fármacos. (PAMI, 1993).

Con respecto a la autosuficiencia y la independencia del anciano en una encuesta realizada por 13 países voluntarios latinos y Help Age Internacional arroja los siguientes resultados: entre el 50 y 75% de la población entrevistada vivía en hogares multigeneracionales, la población que vivía sola, varió de un país a otro, usualmente fue de algo mayor a 10% y aumentó con la edad.

La mayoría de ancianos expresó que alguien le ayudaba cuando era necesario con las tareas domésticas y las actividades de la vida diaria. En los hombres de 75 años y más y en las mujeres de todas las edades los hijos constituían el principal apoyo.

En cuanto a capacidad funcional la mayoría de las personas ancianas eran independientes y activas. Mas del 90% de entrevistados menores de 80 años podían comer, vestirse y bañarse por sí mismos, peinarse, entrar y salir de la cama, eran continentes, tomaban sus propias medicinas y caminaban sobre una superficie plana sin ayuda, Cerca del 10% de ésta población requiere ayuda en tareas esenciales para la independencia en la casa.

La prevalencia de discapacidades aumenta con la edad y la población de 80 años y mas, sin embargo su gran mayoría aún es capaz de realizar tareas que requiere una vida independiente. La proporción de ésta población que requiere ayuda en tareas esenciales para la independencia en la casa es de 20-25%.

En cuanto a percepción de dificultades principales en ésta encuesta dominaron dos problemas: los económicos y los de salud. Los ancianos más jóvenes (60-70 años) identificaron los problemas económicos como los principales. En las edades subsiguientes los problemas de salud pasaron a ser los principales (PAMI, 1993).

En cuanto al anciano de alto riesgo (aquel que presenta una serie de condiciones sociales, médicas o ambas que ponen en peligro su vida o su independencia, tales como: aislamiento, edad avanzada, sexo femenino, situación económica por debajo del nivel de pobreza, enfermedad crónica, discapacidad física o mental, ausencia de casa propia o de familiares inmediatos y residencia en instituciones de larga estancia), constituyen una preocupación constante dentro de los programas de atención a los ancianos en todos los países del mundo (PAMI, 1993).

Los problemas de salud mental son fuente de temores y además concepciones equivocadas sobre su origen, tratamiento y consecuencias y sobre el efecto que pueden tener en los enfermos. En muchos casos lo que se requiere para superarlos no es atención médica permanente y costosa, sino adecuar los sistemas de apoyo familiar y social.

Los problemas en la esfera de la salud mental que son prioritarios en los ancianos son: la depresión, las demencias y los problemas relacionados con consumo en exceso de alcohol y de medicamentos.

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes entre las personas de edad avanzada, en sus formas más benignas puede no ser aparente o puede presentarse con formas atípicas como: pérdida de peso, trastornos de conducta, dolores persistentes, y consumo excesivo de alcohol y medicamentos. En algunos casos, la depresión puede ser provocada por medicamentos a los cuales el metabolismo de los ancianos es especialmente susceptible. La depresión puede ser causada por una variedad de factores que conllevan algún tipo de pérdida para las personas, ya sea problemas orgánicos o funcionales, o por estrés social o ambiental. Los cuadros de depresión están muchas veces asociados con la soledad, la tristeza y las preocupaciones económicas. El potencial de la depresión puede llevar al suicidio a las personas de cualquier edad (especialmente a los ancianos), exige prestarle atención especial.

Otro tipo importante de enfermedad mental son las demencias. Estas enfermedades se caracterizan por la pérdida progresiva de facultades mentales como la memoria, la atención y capacidad de aprendizaje.

Una de las demencias más frecuentes es la de tipo alzheimer. Su comienzo es lento y gradual, y su curso es de un deterioro progresivo.

Otro tipo de demencias presentan síntomas similares a la enfermedad de alzheimer, por lo que el diagnóstico correcto es importante, debido a que otros trastornos pueden ser reversibles o curables, lo que no ocurre con ésta enfermedad. La demencia es cada vez más frecuente, en los Estados Unidos de Norteamérica, 2.5 millones de personas lo padecen, número que se quintuplicará para el año 2040. Es la 4a. causa de muerte en las personas de 65 años y más en ese país.

El consumo en exceso de alcohol y medicamentos es otro problema. A medida que se envejece se produce en el organismo una serie de cambios que alteran la forma en que se reacciona a la ingesta de alcohol y de distintos medicamentos; éstos cambios se relacionan con modificaciones de la función del hígado, riñones, cerebro, sistemas cardiovascular y gastrointestinal.

El consumo excesivo y prolongado de alcohol da lugar a una amplia gama de efectos negativos tales como: hipertensión

arterial, aumento de la mortalidad por accidente cerebrovascular y arritmias cardiacas. El consumo prolongado también puede dar lugar a deterioro intelectual.

Cuando se consume al mismo tiempo alcohol y medicamentos como antibióticos, tranquilizantes, antialérgicos, antidepresivos o analgésicos, sus efectos negativos pueden potenciarse y convertirse en dosis tóxicas.

Es particularmente preocupante en los ancianos el consumo excesivo de medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central como los tranquilizantes, antipsicóticos, sedantes e hipnóticos. La interacción entre éstos puede conducir a la pérdida de la memoria, mareos, confusión mental e incontinencia. Es importante también mencionar que el consumo de tabaco, tiene efectos negativos sobre la salud, especialmente al aumentar la incidencia y empeorar la evolución de enfermedades cardiovasculares y pulmonares (PAMI, 1993).

CAPITULO IV .- ASPECTOS PSICOSOCIALES.

4.1.- PROCESOS PSICOLOGICOS Y ENVEJECIMIENTO.

INTELIGENCIA: En estudios longitudinales realizados por Schaie y Willis efectuados en personas de 25 a 81 años se ha encontrado que la inteligencia se incrementa hasta pasados los 30 años e inicio de los 40 años, posteriormente se produce un periodo estable hasta mediados de los 50 años o inicio de los 60 años. Luego se produce un ligero decremento entre los 53 y 60 años. Este decline es mas observable en comprensión numérica y en fluidez verbal. Posterior a la edad de 60 años se observó un decremento. En general, la disminución de las habilidades intelectuales hasta los 60 años fue muy leve, hasta los 74 años menos del 30% de los sujetos mostró decline de las mismas; y los individuos de 81 años entre el 30% y 40% mostraron ligera declinación.

Muchos autores asumen que la inteligencia es producto de dos clases de habilidades: La inteligencia fluidas y la cristalizada.

La inteligencia fluida representa la forma de resolver problemas nuevos. La cristalizada es la que aplica a la situación presente, la acumulación de experiencias anteriores.. La inteligencia fluida disminuye con la edad, mientras que la cristalizada, la cual está ligada al cúmulo de experiencia del sujeto, aumenta con los años. La disminución de la inteligencia fluida está ligada a ciertas dimensiones neuropsicológicas subyacentes y éstas se hallan determinadas por la genética. La inteligencia cristalizada se encuentra intimamente ligada a la experiencia, la que a su vez se relaciona estrechamente, no solo al tiempo vivido, sino también con las ventajas que el individuo haya podido extraer.

Estudios más recientes de tipo longitudinal ponen de manifiesto que los niveles intelectuales pueden mantenerse estables con el aumento de la edad y hacen énfasis en la importancia de los factores ambientales o en las variables generacionales.

Entre las variables que pueden causar deterioro en la inteligencia son: mal estado de salud, mala nutrición, aislamiento social, desventajas económicas, educación limitada, baja motivación, mayor estrés o vivir en ambientes intelectuales pobres.

De acuerdo a lo anterior los resultados parecen mostrar que el envejecimiento natural no necesariamente significa decline cognitivo y, además, que las personas que logran conservar su salud pueden esperar pequeños cambios sustanciales en su funcionamiento intelectual. Por otra parte en la investigación empírica de Schaie sobre la intervención cognitiva ha sido exitosa y esperanzada ya que ha mostrado que el decline en la vejez no es irreversible, además de que puede ser factible el

poder formalizar estrategias de intervención.

APRENDIZAJE Y MEMORIA. Stokes en estudios realizados en 1992 encontró que los viejos no aprenden igual que los adultos jóvenes y que es posible que la cantidad y calidad de aprendizaje original tengan que ver con el olvido, por lo que cuando a los ancianos se le da más estrategias para poder retener lo aprendido, se encuentran los mismos por cientos de olvido en los jóvenes.

En el anciano la memoria inmediata (hechos recientes) es la que más se deteriora y la memoria a largo plazo se conserva (pasado mas lejano).

Se afirma que la pérdida de la memoria inmediata se debe a falta de interés por la realidad actual. En cuanto a dificultades observadas en la memoria a largo plazo éstas pueden deberse a fallas en la adquisición o traspaso de material de un sistema a otro, o también a fallas en la recuperación de información almacenada.

En forma general se considera que las diferencias en la memoria de los ancianos pueden ser atenuadas cuando se les ayuda a usar claves o estrategias para la mediación, organización o recuperación de la información.

SABIDURIA Y CREATIVIDAD. Sabiduría se ha definido como visión, capacidad de reflexión, perspectiva amplia y significativa de la vida, capacidad de aplicar el conocimiento acumulado y también como la adquisición de insight. Sin embargo la sabiduría no está garantizada por el hecho de envejecer.

La creatividad medible en cuanto a productividad y calidad de ésta, observándose que la declinación de ésta en la vejez no es universal, por lo que si existen razones que limiten la creatividad en la vejez éstas pueden deberse: a salud pobre o alguna discapacidad física y que se conservan hasta la vejez aquellas que son importantes para las personas.

Stokes (1992) refiere que la creatividad y productividad en la vejez no solo se debe a una buena salud sino también a una apreciación y reconocimiento por parte de las personas del entorno, lo que ayuda a que el anciano pueda continuar conservando su talento y seguir haciendo contribuciones importantes para la familia como para la vida comunitaria.

PERSONALIDAD. Referente a la personalidad de los viejos y la adaptación a la vejez, algunos autores han descrito un perfil en el que se les adjudican diversos rasgos positivos y rasgos negativos. De los rasgos positivos destacan: el egoísmo sensiblería, autoritarismo, rechazo social, tendencias al aislamiento y pasividad. De los rasgos positivos están: la prudencia, la reflexión, y la serenidad.

Por lo general en las personas sanas adaptadas, la personalidad tiende a permanecer estable durante toda la vida.

SALUD MENTAL Y ENVEJECIMIENTO. La OMS considera a la salud como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social.

La salud mental es una de las piedras angulares de los

proceso de salud en general. La enfermedad es un proceso morboso en que interactúan los factores psicológicos, sociales y físicos.

En el anciano las interacciones sociales son importantes ya que es un ser sumamente dependiente de las relaciones de su medio ambiente.

La salud mental en la vejez en general no muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres. En estudios realizados por algunos autores se encontró que la vulnerabilidad a los desordenes afectivos tanto en hombres como en mujeres están en relación a una identidad frágil.

En cuanto al funcionamiento cognitivo no hay diferencia entre hombres y mujeres al referirse a declinación de esta con el paso del tiempo.

En el rol social de los ancianos, los eventos mas importantes son el retiro y la viudez, y éstos si difieren considerablemente en le hombre y la mujer, la viudez para la mujer puede representar hacer frente a responsabilidades económicas que antes estaban a cargo del esposo, sin embargo la mujer puede encontrar apoyo emocional en otras mujeres en condiciones similares. El hombre cuando enviuda tiende a perder menos estatus social e ingresos económicos y tiene más oportunidades de contactos sociales heterosexuales. Las mujeres en cambio, tiene mayor número de relaciones amistosas y están más involucradas en relaciones familiares y actividades comunitarias. (Asili y Cols., 1995).

4.2.- CONDICIONES DE VIDA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA.

Dos tipos de cambios relacionados con el envejecimiento tienen gran importancia sobre las oportunidades sociales de los ancianos: la jubilación obligatoria y la disminución de la capacidad funcional

El retiro del trabajo fue una conquista social importante que tiene por objeto dar a los ancianos la oportunidad de no tener que trabajar para ganar un salario. Sin embargo, una medida cuya intervención fue buena, en la práctica tiene consecuencias negativas debido a que coloca a los ancianos en una situación de dependencia o de carencia económica, ya que las pensiones que perciben como jubilados son muchas veces insuficientes para sus necesidades, aún las elementales, y los hace perder su sentimiento de identidad social.

Sin embargo mientras que para algunos ancianos retirarse del mercado de trabajo es el significado del comienzo de una etapa de profunda realización personal en actividades largamente postergadas, a otro les quita la posibilidad de participar en una actividad donde no solo recibe un sueldo necesario, sino donde encuentran sentido vital y una identidad social.

Los argumentos que se pueden esgrimir en contra de la jubilación obligatoria son numerosos: algunos de ellos se mencionan a continuación:

* Excluye muchas veces de la fuerza laboral a trabajadores capaces y experimentados.

* Responde a una política discriminatoria en contra de los ancianos.

* Contribuye al aislamiento social de los ancianos.

* Incrementa la deuda nacional, ya que los ingresos de la mayoría provienen de las contribuciones de la seguridad social.

Estos factores enfatizan el argumento de que la edad cronológica no debe ser el único elemento predictivo de la capacidad laboral de los ancianos. estas personas necesitan sentir que sus vidas tienen significado, y que mediante su trabajo están contribuyendo no solo al bienestar, sino también al desarrollo social, que es responsabilidad de todos aquellos con capacidad para producir.

4.3.- PAPEL DEL ESTADO Y DE LA FAMILIA.

El estado como la familia desempeñan un papel importante en la vida de las personas ancianos; el estado, porque a través de sus sistemas de salud y de la seguridad social provee a los ancianos de servicios necesarios; la familia, porque ofrece un apoyo afectivo crucial, cuya falta puede tener serias consecuencias en la calidad de vida y aun en la mejor sobrevivencia de los ancianos.

En la práctica de la seguridad social, se presentan dos tipos de dificultades: por una parte unas personas se benefician más que otras, y por otra parte muchas personas quedan fuera de la protección que aquella provee.

En muchos países, en especial en los más industrializados, se utilizan cada vez más los servicios institucionales y comunitarios de atención a las personas de edad avanzada, la familia sigue siendo el eje fundamental de esa atención. Es importante mencionar que los cambios sociales y económicos repercuten en ambos tipos de sistemas de apoyo.

La década de los 80 ha presenciado una de las crisis económicas más graves que la región de las Américas ha soportado en los últimos 50 años, lo que ha influido en el apoyo que el Estado ha podido prestar a sus ciudadanos. esta situación se observa particularmente en los ancianos, ya que sus ingresos son menores en relación con las personas jóvenes, especialmente las mujeres, que en general son más pobres que los hombres, diferencia que se acrecienta a medida que se van envejeciendo.

Las familias por su parte no han sido inmunes a éstos cambios sociales y políticos de las últimas décadas, que han dado lugar a migraciones externas e internas, con aumentos notables en las poblaciones de refugiados y a la destrucción de la estructura familiar tradicional. En éstas circunstancias, la posibilidad de las familiar de ser fuente primordial de apoyo a las personas ancianas se ve seriamente disminuida de ahí la necesidad de que el estado ayude a las familiar y posibilite

el que sean una verdadera fuente de sostén para sus miembros más viejos o desvalidos, sobre todo en la actualidad en que la mayoría de los ancianos no están amparados por los sistemas de seguridad social.

4.4.- POLITICAS.

Las condiciones de vida de los ancianos en la mayoría de los países Latinoamericanos son por lo general, menos satisfactorias que las de la población económicamente activa, debido entre otras causas, a la escasa cobertura de sistemas de previsión social, a la incidencia negativa de los procesos inflacionarios en el valor real de las pensiones tras la jubilación, y la falta de oportunidades alternativas de generación de ingresos (OPS, 1992).

La adopción de políticas para mejorar las condiciones de vida y por tanto de salud de los ancianos en América latina, Caribe y la mayoría de los países, implica importantes cambios sociales en los cuales habrá de darse en un contexto de escasos recursos y de transformaciones sustantivas de las funciones públicas.

La adopción de estas políticas de atención integral a los ancianos parte de dos premisas fundamentales. En primer lugar "La salud no es solo el bienestar físico o ausencia de enfermedad", lo cual implica una situación de equilibrio con el medio ambiente físico y social, y la capacidad de satisfacer necesidades sentidas y de realizar aspiraciones por una mejor calidad de vida. En segundo lugar las acciones de salud dirigidas a los individuos y grupos poblacionales para ser efectivos requieren el concurso de diversos sectores de la sociedad.

1).- Concepto de política.

Una política integral para las personas mayores debe garantizarles la seguridad social y económica, así como las oportunidades para contribuir al desarrollo nacional (OPS, OMS, 1997).

2).- Objetivos.

Toda política integral en favor de las personas mayores está dirigida a:

- * Garantizar la seguridad económica y social, la cobertura de sus necesidades de vida básicas y el mantenimiento de un nivel de vida digno.

- * Proporcionarles la atención de salud adecuada en situaciones de enfermedades; los cuidados preventivos y de promoción de la salud dirigidos a mantener y optimizar su estado de salud y evitar o retrasar la aparición de discapacidades; y asegurarles la asistencia continuada en caso de enfermedades crónicas y discapacidades.

* Facilitarles los recursos, servicios y medidas (vivienda, educación, ocupación, recreación, etc.) necesarias para satisfacer sus necesidades específicas de forma continua, coordinada y, preferentemente, en su propio contexto socio-cultural.

* Garantizarles sus participación plena y activa en la vida social y en el desarrollo de su comunidad, haciendo efectivo su derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida digno y la defensa contra explotación o trato discriminatorio, abusivo o degradante.

* Propiciar actitudes positivas de la sociedad hacia el envejecimiento y la vejez.

* Cooperar para que las personas tengan los mejores niveles posibles de autonomía personal y, por ende, una vida independiente, en el seno de sus propias familias y comunidades durante el mayor tiempo posible. Cuando esto no es posible, ofrecerles la posibilidad de convivir en ambientes sustitutivos equivalentes, que garanticen la efectiva tutela de su persona y bienes.

3).- Principios rectores.

UNIVERSALIDAD. Es decir que los recursos alcance a todas las personas mayores, dando respuesta integral a sus necesidades.

NORMALIZACION. Es decir accesibilidad al derecho que tienen las personas mayores a vivir de acuerdo con las pautas y condiciones en que se ha desarrollado su vida anterior, beneficiándose de los avances sociales y económicos, con el mínimo de intrusión, facilitándose siempre la interacción con la comunidad.

DEMOCRATIZACION. Es decir accesibilidad al derecho de disfrutar de una vida plena y participar del desarrollo económico, social y cultural de su comunidad.

4).- Criterios.

Las políticas integrales para las personas mayores deben sustentar los siguientes criterios:

* Alcance y significación de las políticas: el marco que se propone no pretende sustituir las políticas nacionales existentes hacia el envejecimiento y la vejez, sino asegurar su convergencia en torno a una directrices comunes para avanzar en forma coordinada en el logro de mejores condiciones de vida para las personas mayores.

* Respecto a las peculiaridades nacionales: las políticas que se formulen deberán tener en cuenta las características sociales y geográficas de cada país y zona.

* Las necesidades de un enfoque integral: un enfoque global del proceso de envejecimiento obliga a prestar una atención integral y a potenciar la coordinación intersectorial e interinstitucional como estrategia coherente en el abordaje de los problemas de las personas mayores, capaz de garantizar, así mismo, la más adecuada utilización de los recursos

disponibles. Lo anterior anticipa que las políticas de atención integral a las personas mayores deberán contemplar, por lo tanto, los siguientes aspectos.

- Protección económica.
- Atención de salud
- Vivienda
- Servicios sociales
- Educación recreación y cultura.
- Participación social
- Protección jurídica
- Capacitación
- Información y difusión
- Investigación.

Otros aspectos.

Las políticas para personas mayores deben contemplar la necesidad de intervenir no solo en el sujeto, sino también en el ambiente familiar, cultural, social, económico e institucional a fin de remover los obstáculos que ellas encuentran para participar plenamente en la sociedad.

Un aspecto importante debería ser la contribución del movimiento asociativo, del voluntariado social y de las organizaciones no gubernamentales en la acción en favor de las personas mayores.

Así mismo será fundamentalmente importante la cooperación intergubernamental y la que presten las organizaciones internacionales que trabajan en el área.

Al formular o revisar sus políticas para las personas mayores, cada país deberá priorizar cuidadosamente las actuaciones a desarrollar, partiendo de criterios que han de inspirarse en la existencia de situaciones de necesidades.

4.5.- CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA EN MEXICO.

La transición demográfica y epidemiológica que vive México en la actualidad ha determinado un incremento en la proporción de individuos de mayor edad que envejecen y tarde o temprano serán víctimas de enfermedad crónica. Se considera que en la actualidad más del 5% de nuestros pobladores tienen más de 60 años, cifra que ha de triplicarse en los próximos 25 años. De persistir la tendencia actual donde el segmento de población que crece más rápida es la de los ancianos, el número de postjubilados dependientes, crecerá mientras se contrae la fuerza de trabajo.

Desde el punto de vista de salud, la enfermedad crónica en la ancianidad suele ser con mayor frecuencia a mayor edad mayor causa de discapacidad en invalidez.

En conjunto los ancianos consumen recursos sanitarios en mayor proporción que otros segmentos de población,

particularmente los mayores de 80 años.

30

Los hospitales en áreas urbanas (como el Instituto Nacional de la Nutrición) de nuestro país ocupan alrededor de 30% de sus camas con personas de 60 años y mas (Gutierrez L.M., 1995).

La compresión de la morbilidad es un fenómeno que resulta del incremento de la esperanza de vida en salud. Las enfermedades tienden a presentarse cada vez mas tarde en el curso de la existencia.

La discapacidad, el deterioro funcional y la dependencia que de ellos resulta, refleja de alguna manera los requerimientos asistenciales de nuestros mayores y por ello su estimación se hace necesaria para la planeación.

En cuanto al aspecto social, los índices de dependencia económica son una variable más que ha de ser considerada en relación al envejecimiento de las poblaciones. En estudios realizados en México en 1983 se encontró que alrededor de el 20.2% de los hombres y 62% de mujeres son ya viudos o solteros. Solo el 40% viven con sus hijos o con algún otro familiar, 15% viven con al menos 4 personas.

Aun cuando la proporción de ancianos que viven acompañados es relativamente alto, esto no quiere decir que se encuentran en buenas condiciones de salud, y sus viviendas, 33% de los entrevistados manifestaron tener necesidades de mejores condiciones de vida (ENC. NAC., 1983).

Se sabe que la inadecuación de la vivienda, la carencia de recursos económicos y consecuente dependencia económica, la soledad y elevada prevalencia de minusvalía, constituyen los principales problemas sociales. En relación a la salud, el fenómeno de la compresión de la morbilidad, la fragilidad homeostática y del apoyo social, la falta de apoyo suficiente de parte del entorno inmediato determinan un desproporcionado consumo de recursos destinados a la salud. Este fenómeno se ve acrecentado por un progresivo deterioro funcional y presencia de complicaciones que motiva repetidas y prolongadas hospitalizaciones.

La falta de recursos estructurales luego del egreso hacen que los logros durante la hospitalización se pierdan poco después de su alta.

Por otro lado un cierto número de ancianos enfermos o discapacitados requiere de ayuda total para desempeñar las actividades de la vida diaria básicas.

Conociendo el panorama actual se espera que los próximos años (35 años) el número de nuestros ancianos se incrementará con una velocidad intermedia en relación a otros países industrializados (Gutiérrez L.M., 1995).

Frente a ésta problemática, la atención geriátrica tiene como objetivos la prevención del deterioro funcional, la mejoría de la calidad de vida a través de la prevención, el diagnóstico y tratamiento oportunos y de ésta manera contribuir a reforzar los lazos de apoyo familiar y la reinserción social del anciano.

Los servicios sociales deben reaccionar ante ésta realidad integrando el diagnóstico y la evaluación global en sistemas

En la investigación de las características poblacionales los instrumentos multidimensionales o la mezcla y combinación de escalas existentes son de los más utilizados ya que nos proporcionan medidas de una gran variedad de áreas y nos puede proporcionar además información para la toma de decisiones.

De éstos instrumentos los más utilizados en diversas partes del mundo en estudios de poblaciones de 60 años y mas. han sido las encuestas descriptivas cuyas ventajas son:

- * Permite unificar criterios de selección de unidades de estudio.
 - * Posibilidad para el estudio de prevalencia de una o varias características de una población.
 - * Es útil para estudios exploratorios de un fenómeno.
 - * Es útil para fundamentar estudios longitudinales o comparativos
- Además de éstas ventajas podemos obtener información que nos permite planear acciones y proponer soluciones (Elston R, Johnson W, 1990).

CAPITULO V . _ MODELOS DE ATENCION.

5.1.- ATENCION PROGRESIVA.

El envejecimiento de la población a nivel mundial es un fenómeno ampliamente documentado en países de desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo con incremento de las cifras absolutas y relativas de ésta población. El estudio de sus características y condiciones de salud adquieren cada vez mayor importancia. El problema fundamental que suele afectar a los ancianos como consecuencia de sus enfermedades es la pérdida de su capacidad funcional para desempeñar las actividades diarias. Por lo que la estrategia de intervención que se recomienda a diferencia de la recomendada en los enfermos jóvenes, es la atención progresiva y la prevención en la que interviene un equipo interdisciplinario.

Basicamente el cuidado del anciano debe tender siempre, como máxima aspiración a lograr su permanencia en la comunidad y en el seno de su hogar hasta donde sea posible y la preservación de su autonomía.

La institucionalización debe considerarse una alternativa solo cuando hayan fracasado todos los esfuerzos anteriores. El cuidado del anciano se basa en dos pilas fundamentales:

la familia y la atención primaria

Kay, Roth y Hall consideran que los principales componentes de un servicio geriátrico moderno, de orientación preventiva, deben ser los siguientes.

1.- Una organización administrativa que facilite en la práctica diferentes servicios provistos por autoridades locales, el médico familiar o equivalente, los hospitales y organizaciones voluntarias.

2.- Una estrategia de detección y tratamiento de grupos de ancianos con alto riesgo de perder autonomía e independencia en la comunidad, tales como los que viven solos, los pobres, los mentalmente afectados, los que sufren de caídas frecuentes, los hospitalizados repetidamente, los viudos recientes y los discapacitados.

3.- Un conjunto de marcos comunitarios, sociales y médicos de los cuales la sociedad se sirve para atender al anciano, tales como los servicios domiciliarios, los clubes y los centros diurnos, las clínicas de consulta y los hospitales.

4.- Servicios de hospitalización que las personas de edad avanzada puedan utilizar no como último recurso, sino cuando

están en buen estado de salud, y si así lo requieren, durante periodos cortos.

I.- Servicios Sociales Comunitarios Escenciales.

a).- AUXILIARES DOMESTICAS. Prestan servicios de asistencia a ancianos discapacitados en tarea de higiene personal, alimentación, administración de medicamentos, preparación de comida y limpieza. este personal debe ser previamente adiestrado.

b).- COMIDAS CALIENTES. Es un servicio destinado a todos los ancianos solos, discapacitados, o que por otras razones de índole médica o social no puedan alimentarse en su hogar y tampoco puedan recibir comidas en el centro diurno de las cercanías. El centro encargado de preparar éstos alimentos debe estar alerta a las necesidades de los ancianos en términos de dietas adecuadas.

c).-CENTROS DIURNOS PARA ANCIANOS. Son centros de esparcimiento en los cuales los ancianos pueden pasar su tiempo libre en compañía de personas de su edad y también otras edades y realizar distintas actividades sociales, por ejemplo: juegos, laborterapia, gimnasia, paseos comidas. Estos centros también pueden ser adaptados para admitir a los ancianos con alto riesgo y que están limitados funcionalmente en la comunidad. En estos centros se puede realizar terapia de mantenimiento (fisioterapia, terapia ocupacional); control de Hipertensión Arterial, de medicamentos, alimentación y cuidado de los pies. De esta manera también los miembros de la familia quedan libres durante el día y pueden llevar a cabo sus actividades con mas independencia. El personal que atiende a éste tipo de centros debe instruirse en el manejo básico de las personas adultas, adecuar físicamente el lugar (rampas, barandas, andadores, etc.), y facilitar el transporte.

d).- GRUPOS DE VOLUNTARIOS. La función principal y muy importante es la de ofrecer compañía a los ancianos solos y a los que por razones de salud y falta de apoyo familiar no pueden valerse por sí mismos para las pequeñas rutinas de la vida cotidiana, tales como: ir de compras, ir al médico, al banco o a las oficinas publicas. Esta actividad la pueden llevar a cabo, en la mayoría jubilados funcionalmente capacitados. Estos grupos deben recibir capacitación básica y tener reuniones periódicas de consulta con el equipo multidisciplinario.

e).- HOSPITALIZACION TEMPORARIA. Para favorecer el descanso de los familiares.

Actualmente los avances de la medicina y enfermería permiten que los enfermos discapacitados vivan muchos años. El ejemplo clásico es el de los enfermos con demencia que representan una carga para los familiares que deciden no internarlos. Por lo que en toda comunidad debe existir un sistema de hospitalización

temporaria para periodos cortos de fines de semana y hasta 4 semanas que permita que las familias descansen o salgan de vacaciones. este sistema debe disponer de un determinado número de camas ya sea en hospitales generales o geriátricos o en instituciones de atención de ancianos.

II.- Servicios Médicos Comunitarios.

1.- UNIDAD DE CUIDADO DOMICILIARIO.

El mecanismo más adecuado para mantener al anciano en su hogar o en la comunidad en la forma más digna y confortable posible es a través del servicio de ésta unidad. La cual está integrada basicamente por un equipo multidisciplinario que se ocupa del manejo del discapacitado en su hogar, (el anciano cuya capacidad funcional es especialmente vulnerable).

Las categorías de enfermos que requieren éste servicio se resume a continuación:

- * Los que requieren manejo de Rehabilitación.
- * Los que presentan cuadros clínicos complicados que obligan a hospitalizarlos repetidamente.
- * Los que basicamente necesitan servicios de enfermería (pacientes con demencia, úlceras de presión, etc.).
- * Los enfermos terminales.

Estos servicios para ser efectivos deben funcionar las 24hs del día, incluidos los fines de semana y festivos. Debe ofrecer toda la gama de servicios médicos, enfermería, rehabilitación, provisión de andadores, sillas de ruedas e información sobre su uso.

2.- HOSPITALIZACIÓN.

La internación del paciente geriátrico comprende tres fases: evaluación, rehabilitación y cuidado permanente. Esta atención está fundamentada principalmente en razones de tipo médico.

2.1.- Unidad de Evaluación y Rehabilitación: Varios autores han demostrado que la introducción de equipos de evaluación geriátrica en salas de medicina aguda en hospitales generales para enfermos ancianos ha contribuido a disminuir la estancia de éstos en dichos servicios.

Las tendencias actuales son crear unidades geriátricas separadas dentro de hospitales generales regionales. estas unidades deben estar dotadas de un equipo multidisciplinario, incluir una área de rehabilitación y actuar en coordinación con los demás servicios extrahospitalarios para posibilitar la atención integral del anciano.

La Geriatria británica recomienda que en lo posible antes de la admisión a un servicio de ésta naturaleza debe realizarse una pre-evaluación en su domicilio con el fin de tener en cuenta los aspectos sociales que acompañan al paciente en términos

de retorno a su hogar o su posterior traslado a un hogar de ancianos.

Razones para la admisión a un servicio geriátrico.

Optimismo terapéutico: Cuando se considera que en un término de hasta tres meses el paciente podrá volver a su hogar.

Urgencia médica: Cuando a consecuencia de una condición aguda, se advierte que el paciente necesitará un tratamiento integral posterior a la resolución de su condición.

Tratamiento básico de cuidador: Cuando la falta de asistencia social adecuada puede hacer peligrar el estado clínico del anciano.

Disminución de la tensión: Cuando la carga que ocasiona el cuidado del enfermo en el seno de la familia es de tal grado que puede agravar el estado del enfermo y afectar a la familia.

Fuentes de admisión: Urgencias, consulta externa (ancianos ambulantes), consulta domiciliaria, derivaciones de otros hospitales, de instituciones de enfermos geriátricos crónicos y servicios de psicogeriatría.

3.- HOSPITAL DE DIA.

Actualmente todos los departamentos de geriatría ofrecen éste tipo de atención. El hospital de día tiene varias ventajas:

- Evita la hospitalización nocturna cuando es innecesaria con el consecuente ahorro de mantenimiento.
- El paciente geriátrico puede ser liberado más rápidamente del hospital y seguir su tratamiento, permaneciendo en el seno de su familia.

El hospital de día requiere personal multidisciplinario, equipos paramédicos de atención sobre todo en rehabilitación.

Este hospital está indicado para los enfermos cuya condición médica requiere servicio hospitalario, pero no precisamente atención nocturna, y cuyo medio familiar permite el mantenimiento efectivo en el hogar.

Problemas que pueden ser tratados en el hospital de día.

Enfermos que necesitan rehabilitación.

Casos que requieren mantenimiento médico para evitar rehospitalizaciones.

Ancianos que tienen disminuida su capacidad funcional que necesitan evaluación y rehabilitación.

Evaluación diagnóstica de problemas médicos generales.

Razones sociales en enfermos que por su estado clínico, no pueden ser controlados en los centros diurnos.

Estos enfermos son admitidos en un plan de 3-4 veces a la semana, se reciben en las mañanas hasta el medio día o por la tarde, regresando al hogar junto con los familiares, al volver éstos de sus ocupaciones. Generalmente del hospital de día los enfermos son referidos al o los centros diurnos para continuar su tratamiento.

4.- SERVICIOS DE PSICOGERIATRIA.

Las enfermedades mentales en los ancianos manifiestan una prevalencia del 20-45% e incluye toda gama de problemas psiquiátricos reversible e irreversibles tales como: Delirium, pseudodemencias, enfermedad de alzheimer, depresión, etc.

Estos servicios deben trabajar en conexión permanente con los servicios geriátricos generales.

5.- CUIDADO PROLONGADO . INSTITUCIONALIZACION.

Las instituciones de cuidado prolongado están destinadas a servir a los ancianos que por razones sociomédicas no pueden ser mantenidos en el seno de la comunidad, aun haciendo uso de todos los servicios sociales. La institucionalización del anciano debe ser considerada como última alternativa, cuando los servicios comunitarios, resulten insuficientes.

Antes de ser intitucionalizado el anciano debe ser valorado por una unidad de evaluación

Por lo general las instituciones de cuidado prolongado están destinadas a pacientes geriátricos discapacitados por distintas razones médicas y a ancianos que viven solos o cuyos familiares no pueden garantizar el cuidado en el seno del hogar.

Estos establecimientos también pueden servir para hospitalizaciones a corto plazo (semanas o fines de semana). Estas instituciones también brindan atención a enfermos terminales para los cuales los servicios de enfermería fundamentales y los sentimientos de compasión permitirán una muerte digna.

III. _ Desventajas y racionalidad de la atención.

Factores que comprometen el éxito de éstos programas:

- ** Fragmentación de los sistemas de prestación de servicios sociales y de salud.
- ** Falta de profesionales en el campo de atención al anciano.
- ** Condiciones erróneas como consecuencia de programas mal diseñados.
- ** Falta de atención a los problemas de los ancianos como consecuencia de la discriminación contra ellos.

IV.- Ventajas de la atención progresiva y evaluación geriátrica integral.

- * Mayor exactitud del diagnóstico
- * Mejora del estado funcional del anciano
- * Mejora del estado anímico y cognoscitivo
- * Reducción del consumo de medicamentos
- * Disminución de la demanda de institucionalización.
- * Aumento de la utilización de servicios de salud comunitarios.
- * Disminución de la demanda de hospitalización
- * Reducción de los costos médicos
- * Prolongación de la longevidad.

Para el uso racional de los distintos servicios de atención al anciano es imprescindible contar con un adecuado diagnóstico gerontológico integral que incluya una evaluación psicosocial, médica y funcional el cual debe ser realizado por un equipo interdisciplinario adiestrado. Una actitud integral permitirá ubicar al anciano en el marco más adecuado a sus necesidades. (David Galinsky, 1994).

5.2.- MODELOS DE ATENCION GERIATRICA EN LOS PAISES EN DESARROLLO PARA EL AÑO 2 000.

El Dr. González Aragón puntaliza como objetivo del cuidado geriátrico: "el mantenimiento de la función, minimizar la cronicidad y sobre todo prevenir la discapacidad" a fin de mantener la independencia y la autosuficiencia el mayor tiempo posible en el seno familiar y comunitario dejando la institucionalización como último recurso para aquellas personas con enfermedades crónicas, terminales de larga estancia con problemas gerontopsiquiátricos irreversibles en instituciones especiales y propone los siguientes servicios médicos geriátricos como modelo ideal de servicios de salud para los viejos con los siguientes principios.

1.- Todos los servicios de nivel primario de atención de salud deben incluir componentes y facilidades de atención para los mayores. LO cual se logrará fácilmente entrenando a todo el personal en conocimientos básicos de gerontología y en métodos para mantener al paciente en la familia y lograr su colaboración.

2.- En el nivel secundario deben existir servicios médicos especializados con personal capacitado y entrenado en técnicas relativas a la vejez, lo cual se logrará fácilmente implementando servicios de geriatría en los hospitales generales con las siguientes ventajas:

- Descargar los otros servicios de ancianos mal manejados.
- Evitar el sobreuso de los servicios especializados que cada día incluyen más pacientes geriátricos.

-Proporcionar una buena relación con los servicios de asistencia social y con el nivel primario de salud para asegurar la participación de la familia y la comunidad.

Dentro de éste nivel y en íntima relación con el nivel primario se encuentran dos recursos de atención geriátrica que se utilizan ampliamente en los países Europeos que son de bajo costo y fácil implementación:

**** HOSPITAL DE DIA.**

**** ASISTENCIA DOMICILIARIA**

3.- En el nivel terciario, se engloba la creación de hospitales geriátricos, unidades de larga estancia para enfermos crónicos o discapacitados, unidades de psicogeriatría para dementes, etc. Que en los países latinos no se consideran como una solución adecuada por su alto costo y planificación complicada.

4.- Servicios de apoyo informal (organismos no gubernamentales) como grupos de voluntarios, organizaciones académicas, fundaciones, grupos comunitarios, clubes, familia y los viejos mismos. Entre éstos, las organizaciones de tipo voluntario son las de mayor potencial en el campo de la prestación de servicios (transporte, recreación, alimentación, comunicación entre ancianos sanos y enfermos, etc.).

Propone así mismo el siguiente modelo de atención geriátrica que puede ser usado para diseñar e implementar nuevos programas:

Un médico geriatra que coordina a dietistas, terapistas físicos y ocupacionales, enfermeras clínicas y domiciliarias, trabajadoras sociales; está en contacto con médicos familiares, el hospital, otras especialistas (ortopedistas, psiquiatras, neurologos), unidades de larga estancia, psicogeriatría, asilos y grupos de apoyo informal, voluntarios, todos en estrecha colaboración con la familia (Gonzalez J.,1990).

CAPITULO VI.- CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MAS EN LA ARMADA DE MEXICO.

6.1.- ANTECEDENTES.

En la Armada de México la población total derechohabiente al servicio de atención médica en 1988 era de 183,708 elementos con un núcleo de personas de 60 años y más de 14,413, lo cual representa el 7% aproximadamente de el total de ésta población.

La Institución cuenta con centros hospitalarios cabecera y de concentración tanto en territorio del Pacífico como en el Golfo de México, que dan cobertura de atención médica a la población derechohabiente a dicho servicio.

En el Centro Médico Naval (hospital principal de concentración y de tercer nivel, se ha encontrado estadísticamente que existe mayor demanda de atención en todos los grupos de edad, así como en el núcleo de población de 60 años y más.

En la pirámide poblacional realizada en mayo de 1996 en dicho centro hospitalario se obtuvieron los siguientes datos:

* Una población total atendida de 32,116 personas, en los que se incluye todos los grupos de edad derechohabientes al servicio médico de la Armada de México, con una población de personas de 60 años y mas de 3713 que corresponde al 11.5% de ésta población atendida, observándose un predominio del sexo femenino en éste núcleo de población (V. fig. 1).

6.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La población senescente presenta múltiples problemas, entre los que se encuentran: enfermedades, discapacidades, problemas psicosociales, familiares y económicos.

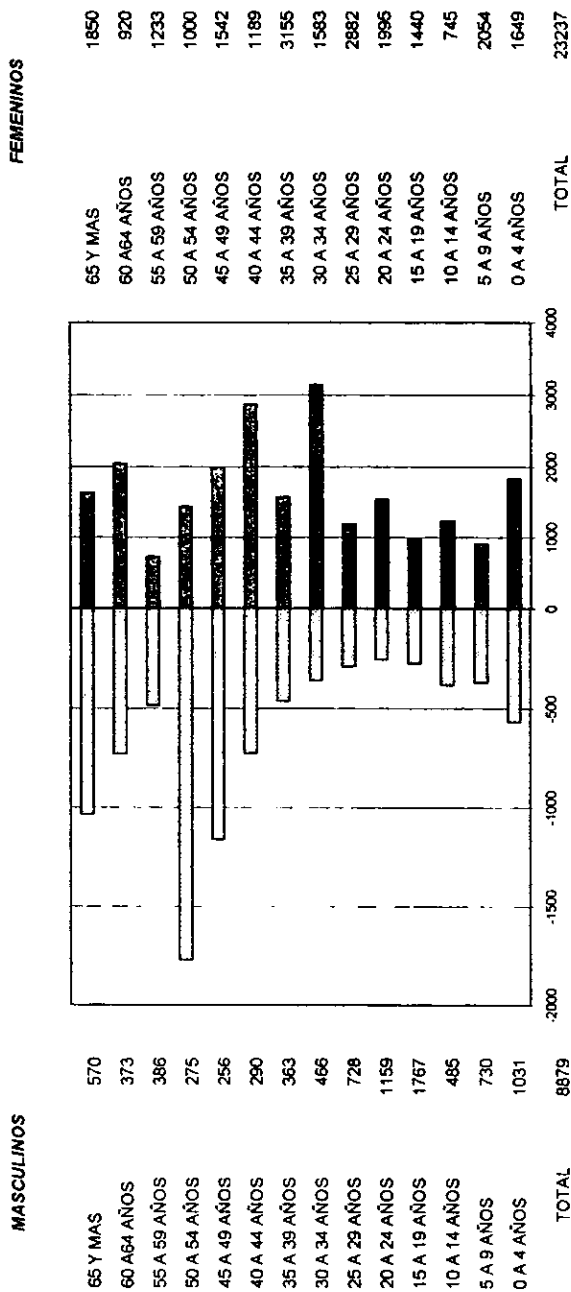
Actualmente el Centro Médico naval da cobertura a una elevada cantidad de personas en relación al aspecto de salud. De esa población a la cual da cobertura, el 11.56% corresponde a personas de 60 años y mas, sin que se de atención a su restante problemática.

Para conocer la situación biopsicosocial actual de éste grupo etareo es necesario realizar estudios prospectivos que nos den información acerca de sus necesidades y que nos permita planear acciones para su atención integral.

6.3.- OBJETIVOS.

**SECRETARIA DE MARINA
ARMADA DE MEXICO
CENTRO MEDICO NAVAL
SECCION MEDICINA PREVENTIVA**

PIRAMIDE POBLACION DE 1995



Objetivo General.

Describir las características biopsicosociales de personas de 60 años y más derechohabientes al servicio médico de la Armada de México que acudan al servicio de consulta externa del Centro Médico Naval.

Objetivos específicos.

- 1.- Describir las discapacidades y estado funcional de las personas de 60 años y más, para estimar el problema que representa la dependencia de éstos.
- 2.- Detectar la morbilidad prevalente en ésta población.
- 3.- Detectar sus necesidades psicosociales.
- 4.- Describir su autopercepción de salud mediante la encuesta.
- 5.- Proponer posibles soluciones a la problemática encontrada.

6.4.- METODOLOGIA.

Etapas de la metodología.

ELABORACION DE LA ENCUESTA DENOMINADA: Características Biopsicosociales de personas de 60 años y mas.

Para formular las preguntas de la encuesta se realizó una investigación y documentación sobre estudios en senescentes, elaborados por geriatras y gerontólogos. Entre los estudios que se consultaron fueron: IOWA, OARS, ENAC (Encuesta de las Necesidades en los Ancianos en México 1983), Encuesta de las Necesidades de la Población Adulta Mayor de 60 años en Chile (1987), Condiciones de Salud de la Población de 60 años y más en Santiago de Chile (1993), Encuesta sobre Necesidades y Actitudes de las Personas Mayores en el Estado de Oaxaca (1994).

Con la experiencia y estudios anteriores, se procedió al diseño de la encuesta, la cual consta de 150 ítems (Anexo 1), que nos valora las siguientes áreas:

- * Datos sociodemográficos.
- * Estado de salud y Morbilidad prevalente
- * Estado Funcional
- * Estado Nutricio
- * Estado cognitivo
- * Estado afectivo
- * Necesidades psicosociales.

PRUEBA EXPERIMENTAL (piloteo de la encuesta).

41

El piloteo de la encuesta tuvo los siguientes objetivos principales.

- * Validar la encuesta
- * Ajustar los ítems
- * Probar la aceptación del senescente a la entrevista.

Diseño y tamaño de la muestra.

Se eligieron 40 pacientes de 60 años y más que acudieron al servicio de consulta externa del Centro Médico naval, utilizando la técnica de cuotas 4 pacientes por día (los 4 primeros que acudieron) para éste estudio.

En los estudios descriptivos prospectivos la técnica de muestreo mas conveniente es la forma aleatoria simple o conglomerados y estudiar una población mayor (mas del 10%) lo que nos daría una mejor representatividad de la población objeto de estudio, así como una mayor confiabilidad.

Los motivos por los que se estudiaron solo 40 casos estuvieron en relación al factor tiempo y el no contar con personal encuestador capacitado.

Procedimiento.

LEVANTAMIENTO DE DATOS. El levantamiento de datos tardó dos semanas y se realizó en el mes de noviembre de 1997.

Se entrevistaron a 40 personas de 60 años y mas en forma directa previa autorización de ellos en forma verbal, que acudieron al servicio de consulta externa del Centro Médico Naval. se eligieron a las 4 primeras personas que acudieron por día a los diversos servicios de la consulta externa.

La entrevista fue realizada por un médico con conocimientos de geriatría, fue en forma directa al senescente y en aquellos puntos que no pudieron contestar hubo apoyo del familiar acompañante para la contestación correcta.

El tiempo de la entrevista varió de 20 minutos a una hora.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION. La información de todos los cuestionarios se vació a una matriz de datos, identificándose las diversas áreas a evaluar, lo que facilitó el trabajo.

Para el análisis estadístico de la información se utilizaron medidas de tendencia central como la media y frecuencias relativas.

6.5.- RESULTADOS.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

Población estudiada

Fem	25	62.5%
Masc	15	37.5%

\bar{X} edad: 70.4 años

\bar{X} edad Fem.: 71.84 años

\bar{X} edad Mas.: 68.4 años

Del total de la población estudiada se observa que existe un predominio del sexo femenino. La media de edad global que se maneja es de 70.4 años, en mujeres de 71.8 años y en los hombres de 68.4 años.

Estado civil

Soltero	1	02.5%
Casado (o unión libre)	22	55.0%
Viudo	15	37.5%
Divorciado	2	5.0%

El 55% de la población son casados, 137.5% son viudos de los cuales la mayoría son mujeres.

Con quien vive actualmente

Con su familia	36	90.0%
Con otros familiares	1	2.5%
Solo	3	7.5%
Con amigos	-	-

El 90% de la población vive actualmente con su familia, solo 3 personas viven solas y son del sexo femenino.

Ocupación.

Labores del hogar, cuidar nietos	22	55.0%
Comerciante	3	7.5%
Ninguna	3	7.5%
Militar retirado sin ocupación	3	7.5%
Militar retirado con ocupación	2	5.0%
Se dedican al campo	2	5.0%
Otras actividades	5	12.5%

La ocupación habitual en mas del 50% de ésta población son el apoyo en las labores del hogar y/o cuidado de los nietos.

Escolaridad

Primaria incompleta	10	25.0%
Primaria completa	7	17.5%
Secundaria incompleta	3	7.5%
Secundaria completa	4	10.0%
Preparatoria	2	5.0%
Carrera técnica	3	7.5%
Profesional	3	7.5%
Especialidad	1	2.5%
Maestría/Doctorado	1	2.5%
Alfabetas	3	7.5%
Analfabetas	3	7.5%

El nivel de escolaridad en la mayoría de ésta población estudiada es de nivel primaria. Solo un 17.5% tiene estudios técnicos y profesionales y un menor por ciento (2.5%) nivel de maestría.

Dependencia económica

De sus hijos	13	32.5%
Del cónyuge	7	17.5%
Viven de pensión	11	27.5%
Autosuficiente*	9	22.5%

* Trabajan o tienen algún negocio.

El 50% de la población depende económicamente de sus familiares.

ESTADO DE SALUD

Autopercepción de salud.

Muy buena	3	7.5%
Buena	13	32.5%
Regular	18	45.0%
Mala	3	7.5%
Muy mala	3	7.5%

En el 45% de los casos refirieron su estado de salud como regular, el 32.5% lo refirieron como buen estado de salud y solo el 7.5% percibió su estado de salud muy bueno.

Afectación de la salud sobre las actividades cotidianas.

No las afecta	12	30.0%
Prácticamente no las afecta	3	7.5%
Las afecta a veces	10	25.0%
Las afecta frecuentemente	8	20.0%
Las afecta totalmente	7	17.5%

En cuanto a la afectación de la salud sobre las actividades cotidianas, se encontró en el 45% de los casos que sus actividades se vieron afectadas en grados variables. En el 17.5% su salud afecta totalmente sus actividades diarias.

Autopercepción de salud con relación a otras personas mayores.

Es mejor	28	70.0%
Es igual	6	15.0%
No tan buena	6	15.0%

El 70% de la población estudiada refiere tener un mejor estado de salud que las demás personas de su edad. El 15% refirió tener un estado de salud igual al de las demás personas de su edad y el otro 15% refirió tener un estado de salud no tan bueno.

Consultas medicas en los últimos 2 años.

0 a 2 consultas	3	7.5%
3 a 6 consultas	9	22.5%
6 a 12 consultas	10	25.0%
Mas de 12 consultas	18	45.0%

En lo referente a atención médica, la mayoría de las personas acudieron a consulta en forma frecuente en los últimos 2 años previos a la aplicación de la encuesta, observándose que el 25% asistió de 6 a 12 veces y el 45% mas de 12 veces, correlacionándose que a mayor edad, mayor número de consultas.

Motivo de consulta

Control de rutina	7	17.5%
Tratamiento	10	25.0%
Control y tratamiento	22	55.0%
Ninguno	1	2.5%

El motivo de acudir a consulta médica principalmente en la mayoría de los casos fue por control y tratamiento médicos en un 55% de los casos.

Enfermo en los últimos 3 meses. Encamado en casa.

0 a 3 días	3	7.5%
3 a 14 días	3	7.5%
Mas de 14 días	-	-
Ningún día	34	85.0%

De los 40 casos estudiados un bajo por ciento presentó enfermedad que ameritara mantenerse en cama en su domicilio en los últimos 3 meses previos a la aplicación de la encuesta.

Enfermo en casa en los últimos 3 meses. Hospitalizado.

1 a 14 días	2	5.0%
14 a 21 días	3	7.5%
Mas de 21 días	-	-
Ningún día	35	87.5%

El 12.5% de la población estudiada presentó enfermedad que ameritara permanecer hospitalizado entre 1 y 21 días, en los últimos 3 meses previos a la aplicación de la encuesta.

Afectados en el último mes por.....

47

Tos	6	15.0%
Diarrea	2	5.0%
Fiebre	2	5.0%
Ninguno	30	75.0%

El 75% de la población no se vio afectada por tos, diarrea o fiebre en el mes previo a la aplicación de la encuesta.

Reciben tratamiento de las siguientes especialidades.

De Medicina General	4
De Medicina Interna	4
De Cardiología	3
De Hematología	2
De Neurología y Cardiología	2
De Medicina Interna y dermatología	2
De Neumología y Medicina Interna	1
De Cardiología y Medicina Interna	1
De Neuropsiquiatría y medicina Interna	1
De Cardiología y Rehabilitación	1
De Medicina Interna y Ginecobstetricia	1
De Endocrinología y Oftalmología	1
De Endocrinología y Dental	1
De Cardiología, Nefrología y Medicina Interna	1
De Ortopedia, Oftalmología y Medicina interna	1
De Endocrinología, Hematología y Neumología	1
De Hematología, Oncología y Oftalmología	1
De Cardiología, Oftalmología, Audiología y ORL	1
De Cardiología, Gastroenterología y Oftalmología	1
De Cardiología, Traumatología y Medicina Interna	1
De Medicina Interna, Endocrinología y Cir. Oncológica	1
De Hematología Cardiología y Traumatología	1
De Medicina Interna, Endocrinología y Dental	1
De Medicina Interna, Gastroenterología y Cardiología	1
De Cardiología, Vasc. Periférico y Medicina General	1
De Cardiología, Endocrinología, Urología, Proctología	1
De Cirugía General, Medicina General	1
De Ortopedia y Medicina General	1
De Gastroenterología y medicina General	1

De la población encuestada 22 casos reciben tratamiento de más de dos especialidades. Entre las especialidades más visitadas por ésta población son: Medicina Interna, Medicina General, y cardiología.

Especialidades de mayor demanda:

Medicina Interna	15
Cardiología	14
Medicina General	8
Endocrinología	6
Hematología	5
Oftalmología	5
Traumatología y Ortopedia	4
Gastroenterología	3
Neumología	2

Las especialidades que menos visita ésta población son: otorrinolaringología, audiología, rehabilitación, vascular periférico, urología, psiquiatría y psicología que ni siquiera aparece.

MORBILIDAD.

Padecen de Diabetes Mellitus. (DM).

Sí	10	25%
No	30	75%

De la población encuestada el 25% padecen de DM.

Tiempo de evolución de su DM

Menos de 2 años	2	5.0%
De 2 años a 5 años	1	2.5%
De 5 años a 15 años	3	7.5%
Mas de 15 años	4	10.0%

El 10% de la población que padece de DM tiene un tiempo de evolución de su padecimiento de mas de 15 años. El otro 15% tiene un tiempo de evolución de su padecimiento de menos de 15años.

Tipo de tratamiento de su Diabetes Mellitus.

Solo dieta	3	7.5%
Hipoglucemiantes orales	5	12.5%
Insulina	1	2.5%
Ninguno	1	2.5%

El 12.5% de la población estudiada que padece de DM lleva tratamiento con hipoglucemiantes orales, el otro 7.5% lleva su control con dieta solamente y solo un 2.5% es insulino-dependiente.

Padecen Hipertensión Arterial (HTA).

Sí	21	52.5%
No	19	47.5%

Más del 50% de ésta población padece de HTA.

Con antecedentes de Infarto al miocardio (IM).

Sí	4	10.0%
No	36	90.0%

El 10% de la población tiene antecedentes de haber padecido infarto al miocardio.

Con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC).

Sí	1	2.5%
No	39	97.5%

Solo el 2.5% de la población estudiada presenta secuelas de EVC las cuales son mínimas.

Padecen enfermedad Articular Degenrativa (EAD).

Sí	21	52.5%
No	19	47.5%

Mas del 50% de ésta población cursa con enfermedad articular degenerativa.

Padecen de Osteoporosis.

Sí	5	12.5%
No	35	87.5%

Solo el 5% de la población total sabe que padece de Osteoporosis

Padecen de catarata con disminución de la agudeza visual.

Sí	15	37.5%
NO	25	62.5%

El 37.5% de la población encuestada presenta catarata con disminución de la agudeza visual.

Padecen de dolor ocular crónico.

Sí	17	42.5%
No	23	57.5%

El 42.5% de la Población estudiada cursa con dolor ocular crónico

Tiene problemas en las vías urinarias

Infecciones frecuentes	6	15.0%
Incontinencia urinaria	8	20.0%
Problemas de la próstata	5	12.5%
Ningún problema	21	52.5%

Un poco mas del 50% de la población encuestada no presenta problemas en las vías urinarias. El 47.5% de la población presenta algún tipo de problema, de éstos, los más frecuentemente encontrados fueron: Incontinencia urinaria en 8 casos e infección frecuente en 6 casos.

Otros padecimientos.

Solo disminución de la agudeza visual	6	15.0%
Disminución de agudeza visual y auditiva	4	10.0%
EPOC, disminución de agudeza visual y auditiva	2	5.0%
Dislipidemia, gastritis, colitis	2	5.0%
Solo estreñimiento	2	5.0%

Entre otros padecimientos los más frecuentemente encontrados fueron: Disminución de AV solamente en 6 casos, disminución de agudeza visual asociada con disminución de agudeza auditiva en 4 casos.

Caídas en el último año.

Ninguna	20	50.0%
1 a 2 veces	15	37.5%
3 a 5 veces	4	10.0%
Mas de 5 veces	1	2.5%

El 50% de la población sufrió algún tipo de caída en varias ocasiones en el último año previo a la aplicación de la encuesta.

Usa bastón

Sí	2	5.0%
No	38	95.0%

Solo el 5% de la población usa bastón y ello se asoció con disminución de la agudeza visual y EAD.

Tabaquismo.

Sí	10	25.0%
No	30	75.0%

El 25% de la población fuma de 1 a 3 cigarrillos al día.

Alcoholismo (ingieren bebidas alcohólicas hasta la embriaguez).

Nunca	34	85.0%
cada semana	-	-
Cada 15 días	-	-
Cada mes	-	-
Esporádicamente	6	15%
Diariamente	-	-

La mayoría de la población estudiada aceptó que no toma bebidas etílicas hasta la embriaguez, solo el 15% las ingiere hasta la embriaguez en forma esporádica.

Polifarmacia. (toma mas de 3 medicamentos).

Continuamente	20	50.0%
Frecuentemente	3	7.5%
De vez en cuando	2	5.0%
Poco frecuente	-	-
Muy ocasionalmente	15	37.5%

El 50% de la población estudiada presenta polifarmacia, ingiriendo mas de 3 medicamentos en forma continua, en forma ocasional el 37.5% de los casos, y el 7.5% los ingiere frecuentemente.

MORBILIDAD PREVALENTE.

Hipertensión Arterial (HTA)	21	52.5%
Enfermedad Articular degenerativa	21	52.5%
Caídas	20	50.0%
Dolor ocular crónico	17	42.5%
Catarata con disminución de AV	15	37.5%
Diabetes Mellitus	10	25.0%
Incontinencia urinaria	8	20.0%
Infección de vías urinarias	6	15.0%
Osteoporosis	5	12.5%
Problemas de la próstata	5	12.5%
Antecedentes de IM	4	10.0%

Las enfermedades que mas frecuentemente se encuentran en ésta población son las crónicodegenerativas. de ellas las más frecuentemente encontradas fueron: HTA, EAD, y un alto indice de caídas.

ESTADO FUNCIONAL

Actividades de la vida diaria básicas. (AVDB).

Independiente en las 6 AVDB	37	92.5%
Dependiente en 2 de las AVDB	2	5.0%
Dependiente en 3 de las AVDB	1	2.5%

El 92.5% de la población es independiente en las 6 AVDB, lo que es indicativo de que conservan su autonomía para el adecuado funcionamiento en su hogar, Un menor por ciento 7.5% se encontró dependiente en 2 y 3 AVDB y requieren ayuda en su domicilio.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
Test aplicado: Lawton Brody.

Independiente en las 8 AIVD	29	72.5%
Independiente en 7 de las AIVD	4	10.0%
Independiente en 6 de las AIVD	1	2.5%
Dependiente en las 8 AIVD	1	2.5%
Dependiente en 7 de las AIVD	3	7.5%
Dependiente en 6 de las AIVD	1	2.5%
Dependiente en 4 de las AIVD	1	2.5%

El 72% de los casos se encontraron independientes en las 8 AIVD lo que significa que conservan su autonomía para el adecuado funcionamiento en la comunidad y en su hogar. Un menor porcentaje es dependiente en las 8 AIVD y correspondió al 2.5%, lo que indica que no es funcional en la comunidad y que requiere de ayuda.

Estado nutricio
Test aplicado: Mininutricional (MNA).

Buena nutrición (mas de 24 puntos)	31	77.5%
Riesgo de malnutrición (17 a 23.5 puntos)	6	15.0%
Malnutrición (menor de 17 puntos)	3	7.5%

La mayoría de la población encuestada se encontró con un buen estado de nutrición, solo 3 casos se encontraron con malnutrición.

Estado Mental. (Función cognitiva).
Test aplicado Folstein (MNM).

Sin deterioro cognitivo (24 a 30 puntos)	35	87.5%
Con deterioro cognitivo (23 o menos puntos)	5	12.5%

En la evaluación del estado mental el 87.5% de la población se encontró normal, sin deterioro cognitivo. En 5 de los casos se encontró deterioro cognitivo, el cual se valoró como leve ya que pudieron contestar la encuesta. De los que presentan deterioro cognitivo 4 casos correspondieron al sexo femenino y un caso al sexo masculino.

Estado afectivo.
Test aplicado: Escala de la depresión Geriátrica (GDS).

Sin depresión (10 o menos puntos)	28	70.0%
Con depresión (11 o mas puntos)	12	30.0%

En la evaluación del estado afectivo se encontraron 12 casos con depresión de los cuales 11 correspondieron al sexo femenino y solo un caso al sexo masculino.

NECESIDADES PSICOSOCIALES.

Le gustaría aprender alguna de las siguientes actividades?

Pintura	3	7.5%
Tarjetería	-	-
Artesanías	1	2.5%
Jardinería	2	5.0%
Carpintería	5	12.5%
Manualidades (migajón, recorte, etc)	9	22.5%
Repostería y cocina	3	7.5%
Costura y bordado	2	5.0%
Tejido	2	5.0%
Serigrafía	1	2.5%
Leer y escribir	2	5.0%
Investigación	1	2.5%
Algún deporte	1	2.5%
Le gustaría pero no sabe	1	2.5%
No le gustaría	11	27.5%

A la mayoría de la población encuestada le gustaría aprender alguna de las actividades mencionadas con personas de su edad. Solo el 27.5% respondió que no le gustaría aprender alguna de éstas actividades. De las actividades más frecuentemente elegidas fueron: Manualidades, carpintería, lectura.

Le gustaría enseñar algo a personas de su edad?

Sí	31	77.5%
No	9	22.5%

De la población encuestada la mayoría (77.5%) respondió que sí les gustaría enseñar alguna actividad a personas de su edad.

De las actividades que les gustaría enseñar a personas de su edad, las más frecuentemente elegidas fueron: Tejido y costura, artesanías, cocina y repostería, alta costura. Solo 7 casos respondieron que no les gustaría enseñar alguna actividad.

Qué le gustaría enseñar a las personas de su edad?

57

Artesanías	3	7.5%
Sastrería	1	2.5%
Técnicas de relajación	1	2.5%
Manejo de siembras	1	2.5%
Cocina y repostería	3	7.5%
Alta costura	4	10.0%
tejido y costura	5	12.5%
Carpintería	1	2.5%
Actividades religiosas	2	5.0%
Archivonomía	1	2.5%
literatura e idiomas	2	5.0%
transmitir experiencias	1	2.5%
Manualidades	1	2.5%
Ecología	1	2.5%
No le gustaría	7	17.5%
Le gustaría pero no sabe	6	15.0%

Otras actividades que le gustaría realizar.

Practicar deportes	7	17.5%
Viajar	24	60.0%
Aprender música	2	5.0%
Cocina y repostería	2	5.0%
le gustaría pero no sabe	2	5.0%
Otras (leer mejor, aprender mas, seguir estudiando, etc)	3	7.5%

Entre otras actividades que les gustaría realizar a la población estudiada el 60% respondió que les gustaría viajar, un por ciento menor contestó que les gustaría practicar algún deporte (17.5%).

Le gustaría participar como voluntario en programas de ayuda a personas de su edad?

Sí	32	80%
No	8	20%

la mayoría de la población contestó que les gustaría participar en como voluntarios en programas de ayuda para personas de su edad.

Le gustaría ir más frecuentemente a la iglesia?

58

Sí	25	62.5%
No	15	37.5%

El 62.5% contestó que sí le gustaría ir mas seguido a la iglesia.

Tienen algún problema para ir a los lugares que quieren o desean.

Sí	27	67.5%
No	13	32.5%

El 67.5% de la población contestó que tiene problemas para ir a los lugares que quieren o desean, de los problemas para elo, los mas frecuentemente encontrados son: no contar con suficientes recursos económicos, no contar con quien los lleve o acompañe. Un menor por ciento contestó que no tiene problemas para ir a los lugares que quiere o desea (32.5%)

Problemas que tienen para ir a los lugares que quieren o desean.

Usa silla de ruedas	1	2.5%
Usa bastón	-	-
Usa andadera	-	-
No tiene quien lo lleve	12	30.0%
No tiene suficiente dinero	13	32.5%
Le falta tiempo	1	2.5%
No tiene ningún problema	13	32.5%

Se siente a gusto con lo que hace actualmente.

Totalmente de acuerdo	28	70%
De acuerdo	8	20%
En desacuerdo	4	10%
Indiferente	-	-
Totalmente en desacuerdo	-	-

La mayoría de la población estudiada refiere que está totalmente de acuerdo con las actividades que realiza actualmente.

En donde le gustaría o preferiría hacer las actividades ⁵⁹ que le gustan o desea en su tiempo libre.

En su casa	18	45%
En un club	22	55%
No desea hacer mas cosas	-	-

Mas del 50% de la población contestó que le gustaría realizar las actividades que le gustan o desea en su tiempo libre en un club, el 45% contestó que en su domicilio.

Personas con las que le gustaría realizar esas actividades.

Con amigos	1	2.5%
Con personas de su edad	13	32.5%
Con más jóvenes	1	2.5%
Con todas las edades	25	62.5%

El 65.5% de la población contestó que le gustaría realizar las actividades que quieren o desean con personas de todas las edades.

Tiene dificultad para solicitar ayuda.

A veces	9	22.5%
Frecuentemente	12	30.0%
Nunca	19	47.5%

En relación a si tiene dificultad para solicitar ayuda, el 47.5% contestó que nunca tiene dificultad para pedir ayuda.

Facilidad para aceptar ayuda de los demás.

Si	31	77.5%
No	9	22.5%

En cuanto a la facilidad para aceptar ayuda cuando se las brindad el 77.5% contestó que se les hace fácil aceptarla.

A quien recurren cuando necesitan ayuda.

60

A sus familiares	34	85%
A sus amigos	4	10%
A sus vecinos	2	5%
Centro diurno	-	-
No tienen a quien recurrir	-	-

El 85% de la población contestó que cuando necesitan ayuda recurren a sus familiares.

Reciben ayuda cuando la solicitan.

ocasionalmente	1	2.5%
Frecuentemente	1	2.5%
Siempre	38	95.0%

El 95% de la población recibe ayuda cuando la solicita.

Percepción del tipo de ayuda.

Con gusto	36	90.0%
Con indiferencia	4	10.0%
De mala gana	-	-

El 90% de la población refiere que la ayuda que les brindan cuando la solicitan siempre es con gusto.

Percepción de afecto y atenciones. De sus familiares.

Igual	28	75%
Mejores	10	20%
Peores	2	5%

En lo referente a la percepción del tipo de afecto y trato que les brindan sus familiares en relación a cuando tenían menos de 60 años, el 75% de la población refirió que el trato, afecto y atenciones son iguales.

Percepción de afecto y atenciones. De las demás personas.

Igual	37	92.5%
Mejores	3	7.5%
Peores	-	-

En relación a la percepción de afecto, trato y atenciones que les brindan las demás personas en relación a cuando tenían menos de 60 años el 92.5% refirió que son iguales.

Percepción de realizar mas actividades que otras personas. de su misma edad.

Sí	23	57.5%
No	17	42.5%

El 57.5% de la población refirió que realiza mas actividades que las demás personas de su edad.

Tener mayor interés en las cosas que las demás personas de su edad.

Sí	24	60%
No	8	20%
No sabe	8	20%

El 60% de la población considera que pone mas interés en las cosas que las demás personas de su edad.

Percepción de ser mas sano que las demás personas de su edad.

Sí	24	60%
No	11	27.5%
No sabe	5	12.5%

El 60% de la población contestó que es mas sano que las demás personas de su edad. el 27.5% refirió que no es mas sano que las demás personas de su edad .

Cuantos años mas le gustaría vivir.

0 a 5 años	3	7.5%
5 a 10 años	7	17.5%
10 a 15 años	12	30.0%
15 a 30 años	14	35.0%
Mas de 30 años	4	10.0%

El 35% de la población estudiada refirió que le gustaría vivir entre 15 y 30 años mas de la edad que tiene actualmente, el 30% refirió que le gustaría vivir de 10 a 15 años mas solamente

Porqué le gustaría vivir ésa cantidad de años.

para ver a sus nietos y convivir mas con su familia	26	65.0%
Quiere ayuda a la gente y aprender mas.	3	7.5%
En esa edad no tendría problemas	5	12.5%
Para hacer algo productivo	3	7.5%
Quiere ver el nuevo siglo	3	7.5%

En la pregunta porqué le gustaría vivir esa cantidad referida de años ademas de la edad actual, el 65% refirió que le gustaría vivir más tiempo para convivir con su familia y ver a su descendencia.

Si sintiera algún dolor o molestia pensaría que.....

Es normal como parte de su edad	17	42.5%
Que tiene alguna enfermedad	23	57.5%

En relación a la pregunta si sintiera algún dolor o molestia el 42.5% de la población contestó que lo consideraría normal como parte de su edad y el 57.5% respondió que lo consideraría como parte de alguna enfermedad. El 80% de la población refirió que acudiría a un hospital en caso de sentir dicha molestia.

Que hace en caso de sentir dicha molestia.

63

Vá al hospital	32	80.0%
Se automedica	6	15.0%
No hace nada	2	5.0%

Si le gustaría vivir en una casa hogar para ancianos.

Sí	7	17.5%
No	33	82.5%

El 82.5% refirió que no le gustaría vivir en una casa hogar para ancianos.

Porqué Sí

No tiene familia	1	2.5%
Tiene rechazo familiar	5	7.5%
Para convivir con personas de su edad	1	2.5%

Porqué No

Porque tienen familia que los apoya	33	82.5%
-------------------------------------	----	-------

El 82.5% de la población estudiada contestó que no le gustaría vivir en una casa hogar para ancianos ya que cuentan con familia que los apoya.

MODELOS DE ATENCION Y SERVICIOS SOCIALES. NECESARIOS.

Atención médica especializada	Sí	40	100%
	No	-	-
Transporte a Hospital o Centro Diurno	Sí	39	97.5%
	No	1	2.5%
Centros Diurnos	Sí	36	90.0%
	No	04	10.0%
Lugares de Platicas a la comunidad	Sí	36	90.0%
	No	4	10.0%
Servicio de personas que los Visiten o acompañen	Sí	33	82.5%
	No	7	17.5%
Servicio de atención medica a Domicilio	Sí	40	100.0%
Servicio de asistencia legal	Sí	40	100.0%
Agencias de viajes	sí	40	100.0%
Hogares gratuitos para personas mayores	Sí	38	95.0%
	No	2	5.0%
Servicios de reparación y mantenimiento a domicilio	Sí	39	97.5%
	No	1	2.5%
Servicio de comidas a domicilio	Sí	35	87.5%
	No	5	12.5%
Servicio de ayuda doméstica	Sí	36	90.0%
	No	4	10.0%
Clubes para personas mayores	Sí	40	100.0%

En los modelos de atención y servicios sociales propuestos el 100% contestó que sí eran necesarios en 5 de ellos: como los servicios de atención médica especializada, atención médica a domicilio, servicios de consejería y asistencia legal, agencias de viajes y clubes para personas mayores. Del resto de los modelos propuestos el mayor porcentaje (más del 80%) contestó que sin son necesarios para su atención.

6.6.- CONCLUSIONES.

- 1.- Los 40 pacientes entrevistados contestaron la encuesta.
- 2.- La media de edad global de la población estudiada fue de 70.4 años.
- 3.- La mayoría de la población estudiada vive con su familia, solo 3 personas viven solas pero son independientes en las actividades de la vida cotidiana.
- 4.- El nivel de escolaridad de la población se encuentra en el nivel primaria (completa e incompleta).
- 5.- La mitad de la población estudiada es dependiente de sus familiares en el aspecto económico.
- 6.- En el estado de salud la mayoría de la población se percibe con un estado de salud regular y bueno. En más de la mitad de ellos su salud afecta en grados variables sus actividades.
- 7.- La mayoría de los encuestados acudió frecuentemente a consulta médica en los últimos dos años correlacionándose que a mayor edad mayor número de consultas.
- 8.- Un bajo por ciento de la población presenta enfermedades que ameritan permanecer en cama en su domicilio por mas 3 días y entre 1 y 21 días en el hospital.
- 9.- En cuanto a morbilidad se refiere, en ésta población prevalecen las enfermedades cronicodegenerativas y una alta incidencia de caídas.
- 10.- Mas de la mitad de la población ingiere mas de 3 medicamentos continuamente, lo que se correlaciona con el hecho de recibir atención médica de varios especialistas al mismo tiempo.
- 11.- De los servicios de especialidad más solicitados por ésta población son: Medicina Interna, Cardiología,. De los menos solicitados y frecuentados son: ORL, Audiología, Psiquiatría, rehabilitación, . de los no mencionados: Psicología y psiquiatría.
- 12.- En el estado funcional, un bajo porcentaje es dependiente en 2 y 3 actividades de la vida diaria básicas, así como en las AIVD , lo cual indica que la mayoría de ésta población conserva su autonomía.
- 13.- Del estado nutricio : cerca de la tercera parte de la población se encontró con riesgo de malnutrición y con malnutrición.

- 14.- Del estado mental: la octava parte de la población se encontró con deterioro cognitivo.
- 15.- En el estado afectivo: mas de la cuarta parte de la población se encontró con depresión predominando en las mujeres.
- 16.- De las necesidades psicosociales: a la mayoría de la población le gustaría aprender alguna de las actividades propuestas. Entre otras actividades que les gustaría realizar la mayoría refirió que les gustaría viajar.
- 17.- Mas de la mitad de la población tiene problemas para ir a los lugares que quiere o desea por falta de recursos económicos y un por ciento menor no tiene quien los acompañe o lleve.
- 18.- La mayoría de la población refirió que le gustaría realizar las actividades que quieren o desean en un club con personas de su edad.
- 19.- La mayoría de la población refirió que no les gustaría vivir en una casa hogar para ancianos ya que cuentan con familia que los ayuda y apoya.
- 20.- De los modelos de atención y servicios sociales propuestos la mayoría refirió que sí son necesarios todos ellos para su atención y en 5 de ellos todos contestaron que sí son necesarios:
 - * Atención médica especializada
 - * Atención médica domiciliaria
 - * Servicio de consejería y asistencia legal
 - * Agencias de viajes
 - * Clubes para personas mayores
 - * Servicio de transporte.
- 21.- El Centro Médico naval no cuenta con servicio de Geriatria y/o unidad evaluadora que coordine la atención de ésta población.

CAPITULO VII.- PROPUESTAS.

VIVIENDA Y FUNCIONALIDAD DE LA MISMA.

Es necesario para el bienestar de la población mayor el contar con un alojamiento adecuado. La mayoría de las actividades de los ancianos tienden a ser conforme avanza la edad, mas domiciliarias, por lo que la función de espacio adquiere gran importancia. El confort debe incluir cuando sea necesario la adaptabilidad de la vivienda para conservar la autonomía de los ancianos a través de la eliminación de barreras arquitectónicas. La falta o inadecuación de la vivienda expone a la población mayor a una situación de inseguridad, accidentes y de riesgo para su salud psico-física.

1.- **Contemplar:** para aquellos ancianos que requieren ayuda por encontrarse en situación de dependencia, servicios de apoyo para algunas de las tareas domésticas, personales y de acompañamiento social (sobre todo para los que viven solos).

2.- **Aplicar encuestas:** para investigar condiciones de la vivienda de los adultos mayores con el fin de implementar acciones para resolver la problemática que se encuentre.

SALUD.

La atención a la salud de la población mayor es una prioridad para los siguientes años por el creciente aumento de ésta población, por lo que habrá que crear las condiciones para aumentar la esperanza de vida y mejorar la calidad de vida, sobre todo en las últimas etapas, facilitando el acceso de los ancianos a los servicios y brindar atención integral de su salud, promoviendo la articulación necesaria entre las diversas áreas.

1.- **Contemplar:** La creación de servicios geriátricos en hospitales generales y de especialidades a nivel de consulta externa y hospitalización que permita la coordinación de la atención de la población mayor en éstos niveles.

2.- **Capacitar:** en Geronto-geriatria a médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud para la adecuada atención y acceso a los diversos servicios de ésta población.

3.- **Atención médica domiciliaria:** Para valoración y manejo domiciliario de padecimientos que sean factibles de ello en ésta población.

4.- **Crear:** programas para fomentar promover y proteger la salud de los ancianos tanto ambulantes como hospitalizados.

5.- **Formación:** de equipos de asistencia integral domiciliaria especializada en la atención gerontológica.

6.- **Implementar:** Acciones tendientes a brindar apoyo a las familias de los ancianos enfermos para que puedan atenderlos en su hogar.

7.- **Implementar:** Servicios que cumplan la función de asistencia ambulatoria de la salud psico-física de los ancianos como la creación de Hospital de Día, Centros Diurnos.

8.- **Poner al alcance:** de todos los ancianos la atención y suministro de medicamentos.

9.- **Incorporar:** Los servicios de rehabilitación, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicoterapia, oftalmología, odontoestomatología dentro de las prestaciones básicas para la atención del anciano.

TIEMPO LIBRE.

Las personas de edad avanzada presentan abundante disponibilidad de horas libres, fuente de preocupación para ellos; cuando esto se presenta por cese laboral, el cambio de una existencia altamente estructurada a una menos estructurada y por lo general menos compensada económicamente, coloca a los mayores ante transformaciones que deben apuntar a la búsqueda de nuevos incentivos vitales ya que con frecuencia aparecen efectos de pérdida de identidad o de roles sociales, sumado a la pérdida de cónyuges, amigos y a la ida de los hijos del hogar; esto lleva a la necesidad de una reacomodación o establecimiento de nuevos vínculos, con el fin de evitar la asociación de tiempo libre y soledad.

La recreación y esparcimiento permiten paliar la soledad y el aislamiento y son un vínculo de resocialización ya que permite ocupar el tiempo libre y otorga la posibilidad de compartir ese tiempo con otras personas; permite también la realización de actividades individuales y colectivas; desarrollar aptitudes y actitudes y a reconocer limitaciones concretas entre determinadas situaciones.

De las acciones políticas sociales orientadas a cubrir el conjunto de necesidades en la edad avanzada abarca:

Una verdadera resocialización.
Despliegue de potenciales individuales.

1.- **Contemplar:** la creación de clubes con salones comunitarios para facilitar el establecimiento de nuevos lazos afectivos a partir de actividades de esparcimiento. Dichos lugares para

personas mayores donde puedan reunirse y organizar sus propias actividades.

Organización de bailes, representaciones teatrales, proyección de películas, festejos, competencias, servicios de voluntarios, etc.

Ambitos que permitan a los mayores mantener aptitudes físicas psíquicas y sociales. Incorporando en sus actividades la gimnasia, yoga, bailes, danzas folklóricas, talleres literarios.

Gestión para obtener descuentos de precios de medios de transporte. Bonificaciones para espectáculos y entrada a museos.

2.- Creación de centros de día:

Que permitan desarrollar actividades creativas a las personas mayores.

EDUCACION.

Brindar servicios de educación a la población mayor de 60 años que pueda participar con el fin de mejorar su calidad de vida.

Fomentar el conocimiento acerca del proceso de envejecimiento para lograr una mejor integración social de los ancianos.

INTEGRACION SOCIAL.

Esta faceta está ligada en la ancianidad a la satisfacción y calidad de vida.

En ésta etapa de la vida hay pérdidas y modificaciones de los roles sociales: la jubilación, disminución de ingresos, viudez, partida de los hijos, etc.

Estas pérdidas pueden ser compensadas por la recuperación y ejercicio de roles sociales a través de la participación intra y extrafamiliar, pues la familia es la institución que da respuesta y contención a las necesidades materiales y espirituales a los ancianos.

1.- Crear: ámbitos de participación familiar y extrafamiliar para la población mayor de 60 años para mejorar su calidad de vida y modificación de los prejuicios sobre ésta edad.

2.- Crear: programas educativos dirigidos a la sociedad sobre conocimientos del proceso de envejecimiento que permitan una modificación de la imagen social negativa de la vejez, una mejor integración de los ancianos.

3.- Propiciar: la posibilidad de nuevas parejas en la ancianidad luego de la viudez o la separación.

4.- **Propiciar:** la transferencia de conocimientos habilidades y experiencia de la vida de los ancianos a generaciones más jóvenes

5.- **Propiciar :** la inserción de los ancianos en actividades desarrolladas por asociaciones, voluntariados que favorezcan a la comunidad.

6.- **Propiciar:** La interacción entre compañeros ancianos.

7.- **Propiciar:** Los vínculos abuelo-hijo-nieto.

ASISTENCIA ALIMENTARIA.

El buen estado de nutrición es indispensable para mantener una buena calidad de vida y salud. la adecuada alimentación es fundamental para la salud psicofísica y aprovechamiento del potencial social, mental y físico de la población.

Múltiples factores psicológicos, sociales, afectivos y económicos pueden afectar el estado nutricional en el anciano, además de los cambios funcionales propios del envejecimiento.

Para asegurar una vejez digna se requiere de satisfacer las necesidades básicas y una de ellas es la alimentación.

1.- **Aplicar** encuestas sobre investigación del estado nutricional en la población de adultos mayores con el fin de implementar medidas tendientes a resolver los problemas que se detecten.

CAPITULO VIII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Hernán San Martín, Vicente Pastor. Epidemiología de la vejez. Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España. 1a. edición 1990.
- 2.- Centro Médico Naval. Departamento de Bioestadística, Mayo de 1996.
- 3.- Organización Panamericana de la Salud. La salud de los Acianos, una preocupación de de todos. OPS, 1992.
- 4.- Alberto salgado, Francisco Guillén. Manual de Geriatria. Editorial Salvat, Ciencia y cultura Latinoamericana, S.A.C.V., 1994.
- 5.- Anuario Demográfico. CONAPO, 1995.
- 6.-Oscar Dominguez. Estudio de las Necesidades de la Población Adulta Mayor de 60 años en Chile, 1987.
- 7.- Edith Cornejo-Arias; Ernesto Medina-Lois; y colaboradores. Condiciones de salud de la Población de 60 años y más Santiago de Chile, 1993. Revista Salud Pública de México. Volumen 37. Septiembre-Octubre.
- 8.- Dr. Arturo lozano Cardoso. Introducción a la Geriatria. Mendez editores, S.A.C.V. 1992.
- 9.- Dr. J. González Aragón G. Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento. Editorial Proculmex S.A.C.V. y Costa Amic. 3a. edición, Agosto, 1994.
- 10.- Fajardo O. G. y Ochoa Ma. A. Las Necesidades del Adulto Mayor, su Familia y la Teoría de Maslow. Problemas y Programas del Adulto Mayor. CISS, CIESS, OPS, OMS. Editor: CIESS. 1997.
- 11.- Moragas. M. Gerontología Social. Envejecimiento y Calidad de Vida. Editorial Herder. 1995.
- 12.- Salud del Anciano. Revista Científica PAMI, 1994, Vol 1.
- 13.- Asili, Galvanovskis, Lazcano, Reig. Psicología del Envejecimiento. Editorial Revista Psicológica. Marzo 1995.
- 14.- J.F. Macías, Nuñez y M. M. Maldonado. La transformación Demográfica y sus consecuencias sociosanitarias .- Hipertensión en Geriatria. Editado pro Bayer 1989.
- 15.- Organización Panamericana de salud. Organización Mundial de la Salud. Formulación de Políticas Integrales para las

personas mayores de América Latina. Editor. CIESS 1997.

- 16.- Gutierrez R. L.M. Características Biopsicosociales de Nuestros Ancianos. El Adulto Mayor en América Latina, sus Necesidades y sus Problemas Médico Sociales. Editado por CIESS. 1995.
- 17.- Alvarez G. R., Brown M. Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México (ENAC). Revista Salud Pública de México. Vol XX5. 1983.
- 18.- Elston R. Johnson W. Principios de Bioestadística. Editor: el Manual Moderno S.A.C.V. 1990
- 19.- David Gallinky. La atención de los Ancianos, un Desafío para los años noventa. OPS. Publicación Científica. Número 546, 1994.
- 20.- Gonzalez Aragón J. Hospitales y Servicios Geriátricos en los Países en Desarrollo hacia el año 2000. Revista Mexicana de Geriátria y Gerontología. Vol. 2; No. 2; Abril -Junio, 1990.
- 21.- Rosalie A. Kane, Robert L. Kane. Evaluación de las Necesidades en los Ancianos. S.G. Editores. 1993.
- 22.- Contreras E. Encuesta sobre necesidades y Actitudes de las personas Mayores. Sociedad de Geriátria y Gerontología de México. 1994.
- 23.- Plan Nacional de Ancianidad. El Plan de los Mayores 1996 - 2000. Argentina. 2a versión. Septiembre 1996.

ANEXOS

1.- Encuesta.

Clave _____

I. DATOS GENERALES.

- 1-Sexo: a)Masculino b)Femenino ()
- 2-Edad: _____
- 3-Estado civil:
a)Soltero b)Casado o unión libre c)Viudo ()
d)Divorciado o separado
- 4-Con quien vive? ()
a)Con su familia b)Con otros familiares c)Solo
d)Con amigos
e)Otros _____
- 5-Cual fué el último año que estudió en ()
a)Primaria _____ b)Secundaria _____
c)Preparatoria _____ d)Carrera técnica e)Profesional
f)Especialidad _____ g)Doctorado _____
- 6-Tiene alguna ocupacion actual? _____
Especificar
- 7-De quien depende economicamente? ()
a)De sus hijos b)De su conyuge c)Otros familiares
d)Tiene pensión e)De amistades f)Autosuficiente g)Activo
- 8-Su pensión le es suficiente para cubrir sus gastos
Mínimos? ()
a)De acuerdo b)Totalmente de acuerd c)Indiferente
d)En desacuerdo e)Totalmente en desacuerdo

II. ESTADO DE SALUD

- 9-En general ¿como puede describir su salud? ()
a)Muy buena b)Buena c)Regular d)Mala e)Muy mala
- 10-Como piensa usted que su salud afecta a sus
actividades? ()
a)Bó las afecta b)Prácticamente no las afecta
c)Las afecta algunas veces
d)Las afecta frecuentemente e)Las afecta totalmente
- 11-Me puede decir si su salud es mejor, igual o nõ tan
buena como la mayoría de la gente de su edad? ()
a)Mejor b)Igual c)No tan buena
- 12-En los últimos dos años cuantas veces vió a un doctor ()
a)0a 2 veces b)3 a 6 veces c)6 a 12 veces
d)Más de 12 veces
- 13-Cual fue el motivo para ir al doctor? ()
a)Principalmente como control de rutina
b)Principalmente por tratamiento
c)Por los dos motivos anteriores
d)Ninguno de los dos motivos anteriores
- 14-En los últimos 3 meses.¿Cuantos días pasó estando
enfermo en su casa (encamado)? ()
a)0 a 3 días b)3 a 14 días c)Mas de 14 días
d)Ningun día
- 15-En los últimos 3 meses.¿Cuantos días pasó estando
enfermo en el hospital? ()
a)De 1 a 14 días b)14 a 21 días c)Mas de 21 d.

16-Está en tratamiento de algún especialista?

a) Sí _____ b) No _____

Especificar

17-Durante el último mes ha sido usted afectado por.... ()

a) Tos b) Diarrea c) Fiebre d) Ninguno

18--Tiene usted diabetes? a) Sí b) No ()

(Si es no pasar a pregunta 21)

19-En caso de afirmación. ¿desde cuando? ()

a) Menos de 2 años b) 2 a 5 años c) 10 a 15 años
d) Más de 15 años

20-En caso de afirmación. ¿Qué tratamiento tiene? ()

a) Solo dieta b) Hipoglucemiantes orales
c) Insulina d) Ninguno

21-Tiene usted Hipertensión? a) Sí b) No ()

22-Ha tenido usted un infarto al corazón? a) Sí b) No ()

23-Ha tenido usted una embolia? a) Sí b) No ()

24-Ha sufrido de gangrena en una pierna a) Sí b) No ()

25-Padece de artritis o artrosis? a) Sí b) No ()

26-Padece de osteoporosis? a) Sí b) No ()

27-Padece de Catarata? a) Sí b) No ()

28-Padece de dolor en los ojos? a) Sí b) No ()

29-Tiene problemas de las vías urinarias? ()

a) Infecciones frecuentes b) Incontinencia
c) Problemas de la próstata d) Ninguno

30-Otros padecimientos _____

Especificar

31-Qué tan difícil es caminar para usted 1Km? ()

a) Es fácil b) Un poco difícil c) Es difícil
d) Es muy difícil e) No lo puedo hacer

32-Cuántas veces se ha caído en el último año? ()

a) Ninguna b) 1 a 2 veces c) 3 a 5 veces
d) más de 5 veces

33-Cuántas veces salió de su casa la última semana? ()

a) Ninguna b) 1 a 3 veces c) 3 a 6 veces
d) Mas de 6 veces

34-Usa usted bastón? a) Sí b) No ()

35-Usted fuma? a) No b) Sí ¿cuántos al día? _____ ()

c) Si puro ¿Cuántos? _____ al día c) Pipa ¿Cuántas/día? _____

36-Cada cuando se emborracha? ()

a) Nunca b) Cada semana c) Cada 15 días
d) Cada mes e) Esporádicamente f) diariamente

37-Toma tres o más medicamentos diferentes al día? ()

a) Continuamente b) Frecuentemente c) De vez en cuando
d) Poco frecuente e) Muy ocasionalmente

III. ESTADO FUNCIONAL.

A. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BASICAS

- | | | | |
|------------------------------|-----------------|---------------|-----|
| 38-Bañarse | a)Independiente | b)Dependiente | () |
| 39-Vestirse | a)Independiente | b)Dependiente | () |
| 40-Usar el retrete | a)INdependiente | b)Dependiente | () |
| 41-Mobilidad | a)Independiente | b)Dependiente | () |
| 42-Continencia de esfínteres | a)Independiente | b)Dpendiente | () |
| 43-Alimentación | a)INdependiente | b)Dependiente | () |

B. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.

- 44-Capacidad para usar el teléfono ()
a)Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc
b)Marca unos cuantos números bien conocidos
c)Contesta el teléfono pero no marca
d)No usa el teléfono en absoluto
- 45-Ir de compras ()
a)Realiza todas las compras necesarias con independencia
b)Compra con independencia pequeñas cosas
c)Necesita compañía para realizar compras
d)Completamente incapáz de ir de compras
- 46-Preparación de la comida ()
a)Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia
b)Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes.
c)Calienta sirve y prepara comidas o prepara comidas pero no mantiene una dieta adecuada
d)Necesita que se le prepare y sirva comida
- 47 -Cuidar la casa ()
a)Cuida la casa sola (o) o con ayuda ocasional (ej-trabajos duros, ayuda doméstica)
b)Realiza tareas domésticas ligeras (fregar trastos o hacer camas)
c)Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable
d)Necesita ayuda con todas las tareas de la casa
e)No participa en ninguna tarea doméstica
- 48-Lavado de ropa ()
a)Realiza completamente el lavado de ropa personal
b)Lava prendas pequeñas
c)Necesita que otro se ocupe de todo el lavado
- 49-Medio de transporte ()
a)Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche
b)Capáz de organizar su transporte utilizando taxis pero no usa otros transportes públicos
c)Viaja en transportes públicos si le acompaña otra otra persona

- d) Solo viaja en taxi ó automovil con ayuda de otro
 e) N6 viaja en absoluto ()
- 50-Responsabilidad sobre medicaci6n ()
 a) Es responsable en el uso de la medicaci6n en las dosis correctas y a las horas indicadas
 b) Toma responsablemente la medicaci6n si se le prepara con anticipaci6n en dosis separadas
 c) No es capaz de responsabilizarse de su propia medicaci6n
- 51-Capacidad para utilizar dinero ()
 a) Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas v6 al banco), recoge y conoce sus ingresos
 b) Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.
 c) Incapaz de manejar dinero

C. ESTADO NUTRICIO.

- 52-Indice de masa corporal (IMC) ()
 a) Menor de 19 b) 19-20 c) 21-23
- 53-Circunferencia de la mitad del brazo en cm ()
 a) Menor de 21 b) 21-22 c) Mayor de 22
- 54-Circunferencia de la pantorrilla en cm ()
 a) Menor de 31 b) Mayor de 31
- 55-Baja de peso en los 6ltimos 3 meses ()
 a) Baja de peso mayor de 3Kg
 b) Desconoce la cantidad de peso disminuida
 c) Baja de peso entre 1 y 3 Kg
 d) Sin baja de peso
- 56-Vida independiente a) S6 b) N6 ()
- 57-Toma mas de 3 medicamentos prescritos al d6a ()
 a) S6 b) N6
- 58-Ha presentado algun trastorno psicol6gico ó enfermedad en los 6ltimos 3 meses a) S6 b) N6 ()
- 59-Movilidad ()
 a) Limitada a cama o silla de ruedas
 b) Cap6z de dejar la cama o silla de ruedas pero no salir
- 60-Alteraciones neuropsicol6gicas ()
 a) Demencia severa o depresi6n
 b) Demencia leve
 c) Sin problemas psicol6gicos aparentes
- 61-Ulceras de presi6n ó ulceras en piel a) S6 b) N6 ()
- 62-Cuantas comidas completas consume diariamente ()
 a) Una comida b) Dos comidas c) tres comidas
- 63-Consumo seleccionado de alimentos que determinan la ingesta proteica
 a) Cuando menos una porci6n diaria de productos lacteos (leche, queso, yoghurt) 1) S6 2) N6 ()
 b) Dos o m6s porciones de leguminosas o huevos por semana 1) S6 2) N6 ()
 c) Carnes rojas, pescado o pollo diariamente ()
 1) S6 2) N6

- 64-Consumo dos o más porciones de frutas o verduras al día ()
 a) Sí a) No
- 65-Ha disminuído su consumo de alimentos durante los últimos 3 meses, debido a pérdida del apetito, problemas digestivos o dificultad para masticar o deglutir ()
 a) Pérdida de apetito severa
 b) Pérdida de apetito moderada
 c) Sin pérdida del apetito
- 66-Que cantidad de líquidos consume al día ()
 (Agua, café, jugos, té, leche, etc)
 a) Menos de 3 tazas b) 3 a 5 tazas c) Mas de 5 tazas
- 67-Patrones de alimentación ()
 a) Incapaz de comer sin ayuda
 b) Se alimenta solo, con dificultad
 c) Se alimenta solo, sin ningún problema
- 68-Se considera a sí mismo con problemas nutricionales ()
 a) Desnutrición severa
 b) No lo sabe o disminución moderada
 c) Sin problemas nutricionales
- 69-En comparación con otras personas de su misma edad como considera su propio estado de salud? ()
 a) No muy bueno b) No lo sé c) Bueno d) Mejor

D. FUNCION COGNITIVA

ORIENTACION

- 70-En tiempo _____
 Qué (día.....) es hoy?
 Día _____ Mes _____ Año _____ Día de la semana _____
 Hora _____
- 71-En el espacio _____
 En donde estamos ahora (piso....)?
 Piso/departamento _____ Hospital _____ Coloni _____
 Ciudad _____ País _____

MEMORIA

- 72-Recordar el nombre de tres objetos _____
 Papel _____ Bicicleta _____ Cuchara _____

ATENCION Y CALCULO

- 73-Contar hacia atrás de 7 en 7 a partir de 20 _____
 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____

MEMORIA DIFERIDA

- 74-Recordar los objetos del punto número 3 _____
 Papel _____ Bicicleta _____ Cuchara _____

LENGUAJE

- 75-Denominar: Reloj _____ Lápiz _____ _____
- 76-Repetición de la frase: Niño, Ni sí, Ni pero _____
- 77-Comprensión verbal _____
 "Coja éste papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y déjelo en el suelo _____
- 78-Comprensión escrita _____
 "Cierre los ojos" _____

- 79-Escritura de una frase
Escriba una frase que diga algo
- 80-Copia de un dibujo

E. ESTADO AFECTIVO

	SI	NO
81-Está usted básicamente satisfecho de su vida?	()	()
82-Han disminuído mucho sus actividades e intereses	()	()
83-Siente que su vida está vacía?	()	()
84-Está usted frecuentemente aburrido	()	()
85-Está esperanzado acerca de su futuro?	()	()
86-Se siente molesto por pensamientos que usted no puede sacar de su cabeza	()	()
87-Está alegre la mayor parte del tiempo?	()	()
88-Tiene miedo de alguna cosa mala le pueda pasar?	()	()
89--Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	()	()
90-Frecuentemente se siente infeliz o abandonado?	()	()
91-Frecuentemente se siente inquieto y nervioso	()	()
92-Usted prefiere estar en su casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	()	()
93-Está usted preocupado por el futuro?	()	()
94-Siente que usted tiene mas problemas con su memoria que los demás/	()	()
95-Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	()	()
96-Se siente desanimado y triste frecuentemente?	()	()
97-Se siente actualmente un poco inutil e inservible en el lugar donde está ?	()	()
98-Se preocupa mucho acerca de su pasado?	()	()
99-Encuentra la vida emocionante?	()	()
100-Es difícil para usted empezar un nuevo proyecto?	()	()
101-Se siente lleno de energía?	()	()
102-Siente que su situación es desesperada?	()	()
103-Piensa que la mayor parte de la gente está mejor lejos, que cerca de usted?	()	()
104-Frecuentemente se siente trastornado, turbado a causa de asuntos pequeños?	()	()
105-Con frecuencia tiene ganas de llorar?	()	()
106-Tiene problemas de concentración?	()	()
107-Se siente bien, al levantarse en la mañana?	()	()
108=Prefiere eludir las reuniones sociales?	()	()
109-Es facil para usted tomar deciciones?	()	()
110-Piensa usted tan claro como solía hacerlo antes?	()	()

III.NECESIDADES PSICOSOCIALES.

- 111-Le gustaría a usted aprender algo en un lugar con personas de su edad? ()
- a)Pintura b)Tarjetería c)Artesanías d)Jardinería
e)Carpintería f)Hacer objetos con migajón
g)Recorte y pegado h)Figuras con plastilina
i)Repostería y concia j)Corte y confección
k)Costura l)No me gustaría
m)Otros
- 112-Legustaría enseñar algo en algun lugar a personas de su edad? ()
- a)Sí b)Nó

113-Que le gustaría enseñar? _____

Especificar

114-Si tuviera oportunidad que otras cosas le gustaría hacer?

Especificar

115-Le gustaría participar como voluntario en programas de ayuda a personas de su edad? ()

116-Le gustaría ir a la iglesia ó templo más seguido? ()

a)Sí b)Nó

117-Tiene usted problemas para ir a lugares donde quiere o desea? a)Sí b)Nó ()

118-Cuales problemas tiene? ()

a)Usa silla de ruedas b)Usa bastón c)Usa andadera
d)No tiene quien lo lleve o acompañe
e)No tiene suficiente dinero
f)Otro _____

Especificar

119-Se siente a gusto con lo que hace actualmente? ()

a)Totalmente de acuerdo b)De acuerdo c)indiferente
d)En desacuerdo e)Totalmente en desacuerdo

120-Si tuviera usted oportunidad de hacer las cosas preferiría hacerlas..... ()

a)Dentro de su casa b)En un club
c)No desea hacer mas cosas

121-Usted lo preferiría hacer..... ()

a)Con sus amigos b)Con personas de su edad
c)Con personas mas jóvenes d)Con todos

122-Es difícil para usted pedir ayuda a otras personas? ()

a)A veces b)Frecuentemente c)Nunca

123-Es fácil para usted aceptar ayuda de otras personas? ()

a)Sí b)Nó

124-A quien recurre cuando necesita ayuda? ()

a)Familiares b)Vecinos c)Amigos d)centros diurnos
d)No tiene a quien recurrir

125-Sus familiares o personas con las que vive le ayudan cuando usted se los pide? ()

a)Ocasionalmente b)Frecuentemente c)Siempre d)Nunca

126-Lo ayudan..... ()

a)con gusto b)de mala gana c)Con indiferencia

127-Como considera el afecto y atenciones que su familia le brinda actualmente en relación a cuando usted tenía menos de 60años? a)iguales b)mejores c)Peores ()

128-Como considera las atenciones de las demás personas que le rodean en relación a cuando usted tenía menos de 60años? a)Iguales b)Mejores c)Peores ()

Con respecto a la gente de su misma edad piensa que usted.....

129-Hace más que ellos? a)Sí b)Nó ()

130-Se interesa mas por las cosas que ellos? ()

a)Sí b)No c)No sabe

131-Es más sano que ellos? a)Si b)no c)NO sabe ()

132-Cuantos años mas le gustaría vivir? ()

a)0 a 5 años b)5 a10a c)10-15a d)15 a30a

133-¿Porque?

Especificar

- 34-Si sintiera algún dolor o molestia pensaría usted que es..... ()
 a)Normal como parte de su edad
 b)Que tiene alguna enfermedad
- 35-Que hace usted en éste caso? ()
 a)Va al hospital b)Se automedica c)No hace nada
 Le gustaría vivir en una casa hogar para ancianos?
- 36-Porque sí _____
 37-Porque No _____
 -Cuales de los siguientes servicios serían necesarios para usted?

	SI	NO
38-Atención médica especializada	()	()
39-Transporte al hospital y centro de día	()	()
40-Centros donde se hagan y aprendan cosas como: Jardinería, cocina y repostería, artesanías etc	()	()
41-Lugares donde pueda oír pláticas sobre problemas de personas de su edad	()	()
42-Personas que lo visiten o acompañen a donde quiera ir	()	()
43-Hogares gratuitos para personas de su edad	()	()
44-Agencias de viajes	()	()
45-Servicio de consejería y asistencia legal	()	()
46-Atención médica domiciliaria	()	()
47-Servicio de reparación y mantenimiento a domicilio	()	()
48-Servicio de comedor a domicilio	()	()
49-Servicio de ayuda doméstica	()	()
50-Clubes para ancianos	()	()