

11226
24/1/5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Universidad Nacional Autónoma de México

“El paciente Geriatrico y su atención por el Médico Familiar.”

TESIS RECEPCIONAL

Que para Obtener el Título de

MEDICO FAMILIAR

Presenta

Germán Flores Martínez



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

Enero 1987.



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 está 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.

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS
 - 1. Aspectos demográficos
 - 2. Definición
 - 3. Objetivos
 - 4. Aspectos de salud
 - 5. Aspectos legislativos
 - 6. Aspectos biológicos
 - 7. Alteraciones iatrogénicas
 - 8. Aspecto sexual
 - 9. El papel del Médico Familiar
- III. OBSERVACION DEL PROBLEMA
- IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- V. OBJETIVO GENERAL
- VI. OBJETIVO INTERMEDIO
- VII. HIPOTESIS GENERAL
- VIII. HIPOTESIS ESTADISTICA
- IX. LIMITES DE LA INVESTIGACION
- X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- XI. DISEÑO DE LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
- XII. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION
- XIII. RESULTADOS DE EL CUESTIONARIO APLICADO A MEDICOS FAMILIARES.
- XIV. CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS
- XV. CONCLUSIONES
- XVI. PROPOSICIONES Y SUGERENCIAS
- XVII. ANEXOS
- XVIII. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

A través del tiempo el ser humano recorre diversas etapas que abarcan desde recién nacido hasta senil. Dentro de ellas se tienen cambios significativos en las posibilidades físicas y psicológicas que con el transcurrir de los años disminuyen. El hombre se desarrolla dentro de una sociedad determinada y tiene un alto valor, por lo que a fuerza de trabajo se refiere, pues se reconoce socialmente productivo tanto biológica como jurídicamente.

Laboralmente el individuo deja de producir a partir de los 60 años de edad, tiempo designado por la sociedad para retirarse de una labor que venía desempeñando, ya que se considera han disminuido las condiciones físicas y mentales, mermando la capacidad para seguir trabajando.

Dentro de la familia, el jubilado ha de sufrir cambios estructurales, lo cual se evidencia cuando pasa de un núcleo familiar extenso al nuclear, causando conflictos en la dinámica familiar por falta de ajuste de pautas transaccionales.

Siendo el retiro una de las últimas fases del ciclo vital de la familia y del ser humano, es papel del médico familiar el proporcionar atención adecuada y oportuna con un acervo de conocimientos para atender la patología del paciente geriátrico, lo que significa que el médico familiar tiene que conocer ampliamente las áreas psicomotora y cognocitiva sobre el paciente.

La ansiedad y depresión son estados frecuentes del ser humano que en éste se observa con más frecuencia, equivocándose en el diagnóstico del mismo, exponiendo al paciente geriá-

trico y a su familia a sufrir una disfunción familiar.

Las circunstancias antes mencionadas crean en el paciente geriátrico un sentimiento de minusvalía, así como desajustes del equilibrio psicológico que sólo conduce a marginación, rechazo y soledad.

La finalidad de este trabajo es hacer notar los aspectos por los cuales el médico familiar carece de elementos suficientes para la atención del paciente geriátrico, lo que conduce a una atención deficiente caracterizada por falta de conocimientos que abarcan desde el inicio de su preparación hasta el curso de especialidad en medicina familiar, en donde se tocan aspectos médicos superficiales de geriatría.

Ahora bien, el médico familiar con un aprendizaje significativo puede hacer que los aspectos psicológicos y sociales mitiguen el deterioro de estas funciones por medio de programas tendientes a favorecer una atención adecuada del paciente, así como la dignificación de la vejez, a pesar de vivir en un país en donde el paciente joven es el de más interés por su poder productivo, siendo meritorio observar hacia el futuro en donde la población de pacientes seniles van en aumento, aunque algunos de nosotros pensemos estar preparados para la vejez, por lo que hay que observar nuestro núcleo familiar, nuestros integrantes y que es lo que nos depara el futuro como viejos.

II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En nuestro medio el hablar de senectud implica referirse a una etapa a la cual no deseáramos llegar, pero sin embargo constituye un fenómeno complejo e inevitable.

El envejecimiento es proceso multieslabonado que se inicia mucho antes que la ancianidad, conduce a la limitación de las capacidades adaptativas, llevando consigo una probabilidad creciente de fallecimiento. Es papel del médico familiar atender y cuidar la salud del individuo desde un punto de vista integral, esto implica una investigación sobre sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales, condicionando con esto, descubrir un amplio colorido de experiencias que incrementan su capacidad de proporcionar una atención integral.

1. ASPECTOS DEMOGRAFICOS

De acuerdo al X Censo General de Población y Vivienda de 1980 (13), la población total de México fue de 67 millones de habitantes; de ésta las personas mayores de 60 años representó el 5.8% de la población total, correspondiendo en cifras de habitantes a 3'900,000. De la anterior, 1'800,000 (2.6%) correspondió al sexo masculino y 2'000,000 (3.2%) al sexo femenino.

A partir de los 60 años de edad, las estadísticas poblacionales indican que el porcentaje de ésta disminuye significativamente conforme avanza la edad. Aún en relación con los censos poblacionales indica que la tasa de mortalidad ha descendido, siendo hasta 1980 de 8.5 por 1000 habitantes. Por otra parte la tasa de natalidad va en descenso, estando

das o pensionadas por alguna institución de salud, considerándose que el 20% se encontró en condiciones económicamente estables, en contraste con un 80% que se encuentra con una precaria condición económica.

2. DEFINICION

Debemos entender por gerontología (del griego geron, viejo o anciano y logos, tratado, ciencia), la ciencia biológica que se ocupa del envejecimiento y por consiguiente estudia los fenómenos vitales tanto en sus aspectos fisiológicos como sociales y económicos, que tienen lugar en las etapas avanzadas de la vida. Geriatria (del griego geron, anciano e iateia, curar) es la especialidad médica derivada de la anterior que estudia y trata los cambios y enfermedades del organismo provectoro.

3. OBJETIVOS

Los objetivos de la gerontología se divide en tres grupos fundamentales que son:

- a) Biología de la edad
- b) Problema clínico de la edad y
- c) Problemas económico-sociales de la vejez.

El primero se refiere a la biología de la edad y para su análisis se subdivide en los siguientes apartados: a) estudios sobre los fenómenos de la evolución y desarrollo y b) estudio sobre los fenómenos de la involución y senectud.

Para el estudio del aspecto clínico de la edad en general, se subdivide en dos grandes grupos: medicina pediátrica y

medicina geriátrica. Podemos agregar además que la medicina geriátrica se subdivide en tres ramas que estudian: a) La senectud y la senilidad normales tanto en sus aspectos físicos como mentales; b) La dedicada a las enfermedades de la senectud (geriatría propiamente dicha) que pueda llegar a producir incapacidades o insuficiencias de diversos grados; c) Aquellas que se relacionan con los aspectos psicológicos del individuo de edad llama psicogeronomía.

El tercero y último de los objetivos de la gerontología, agrupa los estudios de los problemas económico-sociales. Entre los aspectos económicos podemos mencionar el desempleo, las jubilaciones, las consecuencias de las enfermedades crónicas o de los incapacitados físico y psíquicamente y el que se refiere al empleo de las personas de edad avanzada en las industrias. Otro problema no menos importante, la educación del adulto y sus familiares que lo rodean, así como las diversas actitudes de ellos para con el anciano, y lo más importante para la humanidad lo que se refiere a la madurez intelectual y emocional de las personas mayores (6).

4. ASPECTOS DE SALUD

Con el avance del conocimiento científico, el aumento de la atención médica, así como el mejoramiento del ambiente, se ha reducido los niveles de mortalidad fundamentalmente a partir de 1940, señalando el año de 1966 en el que se logra que de 10 de 6 personas sobrevivan al llegar a los 60 años (13).

Mortalidad.- Las 10 principales causas de mortalidad en 1976 para este grupo de personas fueron: Enfermedades del cora-

zón, Influenza, Neumonías, Enfermedades Respiratorias Agudas, Tumores malignos, Enfermedades cerebrovasculares, Diabetes Mellitus, Enteritis y otras enfermedades diarreicas, Bronquitis, Enfisema y Asma, Cirrosis hepática, Anemias, otras deficiencias nutricionales y accidentes (9.13).

Morbilidad.- Las 10 principales causas de morbilidad para este grupo de personas en el mismo año fueron: Enfermedades del aparato respiratorio, Enfermedades del aparato circulatorio, Enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, Enfermedades del sistema nervioso central y órganos de los sentidos, Enfermedades osteomioarticulares y del tejido conjuntivo, Enfermedades del aparato digestivo, Enfermedades metabólicas y de la nutrición, Fracturas, traumatismos y otras lesiones, Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo (9.13).

5. ASPECTOS LEGISLATIVOS

Son muchos los aspectos que se hablan del paciente geriátrico, el Código Civil en su Artículo 304 habla de la obligación de los hijos de proveer sustento a sus padres, siempre y cuando éstos se encuentren impedidos de obtenerlo. Por otra parte, la Ley Federal del Trabajo considera el aspecto de el despido de los trabajadores y la indemnización en relación con las semanas laboradas; sin embargo no se contempla la edad de la jubilación, remitiéndose estos contratos a los acuerdos que se tenga con la empresa.

Se extiende sólo pensión a la población que fue económicamente activa y ésta es proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, consiguiendo dos tipos de pensión:

a) Por cesantía con edad mínima de 60 años y 500 semanas cotizadas y b) Por edad avanzada, fijando como límite de edad de 65 años y 500 semanas cotizadas. Calculándose el 1% del salario anual por cada año de cotizaciones ó 1.33% si el beneficiario es casado.

Por lo que se puede observar, las leyes no benefician a los jubilados, por lo tanto son escasas las normas jurídicas que protegen de algún modo a las personas seniles (10,12,14,15).

6. ASPECTOS BIOLOGICOS

a) *Modificaciones tisulares.*- Con la edad el peso de los órganos disminuye, además se observa retardo gradual de la división celular, de la capacidad para crecer y de la cicatrización de los tejidos, así como atrofia celular, degeneración, aumento de la pigmentación celular, infiltración grasa de las células, disminución gradual de la elasticidad de los tejidos y cambios degenerativos en el tejido conjuntivo.

b) *Modificaciones metabólicas.*- Hay reducción progresiva del metabolismo basal en relación con la superficie corporal.

c) *Modificaciones químicas.*- Deshidratación gradual de los tejidos, aumento del sodio, cloro y calcio en los diferentes órganos (5,11).

Cambios específicos por aparatos y sistemas:

a) Sistema Nervioso.- El peso del cerebro disminuye después de los 70 años. Se han observado cambios en la estructura neuronal y consecuentemente trastornos en la conducción y velocidad. Estas alteraciones dominan en el área de sensibilidad táctil, propioceptiva y de la agudeza auditiva, visual, olfatoria y gustativa. El nivel intelectual no parece alterarse. Los cambios aterosclerosos que surgen con la edad, ocasionan accidentes cerebrovasculares que importan por su gran mortalidad general en personas mayores de 60 años.

b) Sistema cardiovascular.- El sistema de conducción nervioso automático del miocardio, se ve alterado por trastornos funcionales probablemente secundarios a una isquemia de sus vasa vasorum.

c) Aparato respiratorio.- La capacidad pulmonar total disminuye en una cifra promedio de 4.5 ml/año/m² de superficie corporal, aumenta el espacio anatómico muerto a 150 ml en la senectud, la capacidad vital pulmonar disminuye con la edad.

La frecuencia respiratoria en promedio aumenta. El aumento de volumen residual, la disminución de la ventilación alveolar y las condiciones en el deterioro de la difusión de los gases, causan disminución de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial de los ancianos.

d) *Aparato digestivo.*- Hay una disminución de la actividad de las diversas secreciones del aparato digestivo. Se reduce la potencia digestiva y la capacidad enzimática del duodeno.

e) *Aparato urinario.*- La disminución de la capacidad funcional renal es un fenómeno progresivo y normal, que guarda relación con la edad, observándose disminución progresiva de la función a partir de la cuarta década de la vida y que ésta afecta las funciones glomerulares de filtración.

f) *Glándulas endócrinas.*- La regulación hormonal es dictada no sólo por la función alterada de la glándula endócrina, sino también por los cambios del metabolismo, el transporte de hormonas y en la sensibilidad de los tejidos a la acción.

La hormona adrenocorticotrópica en la hipófisis aumenta con la edad. La actividad funcional de la tiroides disminuye. Se incrementan los niveles de glucosa a medida que pasan los años. La función androgénica de la corteza adrenal, disminuye en forma progresiva no detectándose cambios significativos en la secreción de la aldosterona. La secreción de glucocorticoides no se altera.

El climaterio adquiere su máxima importancia por la deficiencia gonadal que existe. La excreción de estrógenos disminuye significativamente en la mujer, alterándose la relación estrógenos-andrógenos.

g) *Aparato locomotor.*- Los padecimientos en este aparato se presentan de importancia por el grado de invalidez que presenta. En el sujeto la degeneración progresiva así como la distrofia, son comunes. Por otra parte son manifestaciones típicas del hueso, la disminución de la calcificación

de éstos en general y presentándose reblandecimiento de los discos intervertebrales, así como cambios en la composición de las cápsulas sinoviales.

La fuerza disminuye con la edad, siendo observable este hecho alrededor de los 30 años de edad y siendo más marcado este suceso en los varones (2,5,9,11).

h) Consideraciones psicológicas y psiquiátricas.- El sujeto que sobrepasa los 60 años de edad tiene que enfrentarse a situaciones nuevas, de éstas destacan la jubilación como hecho trascendente en el que se pasa de una vida activa a una inactiva, la pérdida de seres queridos para él, disminución del aporte económico, inseguridad en el porvenir, disminución de las facultades físicas, modificaciones en el impulso sexual, que a menudo todas ellas producen confusión y angustia.

Cuando los medios de adaptación fallan, el estado armónico se deteriora en el viejo, manifestándose con depresión y angustia. Algunos trastornos mentales orgánicos encontrados en el paciente geriátrico son de enorme importancia, como son: la depresión, ansiedad, estados hipocondríacos, dependencia y demencia senil, entre otras (5,6,7,11).

8. ALTERACIONES IATROGENICAS

Los ancianos con su habitual patología múltiple están sometidos en muchos de los casos a una farmacia y al ser su patología frecuentemente crónica, sus tratamientos suelen ser muy prolongados. El hecho de administrar los fármacos, altera la farmacocinética de éstos, originando efectos indeseables y por otra parte, la disminución natural en la función

del riñon, causa más alteración en la farmacocinética y farmacodinámica.

El médico familiar no toma en cuenta que el paciente geriátrico responde en forma distinta a las enfermedades y una situación trivial puede producir una repercusión a su núcleo familiar (5,6,11).

9. ASPECTO SOCIAL

Dentro de las organizaciones más adelantadas de un estado protector de prestaciones sociales como el nuestro, es muy importante que la atención y la preparación para la vejez dependa de la sociedad, ya que en ésta, la vejez implica un decremento en el rango social y por esto se debe renunciar a los papeles sociales y ocupacionales más productivos y poderosos. El desempeño de los papeles sociales depende al final de cuentas de la integridad física y mental de cada individuo. Nadie, a ninguna edad, puede ser independiente de la sociedad, pero la dependencia social de la ancianidad adquiere los rasgos de cualquier enfermedad crónica degenerativa.

El problema social de la vejez radica en la marginación, el rechazo y sentimiento de inutilidad, siendo más observado este problema en países subdesarrollados y radicando éste en tres rubros principales: a) la forma de organización industrial que valora sobre todo a la población y la productividad; b) el carácter tecnocrático de la sociedad actual y c) el predominio de la familiar nuclear en la cual se toma al anciano como una carga.

Las personas adultas tienen derecho a contar con los medios suficientes y necesarios para satisfacer y disfrutar de una vida digna dentro de niveles adecuados, siendo por el contrario esta situación incierta en millones de mexicanos de más de 60 años y especialmente con los que tienen mayor edad (3,4,6,10,12).

10. EL PAPEL DEL MEDICO FAMILIAR

Existen alteraciones en la relación médico-paciente con la persona geriátrica en cuanto a su atención integral y por ello, es papel del médico dar una retroinformación al paciente, pero se contraponen a esto la carga de trabajo que interfiere, siendo importante considerar que el médico familiar será efectivo si los objetivos de éste y los de la institución están próximos, lo que implica que el médico familiar debe tener un incentivo para que el esfuerzo sea eficiente y no enfocado hacia otro lado (1,2,8).

Dentro de la problemática sociofamiliar, la mayoría de los ancianos presenta algún tipo de alteración de tipo social o familiar que se agudiza al adquirir alguna enfermedad. Esta problemática algunas veces supera en importancia la propia enfermedad, por lo que se debe prestar una atención especial a este estado (7,11,12).

El envejecimiento psicológico está dado por los cambios biológicos y sociales e interacción con la propia personalidad del individuo, ya que estos perfilan la transición hacia una vejez normal o patológica, siendo a menudo difíciles de precisar los límites (5,6,9,11).

En cuanto a los envejecimientos psicológico y biofisiológico estos tienen una importancia capital dado que conforme avanza la edad estos son más notorios, así como las medidas preventivas que se han realizado para la vejez, las cuales inciden directamente en la esfera emocional, así como en la familiar.

Se ha querido dar una solición a esto enfatizando en el concepto moderno de servicio social por parte del estado, en lo referente a procurar bienestar al anciano por medio de la creación de asilos, los cuales distan de resolver la problemática existente con una sociedad poco comprensiva parte de desorganizada para brindar ayuda, habiendo de entender que no es caridad que se ofrece sino obligación que se otorga (12).

III. OBSERVACION DEL PROBLEMA

El médico familiar carece de formación adecuada para la atención del paciente geriátrico, ya que los conocimientos que tiene, son dirigidos hacia un paciente productivo y limitándose únicamente a lo orgánico, distando de ser integral y olvidándose de la esencia de lo que es el ser humano y en sí, de la medicina.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El médico familiar no tiene los conocimientos necesarios para la atención del paciente geriátrico, lo que condiciona deficiencia en su atención integral, así como el desconocimiento de las circunstancias que llevan al individuo geriátrico a una situación especial de salud o enfermedad.

V. OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe o no preparación del médico familiar para la atención del paciente geriátrico en la UNF No. 33.

VI. OBJETIVO INTERMEDIO

Identificar si el médico familiar tiene conocimientos generales en geriatría.

VII. HIPOTESIS GENERAL

El médico familiar carece de conocimientos para atender al paciente geriátrico.

.VIII. HIPOTESIS ESTADISTICA

Ho. El médico familiar tiene los conocimientos necesarios para la atención del paciente geriátrico.

Hi. El médico familiar no tiene los conocimientos necesarios para la atención del paciente geriátrico.

IX. LIMITES DE LA INVESTIGACION

Muestra: Se tomó como base de la muestra a todos los médicos familiares, siendo esta recolección por cuota, compuesta por 54 médicos familiares distribuidos en dos turnos que laboran en la U.M.F. No. 33.

Dentro de las características de la muestra no hubo distinción de sexo o edades, independientemente de egresados o no de la residencia de medicina familiar, ni si estaban en forma transitoria o permanentemente, ni el tiempo de práctica médica.

Se aplicó a los médicos familiares un cuestionario de 30 reactivos de tipo cerrado, investigando las áreas cognocitiva y psicomotora en relación con la práctica geriátrica.

Geográficos: La U.M.F. No. 33 "El Rosario" del IMSS, encontrándose ésta en la Delegación No. 3 del Valle de México, está ubicada en la esquina de calzada de las Armas y avenida Parque Vía.

Tiempo: El proyecto de investigación es longitudinal, de tipo observacional, comprendiendo los meses de Marzo a Noviembre de 1986.

Recursos Humanos: Médicos Familiares de ambos turnos, adscritos a la U.M.F. No. 33; Médico asesor de esta investigación y Residente de Medicina Familiar encargado de la investigación.

Recursos Materiales: Bolígrafos, escuadras, calculadora, hojas tamaño carta y máquina de escribir.

Recursos Económicos: Los necesarios para la adquisición del material a utilizar.

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1. Selección del tema a investigar del 2 al 9 de Diciembre de 1985.
2. Revisión bibliográfica referente al tema investigado del 15 al 30 de Diciembre de 1985.
3. Elaboración del protocolo de investigación del 31 de Diciembre de 1985 a el 11 de Enero de 1986.
4. Presentación del protocolo de investigación ante la Jefatura de Enseñanza de la U.N.F. No. 33, el 11 de Enero de 1986.
5. Reestructuramiento del proyecto si se requiere, del 11 al 30 de Enero de 1986.
6. Elaboración del cuestionario en hojas para su difusión y corrección si así se requiere, del 17 al 28 de Febrero de 1986.
7. Captación de la información en base al cuestionario ya elaborado en los consultorios médicos de la U.N.F. No. 33 con el objeto de realizar el estudio. Obteniéndose con ello datos generales del médico (edad, si es egresado de la residencia de Medicina Familiar), del 4 de Marzo a el 28 de Agosto de 1986.
8. Análisis de la información del 3 al 17 de Septiembre de 1986.
9. Procesamiento de los datos desde el punto de vista estadístico del 17 de Septiembre al 10 de Octubre de 1986.

10. *Elaboración de resultados correspondiendo al ordenamiento de la información recabada.*

11. *Realización de Tesis terminada así como últimas correcciones a ésta.*

12. *Envío de Tesis al Departamento de Enseñanza e Investigación.*

XI. DISEÑO DE LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

¿No atiende en forma integral el Médico Familiar al paciente geriátrico?

Una atención integral por parte del Médico Familiar ha de ser la que abarque en su tratamiento los tres aspectos, el biológico, el psicológico y el social; pero al parecer actualmente el Médico Familiar ha olvidado los aspectos psico-sociales, limitándose únicamente a un reducido universo de trabajo. Es sabido que la atención integral es el mejor procedimiento terapéutico que tiene el médico, adquiriendo así, un valor intrínseco, porque en ella se encuentran aspectos involucrados en la relación médico-paciente. Estos aspectos son importantes ya que una vez que se establece una buena relación, se logra con ello la confianza del paciente, produciéndose en él un efecto placebo, pues de no lograrse lo anterior, el tratamiento se verá afectado -- llevando con ello una relación poco viable.

Otro aspecto que impide la buena comunicación entre el médico y el paciente geriátrico, es la carencia de preparación adecuada por parte del Médico Familiar para tratar al pa-

ciente geriátrico como ser humano y no como un conjunto de órganos enfermos.

Por lo tanto, la empatía es un elemento fundamental y creemos que el Médico Familiar puede ser enseñado a lograr esta relación, pues teniendo una buena preparación científica y humana, se cumplirán los objetivos íntegramente de la vocación. Una buena relación Médico-Paciente puede ayudar al tratamiento disminuyendo en muchos casos las posibilidades de enfermedad y aumentando con ello la salud y la longevidad.

Conociendo los cambios biológicos, histológicos y metabólicos que se presentan en los diferentes sistemas del organismo del paciente geriátrico y estableciendo con ello una buena relación médico-paciente, conoceremos los desajustes emocionales que se presentan en el hombre en su etapa de retiro, contribuyendo así a una mejor comprensión hacia ellos, integrándolos a su núcleo familiar.

Ahora bien falta una característica que es importante retomar, ésta es la motivación, que si bien ya se mencionó con anterioridad, es importante hacer énfasis en ella y tomar muy en cuenta que puede brindar al paciente geriátrico una atención adecuada. Por ello, los objetivos del Médico Familiar y los de la Institución deben estar acordes; en otras palabras, el Médico Familiar debe estar motivado para lograr la atención médica, de otra manera el esfuerzo que aplique será mínimo o estará enfocado hacia otro lado.

XII. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

Se tomó en consideración las características del universo de trabajo, así como la U.N.F. No. 33 en donde se realizó la investigación; se tomó en consideración a los médicos que ahí laboran, siendo estos su totalidad un número de 54 los cuales están distribuidos en dos turnos (matutino y vespertino), su edad oscila entre los 26 y 45 años de edad.

La muestra seleccionada fue en forma estratificada y por cuota que se compone de 45 sujetos que representan el 83.3% de la población de médicos familiares.

Las características específicas de la muestra son las siguientes:

- a) Sexo indistinto
- b) Edad no determinada
- c) Médicos familiares (egresados de residencia o no)
- d) Tiempo completo dedicado al Instituto

Seleccionados los sujetos se les aplicó un cuestionario de 30 reactivos de opción múltiple, basándolo en la codificación de dos cuestionarios anteriores y aplicando ésta a la muestra de los 45 sujetos que representaron el 83.3% con el fin de detectar y estudiar los conocimientos específicos sobre geriatría que posee el Médico Familiar.

El cuestionario elaborado en la forma de preguntas cerradas sirvió para obtener información acerca de conocimientos generales de geriatría, definiciones de ésta y gerontología, clasificación y ubicación del paciente geriátrico dentro del ciclo vital de la familia, causas de enfermedades más fre-

cuentas, efectos iatrogenos en el paciente geriátrico y estadísticas generales de la pirámide de población; si el médico ha tenido preparación de tipo geriátrico, si proporciona educación médica a sus pacientes seniles, así como preparación para la vejez.

Para la verificación de los datos obtenidos se escogió como método estadístico de análisis, el empleo de medidas de tendencia central, medidas de dispersión, empleo de Ji' , así como sus tablas para obtener sus grados de significancia.

En la forma siguiente, corresponde a las fórmulas utilizadas:

Paso 1

Encontrar la media para cada punto en el tiempo, es decir para cada tipo de sujeto, para ello se emplea la fórmula de:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

Paso 2

Entre las medidas de dispersión de mayor uso, se encuentra la desviación estándar. A través de ésta, se podrá determinar que tanto se desvía cada dato en promedio, respecto a la media aritmética u otra medida de tendencia central, empleándose la siguiente fórmula:

$$s = \frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N}$$

Paso 3

Se calcula Ji' confrontándose este valor con la Ji' teórica que se obtiene de las tablas respectivas.

Se comprueba la hipótesis de investigación (H_1) con un 95% de confianza, o sea, un 5% de error, por lo que se utiliza la hipótesis nula (H_0).

Paso 4

Los resultados obtenidos de la investigación serán tratados con el objeto de realizar una interpretación gráfica de ellos, así como comentario de ellos en la representación tabular.

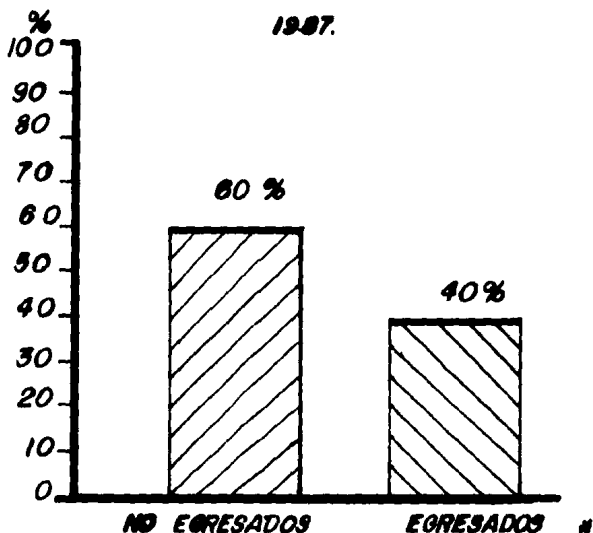
Paso 5

Conclusiones de los datos recabados con el fin de responder al problema planteado, alternativa de solución, comentarios y sugerencias con respecto a la experiencia del trabajo.

**RESULTADOS DE EL CUESTIONARIO APLICADO A
LOS MEDICOS FAMILIARES**

**GRAFICA REPRESENTATIVA DEL PORCENTAJE DE MEDICOS
FAMILIARES EGRESADOS Y NO EGRESADOS DE RESIDENCIA**

**DE LA U.M.F. No. 33.
1987.**



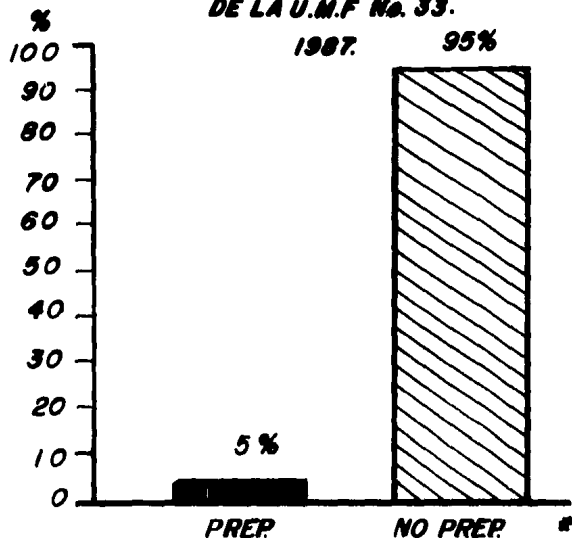
%	60	40
No.	27	18
	NO FAM	FAM.

TABLA I.

*** INFORMACION FUENTE PERSONAL**

En esta gráfica y tabla se observa que los Médicos Familiares no egresados de la residencia, superan en un 20% a los que son egresados de residencia, teniendo significancia por el hecho de que no han tenido preparación de postgrado.

**GRAFICA REPRESENTATIVA DEL PORCENTAJE DE MEDICOS
FAM. CON PREPARACION Y SIN PREPARACION GERIATRICA
COMPARADA CON DOS GRUPOS
DE LA U.M.F No. 33.**



	PREP	NO PREP.
No.	2	43
%	5	95

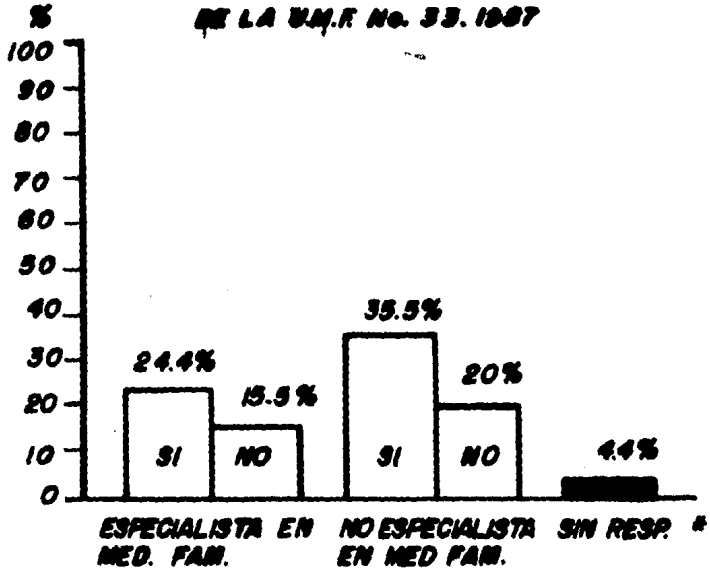
TABLA 2

*** INFORMACION FUENTE PERSONAL**

Con respecto a la preparación de tipo geriátrico que tiene el Médico Familiar es del 5%, contrastando con el 95% -- restante correspondiente a los cuales no cuentan con preparación de tipo geriátrico. Lo que origina que el médico no pueda dar información integral del paciente, así como de los múltiples cambios que se originan en el paciente geriátrico.

**GRAFICA REPRESENTATIVA EN DONDE EL PACIENTE GERIATRICO
ES O NO UN PROBLEMA SOCIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA
DEL MEDICO FAMILIAR**

DE LA U.M.F. No. 33. 1987



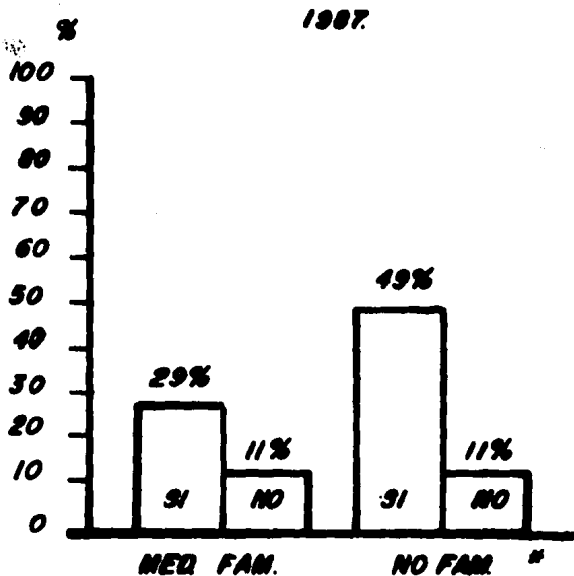
		No.	%
MED.FAM.	SI	11	24.4
	NO	7	15.5
NO FAM.	SI	16	35.5
	NO	9	20
SIN RESP.	-	2	4.4

TABLA 3

*** INFORMACION FUENTE PERSONAL**

En la tabla y gráfica que se muestran, hay una gran diversidad de opiniones, por una parte están los egresados de la especialidad que ven al paciente geriátrico inmerso en problemas de tipo social, estos corresponden en una proporción de 24.4% y contrasta con el 15.5% de los que opinan no ser un problema de tipo social. Los no egresados de la residencia opinaron análogamente, y la proporción es del 35%. El 20% refirió que no es problema de tipo social y el 4.4% no contestó a las preguntas del cuestionario.

GRÁFICA CORRESPONDIENTE A LA EDUCACION MEDICA QUE PROPORCIONA A LOS PACIENTES SEMILES EL MEDICO FAM. DE LA U.M.F. No. 33.



		Nº	%
MED FAM.	SI	31	29
	NO	5	11
NO FAM.	SI	31	49
	NO	5	11

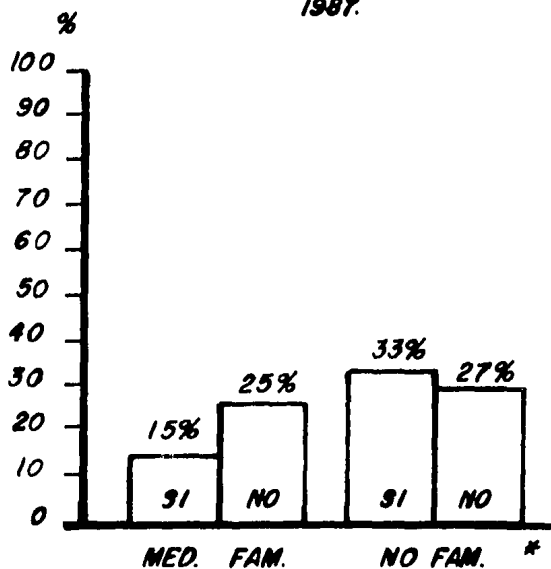
TABLA 4
* INFORMACION FUENTE PERSONAL

En esta gráfica se representa proporcionalmente la educación que el Médico Familiar proporciona a sus pacientes geriátricos, la información que se obtiene es significativa, ya que, los egresados de la especialidad que si dan educación corresponde al 29%, que conjuntamente con el 49% de los no egresados que opinaron que si proporciona educación a los pacientes geriátricos, corresponde al 78%. Con respecto a la preparación que tiene el Médico Familiar contrasta, pues existe una divergencia en la información que se tiene, ya que el Médico Familiar proporciona educación al respecto. El 22% restante contestaron que no proporcionaron educación a sus pacientes seniles.

**TABLA Y GRAFICA CORRESPONDIENTE A EL APOYO QUE RECIBE
EL MEDICO FAMILIAR POR EL EQUIPO DE SALUD.**

DE LA U.M.F. No.33.

1987.



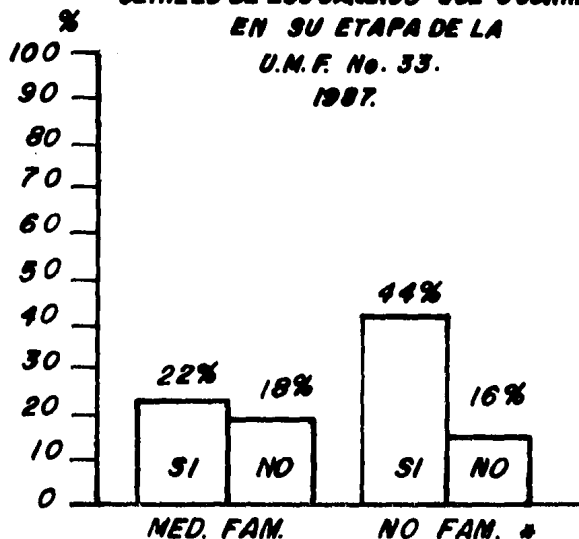
		No.	%
MED. FAM.	SI	7	15
	NO	11	25
NO FAM.	SI	15	33
	NO	12	27

TABLA 5

*** INFORMACION FUENTE PERSONAL**

En cuanto al apoyo que se recibe por el equipo de salud los Médicos Familiares en el 52% de todos los egresados y no egresados no reciben apoyo por el equipo de salud. Contrastando con el 48% que si hay apoyo por parte del equipo de salud.

**GRAFICA CORRESPONDIENTE A LA INFORMACION QUE
EL MEDICO FAMILIAR PROPORCIONA A SUS PACIENTES
SEÑALES DE LOS CAMBIOS QUE OCURREN
EN SU ETAPA DE LA
U.M.F. No. 33.
1987.**



		No.	%
MED.FAM	SI	10	22
	NO	8	18
NO FAM	SI	20	44
	NO	7	16

TABLA 6

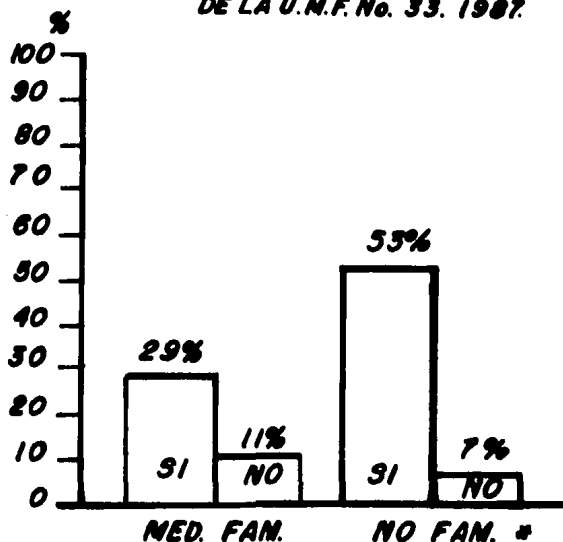
INFORMACION FUENTE PERSONAL

El 22% de los egresados de Medicina Familiar refiere haber explicado al paciente geriátrico de los cambios que ocurren en su vejez, comparativamente con un 18% de estos que no explicaron los cambios que ocurren en la vejez.

En los médicos no egresados se obtuvo un 44% que sí explicaron de los cambios que ocurren en la vejez y con un reducido número del 16% que no explicaron los fenómenos que ocurren en esta etapa. Globalmente los Médicos Familiares que sí explicaron de los cambios que ocurren al paciente geriátrico fueron un 66% que es un poco más de la mitad que sí explicaron de los cambios.

**GRAFICA DONDE SE MUESTRA EN EL MEDICO FAMILIAR
EL ESTADO DE SENTIRSE VIEJO**

DE LA U.M.F. No. 33. 1987.



		No.	%
MED. FAM.	SI	13	29
	NO	5	11
NO FAM.	SI	24	55
	NO	3	7

TABLA 7

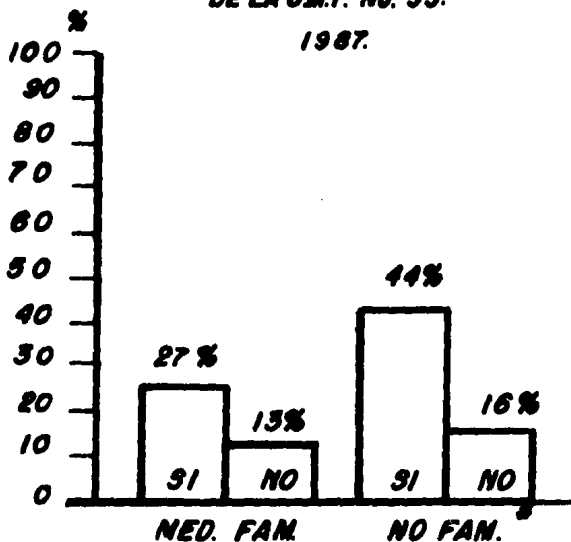
*** INFORMACION FUENTE PERSONAL**

En cuanto a sentirse viejo el 29% de los médicos egresados de residencia, dijeron sentirse viejos, comparando el grupo de médicos no egresados que fue un 53% que afirmaba el sentirse viejos.

Dentro del grupo de médicos egresados de residencia, el 11% negó el ser viejo y comparando el grupo con el contralateral en donde sólo representa el 7% que no se sienten viejos.

**GRAFICA DONDE MUESTRA QUE EL MEDICO FAMILIAR
ESTA PREPARADO PARA LA VEJEZ
DE LA U.M.F. No. 33.**

1987.



		No.	%
MED. FAM.	SI	12	27
	NO	6	13
NO FAM.	SI	20	44
	NO	7	16

TABLA 8

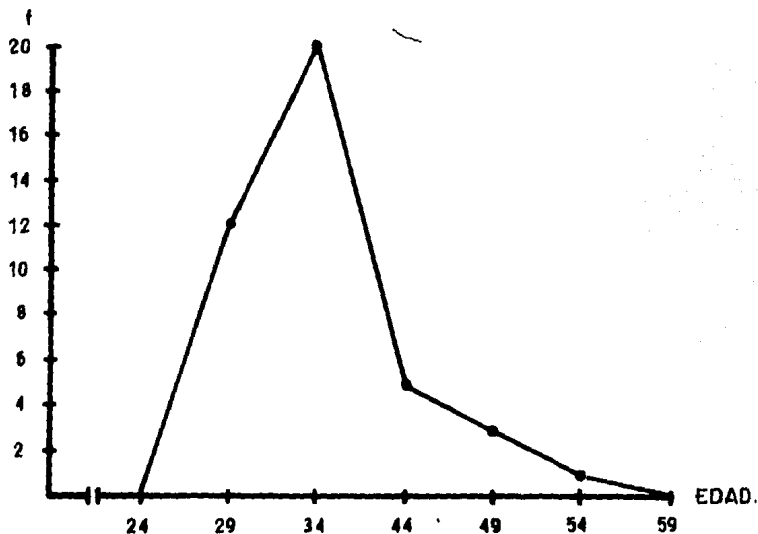
INFORMACION FUENTE PERSONAL

En esta gráfica en donde se indaga de que si el médico se encuentra preparado para la vejez, el grupo de médicos egresados afirma en un 27% que se encuentra preparado, comparativamente el grupo de médicos no egresados el 44% dijeron estar preparados para la vejez.

En el grupo de médicos egresados de residencia sólo el 13% dijeron que no se encuentran preparados para la vejez, así el grupo de médicos no egresados expresaron no estar preparados para la vejez en un 16%.

Globalmente el total de médicos que dijeron estar preparados para la vejez fue de 71% y 29% los que negaron estar preparados para la vejez.

**TABLA Y POLIGONO DE FRECUENCIA, CORRESPONDIENDO
 A LA EDAD DE LOS MEDICOS FAMILIARES DE LA
 UMF N.º 33 1986-87.**



52-56	1	18.25	333.06	333.06
47-51	3	13.25	175.56	2326.1
42-46	4	8.25	68.06	272.24
37-41	5	3.25	10.56	52.8
32-36	20	1.75	3.06	61.20
27-31	12	6.75	45.56	546.7

X $frec$ $x-\bar{x}$ $(x-\bar{x})^2$ $f(x-\bar{x})^2$

MO=34 AÑOS

Mo=34 AÑOS

$\bar{X} = 35.75$

$S = 6.3$

*** FUENTE PERSONAL**

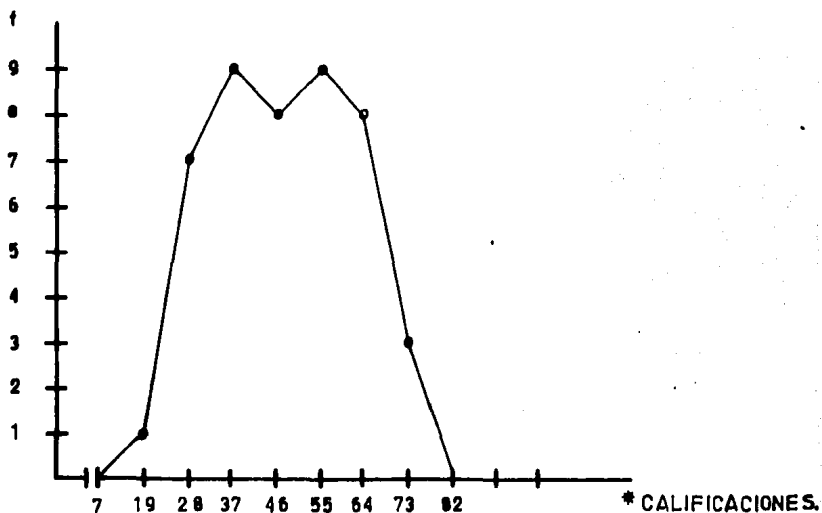
La mayoría de los médicos familiares que se les aplicó la encuesta oscilaban sus edades entre los 29 y 54 años de edad.

En la gráfica y distribución etárea, se observa una desviación hacia la izquierda con una media de 35.75 años, una mediana de 34 años y una moda de 34 años, con un rango y coeficiente de variabilidad amplios y una desviación estándar de 6.31.

Observándose en ésta que los médicos familiares se encuentran la mayoría en la 4ª década de la vida.

En cuanto a la formulación de la pregunta de que si es importante la geriatría dentro del curso de formación de Médico Familiar, todos consideraron importante por su vital trascendencia.

**TABLA Y POLIGONO DE FRECUENCIAS DEL CUESTIONARIO
 APLICADO A MEDICOS FAMILIARES EN LA UMF N°33
 1986 - 87**



69-77	3	25.4	645.16	1933.4
60-68	8	16.4	268.9	2151.2
51-59	9	7.4	54.76	492.8
42-50	8	1.6	2.56	20.4
33-41	9	10.6	112.36	1011.2
24-32	7	19.6	384.16	2689.1
15-23	1	28.6	817.96	817.96

CALF f (x - \bar{x}) (x - \bar{x})² f(x - \bar{x})²

\bar{X} = 47.6
 M_o = 37.55
 O = 14.23
SESGO = 0.112

*** INFORMACION
 PERSONAL.**

En cuanto al polígono de frecuencia y tabla correspondiente del cuestionario aplicado a los médicos familiares, éste tiene una distribución central, con media de 47.6, bimodal siendo estos el 37 y 55 de promedio, con una desviación estándar de 14.23 y con sesgo de 0.112. Llama la atención el promedio de la gráfica, así como los bajos promedios obtenidos.

XIV. CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS

Para la contrastación de la hipótesis se utilizó la prueba de Ji^2 teniendo en consideración las hipótesis de trabajo:

H_1 . El médico familiar no tiene eficiente formación para dar atención médica integral al paciente geriátrico.

H_0 . El médico familiar tiene una deficiente formación para dar atención médica integral al paciente geriátrico.

Una vez obtenidas las frecuencias esperadas, se obtiene un valor que en este caso es de 40, el cual se confronta con la Ji^2 teórica que se obtiene en las tablas respectivas.

En este caso, se requiere probar la hipótesis de investigación (H_1) con un 95% de confianza, o sea, un 5% de error. En el estudio la Ji^2 real es mayor que la teórica.

La Ji^2 teórica se busca en tablas. Los datos para hacerlo son el nivel de confianza, que aparece en la parte superior y los grados de libertad es: (número de columnas - 1) (número de renglones - 1) = (2-1) (2-1) = 1.

La región crítica o de rechazo de hipótesis nula se establece una vez que se conoce el valor de Ji^2 teórica.

Cualquier valor de la Ji^2 calculada (con la fórmula) que sea mayor a la de la teórica, entrará en la región crítica, razón por la cual la hipótesis nula se rechazará, en tanto que la contraria, es decir la de la investigación no se rechazará.

En conclusión la prueba de J_1^2 reveló que la relación encontrada entre las dos variables objeto del análisis, es significativa con un 95% de confianza, es decir que tiene un 5% de probabilidad que no lo sea.

CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS

		CONOCIMIENTO GERIATRICO		
		BASTANTE	POCO	
ATENCION AL PACIENTE SEÑIL.	BASTANTE	2	44	46
	POCO	35	10	45
		37	54	91

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

f_o	f_e	$f_o - f_e$	$(f_o - f_e)^2$	$(f_o - f_e)^2 / f_e$
2	18.7	-16.7	278.9	14.9
44	27.29	16.71	279.2	0.61
35	18.2	16.8	282.2	15.50
10	26.70	-16.7	278.9	10.44

$P < 0.05$

$P < 0.001$

$1g1 = 1$

$$\Sigma \chi^2 = 416$$

$$\chi^2_{obs} = 416$$

$$\chi^2_{TAB} = 16.92$$

$$\chi^2_{obs} > \chi^2_{TAB}$$

$\therefore H_1$ SE ACEPTA

H_0 SE RECHAZA

XV. CONCLUSIONES

El paciente geriátrico es un grupo que necesita atención, ya que no se ha dado el auge necesario para ésta. Dentro de la formación del médico no se ha contemplado al paciente geriátrico como paciente que merece una atención especial dado que este grupo tiene características específicas que lo hace ser diferente a lo que es un paciente adulto y ofrecer con ello una atención médica integral.

Dentro de la formación del médico general y del médico familiar no se contempla al paciente geriátrico como entidad especial de análisis, ya sea por su número reducido de pacientes a los que se presenta a consulta, pero que con el correr de los años va en incremento en la pirámide de población, así como su importancia.

La atención médica institucional está orientada hacia la atención del paciente trabajador activo y ver aquí como los planes van orientados hacia éste y su familia, despreocupándose de su atención hacia el paciente geriátrico. La medicina familiar pretende abarcar el estudio del ser humano en sus tres áreas, pero no se ha hecho incapié en la última fase a la que todos los individuos llegamos, la vejez.

La mayoría de los médicos encuestados fueron relativamente jóvenes con una edad promedio de 35 años, teniendo este aspecto en consideración.

En el polígono de frecuencias del cuestionario que se aplicó se busco, que tanto conoce el médico familiar sobre aspectos generales de geriatría, así como aspectos que el médico debe

manejar en un 85%, teniendo en consideración el acervo de conocimientos del médico familiar y su autoenseñanza. El promedio de los cuestionarios fue de 47.6, lo que indica la falta de preparación por parte del médico familiar para la atención del paciente geriátrico.

Además el conseso de los médicos reconoció la falta de preparación en el área geriátrica, dada la falta de materias que tratan sobre el viejo en la formación curricular, tanto en pregrado como en postgrado y originando con ello deficiencia en su atención.

Se tiene en consideración otro aspecto que es el iatrogénico ya que por desconocimiento de la fisiología del anciano el médico familiar muchas veces somete a una polifarmacia y con mucha frecuencia crónica y al ser los tratamientos prolongados conlleva al deterioro del paciente geriátrico, por lo que no se tiene en consideración este aspecto.

Es controvertida la opinión de que si el paciente geriátrico es considerado un problema social, en la actualidad aún no lo es, pero si se tiene en consideración ya que la falta de conocimiento de lo que es un paciente geriátrico, así como el no estar preparados para una etapa de nuestro ciclo vital, origina que esto sea tomado como problema de tipo social.

La formación que se tiene dentro del núcleo familiar ha constituido una parte muy importante, ya que si hay concientización de lo que implica la vejez, no habría dificultades para su atención e interpretación del paciente geriátrico en su fase de retiro.

En el trabajo se llegó a la conclusión de que el médico familiar proporcione educación a los pacientes geriátricos sin previa información y formación geriátrica, por lo que la información que se transmite no tiene bases sólidas y origina con esto una deformación de ésta, así como una deteriorada orientación.

En cuanto a el estado de sentirse viejo teniendo una edad promedio de 34 años, a de profundizarse, ya que es dato de baja productividad, así como obstáculo para la generatriz del conocimiento.

En cuanto a que si el médico familiar se encuentra preparado para la vejez, pudiera ser equivocado el término, ya que para estar preparado es necesario haber tenido una formación previa, la cual se pudiera dudar, ya que si no se tiene ésta desde el núcleo familiar es poco factible la interpretación del nuevo rol.

XVI. PROPOSICIONES Y SUGERENCIAS

Considero que es importante que se incluya en la formación de Médico Residente el área referente a Geriatría, ya que resulta importante para contemplar en toda su perspectiva al ser humano, sin olvidarse de los aspectos que representa esta última etapa.

La formación de planes de trabajo para los Médicos Familiares tendientes a el conocimiento de las bases de lo que es geriatría, sus objetivos, alcances y proyectos, con el fin de brindar al paciente geriátrico una atención integral.

En la formación de pregrado, es esencial que el médico en formación conozca las diferentes interacciones en donde la geriatría tiene un papel fundamental.

Un programa educativo con evaluación continua en donde se tratará de estimular la investigación dentro de esta área y muchas otras, fortaleciendo los diferentes capítulos de la medicina familiar y optimizar los diferentes recursos con los que cuenta el Médico Familiar.

Dentro de la familiar, conociendo las diferentes facetas de lo que es un paciente geriátrico, se puede incidir en la fase sincrética de los diferentes integrantes de la familia y con ello cambiar los diferentes patrones conducturales y habiendo un mejor entendimiento de el paciente geriátrico por parte de la familia.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

CUESTIONARIO QUE SE APLICÓ A LOS MÉDICOS FAMILIARES.

EDAD:
TURNO:

El siguiente cuestionario fue realizado con el objeto de proporcionar información referente a el área específica de geriatría. Por lo que solicitamos a Ud. doctor, su valiosa colaboración, que consiste en responder las preguntas de este cuestionario. La información que se proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará para fines estadísticos.

Encierre en un círculo la pregunta que crea correcta.

1. La Gerontología es una rama de la Medicina que se encarga del estudio de:

- a) De las enfermedades de los ancianos.
- b) De la prevención de las enfermedades de los ancianos.
- c) De el envejecimiento en general desde todos los puntos de vista.
- d) De la prevención del envejecimiento.
- e) Del envejecimiento en los invertebrados.

2. Cuando hablamos de Geriatría decimos que se trata de:

- a) Del envejecimiento en general.
- b) De la prevención del envejecimiento en general.
- c) Del anciano sano
- d) Del envejecimiento como un proceso natural.
- e) De los problemas sociales de la tercera edad.

3. Cual es una de las características fundamentales del paciente geriátrico:

- a) Paciente superior a los 70 años.
- b) Paciente con enfermedad mental.
- c) Paciente con cardiopatía isquémica.
- d) Anciano con pluriopatología médica y social que tiende hacia la cronicidad.
- e) Anciano con proceso respiratorio.

4. Dentro de la clasificación internacional de el paciente geriátrico, el paciente senil se encuentra comprendido entre:
- a) 45-50 años.
 - b) 55-60 años.
 - c) 60-74 años.
 - d) 75-90 años.
 - e) 90-100 años.
5. Dentro de que fase del ciclo vital de la familia se encuentra el paciente geriátrico:
- a) Matrimonio.
 - b) Dispersión.
 - c) Expansión.
 - d) Independencia.
 - e) Retiro y muerte.
6. Dentro de las enfermedades respiratorias del paciente senil se encuentran las siguientes, EXCEPTO:
- a) Enfisema pulmonar.
 - b) Asma bronquial.
 - c) Bronquitis crónica.
 - d) Neoplasia pulmonar.
 - e) Neumoconiosis.
7. La asistencia a el anciano debe conllevar una serie de cuidados. Señalar el que no es correcto:
- a) Gerontológico.
 - b) Preventivo.
 - c) Progresivo.
 - d) Integral.
 - e) Continuo.
8. Dentro de las causas de osteoporosis secundarias del anciano se encuentran las siguientes. Mencione cual no corresponde:
- a) Hiponutrición.
 - b) Administración de glucocorticoides.
 - c) Terapéutica heparínica prolongada.
 - d) Casos de mala absorción.
 - e) Enfermedad de Paget.

9. Las estadísticas de varios hospitales han demostrado que un 15 a 20% de los ancianos ingresados tienen efectos iatrógenos y que del 3 al 5% ingresa a un hospital. Mencione cual de los siguientes medicamentos causa hipoglucemia.
- Tiacidas.
 - Salicilatos.
 - Ac. nicotínico.
 - Anovulatorios orales.
 - Glucocorticoides.
10. El aumento de pacientes geriátricos en la población nacional, revela que hay un incremento en:
- Tasa de natalidad.
 - Esperanza de vida.
 - Tasa de morbilidad.
 - Aumento de la atención médica.
 - Tasa de mortalidad.
11. Cuando estudiamos el envejecimiento como un proceso de tipo fisiológico y desde diferentes puntos de vista, estamos dentro de la:
- Geriatría.
 - Fisiología.
 - Gerontología.
 - Medicina preventiva.
 - Medicina interna.
12. La rama de la Medicina que se encarga del estudio de la historia natural de las enfermedades de los ancianos es:
- Geriatría.
 - Fisiología.
 - Gerontología.
 - Medicina preventiva.
 - Medicina interna.
13. El estudio del paciente geriátrico dentro de un marco social y con enfermedad, a que rama de la Medicina corresponde:
- Geriatría.
 - Medicina interna.
 - Epidemiología.
 - Gerontología.
 - Asilo de ancianos.

14. Las personas comprendidas entre más de 90 años, se denominan de acuerdo a la clasificación geriátrica como:

- a) Longevo.
- b) Anciano.
- c) Senil.
- d) Senecente.
- e) Viejo.

15. Dentro de la fase de retiro y muerte se encuentran características psicológicas específicas. Mencione cual de ellas no corresponde:

- a) Soledad.
- b) Dependencia.
- c) Minusvalía.
- d) Renegociación de pautas transaccionales.
- e) Alcoholicismo.

16. El diagnóstico de bronconeumopatía crónica obstructiva se integra por:

- a) Concepto clínico.
- b) Exploración espirométrica.
- c) Exploración isotópica.
- d) Biopsia pulmonar.
- e) Exploración radiológica.

17. Los cuidados gerontológicos son los siguientes:

- a) Preventivos.
- b) Progresivos.
- c) Integral.
- d) Ninguno de los anteriores.
- e) Todos los anteriores.

18. Dentro de la pluripatología del anciano, las enfermedades del sistema músculo esquelético, producen invalidez o incapacidad. De acuerdo a la clasificación de generalizadas y localizadas, mencione cual de las siguientes es localizada:

- a) Paraplejía.
- b) Hemopáticas.
- c) Inmovilidad.
- d) Metabólica.
- e) Digestiva.

19. El efecto iatrogénico tiene importancia en el anciano por:

- a) Mayor labilidad.
- b) Disminución de su función renal.
- c) Aumento de su catabolismo.
- d) Ninguna es cierta.
- e) Todas son ciertas.

20. Nuestra pirámide de población se encuentra en transición entre la de ánfora y la de base ancha, lo que revela que se ha incrementado:

- a) Tasa de natalidad.
- b) Esperanza de vida.
- c) Tasa de morbilidad.
- d) Aumento de la atención médica.
- e) Todas son ciertas.

21. Cuál es su nivel de estudio?

22. Ha tenido preparación de tipo geriátrico?

23. Si la ha tenido donde la obtuvo?

24. Dentro de su población ha observado que el número de pacientes seniles va en aumento. ¿Cree que el paciente geriátrico es un problema de tipo social? SI NO

25. Proporciona atención médica a pacientes seniles? SI NO

26. Recibe apoyo por el equipo de salud en la atención del paciente geriátrico? SI NO

27. Considera Ud. que se podría implementar la especialidad de Geriatria dentro del curso de formación del Médico Familiar? SI NO

XVIII. BIBLIOGRAFIA

1. Maya J.C., Reynales H, Llanos G.: *¿El médico informa adecuadamente a los enfermos.* Bol. Of. Sanit. Panm. 97(1) Jul 1984.
2. Facultad de Medicina: *Consideraciones sobre relación médico-paciente.* Mex: UNAM 1983. Sociomedicina Ciclos IX y X.
3. Mendoza C.M.: *La familia obstáculo para paciente geriátrico jubilado.* IMSS. Tesis, 1984.
4. Estrada L.: *Fase de retiro, ciclo vital de la familia.* INDA Xochitl. México, Editores, S.A. de C.V., 1982:117-24.
5. Von Hahn HP: *Geriatría práctica.* Ed. El Manuel Moderno, 1977:20-110.
6. Lozano C.A., Bravo B.P., Pichardo A., Serrano F.H.: *El viejo.* Rv. Fac. Med. Mex. Vol. XXVI Año 26 No. 2, 1983.
7. Payno M.: *El problema gerontológico en México.* Rev. Fac. Med. Mex. Vol. XXIII Año 23 No. 5, 1980.
8. Arias GP: *La motivación.* Ed. Trillas. Mex. 1980:10-60.
9. Payno M.: *El Médico Familiar y la rehabilitación de las enfermedades crónicas: las actividades diarias.* Rev. Med. IMSS (Mex) 19:267, 1981.
10. J. Antonio Cano: *Discrimina el IMSS a los jubilados y pensionados: El Universal; Prim Sec. Pag. 8:12 Dic. 1985.*
11. Salgado A.A.: *Características de las enfermedades de geriatría.* MEDICINE: Mex. No. 34 Primera Serie Jul 1984.
12. Chávez R.I.: *Problemas sociomédicos de la senectud.* Arch. Inst. Cardiol. Mex. Vol. 55:1-6, 1985.
13. *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1982-1983: Secretaría de Programación y Presupuesto. México 1984.*
14. Trueba UA: *Ley Federal del Trabajo. Reforma Procesal de 1984.* México. Editorial Porrúa, 1980.

15. Moreno PJ: Nueva Ley del Seguro Social. México. Editorial Trillas, 1981.

16. Ramón CS: El mundo visto a los 80 años. España: Esparsa Calpe, S.A., 1960.

17. Narro JR, Varela L: La enseñanza de la geriatría en la medicina familiar. 1982; 1:32-35.