



Envejecimiento exitoso. Una visión entre médicos

Successful aging. A view among physicians.

Carlos d'Hyver de las Deses,¹ María del Pilar Alonso-Reyes,² Alejandro Herrera-Landero,³ Jorge Antonio Aldrete-Velasco⁴

Resumen

ANTECEDENTES: Los factores ambientales, educativos, sociales y de salud deben ser óptimos para que se logre un envejecimiento exitoso.

OBJETIVO: Determinar las características involucradas en el proceso de envejecimiento exitoso en un grupo de internistas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal comparativo a través de una encuesta a médicos internistas en el Congreso Nacional del Colegio de Medicina Interna 2016. Se aplicó un cuestionario de 33 preguntas que evaluó factores sociodemográficos, de salud, alimentación, convivencia, economía y espiritualidad. El análisis descriptivo incluyó frecuencias y porcentajes, el análisis bivariado se realizó con χ^2 , un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

RESULTADOS: Se analizaron 282 cuestionarios, la edad media de los participantes fue de 42.7 ± 12.8 años, 161 (57%) fueron hombres. El autorreporte de regular estado de salud fue de 38%, con enfermedades crónico-degenerativas (61%), tabaquismo (8%), consumo de alcohol (24%), sedentarismo (64%). En el aspecto nutricional el consumo en buena proporción de frutas y verduras fue de 41%, de proteínas 68% y de líquidos cercana a 50%.

CONCLUSIONES: Es necesaria la capacitación en áreas preventivas de la salud, económicas y sociales, así como investigar factores relevantes que pueden repercutir en un futuro en el envejecimiento del grupo poblacional de este estudio.

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento; medicina interna; médicos; encuesta; estado de salud.

Abstract

BACKGROUND: The environmental, educational, social and health factors must be optimal for successful aging.

OBJECTIVE: To determine the characteristics involved in the process of successful aging in a group of medical specialists in Internal Medicine.

MATERIAL AND METHOD: A comparative cross-sectional study was carried out through a survey of internists in the National Congress of the College of Internal Medicine 2016. A questionnaire was applied of 33 questions to evaluate socio-demographic factors, health, nutrition, coexistence, economy and spirituality. The descriptive analysis included frequencies and percentages; the bivariate analysis was performed with χ^2 , considering a value of $p < 0.05$ statistically significant.

RESULTS: We analyzed 282 questionnaires, the average age of the participants was 42.7 ± 12.8 years, 161 (57%) were men. The self-report of regular health status was 38%, with chronic-degenerative diseases 61%, smoking in 8% and alcohol consumption 24% and sedentary lifestyle in 64%. Concerning the nutritional aspects the consumption in adequate proportion of fruits and vegetables was 41%, protein 68% and close to 50% in the case of water.

CONCLUSIONS: There is a need for training in preventive health, economic and social areas, as well as for investigating relevant factors that may impact in the future on the aging of the population group of this study.

KEYWORDS: Aging; Internal medicine; Physicians; Survey; Health status.

¹ Profesor de posgrado de geriatría y jefe del Departamento de Geriatría de la Facultad de Medicina.

² Profesora de la Facultad de Ciencias. Universidad Nacional Autónoma de México.

³ Jefe del Departamento de Geriatría, Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, Instituto Mexicano del Seguro Social, Estado de México.

⁴ Internista e investigador clínico.

Recibido: 20 de agosto 2018

Aceptado: 5 de septiembre 2018

Correspondencia

Carlos d'Hyver de las Deses
carlosdhyver@yahoo.com

Este artículo debe citarse como
d'Hyver de las Deses C, Alonso-Reyes MP, Herrera-Landero A, Aldrete-Velasco JA. Envejecimiento exitoso. Una visión entre médicos. Med Int Méx. 2019 enero-febrero;35(1):45-60.
<https://doi.org/10.24245/mim.v35i1.2451>

ANTECEDENTES

En los últimos tiempos se ha escuchado mucho hablar del envejecimiento en el plan demográfico: del rápido crecimiento en número y porcentaje de adultos mayores en el mundo; en México en 2050 se presupone que llegarán a ser más de 25% de la población del país los que sobrepasen los 60 años.^{1,2} Todo cambio poblacional trae consigo una serie de modificaciones en cuanto a servicios, necesidades, obligaciones del Estado, responsabilidad de sus habitantes y, en el caso de los médicos, atención a la salud.

Al hablar de envejecimiento se encuentra una serie de términos que confunden o se utilizan de manera similar y, sin embargo, comprenden conceptos diferentes. Envejecimiento usual es el que tiene la población en general, de una zona o región y que conlleva una serie de factores similares a esa población en cuanto a educación, cultura, economía, ambientales y en general de salud (problemas frecuentes de acuerdo con genética, nutricionales y de estilos de vida en general). Envejecimiento patológico es cuando algunos de los factores se encuentran negativos y la existencia de enfermedades trae consigo mala funcionalidad, lo que repercute en calidad de vida baja o disminuida. El envejecimiento activo-productivo representa que el individuo adulto mayor permanece en el segmento productivo (económico o personal) pero que otorga bienestar a su comunidad y a sí mismo. El envejecimiento saludable infiere que la salud de la persona es buena, la fragilidad se ha minimizado y la funcionalidad se conserva; muchos de los trabajos que se realizan en este sentido son encabezados por la Organización Mundial de la Salud.³ En este trabajo se hará referencia al envejecimiento exitoso donde los factores ambientales, educativos, sociales y de salud son positivos y la forma de envejecer será la óptima. Entre los factores individuales se han desarrollado constructos para evaluar el

envejecimiento exitoso, incluyendo un modelo biomédico que involucra el adulto mayor libre de enfermedad, libre de discapacidades relacionadas con enfermedad y participación en actividades familiares, comunitarias o ambas. El constructo no biomédico incluye rasgos psicológicos positivos como resiliencia, optimismo, sentido del propósito, actitud positiva hacia el envejecimiento, compromiso, satisfacción de la vida y factores externos (finanzas).^{4,5}

Los médicos son los encargados de llevar la batuta en cuanto a que ellos han sido los responsables históricos de la prevención, porque éste es el factor más importante para que no ocurran alteraciones en el organismo que impidan al individuo crecer, desarrollarse y mantener una funcionalidad íntegra y en buenas condiciones, lo que a su vez permite enfrentarse al medio ambiente que lo rodea con el máximo de potencialidades, lo que le da más oportunidades de salir adelante en buenas condiciones; esto conlleva una esperanza de vida elevada así como una esperanza de vida en salud por más años. En este caso llegará al envejecimiento de manera óptima, saludable, activo y con perspectivas de desarrollo personal y comunitario.

No existen estudios realizados en médicos u otros profesionales de la salud que permitan conocer su estado general, que analicen sus condiciones y dejen entrever si las recomendaciones que realizan a la población que atienden son las mismas que ellos llevan a cabo en su persona.

El objetivo de este estudio fue determinar las características involucradas en el proceso de envejecimiento exitoso en un grupo de internistas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio tipo encuesta aplicada en el Congreso Nacional del Colegio Nacional de Medicina Interna de México celebrado en noviembre



de 2016 de forma voluntaria a los asistentes a la presentación de la ponencia de "Envejecimiento exitoso". Se aplicó un cuestionario de 33 preguntas de opción múltiple, considerando factores sociodemográficos (sexo, edad), de salud (percepción de salud, cómo es realmente padecer una enfermedad crónica-degenerativa y el sistema dañado, cómo considera el control de ese padecimiento, existencia de tabaquismo y alcoholismo, cómo considera su funcionamiento físico, si realiza ejercicio y, si lo realiza, de qué tipo es, alimentación (consumo de frutas, verduras, proteínas y líquidos), convivencia (existencia de pareja, tener relaciones sexuales, existencia de hijos y convivencia con ellos, existencia de amigos y convivencia, pertenencia a un club social o tener un pasatiempo), cognición (aprendizaje, dar clases, lectura), economía (visión a futuro, aportación al retiro y monto, tipo de ahorro) y espiritualidad (tener religión, respeto a la misma, existencia de remordimientos y satisfacción personal).

El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 24, determinando frecuencias y porcentajes. El análisis bivariado se realizó con χ^2 considerando un valor de $p < 0.05$ estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se recolectaron 282 cuestionarios, la edad media de los encuestados fue 42.7 ± 12.8 años, 121 (42.9%) eran mujeres (**Figura 1**).

Salud

La percepción de salud fue regular en 25%; sin embargo, cuando se preguntó sobre la realidad de la salud, cerca de 50% de las mujeres respondió que era regular, así como 26.3% de los hombres (**Figura 2**), lo que señala que realmente 38% del total de entrevistados tenía salud regular.

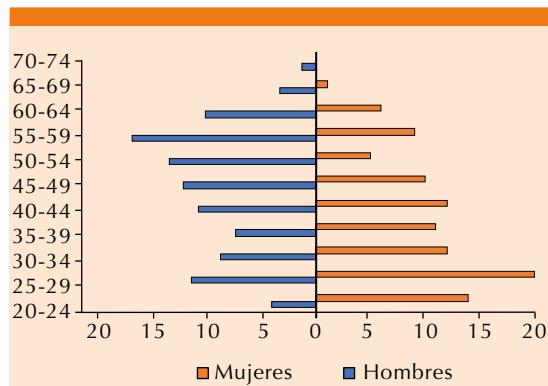


Figura 1. Distribución por sexo y edad de los médicos encuestados.

Se reportaron enfermedades crónico-degenerativas en 173 (61.3%), 68 mujeres y 105 hombres; de las personas que respondieron a la existencia de enfermedades (61 mujeres y 96 hombres) 34.4% de las mujeres consideraron regular su control y los hombres en 25% (**Figura 3**). Las enfermedades más frecuentemente mencionadas en ambos grupos fueron obesidad, hernia hiatal, gastritis y colitis en las mujeres, agregando hipertensión arterial y diabetes mellitus en los hombres. Las alteraciones visuales afectaron a una tercera parte de los encuestados.

Sólo 8% de los médicos reportó que fumaba, 5% de las mujeres y 12.4% de los hombres, sobre todo en edades menores, llegando a 0% entre 60 y 74 años (**Figura 4**). El consumo de alcohol estuvo presente en 24% de los encuestados. Hasta 13.4% de las mujeres tomaba una copa al día y 5.2% refirió tomar más de una copa al día, todas eran menores de 39 años. En los hombres, 29.4% refirió ingerir dos copas diarias y sólo 3.5% más de dos copas diarias (**Figura 5**).

Rendimiento físico y actividad física

Refirieron tener regular rendimiento físico 42.1% de las mujeres y 30.4% de los hombres y

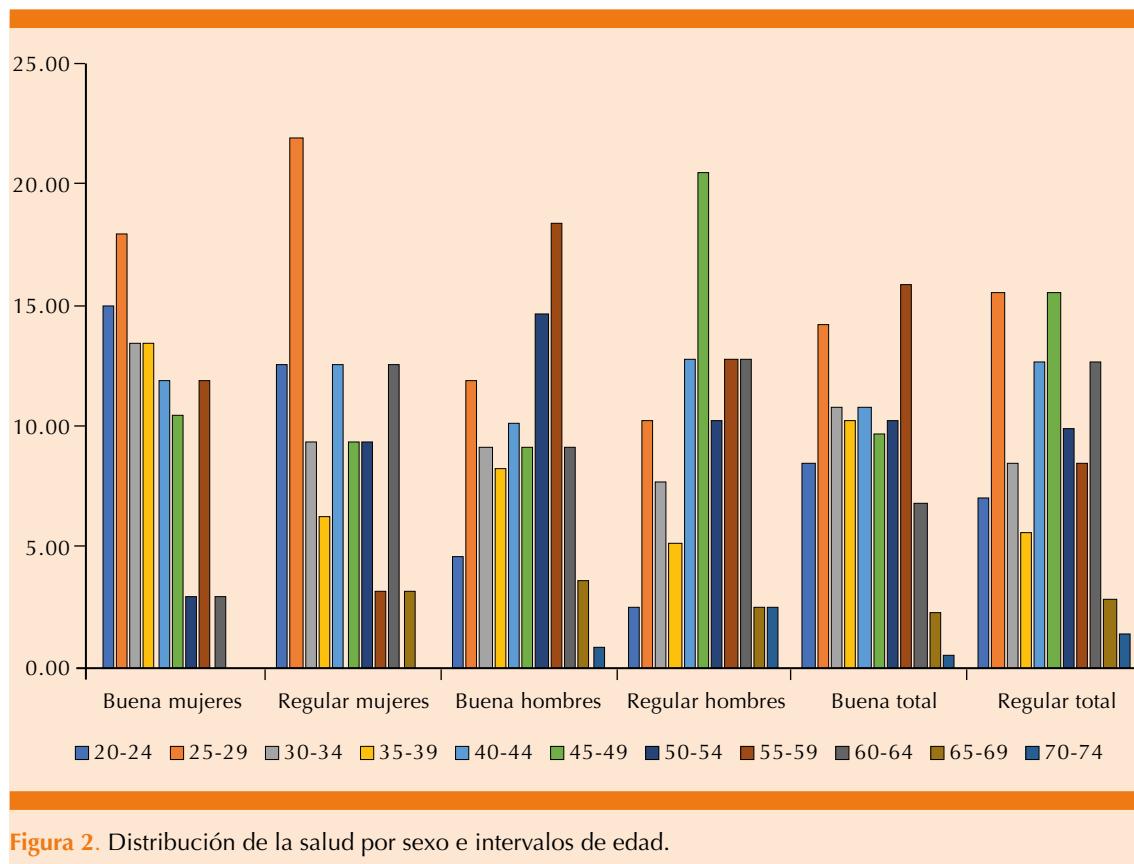


Figura 2. Distribución de la salud por sexo e intervalos de edad.

buen rendimiento físico 55.4% de las mujeres y 66.5% de los hombres, sin diferencia estadística entre sexos. Llama la atención que 42.4% de las mujeres y 30.4% de los hombres refirieron regular condición física o con discapacidades compensadas. Cuando se analizó por grupos de edad en el intervalo de 25 a 29 años, los hombres refirieron mejor funcionamiento físico ($p = 0.04$). **Cuadro 1**

Se consideraron sedentarios 64.2% de los médicos encuestados; sólo 30.6% de las mujeres y 39.8% de los hombres realizaban actividad física ≥ 150 minutos/semana sin diferencia estadísticamente significativa; de este grupo preferentemente el tipo de ejercicio fue aeróbico en 64.3% (Figura 6).

Aspecto nutricional

El 41.1% de los participantes consumían buena proporción de frutas y verduras, 68.4% de proteínas y 47.6% de líquidos (Figura 7). En el caso del consumo de proteínas, al comparar por grupos, fue mejor en hombres (71.4%) que en mujeres (64.5%), que fue estadísticamente significativo ($p = 0.045$; Figura 8). En cuanto al consumo de líquidos, 16.3% de las mujeres y 40.8 y 53.7%, respectivamente, tomaba lo adecuado (Figura 9).

Vida de relación

Hasta 67.7% de los encuestados tenía una pareja, en proporción mayor los hombres (80.7%)

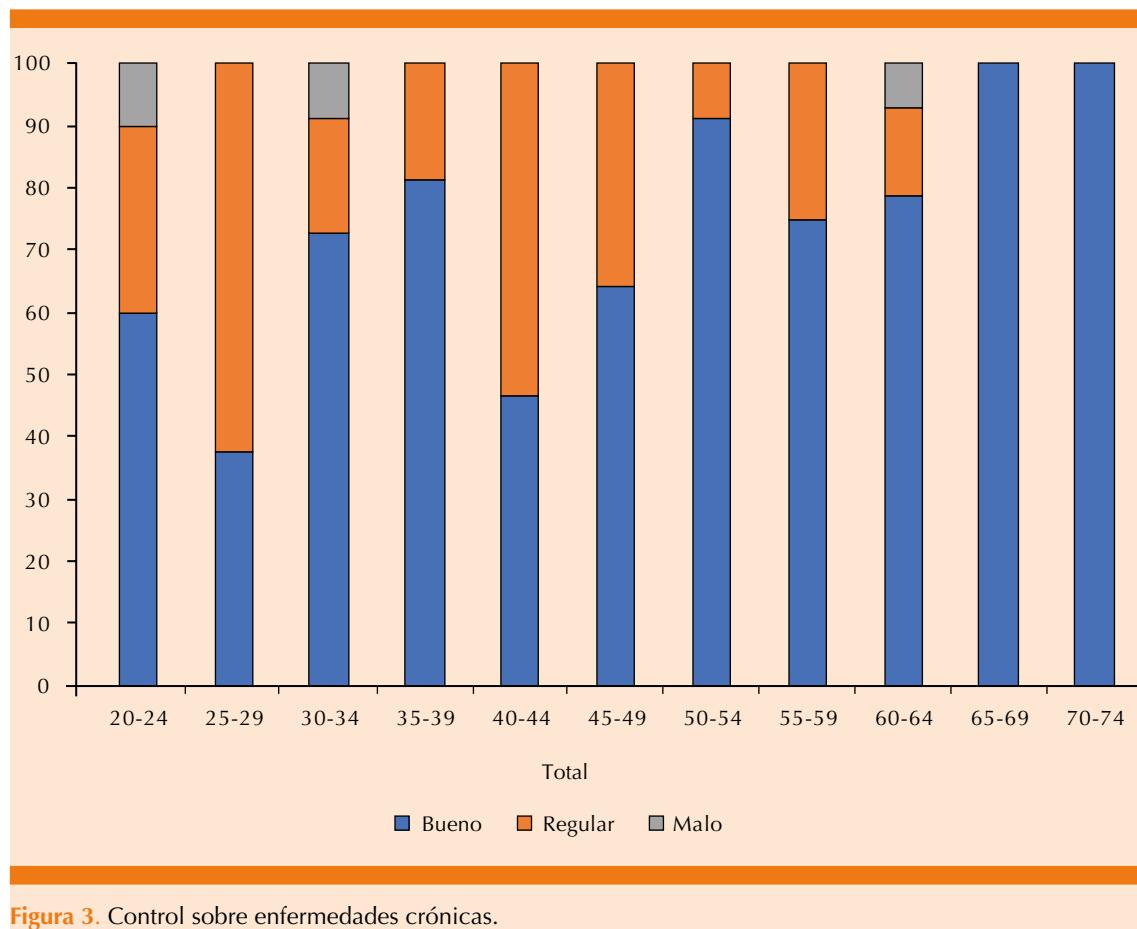


Figura 3. Control sobre enfermedades crónicas.

con respecto a las mujeres (50.4%), que fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$); a menor edad, menor fue la relación de pareja (**Figura 10**).

Las relaciones sexuales las practicaba 85.8% de los casos, en las mujeres en menor proporción (72.7%) comparado con los hombres (95.7%), que fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$); en el grupo de mujeres, las jóvenes menores de 25 años tenían menos relaciones (61.5%), con aumento de la proporción a 50% al llegar a los 60 años y más (**Figura 11**).

El 63.1% de los encuestados tenía hijos, las mujeres en 47.9% y los varones en 74.5%

($p < 0.05$), las mujeres de 50 años tuvieron menos hijos; de las mujeres que tuvieron hijos, 100% convivía con ellos contra 95.7% de los hombres.

El 95.4% de los que respondieron refirieron tener amigos y 90.9% respondió que convivía con ellos, en ambos casos sin diferencia estadísticamente significativa.

Las mujeres respondieron que su convivencia era buena en 51.2%, regular en 26.7% y mala en 22.1%; respecto de los varones era buena en 56.9%, regular en 26% y mala en 17.1%. Sólo 22.6% pertenecía a un club social (**Figura 12**). El

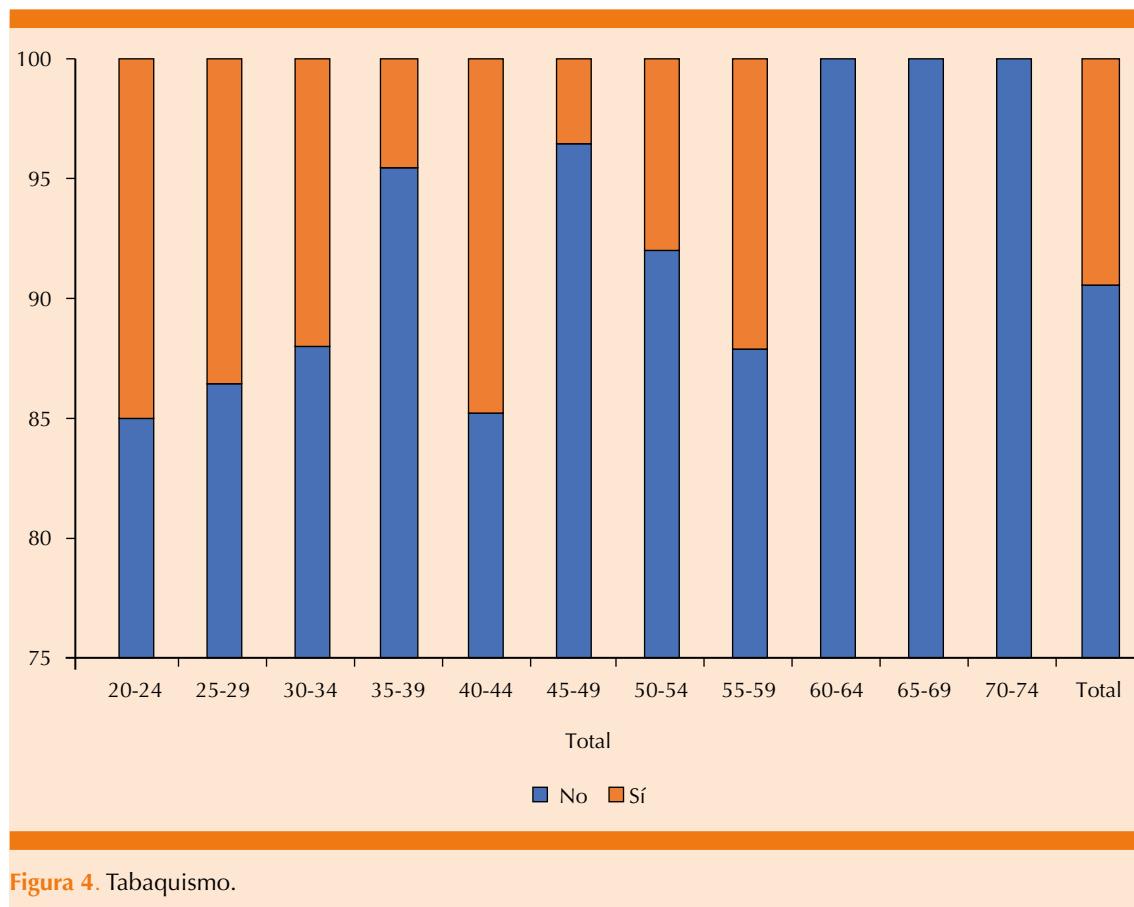


Figura 4. Tabaquismo.

86% tenía algún pasatiempo. Llama la atención que 55.6% de las mujeres de 35 a 39 años no tenía alguna forma de ocupar su tiempo en algo placentero para ellas.

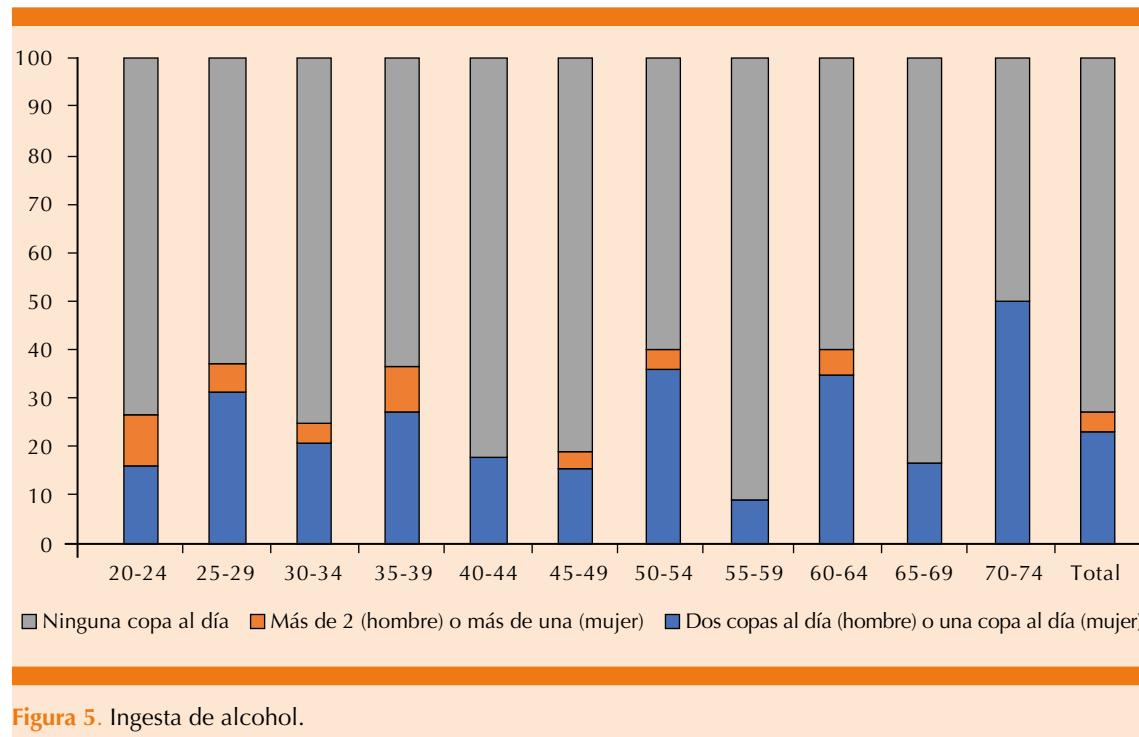
Cognición

Se interrogó respecto a la facilidad de aprender, donde hubo diferencia importante en cuanto a que 52.2% de los varones aprendía, practicaba y no olvidaba, contra sólo 32.2% de las mujeres. El 66.9% de las mujeres y 46% de los hombres a veces aprendían sin dificultad y consideraban tener olvidos habituales (definiéndolos como normales), esto fue estadísticamente significativo ($p = 0.002$;

Figura 13); destacó que tres hombres y una mujer refirieron no aprender cosas nuevas y tener olvidos frecuentes.

El 54.6% de los encuestados participaba en la docencia, 60.2% de los varones y 47.1% de las mujeres ($p = 0.028$). Asimismo, la gran mayoría (97.5%) de los participantes acudía regularmente a conferencias, sin diferencia estadística entre sexos.

Fue relevante el hábito de la lectura, 41.1% leía más de un libro al año, pero sólo 32.2% de las mujeres y 27.9% de los varones leían un libro cada dos a tres meses y 29.7% de los médicos solían leer revistas médicas.

**Figura 5.** Ingesta de alcohol.**Cuadro 1.** Distribución de la condición física por sexo e intervalos de edad

Grupos de edad	Mujeres				Hombres				Total			
	Mala	Regular	Buena	Total	Mala	Regular	Buena	Total	Mala	Regular	Buena	Total
20-24	0	4	10	14	0	3	14	17	0	14	23	37
25-29	0	11	9	20	0	3	10	13	0	8	17	25
30-34	0	5	7	12	0	3	8	11	0	8	14	22
35-39	0	5	6	11	2	7	20	29	3	19	40	62
40-44	1	12	20	33	0	7	11	18	1	14	13	28
45-49	1	7	2	10	2	7	11	20	2	8	15	25
50-54	0	1	4	5	0	12	13	25	0	14	20	34
55-59	0	2	7	9	1	5	9	15	2	8	11	21
60-64	1	3	2	6	0	0	5	5	0	1	5	6
65-69	0	1	0	1	0	0	2	2	0	0	2	2
70-74	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
Total	3	51	57	121	5	47	105	157	8	94	162	264

Mala: existencia de discapacidades no compensadas. Regular: tiene discapacidades compensadas, por ejemplo, usa lentes.
 Buena: tiene buena condición, no tiene discapacidades.

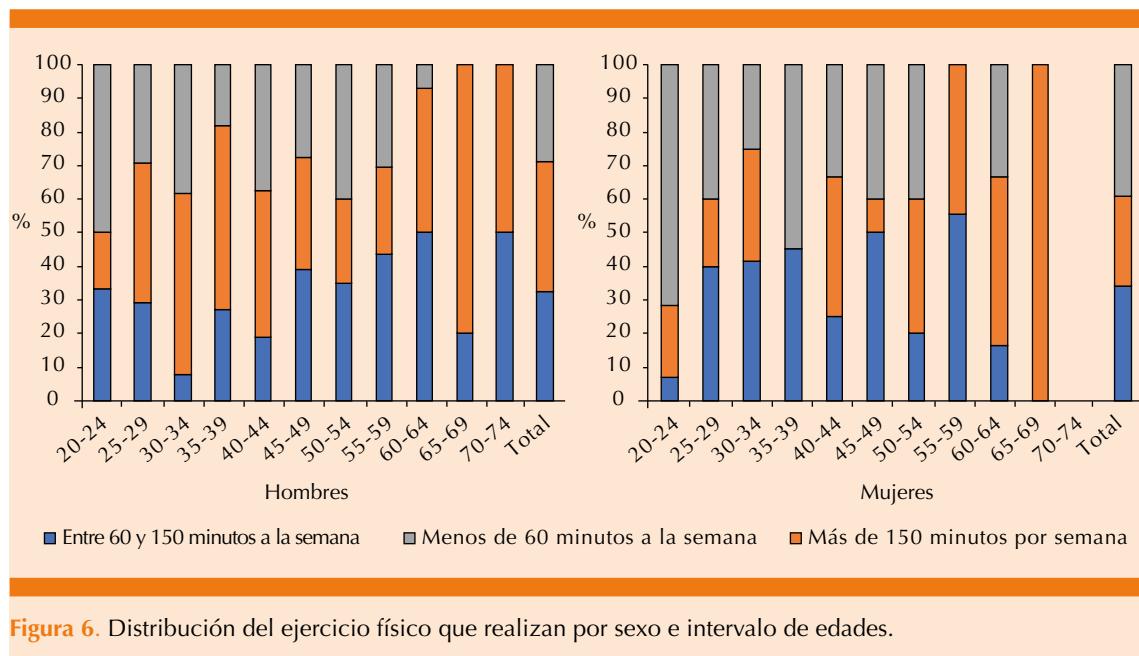


Figura 6. Distribución del ejercicio físico que realizan por sexo e intervalo de edades.

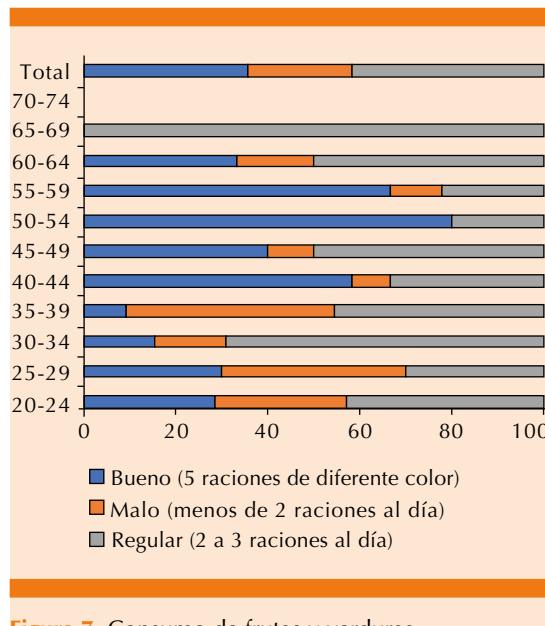


Figura 7. Consumo de frutas y verduras.

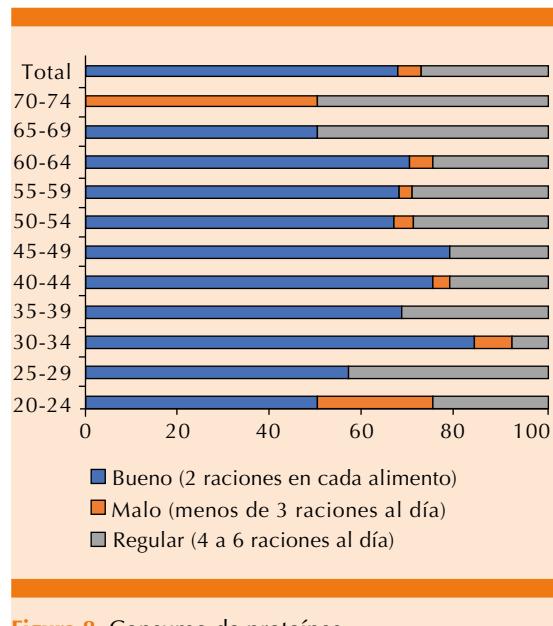
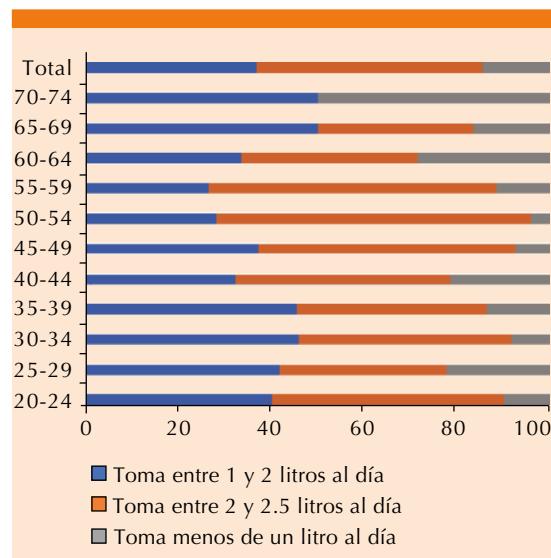


Figura 8. Consumo de proteínas.

Aspecto económico

Hasta 83.3% tenía la idea de mantener su nivel económico al momento del retiro, sin diferencia

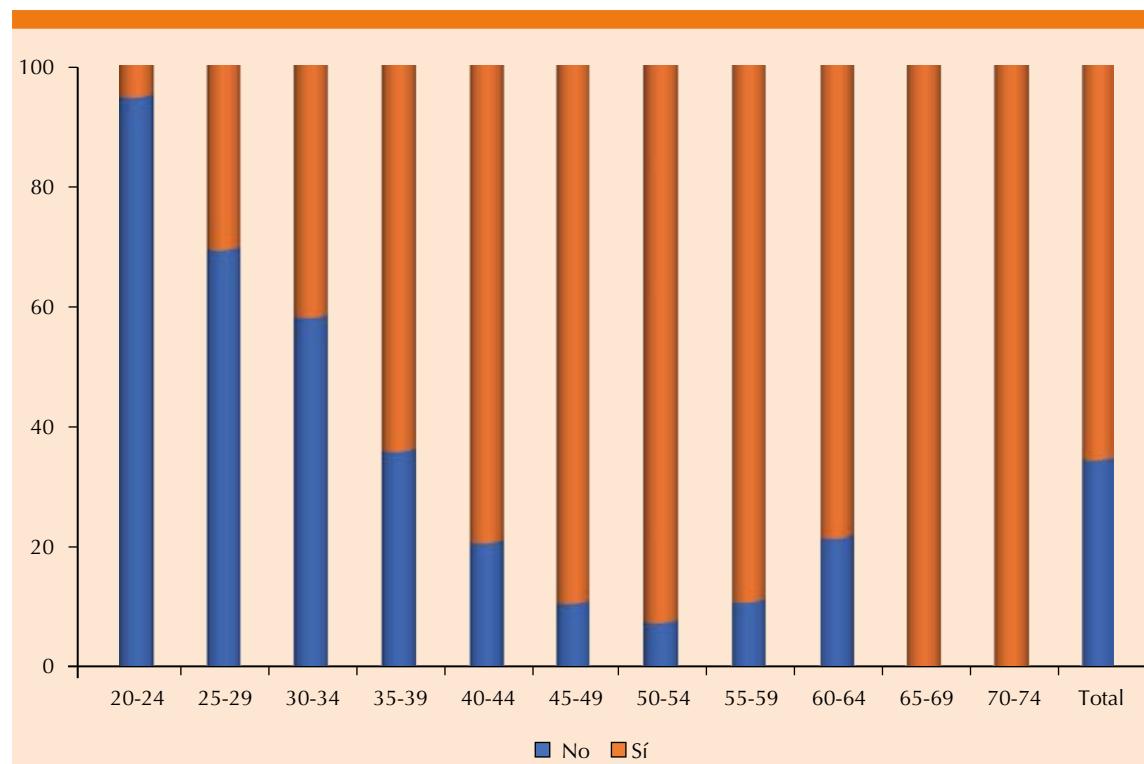
entre sexos. Sin embargo, sólo 73% aportaba dinero en su trabajo como ahorro; de los que ahorraban, 44% daba sólo lo que marca la ley, pero 26.1% aportaba más de 15% del salario

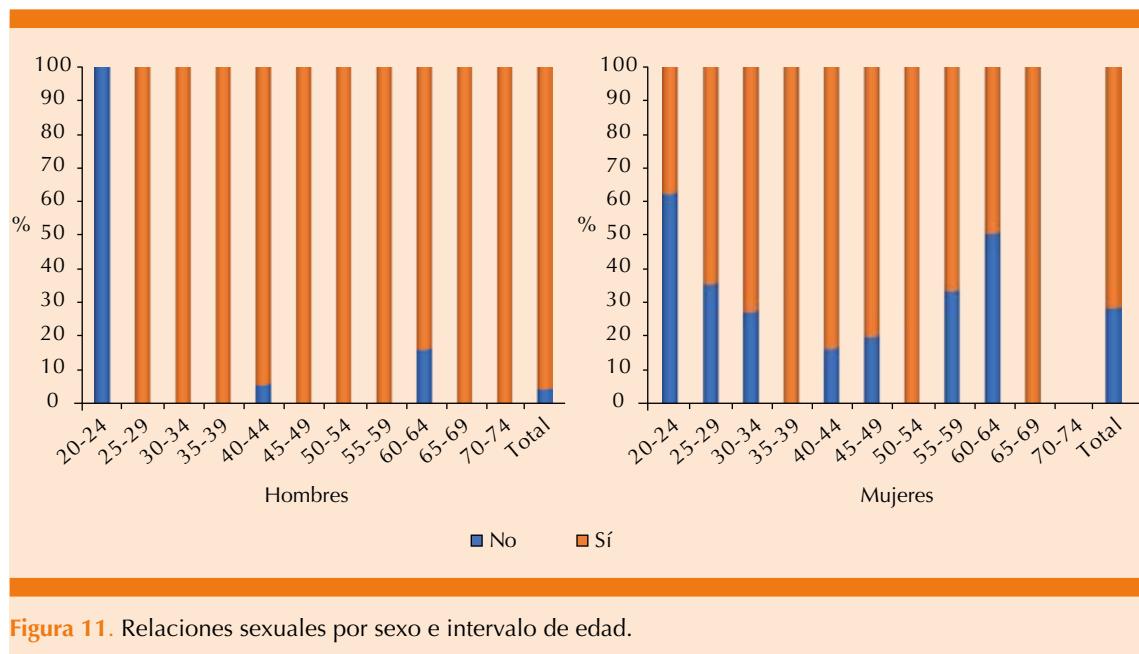
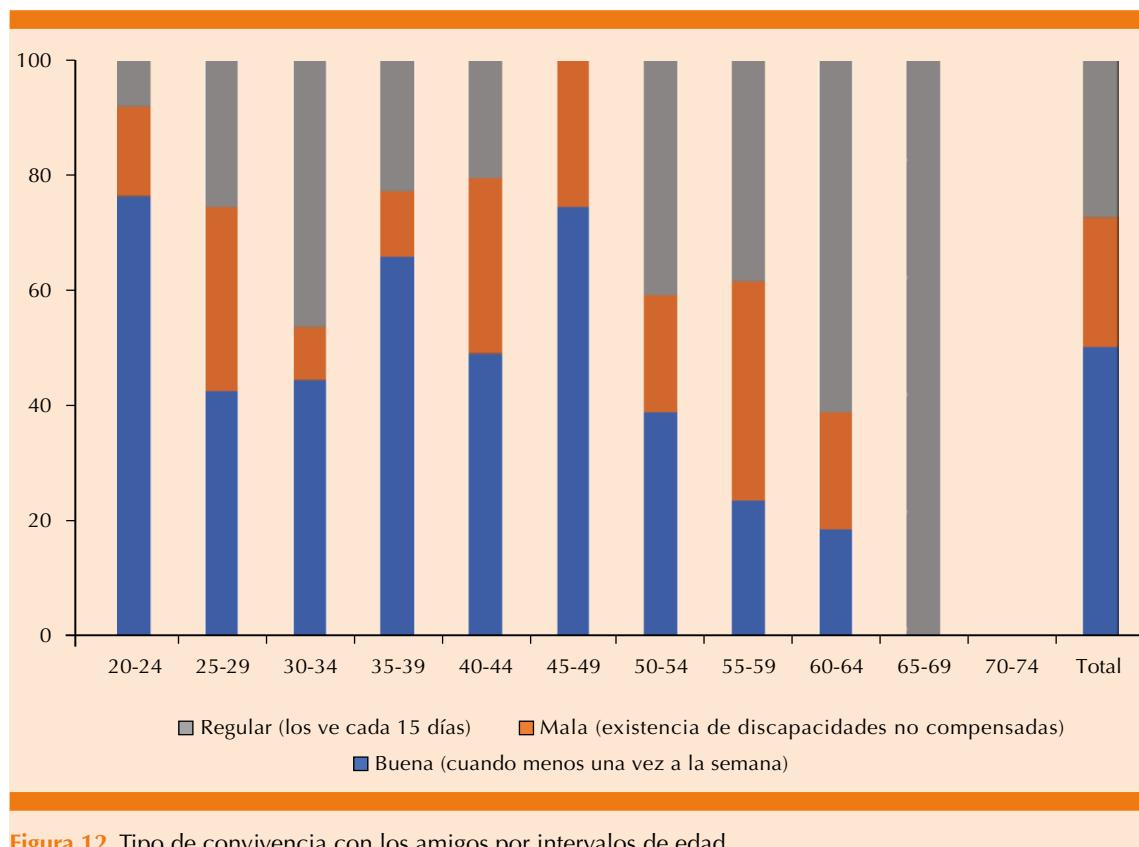
**Figura 9.** Consumo de líquidos al día.

para el retiro (**Figura 14**). La mayoría (62.9%) en la AFORE, 11% en plan complementario, 7.1% en plan privado, 4.8% en propiedades en renta y 14.3% en ahorro personal; las mujeres tuvieron un porcentaje un poco más bajo en comparación con los varones.

Espiritualidad

En ambos sexos, más de 90% refirió tener una religión; de éstos 72% a veces respetaba y seguía las reglas y 24.5% siempre las respetaba (**Figura 15**). En general, 92.9% de los encuestados estaban a gusto consigo mismos, pero 27.3% de las mujeres consideraba tener remordimientos del pasado contra 19.9% de los hombres (**Figura 16**).

**Figura 10.** Existencia de pareja.

**Figura 11.** Relaciones sexuales por sexo e intervalo de edad.**Figura 12.** Tipo de convivencia con los amigos por intervalos de edad.

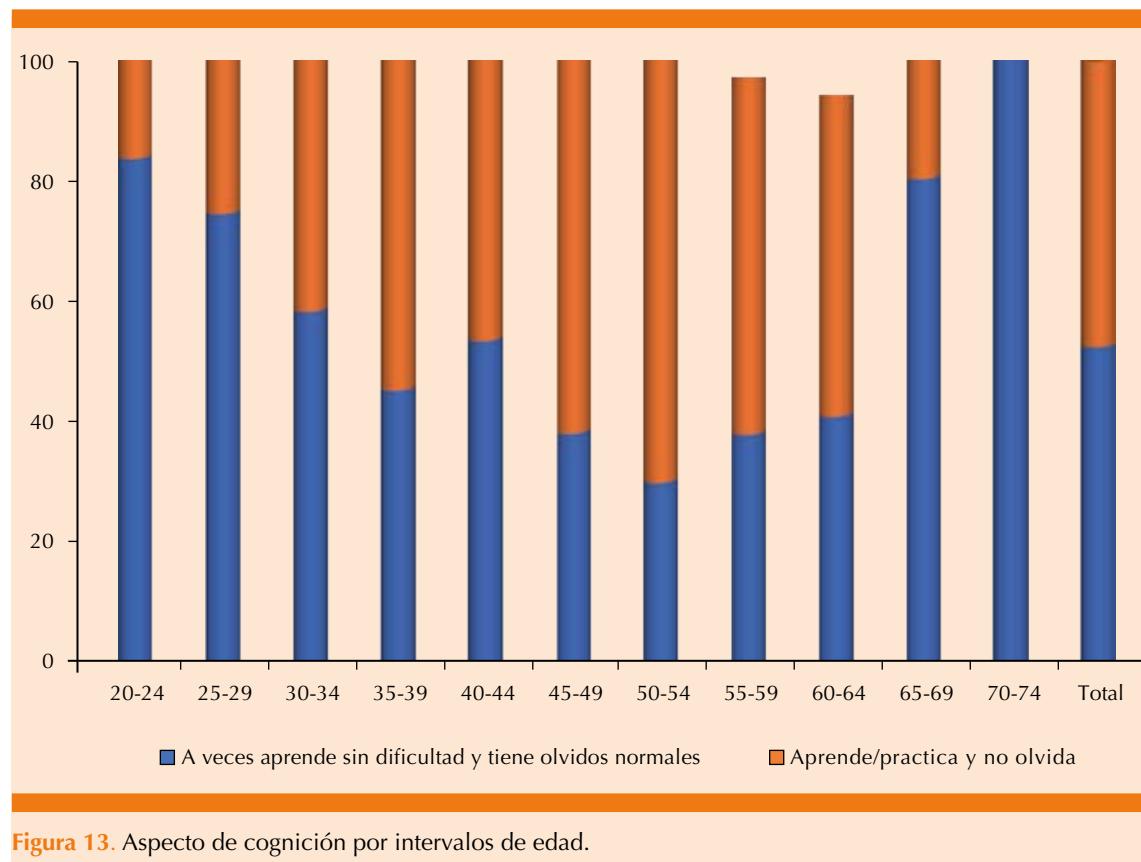


Figura 13. Aspecto de cognición por intervalos de edad.

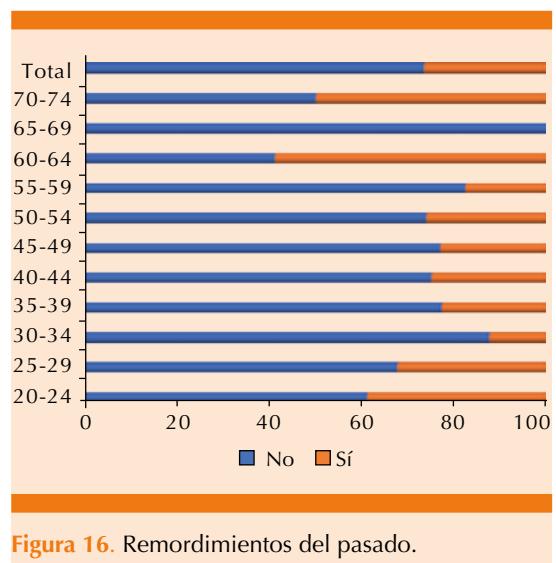
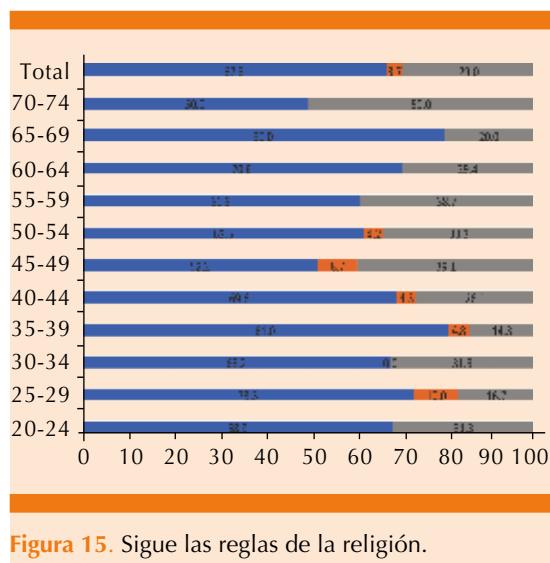
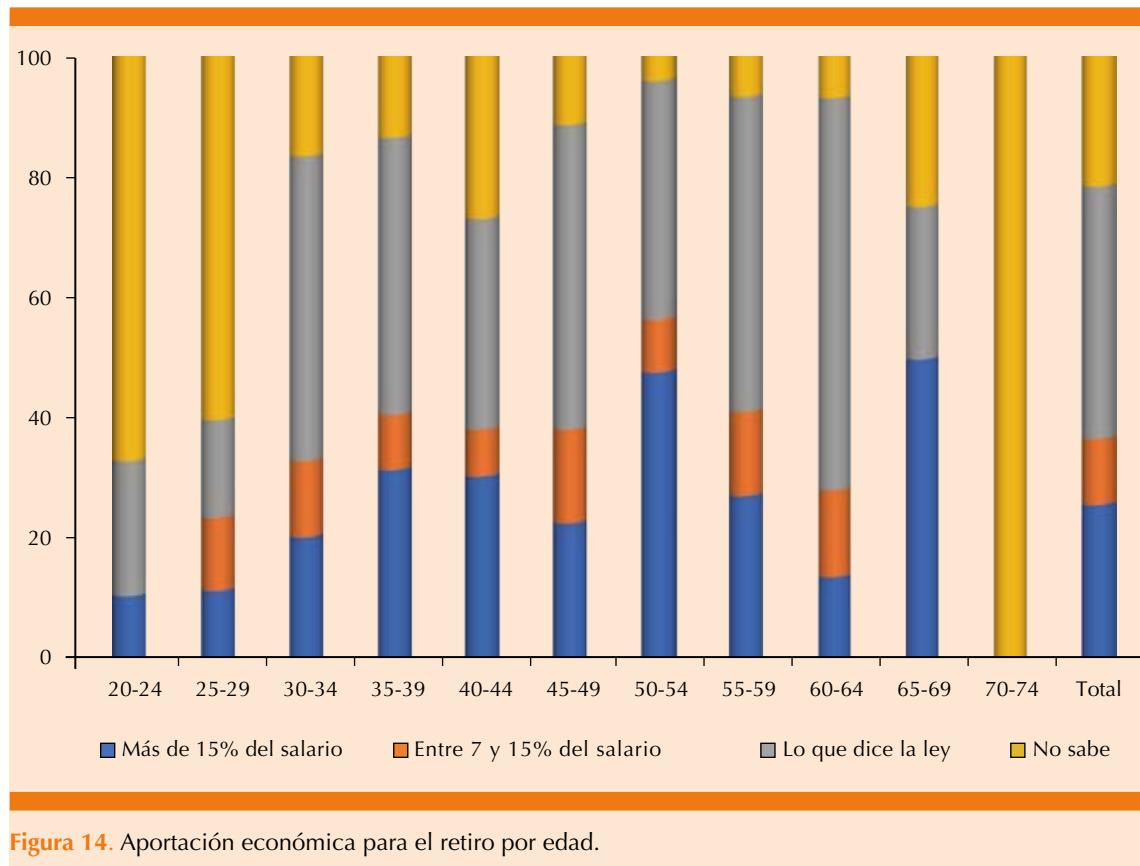
DISCUSIÓN

En todo el mundo se propone el envejecimiento saludable como una política. A través de la Organización Mundial de la Salud se han hecho esfuerzos internacionales y el decenio de 2020 será dedicado a este tema. Hemos hablado de envejecimiento exitoso al agregar factores económicos y espirituales; esto hace que muy pocos autores escriban en el sentido completo y menos aún entre médicos. La escasa bibliografía particular sobre padecimientos en médicos que envejecen⁶ permitirá hacer conjeturas en algunos de los puntos a tratar sin compararlos o dar una opinión médica adecuada.

Se consideró estudiantes de medicina a los menores de 24 años, residentes de especialidad

entre 25 y 29 años y médicos especialistas a los mayores de 30 años. La proporción de médicos que respondieron el cuestionario fue de 2.5 a 1 a favor de los hombres, lo que representa que sea más fácil que los varones se desplacen a los congresos y acudan a reuniones médicas dejando a su familia. En el caso de las mujeres cuando éstas están sin pareja, aumenta el porcentaje que puede realizar este tipo de actividades y las menores de 30 años superan en número a los hombres.

Las doctoras jóvenes tienen regular percepción de salud a edades comprendidas entre 25 y 29 años de edad, los hombres la tienen entre 45 y 49 años, lo que probablemente significa que se dan cuenta mucho antes que los varones que es importante estar bien y los pequeños defectos





que pueden existir tienen algún peso en su desarrollo. Si bien los problemas visuales que son los predominantes se corrigen con lentes o una buena salud ocular, la obesidad es uno de los padecimientos más frecuentes que se mencionaron, lo que muestra la realidad de un país que tiene el segundo lugar en obesidad en adultos y concuerda con las estadísticas nacionales de salud, lo que favorecerá con el tiempo la aparición de diabetes mellitus y la osteoartropatía. Los problemas de gastritis y colitis pudieran tener su origen en lo estresante de la vida. En el hombre a temprana edad (45 a 49 años), la hipertensión arterial empieza a cobrar importancia y será uno de factores de enfermedad cardiaca en el futuro. Los padecimientos que atienden son el espejo de lo que ellos mismos pueden sufrir y estas afecciones pueden disminuir sus capacidades clínicas⁷ y, con el tiempo, son más propensos a padecer depresión y abuso de alcohol y de drogas.⁸

El hábito de fumar se ha reducido en porcentaje importante entre los profesionales médicos, disminuyendo uno de los factores de riesgo más importantes en cuanto a salud se refiere. La estadística nacional menciona que 21.7% de la población fuma y que los hombres lo hacen en mayor porcentaje (13.2%).⁹ El alcoholismo, si bien es un factor protector en pequeñas dosis, es un factor de preocupación al aumentar las cantidades de alcohol ingeridas. Un gran porcentaje de los médicos no sigue las indicaciones de la prevención y un porcentaje muy bajo de las personas encuestadas supera las recomendaciones y, aunque la proporción es muy baja, llama la atención que las mujeres beben más que los hombres o cuando menos así lo reportaron. En México, la prevalencia de alcoholismo (alguna vez en la vida) es de 71.3% (hombres: 80.6% y mujeres: 62.6%), un alto porcentaje comparado a lo que refirieron los médicos encuestados, pero contrario en porcentaje de hombres y mujeres de acuerdo con lo que se reporta en CONADIC,¹⁰

lo que habla de las posibilidades a futuro de mayor consumo de alcohol para "afrontar" los problemas del envejecimiento.

En lo referente a la condición física, un alto porcentaje de las mujeres (44%) considera regular o mala su capacidad contra 32% de los varones; sin embargo, esto se relaciona con la cantidad de ejercicio realizada, ya que sólo 27% de las mujeres practican ejercicio y se consideran sedentarios 39% (menos de 10 minutos al día en promedio), cifras menores a las que se reportan para la población general, en la que 54.2% de los hombres y 45.8% de las mujeres son activos físicamente.¹¹

En el tiempo libre, la dedicación a mejorar la capacidad física es limitada en el médico. Una gran parte de los internistas no realiza actividades físicas como ocupación del tiempo libre, lo que pone en peligro la fuerza, movilidad y capacidad a futuro, y predispone a múltiples enfermedades. El tipo de ejercicio que con el pasar de los años debería ser mixto para conservar la masa muscular (anaeróbico de resistencia dos veces a la semana y aeróbico tres veces a la semana) es menos realizado por los varones, en cambio, las mujeres incrementan el ejercicio mixto o anaeróbico entre los 55 y 65 años; sin embargo, la cantidad total de personas que realizan el ejercicio mixto o anaeróbico es muy baja ($n = 48$). Para considerarse ejercicio deben realizarse más de 150 minutos por semana y un tiempo menor se considera sedentarismo; debido a esto, puede afirmarse que los médicos clínicos no logran realizarlo en lo general. ¿Qué tanto influye la aparición de complementos alimenticios con aporte de proteínas y su difusión hasta en televisión con fines de incrementar la masa muscular? Es posible que las mujeres, sin importar qué enfermedad padecan, como en este caso, sean más influenciables por medios electrónicos, como la televisión.

El consumo adecuado de vitaminas y minerales, así como de fibra se relaciona con mejor funcionamiento gastrointestinal y con el sentimiento de bienestar, las mujeres médicas en etapa de formación no consumen adecuadamente estos productos, lo que puede relacionarse con la percepción de salud. En contraparte, los médicos varones, mientras más edad tienen, más consumen estos productos naturales, lo que seguramente los hace sentirse mejor y tener menos problemas gastrointestinales; han aprendido y practican el hecho de una alimentación más sana; la disminución en el consumo de frutas y verduras puede estar en relación con la existencia de trastornos digestivos. Asimismo, el consumo de proteínas es mejor en el médico varón, porque en más de 70% de los casos consumen una cantidad adecuada, por el contrario, las mujeres tienden a disminuir su consumo con el pasar del tiempo, lo que redundará en sarcopenia, mayor fragilidad y la posibilidad de dependencia física.

El consumo de proteínas debe acompañarse del ejercicio adecuado para mantener la masa muscular y su función. Los médicos que contestaron (hombres y mujeres) no realizan ambas actividades en lo general, el que hace ejercicio no come lo que debe y el que come lo que debe no hace el ejercicio adecuado. Además, la ingesta de líquidos ideal sólo fue de 48.6%. Los médicos, por diferentes razones que no comprendemos, toman menos líquidos, esto sería comprensible si se dedicaran a la cirugía y no pudieran tomar líquidos durante los procedimientos, pero en este caso se trata de clínicos que no tienen una justificación para mantener al cuerpo con escasa cantidad de fluidos, lo que redunda seguramente en su rendimiento físico y mental.

En cuanto a los aspectos de vida social, llama la atención que los médicos varones tenían pareja, con incremento del porcentaje a medida que avanza la edad y permanecen así, contrario a

las mujeres, de las que sólo 46% tenía pareja, con incremento en edades medias para volver a disminuir en edades avanzadas, las que se interesan en una carrera y especialidad, como lo es la medicina y la especialidad, dejan a un lado durante una buena etapa de la vida su vida de relación, ¿será posible que aún en el México actual no se acepta que la mujer pueda más que el hombre? En ciertos niveles educativos y culturales se cree que la mujer no debe ser superior al hombre o éste rompe con el compromiso, lo que se debe a múltiples factores. Con el paso de los años se tendrá a un grupo de mujeres solas, ya que no existió realmente una familia y los problemas de soledad y depresión serán un reto en la edad avanzada.

En el aspecto sexual, por el contrario, 71% de las mujeres tenían relaciones sexuales, lo que significa que 20% de ellas resolvían sus necesidades sexuales fuera de pareja. Asimismo, el hecho de que sólo 42% de las mujeres tenían hijos y convivían con ellos refuerza el parecer de que ellas solas pueden resolver y afrontar mejor el problema de vivir, producir científicamente y desarrollarse en el campo laboral; por el contrario, 90% de los médicos varones que tenían pareja tenían hijos y 95% de los casos convivían con ellos. La vida de relación en pareja parece ser un freno o a la mitad de las doctoras no les interesa; sí les interesa la convivencia con amistades; al parecer la responsabilidad de atender una casa, como tradicionalmente la afronta la mujer, no les interesa; con el tiempo, el cambio de roles familiares, compartir responsabilidades de casa e hijos podría modificar la realidad actual.

A medida que se madura y se llega a la estabilidad de la mediana de vida (35 a 55 años) los médicos (de uno y otro sexo) tienen mayor capacidad cognitiva, aprenden, no olvidan y comparten sus experiencias en la docencia de acuerdo con los resultados obtenidos, lo que habla de madurez.



Más de 80% de los médicos desea mantener sus niveles de ingresos o la capacidad económica a través del tiempo; sin embargo, sólo 79% tiene una aportación económica para el retiro y de éstos, menos de 30% aporta lo necesario, la gran mayoría se concentra en lo que la ley dice (menos de 7% del salario), lo cual hará insuficientes los recursos a través del tiempo. Para muchos el estado económico pesará, porque el ahorro que uno debe tener para vivir con las mismas características con las que ha vivido es entre 15 a 25% del ingreso por 30 a 40 años de trabajo, para que se obtenga el capital suficiente que permita seguir con el mismo ritmo de vida acostumbrado. Un ingreso bajo no favorecerá un envejecimiento exitoso. La gran mayoría de los médicos no desea jubilarse debido a los montos bajos de las pensiones y no desea ver mermadas sus condiciones de vida.¹²

En aspectos espirituales la gran mayoría refirió tener una religión, 30% seguía las reglas de ésta, el resto mantenía tradiciones o las aceptaba parcialmente, lo que da un escaso respaldo a sus actividades religiosas. Sin embargo, la mayoría estaba a gusto con lo que hacía y con lo que decidió de la vida. Aunque en muchos existía el remordimiento (un poco más de 25% de los médicos tenía remordimientos del pasado), se desconoce si es sobre aspectos personales, familiares o profesionales, pero representará una carga con el pasar de los años. Resolver las inquietudes personales, dejar pasar lo malo, quedarse con lo bueno y cerrar puertas para abrir otras quita frenos al desarrollo espiritual de cada uno de nosotros. Cargar con conflictos del pasado sólo conlleva a no saber disfrutar plenamente el presente.

Deben señalarse como limitantes del estudio que el cuestionario aplicado aún no está validado, sería interesante que otros grupos de profesionales de la salud pudieran replicarlo. Otra de las

limitantes fue la heterogeneidad de los encuestados; sin embargo, el tamaño de la muestra de médicos encuestados es el mayor actualmente registrado en todo el mundo, la sugerencia sería homogeneizar o estratificar a los encuestados.

Si bien es cierto que el tamaño y la heterogeneidad de la composición de la muestra estudiada disminuyen significativamente la probabilidad de sesgos al recabar la información con ayuda de un formato de encuesta semiestructurado, los contrastes extremos al interior de la población encuestada –representatividad significativamente mayor de profesionales de la salud jóvenes, varones, provenientes de las entidades federativas del centro de México, adscritos al sector de salud pública– insisten en la necesidad de implementación de programas de educación médica continua (no sólo mediante congresos y no únicamente en relación con enfermedades o temas selectos) que verdaderamente beneficien a todos o a la mayoría de los profesionales de salud del país, independientemente de su edad o su sexo, su lugar de residencia o su adscripción a centros de salud privados o públicos.

CONCLUSIONES

Los médicos clínicos especializados en medicina interna no tienen, en conjunto, las bases para desarrollar un envejecimiento exitoso, por lo que debe darse educación importante al respecto en todos los sentidos.

Desde aprender a comer, beber y hacer ejercicio, aspectos físicos en los que un gran porcentaje de los médicos estudiados están mal, la pregunta surge: ¿saben enseñar a comer, beber y hacer ejercicio?, ¿saben lo que los pacientes requieren en estos ámbitos? ¿Por qué no son capaces de ponerlo en práctica? Se requieren propuestas prácticas, fáciles de aplicar y adaptadas a la individualidad.

Con el afán de salir adelante (profesional y económicamente) los médicos deciden no tener horarios, ser mejores galenos y se olvidan fácilmente de la familia. Dejan en la esposa la responsabilidad de los hijos y sólo los disfrutan o los sufren; en el caso de las mujeres doctoras, prefirieron estar solas en un alto porcentaje, por lo que es posible que haya que hacer cofradías y residencias a futuro para la convivencia social en el momento del retiro.

Fácilmente se olvida que el futuro requiere un gran ahorro, debido a que es la época de mayores gastos en salud y de ayudas para mantenerse autónomo, así como para disfrutar de una vida plena que pueden dar los años y que posiblemente se vería truncada; la planeación financiera del futuro es importante ¿con qué se haría todo aquello que se soñó realizar cuando la persona se retira? Habrá que enseñar cómo, cuándo y en qué ahorrar para lograrlo.

En el aspecto espiritual, tener paz, tranquilidad y deseos de superarse es importante, porque estaremos delante de nosotros mismos, con ideales e ideas propias, pero con remordimientos y sin una base fuerte en el sentido religioso personal será difícil de lograr.

Hay pocas investigaciones sobre los mismos médicos, no sólo en el aspecto de salud, sino también de la dificultad de poder comparar lo que realmente es el envejecimiento exitoso, ya

que no se habían realizado estudios que contemplaran todos los rubros incluidos en éste.

REFERENCIAS

1. Partida Bush V. Proyecciones de la población de México 2005-2050. 1^a ed. México: Consejo Nacional de Población; 2006.
2. Censo de Población y Vivienda México: INEGI; 2010 [Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>].
3. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud; 2015.
4. Carver LF, Buchanan D. Successful aging: considering non-biomedical constructs. Clin Interv Aging 2016;11:1623-630.
5. Fernández-Ballesteros García R, Zamarrón-Casinello MD, López-Bravo MD, Molina-Martínez MA, Díez-Nicolás J, Montero-López P y col. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. Psicothema 2010;22(4):841-847.
6. Lillis S, Milligan E. Ageing doctors. Australas J Ageing 2017;36(1):14-18.
7. Vijendren A, Yung M, Sanchez J. Occupational health issues amongst UK doctors: a literature review. Occup Med (Lond) 2015;65(7):519-528.
8. Peisah C, Wilhelm K. Physician don't heal thyself: a descriptive study of impaired older doctors. Int Psychogeriatr 2007;19(5):9749-84.
9. Consumo de tabaco: Prevalencias globales y patrones de consumo 2011-2016. México: Comisión Nacional contra las Adicciones; 2017.
10. Consumo de alcohol: Prevalencias globales, patrones de consumo y variaciones estatales. México: Comisión Nacional contra las Adicciones; 2017.
11. Módulo de práctica deportiva y ejercicio físico [Boletín de prensa]. México: INEGI; 2016.
12. Davis MM, Bond LA, Howard A, Sarkisian CA. Primary care clinician expectations regarding aging. Gerontologist 2011;51(6):856-866.