



11226  
2ej.  
2

**Universidad Nacional Autónoma de México**

DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

**GERONTOLOGIA - GERIATRIA EN LA TEORIA Y  
PRACTICA DE MEDICINA FAMILIAR**

**T E S I S**

Para obtener el título de:

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**P r e s e n t a n :**

DRA. ISABEL PATRICIA AGUILAR JAIME  
DR. RICARDO GUTIERREZ ROJAS  
DR. CARLOS GRAHAM MONTEJO  
DR. JOSE ANTONIO ROMAN SARABIA

México, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1982



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.

## I N D I C E

Pág.

I. Introducción.	1
II. Características Generales de la Población Mayor de 60 años en- la República Mexicana.	
A) Aspectos Demográficos.	4
B) Aspectos Económicos.	7
C) Aspectos de Salud.	8
D) Aspectos Legislativos.	11
E) Aspectos Sociológicos.	12
F) Aspectos Geriátricos.	13
F.a. Antecedentes Históricos.	13
F.b. Aspectos Biológicos del Envejecimiento.	15
F.c. Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos.	24
F.d. Aspectos de Práctica Geriátrica en Medicina Familiar.	25
III. Medicina Familiar en Geriatria-Gerontología.	27
A) Justificación y Objetivo.	29
B) Universo de Trabajo.	31
C) Metodología.	33
D) Resultados.	35
E) Discusión.	48

IV. CONCLUSIONES.	54
V. PROPOSICIONES.	58
VI. BIBLIOGRAFIA.	60

## I. INTRODUCCION

La vejez es un fenómeno de origen biológico, pero en sus consecuencias de alcances psicológicos y sociales que afectan a un segmento importante de la población.

El ser humano atraviesa por etapas en las que sus potencialidades físicas van teniendo cambios significativos; de tal manera que al final de su vida, las mismas disminuyen. Por lo que las rela--ciones que el individuo establece en su marco social, determinadas - por su capacidad productiva, tienen modificaciones substanciales. - Dentro del sistema económico predominante el ser humano, durante un - lapso de su vida posee un alto significado socialmente productivo, - biológicamente determinado y jurídicamente clasificado entre los 15- y 60 años. Después de los 60 años se considera que el individuo, - tiene una disminución importante en sus capacidades físicas y mentales, que merman su capacidad para continuar una actividad productiva, optándose por separarlo a través de la cesantía, pensión o invalidez.

Al ser marginado de la producción y por lo tanto de una remuneración, disminuye las posibilidades para satisfacer sus necesida--des básicas y de los individuos que dependen de él. El resultado - es que ante estas circunstancias, las personas que gravitan dentro - de sus grupos primarios tienden a separarse paulatinamente en su re-lación con él. La familia como grupo primario más importante ha ido

sufriendo cambios estructurales que la han llevado, del grupo familiar externo a una forma nuclear, en la que las personas de edad avanzada pueden constituir un conflicto en la dinámica familiar. Siendo el rechazo económico y social evidente en las áreas urbanas y en el medio rural con organización familiar con características aún prenucleares, el fenómeno de la marginación es menor.

Las circunstancias mencionadas influyen en forma determinante en el sentimiento del valer, tanto personal como gregario, de tal manera que significa un momento de ajuste en el equilibrio psíquico del viejo, lo que puede producir sentimientos de marginación, soledad, minusvalía, rechazo, etc.

Las instituciones que existen actualmente tanto de tipo social, médico y jurídica dirigidas al cuidado de este grupo de personas no se encuentran desarrolladas.

Respecto al área médica, no se contemplan objetivos de formación educacional en el campo de la Geriatria, tanto en pregrado como en postgrado.

En los cursos de especialidad de Medicina Familiar tampoco existen contenidos que aborden los problemas biológicos, psicológicos y sociales de las personas mayores de 60 años. De tal manera, que hasta el momento, tanto el médico familiar como el médico gene-

ral, terminan con una formación insuficiente en los aspectos de Geriatria y Gerontología.

## II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION MAYOR DE 60 ANOS EN LA REPUBLICA MEXICANA.

En Medicina Familiar el interés por el individuo en relación al cuidado de la salud, parte desde la perspectiva integral, que implica una indagación sobre sus condiciones sociales, económicas, psicológicas, que inciden en su equilibrio de salud. Por lo que el Médico Familiar al investigar tales condiciones en cualquiera de los individuos que puede tener a su cargo, podrá descubrir una amplia gama de circunstancias que van a permitir incrementar su capacidad para proporcionar un cuidado de salud en los individuos. Tales supuestos enmarcan el espíritu de una disciplina como la Medicina Familiar. El objeto de nuestro estudio es el individuo mayor de 60 años, las condiciones sociales, económicas, psicológicas y biológicas en las que vive; tratando de establecer una relación en el proceso salud-enfermedad y las posibilidades para un cuidado de salud adecuado.

A continuación describiremos las características actuales en la población mexicana, tanto sociales, económicas y de salud.

### A) ASPECTOS DEMOGRAFICOS.

De acuerdo al XI Centro General de Población y Vivienda de 1980, (1) la población total en México fue de 67 millones de habitantes, de los cuales la población mayor de 60 años representó el 5.81-

de la población total, correspondiendo en cifras a 3,900,000. De esta cifra, 1,800,00 (2.6%) correspondió al sexo masculino y 2,000,000 al sexo femenino (3.2%) (1) (gráfica 1 y 2).

Según las proyecciones del Consejo Nacional de Población de 1979, a partir de los 60 años el porcentaje de esta población disminuye significativamente conforme avanza la edad.

A partir de 1940 se contaba con una tasa de mortalidad de 24.4 por 1000 habitantes, descendió a 8.5 por 1000 habitantes en 1978.

La tasa de natalidad ha permanecido relativamente constante hasta 1960, que fué de 46.1 por 1000 nacidos vivos; para posteriormente descender a 28 por 1000 nacidos vivos en 1980.

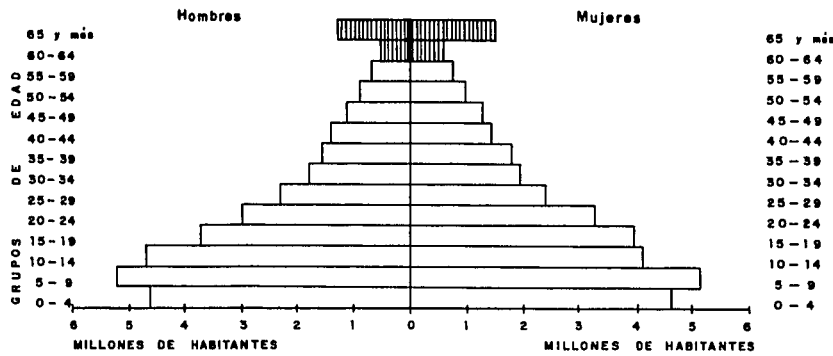
La esperanza de vida en México ha aumentado considerablemente ya que en 1940 era de 40.4 años al nacimiento y actualmente es de 66 años (2) gráfica 3.

La tasa de crecimiento natural en 1930 era de 17 y en 1970 fue de 35, lo que correspondió a una tasa de crecimiento medio anual de 3.5%. De acuerdo al Censo Nacional de Población referido, en 1980 la tasa de crecimiento alcanzó el 2.5.

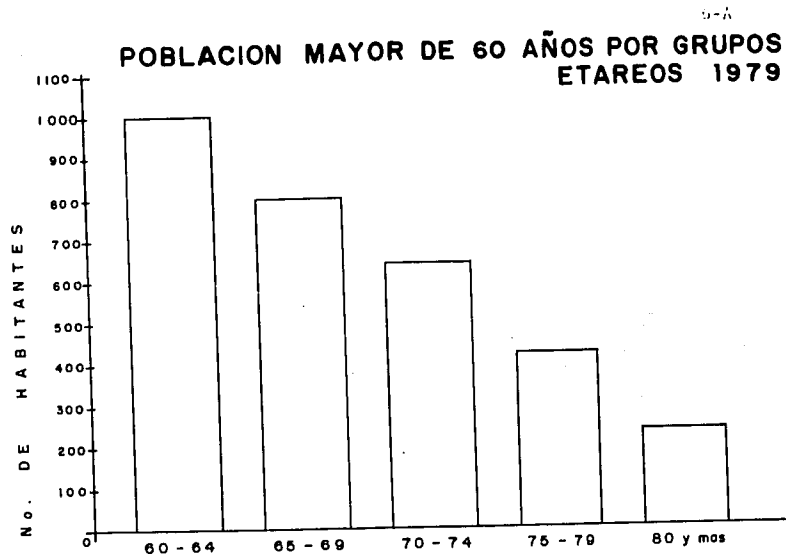
El crecimiento de la población mayor de 60 años ha tenido - las siguientes características: en 1940 era de 5.2% de la población - general; en 1950 el 5.6%; en 1960 el 5.9%; en 1970 5.4% y en 1980 - llegó a 5.8%.

GRAFICA 1

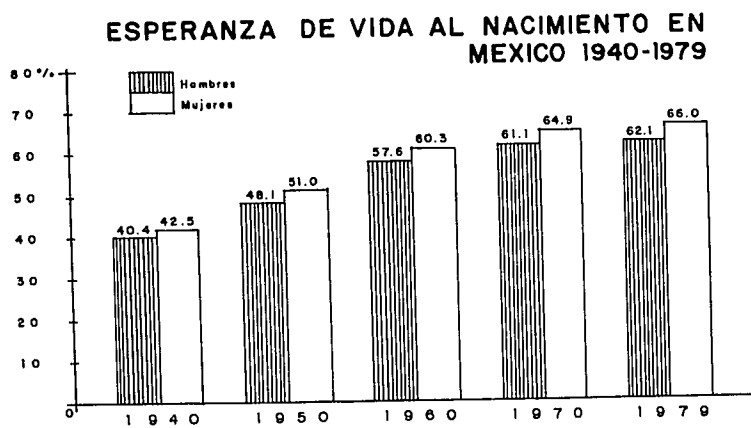
**PIRAMIDE DE POBLACION DE MEXICO SEGUN EL CENSO NACIONAL DE POBLACION DE 1980.**



GRAFICA 1



GRAFICA 2



GRAFICA 3

Estado Civil.- El 53% de este grupo estaba casado por matrimonio civil; religioso el 46%; civil y religioso el 41%; viudos el 24%; solteros 7%, unión libre 6%; separados 2%; divorciados 6% y en estado civil no especificado el 6%. Cuadro 1.

Educación.- Entre la población mayor de 60 años tenemos que el 57% era alfabeta, en cuanto a analfabetas la proporción era de 43% restante, que corresponden al 35% de la población total de mayores de 60 años.

El grado de instrucción en este grupo fué: sin primaria el 31%; con instrucción primaria entre el primero y tercer grado el 22%; con primaria de 4o a 6o grado el 18%; con postprimaria el 8% y con instrucción no especificada el 21% (3) Cuadro 2.

#### B) ASPECTOS ECONOMICOS.

La población económicamente activa en 1980 alcanzó el 30% de la población total. Las personas mayores de 60 años representaron el 9% de la misma, distribuyéndose por sexo en forma equitativa. De tal forma que menos de la mitad de las personas de más de 60 años tiene una actividad económicamente remunerada. Gráfica 4.

La distribución por sectores de la actividad de la población económicamente activa general en 1975: agropecuario 39%, industria -

7-A

ESTADO CIVIL	
MATRIMONIO CIVIL	53 %
MATRIMONIO RELIGIOSO	46 %
M. CIVIL Y RELIGIOSO	41 %
VIUDOS	24 %
SOLTEROS	7 %
UNION LIBRE	6 %
SEPARADOS	2 %
DIVORCIADOS	0.6 %
NO ESPECIFICADO	6 %

CUADRO 1

GRADO DE INSTRUCCION	
SIN PRIMARIA	31 %
DE 1º a 3º GRADO	22 %
DE 4º a 6º GRADO	18 %
POST-PRIMARIA	8 %
NO ESPECIFICADO	21 %

CUADRO 2

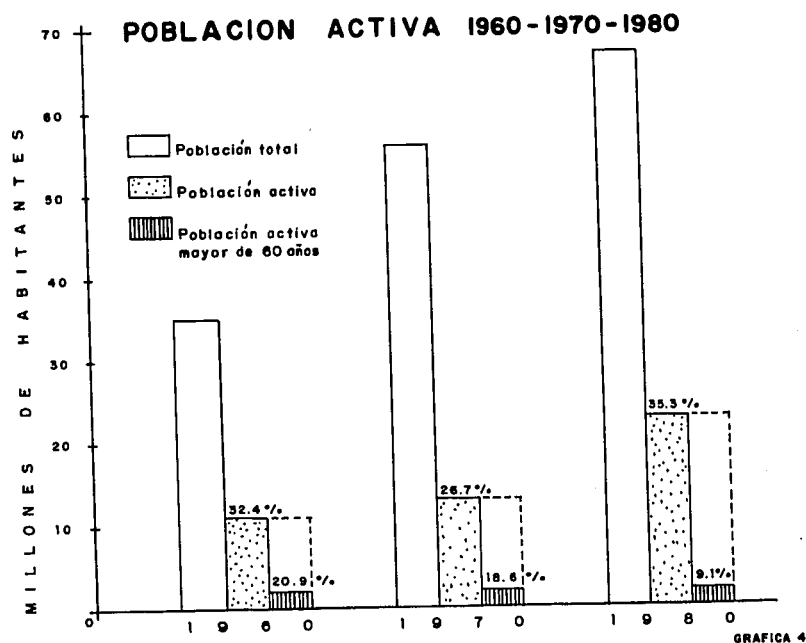
22%, y servicios 38%, (4) la población económicamente activa mayor de 60 años se dedicaba en un 20% a actividades agropecuarias, el 10% a la industria y un 24% a servicios. (4). Las características de empleo en áreas urbanas del país, demostró que el 31% de la población económicamente activa era mayor de 60 años. (5)

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 1980, el 9% de las personas mayores de 60 años, estaban jubiladas o pensionadas por alguna institución de salud. Podría considerarse en términos generales que la población económicamente activa de más de 60 años y los jubilados sumarían un 20% aproximadamente, que se encontrarían en condiciones económicas aparentemente estables; en contraste con un 80% de este mismo grupo que carece de alguna protección económica.

#### C) ASPECTOS DE SALUD.

La aplicación de la tecnología médica, la organización de los servicios públicos de salud y el mejoramiento de las condiciones de vivienda, han propiciado una reducción de los niveles de mortalidad fundamentalmente a partir de 1940.

El índice de sobrevivencia para personas mayores de 60 años en 1966 señalaba, que 6 de cada 10 personas sobrevivían al llegar a esta edad. (6)



Mortalidad.- Las 10 principales causas de mortalidad en 1976 para este grupo de personas fueron: 1. Enfermedades del corazón - 2. Influenza, Neumonias, Enfermedades respiratorias agudas, 3. Tumores malignos, 4. Enfermedades cerebrovasculares, 5. Diabetes Mellitus, 6. Enteritis y otras enfermedades diarreicas, 7. Bronquitis, - Enfisema y Asma, 8. Cirrosis Hepática, 9. Anemias, Avitaminosis y - otras deficiencias nutricionales, 10. Accidentes.

Morbilidad.- Las 10 principales causas de morbilidad para - este grupo de personas y en el mismo año fueron: 1. Enfermedades - del Aparato Respiratorio, 2. Enfermedades del Aparato Circulatorio, - 3. Enfermedades infecciosas y parasitarias, 4. Enfermedades del Sistema Nerviosa Central y órganos de los sentidos, 5. Enfermedades esteomusculares y del tejido conjuntivo, 6. Enfermedades del Aparato - digestivo. 7. Enfermedades metabólicas y de la nutrición, 8. Fracturas, traumatismos y otras lesiones, 9. Enfermedades del Aparato Genitourinario, 10. Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo.(7)

Recursos para la Salud.- A la fecha sólo se cuenta con atención específica para el área geriátrica a nivel de una sola institución de salud: un servicio de geriatría en el Hospital General de - México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que cuenta con - 18 camas.

No se cuenta con cifras exactas sobre el número de geriatras

que existen en el país. Sin embargo hasta el momento no existía un programa de especialización universitario en Geriatria en México. De tal modo que los geriatras reconocidos habrían adquirido su entrenamiento fuera del país.

A pesar de la carencia de médicos entrenados para la atención médica geriátrica; los médicos generales, médicos familiares, cardiólogos, nefrólogos, etc. Se encargan de su atención en algún momento determinado de su práctica médica. El Hospital Español, asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, ha creado un programa de especialización en Geriatria, que a partir de 1982 entrará en vigor.

En 1974 existían en México 72 casas para la asistencia del anciano, que deban albergue a un total de 6600 ancianos y en 1976 se contaba con el mismo número de casas para la asistencia, ampliando su capacidad para 12,800 ancianos. (8)

Dentro de los aspectos sociales y económicos, desde 1980, el Estado Mexicano creó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), dedicado a la readaptación social integral del individuo que ha rebasado los 60 años.

D) ASPECTOS LEGISLATIVOS.

Hasta el momento son escasas las normas jurídicas que protegen de algún modo a las personas seniles. El Código Civil en su artículo 304, habla de la obligación de los hijos de proveer sustento a sus padres, siempre y cuando estos se encuentren impedidos de obtenerlo. (9)

La Ley Federal de Trabajo considera el aspecto de despido de los trabajadores y la indemnización en relación a las semanas laboradas, sin embargo no se contempla la edad de jubilación, remitiéndose a los contratos realizados por cada empresa. (10)

El criterio para fijar la edad adecuada de jubilación en un régimen laboral general, se ha enunciado en los términos siguientes: "la edad señalada debería ser aquella en la que comunmente, las personas son incapaces de efectuar un trabajo eficiente, en la que la incidencia de la enfermedad y de la invalidez es elevada y en la que el desempleo, si lo hubiere, sería probablemente permanente". (11)

En términos generales se establece la edad de 60 años con variaciones de 5 años. Para las mujeres existe una diferencia de 5 años menos en relación con el hombre para la edad de jubilación.

En México sólo se extiende pensión a la población económica-

mente activa y entre ellas el Instituto Mexicano de Seguro Social, -  
concede dos tipos de pensión: a) por cesantía con edad mínima de -  
60 años y 500 semanas cotizadas y b) por edad avanzada que fija como  
límite de edad 65 años y 500 semanas de cotizaciones. Calculandose  
de 1% del salario anual por cada año de cotizaciones, o 1.33% si el  
beneficiario es casado. (12)

#### E) ASPECTO SOCIOLOGICOS.

Estudios de Gerontología plantean que el envejecimiento es -  
un proceso visto como desfavorable e inmanejable, universal e indi--  
ferenciado.

Para algunos sociólogos la persona que envejece en mejor for  
ma es la que combate al envejecimiento, y para otros, el envejeci- -  
miento se caracteriza por el progresivo divorcio entre el individuo  
y la sociedad. (13)

El problema social de la vejez radica en el rechazo, margina  
ción y sentimiento de inutilidad, especialmente en los países subde-  
sarrollados. Los conflictos psicosociales se derivan de tres rasgos  
fundamentales de la sociedad: a) la forma de organización industrial  
que valora sobre todo la producción y la productividad, b) el carac-  
ter tecnocrático de la sociedad actual y c) el predominio de la fami  
lia nuclear en que se toma al anciano como carga (14).

Según Giovanni Berlinguer (15) no hay estudios que hayan corroborado la idea de que el rico muere prematuramente, sino que por el contrario, "el que es pobre muere antes" ya que está expuesto a mayores factores de riesgo, que condiciona múltiple patología y disminuye por lo tanto la expectativa de vida.

Lo que es apoyado por el concepto general: que el Hombre, biológicamente determinado esta expuesto a variaciones del ambiente-social o natural, que puede intervenir positiva o negativamente, modificando desde el exterior su integridad humana. (16)

#### F) ASPECTOS GERIATRICOS.

F. a Antecedentes Históricos.- Los datos referentes al estudio de los viejos son escasos en la historia, algunos de los pasajeros de la República de Platón y del Tratado de Cicerón, tratan ya el tema de la senectud.

Sin embargo es hasta la época moderna, en que se vuelve a tomar interés por el tema de la senectud, existiendo en la literatura mundial estudios panorámicos de varios aspectos de la ancianidad, incluyendo los de Kube (1938); Lorge (1941), 1944, 1947), Miles (1942) Kaplan (1945, 1956), Anderson (1949), Donahue (1949), Granich (1950) Shock (1956), Grewel (1953) y Watson (1952) (17).

En España, Ramón y Cajal (18) fué uno de los principales científicos que inicia la sensibilización hacia la necesidad de abordar el problema en su conjunto, respecto a las personas seniles; el cual exaltaba la importancia de que, "Las personas llegaran a la vejez siendo socialmente útiles".

Es así como el movimiento mundial por el interés de brindar un bienestar al viejo toma auge en España, y en 1946 se creó en Madrid la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. En Junio de 1950 se celebró en Barcelona España, el primer congreso español de Geriatria, y el primero de Julio del mismo año se efectuó en Lieja el primer Congreso Internacional Gerontología; en donde se funda la Asociación Internacional de Gerontología, que contó con delegados de 16 naciones, siendo en la actualidad los países europeos donde más auge a tenido la Geriatria. (19).

En 1970 en Estados Unidos de Norteamérica se crea la residencia de Geriatria. (20).

En México se crea la sociedad de Geriatria en 1977. En 1979 Se crea el Instituto Nacional de la Senectud como organismo público-descentralizado, a instancia de esta institución se iniciará en 1982 el programa de Residencia de Geriatria, en el Hospital Español, asociado a la Universidad Nacional de México. (21)

F.b. Aspectos biológicos del envejecimiento.- Resulta difícil definir las características biológicas de la senilidad en relación a las etapas cronológicas del individuo, ya que estos procesos se presentan de manera particular en momentos y edades diferentes.

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento constituye una serie de procesos eslabonados, a lo largo de un curso determinado por características intrínsecas y conducen a la limitación de sus capacidades adaptativas al medio (22).

El problema del envejecimiento no ha sido resuelto aún; de tal manera que constituye la frontera actual de interrogantes que incluso tiene implicaciones filosóficas, a través de la historia filogenética humana, se han producido avances significativos y que traducido al parámetro de la esperanza de vida pueden darnos una idea general.

Si el habitante de la mesopotamia vivía 25 años en promedio 3,000 años A.C. el individuo de la edad media vivía 40 años; en el siglo XX el ser humano espera vivir 54 años en promedio. La razón de tal aumento en la esperanza de vida se explica por la disminución de una serie de agresiones ambientales.

El concepto del envejecimiento, desde el punto de vista biológico es muy relativo de acuerdo a las premisas anteriores.

¿Porqué el ser humano envejece? Resulta un interrogante aún no aclarada, a pesar de múltiples hallazgos en aparatos y sistemas del organismo humano a través de su ciclo vital. No ha sido posible establecer una línea general de explicación al proceso biológico de envejecimiento. A continuación se describen una serie de teorías para explicar el envejecimiento.

El ciclo vital es una propiedad específica de la especie. Este hecho sugiere por si mismo que el envejecimiento está íntimamente relacionado con los cambios que se llevan a cabo en sistemas genéticos de la célula. Las teorías generales del envejecimiento pueden dividirse en dos grupos o categorías: 1. Aquellas que postulan que éste es un proceso genéticamente programado, que brota de los cambios en cantidad y calidad del sistema genético que resultan progresivos en el tiempo y 2. Aquellos que afirman que el envejecimiento es causado por la dislocación del sistema genético, debido al daño inflingido en el curso de la actividad vital; en otras palabras, el resultado de la acumulación de errores en la molécula de DNA (23).

1.- Reducción de contenido enzimático celular: Ha sido emitida por Comfort e invoca una disminución de la dotación enzimática de la célula, en particular de las enzimas fosforilizantes, que suprimen la síntesis de los radicales fosfatos de alto poder energético.

Bourne ha estudiado por métodos histoquímicos la actividad

enzimática de fosforilación del hígado, riñón, corazón, musculo-esquelético, hipófisis y suprarrenales y, ha observado un aumento de esta actividad en todos los tejidos en la rata. Estima que el aumento de la actividad fosfatásica puede constituir un elemento importante de los procesos del envejecimiento, aumentando la velocidad de desfosforilación de los radicales fosfato, mientras que su síntesis permanece estable o reducida.

2. Radiaciones Ionizantes en el metabolismo intermedio: Las radiaciones ionizantes producen radicales oxidrilo y peróxido, en el curso del metabolismo celular, produciendo a la vez alteraciones en el metabolismo lipóide, en que se derivan sustancias como la lipofuccina, cuya acumulación celular, predominantemente, en células musculares y nerviosas resulta tóxica (24).

3.- Inmunología: Rose, supone que el cuerpo combate por medios inmunológicos su propio envejecimiento, de tal forma que en un momento dado la estructura tisular modificaría su antigenicidad (25).

Cambios fisiológicos generales como consecuencia de la edad: Los cambios progresivos por la edad, no han sido demostrados hasta hoy, ser enfermedades específicas, pudiéndose agrupar en la siguiente forma:

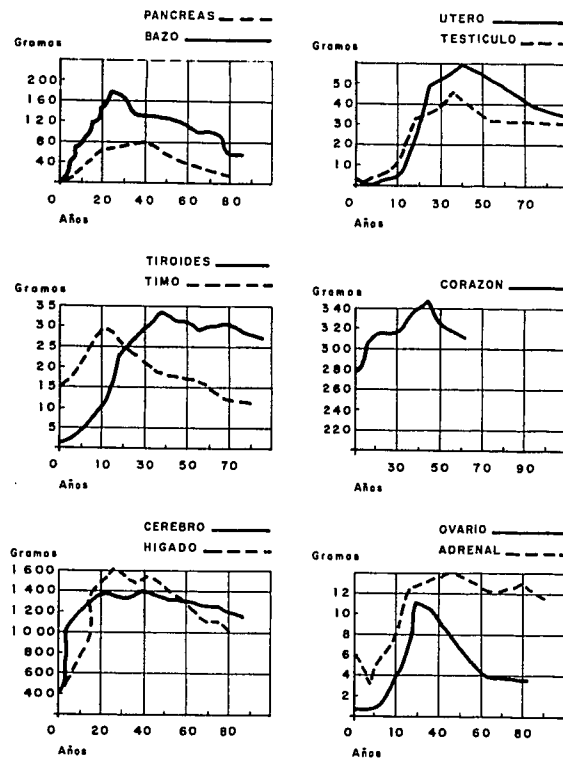
1.- Modificaciones Tisulares: Con la edad el peso de los ór-

rganos disminuye, ademas se observa retardo gradual de la división celular, capacidad para crecer y cicatrización de los tejidos, incluyendo una disminución en la capacidad de producir anticuerpos inmunizantes en caso de infección. Atrofia celular-degeneración, aumento de la pigmentación celular e infiltración celular de grasa. Gradual disminución de la elasticidad de los tejidos y cambios degenerativos en el tejido conjuntivo. Gráfica 5

2.- Modificaciones químicas: Deshidratación gradual de los tejidos, aumento de Sodio, Cloro y Calcio en los diferentes órganos, mientras el contenido de Potasio, Magnesio y Fosfatos, es decir, de elementos intracelulares, disminuye. La composición de proteínas tisulares, parece conservar una notable estabilidad.

3.- Modificaciones metabólicas: Hay reducción progresiva del metabolismo basal, en relación con la superficie corporal. Esta disminución en la cantidad de oxígeno consumido y de las proteínas producidas, es paralela a la reducción del agua intracelular y del contenido del organismo de Potasio, valorado por la determinación del Potasio intercambiable. Al existir una respiración hística disminuida hay en la senectud una elevación en la actividad glucolítica, la vía anaerobia de reserva para la generación de energía en la célula. Sin embargo, la intensificación de la glucólisis no puede recuperar ni compensar la deficiencia de energía de la fosforilación oxidativa. Como resultado, la cantidad de ATP, de fosfato de creatina y de glu-

## AUMENTO Y DISMINUCION DEL PESO EN VARIOS ORGANOS, CON EL TRANCURSO DEL TIEMPO



GRAFICA 5

cógeno presente en la célula disminuye con la ancianidad y las pérdidas no son recuperables, resultando un factor causativo en numerosos trastornos del anciano. (26,27).

Cambios específicos por aparatos y sistemas.

1.- Sistema Nervioso: El peso del cerebro disminuye después de los 70 años y es relativamente menor que la de otros órganos tales como hígado, riñón. Se ha observado cambios en la morfología neuronal (lobulación nuclear, pérdida de la sustancia de Nissl, alteraciones del aparato de Golgi, trastornos del contenido mineral), y consecuentemente trastornos en la velocidad de conducción axónica, que predominan en el área de sensibilidad táctil, propioceptiva, y de la agudeza auditiva, visual, olfatoria y gustatoria; sin embargo, el nivel intelectual permanece íntegro.

A nivel vascular cerebral, la discusión en relación a los trastornos arterio y aterosclerosos, como mecanismos de daño general vascular, continúa sin aclararse. A pesar de ello, la evidencia clínica-epidemiológica es elocuente, las muertes por accidentes cerebrovasculares ocupan un lugar importante en la mortalidad general de mayores de 60 años.

2.- Sistema Cardiovascular: El sistema de conducción nervioso automático del miocardio, sufre trastornos funcionales probable--

mente secundaria a una isquemia de sus vasa nervorum; el músculo cardíaco además tiene cambios en el contenido mineral -que a su vez - son sistémicas- y que se reflejan en su automatismo contráctil. Por último el sistema cardiovascular, no solamente miocárdico, sino sistémico sufre trastornos anatomopatológicos, identificados como aterosclerosis y arteriosclerosis que en conjunto llevarán a modificaciones en el funcionamiento del sistema cardiovascular; disminución en la frecuencia cardíaca, por un lado; incremento en los trastornos del ritmo miocárdico y, aumento de la resistencia periférica vascular que dificulta la suficiencia cardíaca.

3.- Aparato Respiratorio: Los cambios observados han sido;- la capacidad pulmonar total disminuye en una cifra promedio de 4.5 - ml/año/m<sup>2</sup> de superficie corporal. El espacio anatómico muerto equivale a 127 ml en los individuos de edad media, aumenta a 150-160 ml en la senectud. La capacidad vital pulmonar disminuye con la edad;- en función del aumento del volumen residual y disminución del volumen inspiratorio de reserva.

La frecuencia respiratoria en promedio aumenta. Los cambios estructurales en los pulmones y en la pared vascular conducirán a - disminución de la capacidad de difusión de la membrana respiratoria - y aún menor coeficiente de utilización del oxígeno. El aumento del volumen residual, la disminución de la ventilación alveolar y las - condiciones en deterioro de la difusión de los gases causan que se -

reduzca la presión parcial del oxígeno en la sangre arterial de los ancianos.

4.- Aparato Digestivo: Hay una disminución en la actividad secretoria de las diversas secreciones del sistema digestivo. La potencia digestiva del jugo gástrico y la cantidad de mucoproteína gástrica que contiene disminuye con la edad. La función exócrina del páncreas no se altera en el individuo anciano. La capacidad enzimática del duodeno esta disminuída.

A medida que avanza el envejecimiento se debilita la digestión por contacto. La absorción intestinal esta disminuída debido a una disfunción motora del sistema digestivos de este modo estará alterada la absorción de la Xilosa, aminoácidos, lípidos, líquidos y favorecerá el desarrollo de la flora intestinal.

5.- Aparato Urinario: La disminución de la capacidad funcional renal, es un fenómeno progresivo y normal que guarda relación con la edad; parece paralelo a la disminución de las unidades funcionales del riñón.

La disminución del peso del riñón con la edad es uno de los datos anatómicos mejor establecidas; el peso medio del riñón es 180 a 200 gr en el adulto y disminuye a 115 gr después de los 65 años.

El exámen histológico precisa las lesiones arteriales; engrosamiento y degeneración hialina de la pared de las arteriolas, engrosamiento de la capa íntima de los grandes y medianos vasos.

Los estudios de depuración renal han mostrado claramente la disminución progresiva de la función a partir del 4o decenio de la vida, disminución que afecta a las funciones glomerulares de filtración y a las tubulares de secreción y reabsorción. Alrededor de la edad 70-80 años, los cambios estructurales en el riñón conducen a la disminución en la tercera parte en el número de nefronas funcionantes.

6.- Glándulas Endócrinas: Las características específicas de la edad en la regulación hormonal, son dictadas no sólo por la función alterada de la glándula endócrina, sino también por los cambios en el metabolismo y transporte de hormonas y en la sensibilidad de los tejidos a la acción.

El contenido total de hormona adrenocorticotrópica en la hipófisis aumenta con la edad. Al mismo tiempo, la secreción de hormona gonadotrópica esta algo disminuída en la pituitaria y en la sangre. La elevación en la senectud de la sensibilidad de algunas glándulas ante las hormonas pituitarias tiene implicaciones adaptativas.

En la senectud, la actividad funcional del tiroides disminuye. Hay también una disminución en la capacidad de la sangre de li-

garse a la tiroxina, aunque la cantidad de tiroxina libre en la sangre permanece sin cambiar.

La Diabetes aumenta en frecuencia a medida que aumenta la edad. Se piensa que los cambios relacionados con la edad de la función pancreática, crean una situación favorable para el desarrollo de la diabetes.

No hay cambios significativos en la secreción de glucocorticoides. La función andrógena de la corteza adrenal disminuye en forma progresiva, aunque no haya cambios significativos en la secreción de aldosterona.

Los cambios en la función gonadal adquieren su máxima importancia durante el climaterio. La excreción de estrógenos en la mujer disminuye significativamente entre la edad de 40 y 50 años. En el hombre, la excreción total de estrógeno no cambia significativamente. No se altera, sin embargo la producción de andrógenos disminuye alterando la relación estrógenos andrógenos.

7.- Aparato locomotor: Los trastornos del aparato locomotor representan una causa frecuente de invalidez en el viejo. El sistema musculoesquelético esta sujeto a degeneración progresiva y a distrofia. Las manifestaciones típicas son: disminución de la calcificación ósea en general, reblandecimiento de los discos intervertebrales, cambios en la composición de las cápsulas sinoviales.

La fuerza disminuye con la edad. Esta declinación ya es localizable alrededor de los 30 años de edad, volviéndose más pronunciados en los hombres que en las mujeres, especialmente en aquellas que no ejecutan labores manuales. La capacidad para el trabajo muscular disminuye con la edad y el anciano necesita un período de "calentamiento mayor" antes de que alcance su máxima capacidad de trabajo. La excitabilidad del músculo y del sistema neuromuscular disminuye.

La disminución en la capacidad para el trabajo muscular constituye uno de los signos primarios del envejecimiento, ya que finalmente afecta la capacidad total del individuo, su actividad motora y su adaptabilidad al medio ambiente. (28)

#### F.c. Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos.

El hombre que pasa de los 60 años; frente a los cambios somáticos y las alteraciones psíquicas propias de la edad, tiene que enfrentarse a situaciones nuevas. De estas, las más importantes son: La jubilación, con el paso repentino de una vida activa a una inactiva y ruptura de los reflejos condicionados de su vida de trabajo; la pérdida progresiva de los seres queridos y con ellos los vínculos afectivos más intensos; disminución de recursos económicos e inseguridad para el porvenir, el descenso en las facultades físicas, con dificultad para disfrutar de sus aficiones y; modificación de la lí-

bido y el impulso sexual, que a menudo les producen confusión y vergüenza.

Cuando los mecanismos de adaptación fracasan y no logran el estado armónico y adaptado de la senectud, el viejo descompensado entra en un estado de desajuste. (29)

Casi todos los trastornos mentales hallados en personas jóvenes pueden persistir o exacerbar durante la vejez. Los principales trastornos mentales encontrados y en orden de frecuencia son: Depresión, Reacciones de ajuste, hipocondría, síndromes cerebrales orgánicos, demencia senil y otras. (30 y 31)

F.d. Aspectos de Práctica Geriátrica en Medicina Familiar: - En la enseñanza del área geriátrica en Medicina Familiar se requieren de habilidades, aptitudes y técnicas específicas, para las que tradicionalmente el Médico general, no está preparado. En el cuidado del paciente geriátrico se promueven los siguientes objetivos fundamentales: identificación precoz de las enfermedades crónicas y agudas, así como el reconocimiento de sintomatología que indique la aparición de nuevos procesos patológicos, cualitativamente variables; - la valoración de exámenes de laboratorio y gabinete, es necesaria, - así como el conocimiento preciso del modo de acción de los medicamentos; que en este caso son utilizados frecuentemente en forma múltiple.

Al hacer una evaluación en general, no sólo desde el punto de vista clínico, sino de servicios paramédicos, el Médico Familiar podrá establecer un programa de tratamiento, que incluye un proceso de enseñanza integral, que favorezca la participación mutua del paciente en sus problemas, tomando en cuenta no sólo la historia clínica del mismo, sino involucrando además al ambiente social, psicológico y económico, de tal forma, que resulta una relación médico-paciente propicia para el cambio de actitudes del paciente, que le permitan una revaloración individual. (32)

### III. MEDICINA FAMILIAR EN GERIATRIA-GERONTOLOGIA.

En la actualidad en la literatura Internacional existen escasos estudios que abordan el problema geriátrico-gerontológico desde el enfoque del Médico Familiar y en la mayoría de los casos se reducen a tratar el aspecto curricular y de formación del médico, como los de Holtzman en 1977 (33), Kaltchthaler (1977 (34), Coggon 1978 (25), Beck 1978 (36), Moore. 1979 (37), Ingman 1979 (38), Haas 1980 (39), Levenson 1980 (40); en los que se menciona que pocas escuelas de Medicina en Estados Unidos, tiene entrenamiento en Geriatria para estudiantes de Medicina, haciendo énfasis en la importancia de integrar los aspectos geriátricos en los planes de estudio, tanto en pre y postgrado, para mejorar el cuidado de salud de este grupo. Otros estudios se abocan al problema de diagnóstico como los de Ries en 1978 (41), en el que se menciona las dificultades a las que se enfrenta el médico para establecer un diagnóstico, proponiendo normas para el diagnóstico específico. Algunos abordan aspectos de cuidado como los de Riechel en 1979 (42), Barber en 1979 (43), Bliss 1981 (44), Hildek 1981 (45), Moore en 1981 (46); estudios en los que se hace hincapié en la fisiología particular del senil, la invalidez que requiere de cuidados especiales, además de las medidas generales que debe tener el médico en el cuidado del paciente senil. Hay estudios estadísticos sobre la morbilidad del paciente geriátrico encontrada en la consulta de los Médicos Familiares como el de Silvertson en 1978 (47). Estudios clínicos como el de Tulloch en 1980 (48),

que investigan la evolución clínica, psicológica y social de un grupo de pacientes geriátricos. Otros autores como Parrish en 1978 (49), Dominguez 1979 (50), Aguirre 1979 (51), Newman 1980 (52), que hacen un enfoque socioeconómico, político, cultural y demográfico del problema gerontológico en Latinoamérica en los que se menciona que los problemas psicológicos y sociales surgen de las limitaciones de la sociedad para satisfacer las necesidades de relación, actividad, seguridad y reconocimiento de los pacientes geriátricos.

A nivel nacional; Castro en 1971 (53), introduce el problema del envejecimiento en el marco social y la situación de los profesionales relacionados con el problema, comenta los factores sociales y psicológicos que se relacionen con esta fase del ciclo vital y propone el estudio de la vejez como un fenómeno social y la promoción para modificar actitudes sociales; Rojas en 1976, (54) hace una reseña histórica de los aspectos psicológicos de interpretación en relación con los aspectos de la senectud y menciona los cambios en la memoria aprendizaje y alteraciones de la personalidad; Alvarez 1977 (55), menciona la dificultad para establecer una definición de vejez, así como el problema de encasillar al envejecimiento, propone soluciones prácticas y ajustadas a la realidad del medio; Payno en 1980 (56) hace una semblanza del problema gerontológico en México y aborda aspectos biológicos, sociales y propone una organización de tratamiento geriátrico desde el punto de vista administrativo. En relación a Medicina Familiar, el estudio realizado por Lemus, Vargas, Luque y To-

rres (1979) (57), investigan el rol del viejo en la Dinámica Familiar y las repercusiones psicológicas en la vejez.

A) JUSTIFICACION Y OBJETIVO.

Tomando en cuenta que el campo de investigación en Geriatria y Gerontología a nivel nacional, se encuentra practicamente inexplorado y más aún en relación al area de Medicina Familiar, surge la necesidad de efectuar un estudio que enfoque de manera integral al paciente senil. La Medicina Familiar constituye una nueva disciplina en el campo de la Medicina Nacional que tiene como objetivos la promoción y el cuidado de la salud de los individuos en el marco de su núcleo familiar, proporcionar una atención continua y permanente para los individuos, retomando un enfoque biológico, psicológico y social ante el problema de enfermedad; coordinar las actividades en relación al proceso salud-enfermedad en el marco de la comunidad con carácter interdisciplinario, de tal forma que se constituye en una medicina de primer nivel de atención y cuidado médico y como puerta de entrada a un sistema de salud. Por lo tanto ante los problemas que se pueden presentar desde el punto de vista salud-enfermedad, el Médico Familiar requiere de una información precisa y amplia que contemple las esferas de relación del individuo con su ambiente, permitiendole elaborar herramientas acordes al espíritu de cuidado y promoción del bienestar biológico, psicológico y social.

En este sentido, el individuo que cumple más de 60 años es - objeto de la investigación presente, al que consideramos que en el - marco del núcleo familiar se enfrenta a una serie de fenómenos, que - no sólo afectan el aspecto biológico reconocible, sino a la segrega - ción progresiva en las relaciones familiares, transformandose su rol - de una manera significativa y su valor dentro del ambiente social - productivo. Consideramos que estas circunstancias llevan al indivi - duo senil a una situación especial de salud y/o enfermedad, que el - Médico Familiar tendría que confrontar.

De momento no reconocemos un perfil de práctica geriátrica - concreta de la Medicina Familiar en México. De acuerdo con la revi - sión de la literatura, la práctica geriátrica no es sistematizada, - discriminada y ubicada en un contexto estandarizado. De tal forma - que el médico atiende a este grupo en forma empírica, episódica, - transitoria y ocasional, lo que trae como consecuencia una inadecua - da metodología y abordaje de los problemas de uno de los miembros - del núcleo familiar como es el viejo.

Para tales fines se orientó el objetivo de nuestra investiga - ción a un segmento muestreado de esta población mayor de 60 años - adscrita a una unidad de primer nivel dentro del sistema del Institu - to Mexicano del Seguro Social, tratando de investigar a través de un cuestionario las características concretas económicas, sociales, am - bientales y sus expectativas en relación a la atención que proporcio -

nan los Médicos Familiares desde el punto de vista afectivo, cognoscitivo y psicomotriz, por otro lado se exploraran los conocimientos, actitudes y expectativas de Médicos Familiares con los miembros familiares mayores de 60 años.

#### B) UNIVERSO DE TRABAJO.

La Unidad de Medicina Familiar Número 35 se encuentra localizada en la Calle 7 No. 54 en la Colonia Pantitlán en Ciudad Nezahualcoyotl, en el lindero oriente del Distrito Federal con el Estado de México.

La zona donde residen los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 35; es considerada como una área marginada, suburbana. Carece en su mayor parte de los servicios urbanos indispensables (pavimentación, drenaje, agua potable, etc.).

Esta población esta compuesta en su mayor parte, por inmigrantes, principalmente, del Distrito Federal (grupos de personas - que no pudieron soportar los costos de los alquileres de las habitaciones en el Distrito Federal), del Estado de México en segundo lugar el común denominador de estos grupos inmigrantes son: el origen campesino, el modo de vida rural en condiciones en extremo precarias, - tales que les obliga a aventurarse a la Ciudad de México en busca de mejores condiciones de vida.

Hay que mencionar que Ciudad Nezahualcoyotl tiene la tasa de natalidad más alta de la República Mexicana del 5.1 (58).

La Unidad de Medicina Familiar Número 35 es el prototipo de las unidades de atención Médica de primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, que es la institución médica de la República Mexicana con mayor convertura y recursos, cuyo objetivo principal es prestar atención médica a los trabajadores mexicanos y a sus familias.

La Unidad de Medicina Familiar Número 35 cuenta con una población adscrita en 1981 de 117 mil derechohabientes. Teniendo un total de 5900 personas mayores de 60 años, que representan el 4.9% de la población total adscrita. Distribuyéndose por grupos quinquenales de la siguiente manera: De 60 a 64 años, 31%; 65 a 69 años, 23%; 70 a 74 años, 23%; 75 a 79 años, 14%; 80 a 84 años, 8%; más de 85 años, 1%. (59)

Se encontró un porcentaje de consultas a personas mayores de 50 años del 5%.

Las diez enfermedades más frecuentes en la población general comprendidas en el lapso de un año son: Rinofaringitis; gripe; Bronquitis no especificada; caries, Gastritis y duodenitis; Infecciones Urinarias; Enfermedades de Ginecología (vagina y vulva); trastornos-

menstruales; celulitis y abscesos y dermatitis por contacto.

Y la morbilidad que se encontró en cien consultas a personas de más de 60 años, en el mes de Octubre, en orden de frecuencia fueron: Diabetes; Hipertensión Arterial; Parasitosis Intestinal; Farin goamigdalitis; Neurosis de Ansiedad; Bronquitis Crónica; Artropatía Degenerativa; Cardiopatía Aterosclerosa; Hemorroides.

#### C) METODOLOGIA.

C.a. El Paciente Geriátrico, sus variables socioeconómicas, Psicomotriz, Cognoscitiva y afectiva en una Unidad de Medicina Familiar.

El proyecto de investigación fue longitudinal; comprendiendo los meses de Agosto a Octubre de 1981, cubriendo tanto el horario AC y BD de los consultorios de Medicina Familiar.

Se tomó una muestra al azar de 100 pacientes, mayores de 60 años, de ambos sexos, con consentimiento de ellos, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar Número 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social, y que se encontraban solicitando atención médica.

La unidad observacional de estudio fué el paciente Geriátrico, al que se le investigó: Su medio socioeconómico; grado de ins--

trucción, estado civil, incapacidad, características de vivienda, -  
hacinamiento, ingreso percapita, alimentación y toxicomanías. Area-  
Psicomotriz, accesibilidad a la Unidad, disponibilidad, solicitud y -  
otorgamiento de la consulta, y utilización de otros servicios médi-  
cos. Area cognoscitiva; nivel de información sobre aspectos prepató-  
génicos, patogénicos y de rehabilitación. Area afectiva; relación -  
Médico-paciente, expectativas con el grupo familiar y personales.

El cuestionario estuvo integrado por 37 reactivos de tipo -  
cerrado.

C.b. Los Médicos Familiares: Sus variables psicomotriz, Afec-  
tiva, Cognoscitiva en la Práctica Médica Geriátrica-Gerontológica.

El proyecto de la investigación fue longitudinal, compren- -  
diendo los meses de Octubre y Noviembre de 1981.

Se entrevistaron a 40 Médicos Familiares, de ambos sexos, -  
que laboran en forma permanente o transitoria en la Unidad de Medici-  
na Familiar Número 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social, sin-  
tomar en cuenta su formación profesional, de pre y postgrado.

El objeto de estudio fue el Médico Familiar; Investigandose-  
le: Area psicomotriz; concepto de senectud, número de pacientes que  
atiende, enfermedades por las que consultan, factores que dificultan

el diagnóstico, especialidades y servicios de los que se auxilia, - educación en el área de Geriatria Gerontología. Area afectiva; relación médico-paciente. Area Cognoscitiva; Conceptos Cerontológicos, - concepto para mejorar la educación en el área Geriatria-Gerontología, concepto de prevención para la senectud.

Se aplicó un cuestionario que constaba de 27 reactivos, semiestructurados, con carácter de respuestas semiabierta.

#### D) RESULTADOS

A continuación se describen los resultados, de las encuestas en forma tabulada; de las investigaciones realizadas a los pacientes geriátricos y Médicos Familiares. Mencionando, que los conceptos de esta última investigación, fueron vertidos en forma textual, dada la naturaleza de la encuesta.

RESULTADOS ENCUESTA PACIENTES SENILES

1.

GRUPO ETAREO	%	
	H	M
60 a 64 años	12	11
65 a 69 años	13	14
70 a 74 años	13	15
75 a 79 años	7	5
80 a 84 años	6	2
85 y más años	1	1

2.

ESTADO CIVIL	%
Civil y Religioso	42
Viudos	35
Religioso	7
Unión Libre	4
Solteros	1
No especificado	1

3.

INCAPACIDAD	%
Enfermedad Gral.	6
Accidente de Trabajo	4
Sin Incapacidad	90

4.

ALFABETISMO	%
Alfabetismo	74
Analfabetas	26

5.

GRADO DE INSTRUCCION	%
Leer unicamente	12.1
Primaria incompleta	47.2
Primaria completa	3.7
Secundaria incompleta	2.7
Secundaria completa	1.3
Preparatoria incomple.	2.7
Estudios superiores	0.0

6.

INGRESO POR CAPITA	%
De 0 a 499	7
De 500 a 999	13
De 1000 a 1499	22
De 1500 a 1999	27
De 2000 a 2499	16
De 2500 o más	25

## HABITACION Y VIVIENDA.

7.

TIPO DE TENENCIA	%
Propia	78
Alquilada	22

8.

TIPO DE VIVIENDA	%
Sola	68
Departamento	21
Vecindad	10
Jacal	1

9.

Promedio de Cuartos por familia.	2.2
----------------------------------	-----

10.

Promedio de miembros por familia.	5.5
-----------------------------------	-----

11.

DISPONIBILIDAD AGUA	%
Entubada dentro	75
Entubada fuera	23
Otros	2

12.

DISPOSICION EXCRETAS	
Escusado	93
Letrina	6
Fosa séptica	1

13.

ELIMINACION BASURA	%
Recolec. organizada	75
Quemada o enterrada	14
Lanzada a la calle	11

14.

FAUNA DOMESTICA	%
Moscas	98
Cucarachas	38
Otros	26

15. ALIMENTACION

CALIDAD ALIMENTACION	%
Buena	10
Regular	49
Mala	41

## MORBILIDAD.

16.

CAUSAS DE CONSULTA	§
Enf. Glándulas endócrinas, nutrición y metabolismo.	23
Enf. Aparato músculo-esquelético y Tejido conjuntivo.	20
Enf. Aparato circulatorio	17
Enf. Aparato digestivo.	14
Enf. Aparato genito-urinario	11
Enf. Sistema nervioso y órganos de los sentidos.	8
Enf. Piel y Tejido celular subcutáneo.	6
Enf. Infecciosas y parasitarias	4
Enf. Sangre y Tejido hematopoyético.	2
Accidentes.	1
Trastornos Mentales.	1
Tumores.	1

17.

TOXICOMANIAS	§
Tabasquismo	26
Alcoholismo	24

18.

DETECCIONES	§
D.O.D.	26
D.O.C.	21

## AREA PSICOMOTRIZ.

Accesibilidad: medios, tiempo y costo del traslado.

19.

FORMAS DE LLEGAR A LA UNIDAD.			
CAMINANDO	%	VEHICULO	%
Hasta 29 min.	9	Hasta 29 min.	60
De 30-50 min.	9	De 30-50 min.	12
Más de 60 min.	2	Más de 60 min.	8

20.

COSTO TRANSPORTE	%
Hasta \$ 10.00	60
De \$ 11 a \$ 29	29
De \$ 30 a \$ 59	4
Más de \$ 60	7

Disponibilidad, Solicitud y Otorgamiento de consulta.

21.

CONCEPTO	%
Acudían en forma espontánea.	74
Acudían por cita	26
Tenían impedimento físico	30
Acudían solos a la consulta.	50

Utilización de Servicios.

22.

SERVICIOS	%
Urgencias	58
Radiología	56
Med. Preventiva	32
Odontología	16
Laboratorio	65
Trabajo Social	11
Curaciones	11
Especialidades	12
Rehabilitación	4
Farmacía	98
Dietología	18
Hospitalización	37

## AREA COGNOSCITIVA.

## Información Aspectos Pre patogénicos.

23.

CONCEPTO	%
Presencia previa de enfermedad.	53
Conocimiento herencia de la Enf.	21
Conocimiento nocividad toxicomanías	94
Conocimiento beneficio del ejercicio.	94

## Información Aspectos Patogénicos.

24.

EVOLUCION ENFERMEDAD	%
Reciente	20
Antigua	64
Ambas	16

25.

CONCEPTO	%
Sabe el nombre de su enfermedad.	50
Sabe las complicaciones de su Enfermedad.	28
Sabe como tomar sus medicamentos.	82
Invoca la edad como factor patógeno.	48
Conoce medidas de Rehabilitación.	28

26.

NUMERO DE CONSULTAS EN SEIS MESES	%
De 1 a 5	77
De 6 a 10	14
De 11 a 20	8
Más de 20	1

## AREA AFECTIVA.

27.

RELACION AFECTIVA CON SU MED. FAM.	%
Sabe el nombre de su Med. Fam.	5
Es reconocido por su Med. Fam.	53
Se lleva bien con su Med. Fam.	88
Le tiene confianza.	91
Recibe explicaciones sobre edo. salud.	55

28.

EXPECTATIVAS GRUPO FAMILIAR.	%
Vive solo.	11
Vive con familiares	89
Buenas relac. fam.	84
Interés de familiares.	90

29.

EXPECTANCIAS PERSONALES	%
Sintió tristeza en los últimos 6 meses	71
Se siente útil y necesario.	81
La edad le impide sus labores diarias.	50
Actividad sexual en hombres.	38
Actividad sexual en mujeres.	20
Planes para el futuro.	30

RESULTADOS ENCUESTA MEDICOS FAMILIARES

DATOS GENERALES.

1.

EDAD	H	% M
De 25 a 29 años	17.5	2.5
De 30 a 34 años	20.0	12.5
De 35 a 39 años	22.5	5.0
De 40 a 44 años	10.0	7.5
De 45 a 49 años	2.5	2.5
De 50 a 54 años	0.0	2.5

2.

Práctica privada	22.5%
------------------	-------

AREA PSICOMOTRIZ

5.

CONCEPTO SOBRE LA VEJEZ	%
Biológico	85.0
Psicológico	50.0
Sociológico	50.0

6.

Conocimiento exacto del % Población Senil en Mé-- xico.	10%
---	-----

7.

Promedio de Pacientes Geriátricos día rios en la consulta de M.F.	3.5
--	-----

3.

FORMACION PROFESIONAL	%
Nivel Licenciatura	45
Nivel Post-grado	55

4.

TIPO DE POSTGRADO	%
Medicina Familiar	54.5
Pediatría	27.2
Otros	18.1

8.

MOTIVO DE CONSULTA RE FERIDAS	%
Diabetes Mellitus	77.5
Hipertensión art.	67.5
Osteoartrosis	37.5
Cardiopatías	30
E.P.O.C.	35
Obesidad	5
Parasitosis	5
Hipertrofia prostática.	5
Depresión.	5

9.

Dificultad para el diagnóstico.	72.5 %
TIPO DE DIFICULTAD % PARA EL DIAGNOSTICO	
Físico	65.5
Biológico	24.1
Social	24.1

10.

CANALIZACION A ESPECIALIDADES %	
Cardiología	72.5
Endocrinología	30
Nuemología	22.5
Urología	17.5
Oftalmología	15

11.

UTILIZACION DE SERVICIOS PARAMEDICOS. %	
Laboratorio	57
Dietología	42.5
Trabajo Social	40
Radiología	30
Med. preventiva	25

12.

CONDUCTA PARA QUE SE EFECTUE EL TX.	
Educación médica al paciente.	75.0
Solicita cooperación familiar.	15.6
Relación médico paciente afectiva.	6.2
Cooperación de Trabajo Social.	1.5

13.

Médicos con educación en Geriatria Gerontología.	32.5
--	------

14.

TIPO DE EDUCACION EN % GERIATRIA-GERONTOLOGIA REFERIDA.	
Educación médica continua.	63.7
Forma autodidacta	36.3

15.

RECOMENDACIONES PARA LLEGAR A UNA SENECTUD ADECUADA. %	
Dieta adecuada	55.0
Ejercicio	47.5
No toxicomanías	30.0
no toxicomanías	30.0
Medidas higiénicas	25.0
Preparación psicológica.	22.5
Tratamiento correcto de enfermedades.	17.5
Educación sobre evolución de Enf.	17.5
Revisión médica periódica.	7.5
Buena integración familiar.	7.5

## AREA AFECTIVA.

16.

CARACTERISTICAS POR LAS QUE IDENTIFICA A SU PACIENTE SENIL %	
Aspecto	62.5
Trato	45
Frecuencia consulta	17
Tipo de padecimiento	15
Expediente	5

16.

TRATO CON PACIENTE SENIL SATISFACTORIO. %	
Siempre	72.5
Casi siempre	15.0
A veces	12.5

18.

COLABORACION FAMILIAR %	
A veces	45.0
La mayoría	22.5
Siempre	22.5
Nunca	5.0

19.

IDENTIFICACION DEL MEDICO POR EL PACIENTE. %	
A veces	45
La mayoría	25
Siempre	10
Nunca	4

20.

MUESTRA DE GRATITUD POR EL SENIL. %	
Siempre	45
A veces	42.5
Nunca	12.5

21.

COMPROBACION DE REALIZACION DE RECOMENDACIONES.	%
Siempre	50
A veces	40
Nunca	5
Mayoría	5

22.

SITIO DE REFERENCIA PARA RELACIONARSE CON EL PACIENTE.	%
Consultorio	80
Domicilio	24
Ambos	17.5

23.

MODELO DE RELACION MEDICO-PACIENTE UTILIZADO.	%
Participación mutua.	45
Activo-Pasivo	35
Dirección-cooperación.	32.5

24.

TIEMPO UTILIZADO PARA LA ATENCION DEL SENIL.	%
Mayor	77.5
Variable	22.5

25.

FACTORES REFERIDOS COMO IMPORTANTES EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE.	%
Paciencia	60
Comprensión	57.5
Sensibilidad	42.5
Tiempo	10
Comunicación verbal adecuada.	5
Escolaridad	5
Cultura	2.5
Motivación	2.5
Sinceridad	2.5

## AREA COGNOSCITIVA.

26.

CONCEPTO SOBRE LA VEJEZ COMO PROBLEMA SOCIAL.	%
Es problema social.	52.5
No es problema social.	47.5

27.

FACTORES POR LOS QUE SE CONSIDERA PROBLEMA SOCIAL.	%
Cargo Social	76
Falta de Interés de la sociedad.	47
Por el Sistema sociedad.	9.5
Falta de Prep. de los seniles.	28.5

28.

FACTORES A NIVEL SOCIAL QUE INTERFIEREN EN EL CUIDADO DEL SENIL. %	
Falta de interés por los familiares.	25
Rechazo y marginación.	42.5
Situación económica desfavorable.	12.5
Prejuicios sociales.	12.5
Falta de instituciones.	7.5
Familia nuclear predominante.	7.5
Transporte deficiente.	7.5

29.

FACTORES A NIVEL INSTITUCIONAL QUE AFECTAN EL CUIDADO DEL PACIENTE SENIL. %	
Exceso de consulta	37.5
Deficiente cooperación paramédica.	17.5
Falta de tiempo	12.5
Exceso de trámites administrativos.	10.0
Otros.	22.5

30.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA REFERIDAS. %	
Higiene y dieta adecuada.	60
Ejercicio	17.5
Evitar toxicomanías.	12.5
Mejorar el medio ambiente.	10
Preparación para la vejez.	7.5
Sin concepto.	7.5

31.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA REFERIDAS. %	
Diagnóstico precoz de enfermedades.	35
Tratamiento oportuno.	42.5
Sin concepto.	22.5

32.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN TERCIARIA REFERIDAS. %	
Rehabilitación física y social.	72.5
Sin concepto.	17.5

33.

FACTORES POR LOS QUE NO SE CONSIDERA PROBLEMA SOCIAL.	%
Continúan siendo útiles.	42.1
Relativo a cada anciano.	22.5
Mayor responsabilidad.	10
Son minoría.	5.2
Son atendidos adecuadamente.	5.2
Otros.	15

34.

Refirieron preparación deficiente en el área geriátrica.	100
--	-----

35.

PROPOSICIONES PARA MEJORAR SUS CONOCIMIENTOS EN GERIATRIA.	%
Educación médica continua.	65
Asignaturas a nivel pre y postgrado.	35

36.

Conocían alguna institución específica para los seniles.	25
--	----

37.

PROPOSICIONES A NIVEL SOCIAL PARA MEJORAR LA ATENCION DE LOS SENILES.	%
Valoración del viejo.	17.5
Creación de centros especializados geriátricos.	17.5
Mantenerlos autosuficientes.	17.5
Educación a Nivel Familiar.	15
Aumentar el Interés médico por el problema.	15
Educación a los seniles.	12.5
Preparación de personal capaz.	12.5
Protección en general.	10
Incrementar número de asilos.	10

38.

FACTORES A NIVEL MEDICO QUE INTERFIEREN EN EL CUIDADO DEL SENIL.	%
Preparación deficiente.	77.5
Deshumanización.	17.5
Sin problema.	5

## E) D I S C U S I O N.

E.a. Discusión de Resultados de Encuestas a Pacientes Seniles.

La pirámide poblacional de la Unidad de Medicina Familiar 35 es representativa, dado que es similar a la observada en el Censo de Población de 1980 (60), obteniéndose en nuestro estudio que los grupos quinquenales de 65 a 75 años tenían un mayor porcentaje.

El alfabetismo fue superior (74%), en comparación al alfabetismo nacional (61), probablemente debido al origen de esta población, compuesta fundamentalmente por migrantes del Distrito Federal (62). El grado de instrucción más frecuentemente encontrado fue la primaria incompleta.

El grupo más importante observado en relación al estado civil fue el de casados en el 60% de los casos.

El tipo de tenencia de la vivienda no varió en relación a las estadísticas nacionales, siendo la tenencia propia de 70% a diferencia del Distrito Federal, en que la misma es de 15.4%.

El número de cuartos por familia fue de 2.2, mayor al reportado en el resto del país; el promedio de personas por familia fue de 5.9 que concuerda con las cifras de la población general.

Se encontró una mayor disponibilidad de servicios urbanos, - en relación a otras zonas de la República, a pesar de que nuestra - muestra de estudio, procede de una área poblacional considerada tradicionalmente como marginada.

Las diez primeras causas de consulta referidos por los seniles, corresponden a las encontradas en la clínica 35.

La Unidad de Medicina familiar Número 35, se encuentra localizada en una area con suficientes medios de comunicación que la hacen de fácil accesibilidad. El 50% de los pacientes entrevistados, - refirió alguna dificultad para el transporte a la Unidad, el 30% algún impedimento físico que le dificultaba su traslado a la misma.

Tres cuartas partes de los pacientes acudían a consulta en forma espontánea y acompañados por familiares en la mitad de los casos.

De los servicios utilizados por el senil, se ve una demanda de atención eminentemente curativa y episódica; más de la mitad de los pacientes había acudido al servicio de Urgencias y Hospitalización, y en menor frecuencia los servicios de Medicina Preventiva y Rehabilitación.

La mayoría de los pacientes conocía en forma adecuada medi--

das de promoción a la salud; la mitad sabía el nombre de su enfermedad; una tercera parte conocía las complicaciones y normas de rehabilitación.

El 64% de los entrevistados, dijo padecer alguna enfermedad crónica; acudiendo el 77% a consulta una vez cada dos meses, y el 9% utilizaba en forma frecuente y en ocasiones excesiva la consulta de Medicina Familiar.

El 5% de los pacientes seniles conocía el nombre de su Médico Familiar. La relación Médico-paciente se refirió en el 95% de los casos como satisfactoria.

El 89% de los seniles estudiados, se encontraban integrados a núcleos familiares; encontrándose en fase de retiro y muerte en el 56% e independencia en el 36%. Se observó un comportamiento familiar tradicional, en el cual, el rol de esposa madre fue el predominio. La función familiar más afectada fue el status, refiriéndose a buena interrelación familiar.

Los ancianos expresaron en el 70% síntomas depresivos, que coinciden con la falta de expectativas hacia el futuro, y el señalamiento de la limitación de sus actividades diarias, atribuidas por ellos a la edad avanzada.

En el área sexual se encontró que el 38% de los hombres, -  
continuaba teniendo actividad sexual y las mujeres en el 20%. En -  
comparación con el estudio efectuado en Estados Unidos (63) en donde  
se encontró una actividad sexual de los seniles del 49% para los hom-  
bres y del 47% para las mujeres.

E.b. Discusión de Resultados de Encuestas a Médicos Familia-  
res.

Casi la mitad de los médicos encuestados se encontraba en la  
tercera década de la vida. El 50% contaba con postgrado, de estos -  
el 54% correspondían a egresados de la Residencia de Medicina Fami-  
liar.

Se refirió que atendían en las consulta diaria un promedio -  
de 3.5 de pacientes en edad geriátrica.

Los Médicos Familiares mencionaron a las enfermedades cróni-  
cas, como las principales causas de consulta de los seniles. Refi-  
rieron que los factores físicos, eran la principal causa de dificul-  
tad diagnóstica en los pacientes geriátricos.

Expresaron que para llevar a cabo un buen tratamiento (75%)-  
era necesario la concientización sobre la enfermedad.

Existe correlación entre la morbilidad de este grupo y la canalización a especialidades.

Una tercera parte de los médicos había tenido algún tipo de información sobre el área geriátrica, la cual en la mayoría de los casos había sido obtenida mediante educación médica continua.

Las medidas recomendadas para conservar un adecuado estado de salud en la senectud fueron principalmente de tipo biológico (55%), y secundariamente de tipo psicológico (22%).

El Médico Familiar identificaba a sus pacientes principalmente por su aspecto físico (62%) y por su trato (42%).

El Médico Familiar se sentía reconocido por sus pacientes geriátricos en la mitad de los casos.

El 50% de los Médicos Familiares comprobar que sus pacientes Geriátricos llevaban a cabo sus recomendaciones prescritas.

Los factores más importantes para mantener una buena relación médico-paciente, fueron: paciencia, comprensión y sensibilidad. El modelo de relación mayormente señalado fue: El de participación mutua. El tiempo para la atención médica se refirió que era mayor, en relación a otros grupos de edad.

La mitad de los Médicos consideró a la etapa senil como problema para la sociedad, ya que la estimaban como una carga social.

Un 25% de los Médicos refirió conocer alguna institución dirigida a la atención de la vejez.

El censo de los médicos fue la falta de preparación en esta área, dada por la carencia de asignaturas curriculares, lo cual mencionaron, repercute, junto con los factores socio económicos a obstaculizar la buena atención médica a los pacientes seniles. Propusieron como alternativas la inclusión de una asignatura a nivel de pre y postgrado, así como educación médica continua.

A nivel social, se mencionaron como soluciones; que la estima del viejo, como ser social, se conserve aún en la etapa senil y secundariamente se creen un mayor número de organismos de atención social y médica encaminadas a este grupo.

La mayoría de los médicos mencionaron algún tipo de prevención en cualquiera de sus niveles, destacando las medidas de prevención primaria, que contempla las acciones de promoción a la salud.

#### IV. CONCLUSIONES.

El área de Geriatria-Gerontología, al momento carece de una adecuada integración desde el punto de vista formativo y conceptual. Las referencias son escasas, aisladas, dispersas, no solamente en el área de la medicina, sino en otros campos de la investigación, ya sea sociología, psicología y aún política.

La Medicina Familiar como una corriente y disciplina médica-pretende abarcar el estudio del ser humano, no sólo en el contexto familiar, sino en el social, que determina sus circunstancias individuales y de grupo. De tal forma que al intentar investigar a un miembro de la familia, que fue el individuo anciano, encontramos nu la información médica integral correspondiente.

Nuestra tesis se dió a la tarea de establecer una panorámica informativa con el fin de desarrollar un marco conceptual, relativo al fenómeno de la senectud, que pueda resultar un punto de partida válido para el desarrollo de la teoría y práctica del Médico Familiar.

Por los antecedentes de nuestra investigación se puede concluir que:

Las personas mayores de 60 años, son marginados socialmente-

debido a que nuestro sistema social determina, la valfa de un sujeto en relación a su productividad; todo esto se desarrolla en un sistema económico subdesarrollado, en donde, los seniles representan un grupo de poca presión social, y los jóvenes, grupo mayoritario, socialmente conflictivo, significan un potencial de fuerza de trabajo superior.

Las condiciones económicas de este grupo pueden catalogarse como precarias, una gran mayoría presenta problemas de analfabetismo mínimo grado de instrucción, desempleo, subempleo; y sólo una minoría tiene pensiones por jubilación.

En cuanto al aspecto jurídico y laboral no hay legislación que proteja a las personas seniles. Desde el punto de vista civil, sólo se mencionan conductas normativas hacia los seniles.

Las enfermedades crónicas están presentes en la morbimortalidad de este grupo de personas, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, agregándose a estos últimos enfermedades infecciosas y parasitarias.

La asistencia médica, tanto institucional y privada es parcial, de carácter altruista, promocional o normativo y carente de una formación profesional adecuada.

La esperanza de vida se ha incrementado en forma importante-  
lo que no implica necesariamente una mejor calidad de vida de los se-  
niles.

Hasta el momento no existe una teoría que explique, en forma  
integral, el porqué el ser humano envejece; sin embargo hay cambios-  
a nivel celular, tisular y metabólico, que condicionan alteraciones-  
en el funcionamiento de los órganos de la economía. Lo que trae como  
consecuencia, una disminución en la capacidad física, pero que no -  
afecta las potencialidades que el individuo posee para adaptarse al -  
medio social.

En una muestra de población senil, que asistía a la consulta  
de Medicina Familiar y otra muestra de Médicos Familiares, que aten-  
dían a pacientes mayores de 60 años, al practicarseles un cuestiona-  
rio que investigaba aspectos psicomotores, cognoscitivos y emotivos,  
en relación a las expectativas y actitudes de esta relación médico -  
paciente específica. Los antecedentes permiten concluir que:

A pesar de que existía desconocimiento del nombre por ambas-  
partes, se desarrollaba una relación médico-paciente satisfactoria.

El tipo de familia encontrada fue compuesta, de acuerdo al -  
modelo familiar de los países subdesarrollados.

Había en un alto porcentaje síntomas depresivos de las personas mayores de 60 años, que pudiesen estar condicionados por la pérdida del rol social y familiar, la disminución del autoestima, probablemente relacionada con la reducción de las capacidades biológicas.

El 30% de los Médicos Familiares investigados, tenían formación de postgrado en Medicina Familiar. Y ninguno de los médicos entrevistados, refirió educación formal en el área de Geriatría-Gerontología.

La mitad de los Médicos Familiares consideraba, que la etapa senil no constituía un problema social; sólo una cuarta parte de los médicos conocía alguna institución dirigida a la vejez; un 10% conocía en forma aproximada el porcentaje de personas seniles que hay en el país. Lo que traduce, una falta de información del Médico Familiar acerca del problema gerontológico de México.

La atención médica a pacientes seniles desde la perspectiva de la Medicina Familiar es deficiente: ya que es curativa, episódica discontinua, individual, sin tomar en cuenta factores psicológicos, sociales y aún médicos.

## V. PROPOSICIONES.

1.- Desde nuestra perspectiva de Residentes de Medicina Familiar; consideramos que resulta importante, el incorporar a nuestra formación profesional específica, objetivos de enseñanza Geriátrica-Gerontológica, que contemple los siguientes aspectos:

a) Estudios de los cambios anatómicos y fisiológicos propios de la senectud. Diagnóstico de enfermedades más frecuentes durante la vejez. Trastornos psiquiátricos más frecuentes. Farmacocinética en la terapéutica del paciente geriátrico.

b) Factores sociales que influyen en el rol y status durante la etapa senil: jubilación, subempleo, legislación insuficiente para la protección de sus derechos, el papel de las instituciones para el cuidado de salud y readaptación social del individuo en esta etapa. El papel del Médico Familiar, ante las implicaciones psicológicas, sociales y médicas de la senectud.

2.- Consideramos que no existe un desarrollo médico adecuado, en el campo de la Geriatria-Gerontología en el país. En Medicina Familiar desde el punto de vista de su teoría y práctica, no se reconoce un perfil de práctica geriátrica característica del Médico Familiar. Proponemos la investigación de las variables biológicas, psicológicas y sociales en el campo de la Medicina Familiar, en rela

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ción a la etapa de la senectud, que hasta ahora se encuentra prácticamente inexplorado.

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

1. X Censo General de Población y Vivienda 1980. Secretaría de Promoción y Presupuesto. México 1981.
2. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1977 1978. - Secretaría de Programación y Presupuesto. México 1980.
3. México Demográfico. Breviario 1979. Consejo Nacional de Población. México 1980.
4. México: Mundo Contemporáneo. Secretaría de Educación Pública. México 1975.
5. Características de Empleo y Desempleo en las Areas Metropolitanas de México, Monterrey y Guadalajara. Secretaría de Promoción y Presupuesto. México 1980.
6. Proyecciones de Mortalidad para México 1970-2000. Serie III. Evaluación y Análisis. México 1975 pp 20.
7. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1976-1977. - Secretaría de Programación y Presupuesto. México 1978.
8. Anuario Estadístico. Ibid.

9. Código Civil para el Distrito y Territorios Federales.  
Editorial Porrúa. México 1970. pp. 102.
10. A. Trueba Urbina y J. Trueba Barrera, Ley Federal del Trabajo. -  
Reforma Procesal de 1980. Editorial Porrúa. 42ª Edición. México  
1980. pp 767 a 69 y 784.
11. M. Barquín; Pensiones. Medicina Social. Editorial Méndez Oteo.-  
México 1977. pp 390 a 399.
12. Ley Federal del Seguro Social. Instituto Mexicano del Seguro So-  
cial. México 1978. pp 113 a 116.
13. J. Parrish; Población en la Tercera Edad. Universidad Nacional -  
de Costa Rica. Instituto de Estudios Sociales en Población. 1978.
14. M. Aguirre; La Vejez Marginada: Situación del Anciano en Chile.-  
Instituto de Sociología. Chile 1979.
15. Giovanni Berlinguer; Medicina y Política. Ediciones Círculo de -  
Estudios. Primera Edición. México 1977. pp 15 a 27.
16. Ma. S. Álvarez Larrauri; La Vejez: su Análisis en un Contexto Es-  
pecífico. Tesis Recepcional. 1977.

17. F. Rojas Bustillos; Medicina Preventiva en Geriatria. Anuario - de Actualización en Medicina. INSS. 1976. (24) pp 603 a 622.
18. S. Ramón y Cajal: El Mundo visto a los Ochenta Años. Editorial - Espasa-Calpe. España 1977.
19. J. Rodríguez: La Vejez desde el punto de vista Médico. Tratado - de Geriatria. Prólogo. España 1953. oo 9 y 10.
20. P. Blesson; Training Doctors to Care for Old People. Ann Intern Med. Feb 1979. 90 (2) pp 262-64.
21. C. Valei. Jefe de Depto de Asistencia Médica del Instituto Nacio - nal de la Senectud. Entrevista personal. 2 VI 81.
22. R. Álvarez Gtez; Los Ancianos un Grupo Olvidado. Gac Med de Méx. 1977. 113 (12) pp 575-80.
23. V.V. Frolkis; "Aspectos Funcionales del Envejecimiento" en H.P.- von Hahn; Geriatria Práctica. Editorial el Manual Moderno S.A. - México 1977. pp 1-21.
24. Geriatria. Praxis Médica. 1975 3 (14) secc 9.705 a 765.
25. M. Payno; El Problema Gerontológico en México. Rev. Fac Med. - 1980 pp. 22-46.

26. Geriatria. Praxis Médica. Op. Cit.
27. M. Payno; Op. Cit.
28. V.V. Frolkis; Op. Cit.
29. Vallejo-Najera; "Psicosis de la Senectud" en Introducción a la -  
Psiquiatría. Editorial Científica Médica. séptima edición España  
1974. pp 287 a 302.
30. A. Freedman y H. Kaplan; "Psiquiatría Geriátrica" en Compendio -  
de Psiquiatría. Editorial Salvat. Primera Edición 1975 Reimpre-  
sión México 1980. pp 771-777.
31. P. Solomon, V. Patch; "Psiquiatría Geriátrica" en Manual de Psi-  
quiatria. Editorial El Manual Moderno. México 1972 pp 345-52.
32. H.B. Conn; "Geriatría" en Medicina Familiar, Teoría y Práctica. -  
Editorial Interamericana 1976. pp 95-108.
33. J.M. Holtzman et al; Geriatrics Programs for Medical Students -  
and Family Practice Residente Establishing Attitudes Toward the-  
Aged. J. Am.Geriatr. Soc. 25 (11): 521-4. Nov. 1977.
34. T. Kalchthaler: The Role of Geriatrics in a Family Practice Re-  
sidency Program. J. Am. Geriatr. Soc. 25 (9): 427-9. Sep. 1977.

35. P. Cooggan et al.: A Required Program in Geriatrics for Medical-Students. J. Fam. Pract. 7 (4): 735-9 Oct. 1978.
36. J.M. Holtzman et al.; Geriatrics Program for Medical Students. - Impact of Two Educational Experience of Student Attitudes. J. - Am. Geriatr Soc. 26 (8): 355-9 Agosto 1978.
37. JT. Moore, WJ Kane; Geriatric Training in Family Medicine: The - Natural History of a Developing Program. J. Fam Pract. 8 (1): - 79-83. Enero 1979.
38. SR. Ingman et al.; Toward a Comprehensive Geriatric Educational - Experience. J. Am Geriatr. Soc. 27 (7): 320-4 Jul 1979.
39. WH. Haas et al.; Characteristice of Family Practitioners with - Large Geriatric Practices. J. Am. Geriatr. Soc. 28 (7): 289-94.- Jul. 1980.
40. AJ. Levenson et al.; Gerontologic and Geriatric Training in Medi- cal Scholl: Curricula Preference Shown by Medical Students, Edu- cators, and General Practitioners. J. Am. Geriatr. Soc. 28 (4):- 157-63 Abril 1980.
41. W. Ries; Diagnostic Standars in Geriatrics. ZFA (Dresden) 33 (1): 3-9 1978.

42. W. Reichel; Family Practics and Care of the Elderly. Am. Fam. -  
Physician 20 (3): 85-6 Sep. 1979.
43. JH. Barber et al.; A Postal Sceening Questionaire in Preventive-  
Geriatric Care. J.R. Coll. Gen. Pract. 29 (209): 733-40 Dic. -  
1979.
44. MR. Bliss; Prescribing for the Elderly. Br. Med. J. 283 (6285):-  
203-6 Jul. 1981.
45. M. Hildick-Smith; General Practitioners Views of Geriatric Day -  
Hospital. Practitioner 225 (352): 127-31 Feb 1981.
46. JT. Moore, GG Fillenbaum; Change in Funcional Disability of Ge--  
riatric Patients in a Family Medicine Program: Implications for-  
Patient Care. J. Fam. Pract 12 (1): 59-66 Ene 1981.
47. SE. Silvertson; Common Problems of Ambulatory Geriatric Patients  
A Survey. Postgrad. Med. 64 (1): 83-90 Jul 1978.
48. AJ. Tulloch et al.; A Randomized Controlled Trial of Geriatric -  
Screening and Sorveillance in General Practice. J.R. Coll. Gen.-  
Pract. 30 (210): 49-51 Ene. 1980.
49. J. Parrish; Op. Cit.

50. Oscar Domínguez; La Vejez una Nueva Edad Social. Santiago. Universidad de Chile. Fac. de Med. Sur. Informe de Investigación - 1979.
51. M. Aguirre; Op. Cit.
52. E. Neumann; Reflexiones sobre la Vejez. Salud Mental 3 (1): - 26-9 Marz. 1980.
53. N.P. Castro; "Aspectos Psicobiológicos de la Senectud" en Introducción a la Medicina Humanística. Fac de Med. UNAM Segunda Edición 1971. pp 1-20.
54. F. Rojas Bustillos; Op. Cit.
55. R. Álvarez Gtez.; Op. Cit.
56. M. Payno; Op. Cit.
57. Lemus; Vargas; Luque y Torres; El Comportamiento de la Familia - ante el Anciano en Derechohabientes de la Clin. Hosp. # 25 del - Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis Recepcional Dic. 1979.
58. Martín de la Rosa; Netzahualcoyotl un Fenómeno. Editorial Fondo- de Cultura Económica. Testimonios del Fondo. Primera Edición. - México 1974.

59. Piramide de Población de la Unidad de Medicina Familiar # 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Julio 1981.
60. X Censo General, Op. Cit.
61. México Demográfico, Op. Cit.
62. Martín de la Rosa; Op. Cit.
63. Eric Pfeiffer; "Sexualidad y el paciente Geriátrico" en Sexualidad Humana de Green. Conceptos Básicos. Editorial Interamericana. Segunda Edición. México 1979.