

11226
Zej
78



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
I. M. S. S.

TITULO: SENILIDAD, ESTUDIO DE SUS
PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES.

Revisión de 2157 expedientes, en el consultorio No. 7 de la
Unidad Médico Familiar No. 1 del Seguro Social en la Ciudad
de Puebla.

TESIS DE POSTGRADO

Presenta para obtener Diploma de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. JAVIER DAZA BUENDIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1984



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 ;

PAG.	
1	INTRODUCCION.
2	GENERALIDADES.
14	MATERIAL Y METODOS.
15	RESULTADOS.
26	DISCUSION.
27	CONCLUSIONES.

Viejo es el que tiene atrofia del
porvenir; es aquel individuo que
considera que por delante no hay nada y
que todo tiempo pasado fue mejor.

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

La intención de este trabajo, es el de estudiar a una población determinada, detectar a todas aquellas personas catalogadas como seniles, - observar sus padecimientos mas frecuentes en base a los diagnósticos elaborados y registrados en sus expedientes en un lapso de 12 meses, situados entre el mes de Enero de 1983 y Enero de 1984, a nivel de la consulta de Medicina Familiar; así mismo, ver el porcentaje de pacientes seniles en relación al resto de esa población; observar el número de consultas que generaron en ese lapso, los aparatos y sistemas mas afectados; - ver la tendencia de ciertas enfermedades a afectar a determinado sexo de estos pacientes o a determinado grupo de edad en los que se dividió, para tal fin, a esta población.

Este grupo de personas reunió ciertas características favorables para este estudio, como son: diversidad de estrato socioeconómico y cultural, multiplicidad de ocupaciones, credos y aún características étnicas.

Para hacer mas objetivos los resultados, se demuestran los mismos en una serie de cuadros y gráficas ilustrativos.

Se tocan a la vez, una serie de puntos no solo interesantes sino de una importancia vital para el estudio de la Senilidad, desde antecedentes históricos hasta aspectos demográficos, pasando por las alteraciones fisiológicas de la vejez, las repercusiones familiares y sociales, jubilación y otros mas, todo ello con una finalidad, despertar el interés - que amerita todo anciano como persona, como miembro de una familia, de una sociedad, de un país, como un enfermo que en nada difiere de otros - en lo relacionado a la atención necesaria para sus afecciones; que el anciano sano y el enfermo necesitan de nuestros conocimientos y práctica - como médicos y de nuestro trato como seres humanos.

Nuestro deber, saber mas sobre ellos, luchar y trabajar porque este núcleo de población al que tarde o temprano llegaremos, tenga los servicios adecuados a sus necesidades, que obtenga prestaciones acordes a sus necesidades, sacarlos del olvido mediante programas intencionados de actividades ya sean de rehabilitación, higiene, profilaxis y terapia .

Por último, no aliviar que la experiencia acumulada en los ancianos, es un recurso que aún no aprendemos a aprovechar.

GENERALIDADES:

Muchas de nuestras decisiones, actividades, derechos y obligaciones. están basadas en consideraciones relacionadas a nuestra edad. Demasiado viejo para este trabajo No se aceptan a mayores de 40, Muy grande para este puesto, son algunas de las frases con las que son recibidas las personas que sobrepasan cierta edad, quedando la persona en desventaja ante la sociedad y con su propia autoestima. ¿ A qué edad se es viejo? No es la edad cronológica un indicador con fiable para determinar los cambios que ocurren en nuestro cuerpo, ya sean facultades o limitaciones. Es la edad funcional la que nos determina la edad real (3). La edad funcional nos resume el comportamiento biológico, psicológico y social y estos pueden estar o no determinados en mayor o menor grado en forma independiente. Es obvio que no se pueden fijar fechas de iniciación de la senilidad, en virtud de que pueden haber casos precoces que se registran antes de los sesenta años y en cambio, hay viejos o ancianos que mueren en plenitud de sus facultades (5,7,13).

Como antes ya se expuso, es difícil determinar con una cifra la edad a partir de la cual se le cataloga a una persona, sin embargo, - la mayoría de los autores consideran, para fines prácticos, a los 60-años como la edad a partir de la cual coinciden toda una serie de alteraciones en los diferentes aparatos y sistemas de la economía determinantes del proceso del envejecimiento, al cual LANSING lo define como una serie de alteraciones progresivas y desfavorables, corriente mente en relación con el paso del tiempo y que se hace aparente después de la madurez, terminando invariablemente con la muerte de la persona.

De muy diversas maneras se ha dividido en etapas la vida del hombre en cuanto a su edad. Se acepta considerar 3 lapsos, a los cuales se les denominan Primera, Segunda y Tercera Edades.

La primera Edad comprende la infancia, la adolescencia, la pubertad y la juventud o adultez joven y termina cuando la persona cumple los 30 años.

La segunda Edad es la de la Adultez madura, que se caracteriza por ser la época de la vida con mayor creatividad, de mayor dedicación

al trabajo, de grandes e importantes responsabilidades sociales, familiares, profesionales. Es también el tiempo de la vida en que la persona puede llegar con las mejores armas y mejores condiciones para vivir una vejez feliz digna y libre, mientras lo permitan su salud física y sus facultades mentales. Esta etapa termina a los 60 años.

La Tercera Edad, en términos generales, se acepta que inicia después de los 60 años de edad, en donde se empiezan a hacer mas notorios los datos de involución. Es en esta etapa en donde la persona deberá reflexionar no solamente de que van agregando años a sus vidas, sino de que es mas importante qué hacer para agregarle mas vida a sus años.

En la tercera Edad, se va haciendo evidente un deterioro parcial o general, progresivo, casi siempre irreversible de las funciones de los órganos y sistemas del cuerpo humano. Esto implica la patología que tiene particularidades en cada persona, con repercusión paulatina en esferas vitales. Todas estas alteraciones varían en grado, en amplitud, en tiempo y en profundidad. Una descripción en general de la vejez es válida, con la salvedad anticipada de que aún cuando cada viejo tenga mas de sesenta años, todos adolecen de una vejez con sumamente personales matices y se diferencian claramente de otros, tanto — desde el punto de vista intelectual, psicológico y social, como conductual, higiénico personal, afectivo y sobre todo desde el punto de vista de su actitud frente a la vida y el desempeño positivo o negativo de sus actividades (5,13,15,16).

Algunos autores consideran una Cuarta Edad, en la que cabrían — los mayores de 90 años.

A S P E C T O S H I S T O R I C O S :

Según la leyenda sumeria, el Dios-rey Larke vivió 28 800 años, — superando totalmente a Matusalén, personaje bíblico que vivió 969 largos años. A continuación sigue Noé, con 950 años, mientras que Abraham era relativamente joven cuando engendró a Isaac, teniendo él 100 años y su esposa Sara 90 años. Estos casos, atestiguados por la Biblia, escapan de nuestro control por estar sujetos a tradiciones y leyendas y por lo tanto, de difícil comprobación.

Sin embargo, en tiempos mas recientes, en Inglaterra se dió el caso —

de mas ilustre vejez con Thomas Parr, del que se cre murió a los 152-años (sin comprobar), aunque William Harvey describió la causa de la muerte, debido al viciado aire londinense. Otros casos de longevidad no comprobada son los del Noruego Christian Drakenberg con 145 años y el del chino Li Chung-Yu con 256 años. Los casos auténticos de longevidad registrados en el Guinness Book of World Records, incluyen el de un zapatero francocanadiense llamado Pierre Joubert con 113 años y — 124 días y el del Norteamericano John B. Sailing que murió en 1959 a la edad de 113 años y un día.

M I T O Y R E A L I D A D :

Las ansias del hombre por encontrar un medio que le hiciera recuperar la juventud y vitalidad perdidas con el paso de los años, lo han obligado a recurrir a un sinnúmero de prácticas que van desde la ingesta de pocimas mágicas y brebajes, hasta procedimientos quirúrgicos. En la Mitología griega, Medea, experta en magia y brujería, al rey Aesón devolvió el vigor, desangrándolo hasta dejarle seco y volviendo a llenar su sistema circulatorio con una mezcla de leche, vino sangre de carnero negro y con un hígado de ciervo. Los romanos ingerían grandes cantidades de ajo y de satirión, un extracto de glándula masculina, que fué el favorito de Nerón y Calígula y de la sexualmente insaciable Mesalina.

Ya en la época actual, hombres de reconocido prestigio científico internacional, también han tenido inquietud por ganarle al tiempo. Por ejemplo, el Fisiólogo Charles Brown -Séguard, uno de los fundadores de la organoterapia y Endocrinología en el siglo XIX, a los 72 años de edad, se inyectó un extracto de tejido testicular de perro, — asegurando que aumentaba su resistencia y potencia muscular; sus últimos 5 años de vida los dedicó a experimentar con jugos testiculares.

En 1920 el cirujano austriaco Eugenio Steinach afirmó que la ligadura bilateral de los conductos deferentes, hacía que los testículos produjeran mas hormonas, aumentando la libido e incrementando el vigor corporal como consecuencia de la vasodilatación de la circulación del cerebro. En Suiza, el Dr. Paul Niehans lanzó su terapia celular, — con la que decía haber restaurado la fuerza a personajes tales como :

el Papa Pío XII, Winston Churchill y otros. El método consistía en inyectar células maceradas de feto de oveja, órgano por órgano, según la localización de la enfermedad o disfunción. En Rumania, la Dra. Anna Aslan, del Instituto de Geriatria de Bucarest aplica inyecciones de — Procaina, con el fin de mejorar la memoria, la fuerza muscular y la — textura de la piel. El Dr. Linus Pauling, dos veces ganador del premio Nobel, asegura que la ingesta adecuada de distintas vitaminas así como de sustancias nutritivas, la eliminación del tabaco y restringir el azúcar en la dieta, puede alargar la vida en promedio 16 a 24 años. Otros rejuvenecedores populares son el Calcio, para contrarrestar el — desequilibrio del metabolismo cálcico, la jalea de abeja, que contiene ácido pantoténico o inositol y el oxígeno hiperbárico, administrándolo a una presión 2 veces y media mas de la presión normal durante 90', 2 veces al día, durante 15 días.

A S P E C T O S B I O L Ó G I C O S :

El envejecimiento es un proceso que se encuentra ligado de manera absolutamente indisoluble al ciclo al ciclo vital de todo ser viviente

En su ciclo biológico, todos los seres vivos atraviesan por — etapas evolutivas e involutivas y el proceso de envejecimiento está in — volucrado en estas últimas. El problema del envejecimiento se está es — tudiando actualmente a través de las disciplinas de la Bioquímica, Ge — nética, Inmunología, Microbiología, Neurofisiología y Endocrinología.

Cada una de estas ramas, ha expuesto una o varias teorías en rela — ción al proceso de envejecimiento. En la actualidad, las mas acerta — das son las que plantean en probables fenómenos de mutaciones somáti — cas, y las investigaciones están encaminadas a encontrar alteraciones — constantes, o por lo menos frecuentes en el anciano. Entre las teorías con mayores probabilidades de certeza hay que mencionar la de H. Von — Hahn, quién sostiene que el asiento de las mutaciones está en el DNA, — cuyos cambios se deben a mutaciones somáticas que podrían ponerse en — evidencia a traves de cambios en su composición física y química.

Powell y Levín, por su parte, también afirman que el devenir de — los años se producen alteraciones morfológicas en las células, tales — como irregularidades de los núcleos que modifican su tamaño y propieda — des tintoriales, vacuolización de las mitocondrias y acumulación de li — pofuscina en el hígado, corazón y sistema nervioso.

EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO :

La investigación sobre el envejecimiento se centra en tres áreas principales: los procesos responsables de la declinación progresiva tanto en la estructura como en el funcionamiento del adulto; como se diferencia el estado senil del de la enfermedad; de que manera la pérdida progresiva de la estructura y la función se hace incompatible con la continuación de la vida, conduciendo a la muerte. Otros problemas paralelos sobre la vida celular, la nutrición, la herencia genética y el medio ambiente. En la actualidad, numerosas Universidades del mundo y además Institutos, llevan a cabo trabajos de investigación al respecto

El papel de la herencia como factor importante en el envejecimiento de las personas, es un hecho avalado por estudios estadísticos. Se lo ha determinado investigando la duración de la vida de los padres y abuelos de los longevos, e inversamente, valorando la duración de la vida en los descendientes de los longevos.. En estudios efectuados en familias suecas y danesas, se comprobó que la longevidad media (esperanza de vida al nacer) era mayor en tanto la duración de la vida de la madre era mas prolongada, siendo menos evidente la longevidad del padre como factor de influencia. En 1940, Vogtt analizó 19 pares de gemelos univitelinos de edades entre 51 y 81 años, encontrando que los signos de senescencia aparecen al mismo tiempo y con una similitud llamativa en ambos integrantes del par.

FISIOLOGIA D E L ENVEJECIMIENTO :

La fisiología del envejecimiento ha abierto un inmenso campo de estudio que abarca el organismo en su conjunto y cada órgano o sistema particular por separado. Se requieren datos sobre las disminuciones en la altura y el peso corporal, los cambios en la cantidad y distribución de los componentes orgánicos, como la grasa, el músculo, el hueso y el agua, los cambios en la velocidad, potencia y posibilidades del movimiento, las funciones sensoriales y neurológicas, los índices de las funciones cronológicas y fisiológicas, la acomodación visual y auditiva, encanecimiento del cabello y la elasticidad cutánea. Todos estos factores están en estudio, aplicándose sus resultados, en el diseño de comodidades para las personas de edad, consiguiendo de esta manera una vida mas larga y una vejez mas agradable.

Las alteraciones fisiológicas básicas del envejecimiento, se conocen desde los tiempos de los filósofos griegos y están bien descritas por Shakespeare en las Siete Edades del Hombre. Sin embargo, la investigación científica sobre los cambios fisiológicos, constituye una disciplina relativamente reciente.

Con el envejecer se producen cambios patológicos en el organismo. Las modificaciones son en esencia universales y decrecientes, e inherentes a la estructura y función del organismo senil. El anciano manifiesta una capacidad limitada, progresiva, para responder al Stress y una acumulación de procesos patológicos específicos (1,11,13,16). Ambos factores provocan un incremento logarítmico de la probabilidad de muerte. Existe una pérdida gradual de células en los órganos y tejidos, calculada en un 30% pero la pérdida de la masa celular es menor porque las células restantes se hipertrofian. La disminución de las células metabólicamente activas, es paralela a la disminución de las proteínas corporales y al agua intracelular. El agua extracelular y el volumen plasmático permanecen constantes, y a la masa celular reducida se le reemplaza por grasa.

Se han comprobado los siguientes hechos relacionados con los cambios patológicos del envejecimiento; a) en general, hay una disminución basal en el consumo de oxígeno, debido a la reducción del número de células funcionales y a que la actividad metabólica de las células residuales es normal. En algunos órganos es probable que el menor consumo de oxígeno se deba a una disminución de la reserva funcional; b) las exigencias circulatorias se encuentran disminuidas, además de la disminución de la fijación del oxígeno. La menor perfusión regional, puede obedecer a la disminución de la masa celular y de la demanda nutricional; c) otros sistemas muestran una mayor eficacia funcional a pesar de mantenerse intactos, como ocurre con el retardo del tiempo de conducción neuronal; d) los sistemas fisiológicos como acomodación del cristalino (que se pierde totalmente después de la quinta década) y la ovulación (que no existe después del climaterio), representan una pérdida funcional absoluta y, e) puede haber un incremento de algunas funciones, como la producción de hormonas gonadotróficas durante el climaterio.(17,20,23).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PROLONGACION DE LA VEJEZ :

En la actualidad se acepta que la prolongación de la vida dentro de los límites biológicos, depende mucho mas del ambiente en que se vive que de las posibles influencias hereditarias. Un factor importantísimo que influye en la longevidad, es el estado nutricional del individuo; la sobrealimentación y la desnutrición están relacionadas con enfermedades crónicas y muerte. La obesidad es el factor mas desfavorable en este sentido: realizar ejercicio físico, evitar el tabaco, vivir en un medio ambiente rural; la ingesta de bebidas alcohólicas con moderación reduce la tensión, mientras que ingerirlas en forma excesiva produce stress fisiológico. La relación entre senectud y zona geográfica, posiblemente sea debido a las actividades ocupacionales que ahí se realicen, que a las condiciones geográficas mismas. El matrimonio también es un factor influyente, pues las personas casadas tienen tasas de mortalidad mas bajas que los solteros, viudos o divorciados y esto es debido al carácter selectivo del matrimonio y al modo de vida distinto de las personas que viven solas(7,24).

Las mujeres en promedio, viven 8 años mas que los hombres, según un estudio realizado en los Estados Unidos en una población senil con edades entre 105 y 113 años. Esta diferencia se ha atribuido a factores genéticos, hormonales y sociales. La condición social de las personas y su estado económico también influye en la senilidad; la relación entre el nivel de vida, la mortalidad y las expectativas de vida tienen mas realce en el sentido de que los grupos de mejores condiciones económicas viven mas que los grupos desposeídos. Las personas con un carácter calmado y pasivo tienen mayores probabilidades de vivir mas tiempo que las personas de personalidad competitiva y agresiva. En contra de la opinión general de que las personas que alcanzan difíciles metas tienden a morir mas jóvenes como consecuencia del stress, en un estudio de control de 12 años con 6239 hombre (ejecutivos, profesionistas, empresarios), a igual edad, los hombres prominentes vivían mas tiempo que los hombres de la población general, superando a estos en un 30%; la explicación de esto, es el nivel socioeconómico y cultural, definitivamente en contra del stress. Entre otros factores de importancia secundaria, se encuentran las medidas que el propio individuo toma para eliminar o controlar los riesgos en que se encuentra viviendo a diario.

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS:

Desde el punto de vista Socioeconómico, a los ancianos se les considera como una carga, ya que sus frecuentes dolencias requieren atención médica y debido a su poca productividad, son considerados como un problema económico y social. Las imágenes física, psíquica y social de los viejos, son diversas en las diferentes culturas, teniendo rasgos comunes en algunos casos y en otros no solo son diferentes, sino opuestos y aún contradictorios. Físicamente se les considera poco aptos o ineptos para los trabajos pesados o bien inútiles para casi todo. El medio social y cultural es a su vez un generador de angustia para el senecto, porque no brinda los medios para aliviar la problemática, sino por el contrario, lo relega a un comportamiento de pasividad y receptividad, acentuando de esta manera los procesos de deterioro (3,5,7,20).

Socialmente, desde tiempos antiguos, el viejo por lo general ha sido relegado a último término por sus múltiples limitaciones; Cicerón los describía como morosos, turbulentos, mohinos y difíciles de complacer. Es un grupo de población que va en aumento paulatino, con una serie de necesidades apremiantes, que la misma sociedad deberá resolver. Económicamente (según el Dr. Carlos Aguerrebere), en México pueden observarse ancianos dentro de una de las siguientes categorías: a) anciano rico (banquero, industrial, comerciante), que tiene autoridad basada solo en su potencial económico, muy sobreprotegido y sin afecto en el fondo. b) anciano jubilado; con buena jubilación, vive en su hogar y todavía lo toman en cuenta por su aportación económica. c) jubilado con pensión raquítica que no cubre sus necesidades, teniendo que apoyarlo económicamente sus allegados, quienes desean su muerte. d) anciano indigente, que no tiene donde vivir y estorba en cualquier parte.

Del factor económico con que cuente el anciano, dependerá básicamente la atención y futuro del mismo. Desafortunadamente en nuestro medio las personas que cuentan con apoyo económico suficiente son las pocas y los padecimientos crónicos que arrastran los ancianos de la gran mayoría de la población ameritan una atención constante y especializada que obviamente requiere un desembolso monetario constante.

EL ANCIANO Y LA FAMILIA:

El individuo en la senectud confronta dos alternativas que limitan en cierta forma la última etapa de su existencia; por un lado, el anciano solo tiene pasado; por el otro, que no tiene futuro; en consecuencia se le priva de las cosas queridas por él: su casa, objetos, muebles por las que tiene apego. Cuando estas tendencias a permanecer junto a sus objetos son obstaculizadas por gente joven, el anciano se vuelve suspicaz, irritable y puede caer en estados depresivos, llegando a creer, por la incomprensión familiar, que solo esperan su muerte. Por eso el anciano se aísla, se queda solo, llegando al extremo de que la familia lo ignora y se ocupa de él solo para satisfacer sus más apremiantes necesidades, confinándolo a la soledad y esto a su vez provoca deterioro mental más rápidamente, por falta de estímulos. Esto no quiere decir que existan factores orgánicos determinantes que limiten la esperanza de vida a los senectos, pero se ha observado que cuando los ancianos viven en un ambiente cordial, en donde se les respeta por su edad y experiencia, se les toma en cuenta, se les quiere en forma auténtica y en donde se les escucha, el proceso involutivo de deterioro tarda más en presentarse(24).

Se ha demostrado que el paciente anciano, como cualquier otro paciente, o aún más, está sujeto y vive una serie de alteraciones, tanto de índole personal como familiar, si el anciano está enfermo, con un padecimiento incapacitante, crónico y que requiere atención constante, las actitudes de la familia pueden ser: 1) Irritación y mal humor hacia el enfermo inválido. 2) Miedo frente a síntomas inquietantes 3) Hipocondría en otros miembros de la familia sometidos a presión. 4) Sobreprotección y temores innecesarios. 5) Desprotección y olvido. 6) Miedo de contagio. Todo esto, en forma innegable, condiciona una amplia gama de alteraciones psicológicas, además de las orgánicas ya existentes en el anciano, creándose con esto un círculo del cual el paciente difícilmente logra salir.

Dos factores son importantes en la problemática familiar del anciano, el cultural que limita y hace que la familia se resista a relegar a sus padres ancianos a las casas de asistencia; el otro factor es el económico, ya comentado.

E S P E C T A T I V A S D E V I D A : A S P E C T O S D E M O G R A F I C O S .

La esperanza de vida al nacer, según los expertos, se acentuará en la mayoría de los países en desarrollo, tanto que para finales del presente siglo la expectativa de vida en nuestro país será en general para la población en promedio de 70 años, pues en la actualidad es de 65 años en promedio (1,7,11,20). El número de ancianos a nivel mundial va en incremento constante, como consecuencia de la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, fenómeno que se registra en forma especial en los países desarrollados, pero en los países en desarrollo como en México, el número relativo de ancianos y su porcentaje, no muestran un incremento significativo, debido a la alta tasa de natalidad que enmascara el aumento en el número absoluto y relativo de la población senil. Según los expertos, lo que realmente importa no es el porcentaje de viejos en una población, sino el número absoluto y relativo de la población en fase de envejecimiento. En nuestros países, en la actualidad, existen 4.5 millones de personas mayores de 60 años (3) y se calcula que para el año 2000, habrán 6.7 millones en total; por lo tanto, la planeación oportuna de servicios para los ancianos se convierte cada vez más en una necesidad ineludible. La dispersión de la población, las condiciones de las vías de comunicación, el nivel cultural, el poder adquisitivo promedio, los hábitos alimentarios, son características locales que limitan y modifican la esperanza de vida.

En México de 1922 a 1975 se ha duplicado la esperanza de vida al nacer de 32.6 a 64.6 años; así mismo, ha aumentado el ingreso per-cápita, han mejorado y se han incrementado los servicios asistenciales y ha mejorado el nivel de educación higiénica de la población, la nutrición y el saneamiento.

El índice de mortalidad en la senectud es distinto para ambos sexos; se estima que por cada 100 ancianos, hay 128 ancianas. Esta diferencia, al parecer no es debida a la llamada fragilidad masculina sino al aumento aparente de las presiones culturales y pragmáticas a que está sujeto, sobre todo el hombre de la ciudad (7).

JUBILACION Y MUERTE ;

Uno de los ejemplos del cambio de rol que experimentan los individuos y que al mismo tiempo ilustra el contenido social de la definición de envejecimiento, es el fenómeno de la jubilación. Los cambios que se experimentan pueden hacer que a una persona lo resulte más difícil seguir trabajando a medida que envejece, pero la respuesta individual a estos cambios es tan diversa que se considera incorrecto establecer una edad física para la jubilación. Además, como en el sentido económico operante existen numerosas y diferentes ocupaciones, - con distintas demandas físicas y mentales, esa edad no corresponde en forma uniforme a lo que se denomina "edad jubilatoria". Por otra parte no todos dejan de trabajar cuando adquieren el derecho de pago de jubilación, sino que continúan en actividad.

Un efecto directo de la jubilación es que afecta el modo de vida. La mujer, sigue desempeñando el papel que fué suyo durante toda la vida, ya que para una ama de casa no hay jubilación; en cambio, el hombre al retirarse del trabajo, pierde fácilmente el contacto con sus compañeros y se encuentra sin más amparo que el de la familia, donde es incapaz, en la mayoría de los casos, de rendir un servicio productivo; su dignidad sufre y su prestigio disminuye. La respuesta ante esta situación varía de un individuo a otro, según el tipo de trabajo que desempeñaba y según la personalidad y los intereses ajenos a la ocupación. Los jubilados mantienen relaciones de dependencia, probablemente por su situación física y psíquica hacia el núcleo familiar o hacia un miembro de ésta en especial.

El paso a la jubilación provoca stress en el individuo, cuando percibe que los demás no le consideran útil y capaz, agregándose a esto que le resulta difícil encontrar otras actividades, debido a las limitadas oportunidades de ingresar a un contrato laboral o educacional, por las exigencias en cuanto a la edad(17,22).

Las personas que envejecen, por lo general se preocupan más y temen a las enfermedades graves y a la muerte. Es innegable que la vejez concluye con la muerte, y el morir constituye la última acción de todo individuo, por ser parte del programa vital, ya que debe reproducirse e inversamente la reproducción obliga a la muerte.

La muerte fisiológica del individuo es necesaria por motivos su-
praindividuales y por esto el organismo se prepara para el fin normal
determinado plasmáticamente conforme a la duración de vida que se le
ha fijado a su especie. FREUD supuso que a medida que se acumulaban-
los años, el "impulso de muerte" era superior al deseo de vivir, y to
do ser viviente tiene una tendencia fundamental a volver al estado --
inorgánico.

Para explicar la resignación a la muerte de ciertos ancianos, se
invoca el desgaste, la fatiga; pero si al hombre le bastara con vege-
tar, podría contentarse con esa vida disminuída. Solo que para él, -
existir es trascenderse. La decadencia biológica acarrea la imposibi-
lidad de superarse, de apasionarse, mata los proyectos, y por eso ha-
ce aceptable la muerte. La falta de esperanza en los ancianos es una
enfermedad mortal. La actitud hacia la muerte puede presentarse en -
múltiples formas, dependiendo de la fuerza y personalidad del indivi-
duo. Sin embargo, parece ser que los ancianos sanos, usan el intelec
to como una defensa, mientras que algunos enfermos tienden a angustiarse.
Por lo general se piensa que la gente muere como ha vivido, teme
rosa o valiente, en forma neurótica o realista.

La inactividad provoca una apatía que destruye todo deseo creati
vo. El tiempo libre puede ser agradable para el individuo, o bien --
una fuente de tedio.

ESTUDIO DE LOS PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES EN UNA POBLACION.

El presente estudio, se realizó mediante la revisión de expedientes clínicos en una población derechohabiente, asignada al consultorio # 7 de la Unidad Médico Familiar # 1 del I.M.S.S. en Puebla.

1) Se revisaron un total de 2157 expedientes, que correspondieron a otro tanto igual de pacientes, niños, adultos y ancianos de ambos sexos. El estudio fué realizado, seleccionando aquellos expedientes -- que correspondieran a personas mayores de 60 años, que en total sumaron 162, lo cual correspondió al 7.51%.

De esas 162 personas, 86 fueron mujeres y 76 hombres. Con fines ilustrativos ese número de personas se dividió en 3 grupos de edad:

De 60 a 70 años, con 88 personas, de las cuales 49 son mujeres y 39 -- son hombres(VER FIGURA 1.1).

De 71 a 80 años, que ocupó el segundo lugar con un total de 54 personas, de las cuales son 27 mujeres y 27 hombres.

De 81 años y mas, que también presentó iguales cifras en el número de hombres y mujeres, 10 y 10, sumando 20 en total.

De lo anterior, se confirma un dato importante referido por la -- mayoría de los autores, el predominio de personas seniles del sexo fe-menino en relación a los hombres en forma global, existiendo, en este grupo estudiado, un 13.15% mas de mujeres. (VER FIGURA 1.2).

En relación al cuadro 2.1, la suma total correspondiente al número de pacientes afectados en los diferentes aparatos y sistemas, no corresponde a la cifra real de pacientes seniles seleccionados, en vista de que existen personas portadoras de mas de una entidad nosológica, pero para los fines que esta tesis persigue, fueron separados en forma independiente, según el diagnóstico elaborado.

CUADRO 1.1

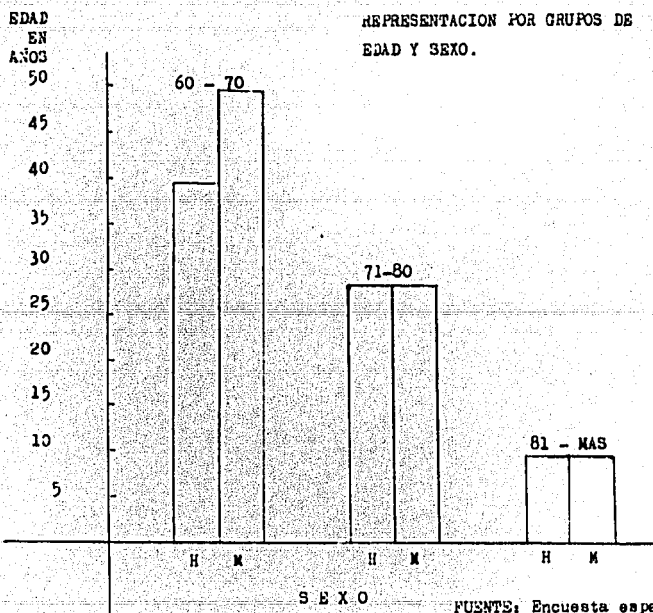
POBLACION SELECCIONADA POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPO	6 0 - 7 0		7 1 - 8 0		8 1 - MAS	
	H	M	H	M	H	M
CANTIDAD	3 9	4 9	2 7	2 7	1 0	1 0
TOTAL	88		54		20	

FUENTE : Encuesta especifica.

GRAFICA 1.2

REPRESENTACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.



FUENTE: Encuesta especifica

2) APARATOS Y SISTEMAS MAS AFECTADOS, EN RELACION AL NUMERO DE CONSULTAS Y NUMERO DE PACIENTES.

Los padecimientos del aparato cardiocirculatorio, ocupan el primer lugar en esta lista, (VER CUADRO 2.1), con un 34.16% de la totalidad de las consultas; en el hombre moderno en situación de tensión, este aparato reacciona; los vasos sanguíneos se estrechan y aumenta la presión arterial(15,16,19).

CUADRO 2.1

AFECTACION POR APARATOS Y SISTEMAS.

APARATOS Y SISTEMAS	# CONSULTAS	%	H	M	TOTAL
Cardiocirculatorio	368	34.16	39	43	82
Endócrino	216	20.05	22	24	46
Musculo-esquelético	139	12.90	32	23	55
Digestivo	76	7.05	24	15	39
Genito-urinario	70	6.49	17	25	42
Respiratorio	49	4.54	18	8	26
Psiquiátrico	35	3.24	5	6	11
Piel y Anexos	29	2.69	9	3	12
Nervioso	24	2.22	8	2	10
Hematopoyético	9	0.83	3	1	4
T O T A L	1015	94.17	177	150	327

FUENTE: Encuesta específica.

Cabe hacer mención que el 5.75% de consultas faltantes para completar el 100% fué otorgado a pacientes con diagnósticos de SENECTUD y SANO.

En relación a los padecimientos del Sistema Endócrino(Diabetes Mellitus y Obesidad)suman el 20.05% de las consultas; la carga genética factores de alimentación, sedentarismo y otros, influyen grandemente en la presentación de estos cuadros en los pacientes ancianos(12,13,20).

Las enfermedades del sistema musculoesquelético, con 12.90% de la totalidad de la consulta, es otro de los primeros que engloba varios padecimientos sumamente ligados a los cambios originados por la senilidad (osteoporosis, declinación hormonal), en donde también interactúan múltiples factores para la presentación y agudización de los mismos (21).

Entre estos primeros tres grandes grupos, suman el 67.11% de toda la demanda de consulta, cifras que coinciden con otros datos estadísticos y a su vez, los padecimientos que engloban estos aparatos y sistemas, ocupan los primeros lugares de diagnósticos elaborados en la demanda de la consulta externa de la población senil del estudio realizado. Con esto, se demuestra que existen aparatos y sistemas en el anciano, que son más propensos a ser afectados por el paso del tiempo y envejecimiento y que pueden catalogarse como de la senilidad (1,6,7,11).

3) DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS.

Las cinco primeras patologías recabadas en la investigación de esta población, sus diagnósticos corresponden a los 3 aparatos y sistemas más afectados, según se menciona anteriormente.

Las 3 primeras entidades, suman 452 consultas, que corresponden al 41.96% del total de las consultas.

CUADRO 3.1 DIAGNOSTICOS FRECUENTES Y NUMERO DE CONSULTAS.

DIAGNOSTICO	H	M	%	# CONSULTAS
1) Hipertensión Arterial	20	24	21.35	230
2) Diabetes Mellitus	10	10	12.25	132
3) Enf. Art. Degenerativa	17	19	8.36	90
4) Obesidad	12	13	7.61	82
5) Várices	6	8	4.36	47
6) Cardioangioesclerosis	9	5	4.17	45
7) Senectud	6	4	4.08	44
8) Cardiopatía Isquémica	4	4	4.08	44
9) Inf. Vías Urinarias	11	16	3.52	38
10) Miocrosis	8	3	2.50	27
T O T A L	103	106	72.33	779

FUENTE : Encuesta específica.

Estos primeros y mas frecuentes 10 padecimientos, englobaron el 72.33% de todas las consultas, con un total de 209 pacientes. Cabe hacer mención que bajo el diagnóstico de Senectud, hubo 10 pacientes que generaron 44 consultas y que obviamente no fueron detectadas en ningún aparato o sistema afectados. Las cifras faltantes, que es un 27.67%, corres-
ponde a diagnósticos varios.

En relación a a la afectación de oierito padecimiento a un determinado-
sexo, no existen tendencias significativas importantes. Tal es el ca-
so de la Hipertensión arterial, enfermedad Articular Degenerativa y —
Várices, en donde el sexo femenino si fue el mas afectado, pero sin —
notorias diferencias. En donde existió una mayor diferencia, fué en —
las Infecciones de Vías Urinarias, en donde el sexo femenino tuvo mayor
tendencia a presentarlas, la razón posible está dada por diferencias —
anatómicas(20).

El otro padecimiento que tuvo mayor predilección, pero por los —
hombres, fué el de la miocia, la posible explicación a esto serían el
de los hábitos higiénicos y características diferentes de calzado y —
tal vez ocupaciones entre ambos sexos. En ambos casos, no existe corre-
lación con la edad, sin embargo, los principales padecimientos apoyan-
el hecho de que su presentación es, con mucho, más común en el paciente
senil, que en otro tipo de pacientes (5,10,15).

4) PADECIMIENTOS DEL APARATO CARDIOCIRCULATORIO.

Las enfermedades del aparato cardiocirculatorio, coupan el pri-
mer lugar dentro de toda la patología del paciente senil (19), siendo-
la Hipertensión Arterial la que en primer lugar originó en este grupo-
estudiado, el mayor número de consultas (21.35%), con 230 consultas y-
un total de 44 pacientes, de los cuales 20 fueron hombres y 24 mujeres

Como se observa en el cuadro 4.1, la hipertensión arterial muesa-
tra una clara tendencia a predominar en las mujeres.

El grupo mas afectado(VER CUADRO 4.2), fué el de los 60-70 años,-
con 23 pacientes, de los 44 en total, absorbiendo el 52.8% del global-
de enfermos, siendo en este grupo los hombres los mas afectados. La —
hipertensión arterial muestra una disminución en su presentación en el
grupo de mas de 81 años, cuya causa con seguridad es la muerte por con
plicaciones de la misa (AVC) y otros padecimientos concomitantes.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 4.1 PADECIMIENTOS DEL APARATO CARDIOCIRCULATORIO.

DIAGNOSTICOS	H	M	TOTAL	# CONSULTAS
1) Hipertensión Arterial	20	24	44	230
2) Várices	6	8	14	47
3) Cardioangiosclerosis	9	5	14	45
4) Cardiopatía Isquémica	4	4	8	44
5) Infarto Miocárdico	0	1	1	1
6) Arritmia Cardíaca	0	1	1	1
T O T A L	39	43	82	368

FUENTE: Encuesta específica.

CUADRO 4.2 HIPERTENSION ARTERIAL POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	60 - 70		71 - 80		81 - MAS	
	H	M	H	M	H	M
S E X O						
# PACIENTES	13	10	4	13	3	1
T.O T A L	23		17		4	

FUENTE : Encuesta específica.

5) PADECIMIENTOS DEL SISTEMA ENDOCRINO :

La Diabetes Mellitus y la Obesidad, fueron los principales de este grupo que sumaron en total 214 consultas, correspondiendo al 19.87% del global. Ambos padecimientos íntimamente ligados entre sí por factores de índole genético, por drogas, por traumatismos, por senectud, enfermedades graves, afectan a un total de 45 pacientes de esta población, sin predilección de sexo (12.13.17).

Se ha visto que hasta un 75% de los diabéticos fueron o han sido obesos en alguna época de su vida en vista de que la obesidad provoca resistencia a la Insulina, es necesario una mayor producción de la misma. Se ha hablado también que la Diabetes se debe a un envejecimiento prematuro de las células beta del páncreas.

La Diabetes Mellitus ocupó el primer lugar entre los padecimientos del sistema Endócrino (VER CUADRO 5.2), afectando mas al grupo comprendido entre los 60-70 años, con disminución franca en el grupo de mas - de 81 años; la razón de este descenso puede ser que los pacientes presentan descontrol metabólico, hipertensión arterial, nefropatía diabética, que los lleva a estados de gravedad y muerte.

CUADRO 5.1 PADRECIMIENTOS DEL SISTEMA ENDOCRINO.

DIAGNOSTICOS	H	M	TOTAL	# CONSULTAS
1) Diabetes Mellitus	10	10	20	132
2) Obesidad	12	13	25	82
3) Hipotiroidismo	0	1	1	2
T O T A L	22	24	46	216

FUENTE : Encuesta específica.

CUADRO 5.2 DIABETES MELLITUS POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	60 - 70		71 - 80		81 - MAS	
	H	M	H	M	H	M
S E X O						
# PACIENTES	4	5	4	4	2	1
T O T A L	9		8		3	

FUENTE : Encuesta específica.

6) PADRECIMIENTOS DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO :

Los padecimientos de este sistema son variados y múltiples, a la vez que sus denominaciones y signología numerosas y que llegan en ocasiones a la confusión. No hay padecimientos reumáticos exclusivos de la vejez, pues la artritis reumatoide, la gota y la llamada osteoartritis, de acuerdo a la edad de aparición, ocurren antes de los 60 años.

Con el término Enfermedad Articular Degenerativa en la actualidad se engloba a la llamada Osteoartritis y a la Artrosis Senil, unificando en este caso los diagnósticos bajo esa nomenclatura.

Como se observa en el cuadro 6.1, la Enfermedad articular degenerativa es mucho mas común en el anciano, sin gran diferencia en cuanto al sexo; originó 90 consultas (8.41%), afectando a un total de 36 pacientes. Le sigue en frecuencia la Artritis gotosa con 21 consultas y 1.96% con 10 enfermos, con marcada predilección por los hombres y por último la Artritis Reumatoide con 21 consultas (1.96% y afectación de 7 pacientes, en su gran mayoría hombres. Entre estos 3 padecimientos sumaron 133 consultas (12.42%) y englobaron a 53 pacientes, de los cuales 31 son hombres y 22 mujeres.

El grupo mas afectado es el de 60-70 años, teniendo mayor tendencia a presentarse en las mujeres; sin distinción de sexo e incluso igualando en el grupo de 71-80 e invirtiéndose en el grupo de mayores de 81 años.

CUADRO 6.1 PADECIMIENTOS DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO :

DIAGNOSTICOS	H	M	TOTAL	# CONSULTAS
1) Enf. Articular Degenerativa	17	19	36	90
2) Artritis Gotosa	8	2	10	22
3) Artritis Reumatoide	6	1	7	21
4) Lumbalgia	1	0	1	2
5) Fracturas	0	1	1	4
T O T A L	32	23	55	139

FUENTE : Encuesta específica.

CUADRO 6.2 ENF. ARTICULAR DEGENERATIVA POR GRUPOS DE EDAD :

GRUPOS DE EDAD	60 - 70		71 - 80		81 - MAS	
	H	M	H	M	H	M
S E X O						
# PACIENTES	5	11	7	7	5	1
T O T A L	16		14		6	

FUENTE: Encuesta específica.

7) PADECIMIENTOS DEL APARATO GENITOURINARIO :

Los primeros tres lugares ocupados por los problemas a nivel de este aparato (I.V.U., Prostatitis y Vulvovaginitis), en total produjeron 61 consultas (5.66%, englobando a 35 pacientes.

Las Infecciones de las vías Urinarias sumaron un total de 38 consultas (3.52%), con 27 pacientes, de los cuales 16 fueron mujeres y 11 hombres, esto tiene mucho que ver con las disposiciones anatómicas de la mujer, así como en el hombre senil, los cambios fisiológicos presentes, son en gran parte factor fundamental en la génesis de problemas prostáticos (20.23). En este caso (VER CUADRO 7.1) se mencionan las 5 primeras causas de consultas de este aparato.

CUADRO 7.1 PADECIMIENTOS DEL APARATO GENITOURINARIO :

DIAGNOSTICOS	H	M	TOTAL	# CONSULTAS
1) Inf. Vías Urinarias	11	16	27	38
2) Prostatitis	6	0	6	16
3) Vulvovaginitis	0	2	2	7
4) Nefropatía Diabética	0	3	3	3
5) Insuficiencia Renal C.	0	2	2	2
T O T A L	17	23	40	70

FUENTE : Encuesta específica

NOTA: Entre la Miomatosis y el Histerocele, sumaron 4 consultas mas y 2 pacientes mas del sexo femenino.

CUADRO 7.2 INFEC. DE VIAS URINARIAS POR GRUPOS DE EDAD :

GRUPOS DE EDAD	60 - 70		71 - 80		81 - MAS	
	H	M	H	M	H	M
S E X O						
# PACIENTES	6	4	1	10	4	2
T O T A L	10		11		6	

FUENTE : Encuesta específica.

8) PADECIMIENTOS DEL APARATO DIGESTIVO ;

Las 3 primeras causas de consulta que afectaron al aparato Digestivo (trastornos de la digestión, hemorroides y enterocolitis), originaron 51 consultas (4.76%), afectando a 29 pacientes, 18 hombres y 11 mujeres. VER CUADRO 8.1

Aunque en nuestro medio son bien conocidos los malos hábitos higiénico-dietéticos de la población en general, este grupo de padecimientos no ocuparon en conjunto sino el 4o. lugar (a diferencia que los pacientes pediátricos) en la lista de aparatos mas afectados. Los trastornos de la digestión ocuparon el 1er. lugar con 23 consultas (2.14%) con 15-pacientes de los cuales 9 son hombres y 6 mujeres. Mencionaremos la lista de los principales.

CUADRO 8.1 PADECIMIENTOS DEL APARATO DIGESTIVO ;

DIAGNOSTICOS	H	M	TOTAL	# CONSULTAS
1) Trastornos de la digestión	9	6	15	23
2) Hemorroides	5	2	7	15
3) Enterocolitis	4	3	7	13
4) Gastritis	2	3	5	10
5) Trastornos del Colon	2	0	2	9
6) Colecistitis Crónica	1	1	2	5
7) Hernia Hiatal	1	0	1	1
T O T A L	24	15	39	76

FUENTE: Encuesta específica.

El grupo de edad mas afectado fué el de 60-70 sin distinción de sexo.

CUADRO 8.2 TRASTORNOS DE LA DIGESTION POR GRUPOS DE EDAD ;

GRUPOS DE EDAD	60 - 70		71 - 80		81 - MAS	
	H	M	H	M	H	M
S E X O						
# PACIENTES	3	3	3	2	3	1
T O T A L	6		5		4	

FUENTE : Encuesta específica.

9) PADECIMIENTOS DEL APARATO RESPIRATORIO.

La mayoría de los autores de vanguardia e investigadores en el estudio del aparato respiratorio, coinciden en englobar en una sola entidad al Enfisema, Bronquitis Crónica y Asma, denominándolos Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), lo anterior en base a los estudios realizados por los ingleses, japoneses y estadounidenses, y el Dr. Valdéz Ochoa en México(7,16).

En este grupo de pacientes, el complejo E.P.O.C. y la faringitis fueron los dos padecimientos mas frecuentes del aparato respiratorio. La E.P.O.C. generó 26 consultas (2.41%) con un total de 9 pacientes. Entre ambos generaron 46 consultas (4.27%) con una totalidad de 25 pacientes, 17 hombres y 8 mujeres (VER CUADRO 9.1).

CUADRO 9.1. PADECIMIENTOS DEL APARATO RESPIRATORIO :

DIAGNOSTICOS	H	M	TOTAL	# CONSULTAS
1) E.P.O.C.	4	5	9	26
2) Faringitis	13	3	16	20
3) Neumonías	1	0	1	3
TOTAL	18	8	26	49

FUENTE : Encuesta específica -

El grupo de edad con mas pacientes fué el de 71-80 años, con un total de 4 pacientes, 3 mujeres y 1 hombre, ocupando el 3er. lugar el de 60-70, lo cual demuestra que a mas edad, mayor tendencia a padecer problemas respiratorios; las razones como en otros padecimientos son semejantes: falta de actividad física, inadecuada nutrición, abandono, alteraciones anatomofisiológicas por la senilidad y otras. CUADRO 9.2.

GRUPOS DE EDAD	E . P O C . POR GRUPOS DE EDAD :					
	60 - 70		71 - 80		81 - MAS	
S E X O	H	M	H	M	H	M
# PACIENTES	1	1	1	3	2	1
T O T A L	2		4		3	

FUENTE : Encuesta específica.

10) PADECIMIENTOS PSIQUIATRICOS :

Los trastornos degenerativos son las causas subyacentes de los - trastornos psiquiátricos mas severos e invalidantes de los ancianos y - a su vez agravan algunos casos en los que los trastornos psicológicos - son leves o benignos (9).

Los 2 padecimientos psiquiátricos diagnosticados en este grupo fue - ron la Neurosis y la Depresión, que en la actualidad se denominan como - Enfermedad Depresiva (Neurosis Depresiva) (7,9).

La importancia de estas alteraciones en los ancianos y la gran exten - sión del problema, obligan a simplificar a la Enfermedad Depresiva en - 2 formas: DEPRESION ENDOGENA y sus afines como las ideas depresivas de - las psicosis maniaco-depresiva y que clínicamente comprenden el perfil - común del retardo, culpa, ideas hipocondriacas o síntomas somáticos; - se acentúa por las mañanas y presenta trastornos del sueño, por desper - tar a muy temprana hora. DEPRESION NEUROTICA, en ella el trastorno es - emocional pero menos profundo y se manifiesta con reacciones a enferme - dades físicas, a vicisitudes de la vida o a problemas sociales(24). - La variación del humor durante el día no es muy clara o está ausente y - los trastornos del sueño consisten en la dificultad para conciliarlo. - Es el tipo de depresión mas frecuente y provoca un alto índice de sui - cidios, debido a que la naturaleza de la enfermedad subyacente tiende - a ser pasada por alto (9).

CUADRO 10.1. PADECIMIENTOS PSIQUIATRICOS :

DIAGNOSTICOS	H	M	TOTAL	# CONSULTAS
1) Neurosis	5	4	9	26
2) Depresión	0	2	2	9
T O T A L	5	6	11	35

FUENTE : Encuesta específica.

La Neurosis y la Depresión, originaron 35 consultas (2.41%) con 9 - pacientes en total y afectó al grupo de edad de 71-80 años, con 5 pa - cientes, de los cuales 3 fueron mujeres y 2 hombres.

EL PACIENTE SENIL COMO PROBLEMA DE SALUD :

Ya para finalizar diremos que como se mencionó en el punto de los aspectos socio-económicos y demográficos, las probabilidades de vivir el período fisiológico de existencia, van cada vez siendo mayores, debido a que se ha logrado reducir la mortalidad, lo que permite vivir - mas a grupos cada vez mas grandes de población. Los objetivos de la - Salubridad y el mejorar el nivel de vida de la población, no pretenden que el hombre viva mas de los que fisiológicamente le corresponde vivir dentro de su especie, sino que el lapso que viva, se realice en - las mejores condiciones posibles(7).

Un anciano inactivo es un anciano improductivo, por lo que deberá siempre insistirse en la necesidad imperiosa de la actividad, sin segregarse de la sociedad, vigilando constantemente una alimentación balanceada, con adecuado aporte proteico y mineral. No olvidar que la inactividad total del anciano, lleva a una verdadera enfermedad de inmovilización que añade sus efectos a aquellos de la afección inicial. Con algunos días de reposo completo en cama, se pierde la tonicidad normal y la fuerza disminuye, la coordinación de los movimientos se hace menos eficaz, se pierde el sentido del equilibrio, aparece incontinencia urinaria, se exagera la constipación, se acelera la descalcificación ósea y se acentúan los dolores osteomusculares; a ello se suman las infecciones respiratorias por estasis pulmonar, trombosis venosas y escaras de decúbito(24).

El Médico Familiar y el personal paramédico de todos los servicios médicos existentes, deben contar con la suficiente preparación en Geriátría, como parte de su propia educación profesional. Los conocimientos geriátricos son imprescindibles para realizar un manejo médico social - adecuado a los pacientes viejos, conservarlos sanos, limitar la cronicidad y evitar la invalidez. El médico familiar tiene la misión de reintegrar al anciano a su familia, tratando de conservarlo el mayor tiempo posible en condiciones de autosuficiencia e independencia.

Con todo lo antes expuesto, estudiamos las 10 principales causas - que motivaron consulta, los aparatos y sistemas mas afectados, la tendencia de ciertos padecimientos a afectar a determinado sexo y a determinado grupo de edad; ver la lista de padecimientos mas frecuentes dentro de cada aparato y sistema y el número de consultas que generaron, llegando a varias conclusiones:

- 1) Existen padecimientos que tienden a afectar preferentemente a grupos de edad mayor catalogados como seniles.
- 2) Hay aparatos y sistemas que resultan mas afectados en el ser humano con motivo del envejecimiento, en relación a otros.
- 3) Existen enfermedades que tienden a aparecer o a exacerbarse con la senectud.
- 4) A mayor edad, mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades y a presentarse sus complicaciones.
- 5) Existen ciertas enfermedades con predominio a un determinado sexo y otras con un franco predominio.
- 6) Existen medidas y factores preventivos para retardar la aparición de ciertas complicaciones de la senectud.
- 7) Hay padecimientos que aunque los presentan los ancianos, no son selectivos de esta etapa.

Nadie quiere envejecer, ni de joven morir,
pero la naturaleza no puede admitir
el vivir sin envejecer.

Proverbio Francés.

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

- 1) ALMADA, B.I. : MORTALIDAD DE MEXICO; COLECCION SALUD Y ENFERMEDAD Y SEGURIDAD SOCIAL, SERIE MANUALES BASICOS Y ESTUDIOS. 1922-1925; MEXICO-D.F.; 1981. PAG 101.
- 2) BASSO, A.; LA PROSTATA DEL ANCIANO; TRIB. MEDICA. 42:1-6 1982.
- 3) CASTAÑEDA, V.A.; LA REHABILITACION DEL ANCIANO; POST-GRADUATE MEDICINE 37:II. PAG. 14. 1979.
- 4) COOK, J.; CUANDO EL PACIENTE ANCIANO ESTA ANEMICO; PATIENT CARE; 42; -54-58 1979.
- 5) DOAK, W.M. LONGEVIDAD Y MEDICINA; M.D. EN ESP.; 16:35-51. 1978
- 6) FINERTY, F.A.; HIPERTENSION EN EL ANCIANO; POST-GRADUATE MEDICINE. 55; II-14. 1979
- 7) FUENTES, A.L. SALUD Y VEJEZ. EDIT. EL CABALLITO, MEXICO D.F. 1978, PAG #15.
- 8) GALLEGOS, G.L.; AFECIONES PROCTOLOGICAS DE LA VEJEZ. ATENCION MEDICA-10:1034. 1979.
- 9) GALTZ, CH.M.; IDENTIFYING AND TREATING DEPRESSION IN AN OLDER PATIENT GERIATRICS. 38:42-46. 1983.
- 10) GARRWAY, W.M., AKHTAR, A.J., PRESCOTT, R. J.; TRATAMIENTO DE LA CONGESTION AGUDA EN EL PACIENTE MAYOR. BRIT. MED. JOUR. 280; 1040-43. 1980.
- 11) GONZALEZ, A.J.; ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS GERIATRICOS. MED. MODERN. 19:39-46. 1980.
- 12) GONZALEZ, A.J. CONCEPTOS BASICOS DE NUTRICION EN GERIATRIA. MED. MOD./19: 15-35. 1980.
- 13) GONZALEZ, A.J.; LOS COMPLEJOS MECANISMOS DEL ENVEJECIMIENTO. MED. MOD. 19: 15-35. 1980
- 14) LAGARRIAGA, H.J.; TRASTORNOS GASTROENTEROLOGICOS EN EL ANCIANO. U.D.F. A. MEXICO D.F. 1983. Pág. 171.
- 15) MENDEZ, R.I. ; CONTRIBUCIONES DE LA ESTADISTICA A LA MEDICINA. GACETA MEDICA DE MEXICO. 115; 127-32. 1979.
- 16) O'MALLEY, K., O'BRIEN, E. ; TRATAMIENTO DE LA VEJEZ. NEW. ENG. JOURNAL - MED. 302; 1397-1401. 1980-
- 17) PATTEN, S.E.; NUTRITION AND THE ELDERLY. A CULTURAL PERSPECTIVE. GERIATRICS. 37; 141-47. 1982.
- 18) PRINSEAU, J. DUPOND, H. FAYOLLE, P.; ET ALII; EL HEMOGRAMA DEL ANCIANO. SEM. HOP. PARIS. 55; 1777-81- 1979.
- 19) PROSNITZ, E.H.; HIPERTENSION EN EL ANCIANO. COMPREHENSIVE THERAPY. 6:56 59. 1980.
- 20) SAN MARTIN, H.; HIGIENE DE LA SENECTUD Y DE LA SENILIDAD. SALUD Y ENFERMEDAD. EDIT. PRENSA MEDICA MEXICANA, 4a/ ED. MEXICO D.F., 1981. P. 488
- 21) VAZQUEZ, M.R. ; ARTRITIS EN EL ANCIANO. GERIATRIA. U.D.F.A. MEXICO D.F. 1982. Pag. 309.
- 22) WATSON, R.T. ; DEMENCIA. TRIBUNA MEDICA. 40; 6-10. 1981.
- 23) WILSON, J.D. ; PATOGENESIS DE LA HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA. AMERICAN JOUR. OF. MED. 68; 745-56. 1980.
- 24) COHN, H.F. ; MEDICINA FAMILIAR. EN ANCIANO EN LA FAMILIA. 7; 24-100. 1974.