

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MORBILIDAD-MORTALIDAD
GERIATRICA

Estudio retrospectivo-prospectivo y descriptivo realizado en el Registro Civil de la Ciudad Capital del 1 de Enero de 1993 al 31 de Diciembre de 1998, Asilo San Vicente de Paul Centro de Atención Médica Integral al Pensionado (CAMIP) del IGSS, durante los meses de Abril-Mayo de 1999.

TESIS

Presentada a la honorable junta directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

ARTURO ADOLFO CASTELLANOS POOU

En el acto de investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1999.



EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE :

El (la) BACHILLER : ARTURO ADOLFO CASTELLANOS POOU

Carnet universitario No. 92-19029

Ha presentado para su Examen General Publico, previo a optar al titulo de Médico y Cirujano,
el trabajo de tesis titulado


ORBILIDAD Y MORTALIDAD GERIATRICA

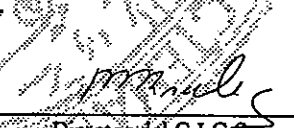
Trabajo asesorado por : DR. JOSE MARIA GRAMATO

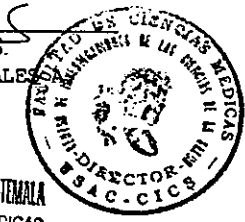
revisado por : DR. ALLAN JACOBO BUENO FERNANDEZ

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente
ORDEN DE IMPRESIÓN

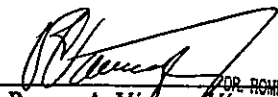
Guatemala 09 de julio de 1999


Coordinador Unidad de Tesis
DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ


Director del C.I.C.S.
DR. JORGE MARIO ROSALES



IMPRIMASE. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS


DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ
Decano
CANO 1998 - 2002





Guatemala, 12 de Julio de 1999.

CIENCIAS MEDICAS
iversitaria, Zona 12
ia, Centroamérica

Señores:
Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
USAC.


Se les informa que El (la)
Bachiller Arturo Adolfo Castellanos Poou.

Carnet No.: 9219029 ha presentado El Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

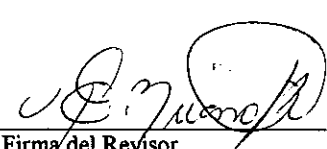
MORBILIDAD-MORTALIDAD GERIATRICA

Del cual autor, asesor (es) y revisor nos hacemos responsables por El contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del estudiante


Firma de Asesor
Nombre completo y sello profesional

Dr. José M. Granado Hernández
Médico y Cirujano
Col. No. 6702


Firma del Revisor
Nombre completo y sello profesional
Registro Personal 18221

DR. ALLAN JACOBO RUANO F.
COL. 7042
MEDICINA GENERAL (PEDIATRIA)



Aprobación Informe Final
Of. No. 039/99

Guatemala, 09 de julio de 1999.

Estimado(a) estudiante:

ARTURO ADOLFO CASTELLANOS POOU
CARNET No. 92-19029
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos.

Hago de su conocimiento que El Informe Final de tesis titulado:

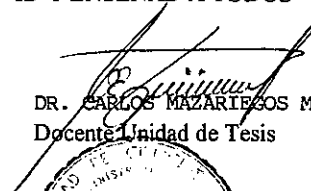
MORBILIDAD Y MORTALIDAD GERIATRICA.

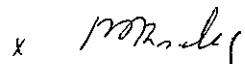
Ha sido **REVISADO**, y al establecer que cumple con los requisitos se **APRUEBA** el mismo y se le autoriza a realizar los trámites correspondientes para continuar El trámite de graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


DR. CARLOS MAZARIEGOS M.
Docente Unidad de Tesis

x 
Vo.Bo. Coordinador de Tesis
DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ



Enero, 1999.

INDICE

| CAPITULO | PAGINAS |
|--|---------|
| I.- INTRODUCCION | 1 |
| II.- DEFINICION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| III.- JUSTIFICACION | 3 |
| IV.- OBJETIVOS | 4 |
| V.- MARCO TEORICO | 5 |
| VI.- MATERIALES Y METODOS | 21 |
| VII.- PRESENTACION DE RESULTADOS | 27 |
| VIII.- ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 41 |
| IX.- CONCLUSIONES | 43 |
| X.- RECOMENDACIONES | 44 |
| XI.- RESUMEN | 45 |
| XII.- BIBLIOGRAFIA | 46 |
| XIII. ANEXO | 49 |

I. INTRODUCCION

Durante muchos años la sociedad guatemalteca tuvo un crecimiento desordenado en su población, debido a una educación en planificación familiar deficiente, lo cual la llevo a ser una sociedad joven (10). En los últimos años, se produjo un cambio en el cual disminuyo la tasa de natalidad, pero el grupo etáreo de personas mayores de 60 años aumento, por lo que es necesario que el estado a través de los gobiernos de turno tomen en cuenta a esta población, para que el desarrollo del país sea obligación de todos. Debido a que existen pocos estudios sobre el grupo geriátrico, se realizó el presente trabajo con el propósito de conocer las causas de morbilidad, los hábitos de fumar y beber licor, conocer las causas de mortalidad, para poder desarrollar programas de prevención y atención de enfermedades prevenibles y/o tratables.

La metodología utilizada en la siguiente investigación consistió de dos componentes: el primer componente es de tipo prospectivo, en el cual se realizó ficha clínica a las personas en edad Geriátrica que habitan en el asilo de San Vicente de Paúl y personas atendidas en el Centro de Atención Médica al Pensionado (CAMIP) del IGSS, aplicando el instrumento de recolección de datos "B", al mismo tiempo se pudo constatar la morbilidad que dichas personas padecen. El segundo componente fue desarrollado en forma retrospectiva, utilizando el instrumento de recolección de datos "A", al revisar los libros de defunción que se encuentran en el Registro Civil de la Municipalidad de Guatemala, de las personas en edad Geriátrica que fallecieron en la Ciudad Capital en los años 1993 al año 1998.

Los resultados obtenidos fueron: como primeras causas de morbilidad: enfermedades cardiovasculares, digestivas, degenerativas, endocrinas; y como primeras causas de mortalidad, enfermedades infecciosas, cardiovasculares; encontrándose como limitante los diagnósticos deficientes sobre la mortalidad de este grupo poblacional. Se recomienda una política de atención integral para la población geriátrica.



II. DEFINICION, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La edad geriátrica (personas mayores de 60 años), es un grupo en constante aumento a nivel mundial, en los países industrializados este grupo ha llegado a conformar del 10 al 15% de la población total. En Guatemala para el año 1994 la población en esta edad es de 484,245 personas en total, lo que representa el 5.3% de la población a nivel nacional. En el área urbana es de 201,995 personas, y en el área rural es de 282,250 personas (8). Población que aumentará significativamente durante los próximos 25 años, debido a la explosión demográfica registrada después del terremoto de 1976 y el aumento de la expectativa de vida, que aumentará en diez años para el 2025.

En Guatemala existen instituciones que ayudan a las personas en edad Geriátrica, el IGSS con el Camp, el centro de estudios en sensoriopatas, senectud, impedimentos y alteraciones metabólicas (CESSIAM), Comité Nacional de Protección para la vejez (CONAPROV); pero que no pueden atender a toda la población Geriátrica del país e inclusive, solo atienden una pequeña parte de la población Geriátrica urbana, además de que no hay una especialización en el medio para atender a este grupo etareo de la sociedad.

El Grupo geriátrico es vulnerable a muchas enfermedades. En casos prevenibles tales como las enfermedades cardiovasculares, degenerativas, infecciosas, psiquiátricas, nutricionales, la educación en salud (nivel 1 en atención en salud), es la mejor herramienta para mejorar la calidad de vida de estas personas y disminuir y/o alterar los factores de riesgo que se relacionan con la morbilidad de este grupo. Como problema de estudio en relación a la población geriátrica, se realizaron las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las causas de morbilidad y mortalidad de las personas en edad geriátrica del país en estos últimos años?, ¿Cuáles son estos factores de riesgo que se asocian a las causas de morbilidad y mortalidad en las personas en edad geriátrica?. Tomando en consideración que no se tienen registrados en los últimos años de la presente década, temas de tesis en la Facultad de Ciencias Médicas, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y prospectivo a la vez, tomando para ello como material de trabajo los instrumentos elaborados para el presente estudio, siendo los planteamientos adecuados para dar a conocer las características de las personas en edad geriátrica.

III. JUSTIFICACION

La edad geriátrica, es un grupo etéreo de nuestra sociedad, que crece cada año, llegándose a estimar para los años 1995-2000, una población de 734,000 habitantes cursando esta edad. (12)

Las políticas de salud de los países latinoamericanos (excepto algunos gobiernos), se centran en la atención del grupo materno-infantil, lo cual es necesario para el desarrollo, pero se deja en el olvido a la población geriátrica quienes padecen de enfermedades prevenibles y tienen derecho a una mejor calidad de vida y más atención a sus necesidades de salud. Por lo que es importante conocer los factores de riesgo predisponentes que afectan a la población Geriátrica, a fin de poder disminuir la morbilidad y mortalidad dando un enfoque preventivo a la medicina geriátrica. Al comprender estos problemas que guardan relación directa de la edad con el estado de salud se podrá dar el apoyo necesario para mejorar sus condiciones de salud promoviendo e implementando protocolos de manejo y programas de atención integral, dándole a la tercera edad la oportunidad de tener una vida mas digna durante sus últimos años.

Siendo la edad geriátrica un grupo olvidado y vulnerable. Es una necesidad adentrarse en el tema, debido a que en el medio nacional existe pocos estudios y programas de atención a la tercera edad, y es difícil tener información sobre la morbilidad y mortalidad geriátrica en Guatemala. Se realizó un estudio, con el fin de identificar los factores de riesgo asociados a la morbilidad y determinar las causas de mortalidad en el grupo geriátrico, fue viable la realización del estudio ya que se contó con autorización para poder desarrollarlo en las instituciones objeto de estudio.



IV. OBJETIVOS

Generales:

- 1.- Conocer las causas de morbilidad y mortalidad Geriátrica.
- 2.- Conocer los factores de riesgo asociados a la Morbilidad.

Específicos:

- 1.- Identificar las causas de Morbilidad del grupo Geriátrico.
- 2.- Identificar las causas de Mortalidad del grupo Geriátrico.
- 3.- Identificar los factores de riesgo Sociales (fumar y beber licor), asociados a la Morbilidad del grupo geriátrico del asilo San Vicente de Paúl, y personas atendidas en el CAMIP.

V. MARCO TEORICO

) Geriatría: (gr.geron, anciano)

Parte de la gerontología que se ocupa de las enfermedades de los ancianos. Dice Burger que la geriatría es en cierto modo la contraparte de la gerontología.(4)

Gerontología:

Estudio de la vejez (aproximadamente a partir de los 60 años), de los fenómenos que se asocian a la edad avanzada o son consecuencia de ella.

La edad en que puede considerarse que empieza la vejez, fisiológica y psicológica, es muy variable.

Debe tenerse muy en cuenta que se incluyen en el estudio de la vejez, además de los aspectos fisiológico y patológico, los aspectos sociológicos y económicos, También se ocupa la gerontología de la profilaxis de la vejez y de la higiene correspondiente a esta época de la vida.(4)

i) Características Generales de la edad Geriátrica:

Es difícil dar una definición única de "edad Geriátrica" que pueda aplicarse uniformemente y que sea útil en todos los casos. La asamblea mundial sobre el envejecimiento (naciones unidas, Viena, 1982) estableció los 70 años como edad límite inferior de la etapa de envejecimiento.(10)

El anciano frágil o de alto riesgo es aquel que reúne las siguientes características: edad más de 80 años, vive solo, padece enfermedades graves, alta hospitalaria reciente, consume medicamentos vitales, institucionalizados con pocas garantías.

ii) Paciente Geriátrico:

Se caracteriza por tener más de 60 años, padecer varias enfermedades (pluripatológicas), padecer patología crónica, haber un compromiso funcional, existir problemática psicológica y social y familiar.

b.2) Aspectos culturales y sociales:

b.2.1) Nuestra cultura (ladina e indígena) nos muestra que desde el punto de vista demográfico las expectativas de vida en los ladinos son mayores que en los indígenas, debido a que las practicas médicas en nuestras diferentes culturas son variadas siendo los progresos tecnológicos occidentales los que promueven una mejor expectativa de vida.

b.2.2) La diferencia entre población urbana y rural es una mayor expectativa de vida en el área urbana que en la rural, ya que la situación sanitaria urbana es mejor que en la rural.

b.2.3) De estas circunstancias se origina las diferencias en cuanto a la vejez en los aspectos que recomiendan el plan internacional sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas aprobado en 1982:

b.2.3.1) La familia protege en mejor forma a la vejez en la cultura indígena que en la occidental, especialmente en los últimos años de desarrollo industrial en las ciudades, donde hay tendencias a la desintegración familiar y en las que hay menos indígenas.

b.2.3.2) El problema urbano principal es el de los grandes asentamientos recientes en los que muchos ancianos se han quedado atrás en las regiones agrícolas, mientras sus familias se trasladaron a las ciudades especialmente después del terremoto de 1976.

b.2.3.3) La vivienda de las personas de la tercera edad tiene las mismas variables de calidad que las viviendas en general, desde la pobreza extrema hasta la comodidad, según el monto de ingresos económicos que reciba cada grupo familiar.

b.2.3.4) La atención de la salud de las personas en edad geriátrica es gratuita en los hospitales nacionales para los que no son afiliados a la seguridad social.

Los afiliados a la seguridad social reciben atención médica integral, general y especializada, en consultorios, hospitales y visitas domiciliarias.

b.2.3.5) El senescente trabaja corrientemente en el campo, aunque no hay información estadística de la magnitud de este fenómeno.

Tampoco hay información sobre la participación de la vejez en los programas dedicados a la educación de adultos, tanto a nivel general como a niveles superiores.

Otros aspectos que no se ha investigado es el de la recreación y provechamiento de las horas libres en la vejez.

b.2.3.6) La convivencia intergeneracional parece ser más tradicionalmente cordial entre la población indígena, que entre la población de cultura occidental, hay grupos indígenas que veneran la vejez.

b.2.3.7) Los sistemas de previsión social dan pensiones de vejez en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y hay varios regímenes de previsión para empleados del estado en el gobierno central, municipalidad, universidad, ejército, pero tales sistemas protegen a una minoría de la población senescente.

b.2.3.8) En cuanto a servicios sociales, hay instituciones privadas y estatales que tienen hogares para ancianos, aunque esta protección es bastante limitada.

b.2.3.9) La mujer de edad avanzada por sus labores en el hogar está más protegida y puede ser que por ello vive más que el hombre, aunque por otra parte es frecuente la madre soltera que lleva la carga del hogar.

b.2.3.10) La legislación específica se encuentra equiparada a la de menores que dice así: Artículo 51 "Protección a Menores y Ancianos". El estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social.(7)

C) Estadísticas Mundiales:

En la actualidad, la población total del mundo crece a una tasa de 1.7% anual, mientras que la población de 60 y más años lo hace a 2.5% anual.

Cada mes el balance neto de esta población de edad avanzada aumenta en unos 1.4 millones de personas. Mas del 80% de este incremento mensual ocurre en países en desarrollo, donde la tasa de crecimiento para las personas de 60 y más años (3.3%) es tres veces más alta que en los países desarrollados.



En 1980, la población de 60 y más años de América Latina y el Caribe se estimó en 23.5 millones, y se proyecta en 42.1 millones para el año 2000 y en 96.6 millones para el 2025. (13)

En el año 2000 los habitantes serán más de 12 millones y en el año 2025 serán más de 21 millones triplicado la población actual del país.

En 1980 la población en edad geriátrica era de 326,000 habitantes, en el 2000 será de 734,000 y en el año 2025 será de 1,899,000 habitantes de esta edad. La expectativa de vida aumentará en 10 años en el año 2025.

Como datos adicionales a los anteriores se informa que la población senescente femenina es más o menos que la masculina y la población rural es mayor que la urbana. (7)

La esperanza de vida al nacer aumentaría de 51.2 años en el período 1950-1955 a 72,8 años en el período 2020-2025, lo que significa un incremento de 21.6 años. (13)

D) La Edad Geriátrica en la Historia:

d.1) Culturas primitivas:

Africa:

Los thoncas, bantúes del África del Sur desprecian a los ancianos y cuando se desplazan los abandonan.

Los hopis, tribu también del África del Sur, cuando los ancianos se vuelven completamente inútiles, los van a dejar a chozas alejadas de la aldea para que se mueran.

Los Fangs de Gabón, África Ecuatorial, seminómadas, marginan, desprecian y abandonan a los ancianos. Sus herederos los matan y a veces los ancianos se inmolan, haciéndose quemar vivos.

Los Hotentotes que son seminómadas respetan a los ancianos mientras no son un estorbo y pueden ayudar en algunas labores, pero cuando llegan a una edad avanzada y se vuelven inútiles, los abandonan en sus chozas sin atenderlos, hasta que mueren de hambre.

Los zandas de Africa Zudanes respetan a los ancianos que se vuelven chiceros poderosos, más temidos que amados, quienes dirigen la comunidad.

Los leles, naturales del Congo, también respetan a los ancianos que tienen poderes religiosos. Los jóvenes les envidian sus mujeres, pero esperan signados la muerte de sus sacerdotes de los que heredan a las viudas.

mérica:

Los comanches, y en general las tribus de las llanuras de Norteamérica, sufren al incapacitarse para pelear por su edad avanzada.

La comunidad los respetaba y asumían funciones de consejeros y de conciliadores. Eventualmente se volvían hechiceros.

Los anes de tierra del fuego en Argentina, consideran a los ancianos útiles por su experiencia, siendo consultados, escuchados y respetados.

Los aleutianos que viven en las islas del territorio norteamericano de Alaska son de origen asiático. Ayudan y mantienen a sus ancianos, los que a su vez instruyen a los jóvenes y cuidan a los enfermos.

Los indios del Gran Chaco en Sudamérica son seminómadas pero resuelven fácilmente el problema de subsistencia. Consideran sagrados a los ancianos, aunque cuando estos llegan a la decrepitud, les dan muerte de un rechazo, quemando después sus cadáveres.

Los navajos, tribu semicivilizada de Norteamérica, consideran también agrados a sus ancianos. Los estiman como cantores y suelen ser ricos.

Los jíbaros andinos de América tropical, son civilizados. Los ancianos son respetados y conservan sus mujeres —a veces jóvenes— durante la senilidad. Cuando éstas los engañan, pueden hasta matarlas por su adulterio.

Los cunas de Panamá que también son semicivilizados, aprecian a los ancianos por su experiencia.(6)



Asia:

Los yacutas de Siberia, maltratan a los ancianos, como venganza de los maltratos que recibieron de estos en su niñez y en su juventud.

Los ainus del Japón, cuando los ancianos se hacen seniles decrepitos, los abandonan a su suerte que no puede ser otra que morir.

Los Koryakes de Siberia, matan a sus ancianos inútiles y decrepitos en forma ceremonial a lanzazos o cuchilladas.

China y Tailandia, en las comunidades selváticas, se les da gran autoridad a los ancianos hasta en su extrema ancianidad, por estar cerca de sus antepasados muertos a quienes veneran.(6)

d.2) Civilizaciones:

d.2.1) Civilizaciones Del Lejano Oriente:

China:

Cultura estática y patriarcal durante mucho tiempo, la China es modelo de una civilización en que los padres tenían derecho de vida y muerte sobre sus hijos.

Las mujeres, a pesar de su situación subordinada, mejoraban de status con la vejez. Cuando lograban ser suegras, dominaban en el hogar y trataban con dureza a sus nueras, puesto que así habían sido ellas tratadas de jóvenes esposas.

Los hombres eran venerados al llegar a ser ancianos, aunque delegaban en el hijo mayor el gobierno de la casa. Los jóvenes, les gustaran o no, tenían que someterse a la autoridad de los ancianos, poseedores de la sabiduría y en quienes se principiaba a ver el antepasado al que se rendiría culto. Pero los ancianos eran poco numerosos y esta triste realidad hacía sus privilegios algo que sólo lograban hombres o mujeres excepcionales.

India:

En la civilización hindú los ancianos también eran venerados y respetados por sus hijos. Se retiraban de la vida activa al llegar a la edad proveya y no obstante, seguían siendo consultados por sus descendientes continuamente debido a su sabiduría y experiencia.(6)

1.2.2) Civilizaciones del Cercano Oriente:

Egipto y Asia Menor:

La más antigua de las civilizaciones se halla en Egipto. Allí la vejez como antesala de la muerte era temida, según lo muestra un viejo texto de PTHA_HOTEP, filósofo y gran visir del faraón Isirá, quien en el año 700 antes de Cristo describe con pánico los achaques de la edad avanzada, calificando a la vejez como la peor de las desgracias que puede afligir al hombre.

Las civilizaciones del Oriente Medio o Cercano, Babilonia, Siria y Persia, compartieron con su vecino Egipto la antipatía por la vejez debido a la incapacidad para la guerra, tan frecuente en esos pueblos, que caracteriza a la edad senil. Sin embargo, los hijos cuidaban a sus padres, costumbre que también se observa en la civilización árabe.(6)

Israel:

Entre los pueblos antiguos del Cercano Oriente, sobresale Israel por haber dejado en la Biblia evidencia de su respeto a la vejez, manifiesta por la veneración a sus antepasados que alcanzaron a vivir muchos años. Uno de los mandamientos de la ley divina es que el hijo honre a su padre y a su

Madre, y esta honra se proyecta en el gobierno de la comunidad porque el sanedrín, es un tribunal supremo que puede considerarse como Gerusia o consejos de ancianos. El hecho de que la religión judeocristiana haya sido aceptada por Occidente, convirtiendo una secta religiosa local en religión universal es importante, puesto que con el cristianismo se difunden en los pueblos europeos los valores concernientes a la vejez propios del judaísmo.(6)

d.2.3) Civilizaciones Europeas:

Grecia:

En la Grecia antigua, sea como oligarquía, tiranía o democracia, se encuentra en el gobierno una Gerusia o consejo, lo que implica poder para los ancianos. Tal condición de los ancianos es un privilegio ligado al régimen de propiedad estabilizado y garantizado por la ley. En Esparta y en Atenas se honró a la vejez y el poder de la gente de edad avanzada, explica según Simone de Beauvoir la animadversión hacia la misma que se observa en algunos grandes literatos de la época. Tal el caso de Esquilo en "Amagenón", Sófocles en "Edipo en Colona" y Eurípides en "Alcestes" y otras de sus obras. Platón es partidario de una gerontocracia en "la República", mientras que Aristóteles en

su "política" descarta del poder a los ancianos, considerándolos perjudiciales para el interés público.

Roma:

Durante la República el pater familia con su poder ilimitado domina la escena histórica. Con la muerte de la república decae el poder de los ancianos, que son defendidos por Cicerón en su tratado sobre "De Senectute", escrito para mantener la autoridad del senado.

d.2.4) Los Bárbaros y Edad Media:

A la caída del Imperio Romano (473 D.C), los bárbaros germánicos trajeron al territorio conquistado su mitología cargada de héroes juveniles, que despreciaba a la vejez. Los galos según Julio Cesar, mataban a los ancianos que deseaban morir, estos invasores del imperio se encontraron con el cristianismo y como resultado de una confrontación en que el poder político guerrero fue compartido, la vejez vivió una época de dualidad crítica. Entre el desprecio y la caridad por invalidez, durante casi un milenio. En los primeros siglos de la Edad Media o edad oscura en que la vejez vivió una época de dualidad crítica entre el desprecio y la caridad por invalidez, durante casi un milenio. En los primeros siglos de la Edad Media, cuando reinaba la fuerza bruta aún los papas eran jóvenes y es hasta el año 1000 cuando la civilización resurge de las tinieblas con la expansión económica de Europa.

En los siglos XIV y XV el advenimiento de la burguesía hizo que los viejos volvieran a ser poderosos y por lo mismo, principiaron a ser atacados por literatos como Chaucer en Inglaterra y Bocaccio en Italia, siendo el ridículo la forma de ataque a la vejez usada en literatura. La presencia de pestes y guerras con la caída de muerte, son factores que deben agregarse para temer a la vejez y burlarse de ella.

Edad Media:

En el siglo XVI, el renacimiento después de la caída de Bizancio en 1431, prolonga las tradiciones del final de la edad media. Aparecen en literatura viejas odiosas como la "Celestina" de Rojas, ancianos avaros y lujuriosos que seguirán ocupando la mente de los literatos en siglos siguientes hasta la revolución industrial. Estos ancianos escarnecidos son burgueses ricos, por lo que cada vez es más evidente que es el poder económico detentado por los ancianos lo que irrita a intelectuales jóvenes, no obstante, los ancianos eran pocos. Hasta el siglo XVII la mayoría morían antes de los 50 años, por lo que

er anciano era un extraño privilegio de algunos pudientes. Durante este siglo la literatura sigue ensañándose con ellos. Al principio del siglo XVII, en 1603, Isabel de Inglaterra crea la ley de los Pobres, responsabilizando al estado de los ancianos indigentes, y en el siglo XVIII el aumento de la población en toda Europa, unido al robustecimiento de la burguesía, favorece las leyes de beneficencia, palabra inventada en Francia para sustituir la idea religiosa de caridad "amor al prójimo", por una idea laica bene-facere, siendo motivos de Recopilación Especial, la protección para las personas de la tercera edad y las madres indigentes.

La literatura también cambia de tono, dando la tónica el teatro italiano de Goldoni que evoluciona hasta lograr una imagen estimable y respetada de la vejez.(6)

1.2.5) Civilizaciones Americanas:

En América poco puede agregarse sobre lo ya dicho respecto a la vejez en las civilizaciones. En general, la vejez fue estimada y respetada en las civilizaciones en la civilización Maya y sus filiales mesoaméricas, lo mismo puede decirse de la civilización Inca. La conquista no implicó cambios al respecto. Los conquistadores fueron cristianos, por lo mismo las ideas judeocristianas de respecto a la vejez de los invasores armonizaron con las de los indígenas. Hasta la época actual, la vejez es respetada principalmente en las sociedades indígenas donde asume status de poder a nivel de las jerarquías de poder familiar y comunitario; Estas crisis se hacen cada vez más evidentes. La vejez pierde poder con la difusión del industrialismo pero estos desórdenes transitorios se compensan con el logro de mejores condiciones de vida, lo que trae como consecuencia el aumento de la población de edad avanzada en los países americanos, problema que se trata de resolver siguiendo las ideas evolutivas de la sociedad industrial en los países occidentales.(6)

Puede concluirse que a través de los tiempos las diferentes sociedades humanas han tratado diferente a la vejez, dándole en algunas sociedades mucha importancia y en otras dejándolos en el olvido, dejándolos a su suerte, hasta llegar al siglo XX donde se inicia el cuidado o protección organizada de la vejez en asilos y obras de beneficencia.



E) Salud Geriátrica:

El sector salud se ha caracterizado por su bajo grado de formalización jurídica y administrativa y por la multiplicidad de instituciones públicas y privadas, de los más variados sectores, dedicados a la producción, comercialización o prestación de algún tipo de servicio de salud. La cobertura en salud sólo alcanza a un 58.5% de la población, estimándose que El MSPAS cubre cerca del 27%, el IGSS el 15% y los servicios privados el 16.5% restante.(10)

En el año 1991 se realizó la encuesta “Necesidades Básicas del Anciano” la cual revela que del total de encuestados únicamente el 27% consideran que su salud es buena o muy buena; el 73% restante la perciben como regular, mal o muy mal y el 90% de ellos manifestaron tener en el momento de la entrevista, alguna enfermedad todo esto hace pensar que aunque las patologías múltiples que presentan los ancianos son importantes en su bienestar, no impiden tener una vida satisfactoria y funcional.(10)

E.1) Morbilidad y Mortalidad:

Según el censo de 1994, en Guatemala existe un total de 448,245 personas en edad Geriátrica lo que representa un 5.4% de la población total sin tomar en cuenta que existió una omisión censal del 11.5% , y que hubo poblaciones que literalmente no fueron censadas debido a efectos del conflicto armado. Es de hacer notar que la población geriátrica del Guatemala aumentará significativamente durante los siguientes 25 años gracias al aumento de la esperanza de vida y disminución de la mortalidad, también debido a que la pirámide poblacional sufre un fenómeno de “rectangularización” a través del tiempo y no es más que el indicador de la incipiente y lenta entrada al proceso de cambio de una sociedad esencialmente joven hacia una envejecida.(10)

El fenómeno de la transición demográfica trae consigo múltiples transformaciones de tipo social que se reducen y condicionan de alguna manera las condiciones de salud y enfermedad de las poblaciones. El término transición epidemiológica se ha empleado para describir el cambio a largo plazo en los patrones de morbilidad y mortalidad en los que predominan las enfermedades infecciosas y agudas hacia los que predominan las enfermedades crónicas y degenerativas en genera, la transición epidemiológica acompaña a la transición demográfica aunque los efectos de la primera aparezcan más tarde.(10)

En Guatemala no existen registros adecuados de morbilidad y mortalidad tanto en lo que se refiere al sub-registro como a la falta de estandarización y normatización de la información. Durante 1997 se inició en Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA), y ya es posible obtener información respecto a los adultos mayores.(10)

E.2) Mortalidad Geriátrica:

Cardiovasculares:

La primera causa de defunción en 29 países fueron las enfermedades del corazón, (entre 20 y 39.8% del total de defunciones por causa definidas en este grupo de edad), con cifras mínimas de 17,9 a 19,1% en dos países (Perú y Guatemala) y máximas de 40.6 a 42% en tres (Argentina, Santa Lucia, y EEUU).

Los tumores malignos constituyen la segunda causa de defunción en 18 países y la tercera en 14, con porcentajes de 22 a 39,8%; en Curazao fue la primera causa (25,9% del total) y en Guatemala, la cuarta (10.%).

Las enfermedades cerebrovasculares fueron la segunda causa de defunción en 12 países y la tercera en 18, totalizando 30 países en 27 de los cuales representaron de 7,6 a 19,3% del total, y en otros tres, de 20,2 a 23%, en Martinica las enfermedades cerebrovasculares fueron la primera causa de defunción (23,3%) y en Perú y Belice, la cuarta (6,5 y 7,1% respectivamente).

La diabetes fue la cuarta causa de defunción en 10 países y la quinta en 13, representando entre 3 y 5,9% en 14, Barbados, México, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucia tuvieron porcentajes entre 7,5% y 9,5% y Trinidad y Tobago, 10,3%. Estas cifras contrastan con las de Argentina, Canadá, EEUU y Uruguay, con porcentajes entre 1,9 y 2,6%.

La influenza y neumonía fueron la primera causa de defunción en el Perú (18%), la segunda en Guatemala (15,3%), la tercera en Belize (8,4%) y la cuarta y quinta en 25 países (2,6 9,5%).

Los accidentes constituyeron la cuarta causa de defunciones en El Salvador, Guatemala, Honduras y Martinica con porcentajes de 3,8 a 7,1%.

En Belice, Costa Rica, Ecuador, Guyana y Panamá fue la quinta causa (2,9 a 4,6%). (13)



E.3) Enfermedades de Gran Morbilidad:

Respecto a la morbilidad de la población de edad avanzada, desafortunadamente la información rutinaria disponible sobre consultas médicas y hospitalizaciones ha recibido muy poca atención por parte de los niveles técnicos y políticos de los países de la región, a pesar de su enorme importancia. En cuanto a los datos incidentales (encuestas) que complementarían la información rutinaria, han sido muy poco utilizados por sus dificultades de ejecución y alto costo.

Además de enfermedades mortales propias de la edad avanzada, hay deficiencias funcionales que limitan la capacidad de llevar una vida normal, a tal grado que constituyen los llamados achaques de la vejez. Estas dolencias crónicas son muchas y por ello aquí sólo se describirán las más comunes, que según Smillie son la artritis y los trastornos de visión y audición.

Enfermedad Reumática:

Popularmente estas dolencias se engloban bajo designación de reumatismo y se caracterizan por ser dolorosas y limitantes de la capacidad de trabajo. La prevención primaria o de promoción de la salud y prevención específica de la enfermedad comprende una educación que permita evitar las artritis infecciosas, pudiendo hacerse mucho en este terreno en lo que respecta a la tuberculosis y gonorrea. La prevención secundaria o de diagnóstico y de tratamiento precoces, también es efectiva actualmente, debido a que se cuenta con antibióticos eficientes contra numerosos gérmenes causantes de artritis. Las artritis reumatoides o degenerativas son las más frecuentes en los viejos, afectando los cartílagos de diversas articulaciones y causando dolores locales especialmente limitantes cuando afectan las caderas que soportan el peso del cuerpo o las articulaciones de la columna vertebral y las rodillas. Frecuentemente no se encuentran tratamientos específicos y debe recurrirse a servicios de rehabilitación que mediante de hidroterapia, fisioterapia y otros medios, pueden aliviar y hacer la vida llevadera.

En las articulaciones de columna y caderas con artritis degenerativas, se recomienda el reposo por ratos, el calor local, el ejercicio acostado o sea gimnasia de Williams, la dieta para bajar de peso, evitar posturas dolorosas, usar muebles adecuados y tratamientos medicamentosos si el dolor lo exige.

Deficiencias de la Vista:

Los ojos presentan deficiencias funcionales desde muy temprana edad; por ello en medicina escolar se hacen las pruebas selectivas de agudeza visual a todos los niños, descubriéndose miopías y trastornos de refracción, especialmente durante la pubertad y adolescencia. La frecuencia de trastorno visuales puede apreciarse fácil, en un país de bajo analfabetismo por la gran cantidad de personas jóvenes que usan lentes graduados.

En consecuencia, si se piensa en los adultos y viejos hay que acordarse que los mayores programas de promoción de la salud visual deben hacerse en la niñez y juventud.

En cuanto a la prevención específica, el diagnóstico precoz y tratamiento rápido, la frecuencia de los exámenes periódicos de la vista debe aumentarse en la vejez, recomendándose hacer un control cada dos o tres años antes de los 50 años y un control cada uno o dos años en personas que sobrepasan el medio siglo. (6)

Deficiencias del Oído:

La sordera es otro de los problemas propios de la edad avanzada. Sus causas son múltiples, puesto que en este caso como en el de la ceguera hasta la herencia puede estar involucrada. No obstante, lo más frecuente es que la sordera sea producida por los factores ambientales, especialmente los agentes biológicos que ponen en peligro la integridad auditiva.

La ayuda psiquiátrica es a veces requerida, en casos de ancianos que al ser afectados por la sordera se vuelven irritables, retraídos y solitarios, sufriendo a veces estados depresivos alarmantes.

Demencia:

La combinación del deterioro físico y mental, que conocemos como senilidad y que es conocida en medicina por el término de demencia, no es inevitable en la vejez. Sólo una de cada diez personas de más de 65 años muestran un deterioro mental significativo. Cuando una persona pierde capacidad, con síntomas como la pérdida de memoria, problemas de atención, disminución general de la capacidad intelectual y dificultades en responder a otras personas, existen normalmente algún tipo de explicación fisiológica. La mayor parte de los casos de demencia son causados por la enfermedad de Alzheimer, cuyos síntomas iniciales comprenden signos de olvido, seguidos



por confusión, irritabilidad, desasosiego, y a veces, completa incapacidad para hablar o para cuidar de sí mismo.(14)

Muchos otros casos de demencia senil tienen su causa en una serie de pequeñas embolias; puesto que estas pueden ser prevenidas tratando la hipertensión que las causa, el número de casos puede disminuir mucho en el futuro. En muchos casos lo que parece ser una demencia, puede estar motivada por otras causas tratables y reversibles. Demasiado a menudo los síntomas de demencia en la vejez no son bien diagnosticados ni tratados, porque la senilidad es algo que se espera en la vejez. Sin embargo, muchos instantes de confusión, pérdida de memoria y síntomas similares responderían bien a tratamientos adecuados. Otros trastornos con síntomas similares y que pueden ser tratados son la depresión probablemente causada por una salud débil, una operación, el fallecimiento del cónyuge o algún otro suceso), enfermedades subyacentes (alcoholismo, mala nutrición, o bajo funcionamiento tiroidal).(15)

F) Medicina preventiva En El Anciano:

La problemática del anciano, para su resolución requiere una solución multidisciplinaria, con una respuesta social, sanitaria y económica. En los países desarrollados, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad provocan un progresivo envejecimiento de la población. Los ancianos enferman más (con enfermedades incapacitantes), por lo que demandan más, apareciendo miedos frente a la pobreza, la Soledad y la enfermedad.

En la enfermedad del anciano influyen: inmovilidad, inestabilidad, (caídas), impotencia, yatrogenia, insuficiencia, insomnio, inestabilidad, introversión, indigencia, inteligencia alterada. Las principales causas de muerte en el anciano son: enfermedades cardiacas, cerebrovasculares, EPOC, neumonía, gripe, cáncer (pulmonar y colorectal).

Objetivos de la Medicina Preventiva:

- 1.- Tratar de garantizar la mejor calidad de vida posible el máximo número de años.
- 2.- La definición de salud debe reevaluarse en función de los determinantes salud/enfermedad: estilos de vida, medio ambiente, educación sanitaria y biología.

.- Un medio ambiente favorable, que luche contra la indigencia y la vejez.(5)

3) Derechos de Los ancianos:

Sobre la base de la declaración de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Viena Austria se concluyó en que los ancianos tienen derecho a la satisfacción de las siguientes necesidades:

.- De salud y nutrición.

1.- De seguridad e ingreso económico, mediante acceso al trabajo y pensiones de retiro acordes con la posibilidad de llevar una vida decorosa.

2.- De vivienda y medio ambiente adecuados para la vida social en la vejez.

3.- De la familia, ya que el anciano tiene derecho a ser protegido por su propia familia.

4.- De acceso a servicios de bienestar social, comprendiendo asistencia médica, hospedaje, recreación, transporte y trato preferencial en diversas actividades sociales y culturales.

5.- De educación continua para seguir cooperando en el desarrollo económico del país como: alfabetización, capacitación, técnica, acceso a la educación superior incluyendo la universidad y rehabilitación profesional.

6.- De convivencia intergeneracional para conservar el respeto mutuo entre personas de la tercera edad, adultos y jóvenes, sin distinción de raza, sexo, religión y diversidad de cultura.(2)

En Guatemala existen leyes que garantizan protección a las personas de la tercera edad:

1) Artículo 51 Constitución de la República de Guatemala “ El Estado de Guatemala protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos, les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y prevención.(2)



2) Decreto número 80-96:
"ley de protección para las personas de la tercera edad"

3) Decreto número 2-97:
Modificaciones efectuadas al decreto número 80-96.

Estos decretos están contemplados por la ley de erradicación de la violencia intra-familiar, y la ley de atención a las personas con discapacidad.(11)

Las intervenciones en salud en la edad geriátrica deben estar encaminadas a lograr que las personas de esta edad gocen de funcionamiento óptimo y una mejor calidad de vida.

Durante muchos años las políticas de salud de los países en desarrollo se han dirigido al grupo materno-infantil, lo cual es necesario para el desarrollo, pero el grupo geriátrico va en aumento como se demuestra con los datos anteriores por lo que se hace necesario que se pongan políticas para la atención de este grupo, manteniendo y mejorando su capacidad funcional física y mental, procurando evitar la enfermedad y asegurando el cuidado de los enfermos, fomentando la integración familiar y social.

La postergación de la atención del anciano se ha acentuado por los valores socioculturales que aceptan y proyectan una imagen negativa del envejecimiento y de los ancianos. En aquellos países donde se reconoce la importancia de los problemas de los ancianos, los intentos de formular una política ha sido afectada por opiniones que cuestionan la racionalidad económica de asignar recursos para solucionar problemas de una minoría no productiva.(13)

I. MATERIALES Y METODOS

) Metodología:

.-Tipo de investigación:

se diseñó la investigación de campo que cae dentro de la clasificación siguiente:

Con relación a la profundidad: descriptivo porque nos permite conocer las causas.

Con relación al grado de control de las variables observaciones.

De acuerdo en la forma en que se recoge la información: observaciones, Cualitativo.

De acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo: retrospectivo y prospectivo.

De acuerdo a los propósitos: operativo.

.- OBJETO DE ESTUDIO

Con las personas en edad geriátrica que se encontraron ubicados en el asilo San Vicente de Paúl y las personas en edad Geriátrica que fueron atendidas en el CAMIP. Las personas en edad geriátrica que fallecieron, registrados desde el 1 de Enero de 1993 Al 31 diciembre de 1998 en la Ciudad Capital.

.- POBLACIÓN UNIVERSO:

Es un estudio donde la población fue el 100% de las personas en edad geriátrica que se encuentran en la casa hogar San Vicente de Paul, una muestra de las personas atendidas en el CAMIP y los registros en la municipalidad de la Ciudad Capital, de personas que fallecieron en 1993 a 1998, siendo esto una muestra por conveniencia por ser información confiable y valida, y es más consistente con los recursos disponibles tales como el tiempo, por su costo, trabajos, materiales y apoyo en los programas de atención.



4.-CRITERIOS DE INCLUSION:

Todos las personas de ambos sexos, registrados en los libros de defunción del Registro Civil de la Ciudad Capital comprendidos en la edad de 60 años en adelante desde el 1 de Enero de 1993 al 31 de Diciembre de 1998.

Personas en edad geriátrica que se encontraron habitando en el período del estudio en el asilo San Vicente de Paul de la Ciudad Capital.

Personas en edad Geriátrica (mayores de 60 años), de ambos sexos, que fueron atendidas en el CAMIP.

5.- CRITERIOS DE EXCLUSION:

Personas en edad geriátrica con antecedentes familiares por enfermedades reconocidas.

Personas en edad Geriátrica abandonados por sus familiares.

Personas menores de 60 años.

6.- VARIABLES:

| VARIABLE | DEFINICION CON-CEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDIDA |
|-------------|--|---|--------------------|-------------------------------|
| EDAD: | Tiempo vivido por un individuo, desde la fecha de nacimiento a la fecha del estudio. | Se pregunto al encuestado la edad al momento de la entrevista | Numérica | Años |
| SEXO | Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. | Según apreciación del encuestador | Nominal | Masculino femenino |
| MORBILIDAD | Condición de salud de las personas | Enfermedades encontradas en la población | Nominal | enfermedades |
| TABAQUISMO | Inhalar el producto de la combustión del tabaco | Fumar más de 3 cigarrillos al día. | Numérica | Número de cigarrillos al día. |
| ALCOHOLISMO | Estado de embriaguez por intoxicación alcohólica | Beber más de una onza al día durante varios días | Numérica | Beber diario |
| MORTALIDAD | Número de defunciones en determinado tiempo y lugar | Causas de mortalidad en la población. | Nominal | Causa de muerte. |



7.- ALCANCES Y LIMITES:

El alcance del presente estudio abarcó el identificar las causas de mortalidad, los factores de riesgo asociados a la morbilidad y determinar las causas de morbilidad, con el propósito de poder implementar programas de prevención de enfermedades en la edad geriátrica, lograr establecer una política de medicina preventiva en el adulto con el fin de disminuir las enfermedades que luego afectan cuando está población llegue a la tercera edad; se encontró como limitante muchos diagnósticos incompletos en las actas de defunción en el registro Civil de la Municipalidad de Guatemala.

A) Ambito geográfico: Hogar Asilo San Vicente de Paul, CAMIP, Municipalidad de Ciudad Capital de Guatemala.

B) Ambito institucional: unidad de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

C) Ambito personal: Investigador Alumno de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

D) Ambito Temporal: Abril-Mayo 1999.

8.- PROCEDIMIENTOS Y RECOLLECCION DE LA INFORMACION:

Para la realización del presente estudio de investigación, se siguió el procedimiento que a continuación se detalla:

Se analizó el plan de trabajo y las actividades a realizadas se elaboro un instrumento para la recolección de los datos (ver anexo) el cual contiene 2 partes: la primera "A" para recolectar la información de la mortalidad y el segundo "B" para recabar la información de las personas que se encuentran en el asilo. El instrumento "B" fue aplicado a una muestra de la población en edad geriátrica atendida en el CAMIP del IGSS, se tomaron los datos y luego se tabularon y se presentaron en cuadros estadísticos.

Para la realización del trabajo de campo en el CAMIP se tomó una muestra de la población geriátrica que asiste a sus instalaciones.
Muestra CAMIP: n= 389.

Fórmula : Sample Size:= $n/(1(n/population))$
 $n = Z*Z(P(1-P))/(D*D)$

Población (population Size) : 8650
Expected Frequency: 0.50%
Worst Acceptable: 0.05%
Confidence Level: 95%
Sample Size: 389

Reference: Kish & Leslie, Survey Sampling, John Wiley & Sons, NY, 1965.

Diseño Estadístico:

Para efectos de análisis estadísticos las variables seleccionadas en el estudio, se aplicaron según el nivel de medición nominal, se tomaron en cuenta los porcentajes y tasas, y en las numéricas el promedio aritmético, mediana y cuartiles y los percentiles.

Aspectos Eticos:

Siendo una investigación retrospectiva-prospectiva en donde no fue puesto en riesgo la integridad y salud de las personas la investigación resultó válida con respecto a la ética de la Medicina.

B) Recursos:

- 1.-Humanos: personas en edad geriátrica que se encontraron en el asilo San Vicente de Paúl de la ciudad capital, personas en edad geriátrica que asistieron a las instalaciones del CAMIP.
- 2.-Físicos: Instalaciones del asilo San Vicente de Paúl, CAMIP, Registro Civil de la Ciudad Capital, Facultad de Ciencias Médicas.
- 3.-Materiales: Equipo de computación y administrativo.
- 4.-Económicos: Gastos personales aproximadamente Q 3,000.





CUADRO 1**CAUSAS DE MORBILIDAD EN PERSONAS DE EDAD GERIATRICA DEL SEXO MASCULINO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE ATENCION MEDICA INTEGRAL AL PENSIONADO (CAMIP) DEL IGSS ABRIL-MAYO 1999.**

| CAUSAS | CASOS |
|-----------------------------------|-------------|
| Hipertensión Arterial | 99 (42.12%) |
| Enfermedad Péptica | 50 (21.27%) |
| Osteo-artritis Degenerativa | 46 (19.57%) |
| Diabetes Mellitus tipo II | 36 (15.31%) |
| Hipertrofia Prostática Benigna | 24 (10.21%) |
| Dislipidemia | 17 (7.23%) |
| Insuficiencia Cardíaca Congestiva | 16 (6.80%) |
| EPOC | 13 (5.53%) |
| Artralgias | 11 (4.68%) |
| Hiperuricemia | 10 (4.25%) |
| Obesidad | 10 (4.25%) |
| Isquemia Cardíaca | 08 (3.40%) |
| Catarata | 07 (2.97%) |
| Desnutrición proteico-calórica | 06 (2.55%) |
| Lumbago | 05 (2.12%) |
| Diabetes Mellitus tipo I | 04 (1.7%) |
| Glaucoma | 03 (1.7%) |
| Parkinson | 03 (1.7%) |
| Alzheimer | 03 (1.7%) |
| Unicomocosis | 03 (1.7%) |
| Vértigo | 03 (1.7%) |
| Neuropatía | 03 (1.7%) |
| Bursitis | 03 (1.7%) |
| Otras Causas * | 19 (1.7%) |

N= 235

*Otras Causas: Colon irritable, insuficiencia venosa, fracturas, meningioma, migraña, diverticulosis, síndrome convulsivo, hipoacusia, vitiligo, bronquitis crónica, hemorroides, psoriasis, neurodermatitis. La mayor parte de personas padecen más de una enfermedad.

Fuente: Archivo Médico CAMIP.



CUADRO 2

CAUSAS DE MORBILIDAD EN PERSONAS DE EDAD GERIATRICA DEL SEXO FEMENINO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE ATENCION MEDICA INTEGRAL AL PENSIONADO (CAMIP) DEL IGSS ABRIL-MAYO 1999

| CAUSAS | CASOS |
|-----------------------------|--------------|
| Hipertensión Arterial | 65 (42.20%) |
| Osteo-artritis Degenerativa | 60 (38.96%) |
| Enfermedad Péptica | 24 (15.58%) |
| Diabetes Mellitus II | 18 (11.68%) |
| Insuficiencia Cardíaca | 11 (7.14%) |
| Insuficiencia Venosa | 10 (6.49%) |
| Osteoporosis | 08 (5.19%) |
| Colón Irritable | 05 (3.24%) |
| Catarata | 04 (2.59%) |
| Insomnio | 04 (2.59%) |
| Fracturas | 04 (2.59%) |
| Obesidad | 04 (2.59%) |
| Asma | 03 (1.94%) |
| Insuficiencia Coronaria | 03 (1.94%) |
| Hernia Hiatal | 03 (1.94%) |
| Síndrome Depresivo | 03 (1.94%) |
| Cardiopatía Isquémica | 03 (1.94%) |
| Lipoma | 03 (1.94%) |
| Artralgias | 03 (1.94%) |
| Otras Causas * | 37 (24.00%) |

N=154

*Otras Causas: Hiperuricemia, estreñimiento, Insuficiencia renal crónica, neuralgia del trigémino, lumbalgia, hernia inguinal, diabetes mellitus tipo I, litiasis renal, hernia inguinal, ojo seco, herpes simple, dislipidemia, anorexia, bursitis, neuropatía, hipotiroidismo, linfoma, síndrome climatérico.

La mayor parte de personas presentaban más de una enfermedad.

Fuente: Archivo Médico CAMIP.

CUADRO 3

**FACTORES DE RIESGO (FUMAR E INGESTA DE ALCOHOL)
ENCONTRADOS EN LA POBLACION GERIATRICA ATENDIDA EN
EL CENTRO DE ATENCION MEDICA INTEGRAL AL PENSIONADO
EN LOS MESES DE ABRIL Y MAYO 1999.**

| HABITO | MASCULINO | FEMENINO |
|--------------------|------------------|-----------------|
| Fumar | 51 (21.70%) | 6 (03.89%) |
| Ingesta de alcohol | 33 (14.04%) | 1 (00.65%) |
| | N=235 | N=154 |

Fuente: Archivo de Registros Médicos del CAMIP.

CUADRO 4

CAUSAS DE MORBILIDAD EN PERSONAS DE EDAD GERIATRICA DEL SEXO FEMENINO QUE VIVEN EN EL ASILO SAN VICENTE DE PAUL ABRIL Y MAYO DE 1999.

| CAUSAS | CASOS |
|---|-------------|
| Artritis | 16 (22.85%) |
| Enfermedad Péptica | 13 (18.57%) |
| Insomnio | 13 (18.57%) |
| Insuficiencia Venosa | 13 (18.57%) |
| Hipertensión Arterial | 10 (14.28%) |
| Cataratas | 06 (03.89%) |
| Obesidad | 04 (05.57%) |
| Soplo Sistólico | 04 (05.71%) |
| Osteo-artritis Degenerativa | 03 (01.94%) |
| Diabetes Mellitus tipo II | 02 (01.29%) |
| Diabetes Mellitus tipo I | 02 (01.29%) |
| Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica | 02 (00.65%) |
| Ceguera | 01 (00.65%) |
| Psoriasis | 01 (00.65%) |
| Miastenia | 01 (00.65%) |
| Isquemia Cardiaca | 01 (00.65%) |
| Reflujo Esófagico | 01 (00.65%) |
| Lumbalgia | 01 (00.65%) |
| Neuropatía | 01 (00.65%) |
| Alzheimer | 01 (00.65%) |
| Demencia Senil | 01 (00.65%) |
| Párkinson | 01 (00.65%) |

N=70

Nota: La mayoría de personas evaluadas presentaban más de una enfermedad. Diez personas gozaban de buena salud al ser evaluadas.

Fuente: instrumento de recolección de datos utilizado al realizar examen físico a las personas del asilo.

CUADRO 5

**FACTORES DE RIESGO (FUMAR E INGESTA DE ALCOHOL)
ENCONTRADOS LAS PERSONAS EN EDAD GERIATRICA QUE
HABITAN EN EL ASILO SAN VICENTE DE PAUL
ABRIL-MAYO DE 1999**

| Factor de Riesgo | Femenino | Porcentaje |
|-------------------------|-----------------|-------------------|
| Fumar | 12 | 17.14% |
| Ingesta de alcohol | 02 | 02.86% |

N=70

Fuente: instrumento de recolección de datos utilizado al realizar ficha clínica a las personas en edad Geriátrica del asilo San Vicente de Paúl.



CUADRO 6

CAUSAS MORTALIDAD EN LA POBLACION EN EDAD GERIATRICA DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA AÑO 1993.

| CAUSAS | CASOS (Porcentajes) |
|---|----------------------------|
| Neumonía | 226 (15.07%) |
| Infarto Agudo al Miocardio | 199 (13.27%) |
| Insuficiencia cardiaca Congestiva | 171 (11.40%) |
| Accidente Cerebro-Vascular | 156 (10.40%) |
| Paro Cardio-Respiratorio | 106 (07.07%) |
| Cáncer Gástrico | 59 (03.93%) |
| Cirrosis Hepática | 45 (03.00%) |
| Choque Séptico | 42 (02.80%) |
| Desnutrición Proteico-Calórica | 42 (02.80%) |
| Insuficiencia Renal Crónica | 41 (02.73%) |
| Senilidad | 35 (02.33%) |
| Trauma Cráneo Grado IV | 30 (02.00%) |
| Trombo-embolia Pulmonar | 30 (02.00%) |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica | 13 (00.86%) |
| Cáncer de Esófago | 13 (00.86%) |
| Cáncer Cérvix | 12 (00.80%) |
| Síndrome Diarreico Agudo | 10 (00.66%) |
| Otras Causas * | 259 (17.27%) |
| Total | 1499 (100.0%) |

* Otras Causas: Cáncer hepático, cáncer de páncreas, cáncer de vías biliares, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de colon, cáncer de tiroides, cetoacidosis diabética, hipertensión arterial, meningitis, alcoholismo, ahorcados, herida por arma de fuego, herida por arma blanca, astrocitoma, insuficiencia renal aguda, leucemia linfocítica aguda, tuberculosis pulmonar, choque hipovolémico, síndrome de inmunodeficiencia humana, decapitado

Fuente: Registro Civil Municipalidad Ciudad Capital de Guatemala.

CUADRO 7

CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACION EN EDAD GERIATRICA DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA AÑO 1994.

| CAUSA | # CASOS (Porcentaje) |
|-----------------------------------|----------------------|
| Neumonía | 260 (14.69%) |
| Accidente cerebrovascular | 204 (11.53%) |
| Infarto agudo al miocardio | 226 (12.57%) |
| Insuficiencia cardiaca congestiva | 199 (11.24%) |
| Paro cardiopulmonar | 118 (06.67%) |
| Sepsis | 59 (03.39%) |
| Insuficiencia renal crónica | 57 (03.22%) |
| Senilidad | 50 (02.82%) |
| Síndrome Diarreico agudo | 45 (02.54%) |
| Enfermedad Pulmonar Obs. Crónica | 25 (01.41%) |
| Cáncer gástrico | 20 (01.13%) |
| Cáncer Esofágico | 20 (01.13%) |
| Cáncer Pulmonar | 16 (00.90%) |
| Shock hipovolémico | 16 (00.90%) |
| Cáncer Vías Biliares | 15 (00.84%) |
| Cáncer Colón | 15 (00.84%) |
| Trauma de Cráneo | 15 (00.84%) |
| Síndrome Diarreico agudo | 15 (00.84%) |
| Cirrosis hepática | 15 (00.84%) |
| Fibrilación Ventricular | 14 (00.79%) |
| Otras Causas* | 335 (18.93%) |
| Total | 1769 (100%) |

*Otras Causas: Cáncer Pulmón, Cáncer Hepático, Cáncer Páncreas, Cáncer mama, Cáncer esófago, Cáncer renal, Hipertensión arterial, meningitis, insuficiencia renal aguda, enfisema pulmonar, trauma de tórax Grado IV, cetoacidosis diabética, Fibrilación ventricular, status asmático, edema agudo de pulmón, peritonitis, shock hipovolémico, herida por arma de fuego, herida por arma blanca.

Fuente: Registro civil municipalidad de la Ciudad Capital de Guatemala.

CUADRO 08

CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN EN EDAD GERIÁTRICA DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA AÑO 1,995.

| CAUSA | # CASOS (Porcentaje) |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Neumonía | 242 (15.50%) |
| Accidente cerebrovascular | 190 (12.17%) |
| Infarto agudo al miocardio | 179 (11.46%) |
| Insuficiencia cardiaca congestiva | 160 (10.24%) |
| Senilidad | 76 (04.86%) |
| Sepsis | 55 (03.52%) |
| Cirrosis | 51 (03.26%) |
| Paro Cardio-respiratorio | 37 (02.37%) |
| Cáncer Gástrico | 35 (02.24%) |
| Cáncer Páncreas | 35 (02.24%) |
| Insuficiencia renal crónica | 28 (01.79%) |
| Cáncer Pulmón | 18 (01.15%) |
| Enfermedad Pulmonar Obs. Crónica | 18 (01.15%) |
| Shock Hipovolémico | 18 (01.15%) |
| Herida por arma de fuego | 16 (01.02%) |
| Sx. Diarreico agudo | 15 (00.96%) |
| Desnutrición Proteico-Calórica | 15 (00.96%) |
| Alcoholismo | 15 (00.96%) |
| Otras causas * | 358 (22.93%) |
| Total | 1561 (100%) |

* Otras Causas: Cáncer de mama, Cáncer vías biliares, Cáncer de colón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pancreatitis, edema agudo de pulmón, shock hipovolémico, hipertensión arterial, tromboembolia pulmonar, trauma de cráneo grado IV, trauma de tórax grado IV, fibrilación ventricular, cetoacidosis diabética, hipoglicemia, diabetes mellitus tipo II, Cáncer de cérvix, Cáncer esófago, hipertensión arterial.

Fuente: Registro Civil Municipalidad de la Ciudad Capital de Guatemala.

CUADRO 09

**CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACION EN EDAD
GERATRICA DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA
AÑO 1,996**

| CAUSA | # CASOS (Porcentaje) |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Neumonía | 224 (12.88%) |
| Infarto agudo al miocardio | 198 (11.39%) |
| Insuficiencia Cardíaca congestiva | 162 (09.32%) |
| Accidente cerebrovascular | 160 (09.20%) |
| Senilidad | 94 (05.40%) |
| Sepsis | 79 (04.54%) |
| Insuficiencia renal crónica | 66 (03.79%) |
| Cáncer Gástrico | 61 (03.50%) |
| Cirrosis Hepática | 57 (03.27%) |
| Paro Cardio-respiratorio | 51 (02.93%) |
| Shock Hipovolémico | 37 (02.12%) |
| Hipertensión Arterial | 35 (02.01%) |
| Cáncer Esófago | 30 (01.72%) |
| Desnutrición Proteico-calórica | 27 (01.55%) |
| Sx. Diarreico agudo | 25 (01.43%) |
| Edema Agudo Pulmonar | 25 (01.43%) |
| Tromboembolia Pulmonar | 19 (01.09%) |
| Otras Causas * | 377 (21.69%) |
| Total | 1738 (100%) |

* Otras Causas: cáncer colón, cáncer hepático, cáncer de páncreas, cáncer renal, pancreatitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis, cetoacidosis diabética, fibrilación ventricular, edema agudo de pulmón, hipoglicemia, herida por arma de fuego, herida por arma blanca, trauma de tórax grado IV, trauma de cráneo grado IV, Cáncer de Mama, Cáncer Cérvix, Cáncer pulmonar, Cáncer Vías Biliares.

Fuente: Registro Civil Municipalidad Ciudad Capital de Guatemala.



CUADRO 10

CAUSAS DE MORTALIDAD DE LA PÓBLACION EN EDAD GERATRICA DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA AÑO 1,997.

| CAUSAS | # CASOS (Porcentaje) |
|---|------------------------------|
| Neumonía | 237 (12.80%) |
| Infarto agudo al miocardio | 213 (11.56%) |
| Accidente cerebrovascular | 181 (09.77%) |
| Senilidad | 157 (08.48%) |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | 150 (08.10%) |
| Sepsis | 88 (04.75%) |
| Cáncer Gástrico | 73 (03.94%) |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 68 (03.67%) |
| Cirrosis Hepática | 62 (03.34%) |
| Paro Cardiorespiratorio | 58 (03.13%) |
| Shock hipovolémico | 52 (02.80%) |
| Edema agudo pulmonar | 45 (02.43%) |
| Tromboembolia pulmonar | 40 (02.16%) |
| Cáncer Pulmón | 38 (02.05%) |
| Desnutrición Proteico-calórica | 37 (01.99%) |
| Insuficiencia renal crónica | 35 (01.89%) |
| Cáncer Cèrvix | 30 (01.62%) |
| Cáncer esófago | 20 (01.08%) |
| Otras Causas * | 267 (14.42%) |
| Total | 1851 (100%) |

*Otras Causas: Cáncer vías biliares, Cáncer de mama, Cáncer de colón, cáncer de páncreas, fibrilación ventricular, herida por arma de fuego, cirrosis hepática, trauma de cráneo grado IV, trauma de tórax grado IV, cetoacidosis diabética, hipoglicemia, pancreatitis, asfixia por suspensión, tuberculosis pulmonar.

Fuente: Registro Civil Municipalidad Ciudad Capital de Guatemala.

CUADRO 11

CAUSAS DE MORTALIDAD DE LA POBLACION EN EDAD GERIATRICA DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA AÑO 1,998

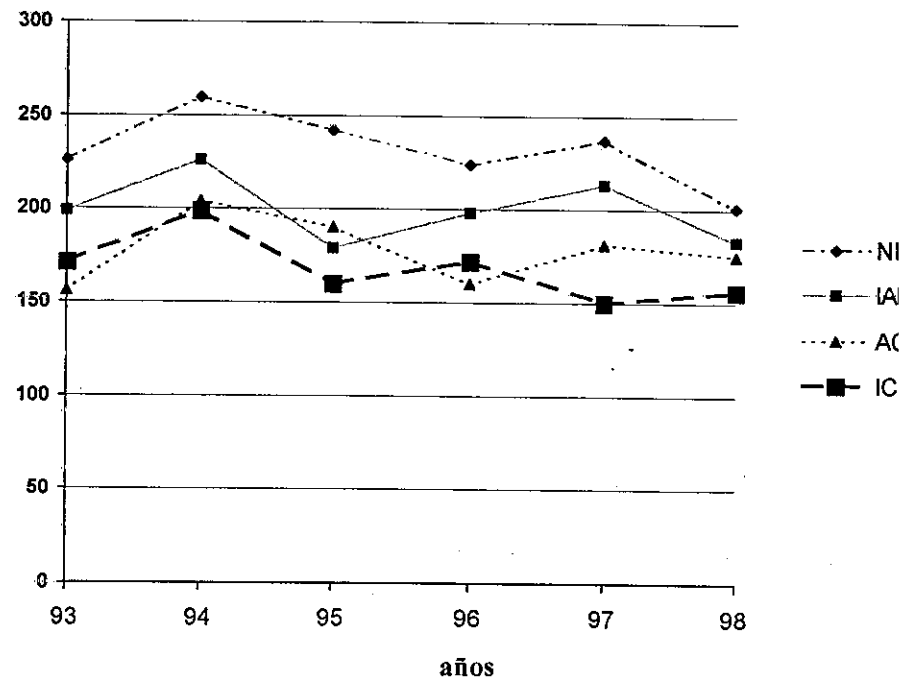
| CAUSAS | # CASOS (porcentaje) |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| Neumonía | 201 (10.89 %) |
| Infarto agudo al miocardio | 183 (09.89%) |
| Accidente cerebrovascular | 175 (09.45%) |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | 156 (08.43%) |
| Paro cardiorespiratorio | 135 (07.29%) |
| Paro cardiorespiratorio | 135 (07.29%) |
| Senilidad | 130 (07.02%) |
| Desnutrición | 104 (05.62%) |
| Edema agudo pulmonar | 104 (05.62%) |
| Enfermedad Pulmonar Obs. Crónica | 80 (04.32%) |
| Tromboembolia pulmonar | 78 (04.21%) |
| Sepsis | 76 (04.10%) |
| Hipertensión arterial | 60 (03.29%) |
| Cáncer Gástrico | 46 (02.48%) |
| Cirrosis hepática | 26 (01.40%) |
| Cáncer Pulmonar | 24 (01.29%) |
| Cáncer de Páncreas | 21 (01.13%) |
| Cáncer Cérvix | 18 (00.97%) |
| Otras Causas * | 233 (12.59%) |
| Total | 1850 (100%) |

* Otras Causas: cáncer de próstata, cáncer de colón, cáncer de páncreas, cáncer vías biliares, cáncer de pulmón, alcoholismo, pancreatitis, síndrome diarreico agudo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, fibrilación ventricular, cetoacidosis diabética, herida por arma de fuego, herida por arma blanca, trauma de cráneo grado IV, trauma de tórax grado IV, leucemia mielocítica aguda.

Fuente: Registro Civil municipalidad Ciudad Capital de Guatemala.

CUADRO 12.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACION GERIATRICA DE LA CIUDAD DE GUATEMALA DE 1993-1998.



VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la morbilidad encontrada en la muestra de la población en edad geriátrica atendida en el Centro de Atención Médica Integral al Pensionado (CAMIP), (ver cuadros 1-2), figura la hipertensión arterial como la primera causa en ambos sexos, en segundo lugar la enfermedad péptica en el sexo masculino, siendo la tercera causa en el sexo femenino, la osteoartritis Degenerativa como segunda causa en el sexo femenino y como tercera causa en el sexo masculino, el cuarto lugar como causa de morbilidad en ambos sexos la Diabetes Mellitus tipo II; siendo Guatemala un país subdesarrollado, presenta enfermedades típicas de su situación económica, sin embargo también presenta enfermedades propias de países desarrollados (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, enfermedades degenerativas), (1, 13). Los factores de riesgo (fumar) en la población en edad geriátrica atendida en el centro de atención médica integral al pensionado CAMIP (ver cuadro 3), fueron encontrados en un alto porcentaje en el sexo masculino, siendo bajo en el sexo femenino, el factor de riesgo (beber licor) en un bajo porcentaje en el sexo masculino, encontrándose a mayor parte de este porcentaje en el sexo masculino y femenino.

La artritis fue la primera causa de morbilidad encontrada en las personas en edad geriátrica que habitan en el asilo San Vicente de Paul (ver cuadro 4), siendo una enfermedad que se puede catalogar como propia de esta población, en segundo lugar la enfermedad Péptica que vuelve a ocupar un lugar importante como causa de morbilidad en este grupo geriátrico, probablemente derivado a que la mayoría de las personas entrevistadas padecen más de una enfermedad lo que motiva a que consuman diferentes medicamentos que favorecen la irritación gástrica. En tercer lugar se encuentra el insomnio, lo cual hace que las personas ingieran medicamentos para poder dormir, aunque la mayoría refirieron tomar extracto de valeriana para poder dormir tranquilamente. La cuarta causa lo constituyo una enfermedad también propia de las mujeres como lo es la insuficiencia venosa (varices), la hipertensión arterial en quinto lugar, seguida de enfermedades características de la edad. El factor de riesgo fumar fue encontrado en un alto porcentaje, por ser una población femenina el factor de riesgo beber licor fue bajo tomando el 2% de la población estudiada (ver cuadro 5).



Dentro de las primeras causas de Mortalidad en la población en edad geriátrica de la Ciudad Capital (ver cuadros del 6 al 17), durante los años de 1993 a 1998 se encontró en primer lugar la Neumonía en ambos sexos una enfermedad prevenible y tratable si se tiene la asistencia médica a tiempo, en segundo lugar, esta el infarto al miocardio en ambos sexos, una enfermedad cardiovascular muchas veces prevenible recibiendo también la asistencia médica necesaria, con mayor porcentaje teniendo enfermedades subsistentes como Hipertensión Arterial, Insuficiencia cardiaca congestiva, intercalándose durante los seis años otra enfermedad como los Accidentes Cerebro Vasculares también en ambos sexos, que la mayoría de veces tuvo como base una enfermedad cardiovascular.

Se aprecia que durante los citados años las causas de mortalidad correspondieron en una buena cantidad a las neoplasias en diferentes partes del cuerpo lo cual indica la importancia que radica en realizar medicina preventiva y poder detectarlo a tiempo para poder lograr su remisión y disminuir la mortalidad no solo en este grupo etéreo sino que también en la demás población guatemalteca. Otras de las causas de mortalidad fueron a causa de la desnutrición proteico-calórica del adulto, muchos por ser abandonados por sus familiares o por padecer de otras enfermedades que provocaron esta morbilidad, por lo que una vez más se puede detectar que este grupo de personas es muy vulnerable si no se le presta la atención necesaria para mejorar su salud.

Se aprecia que las causas de morbilidad encontradas en el presente estudio difieren con lo reportado en las siguientes bibliografías (11, 12, 13) en las cuales reportan enfermedades infecciosas en los primeros lugares.

Las causas de mortalidad encontradas en este estudio tienen gran similitud con lo reportado en el documento de la OPS "Situación de Salud del adulto y anciano en las Américas" (13) y en el documento del Ministerio de Salud "El Envejecimiento en Guatemala" (12).

En el cuadro 12 se observa el comportamiento de las primeras 4 causas de mortalidad durante los años estudiados notándose que no ha variado mucho durante los años descritos.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- La morbilidad en el grupo geriátrico del asilo San Vicente de Paúl es producida en su mayoría por enfermedades degenerativas (osteo-artritis degenerativa, artritis), enfermedades del aparato digestivo, enfermedades endocrinas (Diabetes Mellitus tipo I y II), enfermedades cardiovasculares (Hipertensión Arterial).
- 2.- La Morbilidad encontrada en la muestra del CAMIP, representada en un mayor número por enfermedades Cardiovasculares en ambos sexos, enfermedades degenerativas también en ambos sexos, enfermedad péptica, y enfermedades endocrinas (Diabetes Mellitus tipo I y II).
- 3.- El factor de riesgo fumar fue encontrado en un alto porcentaje en la población geriátrica, mientras que el beber alcohol fue encontrado en bajo porcentaje en la población estudiada.
- 4.- En el grupo geriátrico en el primer lugar de la mortalidad esta la neumonía (10), en segundo lugar la ocupan las enfermedades cardiovasculares, y en un buen número por enfermedades neoplásicas, todas estas causas de muerte pueden ser prevenibles tratando enfermedades de base como Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardíaca, o dar un tratamiento precoz a enfermedades neoplásicas e infecciosas.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Mejorar la cobertura en salud pública dirigida al grupo geriátrico.
- 2.- Fomentar a las instituciones públicas y privadas para proteger y brindar apoyo a las personas en edad geriátrica.
- 3.- Apoyar los programas de educación en salud para prevenir la morbilidad y disminuir la mortalidad.
- 4.- Tomar como punto de partida el presente estudio para desarrollar programas de atención en salud para la edad adulta y disminuir con esto la morbilidad y mortalidad en su vejez.

XI. RESUMEN

“Estudio retrospectivo-prospectivo y descriptivo para conocer las causas de morbilidad y mortalidad, é identificar los factores de riesgo asociados a la morbilidad, de las personas de edad geriátrica que habitan en el asilo San Vicente de Paúl, que asisten al CAMIP, y las registradas en los libros de Mortalidad del registro civil de la Municipalidad de Guatemala.

Se realizó examen físico a las personas que habitan el asilo San Vicente de Paul al mismo tiempo se utilizó el instrumento de recolección de datos “B”, con el propósito de conocer las causas de morbilidad que afecta a este grupo etareo, encontrandose como primeras causas artritis, seguido por enfermedad péptica, insomnio, insuficiencia venosa, é hipertensión arterial como las causas más comunes de morbilidad.

Se encontró en el factor de riesgo fumar en un alto porcentaje en este grupo estudiado, y en un porcentaje bajo el factor de riesgo beber licor.

Se utilizó la boleta de recolección de datos “B”, para encontrar las causas de morbilidad en el grupo geriátrico que asiste al Camip, encontrandose como primera causa en ambos sexos hipertensión arterial, seguido por en el sexo femenino por osteo-artritis degenerativa, enfermedad péptica y Diabetes miellitus tipo II. En el sexo masculino en el segundo lugar enfermedad péptica seguido por osteoartritis degenerativa y diabetes miellitus tipo II.

El factor de riesgo fumar se identificó en un porcentaje alto en el sexo masculino, en el sexo femenino en un bajo porcentaje, mientras que el factor de riesgo beber licor se identificó en un porcentaje moderado en el sexo masculino y bajo en el sexo femenino.

Entre la mortalidad del grupo geriátrico en la ciudad capital durante los 6 años estudiados, se encontró entre las primeras causas las enfermedades cardiovasculares en ambos sexos, seguidas por insuficiencia renal crónica, desnutrición proteico-calorica del adulto, neoplasias.

Se puede observar que las causas de morbilidad y mortalidad en este grupo pueden ser reducidas, se recomienda implementar programas de salud, mejorar la atención en salud dirigida a este grupo etareo, desarrollar programas de prevención en salud tanto en adultos como en personas mayores de 60 años, orientación a familias para el cuidado de personas en edad geriátrica”.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Castro Solares, Claudia Yolanda, "Causas de Muerte en la población Geriátrica", Mayo de 1988. Pp 71.
- 2.- Comité Nacional de Protección de la vejez Guatemala C.A "Para y + De 60 años" Sin Editorial. Departamento de Atención Especial. Dirección General de Servicios de Salud. Pp 4.
- 3.- Cecil, Wyngaarden, Smith "Tratado de Medicina Interna" 19 edición. Nueva editorial Interamericana, S.A de C.V Pp 2777.
- 4.- Friendich Dorsch, "Diccionario de Psicología" Herder Baqrcelona 1980. Pp 1050.
- 5.- Fernández Crehuet "http://www.leader.es/curso_geriatria/cursol" 08/04/97 tema:8 Pp 2.
- 6.- Girón Mena, Manuel Antonio. "gerontología y Geriatria Social" Editorial José de Pineda Ibarra. 1982, Pp 154.
- 7.- Girón Mena, Manuel Antonio. "Tendencias Actuales de la Gerontología en Guatemala". OPS, OMS 1991 Editorial "Landivar". Paginas: 30.
- 8.- Instituto Nacional de Estadística (INE). "X CENSO DE POBLACION Y V DE HABITACION" Guatemala 1994. Pp5.
- 9.- Marin Carmona J.M "http://www.leader.es/curso_geriátrica/cursol" 11/04/97 tema 10. Pp2.
- 10.- Ministerio de Salud y Asistencia Social, "El Envejecimiento en Guatemala" 1999. Pp 50.
- 11.- Ministerio de Gobernación "Ley de Protección para las personas de la Tercera edad" 1997. Pp16.

- 2.- Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social "Políticas de Salud 1996-2000" 1996 Pp 30.
- 3.- OPS, OMS Salud en Las Américas: "Situación de Salud del Adulto y El Anciano" 1991 Pp 30.
- 4.- Organización de Las Naciones Unidas. "La situación Mundial del Envejecimiento, estrategias y políticas." Informe de un grupo asesor De la ONU. Nueva York, 1985 Pp.301.
- 5.- Papalia Diane E. Papalia Psicología Interamericana S.A de C.V 1990. Paginas: 762.
- 6.- Quevedo Girón, Arturo Adolfo "Necesidades de la enseñanza Geriátrica y Gerontologica de la Facultad de Ciencias Médicas USAC", Octubre 1987. Pp 33.





ANEXO





UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS
INVESTIGACION: MORBI-MORTALIDAD GERIATRICA
RESPONSABLE: Arturo Adolfo Castellanos P.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION
DE DATOS
"A"

Instrucciones: A continuación se anotará la información con respecto a los
pacientes fallecidos registrados en el Registro Civil de la Ciudad Capital del
1 de Enero de 1993 al 31 de Diciembre de 1998.

MES: _____ Año: _____

Municipio: _____

Departamento: _____

1.- Edad: _____

2.- Sexo: _____

3.- Causa de Muerte: Básica _____

Directa _____

Asociada _____



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS
INVESTIGACION: "MORBI-MORTALIDAD GERIATRICA"
RESPONSABLE: Arturo Adolfo Castellanos P.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION
DE DATOS
"B"

Instrucciones: A continuación se anotara la información sobre la morbilidad Recolectada en los asilos, San Vicente de Paul, Camip.

1.- Edad: _____

2.- Estado civil: _____

3.- Sexo: _____

4.- Originario: _____

5.- tiene familiares: Hijos Nietos: tios: Otros:

6.- Habitos:

Si No
Fuma
(más de tres cigarrillos-
al dia)

Si No
Bebe licor
(Beber diario)

Si No
Toma medicamentos para dormir _____
(nombre del medicamento)

7.- Estado Nutricional: NI Grado I Grado II Grado III

Obesidad

8.- Examen Físico:

Sistema Nervioso:

Sistema Respiratorio:

Sistema Cardiovascular:

Sistema Digestivo:

Sistema Locomotor:

Faneras:

9.- Diagnóstico: _____

