



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

**FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA VEJEZ
DEPENDIENTE EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
H. G. Z. No. 8 DEL IMSS EN URUAPAN, MICHOACAN**

QUE PRESENTA:

E. P. María José Viveros Blancas

Para obtener el título de Licenciada en Enfermería

ASESORAS:

L. E. O. Lilia Alicia Alcántar Zavala

M.C. Ma. Martha Marín Laredo

COASESOR

Carlos Gómez Alonso

Morelia, Michoacán Febrero del 2008

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.....	3
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
4.- JUSTIFICACIÓN.....	35
5.- OBJETIVOS.....	36
6.- MATERIAL Y METODOS.....	37
7.- METODOLOGIA.....	39
8.- ETICA.....	40
9.- RESULTADOS.....	41
10.- BIBLIOGRAFIA.....	46
11.- ANEXOS.....	48

1.- INTRODUCCIÓN

Los seres vivos se distinguen de los no vivos por ciertas funciones y necesidades que son únicas en cada uno entre ellas encontramos la necesidad de alimentación, la secreción, reproducción y todavía más importante el crecimiento y desarrollo de los seres.

Hablando de manera particular, los seres humanos estamos predispuestos al desarrollo que nos lleva a diferentes etapas que inicia en el nacimiento, niñez, adolescencia, madurez, vejez y tenemos que morir.

En la actualidad, después de años de programas de planificación familiar, dio resultado que nuestra actual sociedad tenga un número mayor de adultos mayores los cuales por ser parte importante de la sociedad exigen atención de calidad, puesto que algunos de ellos pese a su avanzada edad siguen realizando sus actividades cotidianas quizás no con la facilidad de años anteriores pero sin la necesidad de apoyo de otras personas.

Dentro de este protocolo se conceptualiza a la Geriatria, especialidad médica que se encarga del tratamiento y la prevención de las enfermedades de los adultos mayores. Así como la vejez como proceso que disminuye poco a poco la vitalidad humana y cuyo declive comenzará a partir de alcanzar el umbral de desarrollo máximo de crecimiento se alcoholiza a los 30 años, por tanto a partir de esta edad se iniciará el declive de las funciones corporales y podemos nombrar así nuestra vejez.

Al igual se desarrolla el proceso de envejecimiento, algunas teorías que se tienen sobre el envejecimiento y en consecuencia la fisiología del envejecimiento. Planteo el problema de identificar los factores de la vejez dependiente en los adultos mayores que acuden al hospital General de Zona N° 8 de Uruapan, Michoacán. Los materiales y métodos que serán utilizados durante esta investigación así como el instrumento que será utilizado.

La finalidad es identificar si hay una vejez dependiente, de qué dependen, qué factores influyen y después de ello proponer algunas atenciones para una atención de calidad.

2.- MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

El envejecimiento es un proceso natural, dinámico, irreversible, progresivo y universal que se inicia desde el momento mismo en que nacemos, por lo tanto, ningún ser humano está exento de envejecer entonces desde la antigüedad la sociedad ha tenido la oportunidad de interrelacionarse con las personas mayores, todo ello marcado por un sentido único según la cultura en la cual se estén desarrollando. Entre los yakutas siberianos el padre posee una autoridad absoluta y, cuando se debilita, los hijos le arrebatan sus bienes y lo remiten a la esclavitud o a la mendicidad, entre los tongas los adultos eran respetados, siempre y cuando fueran gordos y ricos, de lo contrario el varón se quedaba en la pobreza. La tribu de los chuchkees de Liberia se les mataba después de celebrar una fiesta en su honor. Entre los bosquimanos, los copies, los creeks y los crows se les construía una choza alejada de la aldea y se les dejaba ahí con un poco de agua y alimento. Los judíos veneraban la vejez y los ancianos ocupaban los puestos más importantes. En Grecia era asociada con la sabiduría. En Esparta se honraba y en Atenas se daba el poder a gente de edad aunque en sus comedias se mofaban de ellos. Los aleutianos y los antiguos mexicanos respetaban y se ocupaban amorosamente de los ancianos. Durante la edad media el mundo fue de jóvenes solo Carlo Magno y Gisdasvinto reinaron después de los 60 años incluso los papas eran jóvenes. En el renacimiento tampoco se veneraba la vejez pues la mujer desde los 30 años era objeto de asco y burla, y el viejo era también ridiculizado. En el siglo XIX desapareció la familia patriarcal y los abuelos se relacionaron más con los nietos. En la actualidad los gobiernos se están preocupando por establecer programas para satisfacer las necesidades del adulto mayor con la finalidad de lograr una mejor calidad de vida. Erickson (1998) afirmaba que la principal tarea de la última etapa de la vida consiste en desarrollar la integridad del ego, lo que supone la revisión de la vida, ser capaz de aceptar los hechos de la propia vida sin arrepentimiento y de enfrentar la muerte sin gran temor. Permite que se aprecie la propia individualidad, los logros y

satisfacciones así como la aceptación de las penurias, fracasos y desilusiones que uno ha enfrentado. Estar contento con la propia y con lo que ha sido.¹

La vejez es un proceso que disminuye poco a poco la vitalidad humana, es la suma de las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte.

El envejecimiento según “*Harman*”, podría definirse como la acumulación progresiva de cambios en el tiempo que son responsables del aumento de la probabilidad de enfermar y de morir del individuo.

La vejez dependiente requiere ayuda para vestirse, alimentarse, transportarse, comunicarse, tomar medicamentos para mantener la salud y que no se encuentra en condiciones para trabajar.

La vejez independiente es considerada como la capacidad que tiene el individuo para la adaptación a los retos de la vida a pesar de cuan vulnerable pueda ser ante estos.²

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO. Proceso fisiológico y progresivo que convierte al organismo en uno más frágil y lo hace más vulnerable a la enfermedad y la muerte. El envejecimiento es un proceso que comienza pronto en la persona. Afecta a todos y requiere una preparación, como la requieren todas las etapas de la vida. El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable. Por infinidad de razones el adulto mayor comienza a cambiar de actividades que anteriormente eran cotidianas, a necesitar cosas que antes ni siquiera pensaría entonces hay una dependencia o no a cosas y personas. Reker, Peacock y Wong afirman que en esta

¹ Guerrero, Pablo. Revista Medico Moderno. Año XLII No. 12. México. Agosto 2004

² http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_enfermer_ancianid.htm. 6 de febrero 2008.

etapa la gente disfruta un alto grado de felicidad y satisfacción de la vida y poco temor a la muerte.³

.Así como el envejecimiento es un fenómeno universal, también tiene una gran variabilidad, individualidad y a una velocidad desigual en las distintas partes del cuerpo, estos cambios debería considerarse como puntos de referencia para el cuidado de enfermería y los problemas presentados por el proceso de envejecimiento. Con la vejez acontece una lentificación progresiva y gradual de la conducta y el funcionamiento, no todos los cambios funcionales en los ancianos se deben al envejecimiento; algunos se deben a la enfermedad, la vejez plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad.⁴

FISIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO. A medida que el individuo envejece el funcionamiento del organismo es diverso ya que el número de células disminuyen y manifiesta cambios en el ser humano, cambios que a continuación son mencionados. Durante el envejecimiento no es fácil determinar su inicio y evolución natural por eventos específicos, ya que no guardan relación directa y única con los aspectos meramente biológicos, y porque se trata de una etapa muy heterogénea. Muchos cambios en células, tejidos, órganos y sistemas son atribuidos de manera indebida al proceso de envejecimiento; estos son francamente variables a nivel tanto interindividuales como intraindividual y sin duda influidos por el paso del tiempo y por la misma intensidad. La heterogeneidad de dichos cambios ocurre en paralelo entre individuos viejos en una población determinada, donde una persona de 80 o más años puede mantenerse tan ágil y sana como una de 50, así como una de 50 años puede presentar un franco deterioro en diversos sistemas condicionando un desempeño funcional deficiente. Debido a la capacidad compensadora de la mayoría de células y tejidos, los efectos del envejecimiento se manifiestan hasta que estos

³ COMFORT, Alex. La edad dorada. Edit. Grijalbo. México. 1999 Pp.13-40

⁴ RODRIGUEZ, R. Geriatria. México. 2002. Pp. 23-24

han progresado lo suficiente para ser detectados por los parámetros y pruebas existentes. Por otro lado, la muerte celular, un índice característico de envejecimiento, se asocia con el remodelamiento de órganos y tejidos durante la organogénesis; en funciones como el metabolismo de la glucosa y el equilibrio ácido-básico, la eficiencia se conserva hasta la edad de 80 o 90 años, en tanto que en otros como la agudeza visual auditiva, la declinación funcional tiende a aparecer a edades relativamente tempranas. Mientras la velocidad de conducción nerviosa decrece de manera moderada conforme avanza la edad, el índice cardíaco disminuye un 30 por ciento entre los 30 y 80 años de edad; asimismo, la filtración renal y la capacidad vital muestran una declinación de 35 a 65 por ciento en el mismo rango de edad.⁵

ENVEJECIMIENTO DE LOS ORGANOS. Todas las personas de edad avanzada muestran una serie de cambios durante el proceso de envejecimiento, considerados como normales, aunque en algunas personas estos cambios se multiplican debido a padecimientos físicos, mentales o por herencia.

La piel: es el primer órgano en el que se enuncia el envejecimiento. La clave está en la atrofia de la epidermis, con su pérdida de tonicidad y elasticidad, deshidratación y disminución grasa subcutánea, produce arrugas. Déficit del colágeno, origina piel delgada, seca, frágil y con manchas que conducen a lesiones ulcerotróficas. Pérdida de las glándulas sudoríparas, produce mal olor, prurito intenso

El cabello: canas y calvicie. El vello corporal disminuye.

Las uñas: crecen más lentamente.

Hay cambios en la silueta en general: el individuo se encoge y se encorva, sus articulaciones son menos flexibles, sus músculos se atrofian, disminuyen de tono y pierden fuerza. Por eso la postura típica es de flexión. La marcha se produce a pequeños pasos, arrastrando los pies y sin apenas balancear los brazos. Al

⁵ ibidem. Pág. 32-33

disminuir la estatura da origen a un tronco corto y extremidades largas. Disminución de la masa corporal así como de la fuerza muscular mayor, con riesgo de caídas. La masa ósea disminuye (osteoporosis) y son frecuentes las fracturas. En el plano funcional, el ojo y el oído son los órganos que antes envejecen. El envejecimiento de los párpados se manifiesta por la aparición en el ángulo externo del ojo de la “pata de gallo” y se produce la pérdida del brillo de la mirada. Una disminución de hasta un 53 por ciento del agua corporal total. ⁶

A medida que se envejece tendremos los siguientes cambios en nuestro cuerpo:

Vista. Opacidad del cristalino, degeneración de la mácula, cambios en la retina esto se manifestará por: cansancio en los ojos, disminución gradual de la agudeza visual, visión borrosa.

Oído. Disminución de la circulación del oído medio y cambios en las células vellosas, se manifiesta por disminución auditiva para frecuencias altas y dificultad para distinguir algunos sonidos.

Olfato. Adelgazamiento de la mucosa y disminución de los vellos de la mucosa nasal, se manifiesta por menor sentido olfativo.

Tacto. Adelgazamiento de la piel, disminución de las glándulas sudoríparas, sequedad, pérdida de la elasticidad con aparición de arrugas, comezón, canas y caída de pelo. Es importante conocer que la piel sigue sintiendo y que es uno de los órganos de los sentidos que en la mayoría de los adultos mayores permanece intacto, hasta la muerte.

⁶ RICE, Philip. Desarrollo Humano. 2ª edición. Practice-Hall. México. 1997.Pp. 492-521

Gusto: disminuye el tamaño de las papilas gustativas con una pérdida en la distinción y sabor de la comida. Se conserva el gusto por lo dulce.⁷

SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO. La xifosis dorsal, altera la estética, la cabeza se inclina, la pelvis se bascula y las rodillas se flexionan ocasionan cambios en el patrón de la marcha dando como consecuencia un mayor riesgo de caídas. Disminución de la fuerza muscular. Pérdida de la estabilidad articular. Pérdida de la sustancia ósea y mayor riesgo de fractura.

SISTEMA PULMONAR. Disminuyen los movimientos y capacidad pulmonar, esto se deberá a los cambios que tendrá la caja del tórax por las posturas adoptadas por los ancianos (jorobados) Las disminuciones repercuten cuando existe alguna enfermedad crónica, tos crónica; los problemas respiratorios se aceleran, si el sujeto fumó durante su vida. El pulmón disminuye de peso y volumen, más rígido, menos distensible, produce llenado parcial. Disminución del número de alvéolos, agrandamiento de los restantes. Disminución de las prolongaciones de las células del tracto respiratorio: esto acarreará una menor capacidad de los pulmones para sacar las secreciones, por tanto cuando estas se acumulan tiene una mayor susceptibilidad a padecer infecciones broncopulmonares

SISTEMA CARDIOVASCULAR. El corazón aumenta globalmente 1.5 gramos en el hombre y 1 gramo en la mujer por año. Elongación, tortuosidad y rigidez de las arterias. Disminución del gasto cardiaco, pobre respuesta al estrés y aumento de la presión arterial, debido a la pérdida de la elasticidad de los vasos sanguíneos ya sea por acumulación de grasa o colesterol o simplemente por disminución del colágeno que es una proteína que favorece la elasticidad de los vasos. La rigidez de los vasos y de la musculatura cardiovascular será progresiva. Cambios en las células cardíacas. Existirá una disminución del volumen que el corazón envía al organismo normalmente, además el corazón responderá más lentamente a las necesidades del cuerpo cuando se haga un esfuerzo o ejercicio. Sistema de conducción: existirá

⁷ VILLA E., Víctor. Manual de Cuidados y Autocuidado del anciano. México. 2000. Pp. 20-21

disminución de la transmisión de los impulsos cardíacos con menor respuesta a las necesidades del organismo.⁸

SISTEMA DIGESTIVO. Dentadura: la pérdida de las piezas dentarias llevará a una dificultad en la masticación de los alimentos. Salivación: Menor producción de la cantidad de saliva, la mucosa se encontrará frecuentemente seca y será difícil la deglución. Disminuyen los ácidos gástricos y las enzimas intestinales: La digestión de los alimentos no será favorable existiendo alteración en la absorción y disminución de la movilidad intestinal con estreñimiento y una mayor facilidad para padecer trastornos digestivos.

SISTEMA GENITOURINARIO. Las gónadas femeninas se harán pequeñas cambiando las glándulas mamarias su tamaño y los genitales externos femeninos se volverán más delgados y pequeños. En cuanto al sistema urinario se encuentra una disminución de la producción de orina, secundaria a la pérdida de las células o unidades de función renal, la próstata crecerá y esto ocasiona dificultad en la micción de los varones. Menor flujo sanguíneo. Se mantiene la distribución de agua y electrolitos. Pérdida del tono vesical, hay orina residual con infecciones frecuentes.

SISTEMA NERVIOSO. Produce más de la mitad de las discapacidades, 90% de los casos de dependencia total. Hay atrofia selectiva. Disminuye el tamaño y el peso del cerebro (10 a 20%) tercera a novena década debido a la disminución del número de neuronas (30% corteza cerebral y cerebelo), cambios degenerativos en porciones del cerebro que rigen reflejos, memoria y equilibrio por lo que la capacidad de la memoria disminuirá (hechos recientes), la rapidez o agilidad mental serán más lentas, teniendo mayor susceptibilidad a perder el equilibrio. Menor aprendizaje complejo. Disminución de las horas del sueño.

SISTEMA ENDOCRINOLÓGICO. Disminución de la función de las glándulas suprarrenales, páncreas, etc. Se obtendrá pérdida en la capacidad para tolerar la

⁸ ANDREWS, G. Aspectos fisiológicos del envejecimiento. México. 2005 Pp.7-8

glucosa, un metabolismo basal más lento y una menor capacidad de respuesta al estrés. En la mujer: Insuficiencia ovárica, disminución de estrógenos y aumento de andrógenos que masculinizan, termorregulación alterada, atrofia de mamas y vagina, útero y ovarios, la función reproductora cesa. En el hombre: pérdida del vello púbico, disminución del tamaño y consistencia de los testículos, próstata aumentada de tamaño, disminución de la testosterona, aumento de los estrógenos, que feminizan, la función reproductora disminuye lentamente.

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO. El músculo y el esqueleto mostrarán cambios notorios tempranos, menor masa muscular y menor concentración de calcio en el hueso por lo que disminuye de estatura y de fuerza muscular.

SISTEMA DE DEFENSA O INMUNOLÓGICO. Aumentan los autoanticuerpos y disminuyen las células de defensa o linfocitos T, por lo que tendremos mayor tendencia a la producción de tumores y a padecer infecciones.⁹

FACTORES DEL ENVEJECIMIENTO El envejecimiento es un proceso que depende de factores propios del individuo (endógenos) y de factores ajenos a él (exógenos). Proceso en el cual lo que es afectado principalmente no es la conducta cotidiana y probada del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades de enfrentarse con una situación insólita, ya sea de orden biológico, psicológico o social. Por tanto, se presenta una pérdida paulatina de los mecanismos homeostáticos, lo que se traduce en una vulnerabilidad creciente en el individuo. Debido a la cada vez menos eficiente regulación homeostática, la persona de edad avanzada es presa probable de las enfermedades agudas, que se agravan con facilidad, además, algunos padecimientos aceleran la involución. La persona en quien las manifestaciones de envejecimiento son ya notorias, se enfrenta a cambios corporales y a situaciones imprevistas, a los que tienen que adaptarse, generándose tensión (estrés), que cuando es de cierta intensidad y no puede ser superada, conduce a un

⁹ VILLA, V. Manual de cuidados y Autocuidado del anciano. México. 2000
Pp.20-23

envejecimiento más rápido o a la enfermedad. Estos efectos también se observan con el aislamiento, la frustración constante y la inmovilidad afectiva o física. Existen algunos factores exógenos más relevantes por su capacidad para acelerar o retardar el envejecimiento, entre los favorecidos de la vida se encuentran la alimentación completa y balanceada según la edad, estado fisiológico y tipo de trabajo; la actividad física recreativa o laboral que se desempeñe, en especial si se realiza en el campo o en ambientes soleados y con buena concentración de oxígeno. Entre los aceleradores de la senescencia están obesidad; ingesta de dietas hipercalóricas; hábitos perniciosos, como tabaquismo; angustia y depresión sostenida, contaminación por plomo, polvos y humos en el aire, desechos industriales y radiactivos, residuos de medicamentos y plaguicidas en el agua y la tierra; otros agresores como el ruido, el trabajo monótono y poco satisfactorio, el ritmo de vida con situaciones enajenantes como la aglomeración, la prisa y las relaciones familiares poco vigorosas.¹⁰

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

El lapso de la vida humana no ha aumentado, pero si lo ha hecho la proporción de personas que sobrepasan los 65 años, y son las consecuencias económicas y sociales de este fenómeno las que preocupan y aviven el interés por el tema, dando como resultado las distintas teorías sobre el envejecimiento desde diversos puntos de vista como se presentan a continuación:

TEORIAS BIOLOGICAS DEL ENVEJECIMIENTO. Los procesos que a lo largo del tiempo se han estudiado sobre distintos temas son objeto de teorías que se pueden comprobar o rechazar al ponerse a prueba en distintos momentos y contextos, en el caso de la vejez dependiente intentan explicar los procesos fisiológicos que se producen con independencia de influencias externas o patológicas, de forma gradual, y que son automáticas y universales.

¹⁰ LANGARICA, R. Gerontología Y Geriatria. México. 1985 Pp. 6-8

Teoría del envejecimiento programado (envejecimiento celular). Establece que las manifestaciones de los cambios de la senectud son el resultado de programas genéticos que contienen “genes del envejecimiento” responsables de los cambios seniles que preceden al fallecimiento y la muerte del organismo

Teoría inmunológica. Con la edad, disminuye, de forma cuantitativa o cualitativa, la calidad del sistema inmunológico para producir anticuerpos. Con lo años, a medida que declinan las respuestas inmunitarias normales, aumentan enormemente las manifestaciones inmunitarias. El sistema inmunitario va perdiendo su capacidad para discriminar entre lo propio y lo ajeno, abocando en un aumento de las enfermedades autoinmunitarias. En esta teoría sostiene que la mayor parte de las enfermedades del anciano o de la ultima etapa de la vida surgen con más frecuencia en la vejez y se caracterizan por un cierto grado de disfunción inmunitaria, siendo esto la explicación del inicio en el adulto de procesos como el cáncer, la diabetes de inicio en la madurez, la cardiopatía reumática, la demencia senil, la artritis y diversas enfermedades vasculares.

Estrés y teorías virales. Existen numerosas teorías basadas en el estrés y de base viral como la del desgaste natural que conceptualiza que las estructuras corporales dejan de funcionar como resultado de su desgaste o del sobre uso ya que los órganos tienen una cantidad fija de energía disponible que se gasta agotando células provocando el mal funcionamiento del cuerpo. Se piensa que la lesión o la agresión repetida de los tejidos y el sobre uso favorecen el proceso de envejecimiento. De igual forma, la teoría de adaptación al estrés supone que los efectos de una lesión residual secundaria al estrés se acumulan, y el cuerpo pierde su capacidad para resistir el estrés. Las respuestas al estrés producen cambios en la estructura y las sustancias químicas del cuerpo que pueden causar una lesión irreversible en el organismo. La teoría incorpora los agentes estresantes internos y externos de la vida, incluidos los físicos, los psicológicos, los sociales y los ambientales. Las teorías virales son similares a las que favorecen las enfermedades víricas, asume que en el organismo existe un virus lento o un virus común que puede formar parte del proceso

del envejecimiento, presuponen que el virus está presente en el cuerpo en el momento del nacimiento y crece a medida que envejece.

Teoría neuroendócrina. Sostiene que los decrementos en un sistema tan esencial para la supervivencia y la homeostasis como las neuronas y las hormonas juegan un importante papel en la regulación del proceso del envejecimiento ya que ninguna parte del cuerpo actúa aislada de los sistemas neurológico y endocrino. Estas teorías más frecuentes y menos desarrolladas ligan el envejecimiento a un control centralizado en el encéfalo, específicamente el hipotálamo y la hipófisis, y en el sistema inmunitario.¹¹

TEORIAS PSICOLOGICAS Y SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO. Proponen que el estilo de vida, la personalidad y los factores ambientales son más importantes dado que no se ha encontrado correlación entre el código genético y los factores fisiológicos determinen la vejez.

Teoría de la actividad. Habla a favor de un ajuste positivo del rol al envejecimiento y se refleja en la legislación, la prensa y los programas científicos. Las personas que alcanzan una edad óptima, según esta teoría, son las que permanecen activas y tratan de resistirse al retraimiento del mundo. A medida que cambian los roles, la persona encuentra actividades sustitutorias para esos roles.

Teoría de la desvinculación. Establece que, en condiciones normales de salud e independencia económica, el envejecimiento supone una retirada natural, sistemática e inevitable, o desvinculación, del anciano del resto de personas del sistema social. Esta teoría explica la moral relativamente elevada de los ancianos, incluso bajo una gran coacción y su aparente aceptación de una vida más contemplativa.

Teoría de la continuidad. Establece que una persona desarrolla hábitos, compromisos, preferencias y una serie de disposiciones que se convierten en parte

¹¹ STAAB, A. HODGES, L. Enfermería Gerontológica. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1996. Pp. 8-9

de su personalidad a medida que se hace adulto. Al envejecer, hay una predisposición a mantener continuidad en dichas disposiciones, por consiguiente, el envejecimiento depende de la vida del anciano, su tipo de personalidad, su capacidad para adaptarse al estrés y de que su medio social siga siendo estable con el paso de los años.

Teoría interaccionista. Propone que los cambios relacionados con la edad son secundarios a una interacción entre las características personales biológicas y psicológicas, características de la persona, las circunstancias sociales y la historia de los patrones de interacción social del anciano.

Teoría del grupo minoritario. Sugiere que los ancianos son un grupo minoritario. La teoría se basa en la premisa de que al ponerse de manifiesto las características visibles del envejecimiento biológico, el anciano se vuelve más susceptible a una discriminación similar a la que afecta a los grupos minoritarios raciales o sexuales.

Teoría de las necesidades humanas. Reitera el concepto de motivación y necesidades humanas. La más conocida de ellas es la teoría de las necesidades de Maslow, organizada en una jerarquía de necesidades fisiológicas, de seguridad y de protección, de amor y pertenencia, de autoestima y actualización del yo. Las personas se mueven entre los niveles, pero siempre avocadas a una necesidad mayor, por lo tanto, el anciano debe ser una persona totalmente madura que tiene autonomía, creatividad, independencia y una relación positiva con la familia y la sociedad.¹²

Según Erickson, cada etapa de la vida tiene una crisis psicosexual que debe superarse de cara a establecer los fundamentos para una nueva etapa, su teoría no explica con claridad por qué el organismo pasa de una etapa a la siguiente, asume que son precisas ciertas condiciones biológicas internas o sociológicas externas para la progresión de la siguiente etapa, estos conceptos están ligados, en parte a la

¹² ibidem. Pág. 9-11

cultura y la clase social. Cada ser humano envejece a ritmo y tonalidades diferentes; más aún, los órganos y los sistemas de su cuerpo envejecen de manera distinta, de aquí que existan personas de 40 y 50 años de edad cronológica envejecidos y deteriorados, así como personas extraordinariamente conservadas a los 80 y 90 años. Por tanto este proceso y sus consecuencias deben ser valorados de modo totalmente individual. La visión del proceso de envejecimiento da un giro total desde que Rowe y Kahn introducen un concepto de envejecimiento exitoso, pues al incluir las varias dimensiones que intervienen además de la biológica, la actitud hacia el envejecimiento se volvió más positiva. Hablan de tres diferentes trayectorias que puede seguir el individuo que envejece:

Envejecimiento enfermizo o discapacitado (patológico), que se caracteriza por la presencia de enfermedad, discapacidad o ambas, que interactúan;

Envejecimiento usual, en ausencia de trastornos pero con la declinación no patológica en algunos aspectos del funcionamiento y que corresponde al envejecimiento normal.

Envejecimiento exitoso, que se acompaña de nulas o mínimas pérdidas fisiológicas comúnmente vistas en el envejecimiento usual, conservando un alto nivel de funcionalidad en diversas áreas.¹³

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento conduce gradualmente a la claudicación de los sistemas de autorregulación y equilibrio energético del organismo llevando a un colapso traducido en enfermedades de distinto tipo:

¹³ RODRIGUEZ, R. Geriatria. México. 2002. Pp. 29-30

Enfermedades cardiovasculares

Insuficiencia cardíaca congestiva. Es una situación en la que existe congestión circulatoria como resultado de la incapacidad del corazón para bombear una adecuada cantidad de sangre.

Tromboflebitis. Es la inflamación de las venas consecuente con la formación de un trombo adherido a sus paredes.

Varices. Son venas anormales dilatadas, generalmente como consecuencia de un trastorno en la función de las válvulas.

Hipertensión. Es la elevación persistente de la presión arterial sanguínea por encima de los valores considerados normales según la edad del individuo, ya sea en referencia a la tensión sistólica, a la diastólica o a ambas. La hipertensión primaria de causa desconocida comprende más del 90% de los casos de adultos. Se acepta que en su génesis intervienen factores genéticos y también factores ambientales, principalmente dietéticos y ambientales. La hipertensión secundaria es consecuencia de alguna enfermedad específica, como la insuficiencia renal o determinados trastornos endocrinos. La hipertensión maligna a la elevación severa y súbita de la tensión arterial que rápidamente cursa con lesiones en órganos vitales. Los tratamientos varían, desde el control de peso, reducción de la ingesta de sal y la suspensión de medicamentos hipotensores, hasta la hospitalización en caso de crisis hipertensiva.¹⁴

Accidente cerebrovascular. Corresponde a una alteración de la irrigación sanguínea del encéfalo, ya sea isquémica o hemorrágica, que provoca una abolición temporal o definitiva de las funciones neurológicas de la zona afectada y da origen a un cuadro clínico denominado ictus o apoplejía, con pérdida de la conciencia, parálisis, trastornos del lenguaje.

Diabetes. Es una enfermedad crónica debida a una producción inadecuada de la insulina que elaboran las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos, o

¹⁴ Manual de la Enfermería. Edit. Océano Centrum. España.pp.170-182

ambas circunstancias, con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas cuyo principal indicador es la hiperglucemia. La causa puede ser genética, vírica, ambiental o autoinmune, o bien una combinación de tales factores. El tratamiento consiste en el control del equilibrio entre la ingesta de alimentos, la actividad física y el tratamiento médico.

Cáncer. El cáncer se debe a una proliferación celular incontrolada que origina el crecimiento de tumores malignos, los cuales pueden diseminarse o metastizar en órganos más o menos adyacentes o distanciados. Su tratamiento se hace habitualmente mediante la cirugía, radioterapia y/o quimioterapia.

Enfermedades respiratorias.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Incluye un conjunto de patologías caracterizadas por una obstrucción de las vías aéreas que dan lugar a un síndrome común.

Neumonía. Es la inflamación del parénquima pulmonar debida a una infección por diversos microorganismos.

Tuberculosis pulmonar. Producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, es una infección crónica, donde el germen accede al organismo por vía respiratoria hasta el pulmón, donde suele desarrollarse una reacción inflamatoria.¹⁵

Enfermedades músculoesqueléticas.

Artritis: es la inflamación de la articulación, cursa con afectación de la membrana sinovial de la misma y da lugar a dolor, hinchazón y cambios morfológicos. La mayoría de las veces se debe a uso excesivo o traumatismos, a procesos infecciosos, a factores autoinmunes o bien a problemas metabólicos, vasculares o neoplásicos. El tratamiento lo completa el uso farmacológico, la fisioterapia, el reposo de las articulaciones inflamadas y la cirugía. Osteoporosis: Es el envejecimiento de los huesos caracterizado por una desmineralización y pérdida de matriz ósea. El

¹⁵ ibidem. Pp. 443-455

tejido óseo pierde calcio, mineral que pasa por el torrente sanguíneo. La masa ósea total disminuye y el hueso se hace cada vez más poroso y frágil.

Enfermedades mentales

Demencia. El término hace referencia a un grupo de cuadros de causa orgánica caracterizados por las manifestaciones relacionadas con la pérdida o el deterioro del funcionamiento mental. Entre los problemas más comunes a todas las demencias se incluyen la confusión mental, la pérdida de memoria, la desorientación y el deterioro intelectual. Las demencias son procesos lentos, ininterrumpidos, progresivos e irreversibles.

Depresión: es un término sinónimo de tristeza o abatimiento, sentimientos normales dentro de ciertos límites y siempre y cuando estén provocados de manera justificada por algún hecho traumático. El salud, se le denomina depresión al trastorno psiquiátrico con bases neurofisiológicas concretas, caracterizado por la alteración del estado de ánimo y debido al cual se da un cambio en la forma en que la persona se siente con respecto así misma, perdiendo el interés o el placer en las actividades habituales de la vida.¹⁶

Alteraciones visuales.

Catarata. Consiste en una opacidad del cristalino del ojo, en general relacionado con el proceso de envejecimiento.

Glaucoma. Trastorno en el que la presión intraocular se halla elevada, produciéndose una lesión consiguiente en el nervio óptico

Enfermedades dermatológicas.

Úlceras de decúbito. Es el resultado de la descomposición cutánea y consiguiente necrosis del tejido subyacente, grasa y músculo. La etiología más frecuente es la presión sostenida sobre la superficie cutánea, que ocasiona una interrupción del aporte sanguíneo.¹⁷

¹⁶ Manual de la Enfermería. Edit. Océano Centrum. España. Pp. 278.295.327

¹⁷ ibidem. Pp. 493. 497

PROBLEMAS A LOS QUE SE ENFRENTA EL ADULTO MAYOR

Como se ha citado en párrafos anteriores, al llegar a la etapa de adulto mayor hay cambios en la forma de vida, en la mayoría de los casos esos cambios se convierten en problemas de salud, alimentación, aceptación del cambio (psicológicos) por lo que a continuación se mencionan:

SALUD. A medida que las naciones envejecen, y a la vez que se producen cambios en las condiciones de vida y de trabajo es inevitable que aparezca un cambio en los patrones de las enfermedades. Desde el punto de vista de la salud, cabe señalar que el incremento en la esperanza de vida, que en 1995 alcanzaba los 72 años para la mujer y 68 para el hombre, aunado a las mejores condiciones de vida y la mejoría en la calidad de la atención médica conducen al fenómeno observado de comprensión de la morbilidad y de la mortalidad en los últimos decenios de la existencia. Las causas de mortalidad obedecen, en primer término, a enfermedades crónico-degenerativas, destaca el hecho de que, las enfermedades infecciosas pulmonares y gastrointestinales ocupaban para 1995 el quinto y el sexto lugares reflejando la coexistencia de patología prevalente en sociedades altamente industrializadas con la patología de la pobreza, haciendo patente la heterogeneidad típica de las sociedades en desarrollo.¹⁸

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

a) Los problemas de salud de los ancianos están ocasionados por factores intrínsecos (genéticos y derivados del proceso mismo del envejecimiento) y extrínsecos (ocasionados por la acción del ambiente sobre las personas).

¹⁸Saludyenvejecimiento, PáginaWeb.//srvtt.tt.mtas.es/imsero/enlacesInteres/ESPInoticiaO16.htm.

b) Los problemas de salud de los ancianos aumentan con la edad.

c) Entre los problemas de salud que requieren atención se encuentran: La prevención de la aterosclerosis, de los problemas visuales, auditivos, de la masticación, caídas, osteoporosis, incontinencia urinaria y fecal.

d) Los problemas de salud más frecuentes entre las mujeres ancianas están constituidos por las enfermedades crónicas, siendo las más frecuentes, las cardiovasculares, tumores malignos, diabetes, obesidad, problemas osteoarticulares y las alteraciones mentales.¹⁹

Este desplazamiento desde enfermedades contagiosas a no contagiosas se está produciendo con rapidez en la mayor parte del mundo en vías de desarrollo, donde las enfermedades crónicas (como las cardiopatías, el cáncer y la depresión) son, cada vez más, las principales causas de mortalidad y discapacidad, tendencia que se intensificará en el próximo siglo. La influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas (diabetes, cardiopatía, enfermedad de Alzheimer y ciertos cánceres) varía considerablemente entre las personas. Para la mayoría de ellas, vivir sin enfermedades ni discapacidades en la vejez depende por igual de la herencia genética y de sus conductas personales, cómo hacen frente a la vida cotidiana y del entorno físico, social y económico.²⁰

En 1995, el 51 por ciento de las enfermedades en los países en vías de desarrollo y recién industrializados correspondía a las enfermedades no contagiosas, los trastornos mentales y las lesiones. Para el año 2020, el peso total de tales enfermedades aumentará hasta alrededor del 70 por ciento. En este sentido se ha demostrado, como previsión, la actividad física moderada y periódica. Según la ONU,

¹⁹ Servicio de Investigación y Análisis Problemática de los Adultos Mayores
Centro de estudios de seguridad social. Conferencia interamericana de seguridad social. El adulto mayor en América Latina. México. 1995. Pp. 111

²⁰ Salud y Envejecimiento, OMS, Página Web. www.srv-tt-tt.mtas.es/imsero/enlacesInteres/ESPInoticia016.htm. Noviembre 2007

las dolencias crónicas como las enfermedades cardíacas, las mentales y el cáncer se están convirtiendo en las principales causas de muerte e invalidez en el mundo. Lo que se confirma en un informe oficial sobre la salud en el mundo en el año 2001, el cual señala que las enfermedades no transmisibles provocan el 59 por ciento de todas las muertes. Asimismo, la probabilidad de sufrir alguna discapacidad crece drásticamente a edades muy avanzadas.

ALIMENTACION. La nutrición incorrecta de las personas mayores incluye tanto la desnutrición (principalmente en los países menos desarrollados) como el consumo excesivo de calorías, (sobre todo en los países desarrollados, en los países en transición y en los países en vías de desarrollo que estén experimentando una rápida urbanización y la transición de enfermedades contagiosas a no contagiosas). La nutrición incorrecta puede ser causada por el acceso limitado a los alimentos, la pérdida de los dientes, los problemas socioeconómicos, las situaciones de emergencia, la falta de conocimiento e información sobre nutrición, elegir mal los alimentos, (por ejemplo comidas ricas en grasas), las enfermedades y el uso de medicamentos, el aislamiento social y las discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, y falta de actividad física. El consumo excesivo de calorías aumenta considerablemente el riesgo de las personas mayores a sufrir enfermedades crónicas y discapacidades. La obesidad y una dieta rica en grasas están estrechamente relacionadas con diabetes, cardiopatía, y debilitantes, sobre todo en las mujeres mayores. Una cantidad insuficiente de calcio y vitamina D provoca la pérdida de la densidad ósea en la vejez y un aumento de las fracturas de hueso dolorosas, costosas y debilitantes, sobre todo en las mujeres mayores.²¹

PSICOLÓGICO. La biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores personales fundamentales que determinan cómo envejece una persona. Los cambios que acompañan al envejecimiento progresan gradualmente y las diferencias

²¹OMS, Página Web: www.srv-tt-tt.mtas.es/imsero/enlacesInteres/ESPInoticia016.htm. Noviembre 2007

individuales son significativas. Por ejemplo, el rendimiento físico de una persona de 70 años de edad que se mantiene en forma puede ser similar al de una persona de 30 años que no se mantiene en forma. Durante el proceso de envejecimiento, algunas capacidades intelectuales (tales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural.²²

La preocupación sobre los aspectos psicosociales considerados claves en el entendimiento de los problemas de salud mental del anciano, casi siempre está sustentada en bases erróneas, producto del desconocimiento de los orígenes, tratamientos, consecuencias y efectos. No siempre es la atención médica constante la fórmula adecuada a tal problemática, también el apoyo de la familia y de la sociedad es fundamental. Se ha mencionado que tanto los procesos demenciales como la depresión tienen consecuencias devastadoras en la población envejecida. Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia. Es frecuente que el declive del rendimiento cognitivo se desencadene por la falta de uso (falta de práctica), factores conductuales (como el consumo de alcohol) así como factores psicosociales (falta de motivación, falta de confianza, aislamiento y depresión) más que por el envejecimiento.²³

SOCIO-ECONÓMICO. El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que suponen una importante contribución a la estructura socioeconómica de nuestras vidas.²⁴

²² ibidem

²³ Depto. Del Distrito Federal, Secretaria de Educación, Salud y Desarrollo Social y de la Dirección General de protección Social, "alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal", México 1996 Pág. 34.

²⁴ OMS, Página Web: www.srv-tt-tt.mtas.es/imserso/enlacesInteres/ESPInoticia016.htm.23/06/2007

Es cierto que cuando un trabajador se desliga del proceso productivo y se jubila o pensiona, existen factores socioeconómicos que contribuyen a un cambio en su conducta, que en gran parte está originada en la pérdida de status en el núcleo familiar cayendo en la inactividad, aislamiento y soledad.⁶⁸ Sin embargo, es posible pensar que la participación de la población envejecida en el mercado de trabajo sea significativa como consecuencia de la pérdida de su poder adquisitivo, y que aún con el periodo de recuperación económica este sector necesita continuar trabajando en actividades remunerables. Muchas personas mayores (sobre todo mujeres que viven solas y personas mayores que viven en zonas rurales), no tienen suficientes ingresos garantizados. Esto incide negativamente sobre su salud e independencia. Los más vulnerables son los que no tienen bienes, cuentan con ahorros escasos o inexistentes, los que carecen de pensión o subsidios de la seguridad social, o pertenecen a familias con ingresos bajos o no garantizados.²⁵

Los que no tienen hijos ni familiares corren el riesgo de quedarse sin hogar y conocer la indigencia. Por tanto, las políticas para el envejecimiento activo tienen que entrecruzarse con esquemas más amplios para reducir la pobreza y aumentar la implicación de las personas mayores en actividades que generen ingresos. Según la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU), en 1992 la distribución de la población económicamente inactiva de la ciudad de México con 65 años y más apunta a que la principal causa para que esta población no trabaje, es que fue jubilada (hombres) o se dedica a los quehaceres del hogar (mujeres). La población masculina inactiva con 65 años y más en un 60.6 por ciento está jubilada. Las mujeres dejaron de trabajar para dedicarse a los quehaceres del hogar en un 84.2 por ciento. A principios de los noventa, la principal fuente de ingresos de la población envejecida es la pensión y al 34.4 por ciento le sostiene un familiar. Entre las mujeres el 81.5 por ciento lo sostiene un familiar y el 9.2 por ciento vive de su pensión. Para el caso de la población económicamente inactiva de la Ciudad de México, con 65 años y más, esta información permite describir una situación económica de franca

²⁵ Ibidem.

dependencia primero hacia la institución familiar (cónyuge o hijos) y en segundo término hacia la seguridad social.²⁶

En los países menos desarrollados, es más probable que las personas mayores se vean obligadas a seguir económicamente activas en la vejez. Sin embargo, la industrialización y la movilidad del mercado de trabajo están poniendo en peligro gran parte del trabajo tradicional de las personas mayores, sobre todo en las zonas rurales. Al concentrarnos sólo en el trabajo remunerado, tendemos a ignorar la valiosa contribución de las personas mayores en trabajos no remunerados del sector informal (por ejemplo, actividades a pequeña escala y de empleo por cuenta propia y trabajos domésticos) y en el hogar. Tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, las personas mayores suelen asumir la responsabilidad principal de llevar la casa y cuidar de los niños para que los adultos más jóvenes puedan salir a trabajar fuera. Son muchas las personas mayores con pericia y experiencia que trabajan como voluntarios en colegios, comunidades, instituciones religiosas, empresas y organizaciones sanitarias y políticas en todos los países. Se trata de actividades que deben fomentarse en la medida que el trabajo voluntario beneficia a las personas mayores aumentando sus contactos sociales y su bienestar mental a la vez que realizan una valiosa contribución a sus comunidades y naciones.²⁷

EL ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR. Como se ha podido ver, el entorno social en el que vive el adulto mayor es de suma importancia. Las familias prestan casi toda la ayuda a las personas mayores que necesitan apoyo en todos los países del mundo. Pero a medida que las sociedades se desarrollan, el hecho de que varias generaciones compartan el mismo techo deja de ser una práctica habitual. En este sentido, la ONU exige a los países que protejan más a aquellos de sus mayores que no puedan ganarse la vida o conozcan la soledad o la vulnerabilidad. Durante la

²⁶ Depto. Del Distrito Federal, Secretaria de Educación, Salud y Desarrollo Social y de la Dirección General de protección Social, "alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal", México 1996 Pág. 34.

²⁷ Ibidem. Pp. 43

crianza de los hijos se inculca el respeto y el apoyo a los adultos mayores. Normalmente existen sistemas de organización social que aseguran una pensión, atención médica y un funeral adecuado. Sin embargo siempre habrá adultos mayores que quedan solos al margen de la sociedad y que requieren atención especial. En la actualidad las características de la familia en general, han cambiado mucho con respecto a la familia del pasado. Hay que mencionar que la familia constituye la piedra angular de la sociedad, está considerado un fenómeno universal y es el medio natural para el desarrollo de sus miembros. En el caso del adulto mayor, la familia representa además la posibilidad de pertenencia de un grupo, es la proveedora de autoestima y protección.²⁸

El sentido de pertenencia de los adultos mayores depende en gran parte de su vida anterior. Su desempeño dentro de la familia, el trabajo y la vida social en general les otorgan dicho sentido, pero puede reforzarse a través de nuevos grupos, como ocurre en los que se forman en los clubes o centros destinados a las personas mayores. A través de la crianza de los hijos se puede reforzar el valor de pertenecer a ese grupo de edad. La organización social debe también procurar encontrar roles adecuados para los adultos mayores. En algunas sociedades ellos son los responsables de administrar lo que se ha llamado la pequeña justicia, que se requiere en los problemas familiares, entre vecinos, o en problemas económicos. Lo fundamental es que los adultos mayores ocupen un nicho activo en la sociedad a través del cumplimiento de un verdadero rol social.²⁹

Por lo anterior, se ha proclamado prácticamente como un lema la necesidad de mantener al anciano en su entorno familiar, pero la característica de la familia actual es que ha pasado a ser de menor tamaño, lo cual se explica porque las parejas cada vez tienen menos hijos, y por ende los miembros mayores de la familia cada vez menos descendientes capaces de cuidarlos. La familia es una comunidad con una base material, admiración económica y asistencia mutua (Rocabruno y Prieto, 1992,)

²⁸ ibidem. Pp. 45

²⁹ Centro de estudios de seguridad social. Conferencia interamericana de seguridad social. El adulto mayor en América Latina. México. 1995. Pp. 111

y es también donde se da ambiente psicológico –emocional determinado por las relaciones humanas la comunicación y los procesos afectivos. Es por eso que resulta tan importante la protección que reciba el adulto mayor de su grupo familiar, pero independientemente del apoyo que éste reciba, es una realidad que el proceso de envejecimiento no está exento de tensiones debido al riesgo de sufrir enfermedades, invalidez o muerte en esta etapa de la vida. La comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades. En la vejez es especialmente importante, ya que es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos, y sean más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un “grupo social más reducido”. El aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales y un aumento de las conductas que dañan la salud, como un consumo excesivo de alcohol y la inactividad física. En la mayoría de las sociedades, los hombres mayores suelen tener menos redes sociales que las mujeres que se quedan viudas mayores. No obstante, en algunas culturas, las mujeres mayores que se quedan viudas son sistemáticamente excluidas de la sociedad o, incluso, rechazadas por su comunidad.³⁰

MARGINACION. Entre los problemas que experimentan los adultos mayores, a menudo, hoy, uno quizás más que otros atenta contra la dignidad de la persona: la marginación. El desarrollo de este fenómeno, relativamente reciente, ha hallado terreno fértil en una sociedad que, concentrando todo en la eficiencia y en la imagen satinada de un hombre eternamente joven, excluye de los propios circuitos de relaciones a quienes ya no tienen esos requisitos. Responsabilidades institucionales eludidas, con las consiguientes deficiencias sociales; la pobreza, o una drástica reducción de los ingresos y de los recursos económicos que pueden garantizar una vida decorosa y la posibilidad de gozar de atenciones adecuadas, y el alejamiento más o menos progresivo del adulto mayor del propio ambiente social y de la familia,

³⁰ Depto. Del Distrito Federal, Secretaria de Educación, Salud y Desarrollo Social y de la Dirección General de protección Social, “alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal”, México 1996 Pág. 34.

son los factores que colocan a muchos adultos mayores al margen de la comunidad humana y de la vida cívica. La dimensión más dramática de esta marginación es la falta de relaciones humanas que hace sufrir a la persona de la tercera edad, no sólo por el alejamiento, sino por el abandono, la soledad y el aislamiento. Con la disminución de los contactos interpersonales y sociales, comienzan a faltar los estímulos, las informaciones, los instrumentos culturales. Los adultos mayores, al ver que no pueden cambiar la situación por estar imposibilitados a participar en las tomas de decisiones que les conciernen, como personas y como ciudadanos, terminan perdiendo el sentido de pertenencia a la comunidad de la cual son miembros. Este problema nos concierne a todos. Es tarea de la sociedad, de sus distintos organismos, intervenir para garantizar una efectiva tutela, incluso jurídica, de esa parte no ínfima de la población que vive en estado de emergencia socio-económico-informativa.³¹

ASISTENCIA. Aún hoy día, para atender y asistir a los enfermos mayores no autosuficientes, sin familia, o con pocos medios económicos, se recurre siempre, con mayor frecuencia, a la asistencia institucionalizada. Pero el hecho de recluirllos en un instituto puede transformarse en una especie de segregación de la persona respecto al contexto civil. Algunas opciones socio-asistenciales, y las instituciones que de ellas han surgido, comprensibles en un pasado que tenía un contexto social y cultural distinto, están superadas actualmente y son contrarias a las nuevas formas de la sensibilidad humana. La separación del mundo del trabajo y de todo lo relacionado con él se realiza en forma brusca, poco flexible, y sólo muy raramente coincide con los tiempos y modalidades elegidos por las personas interesadas. No es raro que muchas de éstas, para compensar pensiones insuficientes o casi inexistentes, busquen luego, pero sin mayores resultados, una ocupación. Es preciso satisfacer ese anhelo de seguridad, proporcionando a los adultos mayores oportunidades que les permitan permanecer activos, expresar su creatividad y desarrollar la dimensión espiritual de su vida.³²

³¹ Ibidem. Pp. 40

³² ibidem.Pp.42

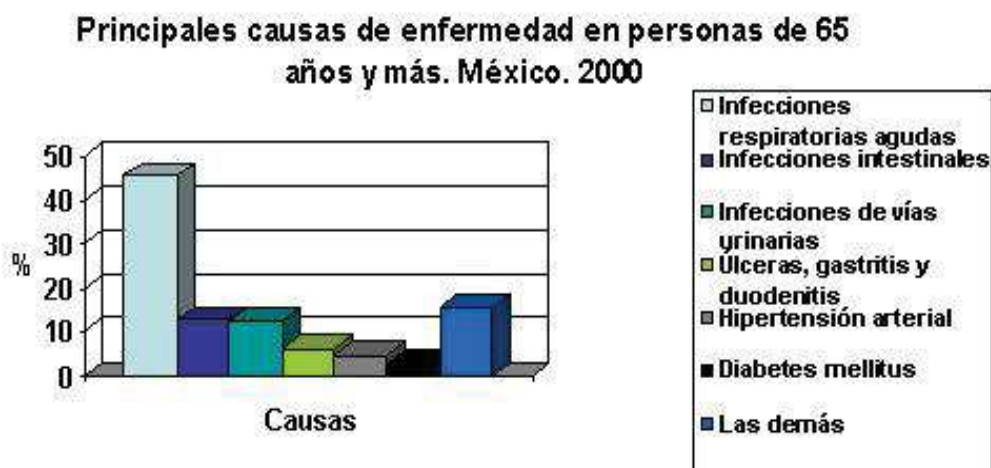
EPIDEMIOLOGIA. De acuerdo con los datos censales del año 2000, Los adultos mayores constituyen alrededor del 5 % del total, con unos 7 millones de personas mayores de 65 años. Comparada con la información de los censos de 1970 y 1990, la pirámide poblacional se ha ido ensanchando en su vértice. El envejecimiento de la población muestra un componente de feminización. Como puede apreciarse en la gráfica 51.2 por ciento del total eran mujeres en el año 2000, pero este porcentaje fue de 53.4 en las personas mayores de 65 años. Hacia 1920, la esperanza de vida en México era alrededor de 30 años, ya que enfermedades como la viruela, el paludismo, la tuberculosis, el sarampión, las diarreas y bronconeumonías cobraban una gran cantidad de víctimas a edades tempranas. Con la mejoría en las condiciones de vida y el avance científico y tecnológico, entre lo que destaca el empleo de vacunas, la introducción de agua potable y de sistemas de eliminación de excretas, y la mayor cobertura de servicios médicos, entre otros elementos, (a pesar del acceso desigual), el promedio de vida ha ido aumentando progresivamente hasta alcanzar en el 2002, 78.2 años en la mujer, y 73.7 años en el hombre. Las proyecciones del Consejo Nacional de Población plantean que se alcanzarán los 78.1 años (76.0 y 80.2) en 2010, 80.4 (78.4 y 82.3) en 2020 y, 83.7 años (82.0 para hombres y 85.5 para mujeres) en 2050. La mayor esperanza de vida es resultado de diversos factores, entre los que destacan una disminución en las tasas de mortalidad, en particular infantil, y una reducción en las tasas de fecundidad. Para la salud pública, el reto no es sólo prolongar la vida, sino que el individuo que llegue a viejo se encuentre y mantenga sano, es decir, no se trata únicamente de mejorar la cantidad sino la calidad de vida.³³

MORBILIDAD. PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD

De acuerdo con el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, en el año 2000, las principales causas de enfermedad a nivel nacional (como casos reportados) en la población de 65 años y más, fueron las infecciones respiratorias agudas, que representaron 45.54 % del total de causas, con 925216 casos. Su

³³ CONAPO. Perspectivas demográficas de la Tercera Edad.
<http://conapo.gob.mx/sit97/terceraedad4.htm> Noviembre 2007

frecuencia fue 3.56 a 1 veces mayor que la segunda causa reportada, que fueron las infecciones intestinales, que constituyeron 12.8 %. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus, constituyeron el 4.7 % y 2.8 % del total de causas, respectivamente.



FUEN

TE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, 2000

Los cambios físicos que van experimentando, tales como la disminución en el metabolismo y en la fuerza muscular y velocidad de contracción en personas de 60 años en adelante, pueden conducir a pérdida de la función e independencia. El impacto se refleja en el incremento en la prevalencia de discapacidad para realizar actividades de la vida diaria. A partir de los 75 años, las mujeres generalmente tienen tasas más altas de discapacidad que los hombres. En términos generales, 22 % de mujeres y 15 % de hombres de 65 años y más necesitan ayuda para vivir en casa o han sido llevados a una institución; de las personas de 85 años en adelante, 62 % de mujeres y 46 % de hombres necesitan tal ayuda. El tipo de atención que reciben está relacionado con la severidad de la discapacidad.³⁴

La medicina interna convencional se enfoca sobre los sistemas orgánicos y sobre enfermedades aisladas, y no sobre el típico paciente anciano que sufre de diferentes

³⁴ Morbilidad 200. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (2001)

enfermedades crónicas, reporta síntomas poco comunes o cambiantes, y tiene problemas funcionales y consecuente estrés psicosocial. La interacción entre enfermedades y problemas psicosociales conduce a trastornos funcionales tales como incontinencia y disminución de la movilidad. La deambulaci3n se puede ver afectada por enfermedad cardíaca o pulmonar, miopatía inducida por esteroides, osteoartritis y desacondicionamiento. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del envejecimiento en México realizada en 1994, se observa un aumento en la proporci3n de personas con deterioro funcional y mayor concentraci3n en la disfunci3n de actividades básicas conforme avanza la edad; no obstante, llama la atenci3n la mayor proporci3n de discapacidad en las mujeres con respecto a los hombres, sobre todo a partir de los 85 años: 86.8% y 59.7%, respectivamente. En términos generales se observa una mayor proporci3n de individuos con deterioro funcional en las localidades con menos de 15 mil habitantes y entre las personas que no son derechohabientes de los distintos sistemas de seguridad social.³⁵

La Situaci3n Actual de los adultos mayores en Uruapan

Actualmente, según el INEGI, Uruapan está habitado por 265,699 personas de las cuales 128,112 son hombre y 137,587 mujeres. Las personas entre 60 y 99 años son 18,590, de los cuales 8,515 son hombres y 10,075 mujeres. De estas personas, sólo 1,653 están jubilados y pensionados (recibiendo una cantidad mínima).³⁶

EL ROL DE ENFERMERIA

El envejecimiento se trata de un estado evolutivo normal. Por consiguiente, la incapacidad y la disfunci3n no son acontecimientos normales ni evitables de envejecimiento. El rol de la enfermería debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atenci3n compleja a los adultos mayores y sus

³⁵ González CE. El Diagn3stico de la Salud en México: Trillas, México. 1988 Pp. 19-

34

³⁶ <http://www.inegi.gob.mx> Noviembre 2007

familias y que asuma el rol de líder en el equipo multidisciplinario de atención sanitaria. Muchos de los problemas del adulto mayor están asociados con el funcionamiento diario. La enfermera tiene más posibilidades para contactar con el adulto mayor que cualquier otro profesional del cuidado de la salud, ya que las enfermeras poseen las habilidades para la valoración, el asesoramiento, el apoyo, la educación y la coordinación necesarios para cuidar al adulto mayor en diversos ámbitos. La enfermera proporciona valoración, guía, formación y apoyo; cuida del adulto mayor en su domicilio y en la comunidad; les dirige a otros tipos de cuidados cuando es necesario, y cuida de ellos cuando están sometidos a tratamientos.³⁷

Enfermería debe estar capacitada para prestar cuidados al individuo tanto en la salud como la enfermedad

³⁷ STAAB, A. Enfermería Gerontológica. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1996. Pp.5-7

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de envejecimiento es un fenómeno tan obvio como complejo compuesto por elementos fisiológicos, psicológicos y sociológicos inseparables e íntimamente relacionados que intriga al ser humano buscando la manera de detenerlo. Se asocia el envejecimiento a una imagen negativa del ser humano y con ello una gran discriminación. Feo, sin dientes, asexuado, incontinente, senil confuso y desvalido. Este pensamiento orilla a muchos a renunciar a una buena vida en la edad avanzada.

De lo anterior surgen los siguientes cuestionamientos:

¿Cuáles son los factores sociales que influyen en la vejez dependiente en adultos mayores que acuden al hospital general de zona No. 8 del IMSS en Uruapan, Michoacán?

4.- JUSTIFICACIÓN

La humanidad siempre ha tenido la aspiración de lograr la inmortalidad, cada generación ha comprendido que la única forma de perdurar es la reproducción. Nacer crecer y morir para transformarse, es el ciclo de vida que se repite una y otra vez en las especies vivas con marcada exactitud. La terminación del ciclo de vida en el ser humano es completamente impredecible aunque depende mucho de la calidad de vida de cada ser humano.

Muchos de los miedos a envejecer se deben al modo en que la sociedad percibe la vejez y el miedo a lo inevitable de este deterioro, sin embargo, los adultos mayores han demostrado su capacidad para adaptarse y sobrevivir. Tienen mayores experiencias vitales, coraje, sabiduría y resistencia, y un espíritu independiente que les ayuda en la adaptación al proceso de envejecimiento

Con la vejez acontece una lentificación progresiva y gradual de la conducta y el funcionamiento, la vejez plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad, por lo que la enfermera debe preocuparse por mantener al adulto mayor en su nivel funcional óptimo. Teniendo como objetivo el bienestar a pesar de la presencia de un deterioro físico, cognitivo o emocional.

5.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Identificar los factores sociales que influyen en la vejez dependiente en adultos mayores que acuden al hospital general de zona no.8 del IMSS en Uruapan, Michoacán”

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Determinar el tipo de vejez que presenta el adulto mayor a través de un cuestionario y escalas para estructurar un proyecto de atención al adulto mayor.
- ✓ Reconocer los principales factores de vejez dependiente para proporcionar una atención de calidad al adulto mayor.

6.- MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

- ♥ Descriptivo, Observacional y Transversal

UNIVERSO DE ESTUDIO

- ♥ Adultos mayores de 60 años que acuden al Hospital General de Zona No. 8 del IMSS en Uruapan, Michoacán.

CRITERIOS

DE INCLUSION

- ♥ Adultos mayores de 60 años
- ♥ Derechohabientes que acuden al Hospital General de Zona No. 8

DE EXCLUSION

- ♥ Personas o adultos menores de 60 años
- ♥ No derechohabientes

DE ELIMINACION

- ♥ Pacientes que no quieran participar en el estudio
- ♥ Pacientes que no contesten el cuestionario
- ♥ Cuestionarios incompletos

VARIABLES

Variable dependiente

Vejez dependiente

Variable independiente

Factores sociales que influyen en la vejez dependiente

RECURSOS HUMANOS

♥ Pasante de Licenciatura en Enfermería María José Viveros Blancas

7. METODOLOGIA

Para la elaboración de la presente tesis, primero se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema a tratar para de esta manera elaborar el marco teórico que lo sustente.

El instrumento de recolección de datos este compuesto por 13 preguntas, aplicado a 49 adultos mayores derechohabientes del HGZNo.8, las cuales fueron escogidas al azar.

Para la validación del instrumento se utilizó el Alpha de Cronbach el cual nos dio una calificación global de .85.³⁸

Estimación del tamaño de la muestra

Cuando se conoce el tamaño de la población se puede utilizar la siguiente fórmula

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Donde n es el tamaño de la muestra, N es el tamaño de la población en donde se quiere realizar el estudio y e es el error de la estimación que se está en condiciones de aceptar.

Para estimar la proporción de adultos mayores que serán entrevistados, si estimamos que la población derechohabiente es de aproximadamente 18 590, resultaría muy laborioso obtener información de cada uno de ellos. Por tanto si el investigador decide obtener una muestra que le asegure un intervalo de confianza del 85 % y un error de 15 %, puede hacerlo utilizando la fórmula antes mencionada.

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{18590}{1 + 18590(0.15)^2} = \frac{18590}{419.25} = 44$$

Por lo tanto se requiere de una muestra de 44pacientes, para obtener el intervalo de confianza deseado.³⁹

³⁸ FEINSTEIN Epidemiologic methods. 1987

³⁹ COCHRAN, W. Técnicas de muestreo. Ed John Wiley & Sons Inc.2000. P.p. 125-153

8. ETICA

De acuerdo a la ley General de Salud en materia de investigación en el artículo número 17 Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones de acuerdo al riesgo, en el caso de esta investigación es sin riesgo: Donde se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.⁴⁰

⁴⁰ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> 6 de febrero 2008

9.- RESULTADOS

El tema de análisis llevó en primer término a realizar una encuesta de identificación de dependencia en algún aspecto en el adulto mayor.

La presente investigación fue realizada en la ciudad de Uruapan, Michoacán en las instalaciones del Hospital General De Zona No. 8 del Instituto Mexicano Del Seguro Social, principal centro de atención en esa ciudad se tomo una muestra de 49 adultos mayores que acuden a la consulta de especialidades de este hospital.

Del total de los adultos objeto de estudio el 55.1% (27 son del sexo femenino y el 49% (22) (del sexo masculino cuadro y grafica No. 1).con un promedio de edad de 67 años (ver gráfica 2)

En cuanto al estado civil, demuestra la gráfica número 3 que 39 (79.6%) de las personas encuestados son casados, 6 (12.2%) personas son viudos y 4 (8.29%) son solteros.

En general los resultados demostraron que el mayor porcentaje de actividades que realizan los adultos mayores se refieren a quehaceres en el hogar con 30 personas (61.2%), 14 personas (28.6%) del total aún realizan actividades laborales y sólo 5 (10.2 %) llegan a realizar actividades de recreación.

Relacionado con este mismo rango de análisis se encontró que 40 personas (81.6%) realiza actividades en el hogar y el resto al aire libre (18.4%).

Ahora bien, los datos anteriores dan por sentado que las personas aún en su promedio de 67 años realizan diferentes actividades, sea cual fueren, de está misma encuesta surgió el resultado sobre el tema principal que es la dependencia de los adultos mayores y arrojó la siguiente información:

De las 49 personas encuestadas 33 no necesitan ayuda de personas para realizar sus actividades. (67.3%) y tan solo 16 (32.7%) sí la necesitan.

En lo referente a ingresos económicos 29 personas (59.2%) reciben una pensión en forma mensual, 16 (32.7%) reciben un salario por sus servicios y tan solo 4 de ellas (8.2%) dependen del apoyo que les brindan sus hijos.

Relativo a este mismo aspecto es relevante manejar el ingreso que tienen los adultos mayores, y arroja un promedio mensual de \$1617 pesos, con la variable de que el mínimo es de \$800 pesos y un máximo de \$ 3000.00.

En cuanto al aspecto afectivo y de relaciones personales, 36 (73.5%) de las personas encuestadas viven con su esposo (a), 4 personas (8.2%) con sus hijos, 4 (8.2%) viven solos y 5 (10.2%) con otro familiar.

La casa en la que habitan es propia con 43 (87.8%), 5 personas (10.2%) dicen que es de sus hijos y sólo 1 de ellas (2%) reside en una casa rentada.,

45 de los adultos mayores encuestados padecen alguna enfermedad tal como lo muestran los resultados:12 personas (24.5%) sufren diabetes, 11 (26.4%) insuficiencia renal crónica, 10 (20.4%) hipertensión arterial, 7 (14.3%) otro tipo de enfermedad u ejemplo de ellas es cáncer, 4 (8.2%) enfermedades cardiovasculares, 4 (8.2%) no padecen ninguna enfermedad y solo el 1 (2%) obesidad.

Haciendo un comparativo entre el género y las variables de la encuesta aplicada de acuerdo al estado civil en que se encuentran, surge lo siguiente.

21 mujeres (77.8%) están casadas, 4 mujeres (14.8%) son viudas y sólo 2 (7.4%) son solteras. En relación al masculino 18 (81.8%) son casados, 2 (9.1%) son viudos y 2 (9.1%) son solteros.

Dado que en la gráfica número 12 se encontró que las mujeres encuestadas son casadas las actividades que realizan en mayor frecuencia son de tipo doméstico, 22 (81.5%), 3 (11.1%) actividades recreativas y 2 (7.4%) aun trabajan.

Con respecto a los varones encuestados 12 (54.5%) realizan actividades laborales, 8 (36.4%) de otro tipo como oficios y 2 (9.1%) de tipo recreativas.

De las mujeres encuestadas 24 (88.9 %) realizan sus actividades dentro del hogar y 3 (11.1%) al aire libre. Referente a los hombres 16 (72.7%) en casa y 6 (27.3 %) al aire libre, lo que da muestra de la permanencia en el lugar que conocen y es seguro para ellos.

Para conocer si el adulto necesita ayuda para realizar sus actividades 16 (72.7%) de los hombres no presentan ninguna necesidad y 6 de ellos (27.3 %) requieren de una persona como apoyo.

En un resultado casi similar al del sexo masculino, las mujeres representada con 17 (63%) son independientes de cualquier ayuda y siendo un poco más de los hombres 10 (37%) necesitan ayuda.

De las mujeres encuestadas 17 (58.6%) reciben ingreso económico por medio de una pensión mensual, 7 (25.9%) de su salario y 3 (11.1%) de sus hijos.

12 de los hombres (54.5%) son pensionados, 9 (40.9%) reciben ingreso de algún trabajo y sólo 1 (4.5%) de su hijo.

19 hombres (86.4%) viven en conjunto con su esposa, 2 del total (9.1%) con algún familiar, 1 (4.5%) con sus hijos y ninguno viven solo. 17 de las mujeres viven con su esposo (63 %), 4 (14.8%) viven solas, 3 (11.1%) viven con sus hijos otras 3 (11.1%) con algún otro familiar.

En cuestión de vivienda 23 de las mujeres viven en casa propia, 3 (11.1%) de ellas habitan en la de sus hijos y solo 1 (3.7 %) renta. 20 (90.9 %) de los hombres tienen su propia vivienda y 2 (9.1 %) de ellos en la casa de alguno de sus hijos.

Respecto a las enfermedades 7 mujeres (25.9%) presentan insuficiencia renal crónica y con igual número y por lo tanto porcentaje presentan hipertensión, 5 de ellas (18.5%) tienen diabetes, 4 (14.8%) alguna otra enfermedad, 2 (7.4%) enfermedades cardiovasculares y 2 (7.4%) ninguna enfermedad.

Respecto a los hombres la mayor frecuencia la presentan 7 hombres (31.8%) con diabetes, 4 (18.2%) insuficiencia renal crónica, 3 (13.6%) hipertensión arterial, con el mismo porcentaje presentan otro tipo de enfermedad, 2 (9.1%) con enfermedades cardiovasculares y otros 2 que no presentan ninguna enfermedad.

Con la primera tabla se puede concluir que el mayor porcentaje de las personas son casadas por lo tanto tienen esa relación de afecto y compañía constante, la mayor parte de los encuestados tienen actividades en su casa pero no suspenden la acción en la sociedad, es decir no dejan de ser útiles pese a que en años anteriores se hayan desempeñado en diferentes oficios por ello mayormente son actividades en casa.

Realmente los encuestados no presentan una dependencia de otras personas, solo en algunos casos que se hacen acompañar de su pareja, no por necesidad sino por compañía, en cuestión económica las necesidades de los adultos mayores son resueltas con las pensiones que reciben mensualmente y en su mayoría radican en casa de su propiedad.

En cuestión de salud, las mujeres son las más marcadas por alguna enfermedad del tipo crónico degenerativas un porcentaje no muy alejado de los resultados de los hombres, a este mismo respecto puedo decir entonces que la dependencia de los

adultos mayores en esta investigación radica en una necesidad de medicamentos para evitar las complicaciones de las enfermedades con las que viven.

Los resultados emanados de la encuesta a adultos mayores deja en claro que la mayor parte de los derechohabientes son mujeres y en menor proporción hombres este grupo. Se evidencio que la mayor dependencia la presentan en el plano de salud debido a que del 100% solo un 8% (4 personas) no presentan ninguna enfermedad de tipo crónico. A todo esto pude concluir en que la mayor dependencia es a una atención de calidad en los servicios a los que se presenta y un abastecimiento correcto de medicamentos.

El trabajo de atención propongo que se hagan citas periódicas para tener un buen control.

- o El tiempo de espera se reduzca al mínimo haciendo una buena planeación de las citas diarias.
- o Revisión general previa a la entrada a su cita
- o Llevar un historial
- o Revisión de la existencia de los medicamentos necesarios para su control.

10.- BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Manual de Salud Física del Adulto Mayor.(2002).
- ✓ García GJJ. Panorama de la mortalidad en el adulto mayor en México. Facultad de Medicina UNAM, 1999; 42:35-36.
- ✓ De La Fuente, Ramón. Psicología médica. México 1996.
- ✓ Mortalidad 2000. Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística e Informática. México. <http://www.ssa.gob.mx>.
- ✓ Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. 1993.
- ✓ Morbilidad 2000. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. 2001.
- ✓ González CE. El diagnóstico de la salud en México. México: Trillas, 1988:19-34.
- ✓ Gutiérrez RLM. Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México. Salud Publica México 1990: 693-701.
- ✓ CONAPO. Perspectivas demográficas de la tercera edad. <http://www.conapo.gob.mx/sit97/terceraedad4.htm>
- ✓ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx>
- ✓ LANGARICA, R (1985). Gerontología Y Geriatría. Pág. 3
- ✓ STAAB, A. (1998). Enfermería Gerontológica. Pág. 4

- ✓ VILLA, V. (2000). Manual de cuidados y autocuidado del anciano. Pág.20.
- ✓ RODRIGUEZ, R. (2002). Geriatria. Pág. 23-24
- ✓ SAMPIERI, R.H. (2000) Metodologia de la investigación.Mc. Graw Hill. Segunda Edición.P-p- 203-215.
- ✓ COCHRAM, W. (2000). Técnicas de muestreo. John Wiley & Sons Inc. P.p. 125- 153.
- ✓ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> 6 de febrero 2008.

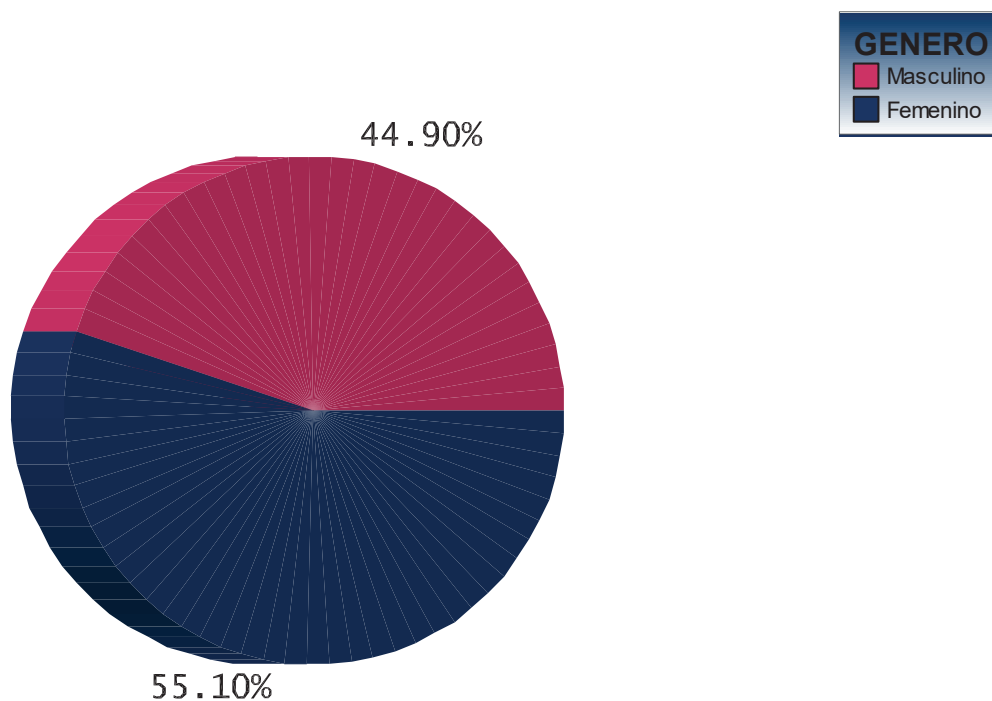
11.- ANEXOS

Distribución de la población según género. Uruapan, Michoacán. Noviembre 2006.

	Frecuencia	%	% acumulado
Masculino	22	44,9	44,9
Femenino	27	55,1	100,0
Total	49	100,0	

Tabla No. 1

FUENTE: Cuestionario aplicado a adultos mayores en Uruapan, Michoacán 2006



Grafica No. 1