



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIAPAS
HGZ c/MF. No.1. TAPACHULA, CHIAPAS

TITULO DE LA TESIS:

**NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR ADSCRITOS
AL CONSULTORIO MEDICO No. 3 DEL EJIDO 11 DE ABRIL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

PUON GUTIERREZ JOSE MANUEL





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TITULO DE LA TESIS:

**NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR ADSCRITOS
AL CONSULTORIO MEDICO No. 3 DEL EJIDO 11 DE ABRIL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

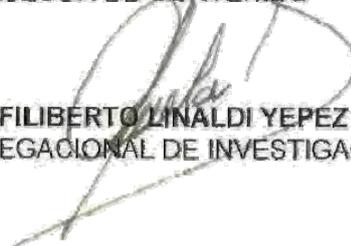
PUON GUTIERREZ JOSE MANUEL

AUTORIZACIONES:


DRA. JUANITA FERNANDEZ PALMA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS, EN EL HGZ c/MF.
No.1.TAPACHULA, CHIS.


DR. JORGE MARTINEZ TORRES
MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS
ASESOR METODOLOGICO


DR. MAXIMILIANO LOPEZ GARCIA
ESP. EN MED. FAMILIAR
ASESOR DE CONTENIDO


DR. FILIBERTO LINALDI YEPEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

TAPACHULA, CHIAPAS

ABRIL, 2008.

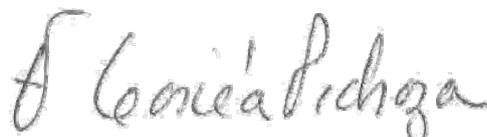
**NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 3
DEL EJIDO 11 DE ABRIL**

PRESENTA

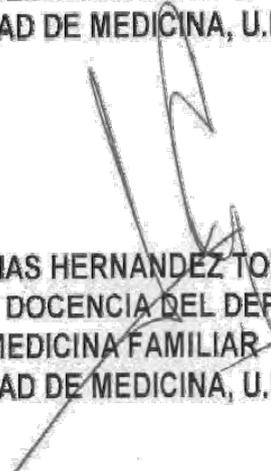
PUON GUTIERREZ JOSE MANUEL

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

DEDICATORIA

DOY GRACIAS A DIOS POR PROPORCIONARME LOS DONES DE SABIDURIA, CONOCIMIENTO Y CIENCIA PARA CONCLUIR ESTA OBRA. A MI ESPOSA, LUPITA Y A MIS TRES GRANDES OBRAS MAESTRAS; MIS HIJOS (MANUEL ALEJANDRO, JUAN PABLO Y JOSE CARLOS). POR SU COMPRESION, SU AMOR Y CARIÑO. A MIS PADRES Y HERMANOS POR SU APOYO INCONDICIONAL. Y A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON EN MI FORMACION Y LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

Índice	Página
Marco teórico	2
Planteamiento del Problema	12
Justificación	13
Objetivos	15
Metodología	16
Resultados	22
Discusión	51
Conclusiones	53
Bibliografía	55
Anexos	58

Marco Teórico

El envejecimiento es un fenómeno universal de los seres vivos. Puede definirse como el conjunto de cambios, de los sistemas orgánicos que sostiene la vida, como consecuencia del paso del tiempo. La expresión de estos cambios, tanto en el plano morfológico y funcional, como en el fisiológico y bioquímico, nos permiten identificar a los seres como envejecidos, como viejos, es un proceso natural e inevitable.^{1, 2,3} Uno de los problemas que se nos presentan es como definimos al anciano, es una definición que ha cambiado con el tiempo no solo por los cambios en la esperanza de vida sino también por la evolución que ha tenido la sociedad en todos los niveles.⁴ Si consideramos la edad cronológica de 65 años como comienzo de la ancianidad.^{5,6} y que coincide generalmente con el cese de la actividad laboral, se estima que para el 2030 las personas mayores de 65 años constituirán el 21% de la población.³ El incremento rápido de la población de edad avanzada constituye una carga creciente para los escasos recursos económicos de los países en vías de desarrollo, en un momento en que todavía se están afrontando problemas relacionados con la población más joven.⁷ El aumento de la esperanza de vida es un objetivo alcanzado por los países más desarrollados.⁸ En el último siglo la esperanza de vida ha aumentado 30 años, aunque la velocidad ha sido mayor en las últimas décadas del siglo xx.⁸ Al igual que el resto del mundo, en México se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico caracterizado por el aumento en números absolutos y porcentuales de la población en edades avanzadas.⁹ Los adultos mayores en México tienden a concentrarse en los grupos sociales de menores ingresos. De los hogares con ancianos, 29% se ubican en localidades rurales de menos de 2,500 habitantes que se caracterizan por tener viviendas construidas con materiales frágiles y piso de tierra, además de otras carencias como falta de agua potable y energía eléctrica. Estas limitaciones de pobreza, vulnerabilidad y limitada accesibilidad a servicios básicos se agudizan en la vejez.³ la población anciana es uno de los grupos más vulnerables, tanto por las características de la etapa que viven como por la falta de acciones reales para el tipo de atención requerida de los servicios de salud y de otros sectores.¹⁰ Debido a lo expuesto y a las proyecciones realizadas por el consejo nacional de población, el impacto que

se prevé tendrá la tasa de crecimiento sobre el comportamiento de la pirámide poblacional que dará como resultado un estrechamiento en su base y un ensanchamiento en su cúspide.¹¹ En términos demográficos se dice que la población envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 años o más en relación con el número de niños y jóvenes. Por lo tanto, el envejecimiento de la población, es el aumento de la proporción de personas de edad avanzada, dentro de la estructura de la población general. El proceso de envejecimiento está determinado por el comportamiento de las tasas de fecundidad y mortalidad. Por regla general, las poblaciones con fecundidad elevada tienden a tener proporciones bajas de personas mayores y aquellas con tasas de fecundidad baja cuentan con una proporción alta de ancianos. En 1950 había en el mundo 200 millones de personas de más de 60 años, mismas que representaban el 8% del total de la población mundial. A partir de las proyecciones de la organización de las naciones unidas, para el año 2025 esa cifra se habrá sextuplicado, ya que se prevé que la población mundial de ancianos llegue a 1,200 millones o sea el 14% de la población total.¹² Una manera de amable de referirse a la vejez, consiste en denominarla tercera edad. Es una alusión a la etapa número 3 luego de las dos primeras de juventud y vida adulta. Históricamente el término se ha generado para dar idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente y con satisfacciones.⁹ El proceso de envejecimiento de la población es una realidad en el mundo y supone cambios con consecuencias estructurales, económicas y sociales nunca antes vistas en la historia de la humanidad.² El envejecimiento involucra cierto número de cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales, es decir una declinación en la función del organismo como un todo. El deterioro de las capacidades biopsicosociales del anciano, trajo un cambio en la posición y función que desempeña en la sociedad y específicamente en su familia, lo cual está claramente marcado a partir de la jubilación.¹³ En algunos países desarrollados las pirámides poblacionales ya representan cambios sustanciales en la base y en la cúspide, y en el caso de México, las proyecciones poblacionales indican que, para el año 2050, uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 65 años de edad, pasando de los siete millones de adultos mayores en la actualidad a entre 27 y 32 millones. La pobreza es un factor

asociado a las experiencias de envejecimiento; en México se estima que alrededor de un cuarto del total de la población vive en comunidades rurales y que cerca de 52.5 millones de personas son pobres. Independiente de la forma que han utilizado para medir la pobreza, diversos autores coinciden en señalarla como una condición, de carencia: de bienes, de necesidades satisfechas, de ingreso económico, de capacidades básicas para la autodeterminación, etc. La pobreza esta vinculada con la desnutrición, el analfabetismo, la falta de autoestima y la imposibilidad de gozar de una salud aceptable entre otros aspectos, de manera que este panorama de carencias generalizadas afecta de manera inevitable, la experiencia de las personas en las diferentes etapas de la vida y, sobre todo, durante la vejez.²

El crecimiento de la población de ancianos constituye un desafío para la sociedad en general y para los servicios de salud en particular en lo que se refiere a la ordenación y adecuación de la oferta. Es importante conocer el estado de salud y las necesidades de nuestra población anciana para determinar las prioridades de intervención y por otra parte para medir la eficiencia y efectividad de los programas.¹⁴ El último ejercicio censal (2000), registró en el país 6.9 millones de personas de 60 años y más lo que equivale a 7.1 %. De la población total, 3.7 millones son mujeres y 3.2 millones hombres. Chiapas; tiene una población de 4.3 millones de habitantes, de los cuales el 5.2 % son adultos mayores de 60 años y más, 51% son varones y 49% mujeres. 50% de los adultos mayores se ubican en localidades menores de 2,500 habitantes, 20.4% habita en localidades de 2,500 a 14,900 habitantes, 18% en localidades de 61,000 hasta 499,000 habitantes.¹⁵

El diagnostico nosologico no constituye por si solo, un instrumento adecuado para identificar los cuidados que necesita un anciano. Es necesario explorar exhaustivamente cada una de las áreas que determinan que una persona mayor pueda llevar una vida autónoma: salud física, salud mental, capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD), recursos económicos y recursos sociales.¹⁶ La enfermedad acontece a cualquier edad, pero en la ancianidad se presenta y configura su evolución de un modo diferente. El envejecimiento es el cimiento en el que se eleva, más a la vez es el elemento modulador. Las características del envejecimiento son: deterioro de los sistemas y las funciones: originadas por el desgaste de los años vividos. Menor

adaptabilidad: por disminución de los mecanismos de reserva de los órganos. Mayor morbilidad: favorecida por la incrementada vulnerabilidad orgánica y psíquica. Disminución del valimiento personal: causado por la reducción en la capacidad de ser autónomo.¹ En términos del consejo de Europa, la dependencia se define con base a tres dimensiones: la limitación física, la psíquica y la intelectual que minoran las capacidades de las personas.¹⁷ También presentan Tendencias al aislamiento: al no disponer de suficientes recursos psicofísicos para permanecer en la corriente social dominante. Sensación de acabamiento: sostenido por la menor vitalidad y disponibilidad personal y la amenaza que representa la última década. Para Rowe el envejecimiento humano muestra como notas definidoras el ser: lineal, como proceso que se extiende a lo largo de la vida y que cristaliza en un determinado momento. Inevitable, ya que no puede detenerse salvo en la muerte. Variable, por no ser semejante en los individuos que nacieron en la misma época y situación. Asíncrono, pues no se produce con el mismo grado de desgaste en los diferentes órganos.¹ Envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos, como de funciones: que se produce a varios niveles; molecular, celular, tisular y sistémico, siendo a la vez, estructural y funcional. El envejecimiento celular es un componente importante en el envejecimiento del organismo que se caracteriza por una disminución en diferentes procesos entre los que se incluyen los de fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticas, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así como la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético. Este proceso es continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades. A diferencia del cronológico y social, el biológico si corresponde con el proceso de envejecimiento, para explicarlo se han invocado diferentes argumentos, entre los que destaca la teoría que afirma la existencia de un programa que determina la duración de la vida, que está gobernado por la interacción entre los genes y los factores ambientales. Se han postulado defectos en la estructura y función de los componentes moleculares que participan en la transferencia de la información genéticas desde el DNA hasta la síntesis de proteínas (estructurales de la célula, de la matriz extracelular y enzimas).

También puede deberse al deterioro en la función de los mecanismos de reparación molecular y celular. Estos cambios ocurren con el paso del tiempo bajo la influencia de factores ambientales (nutrición, tabaco, tóxicos ambientales, radiación ultravioleta etc.) O por la acción de los productos de procesos endógenos como son los altamente reactivos radicales libres de oxígeno y la glucosilación no enzimática de proteínas. En diferentes especies, la longevidad está inversamente relacionada con la generación mitocondrial de radicales superóxido y es directamente proporcional a la sobre exposición de las enzimas antioxidantes superóxido dismutasa y catalasa. El incremento en el daño oxidativo se ha relacionado a la exposición ambiental repetida de agentes lesivos (radiaciones ionizantes) aumentando con la reducción progresiva de mecanismos de defensa antioxidantes (vitamina E y vitamina C). La disminución en la ingestión energética disminuye los niveles en estado estable del daño oxidativo, enlentece los cambios relacionados con la edad y aumenta la duración de la vida en los mamíferos. Las células de un individuo viejo, tiene una disminución en la capacidad metabólica y un descontrol en las funciones de proliferación y sobrevivencia. La capacidad replicativa que se mide por el número de duplicaciones, que puede llevar a cabo una población celular, es un fenómeno determinado por el tipo celular, la edad y la especie del individuo del que provienen las células; las que derivan de un individuo viejo, se duplican menos veces que las de uno joven, y estas menos que las de un feto. Mientras más vive un individuo, mayor es el número de replications que llevarán a cabo sus células. A la pérdida de la capacidad de replicarse se le denomina senescencia replicativa o celular y corresponde a una disminución del número de células que continúan dividiéndose en una población. Se ha sugerido la existencia de un reloj molecular que marca el momento de detener la capacidad de replicación celular y de entrar en un estado senescente. Se ha señalado que este reside en las moléculas de DNA localizadas en los extremos de los cromosomas, y que reciben el nombre de telómeros. Conforme una célula se divide, sus telómeros se van acortando, pero la enzima telomerasa lo repara. Las células incapaces de restablecerlos se encuentran en un punto en el que pueden morir o entrar en senescencia replicativa. Probablemente sea esta la causa de la disminución en la capacidad regenerativa de los tejidos de un individuo viejo, como ocurre con los componentes celulares, moleculares de

los vasos sanguíneos y del corazón. Cuando en condiciones experimentales se reactiva la telomerasa, algunas células normales pueden extender su vida indefinidamente y no sufren senescencia replicativa, lo que se encuentra estrechamente asociado a los mecanismos del cáncer. Si una célula escapa al proceso de envejecimiento se vuelve cancerígena y desarrolla tumores especialmente en tejidos de renovación continua. Se ha observado que la disminución en la eficacia del ajuste homeostático conduce en la vejez a la insuficiencia de los mecanismos de adaptación. Existen evidencias de que en el proceso de envejecimiento, se encuentran afectadas las funciones de los tres grandes sistemas controladores: nervioso, endocrino e inmune, los que al actuar de manera integrada, alteran de manera general los procesos corporales, como el aprovechamiento de los nutrientes, la tasa metabólica, producción de anticuerpos, mutación de genes, tasa de reparación de DNA, producción de los radicales libres de oxígeno y la entropía del sistema, lo que incrementa la vulnerabilidad a las enfermedades. De estas consideraciones nace la importancia de redefinir los procesos salud-enfermedad en este nuevo contexto. Es conveniente recordar que el envejecimiento es un estado multicausal, con enfermedades que le son propias, con formas peculiares de presentación aún de las enfermedades comunes y con respuestas diferentes a las medidas terapéuticas en comparación con otros grupos etáreos. La salud en la vejez depende en mucho de los modos de vida, exposición a factores de riesgo, oportunidades de acceso a la protección y la promoción de la salud en el transcurso de la vida. ¹⁸

Dentro de los problemas de salud que aquejan a los mayores, los bucodentales cobran especial importancia. Algunas consideraciones como el que los problemas dentales no tratados causan dolor e incomodidad, interfiriendo con la capacidad de comer y tragar, dando como resultado una nutrición inadecuada, que las infecciones orales, que quizás sean problemas menores en personas jóvenes, pueden causar serias infecciones sistémicas en las personas mayores, y que en los últimos 30 años en porcentaje de ancianos dentados se ha incrementado, incrementándose también el riesgo de caries y enfermedad periodontal en esta población, han desembocado en una creciente preocupación acerca de los aspectos relacionados con la salud oral. El estado de salud oral en población geriátrica revela aspectos como un 60% de prótesis

con más de 16 años sin renovar, enfermedad periodontal y caries dental en más del 90% de los adultos mayores dentados e imposibilidad física y psíquica para mantener una correcta higiene oral. Según el estudio de Pinilla y Cols, la población anciana no institucionalizada muestra mejores índices de higiene y salud oral que la población recluida en residencias geriátricas. La evaluación inicial del estado bucodental que derivaría al adulto mayor a tratamiento y/o mantenimiento de su salud tradicionalmente debería hacerse mediante un examen clínico y radiográfico, lo que haría indispensable la presencia de este tipo de profesionales.¹⁹ En la última década es discutido el papel que juega la nutrición en el proceso de envejecimiento, así como el efecto de la edad en la alimentación de los individuos. Varios trabajos han demostrado que la dieta tiene influencia tanto a corto como a mediano plazo en la salud, de tal forma que la alimentación es considerada como uno de los factores principales en la aparición de la enfermedad crónica.²⁰ La nutrición es un factor importante para mantener el estado de salud, sus extremos, infancia y vejez precisan una mayor atención por ser los más vulnerables. Los cambios en sistemas y órganos que afectan a esta población y que están más relacionados con la nutrición son: disminución en la percepción por los sentidos, lo que conlleva a una disminución en la ingesta debido a la menor sensibilidad al olor y sabor; hay pérdidas de número de papilas gustativas, así como de la percepción de los sabores salados y dulces. Los problemas dentales disminuyen la habilidad a masticar los alimentos y la disminución en la visión hacen a la comida menos placentera (Quintero Molina, 1993). Durante el proceso de envejecimiento ocurren cambios en el aparato gastrointestinal que afectan a la capacidad de digestión y absorción de los alimentos por ejemplo la hipoclorhidria o interacciones de los medicamentos, ampliamente usados a esta edad, pueden provocar problemas de mala absorción. Cambios en la función renal pueden afectar al balance ingesta/excreción de nitrógeno, agua y electrolitos. En este período se produce una sustitución progresiva de la masa magra por grasa y tejido conjuntivo. Hay una mayor distribución de grasa en el tronco y alrededor de las vísceras. La pérdida de opiodes endógenos y los efectos exagerados de la colecistoquinina, ambos relacionados con la respuesta del apetito normal, pueden contribuir a la anorexia que a menudo se observa en personas ancianas. Definir cuales son las necesidades nutricionales en la vejez es difícil

ya que además de los cambios fisiológicos anteriormente mencionados, en ella coexisten una serie de factores psicológicos, económicos y sociales que pueden alterar los hábitos alimenticios del individuo, dan lugar a ingestas inadecuadas en determinados nutrientes e incluso a una mal nutrición (Koehler y Garry, 1993).⁵ Frecuentemente los trabajos científicos relacionan el envejecimiento con el empeoramiento en la calidad del sueño.²¹ Las altas prevalencias de insomnio en la tercera edad pueden estar asociadas a varios factores que con frecuencia se encuentran interaccionando; entre ellos, ha sido mencionada la mayor prevalencia de trastornos afectivos como la depresión, y de trastornos mentales orgánicos, como la demencia, que se asocian a dificultad para dormir (Pérez-del-molino, 1993; pando et al., 1999).²¹ La evaluación de los trastornos afectivos en el anciano presenta dificultades añadidas a las que encontramos en cualquier otro proceso de valoración en psiquiatría.²² Folstein afirma que la practica de un examen mental en el anciano permite identificar sus problemas cognoscitivos y afectivos; esto se ha demostrado en los trabajos de investigación originados en las unidades dedicadas al cuidado del anciano.²³ La necesidad se define: como carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida.²⁴ Abraham Maslow (1908-1970) en 1943 crea la jerarquía de las necesidades.²⁵ Las necesidades según Maslow, aparecen de forma sucesiva empezando por las más elementales o inferiores, de tipo fisiológico. A medida que se van satisfaciendo en un determinado grado, van apareciendo otras de rango superior, de naturaleza más psicológica. El acceso de las personas a las necesidades de nivel superior depende de su nivel de bienestar. Todas las personas tienen necesidades básicas, pero esto no quiere decir que lleguen a tener necesidades de autorrealización. Maslow distingue en total 5 tipos de necesidades: 1) necesidades fisiológicas: son las primeras que aparecen en el ser humano. Su satisfacción es fundamental para la supervivencia del individuo. La necesidad de movimiento es básico para la vida, tanto en su dimensión inconsciente (funcionamiento de los órganos del cuerpo). Como su dimensión conciente (extremidades). Necesidad de aire puro: la satisfacción de la necesidad de respirar se realiza de forma inconsciente, pero no por ello es menos importante. Necesidad de alimentación: es una de las necesidades más evidente y se desdobra en la necesidad de nutrientes tanto sólidos como

líquidos. Necesidad de evacuación: tiene una dimensión menos social y su función es la eliminación de desechos de la nutrición y de toxinas. Necesidad de temperatura adecuada. Es la necesidad de abrigo para ciertas zonas más frías o de ventilación para otras zonas más cálidas. Necesidad de descanso: esta función permite al organismo recuperar las energías que ha gastado durante el día y descansar tanto física como mentalmente. Necesidad de sexo: no se trata de una necesidad que de no satisfacerse ponga en peligro al individuo, a nivel social determina la supervivencia de la especie. 2) necesidades de seguridad: estas necesidades aparecen una vez que están relativamente satisfechas las anteriores. No buscan tanto su satisfacción inmediata, si no que se centra en la satisfacción en el futuro. 3) necesidad de pertenencia y amor. Una vez cubierta en cierta medida las necesidades fisiológicas y de seguridad, aparecen las de amor, afecto o posesión. Estas necesidades llevan al individuo a relacionarse con los demás miembros de la sociedad, a buscar su afecto o afiliarse con otros. 4) necesidades de estima: Todas las personas normales tienen necesidad o deseo de una evaluación estable, firmemente basada y alta de su personalidad, necesitan del autorespeto y del aprecio de los otros. Estas necesidades llevan por una parte, aun deseo de fuerza, realización, suficiencia, dominio, competencia, confianza, independencia y libertad. Por otra aun deseo de reputación, prestigio, dominación, reconocimiento, importancia o apreciación. Maslow argumenta que la satisfacción de estas necesidades conduce a sentimientos de autoconfianza, de ser útil y necesario. Pero la frustración de las mismas produce sentimientos de inferioridad, debilidad, o impotencia, que a su vez dan lugar a reacciones desanimadoras e incluso compensatorias o neuróticas. 5) necesidad de autorrealización: suponen la realización integral del potencial propio. Es decir llega a ser lo que puede ser, para estar en paz consigo mismo. Se manifiesta tanto en los aspectos de desarrollo físico como psicológico y social. Los estudios epidemiológicos en Estados Unidos y en otros países en torno al adulto mayor, no solo se enfocan en la frecuencia de las enfermedades, sino que mediante cuestionarios autoaplicables, permiten estimar las características físicas, sociales, funcionales y mentales.²⁵ Las necesidades del adulto mayor se evaluarán con el cuestionario, encuesta de las necesidades de los ancianos en México (ENAC). Elaborado por el doctor Ramón Álvarez Gutiérrez y la

gerontóloga Martha J. Brown.⁸ El cual mide datos relacionados con la salud, la vivienda el bienestar, la educación y la familia. Los ancianos como grupo responden positivamente a los consejos sobre prevención y son capaces de modificar sus hábitos incluso por encima de los 75 años.²⁶ El anciano requiere atención integral y global, cuyos objetivos se dirijan a: mejoría de la calidad de vida a través de la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno; la prevención del deterioro funcional; la educación para la salud a nivel individual y familiar para promover el auto cuidado y la atención del anciano sano, enfermo o discapacitado.²⁷ La vejez es inevitable, destino que debe asumirse en la mejor forma posible siendo conscientes de que todos envejeceremos y que todo aquello, combinando desarrollo y justicia social, acreciente las satisfacciones y necesidades de los ancianos, con lo cual se habrá logrado para todos.¹⁸

Planteamiento del problema

El envejecimiento de la población en el mundo está bien documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento en las cifras absolutas y relativas de personas mayores.⁶ La amplia extensión demográfica de la vejez, el sector poblacional de las personas de 65 y más años no solo se ha incrementado en número, también en longitud de vida.¹ Se estima que en la actualidad existen 600 millones de ancianos en el mundo y se espera que para mediados del siglo esta cifra alcance los dos mil millones.³ En México, el envejecimiento se ha producido con gran velocidad: estadísticas recientes indican que en el año 2000, 6.8% de la población eran adultos mayores y de acuerdo con las proyecciones, se espera que para el 2050 la proporción aumente a 28%. La situación de vulnerabilidad social y económica de la población adulta mayor se agrava por no estar inserta en el proceso laboral y/o no cuenta con apoyos familiares, sociales o económicos suficientes, constantes y adecuados.² El 64% de la población adscrita al consultorio No. 3 once de abril son adultos mayores de 60 y más años. Por lo que es importante determinar las prioridades de intervención, y conocer:

¿Cuáles son las necesidades del adulto mayor adscritos al consultorio No. 3 del ejido 11 de abril?

Justificación.

Al igual que el resto del mundo, en México se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico caracterizado por el aumento en números absolutos y porcentuales de la población en edades avanzadas.⁹ Los adultos mayores en México tienden a concentrarse en los grupos sociales de menores ingresos. De los hogares con ancianos, 29% se ubican en localidades rurales de menos de 2,500 habitantes que se caracterizan por tener viviendas construidas con materiales frágiles y piso de tierra, además de otras carencias como falta de agua potable y energía eléctrica. Estas limitaciones de pobreza, vulnerabilidad y limitada accesibilidad a servicios básicos se agudizan en la vejez.³ la población anciana es uno de los grupos más vulnerables, tanto por las características de la etapa que viven como por la falta de acciones reales para el tipo de atención requerida de los servicios de salud y de otros sectores.

10

El proceso de envejecimiento de la población es una realidad en el mundo y supone cambios con consecuencias estructurales, económicas y sociales nunca antes vistas en la historia de la humanidad.² El envejecimiento involucra cierto número de cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales, es decir una declinación en la función del organismo como un todo. El deterioro de las capacidades biopsicosociales del anciano, trajo un cambio en la posición y función que desempeña en la sociedad y específicamente en su familia, lo cual está claramente marcado a partir de la jubilación.¹³

En algunos países desarrollados las pirámides poblacionales ya representan cambios sustanciales en la base y en la cúspide, y en el caso de México, las proyecciones poblacionales indican que, para el año 2050, uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 65 años de edad, pasando de los siete millones de adultos mayores en la actualidad a entre 27 y 32 millones. La pobreza es un factor asociado a las experiencias de envejecimiento; en México se estima que alrededor de un cuarto del total de la población vive en comunidades rurales y que cerca de 52.5 millones de personas son pobres. Independiente de la forma que han utilizado para medir la pobreza, diversos autores coinciden en señalarla como una condición, de carencia: de bienes, de necesidades satisfechas, de ingreso económico, de capacidades básicas para la

autodeterminación, etc. La pobreza esta vinculada con la desnutrición, el analfabetismo, la falta de autoestima y la imposibilidad de gozar de una salud aceptable entre otros aspectos, de manera que este panorama de carencias generalizadas afecta de manera inevitable, la experiencia de las personas en las diferentes etapas de la vida y, sobre todo, durante la vejez.² El 64% de usuarios adscritos a esta unidad, son adultos mayores de 60 y más años por lo que este estudio, permitirá establecer un diagnostico situacional, de las necesidades, y carencias en este grupo etareo, y en base a los resultados, establecer en otros estudios de investigación, las líneas de acción que acreciente las satisfacciones y las insuficiencias en los ancianos.

Objetivos

Objetivo general:

Determinar las necesidades (fisiológicas, seguridad, pertenencia, estima, auto-realización) del adulto mayor adscrito al consultorio No. 3. Once de abril.

Objetivos específicos:

Determinar las características de tiempo lugar y persona de la muestra de estudio.

Determinar las necesidades fisiológicas.

Determinar las necesidades de seguridad.

Determinar las necesidades de estima.

Determinar las necesidades de auto-realización.

Metodología

Tipo de estudio.

Estudio transversal, observacional, descriptivo

Población de estudio.

Se realizo el estudio en adultos mayores de 60 años y más, adscritos a la Unidad Medica Familiar No. 3 del Ejido 11 de Abril, Municipio de Unión Juárez, Chiapas.

Periodo de estudio.

Se realizo la encuesta a los adultos mayores de 60 años y más adscritos a la unidad de medicina familia No. 3. Del ejido 11 de abril municipio de Unión Juárez comprendido en el período de 1 de noviembre del 2006 al 31 de mayo del 2007.

Muestreo.

No probabilístico, por conveniencia

Tamaño de la muestra: 202 pacientes

Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

- Adultos mayores de 60 años adscritos a la UMF 3 del ejido 11 de abril.
- Adultos mayores que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión.

- Adultos con discapacidad mental.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos

Variables.

Variable dependiente.

Necesidades del adulto mayor.

Fisiológicas

Seguridad

Pertenencia

Estima

Auto-realización

Variable independiente.

Sexo

Edad

Estado civil

Ocupación

Escolaridad

Tipología familiar

Ciclo vital familiar

Características de la vivienda

Salud

Actividades diarias

Actitud respecto a sí mismo

Requerimientos

.

Procedimiento.

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo en una muestra de conveniencia en 202 adultos mayores que cumplieron los criterios de selección derechohabientes, pensionados del IMSS, de ambos sexos, previo consentimiento informado, en un periodo de 4 meses, del 1^o Noviembre del 2006 al 31 de Mayo del 2007. La muestra final estuvo integrada por 202 adultos con edades entre 60 y 95 años de edad. Se les aplicó un cuestionario, modificado de la Encuesta de las Necesidades de los Ancianos validado en México en 1983.¹¹ (ENAC). Estructurado con 32 preguntas que mide variables sociodemográficas; edad del entrevistado, sexo, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, escolaridad, y familiares; tipología familiar y ciclo vital. Característica de la vivienda; como servicios intradomiciliarios básicos (drenaje, agua, energía eléctrica) Aspectos relacionados con la salud (atención a la salud, problemas bucales, visuales y de audición). Alimentación. Actividades diarias, actitud respecto así mismo y requerimientos. Los datos se capturaron en el programa SPSS. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Análisis estadístico:

Se utilizara estadística descriptiva (medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y porcentajes y proporciones para variables cualitativas para el análisis univariado.

Consideraciones éticas

Este estudio se apega a las normas éticas e institucionales y a la ley general de salud, en materia de experimentación en seres humanos, y así como a la declaración de Helsinki, con modificación en el congreso de Tokio Japón en 1983. Se solicitara el consentimiento del comité local de investigación.

Resultados:

Domicilio: El 54.0% (109) viven en el ejido 11 de Abril, el 17.8% (36) en Eureka 14.9% (30) en el ejido Desengaño, el 6.9%(14) residen en Tokian, 3.0%(6) viven en Santa María, el 2.0% (4) en San Jerónimo y el 1.5% (3) viven en el ejido Santa Teresa. Edad: media de 74.6 años. En relación al sexo; 88 (43.6%) son masculino, y 114 (56.4%) son femenino. Estado civil; con pareja 100 (49.50%) sin pareja 102 (50.49%). Escolaridad; analfabeta 99 (49.0%) primaria 103 (51%). Nivel socioeconómico; muy bajo 15 (7.4%) bajo 181 (89.6%) medio 6 (3.0%). Tipología familiar: por su estructura; nuclear 70 (34.7%) extensa 113 (55.9%) extensa compuesta 19 (9.4%). Ciclo vital; retiro 202 (100%). Características de la vivienda; drenaje 152 (75.2%) agua potable 201 (99.5%) energía eléctrica 202 (100%). Tipo de material de la vivienda: Techo; loza 6 (3.0%) lamina 191 (94.6%) teja 5 (2.5%) Paredes; ladrillo 44 (21.8%) madera 158 (78.2%) Piso; cemento 189 (93.6%) tierra 13 (6.4%). Salud: Atención médica; IMSS 202 (100%). Morbilidad bucal: adoncia parcial 132 (65.3%) prótesis dental 41 (20.3%) Dolor de encías, dientes o muelas 1 (0.5%) problemas de masticación 28 (13.9%). Morbilidad oftalmológica: ve de lejos 1 (0.5%) ve de cerca 99 (49.0%) se cansa de la vista 102 (50.5%). Morbilidad auditiva: le cuesta trabajo escuchar 81 (40.1%), acúfenos 3 (1.5%), al oír algún sonido sabe de donde viene 27 (13.4%) siente que escucha menos que hace tres años 91 (45.0%). Alimentación: Frecuencia de acuerdo al tipo de alimento y numero de días de consumo: pescado; 22 personas (10.9%) 1 día, 180 personas (89.10%) 0 días. Pollo; 18 personas (8.9%) 0 días, 113 personas (55.9%) 1 día, 58 personas (28.7%) 2 días, 13 personas (6.4%) 3 días. Carne; 77 personas (38.1%) 1 día, 3 personas (1.45%) 2 días, 1 persona (0.4%) 3 días, 118 personas (58.4%) 0 días. Huevo: 175 personas (86.63%) 6 días, 18 personas (8.9%) 5 días, 3 personas (1.9%) 4 días, 2 personas (0.9%). Frijoles; 196 personas (97.2%) 6 personas días, 4 (1.9%) 4 días, 1 persona (0.4%) 5 días, 1 persona (0.4%) 2 días. Verduras; 7 personas (3.4%) 1 día, 25 personas (12.4%) 2 días, 54 personas (26.7%) 3 días, 35 personas (17%) 4 días, 36 personas (18%) 5 días, 45 personas (22.27%) 6 días. Frutas; 33 personas (16.3%) 0 días, 70 personas (34.7%) 1 día, 55 personas (27.2%) 2 días, 31 personas (15.3%) 3 días, 6 personas (2.9%) 4 personas días, 4 (1.9%) 5 días, 3 personas (1.4%) 6 días. Pan; 81 personas (40.1%) 0 días, 26 personas

(12.9%) 1 día, 39 personas (19.3%) 2 días, 15 (7.4%) 3 días, 7 personas (3.4%) 4 días, 5 personas (2.4%) 5 días, 29 personas (14.35%) 6 días. Leche; 107 personas (53.0%) 0 días, 13 personas (6.4%) 1 día, 22 personas (10.9%) 2 días, 17 personas (8.4%) 3 días, 4 personas (1.9%) 4 días, 3 personas (1.4%) 5 días, 36 personas (17.82%) 6 días. Actividades diarias: Puede caminar o moverse de un lado a otro; 192, si (95.0%) 10, no (5.0%). En su casa para caminar o moverse de un lado a otro lo hace: solo 165 (81.7%) con bastón 27 (13.4%) con silla de ruedas 2 (1.0%) con ayuda de una persona 8 (4.0%). Actitud respecto a si mismo: a que se dedica o que hace en su tiempo libre; 163 (80.7%) descansar, 8 (4.0%) ver televisión, 3 (1.5%) escuchar música, 7 (3.5%) leer, 3 (1.5%) caminar, 1 (0.5%) costurar, 1 (0.5%) carpintería, 9 (4.5%) bordar, 2 (1.0%) cultivar, 1 (0.5%) tejer, 1 (0.5%) jardinería, 1 (0.5%) ir a la iglesia, 2 (1.0%) cocinar. Le gustaría aprender algo en un lugar con personas de su edad; 59 (29.2%) si, 143 (70.8%) no. Que le gustaría aprender: 144 (71.3%) nada, 9 (4.5%) música, 5 (2.5%) cocina, 14 (6.9%) costura, 11 (5.4%) carpintería, 1 (0.5%) herrería, 3 (1.5%) repostería, 6 (3.0%) bordar, 3 (1.5%) tejer, 1 (0.5%) plomería, 1 (0.5%) bailar, 2 (1.0%) electricidad, 1 (0.5%) manualidades, 1 (0.5%) jardinería. Tiene problemas para ir a los lugares donde quiere o desea; 89 (44.1%) si, 113 (55.9%) no. Se siente a gusto con lo que hace actualmente: 202 (100%) si. Sus familiares o las personas con quien convive le ayuda cuando usted se los pide: 2002 (100%) si. Cuantos años mas le gustaría vivir: 58 (28.7%) 1 a 5 años, 86 (42.6%) 6 a 10 años, 28 (13.9%) 11 a 15 años, 30 (14.9%) 16 a 20 años. Le gustaría vivir con gente de su edad: 53 (26.2%) si, 149 (73.8%) no. Requerimientos de servicios: 188 (93.1%) atención médica, 3 (1.5%) transporte a hospital, 9 (4.5%) centro cultural, 1 (0.5%) atención geriátrica, 1 (0.5%) personas acompañantes.

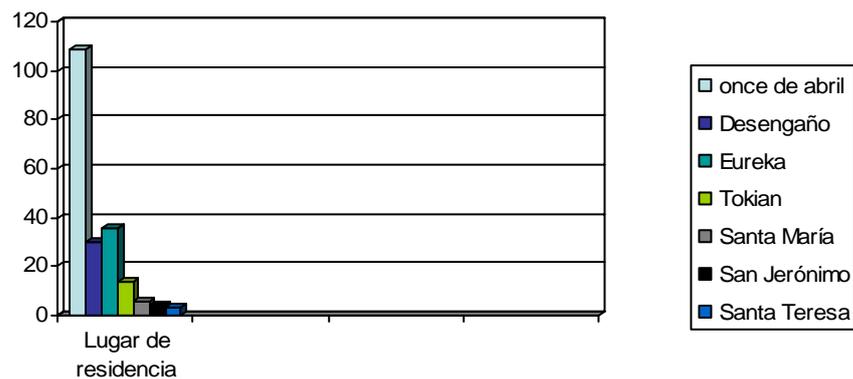
Tabla. 1
Domicilio del paciente

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
11 Abril	109	54.0
Desengaño	30	14.9
Eureka	36	17.8
Tokian	14	6.9
Santa María	6	3.0
San Jerónimo	4	2.0
Santa Teresa	3	1.5
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

El lugar de residencia de los pacientes se encuentra ubicado en el municipio de Unión Juárez Chiapas, el 54.0% (109) viven en el ejido 11 de Abril, el 17.8% (36) en Eureka 14.9% (30) en el ejido Desengaño, el 6.9%(14) residen en Tokian, 3.0%(6) viven en Santa María, el 2.0% (4) en San Jerónimo y el 1.5% (3) viven en el ejido Santa Teresa.

Domicilio del paciente



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor

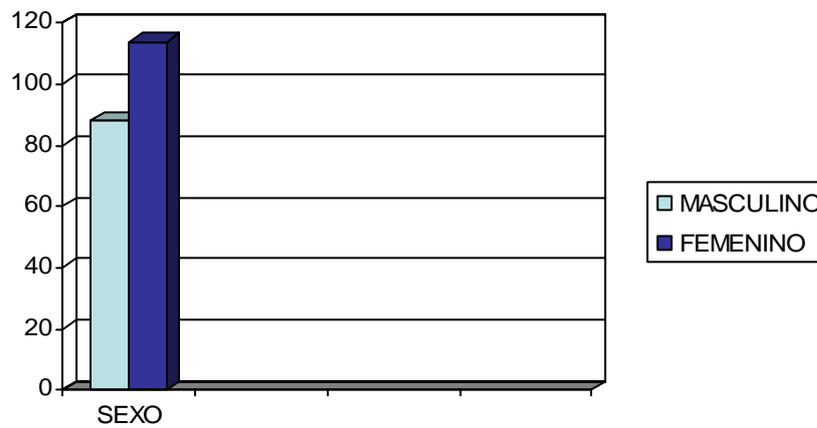
Tabla. 2
Sexo del paciente

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	88	43.6
Femenino	114	56.4
Total	202	100.0

Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor.

En relación al sexo existe una mayor frecuencia en el femenino con 114 pacientes de la población, 56.4. %. Con una relación de 1:1.2

Sexo del paciente



Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor.

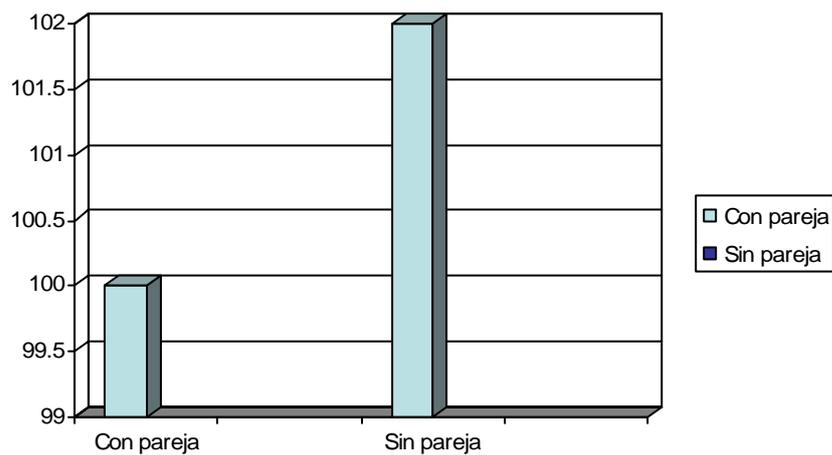
Tabla. 3
Estado civil del paciente

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje %
Con pareja	100	49.50
Sin pareja	102	50.49
Total	202	99.99

Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor.

En cuanto al estado civil se encontró que el 50.49% de la población (102 pacientes) se encuentran sin pareja.

Estado civil del paciente



Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor.

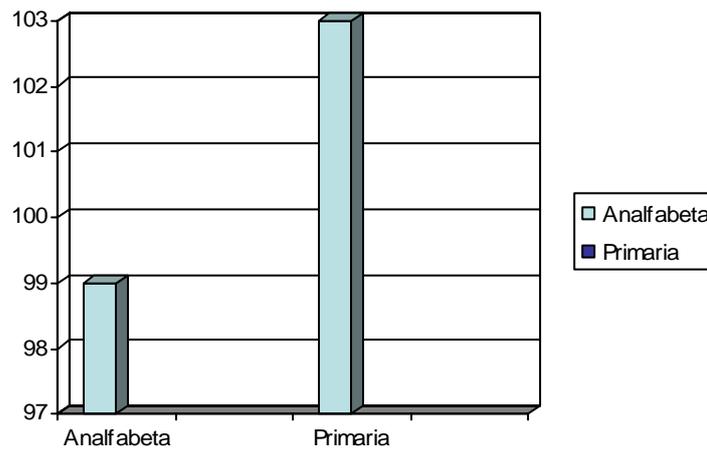
Tabla. 4
Escolaridad del paciente

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje %
Analfabeta	99	49.0
Primaria	103	51
Total	202	100

Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor

La escolaridad de los pacientes se encuentra en educación básica, teniendo un 51% lo cual corresponde a 103 pacientes, el 49% de la población son analfabetas.

Escolaridad del paciente



Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor

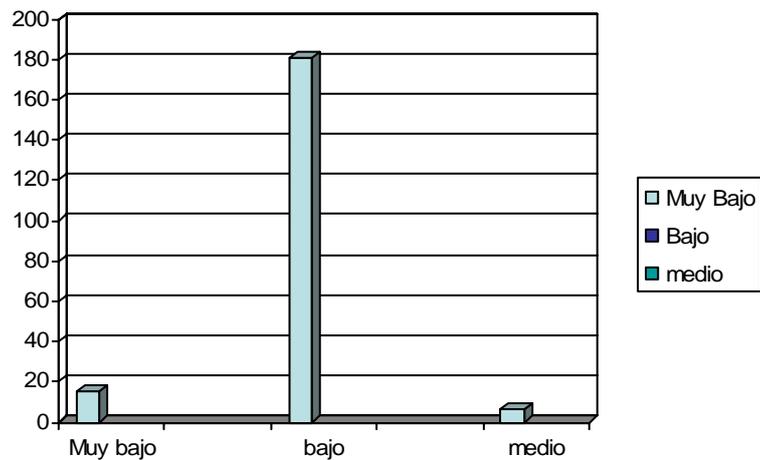
Tabla. 5
Nivel socioeconómico

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	15	7.4
Bajo	181	89.6
medio	6	3.0
Total	202	100.0

Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor

El nivel socioeconómico encontrado es bajo y muy bajo con un porcentaje de 97%.

Nivel socioeconómico



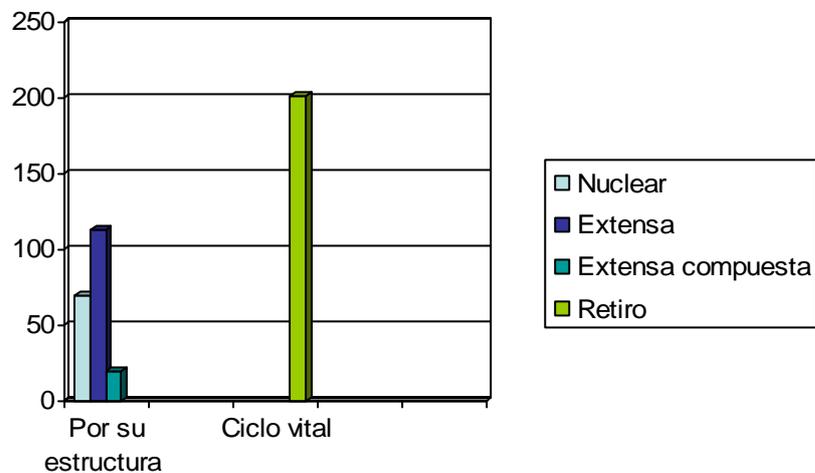
Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor

Tabla. 6
Variables familiares.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tipología familiar		%
Por su estructura		
Nuclear	70	34.7
Extensa	113	55.9
Extensa compuesta	19	9.4
Ciclo vital		
Retiro	202	100

Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor

Se encontró que por su tipología familiar 113 pacientes corresponden a una familia extensa, 55.9% del total de la población y por su ciclo vital el 100% se encuentran en fase de retiro



Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor

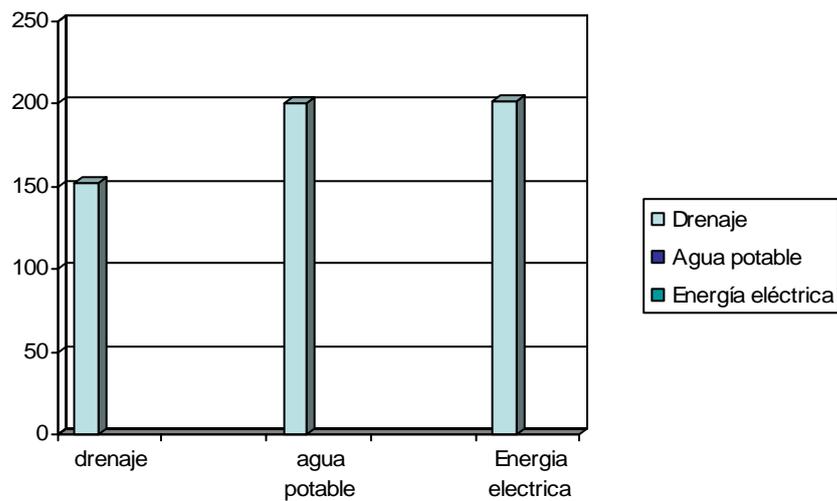
Tabla. 7
Servicios de urbanidad.

Servicios de urbanidad	Frecuencia	Porcentaje %
Drenaje	152	75.2
Agua potable	201	99.5
Energía eléctrica	202	100.0

Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor

Se encontró que en servicios de urbanidad 75.2% tiene drenaje. 99.5% tiene agua potable y el 100% cuenta con energía eléctrica.

Servicios de urbanidad.



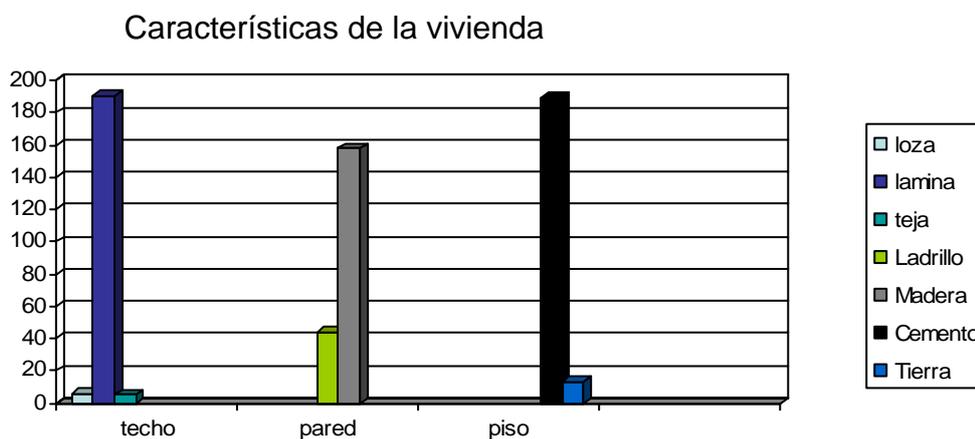
Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor

Tabla 8.
Características de la vivienda.

Tipo de material de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje %
Techo		
Loza	6	3.0
Lámina	191	94.6
Teja	5	2.5
Paredes		
Ladrillo	44	21.8
Madera	158	78.2
Piso		
Cemento	189	93.6
Tierra	13	6.4

Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor

El tipo de material con el cual esta construida la vivienda de los pacientes, se encontró que el techo en el 94.6% (191) es de lamina, las paredes en 78.2% son de madera el piso en el 93.6 de los pacientes es de cemento.



Fuente. Encuestas de necesidades del adulto mayor

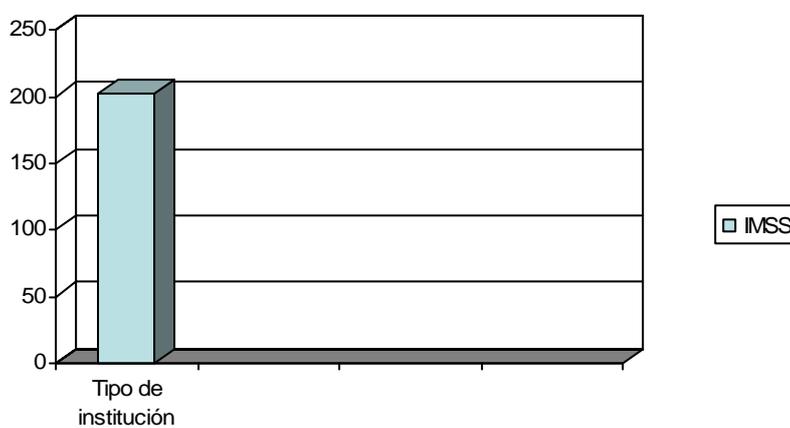
Tabla 9.
Tipo de atención médica.

Tipo de institución	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	202	100

Fuente: Encuestas de necesidades del adulto mayor.

EL 100%. (202). Recibe atención en el IMSS.

Tipo de atención médica.



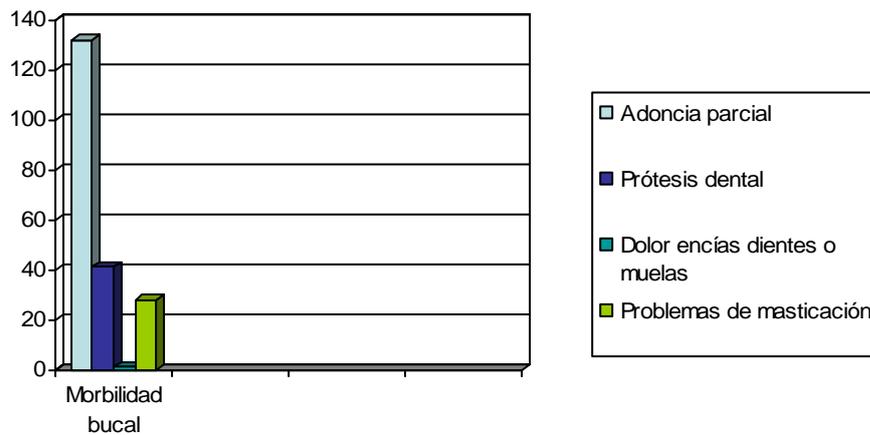
Fuente: Encuestas de necesidades del adulto mayor

Tabla10.
Morbilidad bucal

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Adoncia parcial	132	65.3
Prótesis dental	41	20.3
Dolor encías dientes o muelas	1	.5
Problemas de masticación	28	13.9

Fuente: Encuestas de necesidades del adulto mayor.

Se encontró con Adoncia parcial al 65.3% (132 pacientes), 20.3% (41) tiene prótesis dental, 13.9%(28) tiene problemas de masticación, y el .5% (1 paciente) presenta dolor en encías, dientes o muelas.



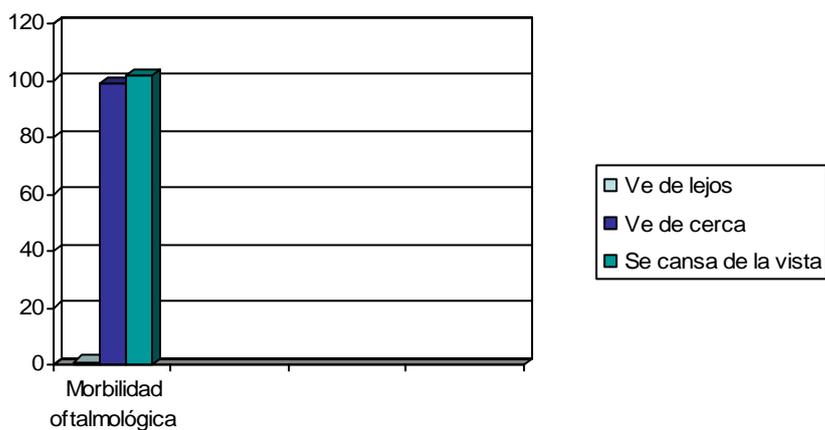
Fuente: Encuestas de necesidades del adulto mayor.

Tabla 11.
Morbilidad oftalmológica

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ve de lejos	1	0.5
Ve de cerca	99	49.0
Se cansa de la vista	102	50.5
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas de necesidades del adulto mayor.

El 50.5% (102pacientes) tiene visión cansada, 49.0% (99 pacientes), ve de cerca. 0.5% (1 paciente) ve de lejos.



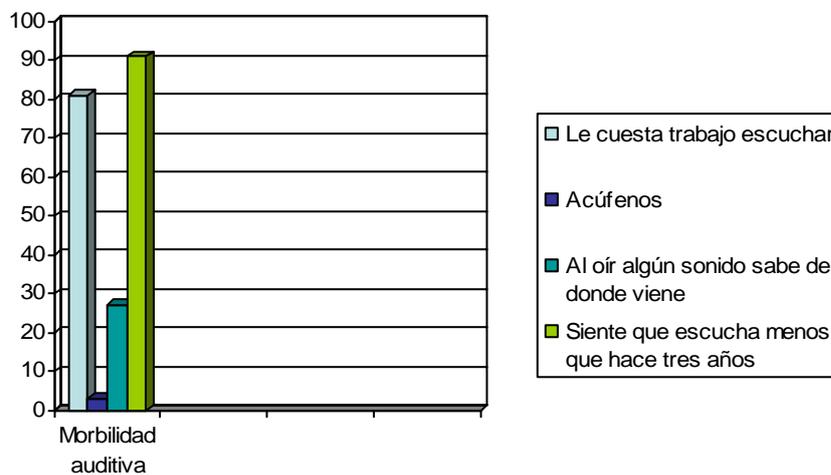
Fuente: Encuestas de necesidades del adulto mayor.

Tabla 12.
Morbilidad auditiva

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Le cuesta trabajo escuchar	81	40.1
Acúfenos	3	1.5
Al oír algún sonido sabe de donde viene	27	13.4
Siente que escucha menos que hace tres años	91	45.0
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas de necesidades del adulto mayor.

Se encontró que el 45.0% (91) siente que escucha menos, 40.1% (81) le cuesta trabajo escuchar, el 13.4% (27) al oír algún sonido sabe de donde viene, escucha acúfenos el 1.5% (3 pacientes).



Fuente: Encuestas de necesidades del adulto mayor

Tabla 13. Frecuencia de acuerdo al tipo de alimentos y número de días de consumo.

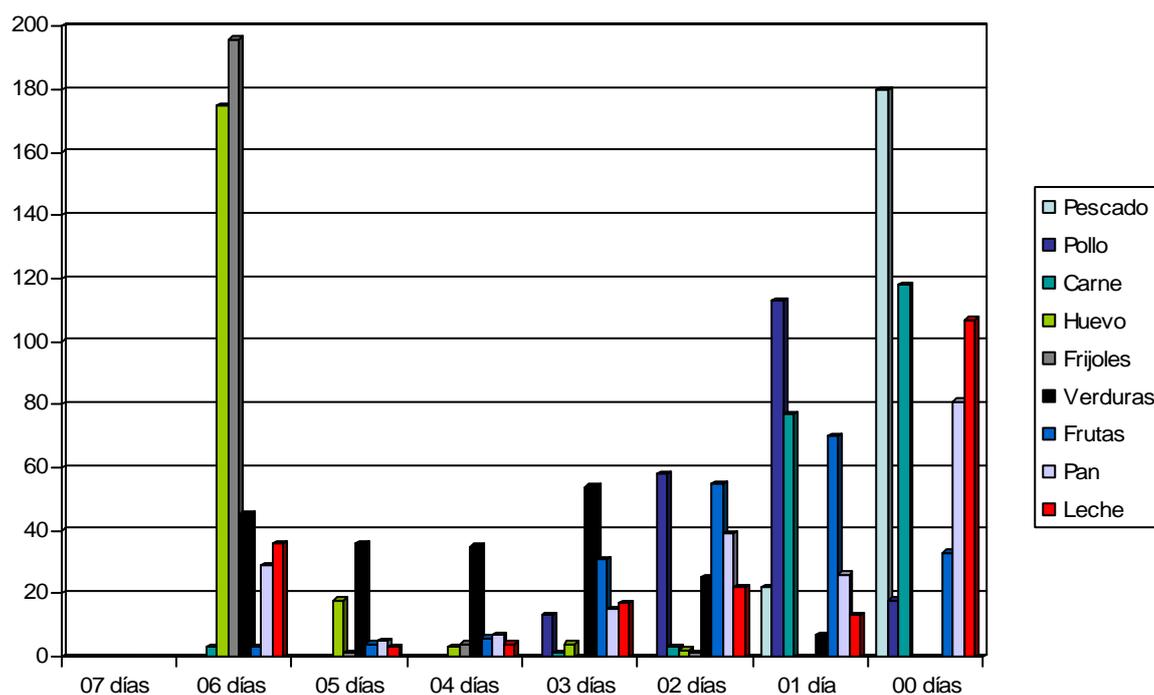
Variable	Frecuencia de consumo de alimentos																				
	No. días	No. Pac.	%	No. días	No. Pac.	%	No. días	No. Pac.	%	No. días	No. Pac.	%	No. días	No. Pac.	%	No. días	No. Pac.	%	No. días	No. Pac.	%
Pescado	0	180	89.1	1	22	10.9	-	-		-	-		-	-		-	-		-	-	
Pollo	0	18	8.91	1	113	55.9	2	58	28.7	3	13	6.4	-	-		-	-		-	-	
Carne	0	118	58.4	1	77	38.1	2	3	1.4	3	1	0.4	-	-		-	-		6	3	1.4
Huevo	-	-		-	-		2	2	0.9	3	4	1.9	4	3	1.4	5	18	8.9	6	175	86.63
Frijoles	-	-		-	-		2	1	0.4	-	-		4	4	1.9	5	1	0.4	6	196	97.2
Verduras	-	-		1	7	3.4	2	25	12.4	3	54	26.7	4	35	17	5	36	18	6	45	22.27
Frutas	0	33	16.3	1	70	34.7	2	55	27.2	3	31	15.3	4	6	2.9	5	4	1.9	6	3	1.4
Pan	0	81	40.1	1	26	12.9	2	39	19.3	3	15	7.4	4	7	3.4	5	5	2.4	6	29	14.35
Leche	0	107	53	1	13	6.4	2	22	10.9	3	17	8.4	4	4	1.9	5	3	1.4	6	36	17.82

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Se valoró el tipo de dieta de los pacientes de acuerdo al número de días que consumen determinado alimento, encontrando que el consumo de pescado en 180 pacientes (89.10%) es de cero días, y 22 pacientes (10.9%) lo consumen un día a la semana, la ingesta de pollo en 18 pacientes (8.91%) es de cero días a la semana, 113 (55.94%) lo consumen un día a la semana, 58 pacientes (28.7%) lo consumen dos días por semana y 13 pacientes (6.4%) lo consumen 3 días a la semana. La ingesta de carne (cerdo y res) en 118 pacientes (58.41%) es de cero días, 77 (38.11%) pacientes la consumen un día 3 (1.4%) pacientes dos días y un paciente (0.4%) tres días a la semana. 2 pacientes (0.9%) consumen huevo dos veces por semana, 4 pacientes (1.9%) tres veces por semana, 3 pacientes (1.4%) cuatro veces por semana 18 pacientes (8.9%) cinco veces por semana, y 175 (86.63%) pacientes seis veces por semana. El consumo de frijoles 1 paciente (0.4%) los consume dos veces por semana, 4 pacientes (1.9%) cuatro veces por semana un paciente (0.4%) cinco veces por semana y 196 pacientes (97.02%) los consume seis veces por semana. Verduras 7 pacientes (3.4%) las consumen un día 25 (12.37%) dos días 54 pacientes (26.7%) 3 días 35 pacientes (17.32%) 4 días 36 pacientes (17.82%) 5 días y 45 pacientes (22.27) las consumen 6 días a la semana. 33 pacientes (16.33%) no consumen frutas ningún día a la semana, 70 (34.65%) las consumen un día a la semana, 55 (27.22%) 2 días a la semana 31 (15.34%) 3 días por semana 6 pacientes (2.9%) 4 veces por semana, 4 pacientes (0.9%) 5

días a la semana, 3 pacientes (1.4%) 6 días a la semana. El consumo de pan 81 pacientes (40.1%) no lo consumen, 81 pacientes (12.9%) lo consume un día a la semana, 26 pacientes (19.3%) dos días a la semana, 15 pacientes (7.4%) tres veces por semana, 7 pacientes (3.4%) 4 veces por semana, 5 pacientes (2.4 %) cinco veces por semana, y 29 pacientes (14.35%) lo consumen seis veces por semana. La ingesta de leche el 52.97% de los pacientes no la consumen ningún día a la semana, el 6.4% la consumen 1 día a la semana el 10.89% dos veces por semana el 8.4% la consumen tres veces por semana 1.9% de la población la consume 4 veces a la semana el 1.4 cinco veces, y el 17.82% seis veces por semana.

Cuadro 14. Frecuencia de acuerdo al tipo de alimentos y número de días de consumo.



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Tabla. 14.

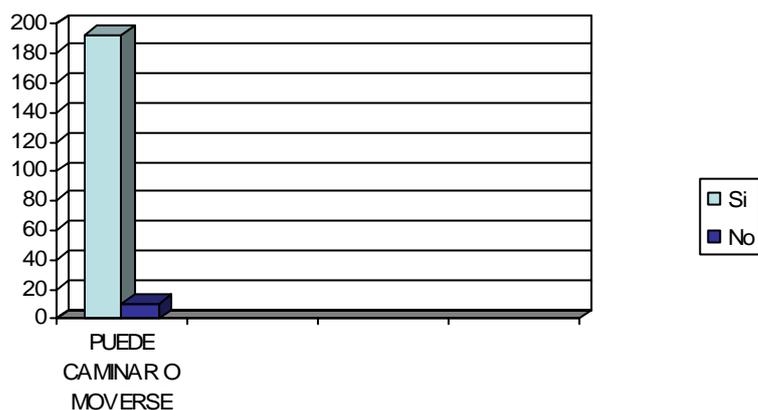
Puede caminar o moverse de un lado a otro

	Frecuencia	Porcentaje
Si	192	95.0
No	10	5.0
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

El 95.0%(192 pacientes) puede caminar o moverse de un lado a otro y el 5.0% (10) no puede hacerlo.

Puede caminar o moverse de un lado a otro



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Tabla. 15.

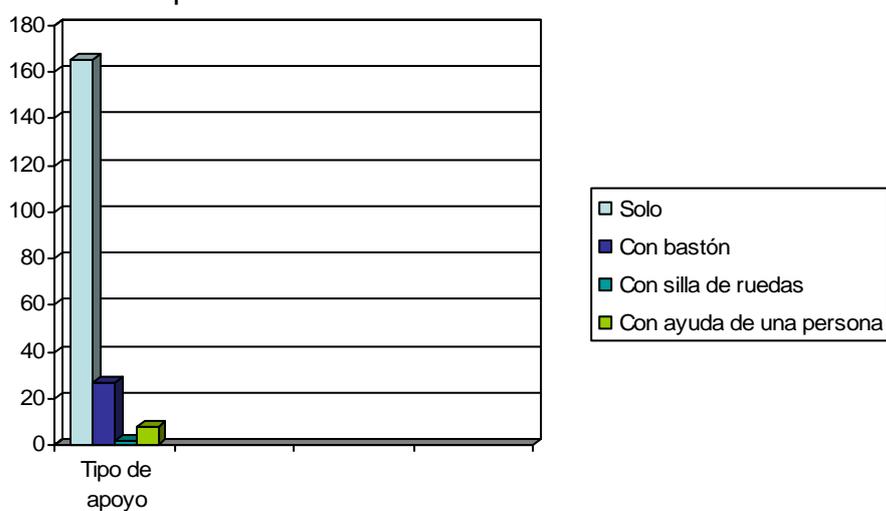
En su casa para caminar o moverse de un lado a otro.

Tipo de apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Solo	165	81.7
Con bastón	27	13.4
Con silla de ruedas	2	1.0
Con ayuda de una persona	8	4.0
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

El 81.7% (165) de la población se moviliza o camina solo de un lado a otro, el 13.4%(27) utiliza bastón para caminar, el 4.0% (8) necesita ayuda de una persona, y el 1.0% (2). Se moviliza de un lado a otro con silla de ruedas.

En su casa para caminar o moverse de un lado a otro.



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

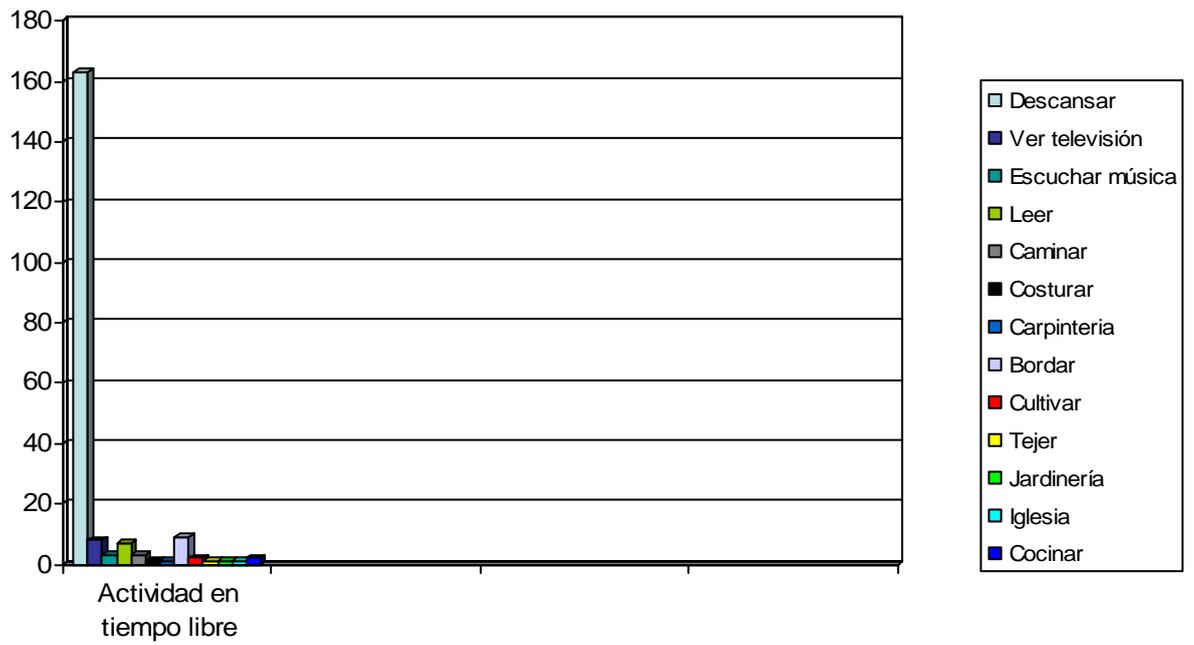
Tabla 16
Actividad en tiempo libre

Tipo de actividad	Frecuencia	Porcentaje
Descansar	163	80.7
Ver televisión	8	4.0
Escuchar música	3	1.5
Leer	7	3.5
Caminar	3	1.5
Costurar	1	.5
Carpintería	1	.5
Bordar	9	4.5
Cultivar	2	1.0
Tejer	1	.5
Jardinería	1	.5
Iglesia	1	.5
Cocinar	2	1.0
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Se encontró que 80.7% (163) en su tiempo libre descansa, 4.5% (9), utiliza su tiempo en bordar, 4.0% (8). Ve televisión, 3.5% (7) se dedica a leer, 1.5% (3) escuchan música y caminan, 1.0% (2), van a cultivar su parcela, el 5% (1) en su tiempo libre se dedican a costurar, carpintería, tejer, jardinería, van a la iglesia y se dedican a la cocina.

Actividad en tiempo libre



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Tabla. 17

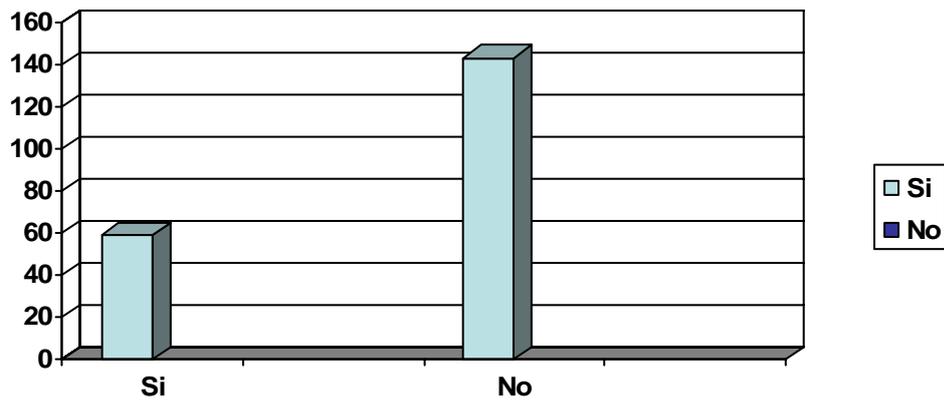
Le gustaría aprender algo en un lugar con personas de su edad

	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	29.2
No	143	70.8
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

El 70.8% (143) de los pacientes tienen deseos de aprender una actividad con personas de su edad.

Le gustaría aprender algo en un lugar con personas de su edad



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor

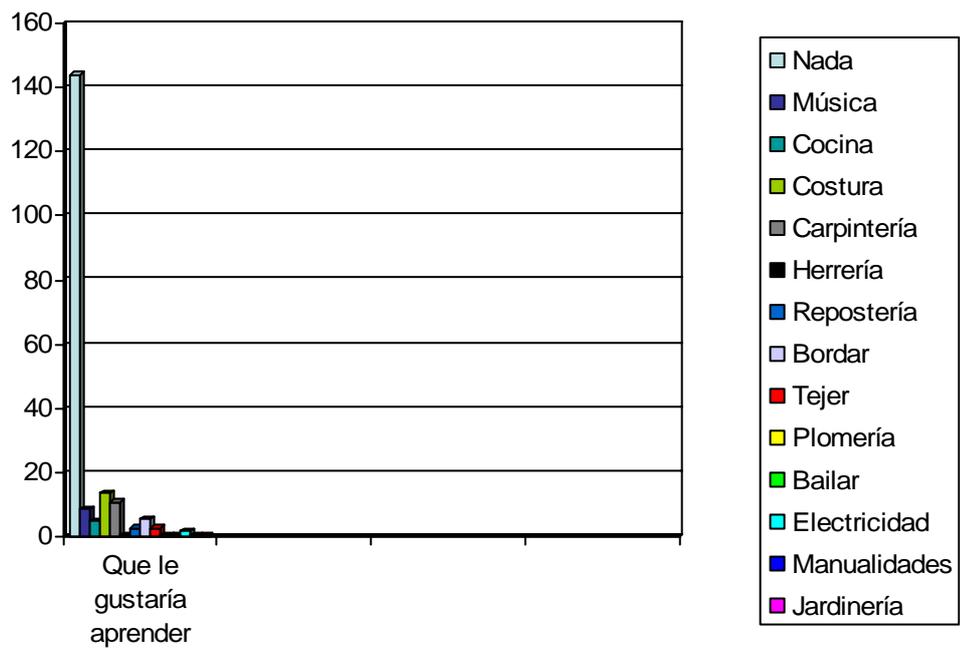
Tabla 18
Que le gustaría aprender

Tipo de actividad	Frecuencia	Porcentaje
Nada	144	71.3
Música	9	4.5
Cocina	5	2.5
Costura	14	6.9
Carpintería	11	5.4
Herrería	1	.5
Repostería	3	1.5
Bordar	6	3.0
Tejer	3	1.5
Plomería	1	.5
Bailar	1	.5
Electricidad	2	1.0
Manualidades	1	.5
Jardinería	1	.5
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Al 71.3% (144) no tiene deseo aprender alguna actividad. el 6.9%(14) desea aprender costura, 5.4% (11) carpintería, 4.5% (9) tiene predilección por la música, 3.0% (6) le gustaría bordar, 2.5%(5) quiere aprender a cocinar, 1.5%.(3) quiere tejer y aprender repostería 1.0% (2). Desea aprender electricidad, y el 0.5% (1) quieren aprender herrería, plomería, bailar, manualidades y jardinería.

Que le gustaría aprender



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor

Tabla. 19

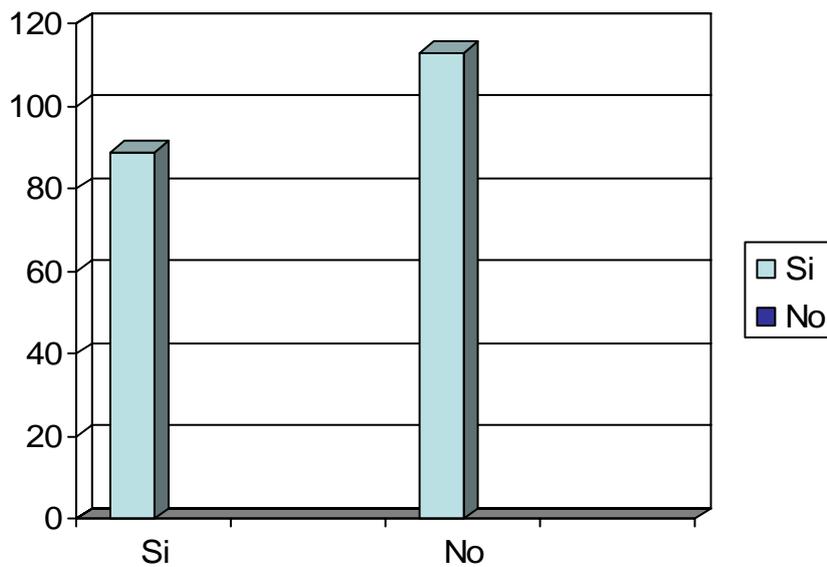
Problemas para ir a los lugares donde quiere o desea

	Frecuencia	Porcentaje
Si	89	44.1
No	113	55.9
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Se encontró que el 55.9% (113) no tiene problemas para ir a los lugares donde quiere o desea.

Problemas para ir a los lugares donde quiere o desea



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor

Tabla. 20

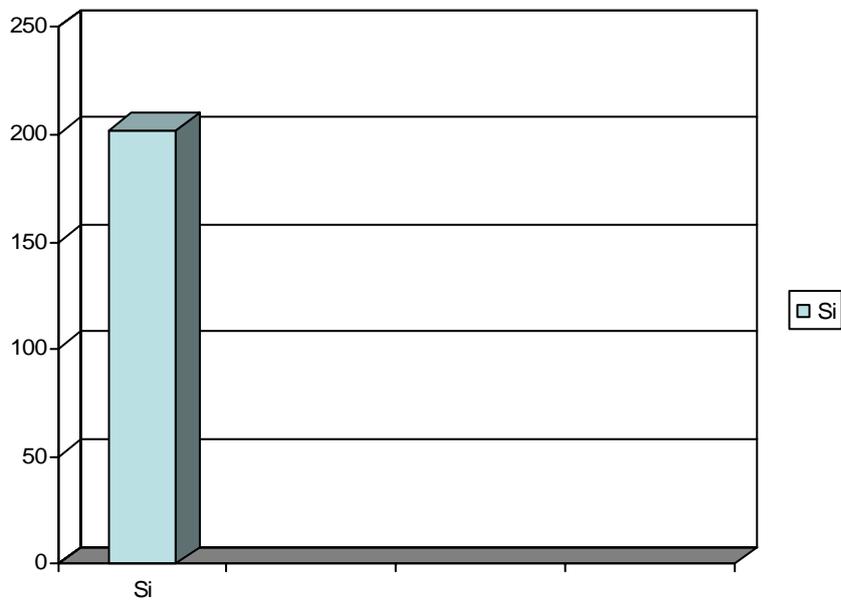
Se siente a gusto con lo que hace actualmente

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

El 100% (202) esta a gusto con lo que hace actualmente.

Se siente a gusto con lo que hace actualmente



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

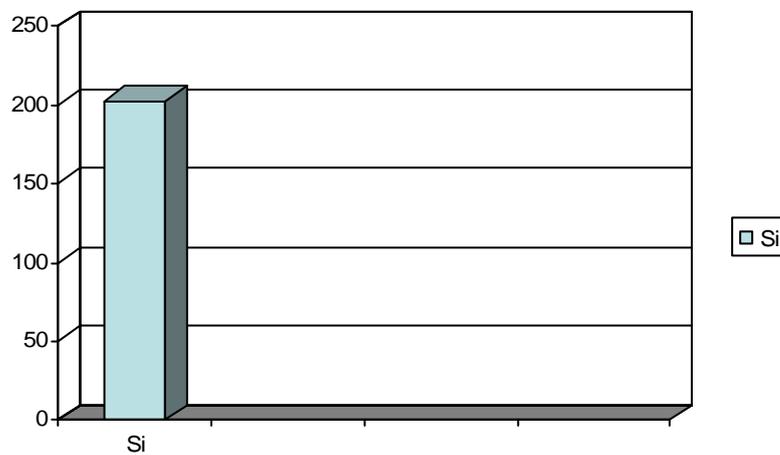
Tabla. 21
Ayuda por familiares

	Frecuencia	Porcentaje %
Si	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Se encontró que el 100% de la población tienen ayuda por sus familiares.

Ayuda por familiares



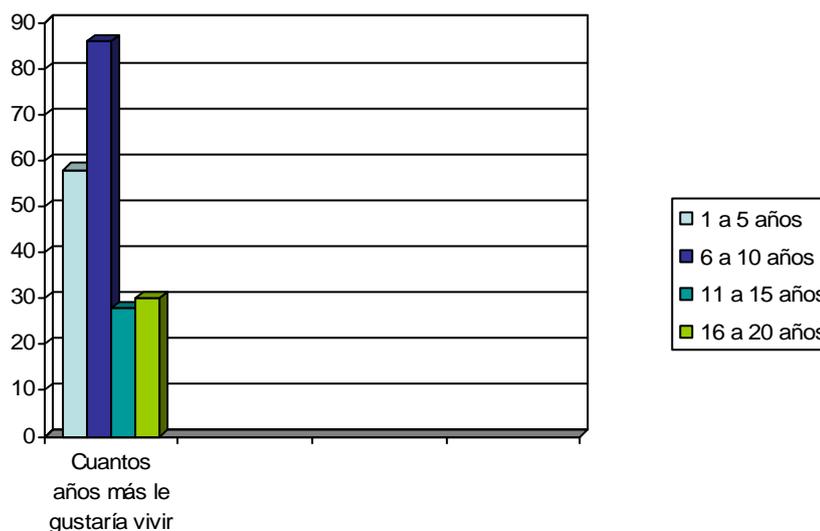
Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Tabla. 22
Cuantos años más le gustaría vivir

	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	58	28.7
6 a 10 años	86	42.6
11 a 15 años	28	13.9
16 a 20 años	30	14.9
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Al 42.6%(86) de los pacientes les gustaría vivir de 6 a 10 años, 28.7% (58) de 1 a 5 años, 14.9% (30) quieren vivir 16 a 20 años y el 13.9% (28) de 11 a 15 años.



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor

Tabla. 23

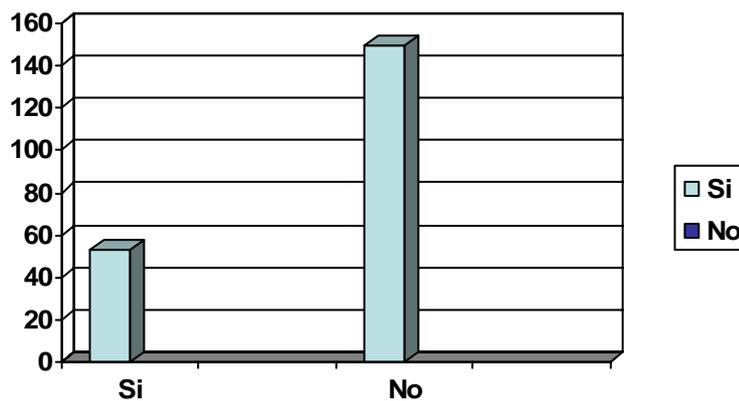
Le gustaría vivir con gente de su edad

	Frecuencia	Porcentaje
Si	53	26.2
No	149	73.8
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

El 73.8% de los pacientes (149) refieren que no les gustaría vivir con gente de su edad.

Le gustaría vivir con gente de su edad



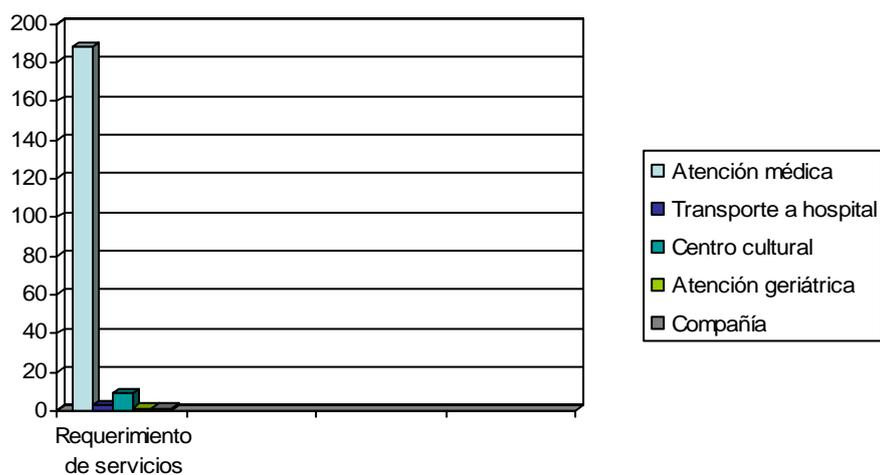
Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

Tabla. 24.
Requerimiento de servicios

	Frecuencia	Porcentaje
Atención médica	188	93.1
Transporte a hospital	3	1.5
Centro cultural	9	4.5
Atención geriátrica	1	.5
Compañía	1	.5
Total	202	100.0

Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor.

El 93.1% (188) solicita atención médica, 4.5% (9), requieren de un centro cultural, el 1.5% (3) solicitan transporte a hospitales, y el 0.5% (1) quieren atención geriátrica y compañía.



Fuente: Encuestas necesidades del adulto mayor

Discusión.

El envejecimiento es un fenómeno universal de los seres vivos.¹ Al igual que el resto del mundo, en México se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico caracterizado por el aumento en números absolutos y porcentuales de la población en edades avanzadas.⁹ Los adultos mayores en México tienden a concentrarse en los grupos sociales de menores ingresos. De los hogares con ancianos, 29% se ubican en localidades rurales de menos de 2,500 habitantes que se caracterizan por tener viviendas construidas con materiales frágiles y piso de tierra, además de otras carencias como falta de agua potable y energía eléctrica. Estas limitaciones de pobreza, vulnerabilidad y limitada accesibilidad a servicios básicos se agudizan en la vejez.³ En la muestra estudiada predominaron las mujeres en una proporción de 1:8 en donde más de la mitad de los encuestados se encuentran sin pareja (50.49%), condicionado por relaciones con diferencia de edades. El 100% no tiene actividad laboral ya que todos son pensionados de 60 años y más. El 49% de la población es analfabeta, el 51% solo cuenta con nivel básico de educación primaria. 97% de la población tiene un nivel socioeconómico bajo y muy bajo ya que únicamente cuenta con el ingreso de su pensión. En cuanto a la tipología familiar el 55% es de familia nuclear extensa por que viven principalmente con los hijos, y respecto al ciclo vital familiar el 100% se encuentra en fase de retiro condicionado por la media de edad 74.6 años. La mayoría de las viviendas está construida con techo de lámina en un 94.6% y con paredes de madera en un 78.2% relacionado por el nivel económico. En lo que se refiere a la morbilidad bucal más de la mitad (65.3) presenta adoncia, por deficiencias en la higiene bucal. Dentro de la morbilidad oftalmológica; 50.5 tiene visión cansada, dentro de los problemas auditivos encontrados 85% refiere problemas de audición. Dentro de la alimentación, el 89.1% no consume pescado y el 10.9% solo una vez a la semana; pollo 8.91% no lo consumen, 55.94% lo consumen una vez a la semana, 28.7% dos veces a la semana y 6.4% lo consumen 3 veces por semana. El 58.41% (118) pacientes no consumen carne (cerdo y res) 38.11% la consumen una vez a la semana. La ingesta de huevo la realizan seis veces por semana 175 (86.63%), 196 (97.02%) consume frijoles 6 veces a la semana. El consumo de verduras lo realizan todos cuando menos una vez a la semana

la mayoría lo consumen dos veces al día el 54 (26.7%). El consumo de frutas es una vez a la semana. 81 encuestados (40.1%) no consumen pan 29 (14.35%) lo consume dos veces a la semana. La mayoría no consume leche lo que equivale al 52.97%. No cubre los criterios de las leyes de alimentación (cantidad, calidad, armonía y la adecuación). En lo que respecta a la realización de actividades diarias el 81.7% de la población se moviliza o camina de un lado a otro sin ayuda de terceras personas, el 17.32% utiliza apoyo para caminar o moverse y solo el 1% se encuentra en silla de ruedas. El 94% de los pacientes llevan una vida sedentaria elevando el riesgo para desarrollar enfermedades crónicas degenerativas. 6% realizan actividades en su tiempo libre como caminar y cultivar su parcela. El 70.8% de los pacientes tienen deseos de aprender una actividad con personas de su edad, y solamente al 38.7% de la población les gustaría aprender alguna actividad el 71.3% no desea aprender actividades. El 55.9% de los pacientes no tiene problemas para ir a los lugares que desea, y el 100% se encuentra a gusto con lo que realiza actualmente así como recibir apoyo de sus familiares. El 100% de la población es del municipio de Unión Juárez. El número de años que les gustaría vivir varía de uno a veinte años con una frecuencia de 1 a 5 años, (42.6% de los pacientes). El 73.8% de los pacientes refiere no desear vivir con gente de su edad. Dentro de los requerimientos de la población se encuentra la atención médica (93.1%), ya que la unidad de medicina familiar 11 de Abril solo cubre el turno matutino y por la tarde, noche y fines de semana quedan sin atención los pacientes, ya que no hay servicio médico. En 1983 se realizó un estudio con la encuesta de las necesidades de los ancianos en México.¹¹ (ENAC) realizado en área urbana y suburbana donde los resultados arrojaron similitudes con nuestro trabajo en cuanto a mayor participación de la mujer que el hombre la mayoría de los senescentes vive con sus familias, los resultados sobre alfabetismo 50% de las personas de 60 años y más, en el área suburbana no saben leer ni escribir, y en el área urbana se encontró el 33%. Sin embargo en cuanto a la situación laboral en el área urbana el 53% de los hombres y 12% de las mujeres trabajan o siguen desempeñando una actividad remunerada. Respectivamente para el área suburbana se encontraron 66% de los hombres y 13% de las mujeres.

Conclusión.

El envejecimiento de la población presenta dos características fundamentales: la irreversibilidad del fenómeno y la heterogeneidad del grupo de viejos, basada, principalmente, en factores socioeconómicos. Ello supone estudiar el estado de salud de un subgrupo demográfico en aumento, no homogéneo y con necesidades y demandas crecientes. En este sentido la distribución de los recursos debe basarse en los niveles de salud y su mejora y/o incremento, ya que el hecho de llegar a los 65 años refleja, en si mismo, un estado de bienestar, que debe ser mantenido. El anciano requiere atención integral y global, cuyos objetivos se dirijan a: la mejoría de la calidad de vida a través de la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno; la prevención del deterioro funcional; la educación para la salud a nivel individual y familiar para promover el auto cuidado y la atención del anciano sano, enfermo o discapacitado. La atención de los ancianos permitirán una atención integral adecuada que la favorecerá, en lo posible, su capacidad para servirse a si mismo y para ser un individuo independiente y útil a la sociedad. El buen envejecimiento depende en gran medida de: la prevención de las enfermedades, la discapacidad, el mantenimiento de una gran actividad física de las funciones cognitivas, así como de la participación en actividades sociales y productivas. El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida; los modos de vida que favorecen un envejecimiento sano se fortalecen en épocas tempranas de la vida. El buen envejecimiento requiere hacer hincapié en la educación a lo largo de la vida, el uso creativo de las experiencias vitales, políticas que alienten el empleo y la capacitación permanente de trabajadores de edad. Se necesitan programas de preparación para la jubilación, al igual de las políticas nacionales que aseguren un nivel mínimo y adecuado de seguridad económica para las personas jubiladas o desocupadas. Es importante establecer programas que fortalezcan la interdependencia, equidad generacional tendientes a disminuir el aislamiento físico y emocional, así como el maltrato a los ancianos. Es necesario fortalecer el desarrollo de recursos humanos, capacitados en el trabajo con ancianos, desde el nivel individual hasta organizaciones de programas de asistencia médica y social. Es conveniente realizar estrategias, integrales, multidisciplinarias con el equipo de salud y los recursos existentes,

para solucionar las necesidades identificadas, y proporcionar educación para la salud a la comunidad con respecto a su vejez, para que exista una mayor aceptación y auto realización en esta etapa de la vida. Y evitar que la edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas hagan que muchos ancianos abandonen la vida en su propio domicilio. En este estudio realizado se obtuvieron resultados similares a las investigaciones previas con una representatividad nacional e internacional (ENSE 94, CRONOS, SABE, ENASEN) con resultados que reportan carencias en servicios intradomiciliarios básicos, sociales, y económicos. Como limitantes se presentará que esta fuente de información permanecerá al margen de la corriente principal del análisis estadístico de la epidemiología, por no tener una representatividad nacional.

Bibliografía.

1. J.L. Guijarro. Las enfermedades en la ancianidad. ANALES Sis San Navarra. 22: 1; 1999, 85-94.
2. Treviño-Siller S, Pelcastre-Villafuerte B, Márquez-Serrano M. Experiencia de envejecimiento en el México rural. Salud Pública Méx. 48: 1; 2006, 30-38.
3. Salgado de Snyder VN, González- Vázquez TT, " No hacen viejos los años, sino los daños": envejecimiento y salud en varones rurales. Salud Pública Méx. 47:4; 2005,294-302.
4. P. Buil, J. Diéz Espino. Anciano y familia. Una relación en evolución. ANALES Sis Navarra. 22: 1; 1999,19-25.
5. Ruiz –López, MD.; Artacho Martín-Lagos, R. y López Martínez, M.C. Recomendaciones Nutricionales para los ancianos. Ars Pharmaceutica. 41:1; 2000, 101-113.
6. Lara-Rodriguez MA. Benítez-Martines MG. Fernandez-Garate IH. Zarate-Aguilar A. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el instituto mexicano del seguro social. Salud pública Méx. 38: 6; 1996, 448-457.
7. Pacheco-Ríos A. Herrera-Basto E. Sánchez-Ahedo R. Santibáñez-Freg MP. Martínez-Plascencia X. Fernández-Ortega MA. Utilización de los servicios de salud por la población anciana. Rev Fac Med UNAM. 44: 6; 2001,239-243
8. Tomás-Aznar Moreno-Aznar LA. German-Bes C. Alcala-Nalvaiz T. Dependencia y cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de zaragoza. Rev Esp Salud Pública. 76:3; 2002, 215-226.
9. Ham-Chande R. El envejecimiento una nueva dimensión de salud en México. Salud pública Méx. 38: 6; 1996,409-418.

10. Macedo- de la concha L. Durante-Montiel I. Modelo de atención integral para los ancianos. *Archivo geriátrico*. 6: 1; 2004,9-13.
11. Alvarez-Gutiérrez R. Brown M.J Encuesta de las necesidades de los ancianos en México. *Salud publica Mex*. 25: 1; 1983, 21-75.
12. San Miguel-Aguirre E.(1999) El envejecimiento de la población. En: *Los derechos humanos en la tercera edad*. (Eds) reproducciones y materiales, México. 1ª. (Ed), 9-11.
13. Díaz-Tabares O. Soler Quintana ML. García- Capote M. El Apgar familiar en ancianos convivientes. *Rev Cubana Gen Integr*. 14:6: 1998, 548-553.
14. Aguado-Mingorance JA. Burgos-Gamez G. Gastón-Morata JL. Valoración de necesidad en el anciano. *Rev San Hig Púb*. 68:3; 1994, 347-354.
15. INEGI. XII Censo General de población y vivienda, Mexico, D,F. 2000
16. Eiora-Patiño P. Vazquez-Vizoso FL. Veras-Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clínica*. 106:17; 1996,641-648.
17. Lázaro-Alquezar A. Rubio-Aranda E. Sánchez-Sánchez A. García-Herrero JC. Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital. *Rev Esp Salud Pública*. 81:6; 2007, 625-636.
18. Villanueva-Egan LA. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. *Rev Hosp. Gral. Dr. M Gea González*. 3: 6; 2000, 107-114.
19. Pinzon-Pulido SA. Detección de necesidades de atención buco dental en ancianos mediante la auto percepción de la salud oral. *Rev Mult. Gerontol*. 9: 1999, 216-224.

20. Gómez-Vital M. Zulueta-Torres D. Vigilancia alimentaría nutricional nutricional en hogares de ancianos. Rev Cubana Med Gen Integr. 17:6; 2001,526-531.
21. Pando-Moreno M. Aranda-Beltrán C. Aguilar-Aldrete M. Mendoza- Roaf PL. Salazar-Estrada JG. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. Cad Saude Pública. 17:1; 2001,63-69.
22. Franco-Fernández MD. San Martín-Roche A. Guija-Villa JA. Giles-Gordón E. Dificultades en la evaluación de los trastornos afectivos en el anciano. Rev Psicogeriatría. 3: 1; 2003, 12-16.
23. Banda-Arévalo JP. Salinas-Martínez R. Problemas identificados mediante la evaluación geriátrica en un asilo. Salud Pública de México. 34:5; 1992, 546-563.
24. Grupo Océano,(2001) En: Diccionario de la lengua española. (Eds) Océano. México. 1ª. (Ed). 528.
25. Abraham H. Maslow. (2000) La jerarquía de las necesidades. En: Motivación y personalidad. (Eds) Díaz de santos S.A. España. 2ª. (Ed). 87-92.
26. Albert-Cuñat V. Maestro-Castelblanque ME. Martinez-Perez JA. Monge-Jodra V.
Hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad. Rev Esp Salud publica. 74:3; 2000, 287-298.
27. Roldan de la O I. Almeida J. Marco teórico para el estudio de la atención integral de los ancianos. 5:3; 2004,119-124.

Anexos.

CUESTIONARIO DE LAS NECESIDADES DE LOS ANCIANOS (ENAC).

I. Datos Generales

1. Domicilio: _____
Calle No. Ext.
2. Nombre: _____
3. Edad: _____
5. Estado Civil: Soltero¹ Casado² Unión Libre³ Divorciado o separado⁴ Viudo⁵
6. Cual es su ocupación: Campesino¹ Obrero² Profesional³ Jubilado⁴ Pensionado⁵
7. Cual es su escolaridad: analfabeta¹ Primaria² Secundaria³ Preparatoria⁴ Profesional⁵
8. Nivel socioeconómico: muy bajo¹ bajo² medio³ Medio alto⁴ alto⁵
9. Tipo de familia: nuclear¹ Extensa² Extensa compuesta⁴
10. Ciclo vital familiar: Matrimonio¹ Expansión² Dispersión³ Independencia⁴ Retiro y Muerte⁵

II. Características de la Vivienda

11. Tiene drenaje: si¹ No²
12. Tiene agua potable: si¹ No²
13. Tiene Energía eléctrica: si¹ No²
14. El techo de que material es: Loza¹ Teja² Lamina³
15. Las paredes de que material es: Ladrillos¹ Madera² Otro³
16. El piso es de: cemento¹ Tierra²

III. Salud

17. Cuando usted siente un dolor generalmente que hace, consulta: homeópata¹ Doctor² Curandero³ Toma un remedio casero⁴ Hace alguna otra cosa⁵
18. Tiene usted alguno de los siguientes problemas en la boca: Le faltan dientes o muelas.¹ Le molestan los dientes postizos.² Tiene dolores de encías, dientes o muelas.³ Le cuesta trabajo masticar.⁴
19. Tiene usted alguno de los siguientes problemas con su vista: puede ver de lejos¹ Puede ver de cerca² Ve bien de noche³ Se cansa frecuentemente de la vista⁴
20. Tiene usted alguno de los siguientes problemas para escuchar: Cuando platica con alguien Le cuesta trabajo escuchar bien lo que dicen¹ Al platicar con alguien le molesta que le hable en voz alta² Oye usted ruidos con su oído³ Al oír algún sonido sabe de donde viene.⁴ Siente usted que actualmente oye menos que hace 3 años.⁵

IV. Alimentación

21. En los últimos siete días cuantos días comió y tomo usted los siguientes alimentos:

Pescado: 0 1 2 3 4 5 6 7
Pollo: 0 1 2 3 4 5 6 7
Carne: 0 1 2 3 4 5 6 7
Huevos: 0 1 2 3 4 5 6 7
Frijoles: 0 1 2 3 4 5 6 7
Verduras: 0 1 2 3 4 5 6 7
Frutas: 0 1 2 3 4 5 6 7
Pan: 0 1 2 3 4 5 6 7
Leche: 0 1 2 3 4 5 6 7

V. Actividades diarias

22. Puede usted caminar o moverse de un lado a otro: Si ¹ No ²

23. En su casa para caminar o moverse de un lado a otro lo hace: Solo ¹ Con bastón ² Con muletas ³
Con silla de ruedas ⁴ Con ayuda de una persona ⁵

VI. Actitud respecto a si mismo

24. A que se dedica o que hace en su tiempo libre: _____

25. Le gustaría aprender algo en un lugar con personas de su edad: Si ¹ No ²

26. Que le gustaría aprender: _____

27. Tiene usted problemas para ir a los lugares donde quiere o desea : Si ¹ No ²

28. Se siente a gusto con lo que hace actualmente: Si ¹ No ²

29. Sus familiares o las personas con quien convive le ayudan cuando usted se los pide: Si ¹ No ²

30. Cuantos años más les gustaría vivir: _____

31. Le gustaría la idea de algún día vivir en una comunidad o lugar con gente de su edad: Si ¹ No ²

32. Como ya mencione, tenemos interés en conocer los requerimientos de las personas de su edad, por lo que quisiera saber cuales de los siguientes servicios serian necesarios para usted:

Atención médica ¹ Transporte a clínicas u hospitales ² Centros donde se hagan y aprendan cosas como:
Jardinería, tejer, coser, jugar con personas de su edad ³ Lugares donde pueda oír platicas sobre
problemas de personas de su edad ⁴ Personas que lo visiten o acompañen a donde quiere ir ⁵ Hogares
Gratuitos para personas de su edad ⁶ Que otro servicio necesita usted: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para realizar proyecto de investigación.

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente autorizo que: se me aplique el cuestionario necesidades del Adulto mayor.

Participo en el proyecto de investigación titulado: Necesidades del adulto mayor adscrito al consultorio No.3. Once de abril.

Registrado ante el comité local de investigación en salud con el número;

El objetivo del estudio es: Determinar las necesidades del adulto mayor.

Se me ha explicado que mi participación consiste en: contestar el cuestionario ENAC. (Encuesta de las necesidades de los ancianos).

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: La encuesta que responderé no tiene riesgos, ni inconvenientes o molestias y que tiene como beneficio conocer las necesidades del adulto mayor

El investigador principal se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso en mi tratamiento)

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibió en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera serme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

Nombre firma y matricula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales se pueden comunicar en caso de emergencia y / o dudas y preguntas relacionadas con el estudio 966 66 2 32 01 y 966 66 2 09 98 Ext. 14

Testigos

Testigos
