



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11226
221
101

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Clinica Hospital General de Zona No. 2

La familia como mediador Terapeutico en el control del
Anciano Hipertenso

TESIS

Que presenta para obtener el grado de especialidad en
Medicina Familiar

Dr. J.F. Contreras
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR

El Médico Cirujano

Dr. Salvador Vázquez Reséndiz

Asesor

Dr. Alfredo Bautista Sánchez



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

PAGINA :

1.- INTRODUCCION	1
2.- JUSTIFICACION	18
3.- OBJETIVOS	18
4.- HIPOTESIS	19
5.- MATERIAL Y METODO	19
6.- RESULTADO EXPRESADO EN CUADROS Y GRAFICAS	31
7.- DISCUSION Y CONCLUSIONES	49
8.- RECOMENDACIONES	54
9.- BIBLIOGRAFIA	55
10.-ANEXOS I y II	

FE DE ERRATAS:

	<u>Pag.:</u>		<u>Pag.:</u>
1.- Huamana = Humana	Agradecimientos	17- Cambio = Cambios	13
2.- Transmitada = Transmitidas	" "	18- Difernciar = Diferen	13
3.- Pietro = Pietro	1	ciar	
4.- Genético= Genética	1	19- Descanso = Descenso	14
5.- Gerontolofia = Gerontología	2	20- Principar = Principal	14
6.- Cindicín = Condición	4	21- Parasitarias= Respi	14
7.- Agrasiva = Agresiva	5	ratorias	
8.- Viata = Vista	6	22- Principar=Principal	14
9.- Constituía = Constituída	7	23- Elavoración=Elabora	15
10- Diferneia = Diferencia	8	ción	
11- Homre = Hombre	11	24- Mortalidad= La morta	17
12- Gracial = Gracias		lidad	
13- Econmía = Economía		25- Fianlidad = Finalidad	21
14- Prejuvilación = Prejubilación		26- Aisste= Asiste	22
15- Estos = Estos	13	27- Alcaración=Aclaración	50
16- Seguno = Segundo		28- Alimentación=Alimen	50
		tación	
		29- Defienete=Deficiente	50
		30- 64 = 69 años	52
		31- Mla. = Mal	52
		32- En Anciaho=El Anciano	53

"Hazte viejo junto a mí, lo mejor está todavía por llegar"

Aristóteles

"A mi Familia, Extensa Compuesta, quienes son el soporte de mi existir"

"A mi otra familia, Romo Valencia, que me despertaron respeto y cariño"

"A Vicky ... mi único gran Amor"

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Ma. Magdalena López Chavez, por su incondicional apoyo y -
dedicación directriz.

A la Asistente Médica Concepción Domínguez Jacob, por su enorme calidad
humana y tenacidad insuperables.

Al Grupo Tercera Edad, por permitirme ser parte de ellos y la gran ri-
queza espiritual, histórico-cultural y huamana transmitada.

Muy Especialmente al Dr. Alfredo Bautista Sánchez por guiar y comprender
algunas de mis inquietudes.

"Es segunda infancia y mero olvido,
sin dientes, sin ojos, sin gusto, sin nada"

Hipócrates

INTRODUCCION

En otros tiempos, los ancianos eran una minoría respetada que detentaba el poder ideológico y muchas veces también político de un pueblo; pero con el correr de los siglos las situaciones cambiaron, dejando sólo una vasta herencia de vocablos que como prefijos y sufijos dieron forma al lenguaje. Entre los primeros, existen dos con significado muy preciso: geron, geronto, anciano, y geras; vejez, - en base a los cuales se dice que Gerontología "es el estudio del -- anciano, de sus condiciones de vida, normales y patológicas" y Geriatria se define como la "rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de los ancianos".(12)

Algunos autores, como el médico italiano Pietro de Nicola (10), consideran estos términos como sinónimos, pero el extraordinario -- avance de la ciencia ha provocado una particularización de la Geriatría, ya no tanto como la rama de la Gerontología, como inicialmente fué, sino como especialidad médica. Así quedó reservado a la Gerontología el estudio científico de las manifestaciones del proceso de envejecimiento, enfocando sus descripciones en las tres áreas -- constitutivas del hombre como entidad biopsicosocial.

El proceso de envejecimiento es un fenómeno universal, todo y todos, especialmente los seres vivos, envejecen. Es constante y -- empieza en el momento mismo en que el ser humano nace. Es éste un -- concepto difícil de asimilar, porque cuesta trabajo pensar que un pequeño de apenas dos horas de nacido ya está envejeciendo, y que muy probablemente el fenómeno se inició cuando óvulo y espermatozoide -- se unieron, dándole, desde ese instante -si atendemos a la teoría genético- la determinante de su longevidad.(1)

Se dice también que el proceso de envejecimiento es irregular y asincrónico, hecho que despierta en cualquiera la incertidumbre y el constante cuestionamiento, pero sobre todo la imperiosa necesi--dad de aceptar que cada individuo envejece a "su ritmo", y que ha--cer generalizaciones al respecto es una audacia, una tentación difi

cil de resistir porque, despues de todo, es el camino más fácil y cuando se cede a ésta invariablemente se incurre en errores.(5)

La Gerontología humana estudia el proceso de envejecimiento del hombre en sus tres áreas básicas: la biología, objeto de estudio de la biogerontología, la psicológica, tema de la gerontopsicología y el área social, materia de los que pudiera llamarse gerontología.(3)

Todos los cambios biológicos del individuo, por sí mismos, requieren ser comprendidos, pero como no se dan aislados, sino en íntima conjunción con los cambios psíquicos y sociales, difícilmente pueden separarse para discernir cuál de ellos ocurre primero y desencadena a los otros. (4)

El proceso de envejecimiento y la vejez, o tercera edad, vistos bajo el prisma sociológico lleva a consideraciones cuyo centro de interés es el hombre y sus relaciones con los demás, En otras palabras, la biogerontología estudia lo que el hombre es como ente biológico, en tanto que la gerontología mira lo que el hombre hace como ser social y qué aprende de él en la convivencia con sus semejantes. De esta suerte, una sociedad humana es la resultante de intrincadas relaciones de factores genéticos, del ambiente biofísico y de la cultura. (2)

Cultura es un término conceptuado como el conjunto de conocimientos que el hombre adquiere durante su existencia, y que pueden ser creencias, costumbres, técnicas diversas o normas de conducta. Todos los rasgos culturales, pero en especial las normas de conducta, se adquieren por una de dos posibilidades, aprendizaje y experiencia, y a veces por ambas; para ello cada individuo debe estar en estrecha relación con determinado grupo social.

Es obvio que de esa relación del hombre con el ambiente y con la sociedad surja el estrés, que es deseable o indeseable y que se quiere decir con esto último, según San Martín (43) hay buen estrés (euestrés) que es aquel "que contribuye a la armonía de las funcion

"... flaco bufón en zapatillas,
con gafas en la nariz y bolsa al costado,
su calzón juvenil, que guardó cuidadosamente
enormemente ancho para sus adelgazadas
canillas y su gran voz varonil, volviendo
de nuevo a la atipada infancia, suena como
un pito y una gaita... Última escena de todo"

Shakespeare

es orgánicas y el equilibrio de sus relaciones con el exterior", y mal estrés (dicestrés) que es "el conjunto de condiciones de vida que las sociedades industriales actuales ofrecen a la población como el crecimiento, el consumo de lo superfluo en detrimento de lo necesario y la urbanización intensa que menoscaba la agricultura, afea al paisaje y rompe el equilibrio ecológico."

El hombre experimenta ese juego constante de bueno y mal estrés como una vivencia existencial bajo ciertas pautas de su interacción con otros humanos. Fonseca (16) identifica dichas pautas de interacción como aquellas que se desarrollan dentro de la familia, en el ámbito de acción de los otros poderes educadores -porque la familia lo es como la escuela y la iglesia, las relaciones laborales, de trabajo u ocupación cotidiana y en el área del desempeño - del papel sexual, es decir, en la adquisición de una personalidad masculina o femenina.

Brocklehurst (7) menciona roles o papeles de trabajo, familia asociación o papeles informales. Como podrá notarse los dos autores anteriores se refieren a lo mismo pero en distintas denominaciones. Así pues, resulta fácil comprender que el ser social del hombre es muy complejo. La complejidad procede del hecho mismo de que el hombre se desenvuelve simultáneamente en cierto grupo familiar, educativo, de amigo o de compañeros de labor, debiendo identificarse con cada uno de ellos, ya sea bajo un estrés agradable o lo contrario.

Cada uno de los grupos mencionados guarda ciertas expectativas respecto al individuo, según sea su edad, sexo, educación o empleo, lo que en sociología se denomina "status". Un solo individuo tiene tantos "status" como a grupos pertenezca; cada status exige el desempeño de un papel. Frank López (30) expresa varias acepciones de este término, entre ellas, lo que la sociedad espera de la persona, la opinión que ésta tiene sobre la manera que ha de conducirse y también cuáles deben de ser sus actividades.

Aquí cabría preguntar: ¿que espera del anciano la sociedad?,-

¿Que idea tiene él de cuál ha de ser su conducta? y ¿Tiene el anciano un papel definido en la sociedad?.

Todo parece indicar que a su paso por las diferentes edades, el hombre va cambiando de papeles a desempeñar; en la vejez el status, y por tanto el papel que le corresponde, están en función de qué tanto sea capaz de desligarse de un cierto grupo, el laboral - por ejemplo, y qué tanto lo sea adaptarse a otros grupos sin padecer mal estrés; por ejemplo su propia familia o un grupo de asilados.

Sin embargo el status del anciano variará conforme a lo que la sociedad le exija o esté dispuesta a darle, como jubilarse a -- cierta edad, aún cuando su condición física y mental sean buenas, o disfrutar de canongías y privilegios por el sólo hecho de tener -- cierta edad valorada como "avanzada". (14)

El papel social sólo existe cuando se cumplen los deberes y - derechos que implica (6). Cuando la persona alcanza el derecho de jubilación, pareciera lógico que tuviera el deber de seguir produciendo en la medida de sus capacidades o, por lo menos, el de -- transmitir su experiencia a los más jóvenes. Pero en realidad no - sucede así; lo usual es que al dejar el trabajo entra en desventaja porque pierde su status laboral. Este tipo de status declina -- aún más, a la vez que afecta otros status, porque con bastante frecuencia el monto de las pensiones es exiguo y no tiene en cuenta - procesos inflacionarios ni el aumento exagerado en el costo de la vida.

La pobreza se suma al ocio obligado y no tarda en presentarse el aislamiento, cuando el viejo carece de los medios para contribuir al presupuesto familiar o a los gastos del círculo de amigos. - Por otra parte el deterioro de su capacidad de locomoción le crea - restricciones de movilización, se achica el espacio físico en que - se desenvuelve, lo que también contribuye a la pérdida de status y por tanto, al amargo pesimismo que el viejo tiene ante la vida.(15)

"Quien prefiera la explicación imaginada a la verdad austera, quien huya del análisis y quiera refugiarse en la síntesis, quien guste más del ropaje con que se visten las ideas que el rigor científico que las nutre, no tiene aptitudes para médico"

Avicena

Entre el medio citadino y el rural hay diferencias muy notorias; en el campo, por lo menos en México, las familias todavía se reúnen para tomar algunos de los alimentos y para comentar los sucesos del día. Los ancianos permanecen productivos hasta edades -- muy avanzadas o le es confiada la custodia de los nietos durante la cual les transmiten la riqueza cultural familiar y local.(18)

En la ciudad por el contrario, el exceso de aparatos mecánicos que hacen el trabajo, los centros de bienestar infantil (guarderías) -- que asumen la responsabilidad de atender y educar a los niños, la vitalidad cada vez más agrasiva para todos, pero sobre todo para -- los movimientos ahora lentos del anciano, los programas televisivos basados en la acción violenta y agrasiva, los cada vez más debilitadas relaciones familiares, porque los miembros de la familia, por razones escolares o de trabajo están sujetos a horarios -- agobiantes convirtiéndolo al hogar en una "estación de servicio" y -- en un lugar donde solo se llega a dormir o se permanece físicamente, pero "a kilómetros" de distancia afectiva, hacen del anciano -- un ser siempre descontento de todo y de todos, hasta de sí mismo. De igual manera el grupo familiar, el laboral o el de amigos dado el caso, rechazan al anciano. porque éste siempre va en dirección -- contraria y usualmente no cumple las metas que de él se esperan, -- quizá porque están fuera de su contexto o de sus capacidades.(21)

Según la consideración sociológica de Frank López (30), en -- cuanto una persona no se siente satisfecha con las funciones y expectativas del grupo se hace extraño a éste, se dice que se enajena. Si además no cumple con las funciones que se esperan de él, -- aún cuando pueda estar de acuerdo con las normas e ideas señalados por el grupo, se dice que se desvía. La persona de edad avanzada -- será sociológicamente, enajenada y desviada. Tal desviación y enajenación son observables en los campos o pautas de interacción -- antes señalados.

Cuando dos o más personas están unidas por lazos consanguíneos o por vínculos legales, como el matrimonio o la adopción, inter actúan y cada una cumple su papel, forman parte de una familia. Se reconocen por lo menos dos tipos de familia: la Nuclear, constituí

da por los esposos con o sin hijos y la Extensa o Amplia que además de los elementos de la nuclear incluye a los abuelos y un número -- variable de parientes. (8)

Al respecto, surgen varias reflexiones; es posible encontrar familias nucleares donde el hijo menor tiene 65 años, y puede estar al cuidado de los dos o uno de sus padres, pero más bien de la madre, dada la mayor esperanza de vida en la mujer. Una familia adquiere su carácter de Extensa o Amplia cuando el viejo es abuelo, pero sólo puede llegar a serlo cuando un niño, su nieto nace; así, por lo menos desde el punto de vista biológico tiene dos status, el de padre y el de abuelo; por supuesto que si desempeña el papel que le corresponde en ambos status, la familia es amplia o extensa, también desde el punto de vista sociológico. Pero el papel de abuelo es mal definido, se presenta lo mismo como el personaje que transmite conocimientos y mantiene las tradiciones, que como el ser solitario a quien nadie le hace caso porque "chochea", que no establece relaciones familiares ni buenas ni malas; como el entrometido tiranuelo que lleva al núcleo familiar al caos o a la disolución, en un afán desesperado de seguir siendo el jefe de la familia o de que las cosas sean "como en sus tiempos". (22)

Cuando los padres envejecen y continúan desempeñando el papel de "jefes de familia", fuerzan a los hijos a seguir desempeñando papeles de dependencia, pudiendo generarse desorientación en los nietos que ven al abuelo como padre y a éste como hermano. (31)

Otras variantes también son dables en la realidad; por ejemplo, cuando el hijo está convencido de su superioridad por ser joven y sostén del hogar, quizá con estudios profesionales releva al viejo como jefe de familia, quien de esa forma se ve despersonalizado y entonces es quizá cuando se presenta el fenómeno que Soler (46) -- también describe cuando dice que "la vejez genera la soledad", la interior que nada tiene que ver con el estar o no en compañía de otras personas.

Todo ser humano encuentra en la familia las posibilidades de crecer, realizarse y ser feliz, dependiendo esto de qué tan dispues

"Ningún mayor deleite que envejecer aprendiendo"

Marco Tulio Cicerón

to esté cada quien a ser una fuerza positiva en la consecución del bienestar de quienes están comprometidos en la diaria convivencia, donde no basta con soportarse mutuamente (lo que a la larga cansa) sino que es necesario desempeñar el papel que a cada uno corresponde, aceptando que nadie es más importante que otro, sino que todos son necesarios en ese constante preparar a las generaciones para continuar el proceso integrador de la sociedad, compartiéndolo todo: dudas, temores, afanes y esperanzas. (18)

En una familia como la descrita, el viejo encontrará algo más que satisfacer sus necesidades de abrigo y alimento; encontrará -- contactos afectivos, significativos, es decir, contactos que dejan actitudes, conductas y sentimientos profundos, trascendentes y perdurables, donde él, sus parientes y amigos encontrarán la "incomparable felicidad de envejecer juntos". (49)

Existen múltiples definiciones de "familia" ya que, a través de la Historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y así como los individuos y la sociedad varían de cultura a cultura, así también las familias. Mientras el término "familia" ha sido definido de múltiples maneras, el grupo hombre-mujer-niño persiste como la unidad social en la cultura occidental y este grupo tiene la principal responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad, es decir, socializarlos, dárles soporte físico y emocional e integrarlos en la sociedad. La familia provee el bienestar básico del individuo y constituye la unidad primaria de salud en una comunidad, país y mundo entero. (11)

Este concepto no establece diferencia en cuanto a cómo la familia sea definida o cómo esté constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos y en estrecha proximidad geográfica; pero, cómo la familia está constituida y cómo sea definida, marca una enorme diferencia de cómo debe ser manejada. (26) La definición de la familia de acuerdo con el Censo Canadiense (11-a) es "esposo y su esposa, con o sin hijos o padre o madre con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo". Y el -

Censo Americano (11-b) la define como "Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción", y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad.

Es importante saber cómo la familia funge como agente mediador entre individuo-sociedad y sociedad-individuo, esto es, cada miembro de una sociedad tiene necesidades físicas, psíquicas y sociales pero al mismo tiempo la sociedad a puesto sobre cada individuo ciertas expectativas, obligaciones y demandas que tienen que cumplir implícita o explícitamente. La familia entonces tiene que mediar las necesidades y demandas de cada uno de sus miembros. La familia es un agente entre el individuo y la sociedad. (27)

Existen numerosos grupos de mediadores entre el individuo y la sociedad pero la familia es importante porque es el grupo primario del individuo. Cada individuo de una familia puede pertenecer a un grupo o número de grupos pero sólo la familia le concierne al individuo en su totalidad y en todas las facetas de su vida, como la más alta prioridad puesta en el bienestar de los miembros de la familia, otros grupos como los de trabajo, iglesia, escuela, amigos no conciernen con el individuo en su totalidad ya que usualmente se limitan a una faceta de la vida individual, es un buen trabajador, colaborador de la iglesia, estudiante, etc. La familia tiene expectativas concernientes a las necesidades y demandas de los padres y también de los hijos. No se pretende decir que los otros grupos no sirven o reemplazan a la familia. En comunas, monasterios, orfanatos, etc. se cumple la función de mediador del individuo y la sociedad. La principal diferencia entre estos grupos y la familia es que la familia tiene la responsabilidad de la reproducción o reemplazo, los otros grupos no proveen nuevos miembros para garantizar la supervivencia. Para ello es importante saber que las funciones (17) de la familia son responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares que determinan la sobrevivencia familiar. Los problemas de ajuste que tienen las familias están --

"El que inicia la carrera de medicina, obtiene en realidad una matrícula de estudiante en un curso indefinido y vertiginoso que sólo termina cuando la vejez y el agotamiento hacen del médico un trabajador inútil"

Alcmeon de Crotona

relacionadas con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. Un gran número de tipologías han sido descritas pero al menos cinco funciones de la familia pueden ser específicas: I).- SOCIALIZACION, II).- CUIDADO, III).- AFECTO, IV) RE producción y V).- STATUS.

Es importante determinar no sólo si las funciones se cumplen, sino cómo se establecen los roles dentro de la familia para que se lleven a cabo esas funciones. Cada función debe ser examinada por separado así como las variaciones en los roles, implicaciones en el proceso salud-enfermedad.

Al comentar las funciones de la familia, se utilizó un análisis estático; pero también pudo ser analizada con referencia a los cambios que tiene con el pasar del tiempo, dinámicamente. Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades de las funciones familiares. Las funciones de la familia varían en el ciclo de vida en que se encuentren sus miembros como grupo unitario existiendo cinco fases en el ciclo vital (9) de cualquier grupo familiar; I).- FASE DE MATRIMONIO, II).- FASE DE EXPANSION, III).- FASE DE DISPERSION, IV).- FASE DE INDEPENDENCIA, y V).- FASE DE RETIRO Y MUERTE.

La familia constituye un puente entre el individuo y la sociedad y esta estratégica posición la convierte en factor propiciador e inhibidor del desarrollo humano. Desde el punto de vista de la salud, la familia puede ser causa o sufrir las consecuencias de las enfermedades y puede entorpecer o facilitar el manejo de éstas.

En su conceptualización de la familia como unidad de análisis del proceso salud-enfermedad (27) Pichon Riviere opina que: "Su carácter de estructura surge de la necesaria interdependencia de los roles correspondientes a la situación triangular básica; padre, madre e hijo(s) con sus relaciones y diferencias funcionales y biológicas. Esta situación triangular básica y universal con sus posibles variables culturales determinan el modelo que seguirán las interrelaciones familiares". "El mencionado carácter estructural del

grupo familiar nos permite abordarlo como unidad de análisis, en el sentido de que podemos acceder a él encarándolo como unidad Diagnóstica, Terapéutica, Pronóstica y Profiláctica". "como unidad básica de interacción la familia aparece como el instrumento socializador - cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad, su posición individual dentro de la red interaccional. La funcionalidad y la movilidad de dicha posición señalarán el grado y naturaleza de adaptación en ese contexto grupal del que cada sujeto es portavoz de lo que le acontece. (24)

Cuando en la estructura familiar emerge la enfermedad como una cualidad nueva, Pichon Riviere la percibe como una conducta desviada, como una anomalía que afecta a la familia como estructura total en su proceso de interrelación. Recientemente se conceptualizó a la familia como un sistema relacionado con los roles funcionales de -- cada uno de los miembros, con un ajuste de adaptación mutua que conducen a respuestas saludables a través de la comunicación verbal y no verbal (visual). Finalmente hay que insistir solamente en aquellas propiedades que tienen los sistemas abiertos que nos ayudan a comprender mejor el comportamiento que se da en los miembros de una familia así como al de la familia en su conjunto y que son: a) La-- Totalidad, b) La No Sumatividad, c) La Retroalimentación y el d) -- Proceso. De la información que se intercambia entre los miembros de la familia como grupo y ésta con la sociedad. (29)

Cuando el ser humano envejece, ve con recelo que se acerca el momento de retirarse de los centros laborales; de las actividades-- retribuidas con dinero o de las satisfacciones que a través de éste y del desempeño del trabajo mismo ha podido obtener en su vida - de adulto joven como sería haber ocupado cargos de jefatura u otras investiduras de alto rango; entonces es posible que se resista a -- jubilarse.

También es posible que para otras personas la jubilación represente el medio de liberarse de actividades en las que ha sido objeto, una parte más, y no muy importante por cierto, de una gran maquinaria, lo que ha minado su alegría por realizar una actividad --

"La medicina cura unas veces, alivia otras y consuela siempre"

.Galeno

(II)

útil para la comunidad. En el trabajo el hombre encuentra uno de los lazos de unión más fuertes entre él y un grupo social. Gracial al - trabajo cumple papeles de status considerados valiosos, es una persona sana, fuerte y capaz para el desempeño de sus labores; por algo lo admitieron. Forma parte del grupo de población productiva; es importante porque participa en la economía nacional. Por el trabajo, obtiene los medios de proporcionar bienestar a su familia. (23)

La jubilación genera importantes cambios de carácter económico por la reducción de los ingresos, lo que con frecuencia provoca necesidad de reajustar gastos, respecto a la alimentación, el vestido y la vivienda, asimismo se propicia el aislamiento, pues se rehúye del grupo de amigos al no poder solventar los gastos que esto significa, interrumpiendo bruscamente sus relaciones sociales; además la pensión, no muy abundante de por sí, se acorta cada vez más por el impacto de los procesos inflacionarios agudizados. (25)

Se ha pretendido resolver los problemas de adaptación que trae consigo el retiro, disminuyendo el promedio de edad para la jubilación el argumento es bueno: "cuanto más joven es un hombre, se adaptará mejor a un cambio de vida y a aprender nuevas actividades"(49) pero esto exige un plan de alto nivel para realizar cursos de prejuviliación que aparte de aspectos psicológicos, sociales y médicos, - incluyan la enseñanza de esas nuevas actividades y, lo que es más - importante, los mecanismos para que dichas actividades sean remunerables, contemplando que, a medida que envejezca más la persona, el volumen de actividad disminuya, pero aumente el monto de la jubilación, una vez que lo obtenido por el trabajo no sería más que un -- complemento de la pensión. Jubilación a menor edad sin un plan como - este, representa una carga financiera desorbitada, tanto por la crogación por concepto de pensiones, como por los gastos de asistencia medicosocial que se requerirán; por otra parte, el Estado tendría - que asumir responsabilidades que competen a la familia.

Con mucha frecuencia el término anciano se usa como sinónimo - de enfermo, por dos razones que, aunque diferentes, pueden desarrollarse juntos. Por una parte el anciano, esta sano, se siente enfer

mo, y por otra, actúa haciendo el papel de enfermo. Según Persons - (39), "los rasgos salientes de la situación del paciente y sus inmediatos asociados, especialmente los miembros de la familia... pueden clasificarse en tres apartados: desamparo y necesidad de ayuda, incompetencia técnica e implicación emocional". El mismo autor asegura, y esto es un hecho comprobado a lo largo de varios años de experiencia hospitalaria, que la enfermedad enfrenta al paciente y su familia a diversos problemas económicos, de dinámica familiar y afectivoemocionales. Todos sufren, pero en especial el enfermo, que además padece algún tipo de incapacidad y la ansiedad que le causa la posibilidad de empeorar o morir. O bien, la persona de edad avanzada puede ser definida como sana conforme a criterios médicos, pero sentirse enferma y actuar en consecuencia, lo cual está condicionado a múltiples factores.

El anciano puede sentirse desamparado o estarlo en realidad. - De acuerdo a su condición física necesita ayuda; pero ni él ni sus familiares tienen la capacidad técnica para comprender el proceso de envejecimiento y prestar esa ayuda en forma razonada y razonable su vejez conlleva para sí y sus parientes implicaciones emocionales serias y complejas. Al darse las condiciones que Persons anota como los rasgos relevantes de la situación de enfermo, se entiende porqué el anciano se conceptúa como tal. (32)

Existen otras razones para que el anciano desee quizá hasta si mule estar enfermo, puede haber pasado la experiencia de una padecimiento durante el cual fue tratado con afecto y consideraciones que en estado de salud no obtiene; es posible que la enfermedad ficticia le proporcione un medio de hacer chantaje emocional a sus allegados, en especial a los hijos o al cónyuge. O bien, un anciano puede tener varios diagnósticos clínicos positivos de enfermedad y, sin embargo, insistir en que está sano, hasta el punto de buscar desesperadamente lucir como tal, sometiéndose al sobreesfuerzo, encubriendo sus limitaciones y rechazando toda clase de ayuda. (37)

Cuando la enfermedad es real, cuando el hombre además de viejo

"El médico es llamado por una antinomia; de un lado la fascinación de la ciencia y del otro el interés por el enfermo, ello refleja sus dos grandes formas de vocación: el deseo de saber y el deseo de ayudar"

Platón

está enfermo y desempeña su papel como tal, demanda atención médica de alguna especie, la cual tendrá el matiz que le dé el grupo social compuesto de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc., lo que depende del concepto que éstos tengan del envejecimiento, de la vejez, y de la tarea técnica y humana que deban desempeñar. (40)

La relación médico-paciente o enfermera-pacientemuchas veces es generadora de conflicto, el cual se define como "una forma de interacción en la cual los intereses de un individuo o de un grupo son incompatibles con los de otro individuo o grupo". (30) Casi siempre uno y otro parten de la idea de que ya se ha vivido demasiado y no queda nada por hacer. La enfermera Raquel Langarica Salazar respeta el anterior punto de vista pero no lo comparte, porque significa una postura pesimista, negativa y nada edificante.

El grupo prestador de servicios de la salud, si adquiere conciencia de la utilidad social de su labor, tiene la estricta obligación de ampliar sus conocimientos en materia de gerontología y geriatría, para ser capaz de brindar la atención que el anciano merece (47), aún en el momento de la muerte, pero prepararse técnicamente no significa renunciar a los impulsos generosos, dejar de ser personas compasivas para convertirse en frías e insensibles máquinas curadoras.

Por su parte el viejo debe ser motivado a la reflexión, a la incomparable experiencia de encontrarse a sí mismo, sin importar que esto suceda en el ocaso de la vida, orientado a los valores que aún puede proyectar, aceptar que hasta el último segundo de su existencia tiene un sentido, un propósito, una razón: su trascendencia espiritual a través del conocimiento de la muerte. (48)

El aparato cardiovascular senil con el envejecimiento presenta cambio que al coexistir con alteraciones patológicas se confunden con éstas, de modo que resulta muy difícil diferenciar entre los cambios propios del envejecimiento y los atribuibles a procesos patológicos puros. (33)

Hoy en día es bien conocido el espectacular descenso en la mortalidad infantil, que disminuye con mayor rapidéz que la mortalidad en edades avanzadas, generando mayor esperanza de vida. (34) En muchos países el registro de las muertes y sus causas está sujeto a -- diferencias que restan valor a los datos; ejemplo de ello sería el gran número de fallecimientos atribuidos a "causas mal definidas", -- "todas las demás enfermedades" o "senilidad"; esta última se usa -- como sinónimo de muerte por vejez y como la vejez no es una enfermedad, la tasa reflejaría una situación muy favorable de dominio sobre los problemas de salud pública, lo cual no es coincidente con la -- realidad. (36) El programa epidemiológico demuestra que el alza de las tasas de mortalidad por padecimientos crónico-degenerativos está en proporción directa con el desarrollo del país; de igual modo las enfermedades infecciosas, parasitarias y parasitorias son la -- principal causa de muerte en los países poco desarrollados o en vía de desarrollo. (35)

En 1978, México registró 418,813 defunciones, de las cuales no se especificó el sexo en 1,957 casos; 235,519 ocurrieron en hombres y 180,905 en mujeres, la distribución por edad, en ese mismo año, -- alcanzó la cifra de 79,796 en el grupo de 40 a 64 años y 125,007 en el de 65 y más años de edad, que representan el 19.1 y 29.9% del total, respectivamente. (45)

En el grupo de hombres de 40 a 44 años de edad hubo 48,392 fallecimientos, lo que representa el 20.5% del total de muertes de -- personas de sexo masculino; 61,267 defunciones de 65 años y más representaron el 26% del total para este sexo en el mismo año; en los primeros grupos etarios, para el sexo femenino se registraron 31165 muertes en el primero y 63,332 en el segundo, cuyos porcentajes son 17.2% para el grupo de 40 a 64 años y 35% para el de 65 y más. (45)

De las 418,381 defunciones registradas para todo el país en -- 1978, 53,574 fueron asentadas en el Distrito Federal, de las cuales 28,710 correspondieron al sexo masculino y 24,864 al femenino. (45) La distribución porcentual de estos fallecimientos se muestra en -- que los porcentajes de muertes en los primeros grupos etarios se---

"El médico ayuda por lo que sabe no por lo que ignora"

Avenzoar

mayores para los hombres, invirtiéndose la proporción de los 70 años en adelante, todo lo cual demuestra una vez más que el sexo femenino es más favorecido en la supervivencia alcanzando edades avanzadas

El examen de las tasas de mortalidad por causa en la población mexicana de 45 a 64 años muestra que las enfermedades del corazón -- ocupan el primer lugar, lo mismo sucede en el grupo de 65 y más años pero con una tasa mucho más elevada. Con base en estadísticas que -- indican tasas de mortalidad de 159.7 por cien mil habitantes y de -- 2,242 por cien mil hab. En los grupos de 45 a 64 años y de 65 y más respectivamente, se afirma que las afecciones del corazón ocupan el primer lugar como causa de muerte en la prevejez y en la vejez.

En todas las edades, pero en particular en la sexta década de -- la vida, la hipertensión constituye una causa de precaución, sobre -- todo por ser incapacitante y predisponer al organismo a otros padeci-- mientos cardiovasculares muy graves, como la insuficiencia cardíaca. En términos generales la hipertensión es un riesgo que guarda rela-- ción directa con la edad, debido a los cambios que el envejecimiento y procesos patógenos como la arterioesclerosis, imprimen en los va-- sos arteriales y la aorta. (42)

La elevación de las cifras máxima (hipertensión sistólica) o mínima (hipertensión diastólica) pueden observarse en un sujeto en -- forma simultánea o bien como entidades separadas. La apreciación de la presión sanguínea, como parte importante de la valoración del es-- tado de salud, debe hacerse de preferencia siempre con el mismo apa-- rato y a la misma hora del día, procurando que el paciente esté tran-- quilo en en decúbito dorsal; habrá de llevarse un registro cuidadoso de las lecturas y buscar atención médica al primer signo de alarma, -- como sería una cifra sistólica de 165 mm de Hg o más y una diastóli-- ca superior a 95 mm de Hg, cifras consideradas como normales en los -- ancianos. (51, 50 y 33)

La hipertensión a expensas de la cifra máxima (sistólica) puede ser indicativa de insuficiencia cardíaca o de hipertrofia ventricu-- lar izquierda, pero también puede deberse a la pérdida de elastici--

dad arterial y a la rigidez aórtica, en cuyo caso la hipertensión - sistólica cursa junto con hipertensión o normalidad diastólica. (20)

Es necesario recordar que en el anciano la hipertensión puede obedecer a hipertiroidismo, entidad que a menudo se presenta asociada a otras patologías, la insuficiencia aórtica, esclerosis aórtica e incluso fístulas arterio-venosas. (44)

Diversos estudios de la República Mexicana indican que la hipertensión arterial tiene una prevalencia del 11.2 al 22% de la población general. Es más frecuente en hombres mayores de 40 años, en -- persona de nivel socioeconómico alto y en profesionistas y técnicos. La tasa de mortalidad por 100,000 habitantes fue de 4.2 en el último censo (1976) de la Dirección General de Bioestadística de la SSA (13)

La observación epidemiológica y los estudios experimentales -- han permitido aislar determinados factores que se encuentran estrechamente relacionados con la enfermedad hipertensiva.

-Edad.- Con el paso de los años, se constata claramente que las cifras de presión arterial sufren un ascenso progresivo, más aparente en el caso de la presión arterial sistólica, por ello, la hipertensión es mucho más frecuente entre los adultos y los ancianos que en los jóvenes.

-Sexo.- En edades tempranas (antes de los 35-40 años), es más frecuente en los varones, mientras que a partir de los 65-70 años se -- hace más frecuente en mujeres.

-Raza.- Existe prevalencia de hipertensión arterial en raza negra-- sobre blanca.

-Consumo de sal en la dieta.- Se ha demostrado que la respuesta de la presión arterial a la ingesta de sal es de tipo individual (individuos sal-sensibles y sal-resistentes), condicionada a mecanismos-- genéticos y a la capacidad renal para excretar el sodio.

-Exceso de peso.- Es más frecuente en obesos que con índice ponderal normal para la talla y constitución.

-Otros.- Estrés, factores psicosomáticos, tipo de vida, trabajo, -- categoría socioprofesional, altitud geográfica, composición del agua y del suelo, consumo exagerado de alcohol y tabaco, ruido ambiental, herencia, etc. (38)

"Dar y servir a los ancianos"

Lema de los Asilos

La hipertensión es considerada más como factor de riesgo que como un proceso nosológico bien definido, incrementa la mortalidad general por favorecer la aparición de:

- Insuficiencia Cardíaca-Venosa, Insuficiencia Renal, Cardiopatía Crónica y Accidente Vascular Cerebral. Y este riesgo aumenta con la edad, abuso del tabaco e hipercolesterolemia con sus respectivas repercusiones en los órganos Diana: corazón, cerebro, riñón y vasos - (fondo de ojo).

El interés sanitario y socioeconómico de la enfermedad hipertensiva se centra en 4 factores principales:

- 1.- Su extraordinaria frecuencia en los países desarrollados, en la consulta del médico de cabecera, superada solo por las enfermedades respiratorias.
- 2.- Su influencia sobre mortalidad masculina precoz y sobre la mortalidad general. Las complicaciones no mortales (gran morbilidad), y pensiones anticipadas.
- 3.- La falta de conocimiento y control efectivo de la enfermedad. En nuestra comunidad más de un 50% de los hipertensos desconocen que lo son y de los conocidos la mitad recibe tratamiento y de éstos el 45-50% controlan eficazmente sus cifras.
- 4.- Por último, la facilidad con que se puede detectar la hipertensión y el bajo costo, así como el elevado rendimiento de las medidas preventivas y terapéuticas. (41)

JUSTIFICACION

- 1.- Para conocer el Contexto Familiar del Anciano Hipertenso como mediador entre el control de su enfermedad y el cuidado médico.
- 2.- Por ser la Enfermedad Hipertensiva del Anciano la primera causa de morbi-mortalidad en la población extrema.
- 3.- Para conocer las condiciones de vida normales y patológicas de la población senil en su medio familiar.
- 4.- Conocer al anciano como entidad biopsicosocial.
- 5.- Saber que sucede con la limitación laboral (pensión) del Anciano Hipertenso en su seno familiar.
- 6.- Comparar los datos obtenidos en dos tipos de familia con Ancianos Hipertensos de acuerdo a su estructura: La Nuclear y la -- Extensa y darlo a conocer al personal de salud al cuidado de -- ellos, primordialmente: su médico familiar.
- 7.- Como reflexión al documento Histórico-Cultural más barato, ameno y valioso que tiene una Sociedad: La Tercera Edad.

OBJETIVOS

- Inmediatos:
- 1.- Investigar en el Anciano Hipertenso su contexto Familiar a través de las funciones de Cuidado y -- Afecto otorgadas por su Familia, el mismo y su -- Médico Familiar con el fin de ayudar al control de su enfermedad.
 - 2.- Compararlo entre dos tipos familiares de acuerdo a su estructura: Nuclear o Extensa.
- Propósitos:
- 1.- Identificar al Anciano Hipertenso como Unidad -- Biopsicosocial.
 - 2.- Concientizar a los familiares y al Anciano Hipertenso del importante papel que tienen para el -- control adecuado de su enfermedad.
 - 3.- Involucrar a todo el personal multidisciplinario de Salud en el Contexto Familiar del Anciano Hipertenso para facilitar el control de su enfermedad.

HIPOTESIS

Si por estructura, la Familia Nuclear ayuda a controlar mejor al anciano Hipertenso, entonces la Familia Extensa no ayudará en forma adecuada al control de su enfermedad.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es de tipo Prospectivo, Transversal, Comparativo y de Efecto a Causa, se realizó en el Centro de Seguridad Social para Bienestar Familiar del HGZ No.2 con Med. Fam. del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo, Sonora, México en el lapso comprendido de Junio a Diciembre de 1987 en pacientes de 60 y más años de edad del Grupo Tercera Edad tomando como universo a 140 de ellos considerados como regulares, obteniéndose 91 hipertensos no puros (con otros padecimientos) diagnosticados y controlados en la consulta externa de Medicina Familiar y de los cuales se eliminaron a través de una encuesta piloto 42 pacientes:

Dx's por primera vez = 4
No derechohabientes = 6
Expediente extraviado = 22
Irregulares en el gpo = 8
Tener menos de 60 a. = 2

Quedándose para mi estudio con un total de 49 pacientes Ancianos - Hipertensos No Puros; perteneciendo 17 a Familias Nucleares y 32 a Familias Extensas.

Los instrumentos de medida utilizados consistieron en: Un cuestionario estructurado con 65 reactivos de opción múltiple; 11 preguntas para la Familia y 54 para el paciente aplicados en su domicilio, cinco parámetros obtenidos del expediente clínico individual (peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, recomendaciones y citas) así como la toma de la tensión arterial individual en Julio, Septiembre y Noviembre.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Que tengan 60 o más años de edad.
- 2.- Que sean mujeres y hombres sin importar nivel socioeconómico, religión u otra actividad.
- 3.- Pertenecer al Grupo Tercera Edad del -- Centro de Seguridad Social para el Bienestar Familiar del HGZ No.2, Hillo., Son. y acudir regularmente (mínimo cada mes)
- 4.- Ser derechohabientes pensionados por el I.M.S.S. del HGZ No.2 en Hillo., Sonora.
- 5.- Estar diagnosticados como Hipertensos-- y registrados en su expediente clínico.
- 6.- Que pertenezcan a cualquiera de los dos tipos familiares: Nuclear y Extensa.
- 7.- Que radiquen en Hermosillo, Sonora por-- lo menos durante los siguientes seis me ses de iniciado el estudio.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- 1.- Paciente Senil Hipertenso. - Es aquella persona de 60 o más años de edad que cursa con un padecimiento crónico, adquirido, degenerativo que pasa por varias fases evolutivas, condicionado a factores ambientales y su principal fisiopatología se presenta - por modificación en los vasos sanguíneos de las fibras elásticas, que se hacen frágiles e incorporan calcio (elastocalcinos - sis), pierden flexibilidad por disminución de elastina y aumenta la cantidad de colágena, lo que disminuye aún más la elasticidad con el consiguiente menoscabo en la irrigación, nutrición y función del cerebro, hígado, riñones y otros órganos.
- 2.- Familia Nuclear. - Grupo de individuos formado por padres e hijos exclusivamente, pudiendo no tener hijos y que vivan bajo el mismo techo.
- 3.- Familia Extensa. - Cuando aparte de los padres e hijos viven - otros integrantes consanguíneos. Ejem.; suegros, primos, tíos, etc.

VARIABLES DEPENDIENTES

I.- CUIDADO.- Es la función que tiene como finalidad cubrir las - necesidades físicas de salud del Anciano Hipertenso.

Indicadores:

- 1.-Atención Familiar:Es la función que tiene como - fianlidad cubrir las necesida - des físicas y de salud del - Anciano Hipertenso por parte - de sus familiares.
- 2.-Atención Personal:Es aquel cuidado que se brin - da el propio paciente en rela - ción a su padecimiento.
- 3.-Atención Médica :Son aquellos cuidados dietéti - cos,higiénicos y medicamento - sos que prescribe el médico - al Anciano Hipertenso.

Categorizados en:ADECUADA,REGULAR y DEFICIENTE

Atención Familiar:

ADECUADA:Cuando los familiares le preparan - su dieta,le proporcionan 5 o más - cambios de ropa,2 pares de zapatos, si le proporcionan ropa para frío o para calor,cuando le realizan ase - de ropa y vivienda,cuando tiene re - cámara propia o compartida con una - persona y cuenta con todos los ser - vicios necesarios,cuando duerme en - cama,cuando los familiares llevan a cabo las recomendaciones dadas por - el médico.

REGULAR :Cuando los familiares ocasionalmente le preparan la dieta,cuando le pro - porcionan 3 cambios de ropa,cuando - le realizan la limpieza de ropa o - de la habitación,cuando ocasional - mente siguen las indicaciones del - médico.

DEFICIENTE: Cuando nunca le preparan la dieta, cuando le proporcionan menos de 2 cambios de ropa, no le realizan aseo de ropa y habitación no tiene recámara propia ni los servicios necesarios en ella, no duerme en cama y no llevan las indicaciones dadas por el médico.

Atención Personal:

ADECUADA: Cuando los familiares no le proporcionan la dieta indicada y él insiste en llevarla o cuando los familiares le proporcionan su dieta y él la toma, cuando se cambia y baña diariamente, aseo bucal tres veces al día, cuando acude siempre a su cita, sigue el tratamiento dietético y las recomendaciones médicas.

REGULAR: Cuando la familia le proporciona la dieta y algunas veces la toma, baño y cambios de ropa cada tercer día, cuando asiste irregularmente a las citas de su médico y lleva su tratamiento médico-dietético en forma irregular.

DEFICIENTE: Cuando los familiares le proporcionan la dieta y él no la toma o cuando no se la proporcionan y él no la solicita, cuando lleva a cabo baño y cambio de ropa en más de 4 días, aseo bucal ocasionalmente, cuando acude con su médico muy ocasionalmente y tiene poco o nulo interés en su tratamiento médico-dietético.

Atención Médica:

ADECUADA: Cuando se encuentran presentes 4 o 5 parámetros en el expediente clínico.

REGULAR: Cuando solamente existen 3 parámetros.

DEFICIENTE: Cuando 1, 2 o ningún parámetro hay.

II.- AFECTO.- Es la función que tiene como finalidad cubrir las - necesidades de cariño, recreación, convivencia, respeto y comunicación del Anciano Hipertenso.

Indicadores:

- 1.- **Afecto Familiar:** Es el apoyo emocional que le brindan los integrantes de su familia al Anciano Hipertenso
- 2.- **Autoestima** : Es el valor individual que tiene de sí mismo una persona.
- 3.- **Afecto Médico** : Es la disposición que el médico tiene para orientar al paciente senil hipertenso en relación a su padecimiento.

Categorizados en: PRESENTE y AUSENTE.

Afecto Familiar:

PRESENTE: Cuando los familiares le dan manifestaciones de atención y cortesía al anciano, cuando existen manifestaciones de aceptación, cuando siempre lo llaman para estar presente con los demás miembros de la familia, cuando siempre le proporcionan distracciones al anciano.

AUSENTE : Cuando sólo le manifiestan atención o cortesía, no hay manifestaciones de aceptación, nunca lo llaman para estar con los demás miembros de la familia y no le proporcionan distracciones.

Autoestima:

PRESENTE: Cuando siempre tiene seguridad y confianza de sí mismo, busca en que divertirse, cuando le gusta estar con los miembros de su familia.

AUSENTE : Cuando nunca posee seguridad y confianza en sí mismo, cuando es indiferente en lugar de buscar diversiones cuando nunca le gusta estar con su familia.

La COMUNICACION Familiar, Personal y Médica fue categorizada en:
CLARA Y DIFUSA

CLARA: Cuando frecuentemente los familiares hacen comentarios acerca de la enfermedad del Anciano Hipertenso y a éste le permiten hacer comentarios --- acerca de su enfermedad y cuando el médico le ha explicado al paciente - la problemática de su padecimiento .

DIFUSA: Cuando los familiares ocasionalmente o nunca hacen comentarios acerca de la enfermedad del Anciano Hipertenso y a éste ocasionalmente o nunca le - permiten hablar de su enfermedad y - cuando el médico no le ha explicado - en que consiste su padecimiento.

La Escala de Medida utilizada fue del 1 al 5 .

ESTABLECIMIENTO DE VARIABLES Y CRITERIOS DE MEDICION

VARIABLE	INDICADOR	ASPECTO A MEDIR	NUMERO DE LA PREGUNTA	CATEGORIA	VALOR OTORGADO AL INDICADOR	
I CUIDADO	ATENCION FAMILIAR	ALIMENTACION	1,3,4,5,6.	ADECUADA	26.9 %	
		VESTIDO	7,8,9.			
		HIGIENE	10,11,12.	REGULAR		
		HABITACION	13,14,15,16,17.			
	INDICACIONES DEL MEDICO	18,19,20,21,22.	DEFICIENTE			
	ATENCION PERSONAL	ALIMENTACION	2,5,23.	ADECUADA		17.9 %
		VESTIDO	24,25,26.	REGULAR		
		HIGIENE	27,28,29.			
INDICACIONES DEL MEDICO		30,31,32,33,34	DEFICIENTE			

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA
I CUIDADO ATENCION MEDICA (.2%)	PESO T/A F.C. RECOMENDACIONES CITAS	BUENA 5-4 REGULAR 3 DEFICIENTE 2-1

Tomado del Expediente Clínico

ESTABLECIMIENTO DE VARIABLES Y CRITERIOS DE MEDICION

VARIABLE	INDICADOR	ASPECTO A MEDIR	NUMERO DE LA PREGUNTA	CATEGORIA	VALOR OTORGADO AL INDICADOR
II AFECTO	AFECTO FAMILIAR	APRECIO	35,36,37,38, 39,40,41.	PRESENTE	21.7 %
		RESPE TO	42,43,44,45.	AUSENTE	
		RECREACION	46,47.		
		CONVIVENCIA	49.		
		COMUNICACION	63,64,65.		
	AUTOESTIMA	APRECIO	23,31,32,33, 52,53,54,55, 56,57,59.	PRESENTE	26.9 %
		RECREACION	60,61,62.	AUSENTE	
		CONVIVENCIA	48,49,50,51.		
		COMUNICACION	63,64,65.		
AFECTO MEDICO	COMUNICACION	18,19,30,34, 58.	6.4%	CLARA DIFUSA	

ESCALA DE MEDIDAS

AFECTO FAMILIAR

ESCALA DEL 1 al 5 .

APRECIO : Valor de cada pregunta .7

7 a 5 preguntas = a 5 - 3.5 PRESENTE

4 a 0 preguntas = a 2.8 - 0 AUSENTE

RESPECTO : Valor de cada pregunta 1.25

4 a 3 preguntas = a 5 - 3.75 PRESENTE

2 a 1 preguntas = a 2.5 - 1.25 AUSENTE

RECREACION: Valor de cada pregunta 2.5

2 preguntas = a 5 PRESENTE

1 pregunta = 2.5 AUSENTE

CONVIVENCIA: Valor de cada pregunta 5

1 pregunta = 5 - PRESENTE

0 pregunta = 0 AUSENTE

COMUNICACION: VALOR de cada pregunta 1.6

3 preguntas = 5 CLARA

2 a 1 preguntas = 3.2 - 1.6 DIFUSA

A U T O E S T I M A

CONVIVENCIA : Valor de cada pregunta 1.25

4 a 3 preguntas = a 5 - 3.75 PRESENTE

2 a 1 pregunta = 2.50 - 1.25 AUSENTE

RECREACION : Valor de cada pregunta 1.6

3 preguntas = 5 PRESENTE

2 a 1 preguntas = 3.2 - 1.6 AUSENTE

(29)

COMUNICACION : Valor de cada pregunta 1.6

3 preguntas = 5 CLARA
2 a 1 pregunta = 3.2 a 1.6 DIFUSA

ESCALA DEL 1 al 10 .

APRECIO : Valor de cada pregunta . 9

11 a 6 preguntas = 10 - 5.45 PRESENTE
5 a 0 preguntas = 4.5 - 0. AUSENTE

ATENCION FAMILIAR

ESCALA DEL 1 al 5 .

ALIMENTACION : Valor de cada pregunta 1

5 preguntas = 5 ADECUADA
4-3 preguntas = 4 - 3 REGULAR
1 pregunta = 1 DEFICIENTE

VESTIDO : Valor otorgado a cada pregunta 1.6

3 preguntas = 5 ADECUADO
2 preguntas = 3.2 REGULAR
1 pregunta = 1.6 DEFICIENTE

HIGIENE : Valor de cada pregunta 1.6

3 Preguntas = 5 ADECUADA
2 preguntas = 3.2 REGULAR
1 pregunta = 1.6 DEFICIENTE

HABITACION : Valor de cada pregunta 1

5 a 3 preguntas = 5 - 3 ADECUADA
2 a 1 preguntas = 2 - 1 DEFICIENTE

INDICACIONES : Valor de cada pregunta 1

DEL 5 preguntas = 5 ADECUADO
MEDICO 3 a 2 preguntas = 3 - 2 REGULAR
1 pregunta = 1 DEFICIENTE

A T E N C I O N P E R S O N A L

ESCALA DEL 1 al 5 .

ALIMENTACION	: Valor de cada pregunta	1.6	
3 preguntas	=	5	ADECUADA
2 preguntas	=	3.2	REGULAR
1 pregunta	=	1.6	DEFICIENTE
VESTIDO	: Valor de cada pregunta	1.6	
3 preguntas	=	5	ADECUADO
2 preguntas	=	3.2	REGULAR
1 pregunta	=	1.6	DEFICIENTE
HIGIENE	: Valor de cada pregunta	1.6	
3 preguntas	=	5	ADECUADA
2 preguntas	=	3.2	REGULAR
1 pregunta	=	1.6	DEFICIENTE
INDICACIONES	: Valor de cada pregunta	1	
DEL	5 preguntas	= 5	ADECUADA
MEDICO	4 a 3 preguntas	= 4 - 3	REGULAR
	2 a 0 preguntas	= 2 - 0	DEFICIENTE

A F E C T O M E D I C O

COMUNICACION	: Valor de cada pregunta	1	
5 preguntas	=	5	CLARA
2- 1 preguntas	=	2 - 1	DIFUSA

(31)

RESULTADOS

EXPRESADOS

EN

GRAFICOS Y CUADROS

PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
EDAD Y SEXO
FAMILIA NUCLEAR
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987

EDAD SEXO	60-64	%	65-69	%	70-74	%	75 y +	%	TOTAL	%
	AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS			
F	4	23.52	3	17.64	2	11.76	1	5.88	10	58.82
M	2	11.76	2	11.76	2	11.76	1	5.88	7	41.17
TOTAL	6	35.29	5	29.41	4	23.52	2	11.76	17	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
EDAD Y SEXO
FAMILIA EXTENSA
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987

EDAD SEXO	60-64	%	65-69	%	70-74	%	75 y +	%	TOTAL	%
	AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS			
F	8	25	5	15.62	3	9.37	2	6.25	18	56.25
M	6	18.75	4	12.5	3	9.37	1	3.12	14	43.75
TOTAL	14	43.75	9	28.12	6	18.75	3	9.37	32	100.0

Fuente: Encuesta directa

(33)

PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
ESTADO CIVIL
FAMILIA NUCLEAR
C.H.G. ZONA Nº 2, HERMOSILLO, SON.
1987

SEXO	ESTADO CIVIL						TOTAL	%
	CASADO		VIUDO		SOLTERO			
F	8	47.05	2	11.76	0	0	10	41.17
M	4	23.52	2	11.76	1	5.88	7	41.17
TOTAL	12	70.58	4	23.52	1	5.88	17	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
ESTADO CIVIL
FAMILIA EXTENSA
C.H.G. ZONA Nº 2, HERMOSILLO, SON.
1987

SEXO	ESTADO CIVIL						TOTAL	%
	CASADO		VIUDO		SOLTERO			
F	9	28.12	7	21.87	2	6.25	18	56.25
M	7	21.87	6	18.75	1	3.12	14	43.75
TOTAL	16	50	13	40.62	3	9.37	32	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
ESCOLARIDAD
FAMILIA NUCLEAR
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987

SEXO	E S C O L A R I D A D								TOTAL	%
	ANALFABETOS		PRIMARIA INCOMPLETA		PRIMARIA COMPLETA		SECUNDARIA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
M	2	11.25	6	33.75	2	11.25	0	0	10	56.25
F	3	18.75	3	18.75	0	0	1	6.25	7	43.75
TOTAL	5	29.41	9	52.94	2	11.76	1	5.88	17	100

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
ESCOLARIDAD
FAMILIA EXTENSA
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987

SEXO	E S C O L A R I D A D								TOTAL	%
	ANALFABETOS		PRIMARIA INCOMPLETA		PRIMARIA COMPLETA		SECUNDARIA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
M	7	21.87	10	31.25	1	3.12	0	0	18	56.25
F	9	28.12	4	12.5	1	3.12	0	0	14	43.75
TOTAL	16	50	14	43.75	2	6.25	0	0	32	100

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
OCUPACION
FAMILIA NUCLEAR
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987

OCUPACION	S E X O				TOTAL	%
	FEMENINO	%	MASCULINO	%		
ACTIVO	1	10	1	14.28	2	11.76
INACTIVO	3	30	4	57.14	7	41.17
HOGAR	6	60	2	28.57	8	47.05
PENSIONADO	10	58.82	7	41.17	17	100
TOTAL	10	58.82	7	41.17	17	100

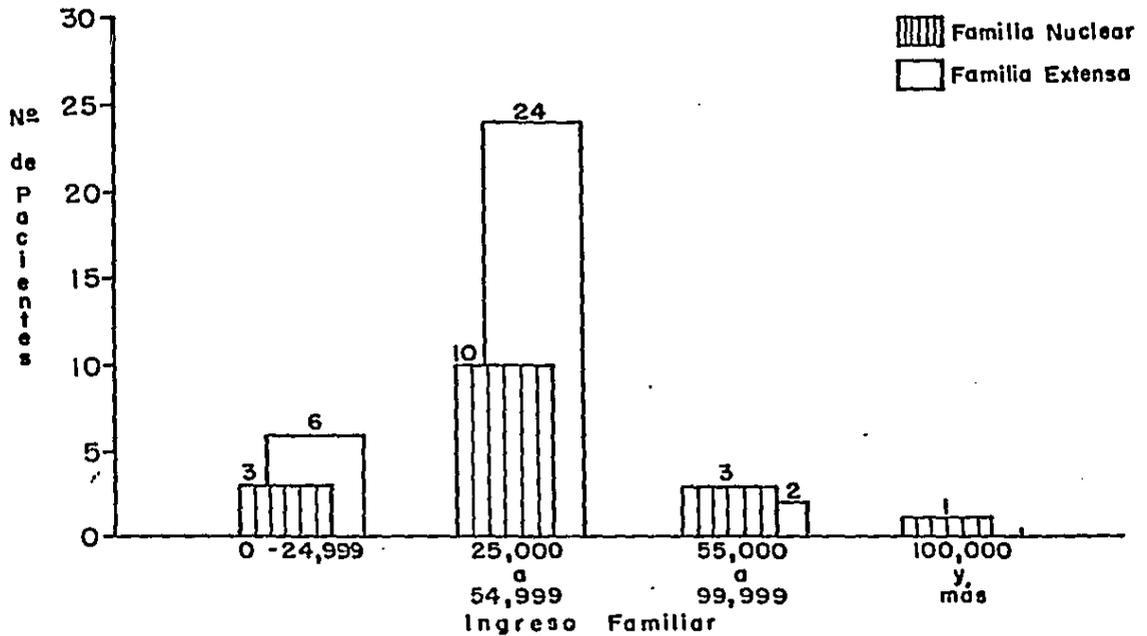
Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
OCUPACION
FAMILIA EXTENSA
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987

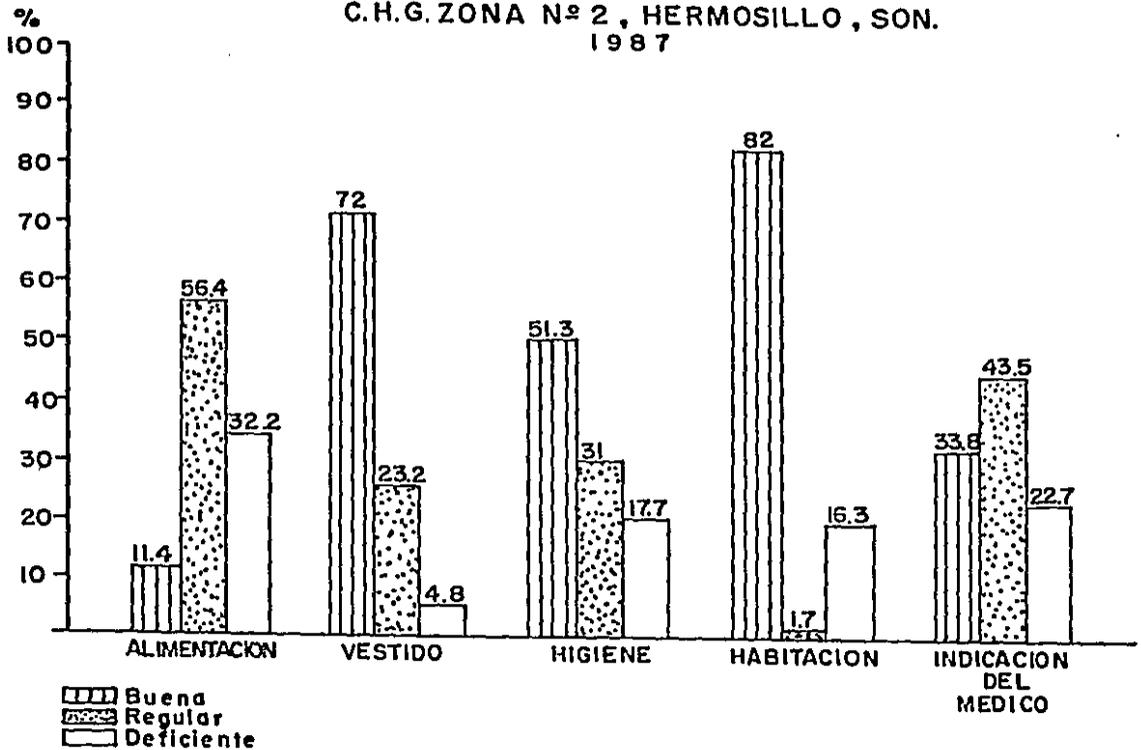
OCUPACION	S E X O				TOTAL	%
	FEMENINO	%	MASCULINO	%		
ACTIVO	7	38.88	6	42.85	13	40.62
INACTIVO	2	11.11	5	35.71	7	21.87
HOGAR	9	50.00	3	21.42	12	37.50
PENSIONADO	18	56.25	14	43.75	32	100
TOTAL	18	56.25	14	43.75	32	100

Fuente: Encuesta directa.

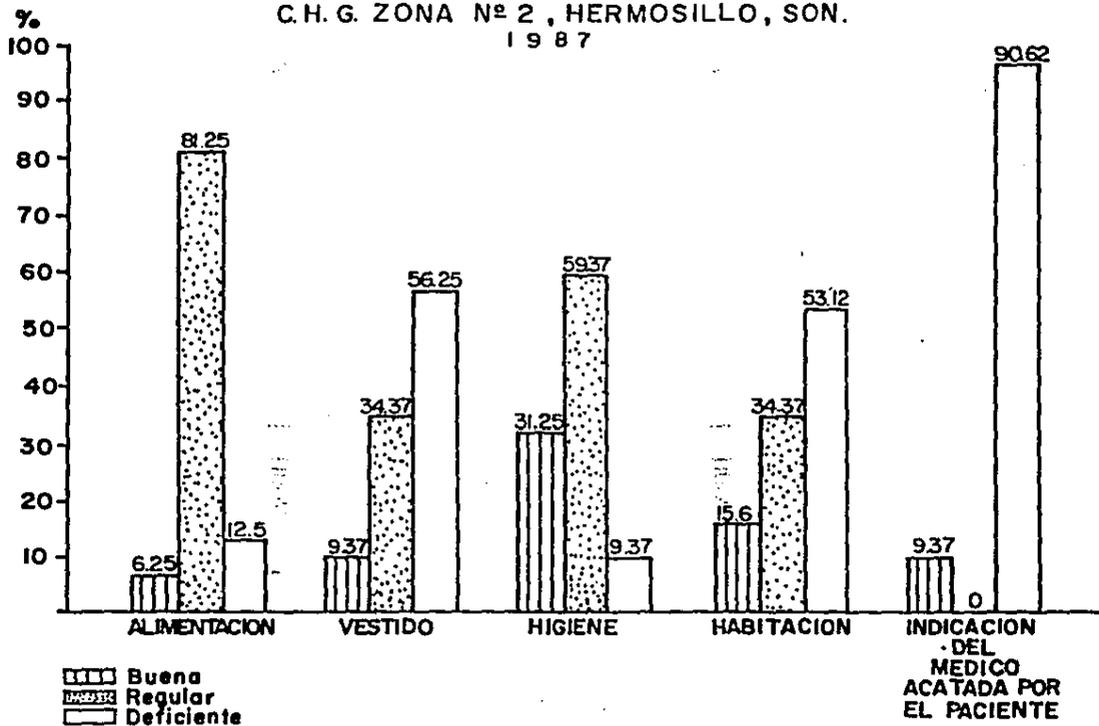
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
INGRESO FAMILIAR
FAMILIA NUCLEAR Y EXTENSA
C.H.G. ZONA Nº 2, HERMOSILLO, SON.
1987



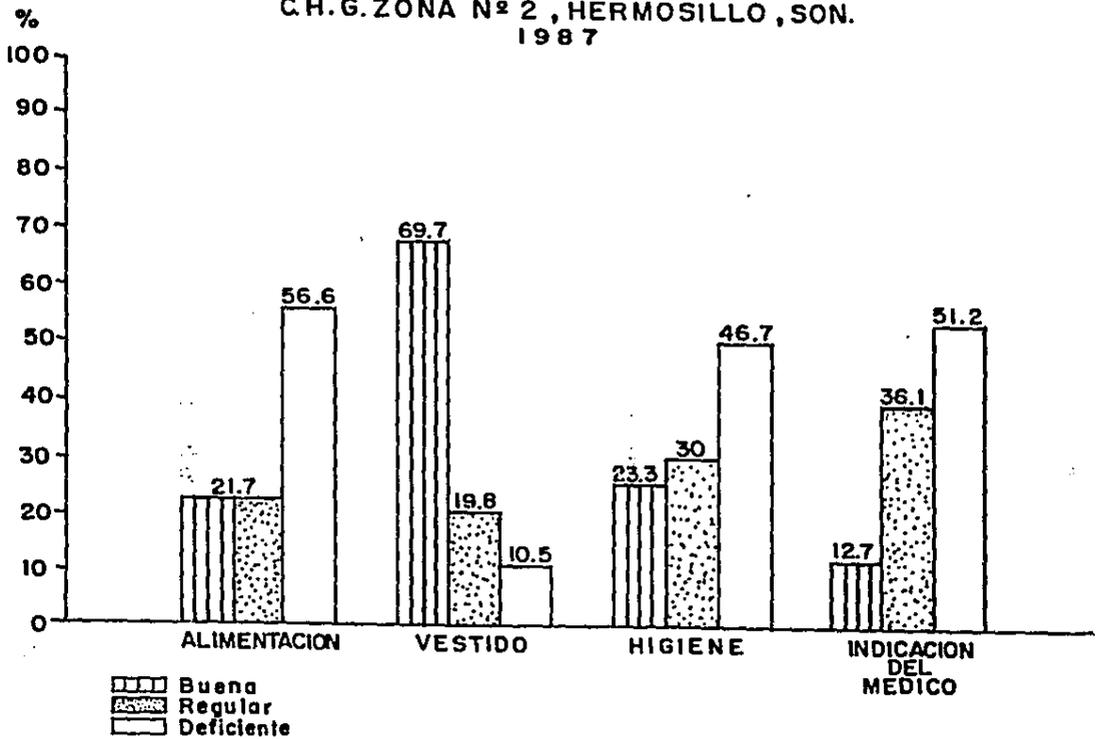
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
ATENCION FAMILIAR
FAMILIA NUCLEAR
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987



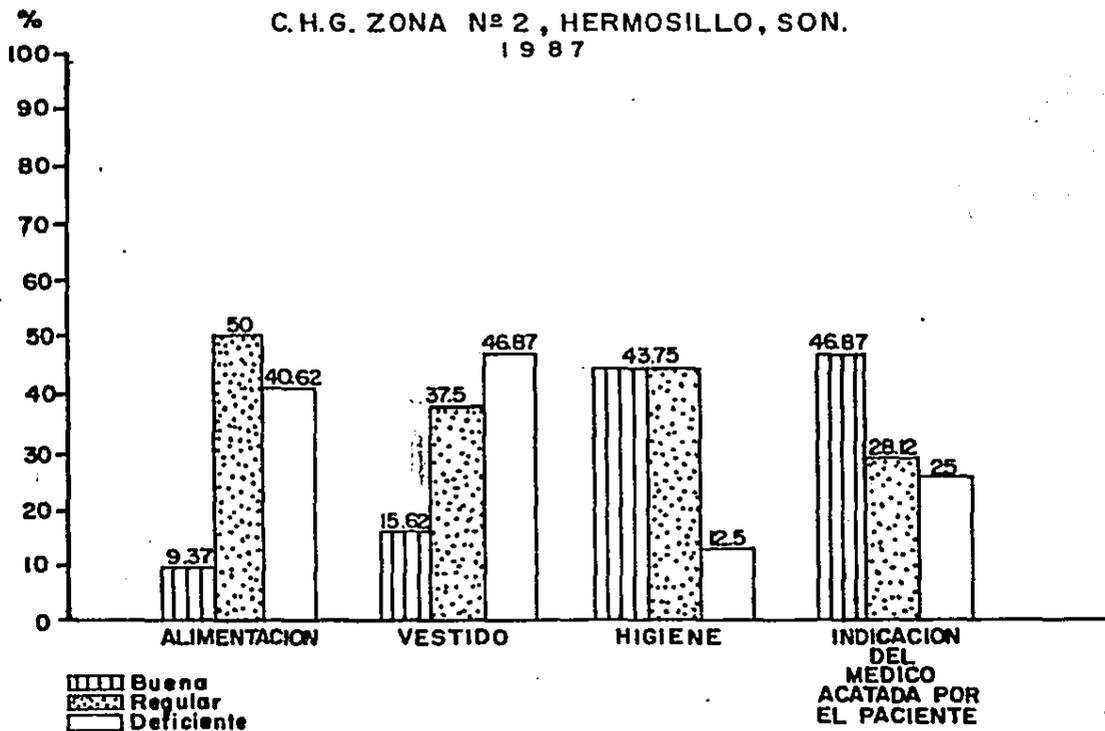
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
ATENCION FAMILIAR
FAMILIA EXTENSA
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987



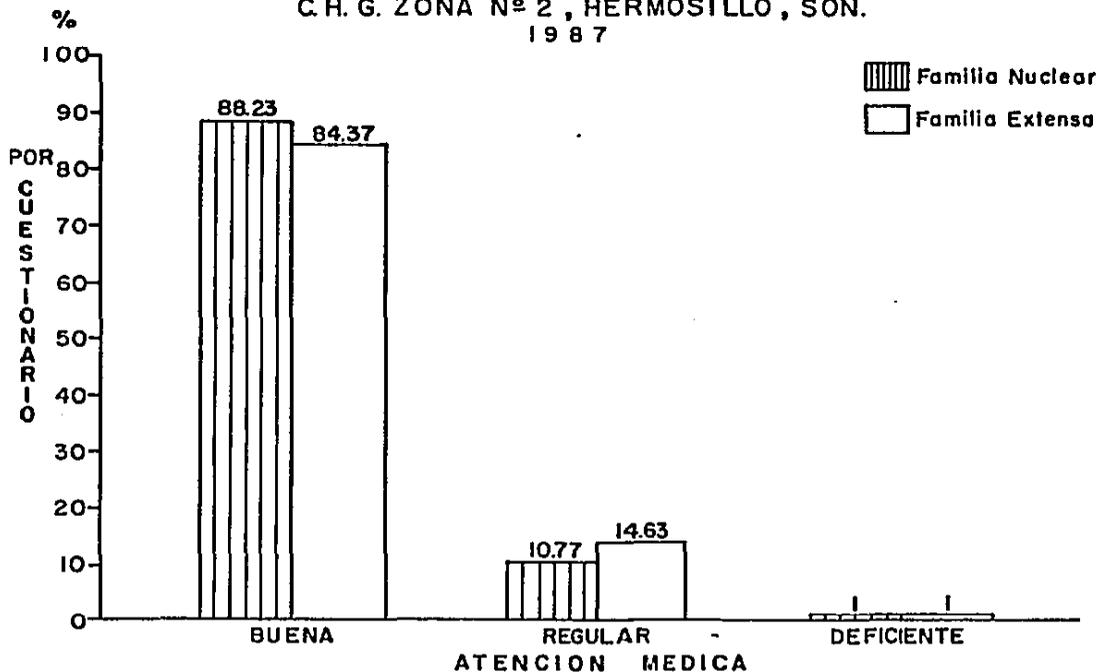
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
ATENCION PERSONAL
FAMILIA NUCLEAR
C.H.G.ZONA N° 2 , HERMOSILLO , SON.
1987



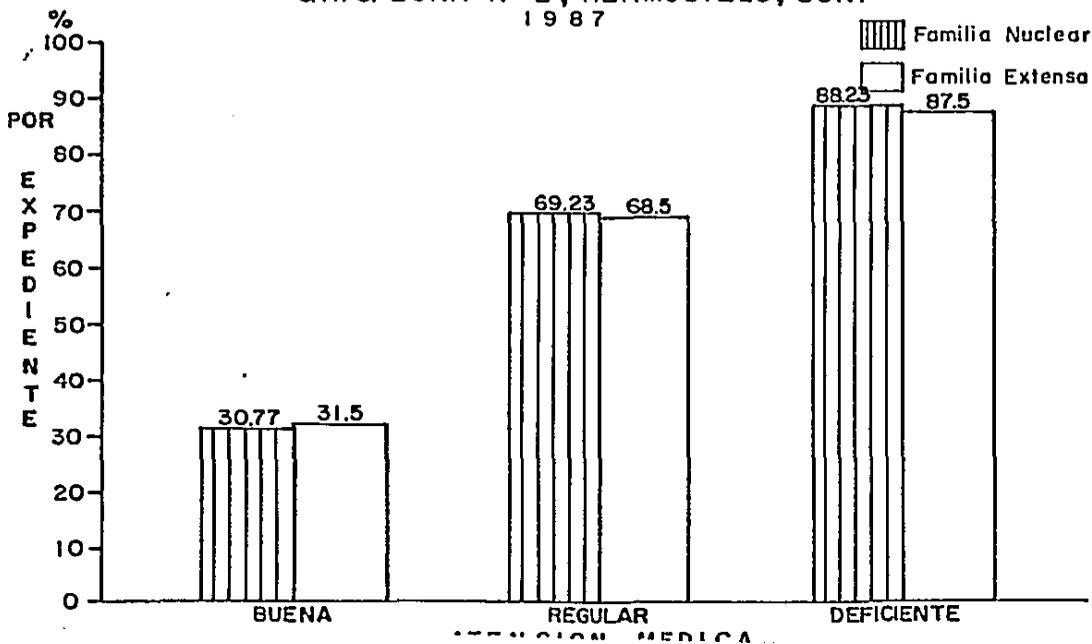
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
ATENCION PERSONAL
FAMILIA EXTENSA
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987



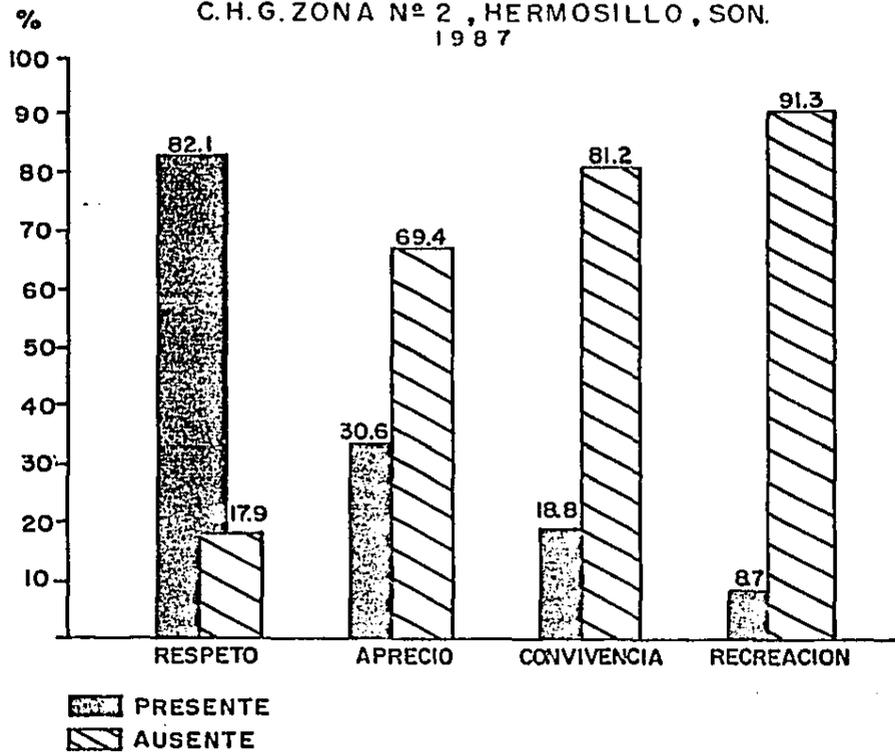
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
 ATENCION MEDICA
 FAMILIA NUCLEAR Y EXTENSA
 C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
 1987



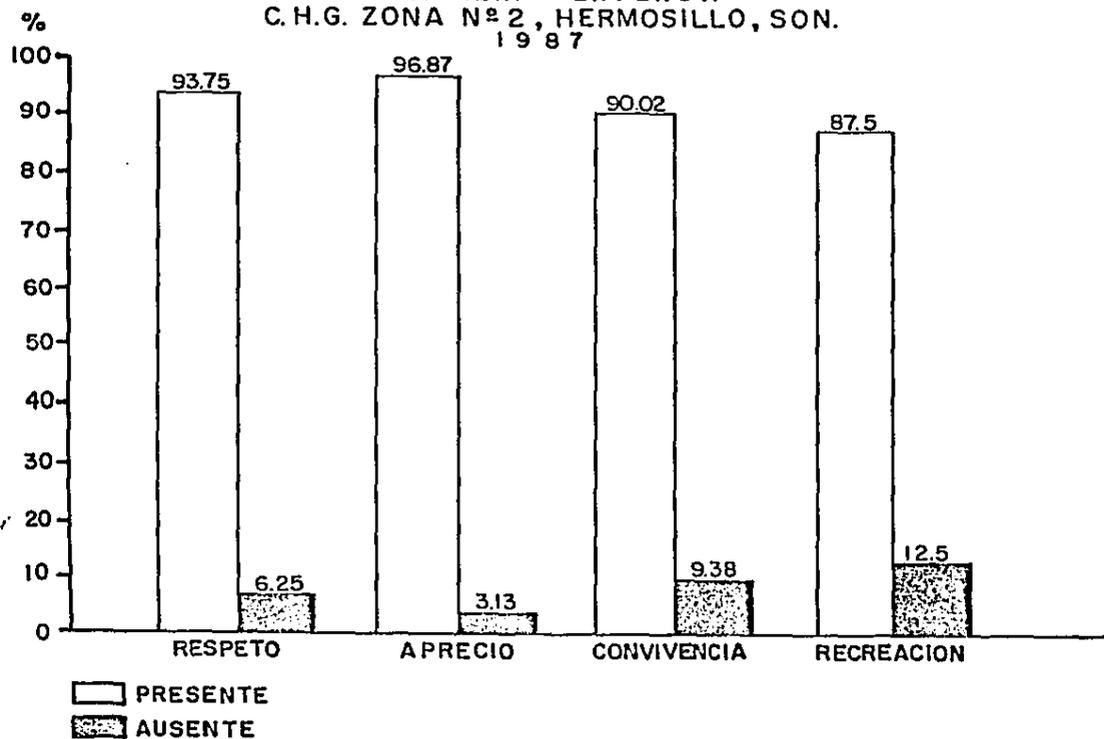
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
 ATENCION MEDICA
 FAMILIA NUCLEAR Y EXTENSA
 C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
 1987



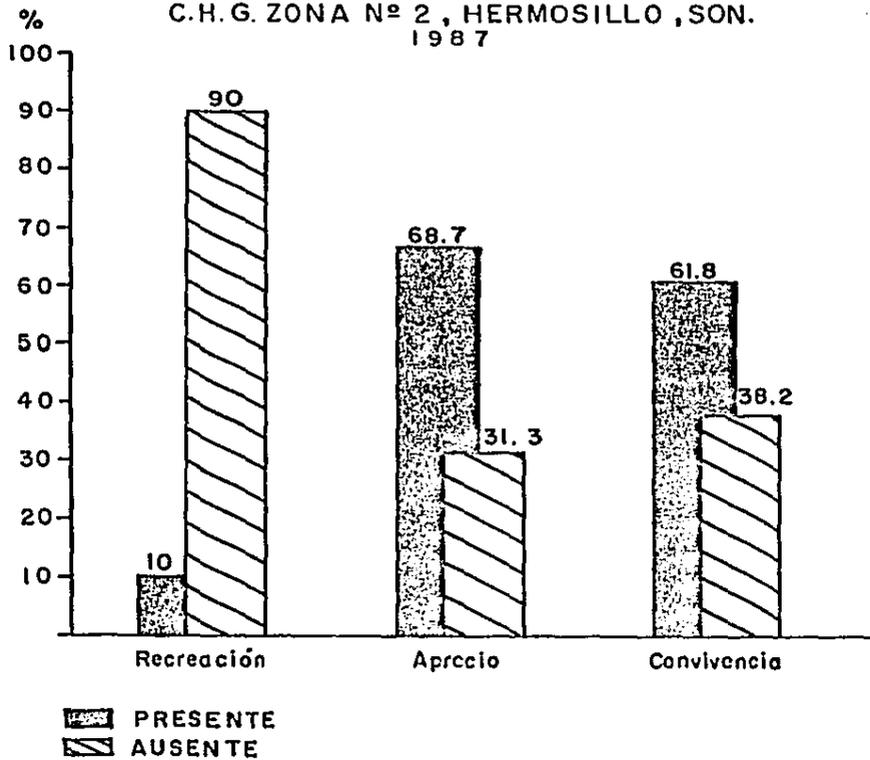
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
AFECTO FAMILIAR
FAMILIA NUCLEAR
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987



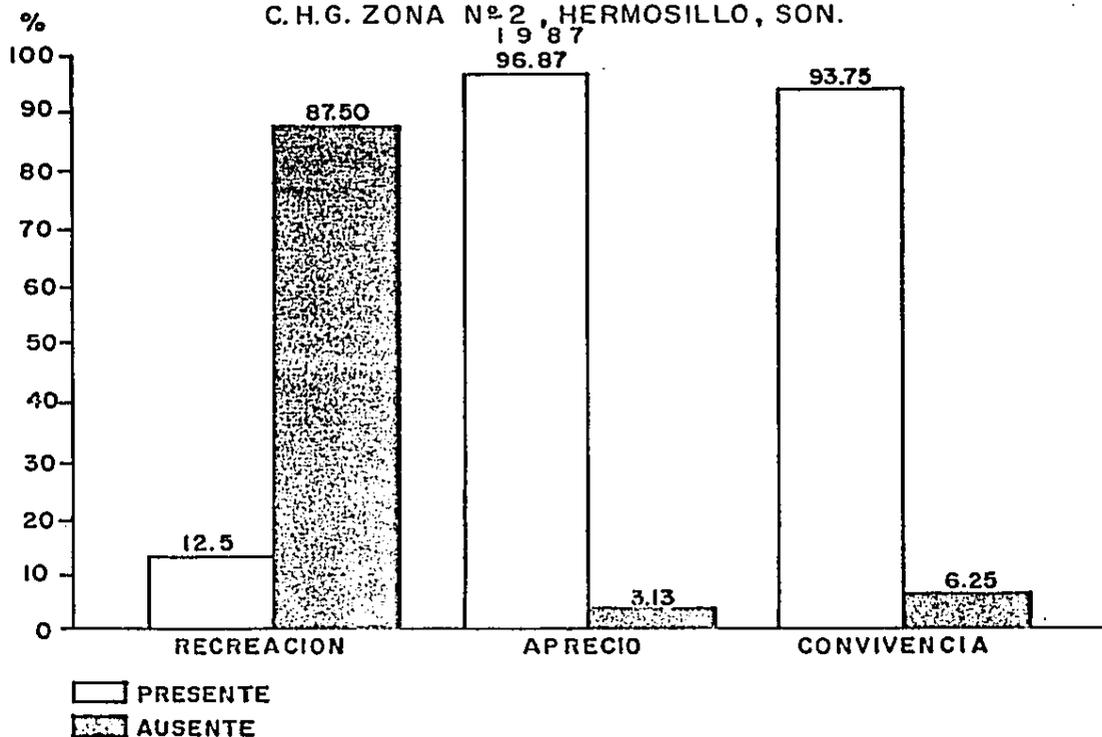
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
AFECTO FAMILIAR
FAMILIA EXTENSA
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987



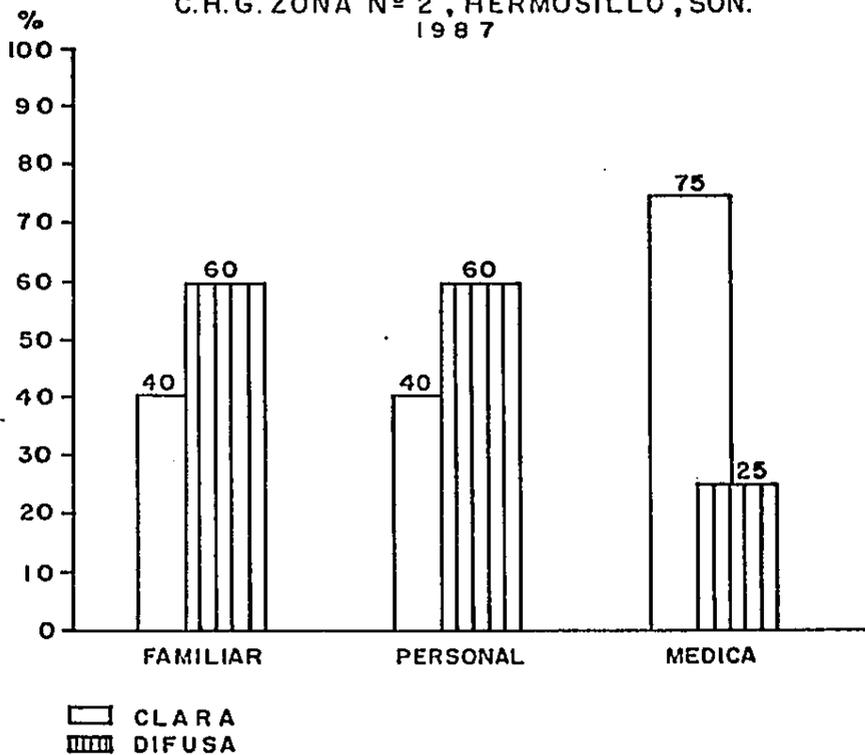
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
AUTOESTIMA
FAMILIA NUCLEAR
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987



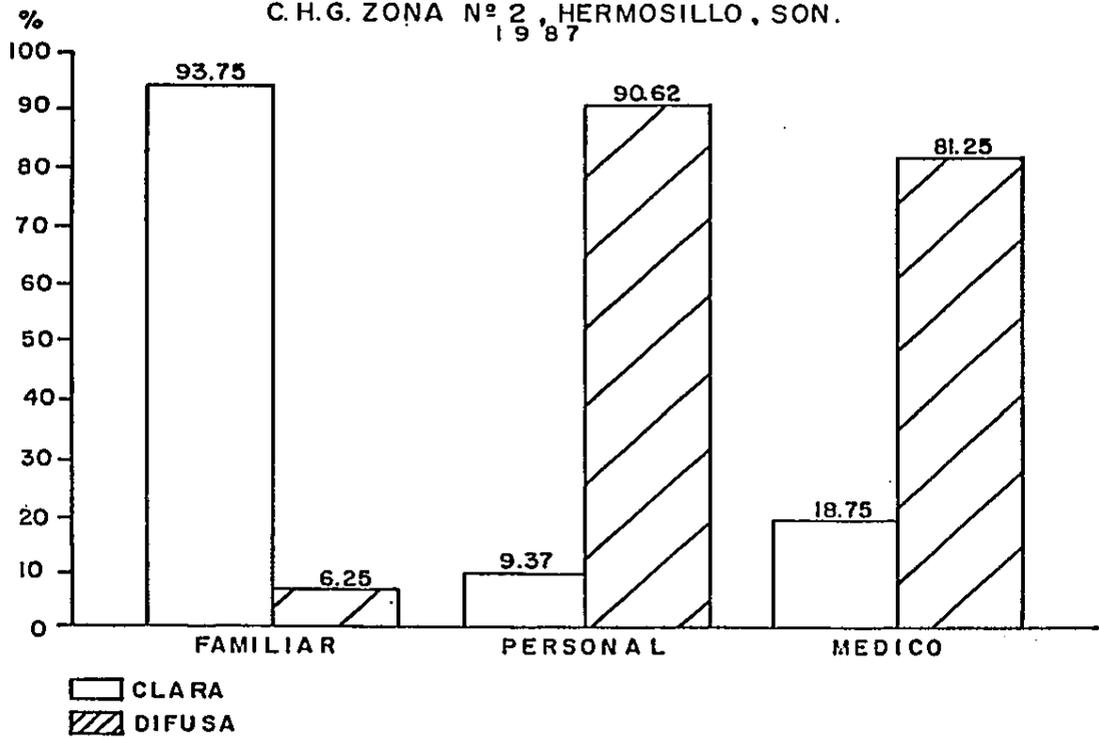
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
AUTOESTIMA
FAMILIA EXTENSA
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.



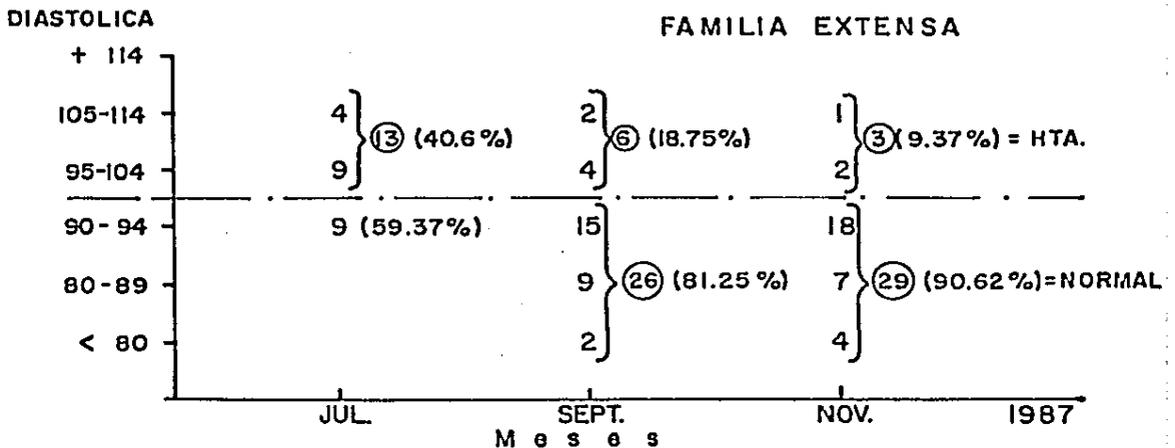
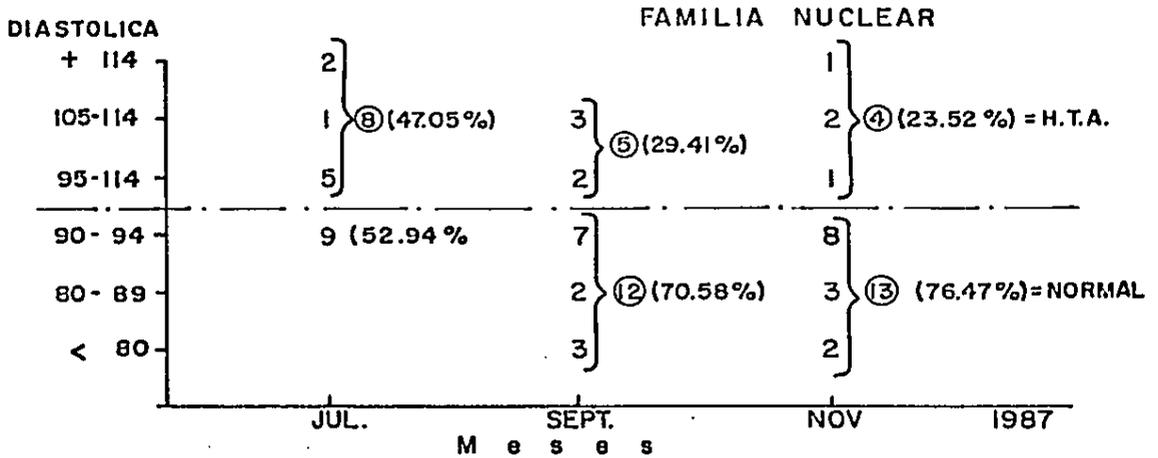
PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
COMUNICACION
FAMILIA NUCLEAR
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987



PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
COMUNICACION
FAMILIA EXTENSA
C.H.G. ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
1987



PACIENTES SENILES HIPERTENSOS
TOMA DE T/A. COMPARATIVA
FAMILIA NUCLEAR
FAMILIA EXTENSA
C.H.G. ZONA N°2, HERMOSILLO, SON
1987



DISCUSION Y
CONCLUSIONES

DISCUSION:

I.- EDAD Y SEXO:

- Fam. Nuclear; Hubo predominio del sexo femenino, 10 (58.82%) -- sobre el masculino, 7 (41.17%) y entre 60 y 64 -- años (35.29%).
- Fam. Extensa; Se repitió el predominio femenino con 18 (56.25%) sobre el masculino, 14 (43.75%) y siendo la mayoría entre 60 y 64 años.

II.-ESTADO CIVIL:

- Fam. Nuclear; Predominó el matrimonio en el sexo femenino, --- 8 (47.05%) sobre el masculino, 4 (23.52%) pero -- el predominio fue notoriosobre el viudazgo y con tando tan solo con un soltero.
- Fam. Extensa; También predominó el matrimonio (50.00%) sobre el viudazgo sin embargo fue escasa la diferencia (9.38%) apareciendo también mujeres solteras.

III-OCUPACION:

- Fam. Nuclear; Todos pensionados. El 60% de las mujeres se dedi ca al hogar, el 30% se encuentran inactivas por -- enfermedades y el 10% (una) activa trabajando en una tienda. De los hombres el 57.14% está inacti vo, el 28.57% está en el hogar y el 14.29% acti -- vos como veladores, trabajos diversos.
- Fam. Extensa; Todos pensionados. De las mujeres, el 50% se dedi ca al hogar, el 38.88% son activas (trabajos di-- versos) y el 11.11% se encuentra inactiva por -- enfermedad. De los hombres el 42.85% está activo en diversos trabajos irregulares, el 35.71% se -- encuentra inactivo y el 21.41% dedicado al hogar.

IV.- ESCOLARIDAD:

- Fam. Nuclear; El 52.94% tuvo la primaria incompleta, general-- mente hasta el 2o. o 3er año con 29.41% de analfa betos, el 11.76% terminaron la primaria y el 5.83% la secundaria (uno).
- Fam. Extensa; El 50% fue analfabeta, el 43.75% no terminó la --

V.- INGRESO FAMILIAR:

Existió un franco predominio en la Fam. Extensa sobre la Nuclear entre \$25,000 a \$54,999 pesos seguido de \$24,999 haciendo la alcaración que en ello va incluido el monto de la pensión.

VI- ATENCION FAMILIAR:

Fam. Nuclear; Alimentación regular 56.4%, bien vestidos 72%, buena higiene 51.3%, buena habitación 82% y siguen regularmente las indicaciones el 43.5%

Fam. Extensa; Alimentación también regular 81.25%, mal vestidos 56.25%, regular higiene 59.37%, habitación deficiente 53.12%, el 90.62% no sigue las indicaciones del médico.

VII-ATENCION PERSONAL:

Fam. Nuclear; Deficiente alimentación 56.6%, bien vestidos 69.7% deficiente higiene 46.7%, no siguen indicaciones médicas el 51.2%.

Fam. Extensa; Regular alimentación 50%, deficiente vestidos 46.87%, buena y regular higiene 43.75%, sí siguen indicaciones médicas el 46.87%.

VIII-ATENCION MEDICA:

Por cuestionario; Fam. Nuclear; Muy buena el 88.23%, Regular-- el 10.77% y deficiente el 1%

Fam. Extensa; Buena el 84.37%, regular el 14.63% y deficiente el 1%.

Por expediente; Fam. Nuclear; Buena el 30.77%, regular el 69.23%, y deficiente el 88.23%.

(fc, t/a, peso, -
recomends. y citas) Fam. Extensa; Buena el 31.5%, regular el 58.5% y deficiente el 87.5%.

IX.- AFECTO FAMILIAR:

Fam. Nuclear; Respeto presente 82.1%, deficiente el aprecio 69.4%, deficiente convivencia 81.2%, muy deficiente recreación 91.3%.

Fam. Extensa; Respeto presente 93.75%, presente el aprecio 96.87%, presente la convivencia 90.62% y presente la recreación 87.5%.

X.- AUTOESTIMA:

Fam. Nuclear; Deficiente la recreación 90%, presente el aprecio 68.7% y presente la convivencia 61.8%.

Fam. Extensa; Deficiente la recreación 87.50%, presente el aprecio 96.87% y presente la convivencia 93.75%.

XI- COMUNICACION:

Fam. Nuclear; Familiar difusa en el 60%, personal difusa en el 60% y médica clara en el 75%.

Fam. Extensa; A nivel familiar clara en el 93.75%, personal difusa en el 90.62% y médica difusa en el 81.25%.

XII-TOMA DE T/A COMPARATIVA:

Fam. Nuclear; De los Ancianos diagnosticados como Hipertensos - 8 (47.05%) estaban con diastólica mayor a 95 mm de Hg y 9 (52.94%) por debajo de 95 mm de Hg de diastólica en el mes de Julio, en Septiembre 5 (29.41%) por arriba de 95 de diastólica y 12 (70.58%) por debajo de 95 mm de Hg de diastólica. En Noviembre 4 (23.52%) por arriba y 13 (76.47%) por abajo.

Fam. Extensa; De los 32 Ancianos catalogados como Hipertensos;- 13 (40.6%) estaba con más de 95 mm de Hg de diastólica y 19 (59.37%) por debajo de 95, esto en el mes de Julio, en Septbe. 6 (18.75%) por arriba de 95 y 26 (81.25%) por abajo, en Novbe. 3 (9.37%) - por arriba de 95 y 29 (90.62%) por abajo de 95 - mm de Hg de diastólica.

CONCLUSIONES:

En ambas familias predomina el sexo femenino, entre 60 y 64 años aunque había más casadas el viudazgo casi es igual, más en la fam. extensa que en la nuclear. Todos pensionados pero la mujer se dedica más a los confines hogareños que a otras actividades, mientras que el hombre se encuentra más inactivo sobre todo en la fam. nuclear y más activo en la fam. extensa.

Escolarmente existió más preparación en la fam. nuclear que en la extensa con un mayor analfabetismo en esta última.

El ingreso familiar fluctuó entre \$25,000 y \$54,999 pesos en ambas familias.

En cuanto a atención familiar la alimentación fue regular en ambas familias, mejor vestidas, mejor higiene, mejor habitación en la nuclear y ambas no siguen las indicaciones médicas adecuadamente.

En la atención personal, ellos dicen estar mal alimentados, bien vestidos, con regular higiene y sí seguir las indicaciones, esto -- en la familia nuclear, mientras que en la fam. extensa están; con regular alimentación, mal vestidos, regular higiene y también seguir las indicaciones médicas.

En la atención médica: por cuestionario ambas familias refieren recibir muy buena atención médica pero por expediente es deficiente en el 88.23% para la nuclear y 87.5% para la extensa.

En afecto familiar existe respeto en ambas familias, deficiente -- aprecio, convivencia y recreación en la nuclear mientras todo lo -- contrario en la extensa.

En autoestima en ambas familias los Ancianos Hipertensos se -- sientes apreciados y conviven, en comunicación es difusa a nivel -- familiar y personal en la fam. nuclear mientras es clara a nivel -- médico. En la extensa es clara a nivel familiar pero difusa personal y médicamente.

Finalmente, en cuanto a los Ancianos Hipertensos en la Fam. Nuclear el 66.66% manejaron cifras diastólicas menores de 95 mm de Hg mientras que el 33.33% estuvo por arriba de 95 mm de Hg de diastólica durante las tres ocasiones tomadas.

Mientras en la Fam. Extensa el 77.08% de los Ancianos Hipertensos estuvo por debajo de 95 mm de Hg de diastólica y el 22.92% por arriba de 95 mm de Hg de diastólica.

Demostrando que a través de mejores funciones de Cuidado, Afecto --, Comunicación Familiar y Personal se logra un mejor control en la Enfermedad Hipertensiva del Anciano, pero queda la duda de que si gracias a esto y a deficiencias médicas, realmente el Anciano es -- Hipertenso, primeramente porque está escrito que en personas de más de 60 años de edad tienen como límite superior hasta 98 mm de Hg -- de diastólica y más de 70 años hasta 100 mm de Hg también como límite superior. (37)

Quizá gracias a una mayor interacción de más miembros familiares en la Fam. Extensa en Anciano catalogado como Hipertenso no lleva a cabo al pie de la letra las indicaciones médicas y eso hace que probablemente el diagnóstico equivoco no lleve un tratamiento ---- equivoco en forma eficaz.

Existen mejores funciones de Cuidado, Afecto y Comunicación en -- la Familia Extensa que en la Fam. Nuclear con Ancianos catalogados como Hipertensos.

RECOMENDACIONES

- 1.- Despertar en el Anciano Hipertenso mayor interés y responsabilidad en el conocimiento y cuidado de su enfermedad.
- 2.- Involucrar al Sistema Familiar, Equipo Multidisciplinario de Salud y al Anciano Hipertenso (Unidad Biopsicosocial) en la Educación y Control de las enfermedades del Anciano.
- 3.- Recalcar que sigue ocupando los primeros lugares en la Morbilidad y mortalidad general y de la población senil como factor de riesgo la Hipertensión Arterial.
- 4.- Instituir conocimientos Geriátricos elementales desde el inicio de las profesiones al cuidado de la salud y adecuarlos así como actualizarlos de acuerdo al nivel académico.
- 5.- Instituir conocimientos sobre la Unidad Biopsicosocial Primaria (La Familia) desde el inicio de las profesiones encargadas al cuidado de la Salud, adecuarlos y actualizarlos de acuerdo al nivel académico requerido.
- 6.- Estimular la participación del Equipo Multidisciplinario de Salud en la ejecución y realización de programas de orden preventivo, solutivo de enfermedades morbi-letales de tipo "silencioso".
- 7.- Despertar la integración del personal multidisciplinario al cuidado de la Salud, cooperación y mejorar así la prestación de sus servicios y recibir en forma recíproca los mismos beneficios.
- 8.- Distribuir responsabilidades y prioridades, en un marco de orden y respeto, entre el personal multidisciplinario al cuidado de la Salud, la familia en beneficio del Anciano Hipertenso y de todos.
- 9.- Comprobar realmente, a través de más estudios de investigación, la Enfermedad Hipertensiva del Anciano y de "Si la Familia Pequeña Vive Mejor".

BIBLIOGRAFIA

- Barnard, Ch: Cómo Elegir su Vida, Elegir su Muerte. Barcelona, Esp. Editorial Argos Vergara, 1981.
- Barquín, N: Medicina Social. México, D., F.. Fco. Múndez Oteo, Editor 1981
- Baumgartner, P: Las Esencias Ocultas en Gerontología. Trad. José-
E. Martín Díaz. Barcelona, España. Toray-Masson, 1962.
- Bercheux, P y Aguilera, A: Gerontología-Geriatria. Barcelona, España
Toray-Masson, 1977.
- Blass, R H y Valdez, Diana V: Nueva, La Tercera Edad. Bilbao, Esp.
Ediciones Mensajero, 1973.
- Bloch, E: Derecho Natural y Dignidad Humana. México, D., F.. Biblio-
teca Jurídica Aguilar, 1980.
- Brocklehurst, J C: Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología,
Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana, 1975.
- Cahn, H F y cols.: Medicina Familiar. México, D., F.. Nueva Editorial
Interamericana, 1974.
- "El "Vital" de la Familia". Apuntes del 1er. año en la Especiali-
dad de Medicina Familiar del HCG No. 2, Hermosillo, Son. México.
1983.
- De la Hoz, Fundamentos de Gerontología y Geriatria. Barcelona-
España. Editorial ARS, 1979.
- "El "Vital" de la Familia". Apuntes del 1er. año en la Especialidad
de Medicina Familiar del HCG No. 2, Hermosillo, Son., México: a) Men-
sa, 1983. b) Nueva Americana, 1986.
- Hirsch, J: Geriatria. Mexico University de Ciencias Médicas, México,
1977. c) Nueva Americana Interamericana, 1981.
- Kannel, W B y T. Múndez, H L: Hipertensión Arterial Esencial.
Fundamentos de la Clínica de Cardiología y Geriología del Cardíaco,-
D., F., 1983.
- Eusebio, Jr (compilador): El Medio Ambiente y el Hombre. Dubos, Rg
1983; "El Hombre se Adapta. Sus Limitaciones y Posibilidades" (ps.:
1983). México, D., F.; Editorial Limusa-Wiley, 1971.
- 5- Fisiología del Envejecimiento; ¿Lo mejor de la Vida? México, D., F.; Harla, 1980.
- 6- Fonseca, J, Ungarica, S P: Psicología Social. Apuntes de Clase;
Escuela de Salud Pública de México. 1986
- 7- "Funciones de la Geriatria". Apuntes del 1er. año en la Especiali-
dad de Medicina Familiar del HCG No. 2, Hermosillo, Son. México. 1983.

- 18- Godoy, E: Manual de Dive. México, D., F.: Dignificación de la Vejez, A.C., 1978.
- 19- Guadalajara, J F y cols.: Hipertensión Arterial, Cardiología. Ed.- Fco. Méndez Cervantes. 3a. Edición. México, D., F., 1985.
- 20- Guzmán Valdivia, I: Humanismo Trascendental y Desarrollo. México, D., F., Editorial Limusa, 1981.
- 21- Hodkinson, H M: Geriatria. Barcelona, España; Editorial Marín, 1977.
- 22- Ibarra Castañeda, G: La Educación de la Comunidad para la Prevención de la Invalidez en Enfermedades Crónicas y la Rehabilitación de Inválidos. México, D., F.: Ponencia presentada en la Reunión preparatoria de consulta popular-salud y seguridad social del Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales, PRI, 1982.
- 23- "Introducción a la Sociología de la Familia" de Loa Baider, M A, Ph.D. Apuntes del 1er. año en la Especialidad de Med. Fam. del - HGZ No. 2, Hermosillo, Son., México, 1986.
- 24- Jeffers, F, Verwoerdt, A: Factors Associated with Frequency of Death Thoughts in Elderly Community Volunteers. Proceedings of the 7th International Congress of Gerontology, Vol. 6. Viena, Austria; Viena Medical Academy, 1966.
- 25- "La Familia". Apuntes del 1er año en la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ No. 2, Hermosillo, Son., México, 1986.
- 26- "La Familia como Agente Mediador entre Individuo-Sociedad y Sociedad-Individuo. Apuntes del 1er año en la Especialidad de Med. Fam. del HGZ No. 2, Hermosillo, Son., México, 1986.
- 27- "La Familia como Unidad de Análisis del Proceso Salud-Enfermedad. Apuntes del 1er. año en la Especialidad de Med. Fam. del HGZ No. 2, Hermosillo, Son., México, 1986.
- 28- "La Familia como Sistema Abierto". Apuntes del 1er. año en la Especialidad de Med. Fam. del HGZ No. 2, Hermosillo, Son., México, 86.
- 29- López, F: Aspectos Sociológicos de la Enfermería. México, D., F. -- Nueva Editorial Interamericana, 1981.
- 30- Lehr, U: Psicología de la Senectud. Barcelona, España; Editorial -- Herder. Biblioteca de Psicología, 1980.
- 31- McLeod, F R: Geriatria. Barcelona, España; Editorial Médica y Técnica, 1980.
- 32- Medicina Geriátrica; Clínicas Médicas de Norteamérica. Vol. 6, Nov 1976. México, D., F.; Nueva Editorial Interamericana.
- 33- Organización de los Estados Americanos. Instituto Interamericano de Estadística

- de Estadística; América en Cifras, 1977 (Tomo III) Washington, D.C., 1979.
- 34- Organización de las Naciones Unidas: Anuario Estadístico de -- América, Washington, D., C., 1979.
- 35- Organización de las Naciones Unidas. Departamento de Asuntos -- Económicos y Sociales: "El Envejecimiento, Tendencias y Políticas" New York, 1975.
- 36- Organización Mundial de la Salud: Problemas de Salud Mental del Envejecimiento y la Vejez. Buenos Aires, Argentina. 6to. Informe- del Comité de Expertos en Salud Mental; cuadernos de Asistencia Social. Editorial Humanitas, 1958.
- 37- Pardell Alenta, N: Lo Fundamental en Hipertensión. Fascículos 1, - 2, 3, 4, y Complementario. Laboratorios Pfizer, 1987.
- 38- Parsons, T: El Sistema Social. Madrid, España; Ediciones de la Re - vista de Occidente, 1959. pgs. 165-211.
- 39- Perlado, F: Geriatria. Barcelona, España; Editorial Científico-Mé^uca, 1980.
- 40- Principia Cardiológica: Hipertensión Senil. Revista del Institu - to Nal. de Cardiología "Ignacio Chávez". Epoca II, Vol. 3, No. 2, -- México, D., F., 1987.
- 41- Rossman, I: Geriatria Clínica. Barcelona, España; Salvat Editores, - 1974.
- 42- San Martín, H: Salud y Enfermedad. México, D., F.; La Prensa Médica- Mexicana, 1975.
- 43- Simposium de Hipertensión Arterial. Labs. Pfizer, Monterrey, 1987.
- 44- Secretaría de Programación y Presupuesto: Datos Básicos sobre - la Población de México (1980-2000).
- 45- Soler, M C: Cómo Enriquecer la Tercera Edad. Barcelona, España; Edi - torial Argos Vergara, 1979.
- 46- Sundel, M y Stone, S S: Modificación de la Conducta. México, D., F.; Editorial Limusa, 1981.
- 47- Syntex: Eugenesia y Eutanasia Médicas. Simposio Syntex. México, D., F. Ediciones del Instituto Syntex, 1979.
- 48- Tournier, P: Aprendiendo a Envejecer. Buenos Aires, Argentina; Edi - torial L_n Aurora, 1973.
- 49- Universidad del Ejército y Fuerza Aérea: Geriatria. México, D., F. 1982.
- 50- Universidad del Ejército y Fuerza Aérea: Jornada sobre Problemas de la Vejez y del Envejecimiento. Memoria (mimeo). México, D., F. 79.

- de Estadística; América en Cifras, 1977 (Tomo III) Washington, D.C., 1979.
- 34- Organización de las Naciones Unidas: Anuario Estadístico de -- América, Washington, D., C., 1979.
- 35- Organización de las Naciones Unidas. Departamento de Asuntos - Económicos y Sociales: "El Envejecimiento, Tendencias y Políticas" New York, 1975.
- 36- Organización Mundial de la Salud: Problemas de Salud Mental del Envejecimiento y la Vejez. Buenos Aires, Argentina. Gto. Informe- del Comité de Expertos en Salud Mental; cuadernos de Asistencia Social. Editorial Humanitas, 1958.
- 37- Pardell Alenta, N: Lo Fundamental en Hipertensión. Fascículos 1, - 2, 3, 4, y Complementario. Laboratorios Pfizer, 1987.
- 38- Parsons, T: El Sistema Social. Madrid, España; Ediciones de la Re - vista de Occidente, 1959. pgs. 165-211.
- 39- Perlado, F: Geriatria. Barcelona, España; Editorial Científico-Mé^uca, 1980.
- 40- Principia Cardiológica: Hipertensión Senil. Revista del Institu - to Nal. de Cardiología "Ignacio Chávez". Epoca II, Vol. 3, No. 2, -- México, D., F., 1987.
- 41- Rossman, I: Geriatria Clínica. Barcelona, España; Salvat Editores, - 1974.
- 42- San Martín, H: Salud y Enfermedad. México, D., F.; La Prensa Médica- Mexicana, 1975.
- 43- Simposium de Hipertensión Arterial. Labs. Pfizer, Monterrey, 1987.
- 44- Secretaría de Programación y Presupuesto: Datos Básicos sobre - la Población de México (1980-2000).
- 45- Soler, M C: Cómo Enriquecer la Tercera Edad. Barcelona, España; Edi - torial Argos Vergara, 1979.
- 46- Sundel, M y Stone, S S: Modificación de la Conducta. México, D., F.; Editorial Limusa, 1981.
- 47- Syntex: Eugenesia y Eutanasia Médicas. Simposio Syntex. México, D., F. Ediciones del Instituto Syntex, 1979.
- 48- Tournier, P: Aprendiendo a Envejecer. Buenos Aires, Argentina; Edi - torial L_a Aurora, 1973.
- 49- Universidad del Ejército y Fuerza Aérea: Geriatria. México, D., F. 1982.
- 50- Universidad del Ejército y Fuerza Aérea: Jornada sobre Problemas de la Vejez y del Envejecimiento. Memoria (mimeo). México, D., F. 79.

CUESTIONARIO AUTOAPLICADO PARA RECOLECCION DEL UNIVERSO GERIATRICO.

ANEXO I

1.- Nombre: _____

2.- Domicilio: _____

3.- Colonia: _____

4.- Telefono: _____

5.- Número de afiliación: _____

6.- Fecha de nacimiento: _____

7.- Edad: _____

8.- Sexo: _____

9.- Estado civil: _____

10.- Escolaridad: _____

11.- Ocupación actual: _____

12.- ¿ Es usted Hipertenso? _____

13.- Otra enfermedad que padezca: _____

14.- Se encuentra bajo control médico de su(s) enfermedad(es)?

15.- Nombre de su médico familiar: _____

16.- Consultorio número: _____

17.- Horario de consulta: _____

18.- Número de veces que visita a su médico familiar por :

Mes: _____ Año: _____

19.- Tipo de familia a la que pertenece: N o E

- a) Tres veces al día
- b) Una vez al día
- c) Ocasionalmente

30.- ¿ Su médico le ha indicado el cuidado que debe de tener con su presión?

(dieta, bajar de peso, tomar su tratamiento, acudir a consulta, estar tranquilo)

- a) Sí
- b) No

4

31.- Con qué frecuencia acude al médico?

- a) Cada vez que lo cita.
- b) Solamente cuando se siente mal.
- c) Ocasionalmente.

32.- Acude puntualmente a sus citas ?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Nunca

33.- Qué conducta sigue cuando se siente mal por subirle la presión?

- a) Acude al médico
- b) Usa remedios caseros
- c) No hace nada.

34.- Su médico le ha mencionado que el estar gordo le ocasiona:

- a) Es bueno para la salud
- b) Que su enfermedad no se pueda controlar
- c) NO sucede nada en absoluto

35.- Cuando acude a consulta, viene acompañado por algún familiar?

- a) Siempre
- b) Ocasionalmente
- c) Nunca

36.- Qué actitud toman sus familiares, con respecto a su enfermedad?

- a) Se muestran preocupados
- b) Se muestran indiferentes.
- c) Lo rechazan

37.- Cuando pide que lo lleve a algún sitio, hacen lo posible por complacerlo ?

- a) Sí
- b) No

38.- Cuando usted tiene algún problema, qué hacen sus familiares?

- a) Se interesan por él, pero no intentan resolverlo
- b) Sus familiares ni los conocen, ni se interesan por ellos
- c) Los conocen y tratan de resolverlos.

39.- Piensa usted que su presencia es agradable a su familia?
a) Sí b) no

5

40.- Si usted se ausenta por alguna temporada, cuando regresa como es recibido?

a) Con agrado b) Indiferentemente c) Con desagrado

41.- Cuando pierde su cita, qué hacen sus familiares?

a) Le piden otra cita
b) Se muestran indiferentes

42.- Cuando da su opinión, le permiten hablar libremente?

a) Sí b) No

43.- En caso de problemas familiares, le piden opinión de como resolverlos ?

a) Sí b) No

44.- Cuando usted da algún consejo a algún miembro de su familia éste le presta atención?

a) Sí b) No

45.- Sus familiares le permiten que usted tome decisiones sobre su vestuario y actividades en general?

a) Sí b) No

46.- Cuando sus familiares salen de paseo, ~~usted~~ usted siempre los acompaña?

a) Sí b) Ocasionalmente c) Nunca

47.- En caso que la respuesta sea nunca porqué?

a) Le gusta permanecer en el hogar
b) Porque no lo invitan
c) Porque le gusta salir a divertirse sólo

48.- Participa usted en las reuniones sociales de la familia?

a) Sí b) No

A LOS FAMILIARES :

49.- Cuando su familia tiene reuniones sociales, qué hacen para que el enfermo se incorpore a ellas?

a) Acude por sí solo
b) Van por él
c) No le gusta asistir

AL ENFERMO:

6

50.- Le gusta comer junto con sus familiares?

- 58.- De quién ha recibido información sobre la hipertensión?
a) Del médico
b) Usted ha leído
c) De amigos o vecinos
- 59.- Qué medicamentos está tomando?
a) Sabe cual b) Lo ignora
- 60.- Qué hace en su tiempo libre?
- 61.- Cada cuanto tiempo sales a divertirte?
a) Cada semana b) Una vez al mes c) Una vez al año d) Nunca
- 62.- Le gusta ir a fiestas?
a) Sí b) No
- 63.- Cuando usted se pone a platicar de su enfermedad, que hacen sus familiares?
a) Lo escuchan
b) Lo dejan hablando sólo
c) Se enfadan

- 64.- Cada cuanto tiempo, sus familiares le preguntan como se siente moralmente?
a) Todos los días
b) A veces
c) Nunca
- 65.- Habla usted de sus penas, alegrías e ideas con sus familiares?
a) Siempre
b) Regularmente
c) Nunca

JULIO

AGOSTO

SEPTIEMBRE

OCTUBRE

NOVIEMBRE

DICIEMBRE.

FC
T/A

PESO
RECOMENDACIONES

CITAS

MEDICA-
MENTO.

NOMBRE _____

MEDICO CONSULTANTE



NOTA INICIAL

MF-3

DIA	MES	AÑO	HORA	PESO

ANEXO II

TALLA	TEMPERATURA	TENSION ARTERIAL	F. CARDIACA	F. RESP.

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGIA ACTUAL

RESUMEN CLINICO Y EXPLORACION FISICA

DIAGNOSTICOS

PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO

INCAPACIDAD					
NUMERO	TIPO	INICIO			DIAS AMP.
		DIA	MES	AÑO	

MEDICO RESPONSABLE	
FIRMA	MATRICULA

NOTAS DE EVOLUCION

DIA	MES	AÑO	HORA	PESO	TEMP	TENSION ARTERIAL	F. C.	DIAGNOSTICOS							
								RESUMEN CLINICO Y EXPLORACION FISICA				PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO			
												INCAPACIDAD			
NUMERO		TIPO	INICIO			DIAS AMP.									
			DIA	MES	AÑO										

DIA	MES	AÑO	HORA	PESO	TEMP	TENSION ARTERIAL	F. C.	DIAGNOSTICOS							
								RESUMEN CLINICO Y EXPLORACION FISICA				PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO			
												INCAPACIDAD			
NUMERO		TIPO	INICIO			DIAS AMP.									
			DIA	MES	AÑO										