



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

11226
60
2ej.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL REGIONAL MÉRIDA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS
PACIENTES ANCIANOS DE LA
U.M.F DE TEKAX, YUC.



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C. LIGIA GUADALUPE GARCÍA LÓPEZ

264984

1998



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.

11226
60
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL REGIONAL MÉRIDA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS
PACIENTES ANCIANOS DE LA
U.M.F DE TEKAX, YUC.

ISSSTE
Delegación Estatal Yucatán
Subdelegación Médica
★ AGO. 13 1998 ★
E B C I B I O
Clínica Hospital Regional
Jefatura de Enseñanza



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA
M.C. LIGIA GUADALUPE GARCÍA LÓPEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL REGIONAL MÉRIDA**

**CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS
PACIENTES ANCIANOS DE
LA UMF DE TEKAX, YUC.**


**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
PRESENTA
MC. LIGIA GUADALUPE GARCÍA LÓPEZ.**

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO, ENERO DE 1996


**CONCEPTOS DE VEJEZ QUE TIENEN LOS
PACIENTES ANCIANOS DE
LA UMF DE TEKAX, YUC.**


**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR,
PRESENTA
MC. LIGIA GUADALUPE GARCÍA LÓPEZ.**

AUTORIZACIONES


**DR. JACINTO MIGUEL RAMÍREZ BAHENA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
MÉRIDA, YUCATÁN.**


**DR. JACINTO MIGUEL RAMÍREZ BAHENA
ASESOR DE LA TESIS ISSSTE**


**DRA. VIRGINIA RAMÍREZ OCHOA
ASESORA DE TESIS U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**


**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.**

MÉRIDA, YUCATÁN, ENERO DE 1996.

**CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS
PACIENTES ANCIANOS DE
LA UMF DE TEKAX, YUC.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR,
PRESENTA
MC. LIGIA GUADALUPE GARCÍA LÓPEZ.**


AUTORIZACIONES



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



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DRA. MARÍA DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

"Cuando veas a alguien con canas y piel arrugada, hablándole al viento, casi sin aliento por el hambre, deberás pensar que en el momento en que menos te lo esperes, estarás en su lugar si no haces nada hoy por mejorar la situación en la que estarás inevitablemente el día de mañana".

Ariel

A mis padres.

Dr. Pedro R. García Barroso †

Sra. María Teresa López Torres

*cuya fuerza de voluntad ha sido siempre
el ejemplo para la consecución de mis metas.*

A mi esposo.

MC. Gualberto A. Magaña Dorantes

mi compañero, sin cuya comprensión y ayuda

no hubiera sido posible llegar al final y a mis hijas

Mariel y Ligia que fueron las que soportaron la peor parte.

*A mis hermanos
Ana, Pedro y Mario con quienes
comparto un amor filial a toda prueba*

*A mis tíos, en especial Raúl y
Gloria por todos sus consejos
en tiempos difíciles.*

ÍNDICE GENERAL

	Página
MARCO TEÓRICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	12
METODOLOGÍA	13
TIPO DE ESTUDIO	13
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	13
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN	13
VARIABLES DE MEDICIÓN	13
MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	14
CONSIDERACIONES ÉTICAS	14
RESULTADOS	15
TABLAS.....	19
DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	32
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	38

MARCO TEÓRICO

El tema de la vejez ha sido estudiado y comentado por diversos investigadores de diferentes ramas de la ciencia; sin embargo hasta el momento actual no existe una definición precisa que pudiera abarcar y satisfacer el concepto en su totalidad. Se pueden encontrar diferentes definiciones según la fuente consultada: biológicas si nos acercamos a las ciencias médicas; sociales si atendemos a aquellas emitidas por organizaciones gubernamentales o por individuos que incluyen estos elementos; o bien psicológicas, cuando la referencia proviene de textos correspondientes a esta área del conocimiento.

No cabe duda, de que cada una de estas ciencias tiene algo o mucho de verdad en sus aseveraciones en relación a la vejez, pero como toda verdad, queda aún un buen trecho por investigar y analizar. (2)

Aunque en esta investigación hemos dejado a un lado lo concerniente a los cambios bioquímicos que tratan de explicar el deterioro paulatino y progresivo durante el envejecimiento, haremos hincapié en las consecuencias que este hecho trae consigo. A manera de comparación objetiva, las mujeres y los ancianos han desempeñado históricamente un papel activo, aunque distinto en la sociedad. Sin embargo, los últimos mientras conservan su capacidad de producir de acuerdo a los intereses particulares de la empresa, todavía continuarán considerándose como parte de la sociedad y no se les segregará de ella ya que se les tomará como a un adulto masculino de avanzada edad.

Cuando el anciano pierde su capacidad para producir al ritmo que se le impone, se le mira diferente, se le subestima y se le considera como un objeto inservible, menos necesario que una mujer, porque la mujer es necesaria para la sociedad en tanto continúe con sus labores en el hogar; mientras que el anciano es señalado como una carga. Esta condición se le otorga a pesar suyo.

Es decir, que los ancianos no tienen ningún arma para enfrentar el problema de segregación y rechazo que sufren cotidianamente.

Su problema se convierte en tal, únicamente para la población de adultos activos (productivos), ya que sobre estos recae la mantención de los viejos. Los jóvenes deciden según su propio interés práctico e ideológico acerca del papel que se les confiere a los ancianos.

Las actitudes de los hombres ante los ancianos, han sido sumamente variadas y aún cambiantes, en función de las épocas, razas, regiones, etc. En algunos pueblos primitivos reinaban sentimientos encontrados, pues estando más cerca de la naturaleza era mayor su crueldad con los viejos, al punto que existía la antropofagia, la práctica de abandonarlos a la soledad, el destierro y aún a la muerte lenta. En algunos pueblos de la prehistoria, sin eliminarlos, se empleaban procedimientos de extrema dureza.

Por el contrario, otros pueblos también antiguos, destacaron por su elevada cultura y por su aprecio por la senectud. (3)

El antiguo testamento se refiere a Abraham muerto a los 175 años y dice así "expiró y murió en la senectud buena, anciano y lleno de días". De Moisés fallecido a

los 120 años "¡no se habían debilitado sus ojos, ni se había marchitado su vigor". De Job que finó a los 140 años se dijo: "vio a sus hijos, a los hijos de sus hijos, hasta la cuarta generación y murió anciano y colmado de dios". En los proverbios domina la idea de que la larga vida es fruto de virtud. En el libro de la sabiduría es la Prudencia la verdadera ancianidad y la honrada vejez no es la de sólo muchos años. En el Deuteronomio se reconoce al anciano la prerrogativa de poseer la experiencia y la sabiduría.

Moisés por las tareas del Gobierno se asesoraba con 60 ancianos.

Mención especial se tiene que hacer de los griegos y los romanos, los más elevados exponentes de la cultura universal en la Historia Antigua. Entre los primeros Atenas alcanzó el apogeo de su grandeza, cuando la Autoridad Máxima residía en el Consejo de los Gerontes, es decir de los Ancianos y el Senado Romano se llamaba así porque era integrado igualmente por los Senectos en contraposición al Pueblo (Populus), palabra que significa juventud.

La Iglesia Católica en una época estuvo dirigida por los presbíteros, que en griego significa los más ancianos. Los presbiterios eran colegios de senectos. La palabra presbítero indicaba no solo avanzada edad, sino madurez y espíritu de sabiduría. En el mismo Imperio Romano, fueron ancianos sus fundadores y grandes emperadores Augusto y Tiberio. En épocas más recientes, dos brillantes valores del arte, Miguel Ángel y Tiziano, murieron casi centenarios. Napoleón Bonaparte para organizar el Código Civil, una de sus perdurables Obras, llamó a un conjunto de ancianos Sexagenarios, bajo la Presidencia de Tronchet, octagenario.

En épocas más próximas D'Israeli, uno de los grandes gobernantes de Inglaterra, fue Primer Ministro a los 63 años y falleció a los 72 y Adenauer destacado dirigente de Alemania, lo fue durante varios y alcanzó los 90 años.

En el Japón el Pueblo revela su predilección por la edad avanzada, ya que el consejo de ancianos es la organización más antigua y respetada desde hace mucho tiempo. En dicho país, como en la conservadora Inglaterra, hay tendencia a constituir Gerontocracias, ya que se reconoce que la experiencia es un bien preciso y que la longevidad posee categoría de virtud. (3)

Iniciaremos abordando los cambios **FÍSICO-BIOLÓGICOS**. Desde este enfoque, la vejez se caracteriza por la atrofia (disminuye el tamaño, volumen y peso de los órganos), hipofunción, pérdida de agua y por la frecuencia cada vez mayor de enfermedades degenerativas que no necesariamente deben ser origen de dependencia física total hacia otras personas. (1)

Los cambios somáticos más significativos son: la disminución de la agudeza visual y auditiva; aunque lo que más interesa al sector empresarial es la disminución de la destreza manual. Cabe notar, que este indicador se manifiesta con más rapidez, en comparación con todas las demás capacidades del individuo. El encanecimiento, junto con arrugas faciales, constituyen también manifestaciones físicas inevitables del envejecimiento. (4)

La disfunción sexual es uno de los problemas principales que aquejan y preocupan a los pacientes de la tercera edad, por lo que estos pacientes deben tratarse de una manera integral, puesto que se sabe que normalmente la función sexual puede

continuar hasta la novena y décima edad, pero que puede verse afectada por múltiples factores, como son los mitos, la religión, la cultura, la ingesta de fármacos, deficiencia de andrógenos, enfermedades vasculares y disfunciones neurológicas, entre otros. (5)

Desafortunadamente, desde el día que nacemos, nuestra marcha por la vida está señalada implacablemente por la serie de números que comprenden nuestra edad cronológica. Generalmente se supone que el paso del tiempo medido por el calendario, es un indicador confiable de los cambios que ocurren en todo nuestro cuerpo, en nuestra mente y nuestras relaciones sociales.

No obstante, esta suposición es falsa. Este error está bien ilustrado en el ejemplo de la jubilación obligatoria en no pocas instituciones o empresas de México. Algunas de las razones por las que resulta inadecuado vincular la edad cronológica con la jubilación son:

a) la proporción de cambios personales relacionados con la edad, pueden variar mucho de un individuo a otro.

b) con base en observaciones clínicas realizadas, no se presenta ningún deterioro brusco en el funcionamiento físico o psicológico, al avanzar la edad.

c) la pérdida moderada de ciertas habilidades físicas, queda ampliamente compensada por una experta estrategia para manejar la situación laboral en su conjunto.

Algunos autores sostienen que el envejecimiento conduce gradualmente a la claudicación y finalmente al colapso de los sistemas de autorregulación y equilibrio energético del organismo. Es un proceso endógeno, predeterminado, característico de la especie e individualizado en función de la dotación genética, de la experiencia de la vida y de la participación de factores psicológicos y sociales.

Una de las implicaciones más importantes, es la que se manifiesta por cambios en las funciones mentales, la personalidad y la conducta, esto es, por la atrofia cerebral.

En nuestro país, A. Escobar encontró que el peso del cerebro en personas ancianas es menor. También disminuye el número de neuronas. Pero lo determinante en las alteraciones cerebrales primarias en la senectud, no son las alteraciones vasculares, sino las celulares y bioquímicas: placas seniles, degeneración granulo vascular, acumulación progresiva de pigmento, etc.

Por otro lado, otros autores afirman que la senilidad es un mito. Aunque acepten que disminuye el número de neuronas, afirman que brotan nuevas ramificaciones dendríticas en un fenómeno denominado **PLASTICIDAD**, y que la mayor muerte neuronal ocurre en el hipocampo, que es donde toda la información se procesa para almacenarse en la memoria a largo plazo. Concluyen por lo tanto que lo único que realmente disminuye es la memoria y la rapidez para reaccionar, pero casi siempre en forma benigna. Hay otros factores que también parecen intervenir en la disminución de la memoria como el uso ineficiente de estrategias cognoscitivas, la falta de práctica en el desempeño de tareas cognoscitivas, una disminución de la motivación y estados emocionales negativos, tales como la ansiedad y la depresión. Un tipo de alteración que se encuentra en el paciente senil es la disforia. Son

pacientes, a los que continuamente se les notaba tristes, insatisfechos y de mal humor. Este cuadro se asemeja al de la depresión, particularmente en lo que se refiere a una percepción subjetiva de inadecuación. De hecho, este padecimiento se diagnostica con mucha frecuencia como depresión, sin embargo en la práctica clínica, los autores han encontrado diferencias cualitativas entre disforia y depresión. (6,7,8,9,10,16).

En el aspecto **PSICOLÓGICO** comúnmente tanto hombres como mujeres, se consideran de mayor edad en algunas situaciones y más jóvenes en otras. Una forma de darse cuenta de esto, es la comparación de la edad cronológica de la persona en la que esta "siente" tener, muy rara vez encontramos a alguien que manifieste realmente el deseo de tener más edad.

En realidad, parece que sentimos aversión a la edad avanzada, pero también la aceptamos como inevitable. Las implicaciones de valor influyen de tal forma en la edad, que según las circunstancias vacilamos al declararla. Por ejemplo, es común observar que dos personas de la misma edad cronológica se comporten de una forma absolutamente diferente y tomen decisiones de trascendencia completamente distintas. Esto indica que la edad cronológica nos dice muy poco de una persona.

Consideramos que en el campo cognitivo de la vejez, tienen especial relevancia la inteligencia, la memoria y la capacidad de aprendizaje.

La inteligencia podría ser estudiada de 2 maneras: la que se refiere al uso efectivo del conocimiento y las habilidades adquiridas a lo largo de los años, y la que analiza la capacidad de aprender y dominar problemas nuevos. (17)

En lo que respecta a la memoria, la primera que sufre alteraciones es la reciente, que nos permite recordar los eventos por cercanos; este hecho crea en el anciano confusión y desorientación haciéndolo sentirse angustiado. Por otro lado, la memoria remota se agudiza de tal forma que los sucesos ocurridos en un pasado lejano son recordados nítidamente. En síntesis, la capacidad de aprender es más lenta; sin embargo en esta etapa de la vida lo más importante no es la rapidez con la que se aprende, sino la capacidad de hacerlo, y las personas de edad avanzada la tienen, pero precisan de un poco de ayuda para lograrlo.

Esta ayuda podría estar encaminada al tener cuidado con la intensidad, claridad y frecuencia o repetición al darle alguna información o instrucción.

Una forma eficaz para mantener a nuestro anciano dispuesto a aprender nuevas cosas, ser creativo y hasta innovadores, es proporcionándoles sistemáticamente cuanta información nos llegara a las manos y obviamente la que más interés tuviera para ellos. Con base en este último punto, se hace lógica la afirmación de que no debemos exigir que las decisiones de un anciano sean acordes al momento y las circunstancias, cuando nosotros mismos hemos propiciado su desfase familiar y social al negarle la oportunidad de estar lo suficientemente actualizados y para tener, según el caso, opiniones y sugerencias dignas de ser tomadas en cuenta. (6,12)

Otras formas para ayudar a nuestros ancianos por parte del gerontólogo y de los mismos miembros de la familia, incluye: I Actitudes de apoyo (interés, empatía, disponibilidad de tiempo, etc.) II Desarrollo de habilidades para identificar y valorar cambios (observar el lenguaje corporal, escuchar vs. oír, observar movimiento de

manos, etc.) III Establecer un clima de confianza mutua (uso del contacto visual, físico, aprender a tocar, mantener y respetar horarios establecidos, etc.) IV Desarrollar comportamientos terapéuticos (no darle a la persona por su lado, permitir la libre expresión, etc.) V Procurar propiciar energía en forma mutua.

Lo más importante es recordar que las enfermedades crónicas son agravadas por problemas sociales, tales como: el aislamiento, la baja autoestima. La llave del éxito es hacer sentir al anciano que su vida tiene un objetivo más allá de la mera supervivencia.

Es necesario integrar al anciano, Francis Galton señalaba que el anciano responde más lentamente que el joven, eso, en un momento dado lo hace sentirse relegado de su familia y de la sociedad en general, hecho que podría aislarlo. Para tratar de evitar eso, es necesario ayudarlo a hacer frente a esos cambios para convertirlo en un anciano exitoso. (13, 14, 15)

En lo relacionado al enfoque social, tenemos que el rol del viejo se modifica con el curso del tiempo puesto que el joven se convierte en adulto y el adulto en anciano, este proceso le obliga a cambiar continuamente su punto de vista sobre la vejez. Por otro lado, la sociedad ha estructurado grupos humanos o categorías para distinguir a los hombres tomando como base su edad lo cual se convierte en una clasificación artificial que conviene únicamente al interés económico de dicha sociedad. Un claro ejemplo de esta situación, es la edad fijada arbitrariamente para la jubilación.

Pasar de una clase etaria a otra puede constituir una promoción o una caída; es decir, la clasificación por edades, destaca el interés de la sociedad para sus propios fines y no los de individuo. Luego entonces el problema surge cuando no se da a una persona la oportunidad de funcionar según su capacidad a causa de restricciones sociales que con frecuencia no son sino asuntos de control administrativo. (11)

Esto se observa claramente en sociedades como la nuestra, compuesta por productores y consumidores, regida por la rentabilidad y la eficacia; aquí se considera que el anciano ya no es productivo y consume poco, debido a la carencia de medios económicos, luego no es rentable, ni eficaz para la sociedad.

Independientemente del aislamiento social que lo anterior implica, la exclusión del anciano respecto del aparato productivo fomenta que depende económicamente de la familia en el mejor de los casos, o lo lance definitivamente a la pobreza, lo cual le provoca un sentimiento de vulnerabilidad.

Es de suma importancia señalar, que en nuestra sociedad ni el joven ni el adulto, "anciano potencial", son preparados psicológica, social y económicamente para afrontar esta etapa de la vida. Socialmente resulta rentable encaminar recursos y energía para la producción material, que promoverá el desarrollo integral de los seres humanos que la conforman. Desafortunadamente la vejez es, con frecuencia, un tiempo de pérdidas y estas pérdidas potenciales son muy variadas, pero están interrelacionadas, siendo las acompañantes de la vejez las siguientes pérdidas de: salud, debido al incremento de patología; bienestar económico, debido a la jubilación; compañía, secundaria a abandono social; independencia, debido a incapacidades

adquiridas; homeostasis, debida a la pérdida del control fino del medio interno y status, debido a la jubilación y pérdida de la independencia.

Los cambios y pérdidas mencionados exponen al anciano a las siguientes consecuencias: tristeza, pesar, depresión, suicidio; aumento de la frecuencia de enfermedades, del riesgo de accidentes, pobreza, dependencia y abuso, desnutrición, hipotermia, jubilación.

Se ha visto una relación entre ciertos problemas psicológicos y sociales con el incremento de la respuesta inmune a expensas de linfocitos; sin embargo este hecho todavía no es un factor determinante para afirmar o descartar la posibilidad de aparición de patologías específicas. Los resultados de algunos estudios efectuados sugieren que los eventos de la vida tienen diferentes efectos en el sistema inmune de ancianos hombres y mujeres.

El apoyo social tiene efectos directos en la cuenta linfocitaria para ambos sexos. (18)

Algunos estudios realizados en E.E.U.U. sugirieron que el anciano tiene mejores expectativas cuando vive en conjunto con otros ancianos en instituciones geriátricas, porque les permite participación activa, descanso pasivo, ayuda, sostén y apoyo psiquiátrico. (19)

En nuestro medio, en principio existen pocas instituciones dedicadas a la atención integral de personas de edad avanzada.

Es notorio el hecho de que aún en esta minoría, no existe una atención con el enfoque inter y multidisciplinario para el manejo de estos pacientes. En Yucatán uno de los limitantes más importantes es el aspecto cultural y educacional de nuestra gente. Los asilos para la atención del anciano en nuestro medio, únicamente proporcionan servicio de "guardería" y la atención médica es solicitada por alguna complicación, esto ocasiona que los centros de atención al anciano en nuestro medio, no sean más que un paso previo al cementerio y no propicia la investigación científica de esta etapa a la que inevitablemente llegaremos algún día.

Si los ancianos están aislados y son económicamente inactivos y dependientes, su peso en la sociedad se percibe como una carga onerosa. Por lo siguiente se plantea un desafío que trasciende la meta de salud para todos en el año 2000.

Se trata de un reto que exige adoptar políticas y programas para reducir la carga que la población de edad avanzada representa para la economía y la sociedad de los países y garantizar la disponibilidad de servicios sociales y de salud de los ancianos para que puedan continuar llevando una vida social y económicamente productiva.

El envejecimiento aumenta la susceptibilidad a las enfermedades crónicas y discapacitantes y, a su vez incrementa la demanda de servicios médicos, sociales y económicos por lo que es imprescindible poner en práctica planes que incluyan medidas específicas de fomento de la salud y prevención de las enfermedades de la edad avanzada. La OMS ha señalado que los problemas vinculados al envejecimiento de la población mundial constituyen una nueva prioridad, aunque también reconoció que la planificación de la atención de los ancianos en el marco de los planes del desarrollo nacional trasciende el problema del presupuesto y recursos. No todos los

países son conscientes del problema, en parte por la ausencia de datos exactos que son necesarios para formular políticas y programas.

Se ha comprobado que las investigaciones internacionales son un método muy eficaz para detectar factores de riesgo generales y específicos de enfermedad y discapacidades, así como factores de protección que conduzcan a una vejez saludable y productiva.

Además los expertos en ciencias sociales y del comportamiento deberán adoptar estrategias de investigación que permitan obtener el potencial de las personas de edad avanzada y mejorar su capacidad para desempeñar sus funciones provechosas en la sociedad. (20)

En el marco del programa de Investigación sobre el envejecimiento de la OMS existe el proyecto de estudiar los factores que conducen a una vejez saludable, que incluirían tratar de conocer los factores biológicos, psicosociales, culturales, ambientales y económicos. Este proyecto incluirá también la producción de datos que ofrezcan un marco apropiado para planificar la atención a largo plazo de las necesidades de los ancianos, con la infraestructura existente de servicios nacionales de salud.

En países del cono sur (a excepción de Argentina) las políticas, planes y programas han sido y son débiles, muy limitados en cobertura y mayormente inclinados hacia los aspectos de beneficencia y la atención del anciano enfermo, preferentemente en instituciones de larga estancia. Se ha dado poca importancia a los demás aspectos: participación social, beneficios de seguridad social, trabajo, recreación, educación, vivienda, transporte, asistencia jurídica, seguridad personal, etc. (21 y 22)

De este modo el **CONCEPTO DE VEJEZ** se convierte en una instancia que se percibe como algo ajeno al individuo, y hasta que éste es arrojado fuera del proceso de producción, es cuando se encuentra en la cruda realidad, generalmente sin armas para afrontarla por carecer de un proyecto de vida inteligentemente previsto en anterioridad.

En la búsqueda de una clasificación que se acerca más a la realidad que viven las personas de edad avanzada, encontramos la siguiente propuesta que integra en un sólo concepto, las 3 áreas expuestas con anterioridad: la BIOLÓGICA

la PSICOLÓGICA y
la SOCIAL .

De acuerdo a esta propuesta, cada individuo tiene un funcionamiento muy particular en cada uno de los parámetros señalados que lo hace diferente a cualquier otro, aún cuando cronológicamente tuvieran la misma edad. Luego entonces, para la determinación de la edad de una persona se deberán tener en cuenta estas 3 dimensiones.

Es en este momento, cuando debemos reflexionar si en verdad las acciones para preservar mayor tiempo la vida del ser humano, nos satisfacen en toda su magnitud sobre todo cuando miramos con ojos analíticos el lugar a donde regresan nuestros ancianos. Es decir, sabemos perfectamente que la inadecuada vivienda, carencia de recursos económicos por falta de oportunidades de empleo, así como la

soledad y la actitud hostil por parte de la sociedad, constituyen a su conjunto, el mas alto porcentaje de los problemas de los ancianos.

Sin embargo, constituyen la población que hasta el momento ha recibido menor atención, aún a sabiendas de que los problemas inherentes a la vejez ocurren en todas partes del país, y que éstos a su vez son diferentes en números y magnitud en cada comunidad.

Este estudio utiliza como base la narrativa que ofrece al lector la posibilidad de la experiencia indirecta.

Partimos de variables inscritas en un espacio y un tiempo determinados, el presente, que se proyecta al pasado y al futuro. Es entonces necesario que el presente esté fuertemente presente, lo que nos ayudará a ver el pasado más claro; ya no como historia ajena a los sujetos, sino como devenir permanente en el que se descubran diversos modos de ser de ese sujeto, recortados en diversos puntos espacio-temporales. "La historia se ha convertido en elemento esencial de la necesidad de identidad personal y colectiva". (23)

El sentido común, las tradiciones, la teoría y los propios ancianos, han construido históricamente una imagen de vejez notablemente desarraigada de la situación concreta en la que se constituye como tal.

Presumo que la incidencia entre definiciones generales y el contexto particular (su encuentro), encausan y configuran el Ser anciano, el Yo anciano y el Nosotros ancianos actual y prefiguran la posibilidad de ser.

Este recorrido histórico, visto como reflexión consciente se convierte en pasado objetivado del anciano, pasado que influye sobre su acción presente. Acción presente en un escenario diferente. Este es un rasgo peculiar de las últimas décadas, que plantea serios problemas a la identidad del anciano, ya que el escenario cambia cada vez más rápido creando dificultades de adaptación originados por el ritmo veloz con que la sociedad evoluciona.

Factores, todos ellos, que considerados en conjunto provocan en el anciano situaciones de desorientación que le llevan a preguntarse sobre su propia esencia y sobre su función social

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la UMF de Tekax, los pacientes ancianos componen el porcentaje más alto de la pirámide poblacional, lo cual se refleja en la consulta de medicina familiar. En el Estado de Yucatán, la consulta de pacientes ancianos también ocupa un lugar preponderante, razones por las que realicé la presente investigación y tomando como punto de partida los diferentes estudios que se han realizado en diversas partes del mundo en relación al tema de la vejez, que con frecuencia se soslaya como la etapa que todo ser humano inevitablemente tendrá que vivir.

¿Cuáles son los conceptos de vejez que tienen los pacientes ancianos que se atienden en la U.M.F. del ISSSTE de Tekax, Yucatán?.

JUSTIFICACIÓN

En algunas naciones altamente industrializadas, las personas de edad avanzada reciben una mayor participación de los recursos nacionales que en otras; un ejemplo del primer caso es en Japón, en donde el nivel de empleo de las personas mayores es tan elevado, que más de la mitad de los hombres de esta edad continúa empleada. La mayor parte de los que dejan de trabajar, lo hacen por voluntad propia o por razones válidas de problemas de salud, más que por ser forzados a salir del trabajo o por algún otro tipo de discriminación. Con esto se demuestra que el papel que los ancianos puedan desempeñar en la sociedad, dependerá del concepto que sobre la vejez predomine, y que aún con la influencia de la industrialización, podría mantenerse en un adecuado nivel de integración social.

Hasta 1990 el 5% en la República Mexicana tenía más de 60 años; más de 4 millones de individuos distribuidos irregularmente en proporciones que varían del 13% en el DF, al 0.2% en Quintana Roo. En general, hay una mayor proporción que viven en áreas urbanas.

La situación del anciano en México, en términos generales: En 1990 el 15% de las personas mayores de 60 años continuaba integrado a la fuerza de trabajo, y las tendencias en los últimos años apuntan hacia el descenso de esta cifra, puesto que nuestro país al estar compitiendo, como otros países subdesarrollados en una carrera desenfrenada por lograr su industrialización y generar así un mayor número de empleos, esta dejando a un lado a aquellos individuos que con el paso de los años han presentado disminución en sus habilidades manuales, considerándolas por esto como gente **NO PRODUCTIVA**.

La encuesta Nacional de Invalidez (ENI) identificó como causas frecuentes de invalidez la enfermedad articular, trauma, ceguera. La encuesta de las necesidades de los ancianos en la comunidad (ENAC), en relación con invalidez, mostró que el 6% de los mayores de 60 años son en parte dependientes para las actividades de la vida cotidiana y únicamente el 2% lo son en forma total. Esto indica que el mayor porcentaje de los mayores de 60 años de edad, aún pueden continuar con actividades laborales adaptadas a sus habilidades manuales y psicológicas, es decir todavía podría ser gente **PRODUCTIVA** y por lo tanto parte integral de la sociedad.

Los problemas de la vejez si bien son urgentes, están lejos de la lista de prioridades en un país que no ha resuelto aún sus necesidades de atención materno-infantil; aunque en ciertos niveles de administración pública ya existe un intento por tomar una verdadera conciencia de la situación. Tal es el caso del Sistema Nacional para el desarrollo de la Familia y del Instituto Nacional de la Senectud, cuyas acciones han cristalizado en la creación de algunos Programas Comunitarios y de Asistencia Social, aunque no han tenido el impacto esperado.

Ahora bien, con base en los datos recabados en el área de estadística de la Delegación Estatal del ISSSTE de donde depende la UMF de Tekax, tenemos lo siguiente: El número total de derechohabientes en 1994 fue de 2988; de éstos, 451 son mayores de 60 años, lo cual constituye el 15,04% de la población

derechohabiente, básicamente, ese el motivo que me impulsó a realizar la presente investigación, ya que corresponde el porcentaje más alto de pacientes que acuden a la U.M.F: a consultar y considero que entendiendo un poco los motivos que los inducen a acudir a la unidad se puede hacer algo para mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, como en realidad no se necesita una gran inversión económica para llevar a cabo este estudio, si es factible realizarlo.

OBJETIVO GENERAL

Conocer los conceptos de vejez que tienen los pacientes ancianos de la UMF de Tekax Yucatán.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

AREA BIOLOGICA

- 1.- Determinar la frecuencia con que los ancianos dicen que deben padecer alguna enfermedad.
- 2.- Determinar la frecuencia en la que los ancianos acuden al médico según su edad.
- 3.- Determinar si el tipo de alimentación del anciano es especial, según su ocupación.

AREA PSICOLÓGICA

- 4.- Determinar la frecuencia en la que los ancianos dicen sentirse deprimidos según su edad.
- 5.- Determinar la frecuencia en la que los ancianos dicen sentirse viejos según su edad.
- 6.- Determinar la frecuencia en la que los ancianos se sienten relegados en la familia, según su edad.

ÁREA SOCIAL

- 7.- Determinar la frecuencia con que los ancianos dicen considerarse necesarios en el seno familiar, según su ocupación.
- 8.- Determinar la frecuencia con la que los ancianos hacen el trabajo que les gusta hacer, según su escolaridad.
- 9.- Determinar la frecuencia con la que a los ancianos les gustaría pertenecer a grupos organizados de la tercera edad, según sexo.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO.-

Descriptivo, observacional, transversal y Prospectivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.-

Esta se realizó en la UMF del ISSSTE de la ciudad de Tekax, Yucatán ubicada a 116 km. al sur de la capital del estado en un período comprendido de marzo a octubre de 1995.

La unidad de MF cuenta con una población total de derechohabientes de 2998, de los cuales 451 pacientes son de 60 años o más.

TIPO DE MUESTRA.-

Los pacientes que acudieron del 16 de marzo al 31 de julio de 1995.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.-

40 ancianos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 60 años o más, de ambos sexos.
- Que sean derechohabientes del ISSSTE
- Que acudan al servicio de MF de Marzo a Julio 1995.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no quieran participar en el estudio.
- Que no sean derechohabientes del ISSSTE.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR

VARIABLES INDEPENDIENTES .-

Edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación.

VARIABLES DEPENDIENTES .-

AREA BIOLOGICA

- Los ancianos padecen de alguna enfermedad
- Los ancianos deben tener una alimentación especial
- Los ancianos acuden con frecuencia

AREA PSICOLOGICA

- Los ancianos se deprimen constantemente
- Los ancianos se sienten viejos frecuentemente
- Los ancianos están en el lugar que se merecen en la familia.

AREA SOCIAL

- Los ancianos se consideran necesarios en el seno familiar.
- Los anciano hacen el trabajo que les gusta.
- Los ancianos pertenecen a los grupos organizados de la tercera edad.

MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Para la realización de este estudio se hizo una revisión documental sobre el problema y para conocer los conceptos de vejez que los ancianos derechohabientes tienen, se aplicó una encuesta de opinión que contenía preguntas relacionadas a la ficha de identidad, de carácter psicológico, biológico y sociolaboral.

Encuesta aplicada por el investigador y la enfermera, a todo paciente de 60 años o mayor que acudió a la UMF.

Al principio de la encuesta se aplicó durante el horario de consulta (14-20 hrs.) en el mismo consultorio, pero posteriormente con ayuda de la enfermera del turno vespertino y poniéndose de acuerdo con los pacientes, estos fueron citados durante la tarde y se llenó el formato en el área de medicina preventiva.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al elaborar este estudio traté de evitar en lo posible, crisis de identidad en el anciano a interpelar. Haciendo la aclaración de que en ningún momento se puso en riesgo la integridad física y asegurando a todos y a cada uno de ellos conservar el anonimato, según los criterios de Helsinki

RESULTADOS

Respecto al área Biológica:

1.- La muestra está constituido por 40 ancianos. Veintiocho corresponden al sexo femenino (70%) y 12 al masculino (30%). Ver tabla 1.

2.- El rango de edad más frecuente corresponde al grupo entre 60 y 70 años (42.5%). Ver tabla 2.

3.- Respecto a su estado civil, 17 ancianos son viudos (42.5%), 13 ancianos son casados (32.5%), cinco viven en unión libre (12.5%) y los otros 5 son solteros (12.5%). Ver tabla 3.

4.- Con respecto a la escolaridad once ancianas no terminaron la primaria (27.5%) además seis ancianos no tuvieron estudios básicos (15%), nueve terminaron sus estudios de secundaria(22.5%) ocho ancianos completaron la primaria (20%) y seis no terminaron el nivel medio (15%). Ver tabla 4.

5.- Con relación a la ocupación de los pacientes, dieciseis ancianos (40%) se dedicaron a las labores del hogar; nueve, además de los quehaceres, tienen bajo su cuidado a los nietos mientras los padres se van al trabajo (22.5%). Ocho ancianos son jubilados (20%), cuatro son comerciantes (10%) y tres campesinos (7.5%). Ver tabla 5.

6.- Respecto a padecer alguna enfermedad, diecinueve encuestados (47.5%) no aceptan que por ser ancianos necesariamente tengan que padecer una enfermedad, 18 ancianos (45%) opinaron que si y 3 no opinaron (7.5%). Ver, tabla 6.

7.- Respecto a la alimentación, treinta ancianos (75%) estuvieron de acuerdo en que los alimentos deberían llevar ciertos requisitos, (como cantidad, valor calórico y modo de condimentación), 10 (25%), mencionaron que la alimentación puede seguir siendo como cada persona acostumbre. Ver tabla 7.

8.- Si toman algún medicamento los 40 pacientes (100%); 24 (60%) por alguna enfermedad crónico-degenerativa como Diabetes Mellitus, Artritis reumatoidea); 13 (32.5%) por gastritis e hipertensión arterial sistémica y 3 (7.5%) algún tipo de tranquilizante. Ver tabla 8.

9.- Frecuencia de consulta al médico. Veintisiete ancianos (67.5%) acuden ocasionalmente, 6 (15%) aceptaron que acuden constantemente y 7 (17.5%) casi nunca. Ver tabla 9.

10.- Respecto a si padecen alguna enfermedad y el diagnóstico de esta, 37 ancianos (92.5%) refieren que si. Veinticuatro pacientes presentan diabetes

mellitus; 13, gastritis; 13, hipertensión arterial sistémica; 2, secuelas de un evento vascular cerebral y 4 infarto agudo al miocardio. 3 ancianos (7.5%) dijeron no padecer alguna enfermedad. Ver tabla 10.

11.- Veintiocho pacientes (70%) indicaron que no realizan algún deporte y 12 (30%) practican la caminata. Ver tabla 11.

Respecto al área Psicológica:

12.- Veinte ancianos (50%) aceptan sentirse viejos, mientras que los otros 20 no (50%) Ver tabla 12.

13.- Dieciocho pacientes (45%) opinaron que se es viejo entre los ochenta y noventa años de edad; 10 (25%), opinaron que esto ocurre entre los 71-80 años; nueve (22.5%) a partir de los 91 años y tres (7.5%) entre los 60 y los 70 años. Ver tabla 3.

14.- Treinta ancianos (75%) dijeron que su familia si les da el lugar que se merecen y 10 (25%) opinaron que no son tomados en cuenta. Ver tabla 14.

15.- Los estados depresivos son frecuentes en 22 ancianos (55%), mientras que 18 (45%) dicen que casi nunca presentan problemas. Ver tabla 15.

16.- Con respecto a su edad, 18 pacientes (45%) dijeron sentir la edad que representan, mientras que un número igual, (45%) mostró pesimismo, refiriendo sentirse más viejos y 4 (10%) pacientes mostraron optimismo al comparar su edad psicológica con la cronológica. Ver tabla 16.

17.- Cuando presentan depresión, 20 ancianos (50%) prefieren tener necesidad de acudir al servicio médico para ser escuchado, el otro porcentaje no solicita servicio médico por no requerirlo. Ver tabla 17.

18.- En cuanto al tipo de trabajo que realizan las mujeres, 11, (27.5%) no desean otro tipo de trabajo, y están satisfechas en ser amas de casa. 10 pacientes (25%) mencionaron que aspiraban a realizar actividades artesanales y poder vivir de ello; 9 ancianos (22.5%) desearían ser instructores de labores manuales. 6 (15%) dedicarse al comercio; y 4 (10%) dedicarse a las actividades de limpieza de oficina. Ver tabla 18.

19.- Veintiseis ancianos (65%) opinan que la sociedad de Tekak no reconoce a los ancianos como parte de la misma y con necesidades. 10 (25%) opinan lo contrario. 4 (10%) dijeron no saber. Ver tabla 19.

20.- Según su opinión personal sobre conseguir empleo, 32 pacientes (80%) consideran que en Tekax no existen oportunidades; y 8 pacientes (20%) opinan que no es difícil conseguir trabajo. Ver, tabla 20.

21.- Con respecto a si les gusta el trabajo que realizan, 37 ancianos (92.5%) señalaron que si y 3 ancianos (7.5%) indicaron que no, porque era agotador (campesinos). Ver, tabla 21.

Respecto al área social:

22.- Treinta y tres encuestados (82.5%) consideraron que no son necesarios en el seno familiar y 7 ancianos (17.5%) se sienten relegados por sus familias. Ver tabla 22.

23.- Respecto a la idea de pertenecer a grupos organizados de la tercera edad 34 ancianos (85%) acogió con gusto la sugerencia de integrarse, y solamente seis (15%) se sintieron “demasiado viejos” para eso. Ver Tabla 23.

TABLAS

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA
UMF DE TEKAX, YUC.
TABLAS Y GRÁFICAS.-

TABLA 1.- TAMAÑO DE LA MUESTRA Y SEXO

SEXO	FRECUENCIA	%
HOMBRES	12	30
MUJERES	28	70
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA
UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 2.- PORCENTAJE EN CUANTO A LA EDAD DE LOS
ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

RANGOS DE EDAD	FRECUENCIA	%
60-70	17	42.5
71-80	13	32.5
81-90	7	17.5
91 O MAS	3	7.5
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 3.- ESTADO CIVIL DE LOS ANCIANOS

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADO	13	32.5
SOLTERO	5	12.5
VIUDO	17	42.5
UNIÓN LIBRE	5	12.5
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 4.- ESCOLARIDAD DE LOS ANCIANOS

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
ANALFABETA	6	15
PRIMARIA INCOMPLETA	11	27.5
PRIMARIA COMPLETA	8	20
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	15
SECUNDARIA COMPLETA	9	22.5
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 5.- OCUPACIÓN DE LOS ANCIANOS

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
AMA DE CASA	16	40
AMA DE CASA Y NIÑERA	9	22.5
CAMPESINO	3	7.5
COMERCIANTE	4	10
JUBILADO	8	20
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 6.- CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO BIOLÓGICO
¿CREE USTED QUE LOS ANCIANOS SIEMPRE PADECEN ALGUNA ENFERMEDAD?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
VERDADERO	18	45
FALSO	19	47.5
NO SE	3	7.5
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 7.- CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO BIOLÓGICO.
¿LA ALIMENTACIÓN DEL ANCIANO DEBE SER ESPECIAL?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
VERDADERO	30	75
FALSO	10	25
NO SE	0	0
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 8.- CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO BIOLÓGICO
TOMA USTED ALGÚN MEDICAMENTO ACTUALMENTE

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	40	100
NO	0	0
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA
UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 9.- VIDA ACTIVA
CON QUÉ FRECUENCIA ACUDE AL MÉDICO.

PREGUNTAS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	6	15
OCASIONAL	27	67.5
CASI NUNCA	7	17.5
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA
UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 10.- VIDA ACTIVA
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR ALGÚN
MÉDICO.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	37	92.5
NO	3	7.5
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA
UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 11.- VIDA ACTIVA
REALIZA ALGÚN TIPO DE DEPORTE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	12	30
NO	28	70
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA
UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 12.- CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO PSICOLÓGICO
¿SE SIENTE USTED VIEJO (A)?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	20	50
NO	20	50
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE
LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 13.- CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO PSICOLÓGICO
A QUE EDAD CONSIDERA USTED QUE YA SE ES VIEJO O VIEJA.

PREGUNTAS	FRECUENCIA	%
60 O MENOS	1	2.5
61-70	2	5
71-80	10	25
81-90	18	45
91 O MÁS	9	22.5
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE
LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 14.- CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO PSICOLÓGICO
SU FAMILIA LE DA EL LUGAR QUE SE MERECE

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	30	75
NO	10	25
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 15.- ESTADO EMOCIONAL SE SIENTE DEPRIMIDO CON FRECUENCIA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	22	55
NO	18	45
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 16.- ESTADO EMOCIONAL CON RESPECTO A SU EDAD, COMO SE SIENTE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
IGUAL	18	45
MAS JOVEN	4	10
MAS VIEJA	18	45
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 17.- ESTADO EMOCIONAL REQUIERE DE APOYO MÉDICO CUANDO SE SIENTE DEPRIMIDO.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	20	50
NO	20	50
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 18.- CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO SOCIO-LABORAL QUÉ OTRO TIPO DE TRABAJO LE GUSTARÍA REALIZAR.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
AMA DE CASA	11	27.5
ARTESANÍAS	10	25
COMERCIANTE	6	15
INSTRUCTORA DE LABORES	9	22.5
INTENDENCIA	4	10

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

**TABLA 19.- CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO SOCIO-LABORAL.
LA SOCIEDAD DE TEKAX RECONOCE QUE LOS ANCIANOS SON PARTE DE LA MISMA, CON SUS NECESIDADES PROPIAS.**

REPUESTAS	FRECUENCIA	%
SI	10	25
NO	26	65
NO SE	4	10
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

**TABLA 20.- CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO SOCIO-LABORAL.
LA SOCIEDAD DE TEKAX BRINDA OPORTUNIDADES DE TRABAJO A LOS ANCIANOS.**

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	8	20
NO	32	80
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 21.- FUNCIONAMIENTO A NIVEL FAMILIAR Y COMUNITARIO.

EL TIPO DE TRABAJO QUE UD. REALIZA ¿LE GUSTA?.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	37	92.5
NO	3	7.5
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 22.- FUNCIONAMIENTO INTEGRAL A NIVEL FAMILIAR Y COMUNITARIO.

SE CONSIDERA NECESARIO EN EL SENO FAMILIAR.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	33	82.5
NO	7	17.5
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

CONCEPTO DE VEJEZ QUE TIENEN LOS PACIENTES ANCIANOS DE LA
UMF DE TEKAX, YUC.

TABLA 23.- FUNCIONAMIENTO INTEGRAL A NIVEL FAMILIAR Y
COMUNITARIO.

LE GUSTARÍA PERTENECER A GRUPOS ORGANIZADOS DE LA 3A.
EDAD.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	34	85
NO	6	15
TOTAL	40	100

FUENTE: ENCUESTA

DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Con relación al aspecto biológico, la teoría menciona que el anciano sufre un deterioro paulatino generalizado que merma sus funciones, condiciona la aparición de enfermedades degenerativas y lo puede volver dependiente de la ingesta constante de medicamentos y por lo tanto de aumentar sus visitas a los servicios de salud.

Los datos obtenidos en mi investigación infieren que el mayor porcentaje de ancianos (47.5%) no acepta que padece alguna enfermedad pero si ingiere medicamentos constantemente. Aunque solo un 15% declaró acudir asiduamente al servicio, más del 90% de la muestra refiere alguna enfermedad diagnosticada que es potenciada por el sedentarismo de nuestros ancianos.

Las enfermedades que predominan son las crónico- degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, artritis reumatoidea y otras como gastritis, eventos vasculares cerebrales e infarto agudo al miocardio. Los resultados de este trabajo corroboran lo establecido por varios autores como Nicola, que menciona que las enfermedades pueden ser consecuencia inmediata, directa, del conjunto de alteraciones morfológicas y funcionales que aparecen durante el envejecimiento, incluso en condiciones normales.

En cuanto al aspecto psicológico, hemos visto en la teoría, que generalmente las personas de la tercera edad tienen resistencia a reconocerse ancianos. Francis Galton mencionaba que el anciano responde más lentamente que el joven y por otro lado tiende a caer en depresión con más facilidad por el duelo psicológico.

En los datos obtenidos en esta investigación se observa que hay un reconocimiento de la edad, y en sentirse más viejo.

El anciano de nuestra investigación afirma presentar estados depresivos con frecuencia, pero esto no es condicionante para acudir al médico.

Con respecto al status familiar del anciano y su asistencia al servicio médico, vemos que mientras menos reconocimiento tienen por parte de su familia, más apoyo médico necesita. La historia señala que el anciano ha sido altamente apreciado en algunas sociedades, actualmente algunos autores como Icochea mencionan que el anciano es despreciado cuando disminuye su capacidad productiva y relegado a un plan inferior.

El resultado de esta investigación es coincidente con el segundo planteamiento, ya que los ancianos derechohabientes de la UMF de Tekax no encuentran un lugar para producir en la sociedad y por lo tanto es subvaluado. En cuanto a su status familiar, son bien vistos en un alto porcentaje y en relación al mismo status y su asistencia al servicio médico, vemos que mientras menos reconocimiento tienen por parte de su familia, más apoyo médico necesitan.

Cabe mencionar que el tamaño de la muestra de esta investigación es muy pequeña y los aspectos que se abarcan son muy limitados dentro del contexto de la vejez, por lo que para que los resultados sean confiables tendrá que ampliarse el tamaño de la misma y los aspectos abordados.

El mejoramiento del nivel de vida, los programas de salud e higiene y el progreso de la medicina están invirtiendo la pirámide de población, de modo que en un futuro no lejano habrá más personas de edad avanzada que requerirán atención

médica y social; de ahí la necesidad de preparar a la sociedad y a los jóvenes de ahora para llegar lo menos enfermos posibles a esa etapa de la vida.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se logró describir los distintos conceptos que sobre vejez tienen los pacientes ancianos que son atendidos en la U.M.F. del ISSSTE de Tekax, Yucatán, basando este hecho en la muestra estudiada y habiendo sido el tema del problema planteado en la investigación.

Así mismo, los objetivos específicos de tratar de escudriñar la percepción de la vejez en las esferas biológica, psicológica y social fueron alcanzados, pues con la exposición de la manera en que estos ancianos conciben su vejez nos pudo dar una idea de cómo intentar al menos en acciones posteriores mejorar sus condiciones de vida teniendo como base sus valores actuales en relación a su vejez.

Se pudo concluir que el concepto de vejez no implica que los ancianos cursen necesariamente con alguna enfermedad; aunque la depresión, si fue un motivo importante de consulta que tuvo como origen la soledad causada por la viudez, soltería, fueron la falta de apoyo o aceptación familiar los motivos diversos de consulta como parte de una somatización de las alteraciones del estado de ánimo. Estos datos por lo tanto, son muy importantes para el médico de primer contacto ya que si él conoce a sus pacientes ancianos a profundidad, podrá prestar un servicio más eficiente en el contexto de la Medicina Familiar.

Por otro lado en relación a su inserción social se concluye que el buen trato familiar hacia los ancianos, es necesario para su integración en la dinámica de la familia para ocupar el rol correspondiente, por lo que es básico promover los lazos de unión entre los integrantes, con tal de no dejar en el abandono a los que en su momento fueron los pilares del sostén familiar y desde este punto de vista el papel del médico familiar deberá ser de suma importancia.

Es menester señalar, que aún cuando tienen aceptación en la familia el anciano no será una persona satisfecha si no se siente útil tanto en la familia como en la comunidad, motivo por el cual el Estado deberá crear alternativas para integrarlos al sector productivo evitando así su dependencia económica y ser considerado como consecuencia una carga.

La etapa crítica de aceptación de la vejez con el consiguiente paso que es la muerte es alrededor de los setenta años de edad, lo que debe dar pie a una mayor atención en la educación de las familias para hacer notar la importancia del valor del anciano en nuestra sociedad.

Área Biológica.-

El porcentaje de ancianos que consideran que deben padecer una enfermedad es de 47.5%.

La frecuencia en que los ancianos acuden al médico es de 15%.

El porcentaje de ancianos que mencionan que la alimentación debe ser especial es de 75%.

Área Psicológica.-

La frecuencia con que los ancianos dicen sentirse deprimidos según su edad es de 55%.

La frecuencia en que los ancianos dicen sentirse viejos según su edad es de 45% entre los 81-90 años.

La frecuencia en que se sienten relegados por la familia es del 25%.

Área Social.-

La frecuencia con la que los ancianos dicen considerarse necesarios en el seno familiar según su ocupación es de 82.5%.

El porcentaje de ancianos que hacen el trabajo que les gusta según su escolaridad es de 92.5%.

El porcentaje de ancianos a los que les gustaría pertenecer a grupos organizados de la tercera edad es de 85%.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- NICOLA, P. Geriatria. Ed. Manual moderno; 1989; pp. 1-56
- 2.- DE BEUVOIR, S. La vejez. Edit. Hermes; 1988; pp. 1-45
- 3.- ICOCHEA A. "Creación del Sistema de atención gerontológica integral para el personal de la 3a. edad perteneciente a la fuerza armada y fuerzas policiales". Revista de la sanidad de las fuerzas policiales. Vol 44; # 1; Perú, 1983. pp. 81-86.
- 4.- DEVORE, P. "Prevalence of olfactory dysfunction, hearing deficit, and cognitive dysfunction among elderly patients in a suburban family practice". South-Med-J. Vol.85, No.9, 1992, pp.894-896., Georgetown, University School of Medicine, Washington, D.C. United of States.
- 5.- KLIGMAN, E, "Office evaluation of sexual function and compliants". Clin-Geriart-Med. Vol; No.1, 1991, pp. 5-393. Department of family and community medicine, University of Arizona College. Unite of States.
- 6.- "Senectud" Apuntes tomados de la Especialidad de Medicina Familiar. ISSSTE.
- 7.- MARANTZ, Hening R. "The myth of senelity". Salud mental Vol.113, No.1, 1990. Washington D.C. Unites of States.
- 8.- DEPTULA, D. "Aging, emocional states and memory". Salud mental Vol.16, No.4, Año: 16, 1993. Washington D.C. Unites of States.
- 9.- MUPHY, E. "Social origins of depression in old age" Brit J. Psychiat. Vol. 141, 1982, pp. 135-142. United of States.
- 10.- GILLES, L S. "Disphoria in the elderly". Sa medical Journal. Vol. 62, 1982. pp. 410-413.. United of States.
- 11.- MARIATEGUI, Javier. "Desórdenes afectivos en la senescencia y en la senectud". Acta psiquiátrica y psicológica de América latina. Vol. 28, No. 4, pp. 271-280. Lima Perú.
- 12.- A.G. Omar. "Percepción de la vejez en diferentes estratos cronológicos". Revista latinoamericana de psicología. Vol. 19, No. 2, Argentina. 1987. pp. 147-158.

- 13.- BABB, S. "El asistente gerontológico y la familia ante alteraciones de la memoria del viejo". Revista Mexicana de geriatría y gerontología, Vol. 1, No. 4, México, 1989, pp. 123-126.
- 14.- SALOMÓN, R. "Successful again: How to help your patients cope with change". Geriatrics Vol. 49, No. 4, 1994, pp. 41-47. Hunter/Mount Sinai. Geriatric education Center, Newyork. United of States.
- 15.- BIRREN, J. "Aging and slowing of behavoir: consequences for cognition and suvival". Nebr-Symp-Motiv. Vol. 39, 1991, pp. 1-37. United of States.
- 16.- SCHMID, A. "The deficiency model: an exploration of current approaches to late-life disorders". Psychiatry. Vol. 54, No. 4, 1991, pp. 358-367. Geriatric Services, Butler Hopital, Providence, United of States.
- 17.- NICHOLAS, Coni. Geriatría. Ed. Manual moderno; 1990; pp. 14-51. México.
- 18.- MC. INTOSH, W et al. "Life Events, social support, and. inmune response in elderly individuals". Int-J-Aging-Hum-Dev. Vol. 37, No. 1, pp. 23-36. Departmen of Sociology, Texas a&m University, Collage Station. United of States.
- 19.- ISHOANNI, M. "Coping with institutional life at the old people therapeutic community". Psychiatry. Vol. 53, No. 2, 1990, pp. 148-57. United of States.
- 20.- LITVK, Jorge. "El envejecimiento de la población: un desafio que va más allá del año 2000". Bol of Sanit Panam. Vol. 109, No. 1, 1990, p. 1-5. Panamá.
- 21.- "hacia el bienestar de los ancianos". Boletín de la oficina sanitaria panamericana. Vol. 101, No. 2, 1986, pp. 186-185. Washington D.C.
- 22.- "La atención a los ancianos". Boletín de la oficina sanitaria panamericana. Vol.102, No.1; 1987, pp. 106-110. Washington D.C.
- 23.- Le Goff, Jacques "Pensar la historia". Ed. Paidos. 1991.

ANEXO

ENCUESTA PARA LOS ANCIANOS DE LA UMF DE TEKAX

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN.-

1.1.- NOMBRE.-

1.2.- EDAD.-

1.3.- SEXO.-

1.4.- ESTADO CIVIL.- CASADO__ SOLTERO__ VIUDO__ OTRO__

1.5.- ESCOLARIDAD.- ANALFABETA__ PRIMARIA COMPLETA__
PRIMARIA INCOMPLETA__ SECUNDARIA COMPLETA__ SECUNDARIA
INCOMPLETA__

1.6.- OCUPACIÓN HABITUAL _____

I. CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO BIOLÓGICO.

1.- ¿CREE UD. QUE LOS ANCIANOS SIEMPRE PADECEN ALGUNA
ENFERMEDAD?

VERDADERO

FALSO

NO SE

2.- ¿LA ALIMENTACIÓN DEL ANCIANO DEBE SER ESPECIAL?

VERDADERO

FALSO

NO SE

3.- ¿TOMA UD. ALGÚN MEDICAMENTO ACTUALMENTE?

SI

NO

CUAL?: _____

4.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA ACUDE AL MÉDICO?

SIEMPRE

OCASIONAL

CASI NUNCA PORQUÉ? _____

5.- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR ALGÚN
MÉDICO?

SI

NO

CUAL?: _____

6.- ¿REALIZA ALGÚN TIPO DE DEPORTE?

SI

NO

II. CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO PSICOLÓGICO

7.- ¿SE SIENTE UD. VIEJO(A)?

SI

NO

¿PORQUÉ? _____

8.- ¿A QUE EDAD CONSIDERA QUE YA SE ES VIEJO(A)?
60 O MENOS 61-70 71-80 81-90 90 O MÁS.

9.- ¿SU FAMILIA LE DA EL LUGAR QUE MERECE?
SI NO ¿PORQUÉ? _____

10.- ¿SE SIENTE DEPRIMIDO CON FRECUENCIA?
SI NO ¿PORQUÉ? _____

11.- ¿CON RESPECTO A SU EDAD CÓMO SE SIENTE?
IGUAL MÁS JOVEN MÁS VIEJO

12.- ¿REQUIERE DE APOYO MÉDICO CUANDO SE SIENTE DEPRIMIDO?
SI NO ¿PORQUÉ? _____

III. CONCEPTO RELATIVO AL ASPECTO SOCIOLABORAL

13.- ¿QUE OTRO TIPO DE TRABAJO LE GUSTARÍA
REALIZAR? _____

14.- ¿LA SOCIEDAD DE TEKAX, RECONOCE QUE LOS ANCIANOS SON
PARTE DE LA MISMA, CON SUS NECESIDADES PROPIAS?
SI NO NO SE ¿PORQUÉ? _____

15.- ¿LA SOCIEDAD DE TEKAX BRINDA OPORTUNIDADES DE TRABAJO A
LOS ANCIANOS?
SI NO ¿PORQUÉ? _____

16.- ¿EL TIPO DE TRABAJO QUE UD. HACE LE GUSTA?
SI NO ¿PORQUÉ? _____

17.- ¿SE CONSIDERA NECESARIO EN EL SENO FAMILIAR?
SI NO ¿PORQUÉ? _____

18.- ¿LE GUSTARÍA PERTENECER A GRUPOS ORGANIZADOS DE LA 3a.
EDAD?
SI NO ¿PORQUÉ? _____