

01421
11



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

GERONTOLOGÍA SOCIAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ELSA ALCÁNTARA REYES

DIRECTOR: C. D. ROLANDO DE JESÚS BUNEDER

México, D. F.

Mayo 2003

Uso
[Signature]
[Signature]
[Signature]



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A



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.

**TESIS
FALLA
DE
ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

Por haberme dado la vida, la esperanza, una familia y de formar otra, la fortaleza de poder cumplir mis ilusiones llegando hasta el final de mis propósitos.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Elsa Alcántara Reyes

FECHA: 25 - abril - 2003

FIRMA: Elsa Alcántara Reyes

A MI PADRE:

Porque él siempre me quiso y me enseñó que en la vida uno puede forjarse metas y al paso de los años conseguirlas. No importando lo difícil que sea, siempre podremos alcanzarlas y al final tendremos una gran satisfacción que podremos heredar a nuestros hijos y decirles con orgullo lo logré. Aunque no estés conmigo siempre estarás en mi corazón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI MADRE:

A ti, por ser la persona que ha confiado en mí y me ha apoyado incondicionalmente, que con tus consejos y regaños, me has impulsado a seguir por ese camino difícil de seguir. Por estar siempre cuando te he necesitado en las buenas y malas. Te dedicó este trabajo con todo mi cariño, amor y agradecimiento, por ser una persona que ha luchado contra marea y mar y demostrar que todo lo que uno se propone se puede conseguir. Gracias mamá.

A MIS HERMANOS:

En ustedes he encontrado su apoyo, su cariño, y amor. Y se que siempre estaremos juntos y apoyándonos toda la vida. JAVIER Y FERNANDO los quiero mucho.

A DIANA:

Por ser una persona tan excelente y siendo accesible a mis demandas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI ESPOSO:

Por ayudarme a terminar este sueño, que compartiremos juntos. Para compartir la herencia que me dejaron mis padres: mi estudio y poder compartirlo con nuestros hijos. Te quiero y amo.

A DIEGO:

Por ser un niño al que adoro, quiero y amo con toda mi alma y que eres un gran impulso para mí. Mi lindo hijo. Que con tus travesuras, sonrisas y tu cariño saldremos adelante.

A ANDREA:

Para la niña más bonita y traviesa, siendo una personita por quien luchar y llegar al final, sacrificando tiempo juntas para terminar un sueño. Te quiero, adoro y amo con toda mi alma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A GERARDO:

Por ser mi sobrinito mas tierno y cariñoso desde que te tuve en mis brazos, cuando naciste.

A MIS ABUELITAS.

Que son una lucha constante de vida y superación, teniendo una gran fortaleza que admiró. Las quiero mucho y siempre doy gracias a Dios por haberlas puesto en mi vida, mi mente y mi corazón.

A EVA:

Por que sin ti, no podría terminar este último escalón.

A ANA:

Por brindarme tú ayuda.

A TODOS MIS AMIGOS:

Por brindarme su amistad incondicional y ayuda,

A MIS PROFESORES:

Por enseñarme y darme un gran tesoro, que es: el conocimiento del saber, dándome un poco de si mismos para llegar a una meta.

AL DR. BUNEDER.

Por la elaboración y supervisión de este trabajo, brindándome una linda y hermosa amistad.

Gracias, a las instituciones en las cuales he realizado mis estudios, en especial a la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**, por ser mi casa de estudio profesional de Licenciatura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo I.....	6
1. Historia.....	7
1.1 Antecedentes en México.....	12
Capítulo II.....	16
2. Definiciones.....	17
Capítulo III.....	19
3. Envejecimiento.....	20
3.1 Causas del envejecimiento.....	21
3.2 Edades de interés geriátrico.....	21
3.3 Proceso de la senectud.....	22
3.4 Teorías de la personalidad.....	25
3.4.1 Teoría de la desvinculación.....	25
3.4.2 Teoría de la actividad.....	26
3.4.3 Teoría del intercambio.....	27
Capítulo IV.....	29
4. Demografía.....	30
4.1 Disminución de la natalidad.....	31
4.2 Morbilidad.....	31
4.3 Mortalidad.....	33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.4	Esperanza de vida.	35
Capítulo V.	.....	37
5.	Economía.	38
5.1	Condiciones socioeconómicas.	38
5.2	Jubilación.	40
Capítulo VI.	.....	43
6.	Cultura.	44
6.1.	Nivel educativo.	44
Capítulo VII.	.....	46
7.	Ocupación.	47
7.1	Aislamiento y soledad.	47
7.2	Ocio y tiempo libre.	48
Capítulo VIII.	.....	50
8.	Vivienda.	51
Capítulo IX.	.....	54
9.	Reacciones psicológicas.	55
9.1	Temores.	55
9.2	Cariño y atenciones.	56
9.3	Estado civil.	57
9.4	Relaciones padres-hijos.	59
9.5	Abuelos- bisabuelos.	60
Capítulo X.	.....	61

H

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10.	Anciano como paciente.	62
Capítulo XI.	.....	63
11.	Formas de conducta en el paciente de la Tercera Edad.	64
11.1	Comportamiento contradictorio.	64
11.2	Labilidad emocional y efectiva constante.	64
11.3	Machaconería.	65
11.4	Chochez.	65
11.5	Quejas continuas.	65
11.6	Conducta de toxicofilia.	66
11.7	Regresión de la libido.	66
11.8	Aumento de los deseos de ser amado.	66
11.9	Tendencia a guardar cosas.	66
11.10	Agresividad.	67
11.11	Alcoholismo.	67
11.12	Tabaquismo.	71
Capítulo XII.	.....	74
12.	Psicología en la senectud.	75
12.1	Adaptados.	75
12.1.1	Maduros.	75

I

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12.1.2	Blindados o rígidos.	75
12.1.3	Los caseros.	76
12.2	Inadaptados.	76
12.2.1	Irritables.	76
12.3	Mixtos.	77
12.3.1	Introvertidos.	77
12.3.2	Perturbados.	77
Capítulo XIII.	.....	78
13	Conservación de la salud bucal.	79
13.1	Mitos, actitudes y realidades.	81
13.2	Medidas de higiene bucal.	84
Capítulo XIV.	.....	87
14.	Estudio comparativo.	88
14.1	Puntos clave para la evaluación y manejo del paciente geriátrico.	88
14.2	Población y estadística.	90
14.3	Gráficas.	91
Conclusiones.	.....	102
Glosario.	.....	106
Bibliografía.	.....	108
Hemerografía.	.....	110
Páginas WEB.	.....	111

INTRODUCCION

Todo hombre desea llegar a la vejez, y sin embargo, se queja cuando lo consigue.¹⁵

Que un pueblo envejezca es la prueba de eficiencia de los avances médicos para elevar el nivel de vida, que ha permitido a la humanidad superar problemas en la primera etapa de vida del hombre, así su convicción por tener el completo bienestar físico, mental y social. En este camino las acciones de promoción, prevención diagnóstico y tratamiento da como resultado un aumento en la calidad para llegar a la vejez.⁸

Las enfermedades de los ancianos son abordadas en su mayor parte por internistas y otros especialistas, pero nosotros como dentista debemos involucrarnos más en ello, para dar así una mejor atención al Adulto Mayor.

Hay que darnos cuenta que el Adulto Mayor no solo es, una atención general sino que en él entornan muchos situaciones (económicas, emocionales, culturales, etc.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que incluyen en la atención del paciente viejo (geriátrico), si nosotros conocemos estas situaciones podremos dar una mejor atención con calidad hacia ellos. 15

Con el objetivo de cuidar la salud oral de nuestros mayores y conocer los factores relacionados con el envejecimiento oral. Así la gerontología supone una nueva filosofía.²⁰

De tratamiento oral en la prestación de cuidados odontológicos a los pacientes ancianos, especialmente, a los frágiles, limitados a su hogar e institucionalizados, dándole medios preventivos orales, previniendo el edentulismo mediante un tratamiento integral y restaurado de enfermedades dentales más frecuentes, (caries, enfermedad periodontal). La invalidez oral debe prevenirse por una rehabilitación prostodóntica más razonable. Aspectos negativos en la salud oral como la xerostomía, las lesiones de mucosas deben valorarse adecuadamente para su tratamiento. La higiene oral constituye un pilar básico para la prevención gerontológica.²¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El devenir de la vida humana implica necesariamente la satisfacción constante de necesidades biológicas, psicológicas y socioculturales. Al llegar a la ancianidad las necesidades se modifican como resultado de las alteraciones que sufre el organismo, la situación emocional y el lugar que se ocupa dentro de la cultura y la sociedad.¹⁶

Así la geriatría nace como una respuesta al abandono de pacientes ancianos, la mayoría reclusos, postergados y olvidados en cama de hospitales para enfermos crónicos; sin embargo, se vio que muchos de estos pacientes ancianos enfermos tenían muchas posibilidades de tratamiento y por lo tanto de curación, y que la cronicidad de su enfermedad e invalidez estaba en la carencia de una atención médica oportuna y adecuada.⁹

Hay que reconocer que la vejez no es una enfermedad. Ningún anciano está enfermo sin causa justificada. Cada individuo debe ser considerado en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

relación con el medio en que se desenvuelve. En el caso del anciano enfermo, las circunstancias sociales influyen poderosamente en su situación. El anciano presenta una patología múltiple que hay que saber valorar. La selección y estudio de sus necesidades es la base de su recuperación. El anciano tiene una capacidad de recuperación excepcional, pero ésta va en función del interés que se ponga para lograrla. 9, 11

El proceso de envejecimiento condiciona constantemente los episodios de enfermedad, produciendo una sintomatología atípica y a una evolución muy diferente a como sucede en la persona joven. El anciano enfermo necesita de un trato específico que sólo puede darse en un ambiente adecuado a tal fin.

El envejecimiento supone unos cambios importantes en el sistema biológico del hombre y al llegar a los 60 años, se encuentra con que además de éstos cambios y de alteraciones propias de la edad, tiene que enfrentarse con situaciones nuevas y adaptarse a ellas, de éstas situaciones las más constantes son:

- A. La jubilación.
- B. La disminución de recursos económicos.
- C. La pérdida progresiva de seres queridos.
- D. El descenso en las facultades físicas.
- E. Alteraciones Psicológicas de la inteligencia y la personalidad.
- F. La aparición de patología múltiple.¹¹

CAPÍTULO I

1. HISTORIA.

En las sociedades antiguas, alcanzar edades avanzadas significaba un privilegio, una hazaña que no podía lograrse sin la ayuda de los dioses, por tanto, la longevidad equivalía a una recompensa divina a los justos.²⁶

La historia del esfuerzo humano por prolongar la vida y evitar la muerte ha sido lo que dio origen al hechicero, al médico y al sacerdote. Así encontramos pueblos como la antigua China, India, Asia Menor e Israel en los cuales surgen prácticas mágicas y religiosas con el propósito de lograr una vida longeva de ser posible, un rejuvenecimiento.

En el antiguo Egipto se poseen documentos que dan testimonio de un viejo, también en la Biblia refieren dolencias de la ancianidad, disminución visual y auditiva, de las facultades mentales, de la potencia sexual, etc. En Grecia se inicia la separación de los conceptos de vejez y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfermedad. La enfermedad se presenta por una causa, independiente de la vejez".¹⁰

La otra gran fuente cultural de nuestra civilización occidental proviene de la tradición Hebreo Cristiana. Al igual que a los pueblos o tribus, en sus épocas más pretéritas, los ancianos ocuparon un lugar privilegiado. Los ancianos están, entonces, investidos de una misión sagrada, portadores de un espíritu divino. En cada ciudad el Consejo de Ancianos es todo poderoso y sus poderes religiosos y judiciales incontrarrestables.

En el mundo Romano al anciano se le dedicó mucha atención y se plantearon los problemas de la vejez desde casi todos los aspectos: políticos, sociales, psicológicos, demográficos y médicos. El peso demográfico de los ancianos era mayor que en el mundo Griego. Así mismo, se establece que existía un mayor número de ancianos varones que de ancianas, situación inversa a la actual. Las causas, con toda seguridad, eran debidas a las muertes maternas post parto. Casi duplicaban los viudos sobre los setenta años de edad. El mundo Romano

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

evidenció un envejecimiento a partir del siglo II, en particular en Italia.²⁶

La denominación "Edad Oscura" ó "Alta Edad Media", del siglo V al X, es la época de la brutalidad y del predominio de la fuerza. En semejante ámbito cultural, no es difícil imaginar el destino de los débiles, lugar que les corresponde a los viejos. Para la iglesia no constituye un grupo específico, sino están en el conjunto de los desvalidos. Serán cogidos temporalmente en los hospitales y monasterios. Los musulmanes practicaban los regímenes higiénicos heredados de la cultura Greco-romana y tenían ideas similares sobre la naturaleza de la ancianidad. En su obra Canon, revela diversas opiniones relacionadas con la vejez, en la que distingue dos periodos: declinación o senescencia (de los 40 a los 60 años de edad) y decrepitud (senilidad), etapa que se extiende hasta la muerte y se caracteriza por el deterioro físico y psíquico.¹⁰

El cristianismo escribió historia especialmente en los monasterios, por ellos se sabe mucho de la sociedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alrededor del año mil, la iglesia impulso a la población rural y luego a la aristocracia, la monogamia y la exogamia (no casarse con una prima), lo cual se tradujo en una familia estable y por ende, más protectora de los ancianos.

El arquetipo humano del Renacimiento lo personificaron los cortesanos, los humanistas, ambos rechazaron a los viejos, pues representaban todo aquello que quisieron suprimir, teniendo una idea de la inevitable decrepitud y el carácter melancólico de la ancianidad. La menor violencia durante el siglo XVI permite a los varones llegar a edades más avanzadas. En los medios aristocráticos acontece lo mismo con las mujeres, rompiendo con lo que había sido la tradición: de seguro a consecuencia de una mejor higiene en la atención de los partos en ese medio social. Es probable que la actitud de cortesanos y humanistas respecto a la vejez esa solo una postura literaria pues en la realidad cotidiana, la relación era más benevolente.²⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el resto de Europa, antes del Renacimiento, la vanguardia asistencial para los ancianos eran los gerocomios y hospitales-asilos, de los que su único objetivo era proporcionar "techo y comida" para los ancianos abandonados y enfermos. ¹⁰

La primera anatomía de la edad senil pertenece a Seiler en le siglo XVIII Merchnikoff (ruso), introdujo en el lenguaje médico la palabra GERONTOLOGIA, en 1904 y manifiesta su idea de desarrollar la gerontología como una rama científica dedicada al estudio el envejecimiento con criterios de investigación moderna y la define: como la ciencia que estudia el envejecimiento en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, como ciencia pura, básica o académica.^{10, 12, 14}

El término GERIATRÍA aparece por primera vez en 21 de agosto de 1909 por Nascher,¹¹ para muchos el comienzo de la Geriatria moderna se inició con los trabajos de la doctora Marjory Warren a partir de 1935 en un hospital para crónicos en Londres. De su trabajo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

entonces y sus ideas nacieron, para la Medicina Geriátrica, muchos de los principios que mantienen vigencia:

- A. La vejez no es una enfermedad.¹¹
- B. Un diagnóstico exacto es esencial hacerlo.
- C. Muchas enfermedades de la vejez son curables.
- D. El reposo injustificado puede ser peligroso.²⁷

El 17 de mayo de 1948, se funda la Sociedad Española de Gerontología. El 12 de julio de 1950 se reúnen 25 médicos de 14 países en Lieja, Bélgica, y llevan a cabo el primer Congreso Internacional de Gerontología y en la actualidad los 50 países que forman parte de él, celebran congresos todos los años. El propio Congreso Internacional de Gerontología, convoca congresos europeos de Gerontología biológica, clínica y social, y un Congreso Internacional cada cuatro años.^{10,12,14.}

1.1. ANTECEDENTES EN MEXICO

El desarrollo de la gerontología en nuestro país es aún muy reciente si se considera que existen

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

antecedentes de asistencia a la vejez desde 1861, año en que se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que manejaba los hospicios y establecimientos de beneficencia del gobierno de México.

En 1950 el Dr. Manuel Paino, asesor médico gerontológico de la Secretaria de Salubridad y Asistencia de México, inicio un movimiento para el desarrollo de dicha especialidad. Se le considera uno de los pioneros de la Asociación Internacional de Gerontología (IAG). El movimiento despertó interés entre los profesionales y en 1956 culminó en la ciudad de México con el Primer Congreso Panamericano de Gerontología.

Después del congreso y hasta 1976 no hubo otra actividad gerontológica en México; los colaboradores del Dr. Paino interrumpieron sus actividades, y en 1960 México fue excluido de la Asociación Internacional de Gerontología. Este desinterés provocó un retraso durante 20 años siguientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1976 el gobierno del estado de México fomentó una reunión geriátrica en la ciudad de Toluca, en la cual los actuales organizadores del movimiento gerontológico entre ellos el Dr. Samuel Bravo Williams fundaron la Sociedad de Geriátria y Gerontología de México, A.C. (GEMAC) registrada el 16 de mayo de 1977, cuyos objetivos han sido el intercambio de conocimientos, la difusión y enseñanza de la rama gerontológica y geriátrica a través de sus cuatro secciones : biológicas (investigación), medicina clínica (geriátria), psicología y ciencias sociales; es nuevamente aceptada como miembro de la IAG en agosto de 1978.

Entre las actividades llevadas a cabo por dicha sociedad destaca el primer Congreso Internacional Bilateral de Geriátria México-EUA, celebrado en 1978 en la ciudad de Guadalajara, México.

La importancia de la gerontología en México se ha elevado gracias a los programas de esta sociedad. El 22 de agosto de 1979 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto presidencial por el cual se crea el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Institución Nacional de la Senectud (INSEN). En el propio decreto se señalan los objetivos del mismo: atender, ayudar, orientar y proteger a la vejez mexicana, y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas.

En 1983 se crea en México el Consejo Mexicano de Geriátria. Y es en 1985 cuando por primera vez una institución de educación superior como el IPN se preocupa por forjar los primeros geriatras mexicanos y crea la maestría en ciencias con especialidad en Geriátria.

La Universidad Iberoamericana, otorga el Diplomado Universitario en Gerontología. También es importante destacar que en México y en el resto del mundo existen diversos organismos, grupos y asociaciones que trabajan por el bien de las personas mayores de 60 años y hacen reuniones, congresos, simposios, foros, etc., para dar a conocer los avances de la Geriátria y la Gerontología en diferentes países.¹⁰

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO II

2. DEFINICIONES

GERIATRIA. Es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos.^{12, 27}

GERONTOLOGIA. Es el estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales como sería la introducción, actuación y desempeño de papeles en la familia, en un grupo o en la población en que se vive.⁸

GERONTOLOGIA SOCIAL. Es una ciencia que se ocupa del hombre como organismo social, que existe en un ambiente social y aceptado por éste.²⁷

ODONTOGERIATRIA. Es una especialidad de la odontología, que se ocupa del estudio, prevención y tratamiento, los cambios estructurales, funcionales y patológicos del sistema estomatognático, multi e interdisciplinariamente en el Adulto Mayor sano, en el

médicamente comprometido y en los que requieren de atención especial .2

ANCIANO. Son las personas en la última etapa de la vida, entre la madurez y la edad senil.8

SENIL. Proviene del latín *Senecere*, envejecer.8

SENECTUD. Una involución morfológica y funcional que afecta a la mayoría de los órganos y sistemas y que conduce a una decadencia gradual en el desempeño del individuo.28

LONGEVIDAD. Número teórico del máximo de años que puede sobrevivir la especie en condiciones ideales.2

CAPÍTULO III

3. ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.¹⁰

Desde un punto de vista biológico, se sugiere que es una fase final del desarrollo normal, determinada genéticamente, que se resuelve en imperfecciones en la función.

Desde un punto de vista patológico toma dos formas. Una considerada que el envejecimiento es un proceso esencialmente autodestructivo, la otra teoría como el resultado final de la acumulación progresiva de experiencias traumáticas casuales relacionadas tanto con la vida como con la enfermedad.²

3.1. CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO.

DISMINUCIÓN DE LA NATALIDAD. Por la política de anticoncepción, ya se ha acompañado de las caídas correspondientes de las tasas de fecundidad.

DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD. La consecuencia obligada de los continuos progresos que en las áreas médicas, asistenciales y sociales están produciendo países industrializados.

MIGRACIONES. Es conocida la "desertización" de áreas rurales, por el desplazamiento de jóvenes y adultos hacia núcleos urbanos industrializados en el otro extremo, la "geriatrización" de las zonas costeras y templadas.⁶

3.2. EDADES DE INTERES GERIATRICO.

EDAD INTERMEDIA. Aproximadamente 45 a 60 años (presenil) primer envejecimiento ó crítica. Aparecen en esta edad los primeros signos de envejecimiento, que

representan una predisposición a enfermedades que requieren medidas preventivas.

SENECTUD GRADUAL. Entre 60 y 70 años y caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas, que requieren diagnóstico y tratamientos oportunos.

SENILIDAD O VEJEZ DECLARADA. Empieza alrededor de los 70 años me incluyen en sentido estricto la anciana con un amplia importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico social y de rehabilitación por los estados minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad.

LONGEVIDAD. A los mayores de 90 años se les suele llamar así, refiriéndose también a algunas características fisiopatológicas generales de esta edad.⁵

3.3. PROCESO DE LA SENECTUD.

El envejecimiento y la senectud, con su progresiva inestabilidad y degeneración, no se han modificado

considerablemente por la intervención de la ciencia moderna.

Poco se sabe acerca del origen de la senectud y no existe un concepto claro acerca de la verdadera naturaleza del envejecimiento. Convencionalmente se acepta que la vejez es una etapa de la vida que comienza alrededor de los 65 años y termina con la muerte, aunque hay que distinguir tipos y edades del envejecimiento.

1. El envejecimiento cronológico se define con las medidas de las constantes físicas que nos provee nuestro planeta.
2. La edad fisiológica denota el nivel de función biológica persistente y su grado de efectividad.
3. El envejecimiento patológico se debe a una aceleración del fenómeno normal en un organismo o tejido.
4. El envejecimiento psicológico se refiere al deterioro progresivo de los procesos mentales que ocurre como consecuencia del envejecimiento de la corteza cerebral.

También hay que considerar que envejecer es un proceso individual, ya que cada individuo envejece a un ritmo propio y diferente del que observan los demás individuos de la especie. No todos los órganos, aparatos y sistemas envejecen a la misma velocidad. El envejecimiento no es una enfermedad ni vejez significa edentación. Cada individuo debe ser considerado en relación con el medio en que se desenvuelve. El anciano enfermo presenta una patología múltiple que hay que valorar bien. El anciano tiene una capacidad de recuperación excepcional, pero ésta va en función del interés que se ponga para lograrla. El anciano enfermo necesita de un trato específico que sólo puede darse en un ambiente adecuado a tal fin.

Este proceso se suscitan los cambios propios de la edad, atribuibles al paso del tiempo (factores extrínsecos). Además, la vulnerabilidad de los ancianos a numerosos tipos de tensiones se acentúan al disminuir sus recursos, es decir, con las restricciones sociales y económicas, con el deterioro de los mecanismos biológicos de adaptación y

con la debilitación de la eficiencia y el vigor de las funciones somáticas y cerebrales.¹⁰

3.4. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

3.4.1 TEORIA DE LA DESVINCULACIÓN.

Consideran el envejecimiento como separación mutua e inevitable del individuo de la sociedad de éste. Esto produce disminución de las interacciones entre el anciano y los demás miembros del sistema social al cual pertenece. Esta teoría establece entre otras cosas que los ancianos:

- A. Desisten de sus papeles o roles habituales.
- B. Tienen menos interacciones sociales y con menor número de personas.
- C. No aceptan compromisos que impliquen el logro de objetivos o tareas
- D. Muestran poco entusiasmo por cumplir con las normas de la sociedad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- E. Buscan respuestas inmediatas a sus propuestas y acciones.

Las mujeres, especialmente las viudas que han vivido aisladas de la sociedad, se muestran indiferentes y autoritarias.

3.4.2 TEORIA DE LA ACTIVIDAD.

Sugiere que en la edad avanzada la vida es satisfactoria cuando el individuo sigue intercambiando con la sociedad. Según ella, la gente que permanece activa en las ocupaciones de la edad madura se adapta mejor a la vejez.

Esto significa mantener a las personas ocupadas en actividades de grupo, interactuando y participando en trabajos artesanales o artísticos. Una doctrina que proponga la actividad como una mente digna de envejecer tendrá influencia sobre la actitud y la conducta del personal de la institución hacia los ancianos. Se espera que todos los pacientes participen en los programas y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

disfruten de ellos y los consideren necesarios y terapéuticos. Existe el peligro de que a los pacientes que no participan se les haga sentir "menos colaboradores" que los otros que sí lo hacen. Hay que destacar que no son buenos y apropiados para toda la gente.

3.4.3 TEORIA DEL INTERCAMBIO.

Las teorías de la actividad y de la desvinculación establecen que durante la edad avanzada disminuyen la interacción con la sociedad. Podemos considerar que el beneficio que se alcanza a través de la interacción con la sociedad es al satisfacción de recibir, a la que se sustraería lo que se dio. La teoría psicosocial del intercambio social propone que la interacción entre individuos y grupos perdura mientras sea provechosa para los participantes. Cuando el intercambio social ocurre desequilibrio, se origina una situación de dominación.

La participación social de los ancianos disminuye como resultado de la pérdida gradual de su capacidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

para conservar las relaciones reintercambio con los demás . Esto es inevitable debido a la pérdida de la salud, de los amigos y la disminución de los ingresos. Cuando el anciano agota los recursos que le otorgaban su fuerza, lo único que puede hacer es acatar las disposiciones de los más jóvenes o de la sociedad, lo que produce un desequilibrio en la relación. La parte dependiente y con menos fuerza intentará restablecer el equilibrio mediante aislamiento, ampliación de sus estructuras de poder, hacer vales su posición social y económica o por el establecimiento de alianzas.7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO IV

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. DEMOGRAFÍA

En términos demográficos se define como el incremento de la población de edad avanzada y la disminución de los niños y jóvenes. De acuerdo con los criterios de Naciones Unidas, una población puede considerarse como vieja si más del 7 % de sus miembros tienen 65 años y más, o más del 10 % tiene 60 años y más (Naciones Unidas).²³

El envejecimiento es una de las expresiones más notables de los cambios registrados en la estructura demográfica mundial. Así, mientras la población general crece a un ritmo de 1.7 % anual, los individuos de 60 años y más experimentan un aumento de 2.5 %. En un principio este proceso era característico de países industrializados, pero en la actualidad los incrementos en la proporción de Adultos Mayores respecto al total de la población tienden a ser más evidentes en las llamadas naciones periféricas. Esto último puede atribuirse no sólo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a una mayor esperanza de vida, sino a los descensos observados en la fecundidad.²⁴

4.1. DISMINUCION DE LA NATALIDAD

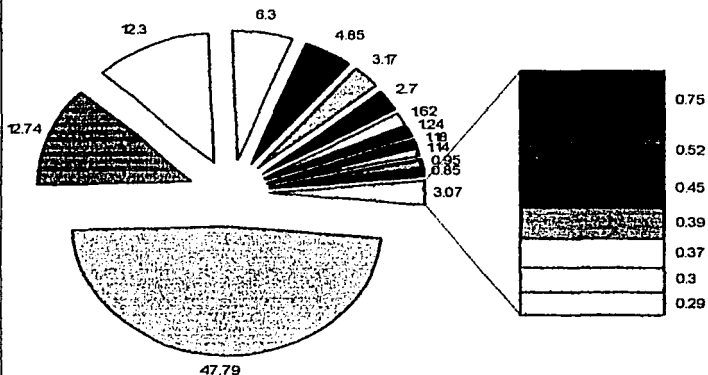
Son muy diversos los factores, sociales y culturales fundamentalmente, que han determinado el descenso de la natalidad; entre ellos, y además de las dificultades económicas y laborales, el descenso y el retraso de la unión matrimonial, el incremento del número de divorcios, la cohabitación, el cambio del patrón familiar y de creencias religiosas, etc.⁶

4.2. MORBILIDAD

Debida a las principales enfermedades (cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión y arterosclerosis) han disminuido, como asimismo ha declinado la morbilidad entre personas de edad debida a otras enfermedades, incluyendo las dermatológicas, los problemas visuales y auditivos y los trastornos ortopédicos múltiples.¹⁹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Veinte principales causas de enfermedad en grupos de 60 y más



- | | |
|---|---|
| □ Infecciones Respiratorias Agudas | ■ Infec. Intes por otros Organos y las mal Def. |
| □ Infección de Vías Urinarias | □ Úlceras, Gastritis y Duodenitis |
| ■ Hipertensión Arterial | □ Diabetes Mellitus |
| ■ Amebiasis Intestinal | □ Insuficiencia Venosa Periférica |
| ■ Otras Helmintiasis | ■ Neumonías y bronco-neumonías |
| □ Enfermedades Isquémicas del Corazón | □ Otitis Media Aguda |
| ■ Asma | ■ Enfermedades Vasculocerebrales |
| ■ Intoxicación por Picadura por Alacrán | ■ Conjuntivitis Mucopurulenta |
| □ Eriopela | □ Mordeduras |
| □ Quemaduras | □ Ascariasis |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

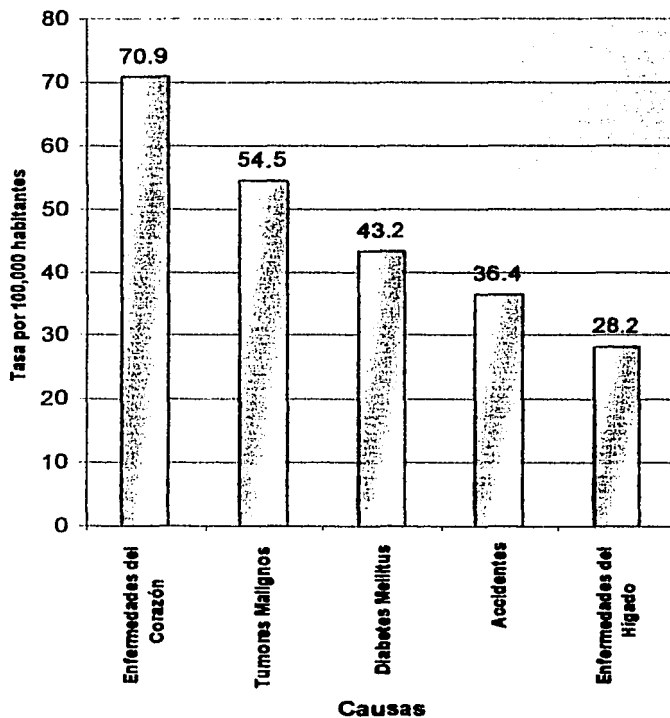
4.3. MORTALIDAD

Respecto de la disminución de la mortalidad, como determinante del crecimiento demográfico, las estadísticas disponibles muestran que en la década de 1920 hubo cierta tendencia a la mejoría, la cual se hizo más notable e impresionante por su rapidez, en los años de la posguerra.

En la mayor parte de los países seleccionados, las tasas brutas de mortalidad infantil presentan reducciones importantes, como en el caso de México. Muchos autores coinciden en afirmar que el envejecimiento de la población se debe, más que a disminución de la mortalidad, a la disminución de la natalidad, habida cuenta de que ésta condiciona el aumento en la proporción de las personas de 60 años y más.⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Principales causas de mortalidad general 1998



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. 4. ESPERANZA DE VIDA

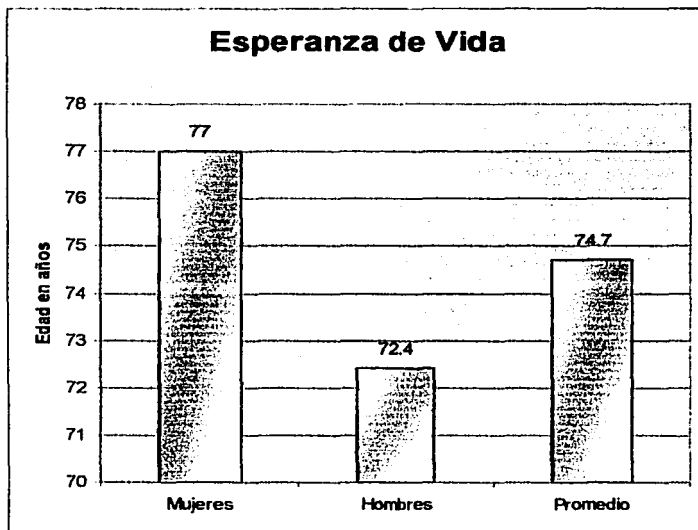
Uno de los principales logros de todos los tiempos es la mayor expectativa de vida del ser humano conseguida en el curso de estos últimos 100 años. En el siglo XX, la expectativa media de vida en los países desarrollados ha aumentado de unos 47 años a más de 75 años. Esto, junto con el descenso en la tasa de natalidad, produjo cambios considerables en las características demográficas de la población. La edad media de la población en los países desarrollados aumenta a un ritmo sin precedentes y se estima que en Europa se aproximará a los 60 años para el año 2050. esta tendencia también se observa en la mayoría de los países en desarrollo, aunque ha comenzado en fecha posterior. 17

Estas reducciones en las tasas de natalidad y de mortalidad infantiles se traducen en un incremento de la esperanza de vida, la cual es generalmente menor en los países en desarrollo que en los desarrollados.⁸ También al mejorarse las condiciones generales de salud de los

pueblos, la esperanza de vida se ha incrementado de manera sostenida a lo largo de varias décadas, requiriéndose del desarrollo de programas prioritarios dirigidos a grupos específico.²²

ESPERANZA DE VIDA 1998²¹

PROMEDIO	MUJERES	HOMBRES
74.7	77.0	72.4



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO V

5. ECONOMIA

5.1. CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

A una edad en la que se debería facilitar la vida, las dificultades aumentan:

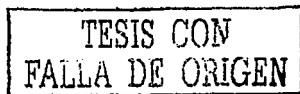
1. La vivienda a menudo no ha seguido la evolución de la persona y no ha estado adaptada en función de la pérdida de movilidad; por el contrario, con frecuencia ni se ha modernizado; los sanitarios y la calefacción han quedado anticuados; por otra parte, se trata, habitualmente de una casa individual.
2. La muerte del cónyuge y el alejamiento de los hijos llevan al aislamiento progresivo de los ancianos, que sólo pueden apoyarse en los vecinos y en las asociaciones del barrio.
3. Por último, los recursos son a veces limitados.¹

En México, así como en otras latitudes, las pensiones fueron, en tanto prestación económica, la primera manifestación de la seguridad social.

Entre ellas destacan la Célula Real expedida en 1526, que inicia la asignación de pensiones a la sucesión de Moctezuma II. Durante el periodo de la Conquista, crearon instituciones de seguridad social como las pensiones para los necesitados el Montepío para los empleados del virreinato y que amparaba a las viudas y huérfanos de los empleados del Ministerio de Justicia, además de las Cajas de comunidades indígenas.

Afines del siglo pasado (1886) surge la Ley de Pensiones, Montepío y Retiros, poco después se aprueba el otorgamiento de pensiones a maestros y, más tarde, a empleados federales.

Finalmente, en agosto de 1925 se publica en el Diario Oficial la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, la ley incluía a todos los encargados de un servicio público, exceptuando militares, senadores y diputados. Pero está



vez quedaron incorporados los presidentes de la República.

A partir de entonces se han introducidos varios cambios, se ha modificado la Ley se creó la Dirección de Pensiones Civiles, que posteriormente desapareció y fue sustituida en 1944 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y en 1972 el Fondo de Vivienda y Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE).¹⁰

5.2 JUBILACIÓN

En la actualidad, un hito muy significativo en la biografía de todo ciudadano laborante, dentro de la estructura económica del Estado es la jubilación. Palabra tomada del latín "jubilare" que significaba "lanzar gritos de júbilo", significado que para la mayoría de nuestros contemporáneos sonaría a sarcasmo.

En su origen nació como una recompensa a los trabajadores de más de 50 años. Según Simona de Beauvoir esta era la recomendación que hacía Tom Paine en 1976.

Desde el punto de vista económico, se pasa de una gratificación benevolente a un derecho adquirirlo para dar un estipendio unos pocos años después de cierta edad, en la cual, probabilísticamente, hay una declinación de rendimiento. Así se crean los sistemas de seguros sociales y todo un todo de estudio de probabilidades de sobrevivida. Con el aumento de las expectativas de vida, se mantiene, el procedimiento, aunque postergando la edad de jubilación, en el bien entendido que si el viejo ya no es productor, a lo menos, mantenerlos un cierto nivel de consumidor.²⁹

La jubilación es la situación social en que se encuentra un individuo a partir de la cesación, institucionalmente reglamentada, del ejercicio de su actividad renumerada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si considera al aislamiento como fuerza de trabajo, fuente de plusvalía y por lo tanto susceptible de ser sustituida. En consecuencia, los trabajadores ya jubilados, independientemente de su edad, se transformarán en poco productivos; además de agregarle la pérdida de sus capacidades físicas.

La sociedad cubre esta situación bajo la rúbrica de un descanso merecido. Sin embargo, este "derecho al descanso" se sitúa en la lógica de rentabilidad, y el tiempo libre otorgado al ex-trabajador, corre el riesgo de transformarse en un tiempo vacío y de corresponder a una vida social sin especificidad.

Por otro lado, las actividades de los jubilados son determinadas por el nivel y la naturaleza de los recursos acumulados durante la vida de trabajo. Entendiendo como recursos acumulados los bienes constituidos por los elementos que dispone el anciano en lo inmediato, para mantener tanto sus estatus familiares y social, como de su ser biológico.²⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO VI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. CULTURA

6.1. NIVEL EDUCATIVO.

A principios del siglo la educación formal de los hijos no era muy apreciada. Muchos de los padres fueron inmigrantes que desempeñaban trabajos que no requerían educación formal. Saber leer y escribir no era requisito para obtener empleo y ganar dinero. Si la familia tenía que elegir cuál de los hijos debía alcanzar la educación superior, aunque sólo fuera educación secundaria, los hijos varones tenían más probabilidades que las hermanas. El futuro de las muchachas era casarse y tener familia, para lo cual no se consideraba necesario la educación formal. A causa de estas actitudes no es sorprendente que algunas personas de 65 años a mayores sean analfabetos funcionales.

La escolaridad entre los ancianos cada vez es mayor, pero no porque haya más ancianos sino porque muchos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de ellos tuvieron oportunidad de asistir a la escuela cuando fueron jóvenes.

Algunos personas no tuvieron oportunidad de asistir muchos años a la escuela ha hecho y siguen haciendo contribuciones significativas a la sociedad. Se les puede encontrar ocupadas en los negocios, las artes y el comercio. Aprendieron lo que necesitan saber para se eficientes en su trabajo.⁷

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO VII

7. OCUPACIÓN.

7.1. AISLAMIENTO Y SOLEDAD.

Se entiende por aislamiento el campo objetivo de los contactos sociales, mientras que la soledad alude más bien a las vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales, es decir, que algunas personas se sienten solitarias, pero nunca aisladas, a juzgar por la cantidad y la índole de los contactos sociales comprobables objetivamente. Otras personas tienen relativamente pocas relaciones sociales y a quienes se les considera como seres aislados, pero no se sienten personas aisladas. El aburrimiento aparece como la consecuencia de la ausencia de ritmo en las actividades cotidianas, es decir, cuando no se procede a poner orden y concierto en las propias actividades y romper la sensación de tedio. Así la disminución de los contactos sociales provoca en ellas una mayor sensación de soledad, sumisión y dependencia. Es más frecuente el estado de soledad en el sexo masculino.¹⁰

El tercer problema de los ancianos y desde otro punto de vista, la compañía es su tercer deseo más ferviente después de la salud y el dinero.

La mayoría se sienten solos, como es natural, por la pérdida de vida de las personas queridas, y otros porque viven solos. Un 13% se siente solo por falta de contactos sociales y sólo un 6% se siente solo por falta de interés de la familia. Otro 5% se siente así por su incapacidad física.

Para combatir la soledad hay que distraerse, tener amigos, vivir en familia y vivir acompañado. Sólo un 6% elige la lectura o la televisión para evitarlo.⁶

7.2. OCIO Y TIEMPO LIBRE

En el plano sociocultural el anciano carece de una educación para la vejez, para el ocio y para aprovechar y disfrutar el tiempo libre del que dispone.

Los ancianos utilizan su tiempo libre según porcentajes, de un 39% pasear, 33% ver amigos, 37% ver

la televisión, 25% ir al hogar o el club de jubilados, 25% escuchar radio y un 24% algún tipo de lectura. Sólo un 12% visita a la familia y un 11% utiliza su tiempo libre en sus aficiones.

Es necesario que el anciano emplee su tiempo libre cultivando y desarrollando sus aficiones e inquietudes personales, estimulando que se vinculen a través de los lugares que ya les son familiares. El otro gran apartado del tiempo libre son las vacaciones.

Los que no se van de vacaciones, el 40% lo retienen razones económicas, un 30% prefiere quedarse en casa, un 20% tiene problemas de salud y un 10% no tiene con que irse.⁶

TESIS CON
FALLA DE URGEN

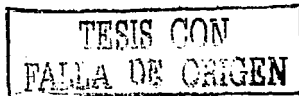
CAPÍTULO VIII

8. VIVIENDA

Las personas mayores, siempre que su situación social lo permita, deben poder vivir de forma autónoma en sus hogares e integrados en la sociedad. Para ello es necesario que las viviendas, además de contar con el equipo adecuado de saneamiento y comodidad, sean accesibles y estén adaptadas a las capacidades funcionales de las personas mayores.²²

Los ancianos desean vivir para siempre en un mismo sitio. Muchos han permanecido más de 20 años en un solo lugar. Se han hecho viejos en el mismo lugar. Conocen al cartero, el boticario y al empleado de la tienda de víveres. Les agrada el vecindario porque ahí se encuentran sus amigos. Es común que en estas áreas no existen muchas familias jóvenes.

Generalmente los barrios habitados por ancianos se van deteriorando. Las casas no se conservan bien cuando el propietario envejece el dinero escasea. Las casas y los patios requieren trabajo para conservarse en buen estado.

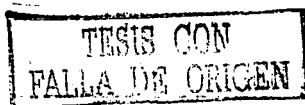


Los ancianos carecen de la fuerza y la energía necesarias para hacer la tarea, aunque tengan deseos de efectuarla. No tienen dinero para pagar o a veces están imposibilitados para salir en busca de alguien que se encargue de reparaciones o trabajos de conservación.⁷

También el gran problema respecto al lugar de residencia de nuestros ancianos, los que viven por temporadas con sus diferentes familiares, que son temporadas de 15 días en domicilios distintos. Hay quienes viven en domicilios particulares, otros alquilados y otros cedidos. Pero aún son los dueños de su vivienda enfrentan problemas a medida de que los impuestos y el pago por servicios se incrementan a causa de la inflación.⁶

Para satisfacer las necesidades de los ancianos se requieren diferentes tipos de vivienda:

COMUNIDADES DE RETIRADOS. Para personas que desean conservarse activas y con vida social intensa. El programa incluyen clases, reuniones, actividades



sociales; algunas comunidades cuentan con hospital propio.

HOGARES PARA ANCIANOS. En general, administrados por grupos religiosos. Proporcionan todos los servicios, incluso atención a la salud, cuando es necesario. Los residentes se mantienen activos e independientes el mayor tiempo posible. Se cuenta con enfermería y servicios de atención a la salud.

PARQUES PARA CASAS MÓVILES. Vivienda durante todo el año, o arreglos para hospedarse durante ciertas estaciones del año.

ESTANCIAS PARA HOSPEDAJE Y CUIDADOS. Para quienes requieren ayuda con las comidas y atención personal. No se proporciona atención a la salud. Casi siempre son dependencias estatales.

CASAS DE CONVALENCIA. Para gente que necesita constantemente cierto grado de atención de enfermería. Funcionan con fondos gubernamentales.⁷

CAPÍTULO IX

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. REACIONES PSICOLOGICAS.

9.1. TEMORES.

El problema más serio para ellos es la delincuencia. El siguiente fue el miedo a la enfermedad, seguido por el de no contar con suficiente dinero para vivir, y en cuarto lugar al miedo a la soledad.

Una persona joven y un anciano de 65 años de nivel económico comparable, las causas de insatisfacción son diferentes; el joven se queja de la insuficiencia de sus ingresos para cubrir sus necesidades de la pobreza de su hogar. En cambio, en el caso de los ancianos las necesidades materiales tienden a disminuir y la persona aprende a conformarse con lo que tiene.

Algunos ancianos, particularmente en las grandes ciudades, viven encerrados, temerosos de salir de su habitación o departamento. Esta gente no salía ni para obtener alimentos debido a su temor a ser atacados o

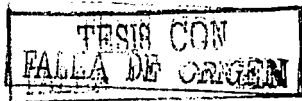
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

asaltados. El viejo se encuentra a merced de quien quiera atacarlo y él lo comprende.

Los viejos se ven especialmente afectados por los problemas de toda la sociedad. La violación de mujeres ancianas no es rara, y las prostitutas merodean las casas de departamentos donde habitan ancianos, especialmente en los días que ellos reciben sus cheques de pensión. En muchas ciudades se cuenta con centros de asistencia para personas que han sido violadas o asaltadas sexualmente.

9.2. CARIÑO Y ATENCIONES

Las personas casadas viven más años que quienes permanecen solteros. Walster y Walster (1978) tomaron en consideración el estado conyugal como una variable en su estudio sobre relaciones amorosas y sensación de bienestar físico y psicológico. La intimidad es parte de las satisfacciones de la vida y se ve como mecanismo de protección contra la depresión y la angustia.



En los asilos de ancianos es común observar a dos mujeres tomadas de la mano, caminar tomadas del brazo o bailar juntas. Es una forma de satisfacer las necesidades de contacto físico y de afecto. El anciano que trata de tomar la mano de la enfermera o de abrazarla y besarla también está expresando la misma necesidad. En las instituciones que reconocen la necesidad de los seres humanos de efecto y contacto físico con otros seres humanos, se acepta y aun se espera que el profesional muestre cariño hacia los pacientes. Algunos hogares para ancianos permiten la visita conyugal en un ambiente apropiado o alojan a marido y mujer en la misma institución.

9.3. ESTADO CIVIL

Según los censos de 1980, la mayoría de los ancianos del sexo masculino eran casados (78%), en tanto que la mayoría de las ancianas eran viudas. Esto en gran parte se explica por la mayor longevidad de las mujeres, pero también por las normas de la sociedad. En general, las mujeres se casan con hombres de mayor

edad que ellas. Cuando una mujer se case con un hombre más joven, si la diferencia es mayor, sus amistades y parientes desaprueban su conducta. Por lo contrario, un hombre puede elegir una pareja mucho más joven, a veces 30 años menor que él y aunque de lugar a comentarios por lo regular su conducta es aprobada.

Hombres y mujeres de 65 años se casaron o se vuelven a casar.

Existen obstáculos para los matrimonios entre ancianos. Uno de los principales problemas es la actitud de los hijos mayores de cualquiera de los posibles contrayentes. Si los hijos sienten que el nuevo matrimonio amenaza su herencia, podrían interferir los planes de casamiento. Los hijos que no comprenden las necesidades y deseos de los padres pueden objetar el matrimonio. Habitualmente los ancianos sacrifican sus necesidades de efecto que les brinda el matrimonio para no entrar en conflicto con sus hijos adultos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo pasado, una de las razones por la cual las personas jubiladas no se casaban era la pérdida de la pensión de uno de los cónyuges.

9.4. RELACIONES PADRES E HIJOS

Las relaciones entre los padres y sus hijos adultos tienden al final a invertirse. Esto ocurre principalmente cuando los padres pierden su capacidad física o mental. Por lo regular los cambios son lentos y sutiles, y a medida que los padres envejecen van siendo desplazados hacia un papel de menor relevancia. Sus ideas aun son válidas, pero no se parecen tener la misma fuerza. Los padres envejecidos empiezan a ser tratados de manera "especial" debido a su edad.

Uno de los momentos más difíciles es la etapa en que los padres empiezan realmente a perder su capacidad para velar por su propia seguridad, cuidar de sí mismo y vivir en forma independiente. Así como en otros tiempos sintieron que "ellos sabían lo que era mejor para sus hijos", ahora los hijos sienten que saben lo que es

mejor para sus padres, e intentan invertir los papeles. A veces este cambio tiene lugar sin mayores problemas, pero en ocasiones los padres hacen valer su independencia y siguieron tomando propias decisiones.

9.5. ABUELOS Y BISABUELOS.

Es frecuente que las personas de 70 años o mayores hayan disfrutado del papel de abuelos. Muchos han vivido lo suficiente para conocer a la cuarta generación de su descendencia. Algunos individuos piensan que entre los viejos y los muy jóvenes se concertan alianzas como grupos minoritarios, "que están en desventaja" frente a los adultos jóvenes. Este tipo de relación tiene la ventaja de que no hay responsabilidades entre abuelos y nietos, excepto gozar de la amistad y de la compañía placentera.⁷

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO X

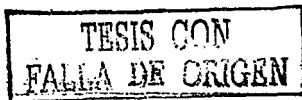
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. ANCIANO COMO PACIENTE

Actuar como paciente frente a los profesionales de la salud no es un papel verdaderamente nuevo para el anciano. Sin embargo, en éste también hay cambios sutiles pero notables. Uno de los más difíciles de tolerar es la falta de credibilidad, cada vez mayor, que se advierte cuando se narra la historia de los padecimientos o se comunica alguna experiencia subjetiva relacionada con la salud.

Las enfermedades crónicas de la naturaleza evolutiva que no mejoran con el tratamiento médico sitúan al paciente en una posición vulnerable. En ese caso el anciano depende del juicio de la voluntad de la persona que lo atiende. Hay peligro de rechazo o falta de atención cuando se acusa de desobediencia.

Los ancianos necesitan habilidades especiales, recursos y apoyo cuando solicitan atención para su salud, con objeto de compensar el estereotipo de debilidad que se les ha impuesto.⁷



CAPÍTULO XI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. FORMAS DE CONDUCTA EN EL PACIENTE DE LA TERCERA EDAD.

Las posibilidades de adaptarse a la situación y puesto que la sociedad y la familia le ofrecen están determinadas en el anciano por su pasado y sus capacidades de comunicación y respuesta.

11.1. COMPORTAMIENTO CONTRADICTORIO.

Temen a la soledad, pero no aceptan las proposiciones que se les hacen para evitar aquélla. Desean estar solos para no tener que sufrir nuevos abandonos o rechazos en el futuro.

11.2. LABILIDAD EMOCIONAL Y AFECTIVA CONSTANTES.

Las manifestaciones emocionales saltan por el menor motivo: fácilmente se entristecen, lloran o exhiben una incontinencia emocional inadecuada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.3. **MACHACONERÍA.** Rompiendo cosas coherentes, pero su constancia y contundencia indiquen un comportamiento agresivo en su interlocutor.

11.4. **CHOCHEZ. O REPETICIÓN** constante de las cosas desprovistas de sentido, inoportunas o irrelevantes, que suelen dirigir a interlocutores imaginarios o desconectados de sus intereses y situación.

11.5. **QUEJAS CONTINUAS.** En torno a su salud o pérdida de la autonomía o estatus y complaciéndose en contar con detalle y prolijamente sus males y sus cuitas creando un estado de irritación a quienes les escuchan.

Puede haber una demanda desinterés o afecto pero su comportamiento suele testimoniar más bien una disfunción de su capacidad de amar y de sociabilidad, concentrado de su interés solo su estado físico, constituyen esa conducta una forma de replegarse sobre sí mismo.

11.6. CONDUCTA DE TOXICOFILIA. Cuando el anciano se hace dependiente de ciertos fármacos como laxantes, hipnóticos, ansiolíticos, vaso activos de alcohol.

11.7. REGRESIÓN DE LA LIBIDO. Manifestando una clara disminución del amor hacia los demás, un interés decreciente hacia las comidas, menospreciando su calidad y presentación, y un deseo creciente de estar sentado o en cama, con aumento evidente de la pereza.

11.8. AUMENTANDO LOS DESEOS DE SER AMADO. Haciéndose celosos en un sentido amplio, de forma que provocan conflictos con quienes conviven con ellos y llegando incluso a los chantajes afectivos, siendo este comportamiento también una forma de conducta regresiva.

11.9. TENDECIA A GUARDAR COSAS O UN CONSERVADURISMO DESMESURADO. Almacenando alimentos, objetos, periódicos e inverosímiles recuerdos que llenan sus armarios, sus mesas, estanterías y toda

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

clase de rincones, revelando éste proceder otra forma de deterioro regresivo.

Sabido como los viejos se suelen rodear de sus reliquias, tratando de reemplazar por objetos las imágenes de la vida interna íntima. Dichos objetos les resultan indispensables y no aceptan ningún cambio en su casa. Esta conducta provoca incluso reacciones de agresividad e intolerancia.

11.10. AGRESIVIDAD. En muchos ancianos es una forma de buscar la adaptación que puede serles rentable si su mensaje es escuchado y comprendido, pero puede serles perjudicial si esa agresividad se considera como patológica.

11.11. ALCOHOLISMO EN LA VEJEZ.

Consideramos alcohólicos en geriatría a las personas envejecía con problemas físicos, mentales y sociales en relación con el consumo de alcohol, aunque no sean propiamente dependientes de ésta, teniendo más



en cuenta los daños que ocasiona a la salud del individuo y a la convivencia social y familiar que la cuantía y calidad de las bebidas que toma ése.

En las personas envejecidas, se suman más a los problemas físicos, metales y familiares otros psicosociales propios del individuo añoso y provocado por la sociedad que crea circunstancias especiales para los ancianos: soledad, pérdida del rol profesional o social, etc., motivación de "crisis" singulares, a las que son más sensibles los individuos en la tercera edad.

Toda persona que no es capaz de modificar su hábito alcohólico, y desde el punto de vista geriátrico interdisciplinario, se debe tener en cuenta no sólo la dependencia, sino también la incapacidad del individuo, que al consumir alcohol se agrava empeorando sus problemas de salud física y mental, así como sus relaciones con el entorno.

En la senectud encontramos alcohólicos que lo eran antes de llegar a viejos, y otros que se hicieron tales al

jubilarse o tiempo después de la jubilación. El anciano bebedor suele ser tolerado familiar y socialmente, mientras su salud no se a preocupante y sobre todo mientras no se cree conflictos relacionales. La mayoría de los bebedores de edad avanzada, especialmente mujeres, ocultan su adicción al alcohol en la senectud hay efectos perniciosos sobre el hígado, y su acción como acelerador de mecanismo del envejecimiento y patología asociada a éste, creando mayor riesgo a determinadas neoplasias.

Una copita nocturna puede tener cierto efecto hipnógeno, ésta también puede provocar un pronto despertar al inducir nicturia y urgencia miccional.

PATOLOGÍA.

La hipertensión y el temblor senil son más frecuentes en los viejos bebedores, en los que también hay un más alto porcentaje de hipotensión postural con riesgo de caídas y fracturas. La osteomalacia y ciertos cánceres de boca, esófago e hígado son más frecuentes en los

alcohólicos de edad avanzada, que suelen ser a la vez grandes consumidores de tabaco.

El alcohol agrava el pronóstico de los diabéticos de edad avanzada y de los que sufren hipotermia, pancreatitis y colecitis. En general acelera el envejecimiento y su patología asociada, entre ella a la osteoporosis, y aunque las demencias en a vejez y el alcohol son muy disminuidas (alteración de la memoria, orientación, praxis, perseveración, etc.).

TRATAMIENTO.

El trabajo debe realizarse en equipo, siendo su realización diferente según que el anciano esté atendido en familia, en un centro diurno o en una residencia. Las actividades físicas, las recreativas, la animación, la terapia ocupacional, los viajes y a gimnasia contribuyen a mejorar los resultados.

Los medicamentos utilizados para la aversión y privación del consumo de alcohol deben utilizarse con mucho cuidado en ancianos.

Como muchos alcohólicos muestran depresión, el tratamiento de ésta es obligado, escogiendo antidepresivos de posibles menores efectos secundarios, como fluoxetina, comenzando siempre con dosis bajas. La prescripción de un complejo vitamínico B y otras vitaminas y oligoelementos, así como de dieta y fármacos de protección gastrohepática, es necesaria en muchos casos.¹³

11.12. TABAQUISMO.

Deben considerarse que en ancianos pueden haber deficiencias de la absorción del hierro por la atrofia de la mucosa del tubo digestivo debido a los procesos de envejecimiento ó factores tóxicos como el anemismo y tabaquismo.⁵

El tabaco es uno de los mas importantes factores de riesgo en el infarto de miocardio en al aterosclerosis cerebral y en la arteriopatía periférica. El resto de padecer estas enfermedades de de 3 a 6 veces mayor que en los no fumadores y dicho riesgo parece proporcional al número de cigarrillos consumidos.

El monóxido decarbono produce lesiones en las intimas similares a la aterosclerosis. La liberación de ácidos grasos libres, las alteraciones en la agregabilidad plaquetaria y otras alteraciones en la coagulación que podrían explicar en parte a la acción aterogénica del tabaco.

El abuso del tabaco fumado invertido (al revés, con la extremidad encendía del cigarro dentro de la boca, como lo hacen algunos pastores, en especial en climas fríos o lluviosos), ó el deposito de rapé para aspirar, los mascaradores de tabaco provoca factores predisponerse de estomatitis, glositis y pueden influir en la aparición de neoplasias malignas o formas precancerosas tipo leucoplasias de la boca o la lengua.

Los individuos bebedores, generalmente también grandes fumadores, lo que extrañaría un potencial sinérgico, calculándose que la exposición combinada a ambos factores puede inducir a la formación del cáncer bucal 15 o más años antes que en individuos que no consumían alcohol ni tabaco.

TRATAMIENTO.

Evitarlo.¹³

CAPÍTULO XII

12. PSICOTIPOLOGÍA EN LA SENECTUD

Son innumerables los psicotipos que podemos identificar en un colectivo de ancianos, unos adaptados y otros no adaptados a la vejez.

12.1. Entre los adaptados están:

12.1.1. LOS MADUROS. Bien adaptados a las relaciones con los demás e integrados en el medio en que viven. Suelen controlar sus impulsos, son activos y habitualmente están satisfechos de la vida y de sí mismos.

12.1.2. LOS BLINDADOS O RÍGIDOS. Como mecanismo de defensa para atenuar su miedo a los fracasos y a la dependencia. Son más dados a los deberes y obligaciones que a los placeres. Relativamente satisfechos de su pasado no gustan de las discusiones de la naturaleza personal, ni de que se metan en sus cosas, entonces son pocos amigos de la introspección.

12.1.3. LOS CASEROS. Pasivos y dependientes, están contentos con estar jubilados y no tener responsabilidades. Generalmente no tenían ninguna satisfacción en su trabajo anterior. Pocos activos socialmente, suelen ser indulgentes; adaptándose bien a la vejez porque al estar en ella les pueden comprender mejor sus deseos de inactividad.

12.2. Entre los inadaptados se encuentran:

12.2.1. LOS IRRITABLES. Habitualmente cascarrabias, gruñones frustrados o agudos y amargos. Suelen reprochar a los demás sus fracasos, siendo generalmente desconfiados. No estaban muy satisfechos de su trabajo anterior, sintiéndose también incómodos en su nueva situación de retirados en la tercera edad, la cual ven sin futuro alguno. Suelen tener poca estima en sí mismos, estando generalmente arrepentidos de su pasado.

12.3. Hay además, grupos mixtos de psicotipos, en cuanto a su adaptación a la vejez, como son:

12.3.1. LOS INTROVERTIDOS. De los que hay muchas variaciones, bien adaptados unos y mal o escasamente adaptados otros. Apegados a sus valores, ideas o pertenencias suelen ser taciturnos, sobrios tímidos y retraídos, reprimiéndose constantemente en ocasiones en que pudieran manifestarse.

12.3.2. LOS PERTURBADOS. No en el sentido de ser enfermos mentales, sino en el de tener perturbadas sus relaciones sociales, son inestables, en ocasiones se adaptan algo, pero generalmente causan conflictos en su familia y entorno vecinal.¹²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO XIII

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. CONSERVACION DE LA SALUD BUCAL

La boca, igual que todo el cuerpo, también envejece. Este órgano participa en muchas actividades de la vida diaria: comer y beber, y también es parte de la apariencia personal del auto imagen, de la comunicación y de las relaciones interpersonales.

Uno de los aspectos más importantes que el personal de salud debe tener en cuenta es que casi todas las enfermedades bucales en el anciano son asintomáticas, indoloras y crónicas hasta llegar a etapas avanzadas.

Es frecuente que sobrevengan al anciano varias situaciones importantes que deben atender al mismo tiempo, produciéndose devastación rápida funcional y anatómica de las estructuras bucales. A esta degradación de la salud bucal, asintomática y bastante extendida, se le ha llamado síndrome progresivo de disfunción bucal (PODS).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
ESTA TESIS NO SALE 79
DE LA BIBLIOTECA

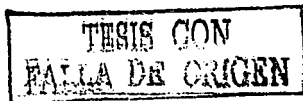
El anciano se encuentra ante la incapacidad para efectuar el aseo bucal, por haber perdido las habilidades motoras necesarias. La placa dentobacteriana incontrolable con caries dental generalizada y enfermedad periodontal avanzada. La pérdida progresiva de las estructuras dentarias, que ocasiona problemas en la masticación y disminución de la altura facial. Múltiples enfermedades que deben tratarse con varios fármacos al mismo tiempo (antibióticos, esteroides, analgésicos), enmascarando estados avanzados de enfermedad bucal. Pérdida de la auto estimación, debido al aspecto poco estético que presenta y al mal olor de boca.

Se han creado nuevas especialidades en odontología: la odontología preventiva y la odontología geriátrica, están íntimamente relacionadas. La odontología preventiva ha dado como resultado que millones de personas conserven los dientes naturales a pesar de la edad avanzada. Sólo la odontología geriátrica ha empezado a adoptar actitudes prácticas y métodos de investigación que reconocen que la geriatría es un campo importante de la práctica dental. El dentista

que atiende a paciente geriátricos con frecuencia practica "tratamientos equivocados con buena suerte", y rechaza innovaciones terapéuticas por considerarlas remedios que no llenan los requisitos de la practica ideal.

13.1. MITOS Y ACTITUDES Y REALIDADES.

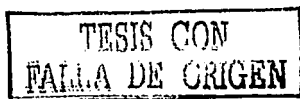
Uno de los mitos más difundidos es que a medida que se envejece es natura perder los dientes, exageradamente como se pierde el pelo, la vista, el oído, y así sucesivamente. Casi todas las personas pierden su dentadura a causa de de enfermedades dentales que podrían evitarse. Algunas veces los dientes se pierden por traumatismos, o porque a juicio del dentista conservarlos pude perjudicar la salud general de la persona. Algunas familias tienen tendencias "culturales" a que los abuelos, los padres y finalmente los hijos pierden los dientes aproximadamente a los 30 años de edad. En dichas familias se comparte la creencia de que el uso de los dientes postizos es "lo normal".



Nunca es demasiado tarde para enseñar a los ancianos la conservación de la salud bucal o para ayudarlos a conseguirla. Muchos de ellos tendrán por primera vez en su vida la atención adecuada de su boca. El anciano mediante consulta con el dentista, debe decidir los dientes que serán conservado el mayor tiempo posible de dientes; el dentista y el paciente se enfrentarán al problema de evitar enfermedades en una cavidad oral que desde tiempo atrás ha sufrido los embates de problemas dentales crónicos.

Con frecuencia la familia manifiesta: "no gastaremos un centavo más en arreglar esa boca". Dicha actitud va contra el derecho que tiene el anciano de conservar la salud bucal.

Un mito que puede ser peligroso es que las enfermedades de la boca deben ser dolorosas; por lo tanto, "si no hay dolor todo está bien". Las enfermedades crónicas aunque leves permanecen latentes por muchos años y el individuo considera los síntomas sin importancia debido a que no hay dolor. Generalmente el cáncer de la



boca es indoloro durante las primeras etapas (carcinoma de células escamosas), y cuando aparecen el dolor es porque los tejidos subyacentes han sido invadidos.

Otra actitud negativa es la de pensar que los fluoruros no benefician a anciano. Se consideran tóxicos y por tanto deben evitarse. Los adultos se benefician con la ampliación tópica de fluoruros en los dientes naturales que aún conserva. Los pacientes que han sufrido radiación en las glándulas salivares y en los huesos de la mandíbula deben recibir aplicación tópica de fluoruro todos los días.

Cada vez son más los ancianos que conservan dientes naturales en mayor número y por periodos más prologados.

En la senectud, el individuo está más expuesto a contraer enfermedades de la boca y algunas otras enfermedades, parcialmente si la persona se encuentra agobiada y no cuida su salud bucal. El paciente suele llegar a la desagradable situación de sufrir problemas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

físicos, emocionales y sociales a causa del estado de su boca. El mal olor de una boca sucia producirá vergüenza y frustración en el paciente y los demás evitarán tratar con él.

13.2. MEDIDAS DE HIGIENE BUCAL.

La higiene bucal se define como la eliminación, mediante técnicas inocuas para los tejidos, de residuos de alimento, bacterianos y celulares, y la promoción de la salud de dientes tejidos blandos de la boca. Los procedimientos son sencillos:

Eliminación de residuos alimenticios. Indicarle al paciente que enjuague la boca y escupa el agua, o en caso de estar imposibilitado para ello, lavarle ampliamente la boca con agua. Cuando las partículas están sobre la lengua, en el vestíbulo o en los espacios interdentes, se puede utilizar un pañuelo de gasa húmeda, par frotar el interior de la boca y delicadamente desprender los residuos.

Cepillar todos los dientes naturales, la lengua (dorso), el paladar y las encías con un cepillo dental de cerdas suaves. No utilizar cepillos baratos de cerda dura para todos los pacientes. Las pastas dentales pueden ayudar a refrescar la boca, y cuando son flouradas previenen la caries.

Para dientes y hendiduras en regiones que no se puedan alcanzar con el cepillo, especialmente en los espacios interdentes, utilizar seda dental sin encerar, o si los espacios son muy anchos, emplear cuerda nylon de tres hilos o pequeños dispositivos de limpieza interproximal (palitos de dientes, puntas de goma o cepillos interproximales).

Las prótesis dentales deben ser cepilladas una vez al día. Cuando permanezcan fuera de la boca hay que remojarlas en agua y cambiar el agua todos los días. Toda persona que use prótesis debe dejarla fuera de la boca durante varias horas del día; para muchos ancianos es muy difícil hacerlo porque han adquirido hábitos de uso continuo.

Otras medidas de higiene es el uso de:

Puntas de goma: Son extremos puntiagudos forrados de goma, generalmente montados sobre el borde del cepillo dental. Estimulan las encías y ayudan a eliminar la placa interdental.

Cepillo interdental: Pequeño cepillo de forma cilíndrica que penetra bien a los espacios interdetales; es muy eficaz para limpiar y aplicar sustancias antibacterianas en dichos espacios.

Cepillo dental eléctrico.⁷

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO XIV

14. ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS FACTORES BIOPSIICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCODENTAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE UNA LOCALIDAD URBANA A UNA RURAL.

- Proporcionar información básica de cómo influyen los factores biopsicosociales en la salud bucodental del paciente geriátrico para orientar programas que requieran los diversos sectores de la salud.
- Mostrar la forma y cuales son los principales factores biopsicosociales que influyen en la salud bucodental de los pacientes geriátricos de una localidad Urbana a una Rural.

14.1 PUNTOS CLAVE PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE GERIÁTRICO

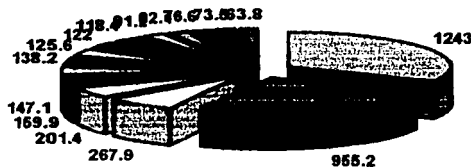
- Conocimiento de las alteraciones morfológicas y fisiológicas.

- El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y está determinado por factores genéticos.
- Perspectivas de la relación médico-paciente.
Percepción de ellos mismos.
La esperanza de un trato paternalista
La brecha intergeneracional
Diversidad étnica
Percepción de la salud y vejez
El médico geriátrico
- Reducir barreras de comunicación, educación, audición y visión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

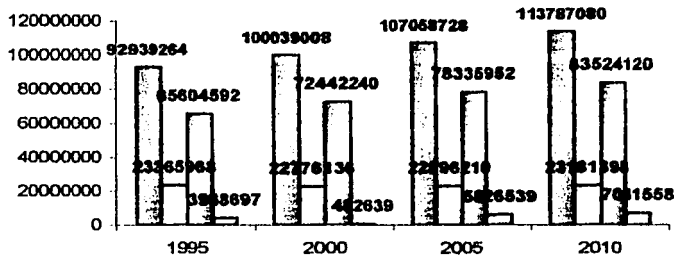
14.2 POBLACION Y ESTADISTICA

Paises más Poblados del Mundo



China	India	USA	Indonesia	Brasil
Rusia	Pakistán	Japón	Bangladesh	Nigeria
México	Alemania	Vietnam	Filipinas	Turquía

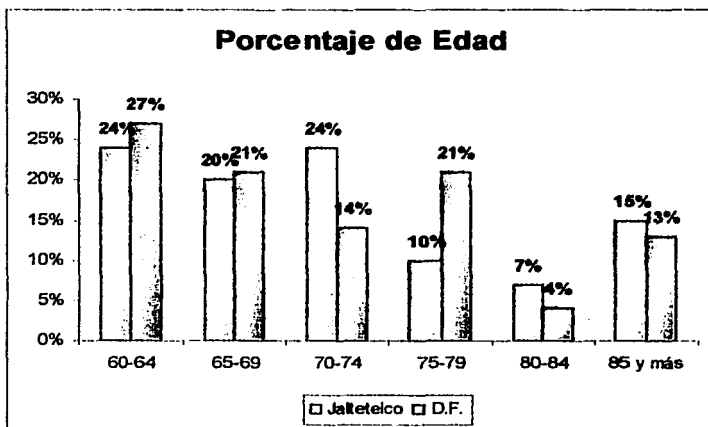
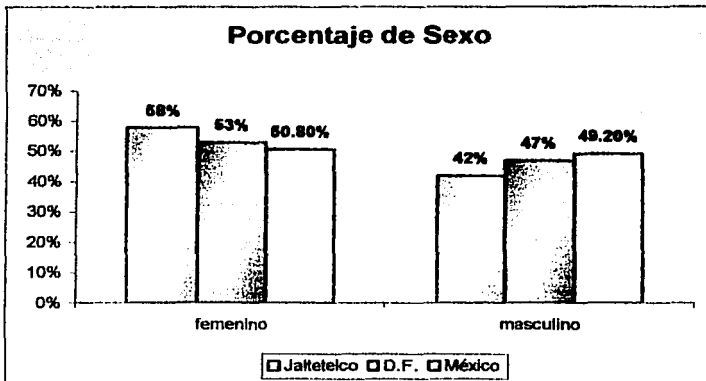
Proyecciones Demográficas de la Población



total de la población
 0-11 años
 12-64 años
 64 años ó más

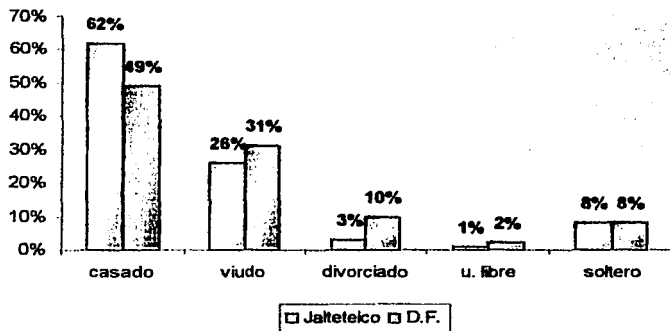
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

14.3 GRAFICAS 3

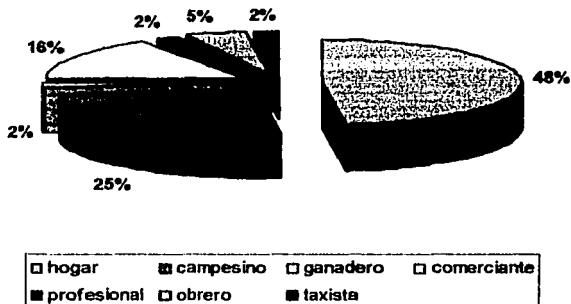


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

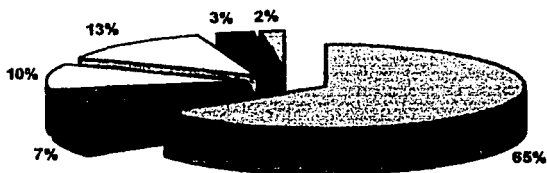
Porcentaje de Estado Civil



Ocupación Jaltelco

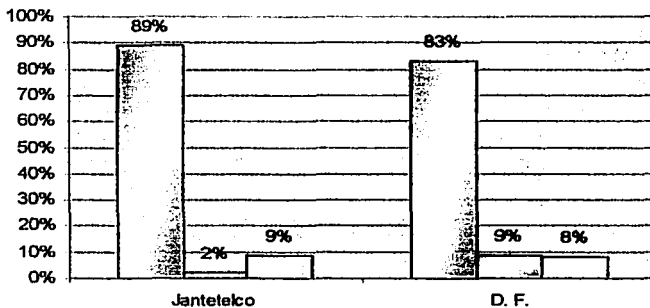


Ocupación D.F.



hogar
 empleado
 jubilado
 comerciante
 albañil
 periodista

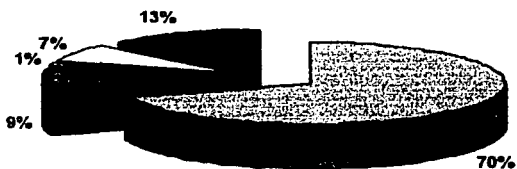
Domicilio



Propio
 Renta
 Familiar

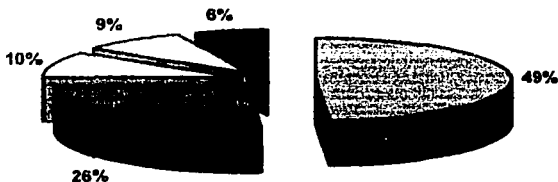
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Grado de Escolaridad Jantetelco



□ p. incompleta ■ p. completa □ tecnico □ licenciatura ■ ninguno

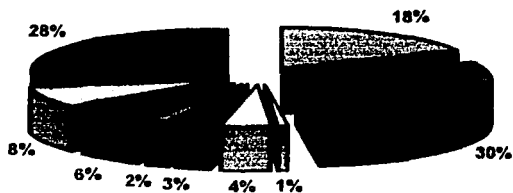
Grado de Escolaridad D.F.



■ p. incompleta ■ p. completa □ s. completa □ técnico ■ licenciatura

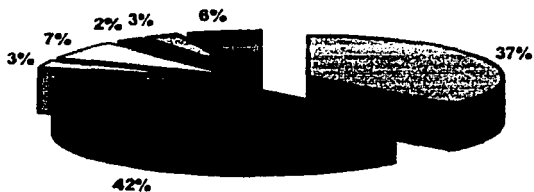
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Enfermedades Sistemicas Jantetelco



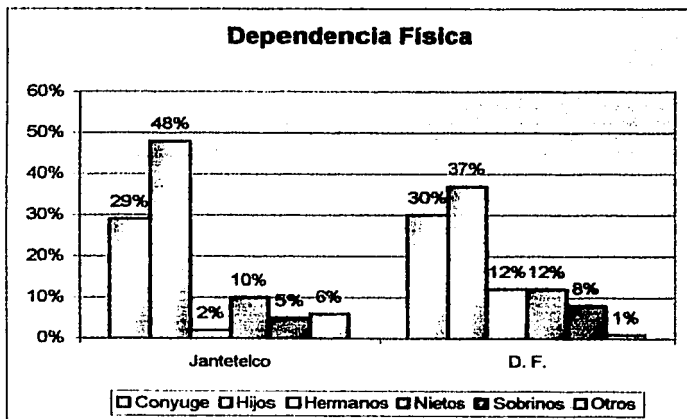
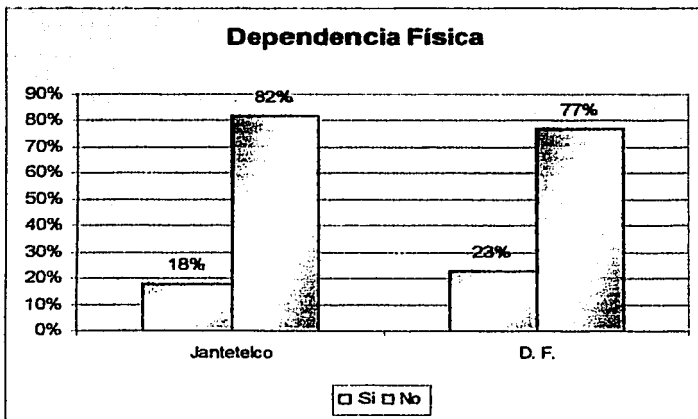
diabetes	cardiopatías	alergias	artritis	osteoporosis
reumatismo	p. facial	otras	ninguna	

Enfermedades Sistemicas D.F.



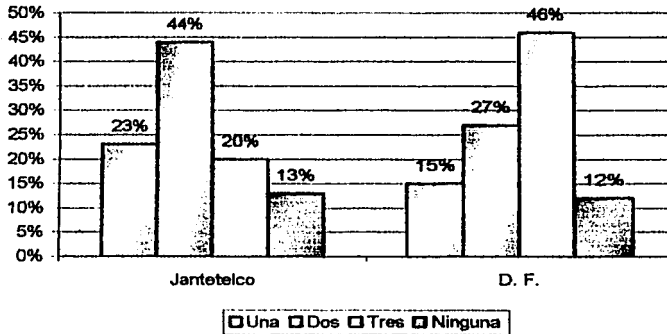
diabetes	cardiopatías	alergias	artritis
osteoporosis	reumatismo	ninguna	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

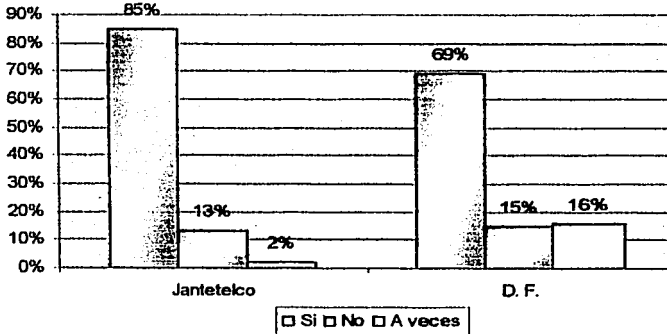


TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Frecuencia de Cepillado

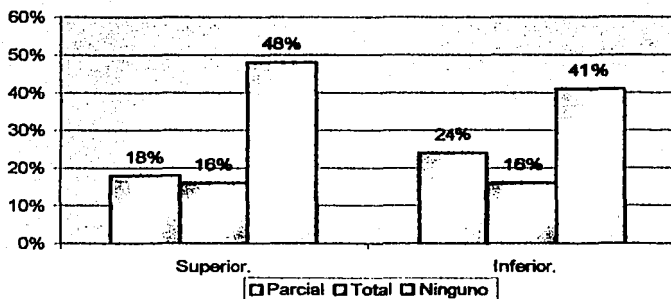


Uso de Pasta Dental

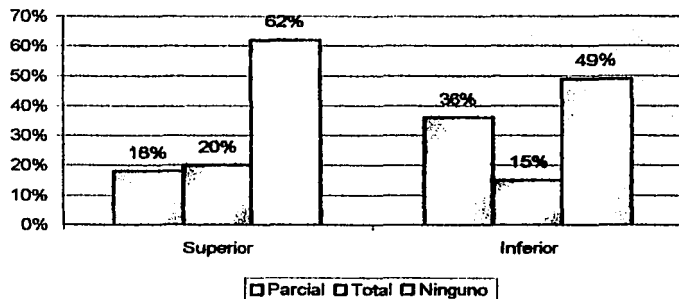


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Uso de Dentaduras Jantetelco

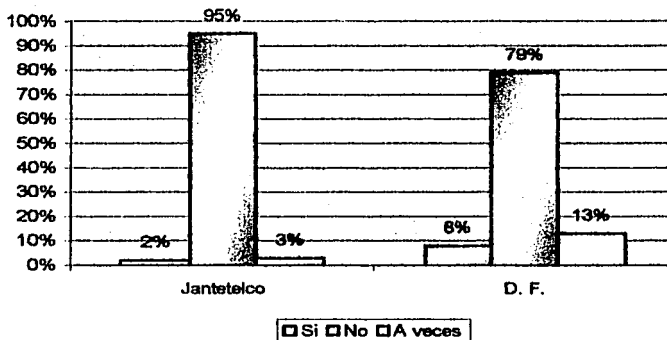


Uso de Dentaduras D.F.

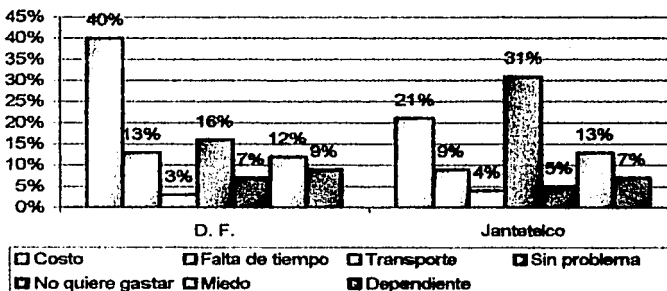


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

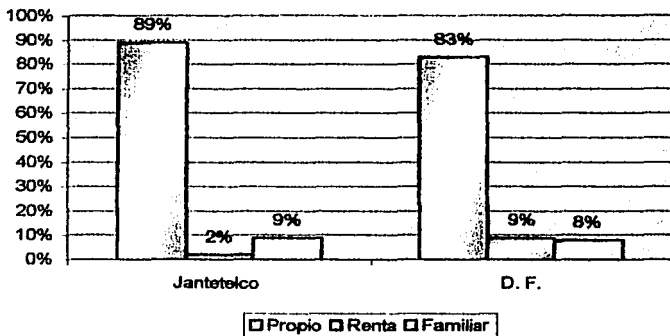
Uso de Hilo Dental



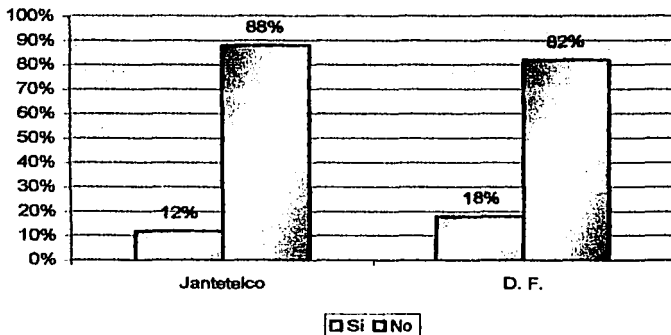
Razones por las que No Acuden al Servicio



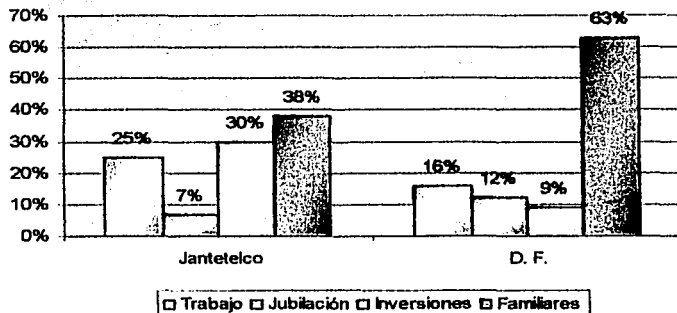
Domicilio



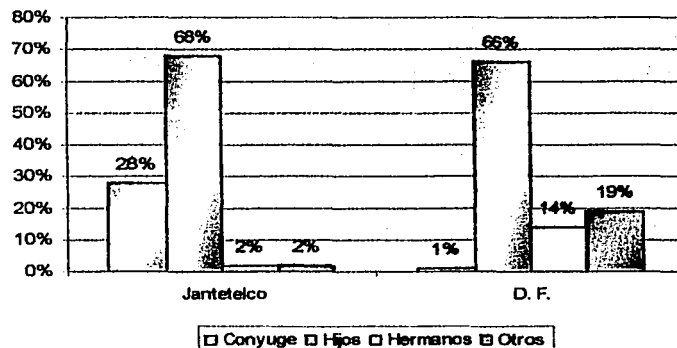
Pensión



Fuente de Ingreso



Aporte Económico



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

La acumulación de los años afecta la forma y el funcionamiento del cuerpo humano, independientemente de la salud. Las principales características de los problemas de los ancianos, son:

Los problemas de salud de los ancianos están ocasionados por factores intrínsecos (genéticos y derivados del proceso mismo del envejecimiento) y extrínsecos (ocasionados por la acción del ambiente sobre las personas). Los problemas de salud de los ancianos aumentan con la edad. Entre los problemas frecuente de los ancianos se encuentran los de la visión, audición y dentición. El aislamiento producido por la dificultad par la comunicación es uno de los factores que más influyo en la pérdida de capacidad física y mental de los ancianos.

Las causas de morbilidad en los ancianos son enfermedades cardiovasculares, de las respiratorias, digestivas, cerebrovasculares, traumatismo, tumores

malignos y otras. Entre los problemas de la salud, la prevención de la aterosclerosis, de problemas visuales, auditivos y de la masticación, caídas, osteoporosis, incontinencia urinaria y fecal, y los problemas causados por tratamientos médicos inadecuados. Las caídas son uno de los problemas más importantes entre los ancianos ya que son causantes de incapacidad, discapacidad o cuando menos inmovilidad. Las alteraciones mentales de los ancianos que deben de reconocerse a niveles primarios de atención son el delirio, la depresión y las psicosis paranoides.

El costo de la atención médica de los ancianos grava sobre la población económicamente activa directa e indirectamente, ya que al aumentar el número de ancianos, es menor la proporción de la población que trabaja.

La acumulación de la edad tiene como principal efecto la eliminación de la autonomía, gracias al deterioro de las capacidades sensoriales, las necesidades particulares para la alimentación, la osteoporosis y

disminución de la agilidad corporal, los problemas con el control de los esfínteres, las manifestaciones de enfermedades crónicas acumuladas a lo largo de la vida, la pérdida de la memoria y el resto de padecer caídas. De manera concomitante aumenta la dependencia del exterior y a necesidad de ayuda.

La vida implica necesidades biológicas, psicológicas y socioculturales que se satisfacen a través de la sociedad. Pero el tránsito por el tiempo ocasiona cambios en los organismos que modifican sus necesidades y dificultan su satisfacción. La sociedad necesita responder a esta nueva situación que presenta cada persona que llega a la ancianidad. Sin embargo, ninguna sociedad humana está preparada para afrontar el creciente número de ancianos que puebla nuestro planeta. Hasta ahora se habían empleado pocos recursos, que no habían requerido de la organización que hoy hace falta. La situación que se presenta es totalmente nueva. Por ejemplo, las familias estaban capacitadas económica y emocionalmente para apoyar a un abuelo, ahora lo deben hacer con más de uno, y que alcanzan edades mayores

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que las del pasado. Los sistemas de atención médica tiene cada vez mayor demanda. Los sistemas de pensiones se encuentran en crisis. Los jóvenes no están preparados para envejecer y menos aún para brindar apoyo y afecto a los ancianos.

Nuestro reto como personas comprometida con la vida y la sociedad, consiste en plantear soluciones novedosas y crear una verdadera cultura de la atención del anciano.¹⁶

GLOSARIO

AISLAMIENTO. Acción de aislar. Incomunicación.

ANCIANO. Dícese de la persona que tiene muchos años.

ATENCIÓN. Demostración de respeto o cortesía.

ATÍPICO. Enfermedad u objetivo que no es de un tipo habitual ó estándar.

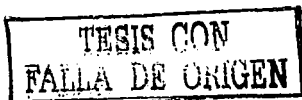
ATEROGENESEIS. Formación de placas por debajo de la íntima en la parte arterial.

DEMOGRAFÍA. Estudio de la población humana, especialmente de su tamaño, distribución, y características de los miembros de los grupos de población.

ENVEJECIMIENTO. Acción y efecto de envejecer. Proceso de evolución de los organismos a partir de la edad adulta.

EPIDEMIOLOGIA. Estudio de la presentación, distribución y causas de las enfermedades humanas.

EXTRÍNSECO. Relativo a lo externo o lo originado fuera de una estructura del organismo, incluyendo partes de una órgano que no esta completamente contenidas en él, como el musculatura extrínseca.



GERONTOLOGÍA. Estudio de todos los aspectos del envejecimiento.

HOLÍSTICO. Relativo ó perteneciente al todo; que considera todos los actores, como la medicina holística.

INTRINSECO. Que denota una parte o cualidad natural ó inherente. Que se origina de un órgano ó tejido, ó está situado en su interior.

JUBILAR. Eximir del servicio por ancianidad o imposibilidad física, aun empleado.

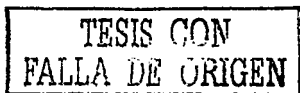
MORBILIDAD. Estudio de los efectos de una enfermedad en una población. México, índice que indica el número de personas de una comunidad que enferman durante un período determinado.

MORTALIDAD. Calidad de mortal. Proporción de definiciones en una población o tiempo determinados.

NATALIDAD. Número de nacimientos en un lugar y período de tiempo determinados.

SENIL. Relativo a los viejos o a la vejez. Que muestra demencia física.

SENERGISMO. Sinergia alteración de 2 ó más fármacos para producir un determinado efecto.



BIBLIOGRAFIA.

1. A.THEVENON, Et al. Rehabilitación en geriatría, ED. Masson, España, 1994, 158pp.
2. A.S.T. FRANKS, Et al., Odontología Geriátrica, ED. Labor, S.A. España, 1976, 201 pp.
3. BUNEDER, Rolando de Jesús, Estudio comparativo entre una población rural y una urbana, México, 2002, 86pp.
4. CECOTTY, Clínica Estomatológica, SIDA, Cáncer y otras afecciones, ED. Medica Panamericana, México, 1993, 448pp.
5. DE NICOLA, Pietro, Geriatría, ED. El Manual Moderna, México, D. F., 1985, 304pp.
6. GUILLEN Llera, F., Síndromes y Cuidados en el paciente Geriátrico, ED. Masson, España, 1994, 446pp.
7. L. CARNEVAL, Doris, Et al., Tratado de Geriatría y Gerontología, ED. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1988, 755pp.
8. L. KANE, Robert, Et al., Geriatría Mc Graw-Hill Interamericana, México, D. F. 1985, 456pp.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. LANGARICA SALAZAR, Raquel, Gerontología y Geriatría, ED. Interamericana, México, D. F., 1985, 298pp.
10. LOZANO CARDOSO, Arturo, introducción a la Geriatría, ED. Méndez, México, 1992, 309pp.
11. OZAWA DEGUCHÍ, José Y., Estomatología Geriátrica, ED. Trillas, México, 1994, 502pp.
12. PERALDO, Fernando, Geriatría, ED. Científica Médica, España, 1980, 314pp.
13. SALGADO ALBA, Alberto, Et al., Manual de Geriatría, ED. Salvat, México, 1994, 596pp.
14. SALGADO ALBA, Alberto, Et al., Tratado de Geriatría y Asistencia Geriátrica, ED. Salvat, México, 1986, 694pp.
15. TURSIL, Roberto Néstor, Manual de Geriatría, ED. Celsius J. J. Vallorg, Buenos Aires, 1978, 169pp.
16. WALSHE, Thomas M. Manual de problemas clínicos en Medicina Geriátrica, ED. Interamericana, México D. F., 1987, 413pp.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HEMEROGRAFÍA.

17. El Adulto Mayor en América Latina, OPS, ED. Piensa, 191pp., Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1995.
18. Foro Mundial de la Salud, OMS, Vol. 14, No. 3, 1995.
19. La Salud de las Personas de Edad. OMS, 1989, 108 pp.
20. Mortalidad 1998, Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Estadísticas e Informática, México, D. F., Febrero 2000.
21. Revista Europea de Odonto-Estomatología, Vol. VII, No. 2, Marzo-Abril, 1995, Odontología Geriátrica, concepto, objetivos y desarrollos.
22. Revista Europea de Odonto-Estomatología, Vol. VII, No. 3, Mayo-Junio, 1995, Odontología Preventiva en el Paciente Geriátrico.
23. Problemas y programas del Adulto Mayor, OPS, ED. Piensa, 1995, 206 pp., Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

24. Proceso de Envejecimiento en el Mundo Serie Sociodemográfica del Envejecimiento en México D. F., Consejo Nacional de Publicación, México, 1994.

PAGINAS WEB

25. Características de la Morbilidad en Población Mexicana de Edad Avanzada: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud. 1988.
<http://www.inp.mx/salud/38/386-3.html>
26. Definiciones.
<http://escuela.md.puc.cl./paginas/udas/geriatria/geriatriaManualM39.HTML>
27. El Viejo en la Historia, Dr. Carlos Trejo Maturana
<http://www.gerontologia.uchile.dl/docs/viejo.htm#anc3>
28. Gerontología y Geriatria. Breve Resumen Histórico
<http://gerontologiaygeriatria-Brevesumenhistorico.htm>
29. La Jubilación.
<http://www.insp.mx/salvia/9820/sal98201.html>