



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



11226
39
24

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

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

La Autoestima y el Control Médico en el Paciente
Geriatrico Hipertenso

TESIS

Que presenta para obtener el grado de especialidad en
Medicina Familiar

Udo
Ch
Ch
Ch

El Médico Cirujano

Dra. Lorena Palafox Romero

PROTECTOR TITULAR DE LA RESERVA

Asesores

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dr. Miguel B Romero Tellez

Dr. Alfredo Romero Cancio

Hermosillo, Sonora Febrero 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

i Qué esperanza es la de poseer la piedra filosofal. Sostenerse en infalible salud corporal, en constante vigor y tranquilidad de la mente, preservándolos hasta que, alcanzada la avanzada edad, llegare el momento en que, sin lucha y enfermedad, cuerpo y alma se separen!

Abraham Kau Von Boerhaavel.

(1737)

I N D I C E .

Justificación _____	1
Introducción _____	4
Marco teórico _____	7
Criterios médicos sobre la vejez _____	7
Explosión de la ancianidad _____	17
Factores sociales en el envejecimiento _____	31
El anciano y su familia _____	35
Hipertensión Arterial en Geriátria _____	42
Planteamiento del Problema _____	50
Objetivos _____	51
Diseño de la Investigación _____	52
Resultados _____	70
Discusión _____	73
Conclusiones _____	74
Recomendaciones _____	75
Anexos _____	76
Bibliografía _____	107

J U S T I F I C A C I O N

Cuando se me pidió que eligiera el tema para realizar mi trabajo de investigación, tomé en cuenta diferentes opciones e inicié la búsqueda de información sobre múltiples tópicos. Sin embargo, uno de los temas que más me llamó la atención fué la vejez, y después de muchas consideraciones finalmente me decidí por este último.

Una de mis principales interrogantes era saber, ¿ Porqué en la actualidad las personas que llegan a la vejez son valoradas en forma diferente en algunas culturas?. Y también conocer, ¿ Cómo repercute esta valoración en ser humano - que se encuentra en esta etapa de la vida?

Las personas que llegan a la vejez son consideradas por algunas sociedades como de gran valor, ya que para ellos a través del paso de los años el ser humano va acumulando sabiduría, la cual debe ser transmitida a las nuevas generaciones para preservar los valores de su cultura. Y por lo tanto, el senecente tiene puestos de asesoría y dirección en cuestiones de gran transcendencia como la economía y la política por citar algunos. En otras sociedades no sucede de igual forma, las personas que alcanzan mayor edad no son consideradas de utilidad para el desarrollo de los pueblos. Lo cual deja en los viejos una sensación de minusvalía, una devaloración de sí mismo.

La valoración que el viejo hace de sí mismo, está condicionada muchas veces por la relación con su familia y con la sociedad donde vive. Si esta relación con el mundo externo es hostil y no le permite su desarrollo como persona, le trae al individuo una sensación de malestar y un deseo de que termine su existencia para liberarse de la devaloración de que es objeto, por parte de su familia y de la sociedad en que vive. Por lo arriba mencionado me interesó la autoestima del paciente geriátrico: (La valoración que hace el ser humano sobre sí mismo).

De hecho el ser humano tiene un valor propio desde que nace, pero es después cuando crece y se desarrolla cuando empieza a comparar las cualidades que posee en relación a las que tienen los demás, y se asigna un valor propio.

La autoestima se forma durante la niñez y es tan importante su influencia, que es casi el sello característico de la personalidad del individuo.

En la vejez este hecho es de suma transcendencia, ya que es en esta etapa de la vida, cuando el ser humano ve minadas sus capacidades en forma general. Y observándose que si el ser humano ha llevado patrones de conducta flexibles en las que se incluye la firme aceptación de sí mismo. Este período será llevado de una manera más adecuada.

Otro de mis cuestionamientos fué, ¿Qué sucedía con el control médico de los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas?.

Siendo la Hipertensión Arterial una enfermedad crónica y además una de -- las primeras causas de morbilidad en esta etapa de la vida. Y la cual tiene -- una forma objetiva de medición para evaluar su control, decidí interrelacionar dichos cuestionamientos y propuse: "Si el paciente hipertenso tiene un -- control médico adecuado entonces tendrá una Autoestima alta", y se evaluará -- de manera objetiva a través de las cifras tensionales.

Durante el desarrollo del presente trabajo, observamos de igual manera un aumento de la esperanza de vida, lo cual no es mas que alargar el tiempo de -- vejez del individuo, pero también es aumentar el número de seres humanos viejos. Sin embargo, considero que este aspecto de la vida del hombre, no ha sido llevado con la seriedad que debiera. Y esto no sólo es por parte de las autoridades e instituciones: sino también, por el individuo que no planea su vida para no llegar a esta etapa con tantas limitaciones. Y las medidas que se han hecho al momento, sólo han tratado de evolucionarlo en forma parcial.

La consulta del médico familiar esta compuesta principalmente por niños, mujeres y pacientes con enfermedades crónicas, de ahí que sea necesario para el médico familiar tener información en todas las esferas para poder evaluar a cada paciente en forma integral.

I N T R O D U C C I O N

De entre los seres vivos sólo el ser humano sabe que es mortal. La posesión del secreto de la existencia de una cruel matemática que gobierna sus días, lo convierte en un ser que, en cierto modo, se ha salido de la naturaleza. Tratase de una verdad cruel e inaceptable, que se opone de una manera radical al instinto de conservación del hombre. De ahí que se intente desterrarla de su conciencia y también, que sea la principal fuerza generadora de la religión y la filosofía. Esperando encontrar la piedra filosofal para el rejuvenecimiento, para sostener en la infalible salud corporal, el constante vigor y la tranquilidad de la mente, preservándolos hasta que se alcance la edad. El ideal del ser humano es que al fin llegare el momento en que, sin lucha, ni enfermedad, cuerpo y alma se separen.

En el pasado, si bien había individuos que alcanzaban la etapa de la vida llamada vejez, su número y su proporción frente a la población total no eran elevados. Sin embargo, en el Siglo XX hemos sido testigos, en muchas partes del globo, del control de la mortalidad perinatal e infantil, la declinación de las tasas de nacimiento, el mejoramiento de la nutrición, de la atención primaria a la salud y el control de numerosas enfermedades infecciosas. Esta combinación de factores ha dado como resultado un aumento en el número y la proporción de las personas que sobreviven hasta alcanzar las etapas mas avanzadas de la vida.

El hombre es fundamentalmente un ser social. Y necesita apoyo de la sociedad a la que pertenece sobre todo en la etapa del envejecimiento. En este período el ser humano ve minadas sus capacidades físicas y mentales, y la planeación oportuna de los servicios para los viejos se convierte en cada vez más una necesidad ineludible.

Las personas que llegan a la vejez empiezan a pensar en el tiempo, "su -

tiempo" desde una perspectiva distinta: comienza a medir más el tiempo - en función de lo que falta por vivir que de lo que ha pasado desde su nacimiento. Además, aparece una consciencia de que el tiempo es finito.

En este período de la vida del hombre una personalización de la muerte. El fallecimiento de padres y amigos, especialmente de éstos últimos, hace -- que ésta se convierta en una posibilidad real para uno mismo y que deje de - ser mágica o extraordinaria ocurrencia que parecía cuando éramos jóvenes.

A medida que el sujeto envejece se produce una reducción en su interés - vital, por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual va generando un- sistemático apartamiento de toda clase de interacción social. Gradualmente la vida de las personas se separa de la vida de los demás, se van sintiendo me- nos comprometidos emocionalmente, con problemas ajenos, y están cada vez más absortas en los suyos propios y en sus circunstancias.

Los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como sea posible y, que cuando ciertas actividades, ya no son posibles, deben buscarse sustitutos pa- ra ellos. La personalidad previa del viejo debe servir como llave para com- prender las reacciones a los cambios biológicos y sociales que se producen - con la edad. Es obvio que ya no será posible mantener el ritmo, pero la sa- tisfacción de sentirse querido, activo y necesitado. Además del goce sexual- compartido que aunque no es tan frecuente como al inicio, pero se obtiene sa- tisfacción.

En este período es a menudo difícil adoptar decisiones a largo plazo, el número de años á vivir es incierto e inseguro y se teme que tal vez ya sea - tarde para realizar grandes proyectos.

La división del año en meses y semanas es psicológicamente importante. Ca- da día es un día, pero el paso del 31 de Diciembre al 1o. de Enero, signifi-

ca mucho más. La juventud considera el día de Año Nuevo como el principio de una fase de su vida; el hombre maduro lo considera como el final de un período terminado. El hombre que envejece algunas cosas pierden su antiguo significado, mientras otros ganan importancia. A menudo aumenta la tendencia en ocuparse de los problemas de la eternidad. Además, siente la necesidad de adquirir conocimientos de las cuestiones científicas, disfrutar del arte y coleccionar.

Todo individuo tiene la responsabilidad de proveer, en una etapa de la vida, sus necesidades sociales y médico-económicas para la vejez. Siendo viejos es necesario aceptar las oportunidades y estímulos que ofrece la sociedad; tratar de seguir siendo parte de ella, colaborar en el desarrollo; disfrutar y cumplir con sus deberes y obligaciones como parte integrante de la comunidad.

El hecho de haber concluido la edad productiva no significa la muerte.

La atención geriátrica y el cuidado de los ancianos, ha dejado de ser un asunto de caridad, para convertirse en un derecho social. Las personas mayores de edad son miembros plenos de la sociedad, y tienen derecho a elegir libremente la forma en la que van a vivir, ya sea de manera autosuficiente e independiente en todos los aspectos, o recibiendo el apoyo necesario para satisfacer sus necesidades de atención médico social.

El viejo debe ser considerado como un recurso natural, con derechos constitucionales y con el deber de contribuir al desarrollo y la estabilidad de la familia y del país. La experiencia acumulada en los viejos, es un recurso que aún no aprendemos a aprovechar.

CRITERIOS MEDICOS SOBRE LA VEJEZ

Frecuentemente se asocia el hecho de estar viejo con el de estar enfermo aunque la vejez como tal no es estrictamente una enfermedad, sino que se hacen ver mayores deterioros físicos y patológicos entre las personas de 60 - y más años que entre los hombres y mujeres considerablemente más jóvenes.

Existen enfermedades que se presentan con mayor frecuencia durante la última etapa del ciclo vital sin que sean exclusivas de esta edad, pues también se padecen durante la juventud o madurez.

La diferencia que existe se atribuye a que el anciano tiende a ser más vulnerable al disminuir sus capacidades biológicas, físicas y mentales además de que adquieren características muy peculiares que requieren una atención médica adecuada desde que el paciente ingresa a una institución siendo el diagnóstico, el suministro de fármacos, el tratamiento dietético y el período y formas de rehabilitación, los puntos más importantes que se deben de tener en cuenta en el paciente geriátrico, además de las repercusiones que se tienen en el aspecto económico lo que hace que algunas veces no se otorgue el servicio más apropiado.

En el anciano el más pequeño indicio de enfermedad produce un aspecto negativo, ya que los conceptos que se tienen de considerarlo como un enfermo a partir de la edad, impiden que se esfuerce por recuperar su salud, aspecto en que la posición o intervención de la familia y aún el médico puede ser determinante para su restablecimiento.

¿ Cómo se define el envejecimiento?

Durante todas las etapas de la vida, la edad cronológica tiene un significado muy importante en tanto que se toman muchas desiciones a partir de ella ya que se puede ser demasiado joven para realizar alguna actividad o demasiado viejo para otra.

En este caso en particular se hará referencia a algunas definiciones que

DENOMINACION DE LAS ETAPAS DE VEJEZ, POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN TRES PUNTOS DE VISTA

GRUPO DE EDAD	DENOMINACION DE LA ETAPA	
60 - 74 AÑOS 75 - 89 AÑOS 90 Y MAS AÑOS	SENILIDAD ANCIANIDAD LONGEVIDAD	} BROCKLEHURST
45 - 50 AÑOS 60 - 72 AÑOS 72 - 89 AÑOS 90 Y MAS AÑOS	PRESENILIDAD SENECTUD GRADUAL VEJEZ DECLARADA GRANDES VIEJOS	} DE NICOLA
45 - 59 AÑOS 69 - 79 AÑOS 80 Y MAS AÑOS	PREVEJEZ SENECTUD ANCIANIDAD	} SOCIEDAD DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA DE MEXICO, A.C.

se han dado al envejecimiento desde el punto de vista médico, por algunos especialistas en la materia.

El gerontólogo norteamericano Lansing dice al respecto: "... Es un proceso progresivo, desfavorable, de cambio, ordinariamente ligado al pasado del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente con la muerte". 1

Por su parte el Dr. Joaquin González Aragón Médico Cirujano con especialidad en Gerontología y Geriatria, define el envejecimiento como:

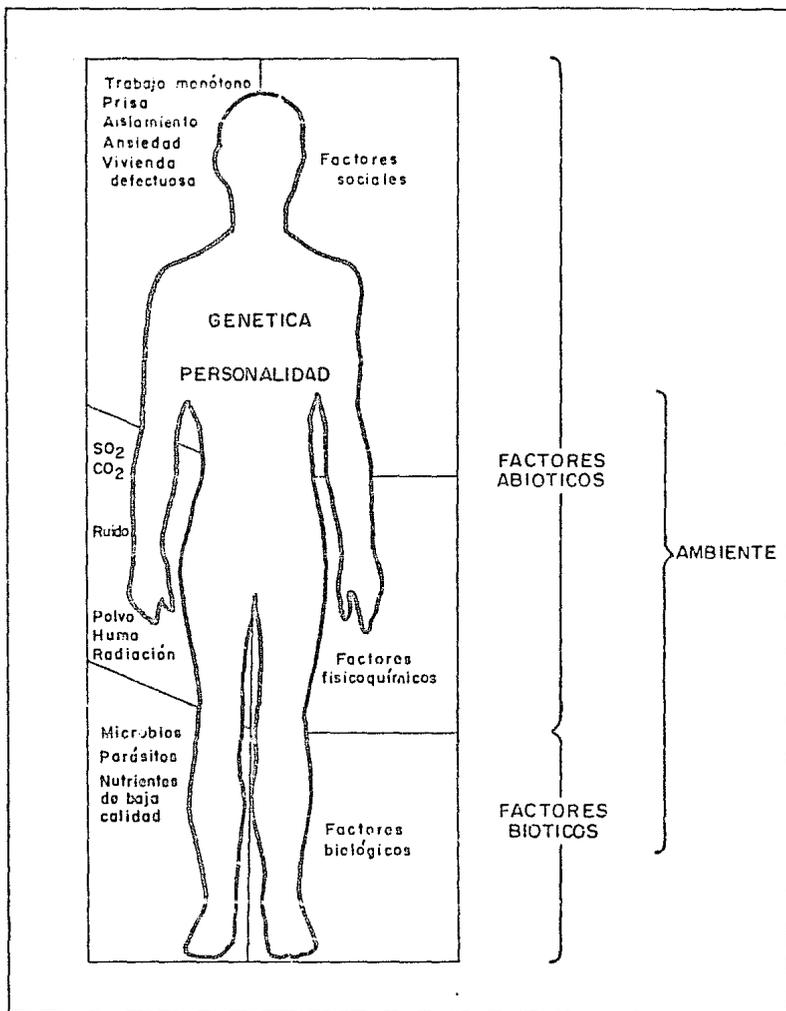
"... Todas las modificaciones morfológicas y fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencias de la acción del tiempo sobre los seres vivos..."

(1) Dr. Raúl Fuentes Aguilar, "Viva sano y feliz después de los 50". Edit. Edamex. pag. 3

2.3 Previsión y tratamiento de las enfermedades en la vejez.

El término de prevención puede prestarse a confusión en geriatría, pero no se trata de impedir el proceso de envejecimiento como tal, sino de quitarle condiciones prematuras a los padecimientos más comunes en la senescencia, ya anteriormente mencionados. Para ello es necesario tener una mayor atención y cuidado de la salud en general durante el periodo de pre-vejez (45-60), - lo cual le permitirá conservar sus capacidades y facultades libres de enfermedades o por lo menos localizadas y controladas, que en la etapa de la senectud o vejez verdadera pueden causarle mayores problemas si no fueron atendidos oportunamente.

Así como la previsión implica la detección temprana de enfermedades para la aplicación de un tratamiento oportuno, también debe enfocarse a mantener siempre las mejores condiciones de salud de quienes ya han estado enfermos previamente.



El hombre y su ambiente

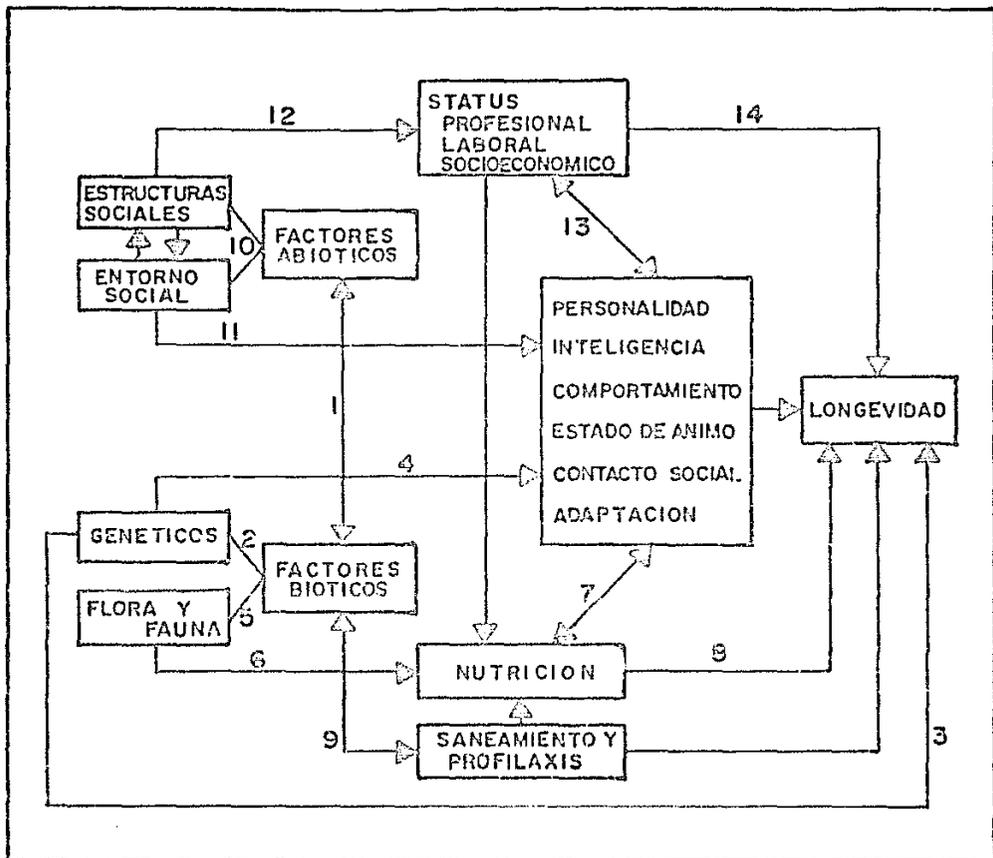
De acuerdo a los conceptos vertidos por la Organización Mundial de la Salud, sobre como o hacia donde debe orientarse el tratamiento, al respecto dice que "... no debe enfocarse por patología, sino que deberá dirigirse primordialmente a conservar la fusión, mejorar la cronicidad al máximo y principalmente la invalidez..." 11

Lo anterior expuesto pone de manifiesto que la atención del anciano no es un asunto fácil pero tampoco imposible. La atención del anciano debe ser integral, donde los cuidados relacionados con las enfermedades estarán a cargo - del médico, la cual esta íntimamente ligada al apoyo de otras área. cuyo fin será el de llevar al máximo la autosuficiencia, prevenir enfermedades o invalidez y promover la salud.

Para que esa atención integral se lleve a cabo es necesario conocer en que consiste el envejecimiento y hacer un exámen a fondo del anciano.

La Sociedad Mexicana de Gerontología y Geriatria A.C. hace una clasificación de este grupo de población la cual se menciona a continuación:

Estado Físico	Sano	
	Enfermo	Agudo Crónico
	Inválido	
Estado mental	Lúcido	
	Confuso	
	Demente	
Respecto a la familia	Integrado	
	No integrado	
Respecto a la Economía	Dependiente	
	Independiente	



Respecto a la productividad	Productivo
	Improductivo

Respecto a la sociedad	Asimilado
	Desasimilado

Todos los seres humanos tenemos necesidades y éstas no se pierden al llegar a la etapa de la vejez, al contrario, éstas se modifican y la forma de satisfacerlas también cambian; siendo para el anciano más difícil asimilar los cambios y sobre todo adaptarse a ellos, al respecto últimamente la educación y promoción de la salud entre los viejos se enfocan a la medicina preventiva y el autocuidado a través del cual el individuo acepte la responsabilidad personal de su salud, con la asistencia de personas profesionales y el apoyo solidario de la familia llevando una vida saludable y hábitos nutricionales que conduzcan a la buena salud.

La declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 dice: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así, como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios; tiene derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad".

Lo anterior conlleva el compromiso en el cuidado médico y en la protección social de la población que por razones de edad sea considerado como anciano.

2.4 Gerontología.

Para tener una idea clara de lo que es la Gerontología y su campo de ac-

TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

TEORIA DEL ERROR PRIMARIO

Alteraciones de la información codificada en el DNA

Alteración de las letras del código

enlaces transversales en las macromoléculas del DNA

modificaciones de la capacidad del DNA para reaccionar
con las histonas

TEORIA DEL ERROR INDEPENDIENTE DEL DNA

Errores accidentales (eliminación de una o más letras del
código)

Errores en proteínas de importancia funcional:

"catástrofe de los errores" de Orgel

TEORIA DEL RELOJ MOLECULAR (Hayflick)

ción, a continuación se mencionarán algunas definiciones que al respecto se - han dado:

"Es el estudio científico de todos los aspectos del proceso de envejecimiento, ya sean biológicos. Psicológicos o sociales". 12

"Significa el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias". 13

"Es la ciencia que estudia los cambios anatómicos, fisiológicos, bio--químicos y psicológicos en los seres humanos, producidos por el efecto del tiempo así como todos los problemas derivados de la vejez: económicos, médicos, sociales, sanitarios..." 14

De acuerdo a lo anterior la gerontología por su raíz etimológica es el tratado de los viejos (gerón-viejo, logos-tratado) y abarca conocimientos - sobre medicina, enfermería, psicología, economía, derecho, etc., cuyo fin - es el envejecimiento, sus causas, efectos y consecuencias sobre el ser humano.

La Gerontología a su vez se divide en cuatro ramas fundamentales que - son:

a) Biología del envejecimiento.

Se encarga del estudio en los laboratorios de las causas internas del - proceso de envejecimiento cuyo objetivo es hacer que el individuo cumpla su expectativa de vida.

b) Geriatria.

Es la rama de la gerontología y la medicina que estudia los procesos patológicos que afectan a las personas de edad avanzada. Es lo que se denomi-

na medicina del viejo, proviene de ger-viejo. iatros-medicina; incluye la asistencia médica es decir la prevención y el tratamiento de enfermedades propias de la vejez.

c) Gerontopsicología.

Estudia los cambios psíquicos que trae consigo la involución física - del organismo.

d) Gerontología Social.

Se ocupa del lugar y la participación del anciano en la sociedad en - que vive: el aspecto económico, jubilatorio, vivienda, protección legal, - alimentación, salarios, terapia ocupacional, etc., es decir el medio am- biente que se va a desarrollar.

Los adelantos de la Biología y de la Medicina así como el estudio de la Gerontología con todos sus enfoques, pueden desempeñar un papel muy im portante con vistas a resolver los problemas de la senectud.

EXPLOSION DE LA ANCIANIDAD

Según ciertos estudios, para el año 2000 el 87% de los pacientes hospitalizados, el 30.2% de toda la población tendrá más de 65 años.

Esta explosión de la ancianidad, es un fenómeno relativamente nuevo que germina dentro de la vasta y ya superpublicitada explosión demográfica, ha comenzado a alarmar, paradójicamente a los médicos alertas y a las autoridades responsables de las políticas de salud en muchos países del mundo.

La paradoja se origina de un hecho dramáticamente comprobado: si bien, - gracias a los avances científicos, técnicos y sociales hay cada vez más personas ancianas, no existen políticas de salud específicas para esos millones de personas que sobrepasan los 60 años de edad. Este fenómeno afecta tanto a países mas adelantados como los que estan en vías de desarrollo.

La alarma suscitada por la casi absoluta carencia de especialistas, muestra las posibilidades de un "joven" y fascinante mercado de salud: Para el - año 2000, el 87% de los pacientes encamados y el 32.2% de toda la población, - tendrá más de 65 años.

Todo esto, obviamente, implica un desafío y una promesa para la clase médica. Un desafío porque se necesita del concurso de especialistas capacitados para enfrentar dicha situación, que en algunos países adquiere ya caracteres de emergencia; y una promesa, porque se ofrece ante el mundo médico, tanto - del sector institucional como privado un campo virgen e insospechado de posibilidades, en un mercado de salud inexplorable en su verdadera magnitud.

La población geriátrica y las enfermedades que conlleva, tienden a crecer a tal grado que implican un serio problema económico, social y médico.

Así tenemos que en México y en general en el mundo no industrializado, la importación de los descubrimientos y métodos de aquellos países mas desarrollados en las áreas de la medicina y de salud. Y la creación de una infraestruc-

ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO EN MEXICO DURANTE
1930-1980 Y PROYECTADA PARA EL PERIODO 1985-2000

AÑO	ESPERANZA DE VIDA	AÑO	ESPERANZA DE VIDA
1930	36.9	1980	66.6
1940	41.5	1985	67.8
1950	49.7	1990	69.0
1960	58.9	1995	70.0
1970	61.9	2000	70.8
1975	64.7		

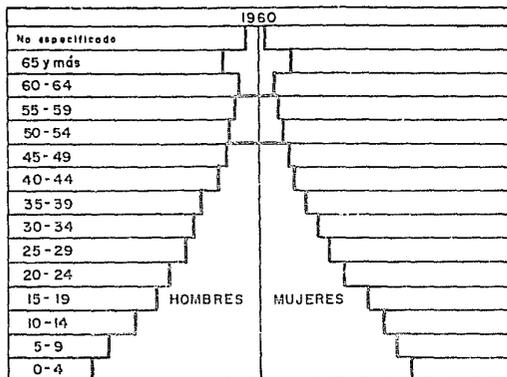
tura sanitaria como la introducción de agua potable y drenaje, producen resultados espectaculares, aún sin el mejoramiento sustancial de los niveles de vida que tiene la población.

Cabe mencionar, que el acelerado desarrollo urbano e industrial de México y el mejoramiento constante de las condiciones sanitarias y educacionales, permiten vislumbrar una elevación de la esperanza de vida de las personas, y por lo tanto, un aumento de la población al disminuir las tasas de morbi-mortalidad.

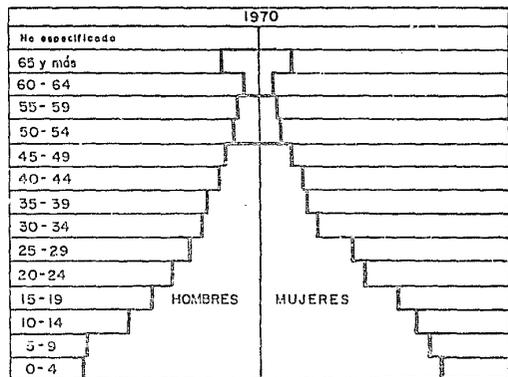
Aquel envejecimiento sin una orientación técnica, además de una falta de asistencia médica y sin una colaboración social, llevarán al anciano a que esté lleno de desengaños, con enfermedades, incapacidades, desajustes económicos y psicológicos que pueden llegar hasta la neurosis, y en algunos casos - puede revestir un aspecto de gravedad. Por lo tanto, es necesario crear un organismo estatal "que reúna todos los servicios y prestaciones que requieren - las personas mayores".

En el año de 1972 un grupo internacional de especialistas, elevó un informe hasta la O.M.S. para destacar la necesidad de nuevos estudios epidemiológicos. La prevención y tratamiento de las enfermedades mentales en las personas de edad avanzada, además de establecer recomendaciones de otros aspectos:

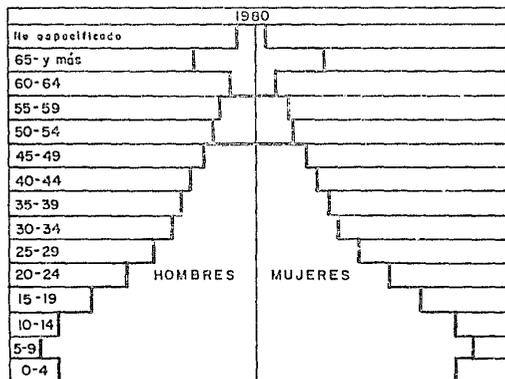
- A) Es necesario practicar encuestas nacionales y locales para determinar que proporción de la población tiene la necesidad de los servicios geriátricos.
- B) Deben estudiarse las ventajas que puede presentar el establecimiento de - servicios completos de geriatría.
- C) Analizar continuamente los efectos que la evolución social e industrial,



PIRAMIDE DE POBLACION DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1960



PIRAMIDE DE POBLACION DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1970



PIRAMIDE DE POBLACION DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1980

Fuente: Datos básicos sobre la población de México, Secretaría de Programación y Presupuesto /C.N.P.

ejercen sobre la vida de los ancianos, y buscar la manera de neutralizar los efectos perjudiciales de esa evolución.

- D) Realizar estudios longitudinales para evaluar los efectos a largo plazo observados en el envejecimiento normal y en el patológico. Por ejemplo - cambios estructurales y funcionales "Que hasta ahora no han sido estudiados suficientemente".
- E) En cuanto a la formación de personal médico, establecer planes de estudio de las facultades de medicina y de cursos de especialización para médicos generales, psiquiatras, además de la asistencia psicogeriatrica.

En las últimas décadas la atención de las sociedades nacionales, y la comunidad mundial, se ha concentrado en los problemas sociales, económicos, políticos y científicos que han surgido por el fenómeno del envejecimiento en escala masiva. En el pasado, si bien había individuos que alcanzaban etapas avanzadas de la vida, su número y su proporción frente a la población total no eran elevados. Sin embargo, en el siglo XX, hemos sido testigos, en muchas partes del globo, del control de la mortalidad perinatal e infantil, la declinación de las tasas de nacimiento, el mejoramiento de la nutrición, de la atención primaria a la salud y el control de numerosas enfermedades infecciosas. Esta combinación de factores ha dado como resultado un aumento en el número y proporción de personas que sobreviven hasta alcanzar las etapas más avanzadas de la vida. 4

En 1950, de acuerdo con datos de las Naciones Unidas, había aproximadamente 200 millones de personas mayores de 60 años en todo el mundo. En 1975 el número había aumentado a 350 millones y se calcula que llegará a 590 millones en el año 2000 y a 1,100 millones en el año 2025. (Fig.1). Durante ese período de tiempo, la población aumentará de 4.0 a 8.2 billones, un au

ESTADÍSTICAS

MEXICO	5,500.000	ANCIANOS
AREA METROPOLITANA	1,000.000	ANCIANOS

DISTRIBUCION DE ANCIANOS DEL AREA METRO POLITANA

80.000 DOCTORES, ABOGADOS, POLITICOS, CIENTIFICOS ETC.

800.000 OBREROS, EMPLEADOS, JUBILADOS Y DESOCUPADOS.

120.000 ANCIANOS INDIGENTES.

mento de 102%. Por lo tanto, dentro de 41 años los ancianos constituirán el 13.7% de la población mundial. Tómese en cuenta que en 1975 el 52% de todas las personas de más de 60 años vivían en los países en desarrollo y que su proporción aumentará a 60% en el año 2000 y al 72% en el año 2025. El aumento en los números y proporciones de los viejos se acompaña en la estructura de la pirámide poblacional, en cuanto a edad se refiere (Fig. 2, 3). La declinación en la proporción de los niños, coincide con un aumento en las personas de mayor edad. 4

La expectativa o esperanza de vida, es un promedio estadístico de las posibilidades que existen para alcanzar una determinada edad, en función de las condiciones de vida en el momento de nacer. 4

En México, la expectativa de vida al nacer era de sólo 27.5 años en 1900 pero subió dramáticamente a 49.7 años en 1950 y a 66 años en 1981, con una diferencia de 4 años a favor de las mujeres. Esta rápida ganancia en la expectativa de vida de nuestro pueblo, motivo de legítimo orgullo, ha sido causa principal de su crecimiento demográfico. Es un hecho aceptado que este crecimiento ha agravado seriamente los problemas económicos y sociales de México, como todos los países del tercer mundo.

La ciencia moderna ha contribuido a prolongar la longevidad al reducir las causas de mortalidad infantil, enfermedades infecciosas y otros procesos patológicos. No es probable que en el porvenir disminuya la carga que suponen las enfermedades, sean cuales fueren los procesos de la investigación médica y la habilidad de las organizaciones sociales para aplicar nuevos descubrimientos. Pese a que pueda hallarse, y se hallarán medios para vencer cualquier estado patológico, podemos dar por descartado que la enfermedad cambiará de manifestaciones de acuerdo con las circunstancias so

POBLACION DE ANCIANOS POR EDAD Y SEXO EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO

EDAD	NOMBRES	MUJERES	TOTAL
65-69	1971	2133	4104
70-74	1300	1489	2789
75-79	789	931	1720
80-84	399	531	930
85-89	143	258	401
90-94	54	110	164
95-99	24	41	65
100 Años y más	12	19	31

X Censo General de Población y Vivienda, vol. I, tomo 26,
mex. 1983

ciales. Las amenazas a la salud son acompañantes inevitables de la vida.

La salud es una expresión de la capacidad para enfrentarse a los múltiples factores del medio total, y la aptitud se logra a través de incontables adaptaciones genotípicas y fenotípicas a tales factores. Cualquier cambio en el medio demanda nuevas reacciones adaptativas. Mientras más rápidos y profundos sean los cambios del medio, más serán los individuos que no logren adaptarse a ellos con suficiente rapidez, para conservar un estado apropiado y que a causa de ésto padezcan algún género de trastorno orgánico o psicológico. 4

POBLACION MEXICANA MAYOR DE 60 AÑOS, POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
POBLACION TOTAL	67 382 581	33 295 260	34 087 321
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	4 142 916	1 970 832	2 172 084
AGUASCALIENTES	30 892	14 117	16 865
BAJA CALIFORNIA NORTE	72 048	31 023	41 025
BAJA CALIFORNIA SUR	16 973	7 911	9 062
CAMPECHE	19 485	11 213	8 272
COAHUILA	84 996	41 604	43 392
COLIMA	18 027	8 392	9 636
CHIAPAS	111 275	57 420	53 855
CHIHUAHUA	108 899	56 630	52 269
DISTRITO FEDERAL	575 288	239 207	336 081
DURANGO	69 102	36 019	33 083
GUANAJUATO	204 626	103 149	101 477
GUERRERO	147 442	74 909	72 533
HIDALGO	95 206	45 638	49 568
JALISCO	280 091	129 368	150 723
MEXICO	326 228	154 145	172 083
MICHOACAN	228 177	114 886	113 291
MORELOS	52 608	25 104	27 504
NAYARIT	47 791	23 546	24 245
NUEVO LEON	139 767	66 166	73 601
OAXACA	213 786	91 775	122 011
PUEBLA	234 341	108 065	126 276
QUERETARO	40 806	18 250	22 556
QUINTANA ROO	13 194	6 662	6 532
SAN LUIS POTOSI	110 447	54 124	56 323
SINALOA	101 005	55 834	45 171
SONORA	108 807	54 742	54 065
TABASCO	53 708	29 504	24 204
TAMAULIPAS	121 304	62 649	58 655
TLAXCALA	32 820	17 448	15 372
VERACRUZ	321 166	151 929	169 237
YUCATAN	88 904	44 926	43 978
ZACATECAS	73 417	34 277	39 140

PAISES DONDE LA POBLACION TIENE MAYOR ESPERANZA DE VIDA

PAIS	PERIODO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (Años)		
		Promedio	Hombres	Mujeres
1 SUECIA	1976	75.0	72.1	77.9
2 NORUEGA	1975-1976	73.0	71.0	75.1
3 JAPON	1976	74.0	72.2	77.4
4 PAISES BAJOS	1976	74.0	71.5	76.0
5 DINAMARCA	1975-1976	74.0	71.1	76.0
6 SUIZA	1960-1973	73.2	70.3	76.2
7 FRANCIA	1974	73.0	69.0	76.9
8 ISRAEL	1976	73.0	71.2	74.8
9 CANADA	1970-1972	72.8	69.3	76.4
10 ESTADOS UNIDOS	1975	72.6	69.7	76.5
11 ESPAÑA	1970	72.4	69.7	75.0
12 ITALIA	1970-1972	72.0	69.0	74.9
13 GRECIA	1970	71.0	70.1	73.6
14 NUEVA ZELANDA	1970-1972	71.6	69.3	74.6
15 ALEMANIA (R.F.)	1974-1976	71.6	68.3	74.8
16 AUSTRIA	1976	71.6	68.1	75.0
17 FINLANDIA	1975	71.6	67.4	75.0
18 ALEMANIA (R.D.)	1969-1970	71.5	68.0	74.2
19 BULGARIA	1969-1971	71.2	68.6	73.9
20 IRLANDA	1970-1972	71.2	68.8	73.5
21 BELGICA	1960-1972	71.0	67.8	74.2
22 AUSTRALIA	1965-1967	70.9	67.6	74.2
23 REINO UNIDO	1960-1970	70.5	67.8	73.0
24 POLONIA	1976	70.3	66.9	74.6
25 CUBA	1970	70.2	68.8	71.0
26 CHECOSLOVAQUIA	1975	70.2	66.7	73.6
27 RUMANIA	1974-1976	69.7	67.4	72.0
28 HUNGRIA	1974	69.4	66.0	72.4
29 KUWAIT	1970	69.0	66.1	71.0
30 UNION SOVIETICA	1971-1972	69.0	64.0	74.0
31 MALASIA	1976	69.0	66.2	71.4
32 URUGUAY	1963-1964	68.6	68.2	71.6
33 PORTUGAL	1974	68.6	66.3	71.0
34 COSTA RICA	1970-1974	68.4	66.5	70.9
35 ARGENTINA	1970-1975	68.3	65.2	71.4
36 YUGOSLAVIA	1970-1972	67.9	65.4	70.2
37 SINGAPUR	1970	67.6	65.1	70.0
38 TRINIDAD Y TOBAGO	1970	66.1	64.1	68.1
39 ALBANIA	1955-1963	66.0	64.3	67.0
40 PANAMA	1970	65.9	64.0	67.5
41 SRI LANKA	1967	65.0	64.0	66.9
42 COREA DEL SUR	1970	65.0	63.0	67.0
43 VENEZUELA	1970-1975	64.8	62.9	66.7
44 MEXICO	1975	64.7	62.8	66.6
45 JAMAICA	1959-1961	64.6	62.8	66.8

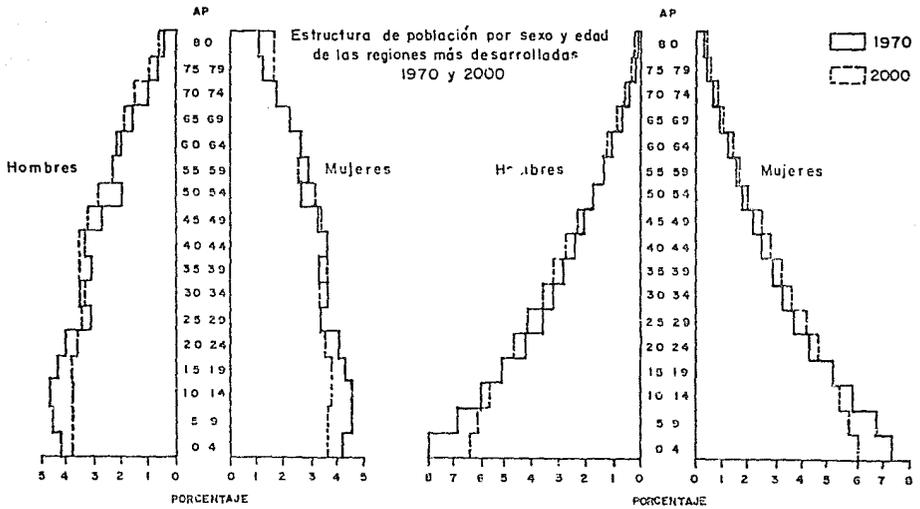
PROYECCIONES DE LA POBLACION TOTAL MEXICANA
 POR GRUPOS DE EDAD A 1985, 1990, 1995, Y 2000
 H I P III

EDAD	1985	1990	1995	2000
55 - 59	1,804 058	2,143 993	2,510 924	2,999 246
60 - 64	1,343 991	1,678 652	2,001 502	2,350 524
65 - 69	939 129	1,205 316	1,511 479	1,808 143
70 - 74	691 267	794 931	1,024 831	1,289 778
75 - 79	507 258	534 064	616 190	796 376
80 y más	460 847	536 529	593 841	671 566
Total	5,746 560	6,893 485	8,258 767	9,915 633

POBLACION DE 60 Y MAS AÑOS DE EDAD, POR SEXO, EN REGIONES -
MENOS Y MAS DESARROLLADAS : 1950-2000

Región	Sexo	1950		2000	
		Número (millares)	%	Número (millares)	%
Menos desarrolladas	Masc.	43 778	47.9	168 788	47.8
	Fem.	47 616	52.1	184 325	52.2
Mas desarrolladas	Masc.	41 106	42.6	100 299	43.4
	Fem.	55 387	57.4	130 605	56.7
Total mundial	Masc.	34 925	45.2	208 918	46.0
	Fem.	102 962	54.8	315 687	54.0

Fuente: El Envejecimiento Tendencias y Políticas ONU/Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 1984



Fuente: World Population Prospects as Assessed in 1973 (United Nations publication, Sales No. E.76. XIII 4) p. 25.

FACTORES SOCIALES

EN EL

ENVEJECIMIENTO

El hombre es fundamentalmente un ser social. y Freud (1921), decía que la psicología es ante todo psicología social; toda consideración del envejecimiento debe hacerse dentro del encuadro social en donde se desarrolla, y con la interacción entre ambos.

Así como en muchas sociedades ciertos grupos raciales sufren discriminaciones por el color de su piel; así como otros son discriminados por su religión y las mujeres por su sexo, los viejos en nuestra sociedad son discriminados por su edad. Esto se llama viejismo y corresponde definirlo simplemente como el prejuicio y la discriminación consecuente que se lleva a cabo con los viejos.

El viejismo es un concepto relativamente nuevo y fué descrito y estudiado en profundidad por Robert Butler a comienzos de la década de 1970. A diferencia de los otros prejuicios el viejismo tiene gran transcendencia ya que si tenemos el tiempo suficiente todos llegaremos a ser viejos y pasaremos a convertirnos en las víctimas de nuestro propio prejuicio.

Las personas víctimas del viejismo se consideran desde el punto de vista social como enfermas, seniles deprimidas, rígidas, asexuadas, pasadas de moda y una serie de rótulos descalificatorios.

Sus problemas físicos y mentales tienden a ser fácilmente ignorados y con frecuencia no se tienen en cuenta sus necesidades económicas y sociales. El viejismo lleva a las generaciones jóvenes a ver a los viejos como diferentes, a no considerarlos como seres humanos con iguales derechos y, lo que es peor, no les permite a ellos a los jóvenes identificarse con los viejos, lo que trae como resultado ver a la vejez como algo que no nos per-

tenece, como algo que está allí en un futuro muy lejano y, por lo tanto, al no sentir que no nos concierne, no nos permite prepararnos para enfrentar -- nuestro propio envejecimiento.

Neugarten (1970), le dá una nueva dimensión al factor tiempo y dice: todos los individuos, no importa el grupo social al que pertenezcan, desarrollan la idea de un "ciclo vital normal y esperable", es decir, que ciertos -- eventos deben ocurrir en determinados momentos de la vida, y que un reloj mental interno les va señalando si "están en tiempo" o si están "fuera de tiempo". Dejar la casa paterna, casarse, la paternidad, la realización profesional, el climaterio, el convertirse en abuelos, la jubilación, son todos puntos decisivos a lo largo de la vida, la marcan puntualmente y exigen cambios en el concepto que se tiene de si mismo y de la propia identidad; los cuales pueden ser de crisis o no dependiendo de su propio tiempo. La mayoría de los grandes acontecimientos personales ocurren durante la mediana edad y en la -- vejez están constituidos por pérdidas individuales unidas a la pena natural que desencadenan.

Además del incremento de la interioridad, cambio a la perspectiva del -- tiempo y la personalización de la muerte, hacen este período de la vida del -- hombre en uno de los más importantes, ya que prueban su capacidad de adaptación a situaciones diversas.

Neugarten, el tiempo es central para la construcción de la autoestima, -- especialmente en aquellos individuos que se encuentran en la mediana edad y haciendo un balance de sus vidas, los cambios en las normas relacionadas con la edad y en los "horarios" deberán ser significativos, especialmente para -- los que están interesados en las personas de edad madura.

POBLACION MEXICANA MAYOR DE 60 AÑOS, INACTIVIDAD
POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL (1)	INACTIVOS (2)	% (2)/(1)
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	3 941 565	1 699 023	43.11
AGUASCALIENTES	30 377	14 501	47.74
BAJA CALIFORNIA NORTE	68 121	32 415	47.58
BAJA CALIFORNIA SUR	14 286	6 913	48.39
CAMPECHE	18 585	5 404	29.08
COAHUILA	82 658	38 184	46.20
COLIMA	17 812	8 081	45.37
CHIAPAS	108 494	42 029	38.74
CHIHUAHUA	105 473	46 897	44.55
DISTRITO FEDERAL	565 824	300 835	53.17
DURANGO	66 040	25 320	38.34
GUANAJUATO	187 030	70 005	37.86
GUERRERO	126 110	29 083	23.06
HIDALGO	93 243	38 062	40.82
JALISCO	271 450	121 869	44.90
MEXICO	307 129	132 139	43.02
MICHOACAN	190 149	62 379	32.81
MORELOS	51 537	22 045	42.78
NAYARIT	47 531	18 875	39.71
NUEVO LEON	136 033	71 139	52.30
OAXACA	208 234	75 422	36.22
PUEBLA	221 005	92 727	41.96
QUERETARO	40 169	18 853	46.93
QUINTANA ROO	8 715	3 542	40.64
SAN LUIS POTOSI	107 674	46 514	43.20
SINALOA	98 766	41 251	41.77
SONORA	104 713	41 841	39.96
TABASCO	49 845	16 534	33.37
TAMAULIPAS	117 001	54 565	46.64
TLAXCALA	32 362	14 477	44.73
VERACRUZ	307 147	127 052	41.37
YUCATAN	85 189	33 268	39.05
ZACATECAS	72 863	35 512	48.74

TOTAL DE ANCIANOS QUE LABORAN Y ACTIVIDADES MAS IMPORTANTES QUE DESEMPEÑAN

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	OCUPACION
65 años y más	80	3	Profesionales
	47	16	Tec. y personal especializado
	53	0	Trabajadores del arte
	6	0	Funcionarios públicos
	83	10	Gerentes del sector privado
	22	2	Gerentes agropecuarios
	470	42	Agricultores
	208	31	Oficinistas
	126	3	Vendedor ambulante
	15	152	Trabajadores domésticos

X Censo General de Población y vivienda del Estado de Sonora, vol. II tomo 26
 Mex. 1985.

EL ANCIANO Y LA FAMILIA

Uno de los problemas mas serios con los que llega el hombre al llegar a la ancianidad, es el medio familiar en que vive. Puede ocurrir que vivan los dos esposos o que haya muerto alguno de ellos. También es posible que algún hijo o hija mayor de edad permanezcan solteros y vivan juntos con el padre que rebasa la edad adulta; pero en todos estos casos lo importante es que si hay familiares que vivan con el senecto, tengan ellos conciencia de lo que significa ese período de la vida, reconozcan la labor que desempeñó en épocas anteriores.

Decimos lo anterior, porque suele ocurrir frecuentemente que al llegar el hombre o la mujer, sobre todo el primero, a la edad a que nos referimos y en contrarse en las condiciones señaladas, sea visto como un objeto inservible, como una persona molesta en el hogar y que a veces inconscientemente los nietos, si los tiene, le hagan sentir que está viejo y que por ello no oye bien, no ve bien, no camina bien. Muchas veces éste es un problema frecuente, el viejo se refugia en la casa de un hijo casado y entonces la situación mas delicada ocurre con la nuera o el yerno, según sea el caso, pues en ocasiones aún en contra de la voluntad el descendiente directo tolera las llamadas impertinentes del anciano y no medita en que la actitud de rechazo de que fué objeto es precisamente el origen de la depresión o aislamiento del anciano y por ello no responde como en años anteriores.

Es preciso educar la familia desde los años infantiles a que respete, casi a que venera la figura del abuelo o abuela, y a que se tome conciencia, hombres o mujeres, de que ese viejo que está en el hogar, aunque no sea su padre directo es un hombre que le dió la vida al marido o a la esposa, los formó, los educó y así les permitió llegar a ser hombres productivos y tener la

posibilidad de fundar un hogar.

Si la educación en el sentido señalado comienza desde niño, posiblemente cambie esa situación a que antes nos referimos, y la vida del hombre al llegar a ese período de la vida se encuentre en las condiciones adecuadas, sobre todo cuando haya muerto alguno de los cónyuges, sea menos dolorosa y - vean con alegría llegar a esa etapa.

Todo ser humano encuentra en la familia las posibilidades de crecer, realizarse y ser feliz, dependiendo de esto el qué tan dispuesto esté cada quien a ser una fuerza positiva en la consecución del bienestar de quienes están - comprometidos en la convivencia diaria, donde no basta con soportarse mutuamente, sino que es necesario desempeñar el papel que a cada quien le corresponde, aceptando que nadie es mas importante que otro, sino que todos son necesarios en ese constante preparar generaciones, para continuar el proceso - integrador de la sociedad, compartiéndolo todo, dudas, temores, afanes y esperanzas.

En una familia como la antes 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, transcendentales y perdurables, donde él, su pariente y amigos encuentran la incomparable felicidad de envejecer juntos.

CONCEPTO DE FAMILIA:

La familia constituye una institución creada y configurada por la cultura, para regular las conductas conectadas con la generación.

La motivación radical de la familia en todas las varias formas que está presente en la historia consiste en la necesidad de cuidar, alimentar a los hijos.

Para cubrir esas necesidades de los hijos se han creado éstas. Las formas de la familia es muy variado, a lo largo de la historia y en diversas civilizaciones. Pero en todas ellas existe un común denominador que implica la unión estable entre los progenitores y entre éstos y los hijos.

La familia ha existido desde siempre y a través de la historia ha tenido diferentes formas.

La integración de la familia se llevó a cabo al inicio de la civilización con la monogamia, aparece la propiedad privada y el hombre aspira a tener hijos legítimos para heredar sus bienes.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA FAMILIA:

La familia tiene en todas por lo menos en la mayor parte las siguientes características:

- A).- Una relación continua.
- B).- Una forma de matrimonio donde se establece y se mantiene la relación sexual.
- C).- Deberes y derechos entre los esposos y entre los padres y los hijos.
- D).- Disposición económica que tiene como fin el cubrir las necesidades existentes entre los miembros.

E).- Generalmente un hogar aunque nos es necesario que éste sea exclusivo.

Es unánime el reconocimiento de que la familia constituye el más importante de todos los grupos primarios, es decir éstos están constituidos por la interacción que existe entre los miembros de la familia.

La familia como institución es universal y permanente, pero cada familia tiene una duración limitada que no va más allá de la vida de sus miembros originales. (1)

FUNCIONES DE LA FAMILIA

B.K. HENNEN, en su artículo estructura y función de la familia; refiere que las familias desempeñan cinco funciones básicas, las cuales son las siguientes:

- A).- SOCIALIZACION: Implica el desarrollo de habilidades sociales incluyendo relaciones interpersonales.
- B).- ATENCION O CUIDADO: Implica proporcionar refugio, cordialidad, alimentación y protección.
- C).- AFECTO: Implica amor, cariño, preocupación y cuidados.
- D).- REPRODUCCION: Implica las relaciones sexuales, con anticoncepción o sin ella.
- E).- STATUS: Implica factores socioeconómico, educacionales y ocupacionales, pero también la simple legitimidad proporcionada por el matrimonio legal de los progenitores.

LA VEJEZ COMO LA ULTIMA ETAPA DEL CICLO VITAL

La vida familiar varía de acuerdo al ciclo de desarrollo vital humano, sus problemas, sus expectativas y sus funciones varían de acuerdo a su edad familiar.

Según Estrada Inda el ciclo de desarrollo vital humano que toda la familia pasa, despliega varias funciones; nacen, crecen, se reproducen y mueren, los cuales pueden llevarse a cabo en un marco de normalidad o bien tomar características de enfermedades o patológicas. En el transcurrir del ciclo vital, la familia atraviesa por fases críticas y debe de buscar la forma de adaptarse a ellas o buscar medidas de solución.

Tal ciclo abarca seis fases (Estrada Inda) (1)

- El desprendimiento
- El encuentro
- Los hijos
- La adolescencia
- El reencuentro
- La vejez

En esta ocasión de la etapa que me interesa hablar es la de la vejez, llamada comúnmente la tercera edad. (2)

Es una etapa que está llena de misterios, ya que pocas veces ha sido estudiada, quizás el no escribir o investigar sobre ella, se deba a que inconscientemente tenemos llegar a viejos, ya que nos aterra la idea de que llegando a esta etapa seremos ignorados por toda la sociedad y peor aún por nuestra propia familia.

En esta etapa la familia aparece ya separada, los hijos se casan y se van -

de la casa, sin embargo puede suceder lo contrario, los hijos se casan y se establecen definitivamente en la casa paterna, ésto con el pretexto de cuidar los.

Los hijos no les permiten a sus padres ser independientes, los sobreprotegen y los hacen sentir seres inútiles, no les permiten ser libres y por lo tanto se sentirán presionados y caerán en un estado depresivo que le sea difícil salir de éste.

También suele suceder en la familia de los viejos, la muerte de uno de los cónyuges, el viudo debe de asumir, nuevos roles, si se casa o se reajusta su vida adaptándose a la familia de uno de sus hijos.

Ya que al fin de cuentas una de las funciones primordiales de la familia de los hijos es el cuidado de los ancianos.

Otra de la problemática que se da en la pareja de viejos, es cuando el esposo es jubilado, éste regresa a la casa definitivamente, la esposa, la cual no se encontraba preparada para este regreso, siente que su esposo está invadiendo lo que antes fueron sus dominios, en ésta los conyuges deben delimitar los espacios, que quede claro que el hogar es de los dos y que tiene que ser compartido por ambos, de lo contrario existe el peligro de que lleguen a perder la estima y el respeto y traiga como consecuencia ansiedad y tensión.

Al llegar a esta etapa el anciano hace un análisis de toda su vida pasada, de todo lo que sucedió a lo largo de su vida y de lo que pudo haber hecho, -- existe un sentimiento de desilusión y de cierta insatisfacción por toda su vida pasada, considero que es lógico, ya que si uno estuviera bien preparado para llegar a esta etapa los resultados serían satisfactorios, considero que la preparación tiene que darse por nuestra familia desde las primeras etapas de nuestra vida. (3)

DEFUNCIONES Y MORTALIDAD EN POBLACION DE 65 Y MAS AÑOS DE EDAD ,
SEGUN SUS VEINTE PRIMERAS CAUSAS. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS:1978

Num. de	Causa	Clave ^a	Núm. de Defunciones	%	Tasa ^b
1	Enfermedades del corazón	80-84	27 537	22.0	1242.0
2	Tumores malignos	45-60	11 456	9.2	516.7
3	Influenza y neumonías	90-92	9 554	7.6	430.9
4	Enfermedades cerebrovasculares	85	8 853	7.1	399.8
5	Diabetes mellitus (sacarina)	64	6 845	5.5	308.7
6	Bronquitis, enfisema y asma	93	5 359	4.3	241.7
7	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	5	4 315	3.5	194.6
8	Cirrosis hepática	102	3 395	2.7	153.1
9	Lesiones que se ignoran si fueron accidentales o intencionales	E 149	2 557	2.0	115.8
10	Accidentes	E 138-E 146	2 522	2.0	115.8
11	Enfermedades de arterias, arte- riolas y capilares	86	2 267	1.8	102.2
12	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	65	2 163	1.7	97.6
13	Tuberculosis, todas formas	6-10	2 137	1.7	96.4
14	Nefritis y nefrosis	105-106	2 041	1.6	92.1
15	Úlcera péptica	98	1 522	1.2	68.6
16	Anomias	67	1 392	1.1	62.8
17	Enfermedades del sistema osteo- muscular y del tejido conjuntivo	121-125	1 209	1.0	54.5
18	Obstrucción intestinal y hernia	101	1 090	0.9	49.2
19	Homicidio y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas intervención legal	E 148	588	0.5	26.5
20	Neurosis, trastornos de la perso- nalidad y otros trastornos no psicóticos	70	577	0.5	26.0
	Síntomas y estados morbosos mal definidos	136-137	13 500	10.8	608.9
	Las demás causas		14 128	11.3	637.2
T O T A L		I-E 150	125 007	100.0	5638.1

^aLista "A" (150 causas) de la C.I.E. 8ª revisión 1965. OMS

^bPor 100 000 habitantes de 65 y más años de edad.

Fuente: Censo de Estadísticas Vitales de México 1978. Unidad de Información. SSA

HIPERTENSION ARTERIAL

La frecuencia de la hipertensión aumenta con los años. La hipertensión -- constituye un factor de riesgo independiente para la arteriopatía coronaria, la patología cerebrovascular isquémica, la hemorragia intracerebral, el aneurisma aórtico, la insuficiencia cardíaca congestiva, tanto en individuos de me diana edad como en los mayores de 65 años.

Ensayos intervencionistas recientes han demostrado una notable reducción de la morbilidad y la mortalidad de pacientes de hasta 69 años mediante un -- tratamiento eficaz de la hipertensión. Por eso debe iniciarse la terapia cuando la hipertensión arterial diastólica supera los 90mm Hg y la sistólica pasa de 160mm Hg. (Efectuadas las mediciones en al menos tres ocasiones separadas) y especialmente si se asocian con factores de riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular. Parece casi increíble que la reducción de la presión sanguínea por debajo de los valores antedichos reduzca la incidencia de complicaciones -- secundarias. Además, la disminución de la tensión atenuará los síntomas de an gina de pecho, insuficiencia cardíaca congestiva. En las últimas fechas se han reportado datos que indican que la terapia podría también hacer descender la -- morbilidad de la hipertensión sistólica aislada. Por lo tanto, se colocan a fa vor del tratamiento en la mayoría de los casos para disminuir la incidencia de complicaciones cerebrovasculares.

Para 1990, se calcula que en los Estados Unidos habrá 29 millones de perso -- nas de 65 años o más. Un 45% de esta población tendrá presión arterial sistóli -- ca de 160 mmHg o más o una diastólica de 95 mmHg o más. Cerca del 66% de los -- mayores de 65 años tendrán una presión sistólica de 140 mmHg o más o una distó -- lica de 90 mmHg o más. Las elevaciones de las presiones sistólicas o diastóli -- cas aumentan el riesgo relativo de morbimortalidad cardiovascular, por lo me -- nos tanto para los pacientes ancianos como para los jóvenes.

Los ancianos pueden ser mas sensibles a la depleción volumétrica y a la inhibición simpática que los de menos edad. Los pacientes mayores de 65 años pueden presentar deterioro de los reflejos cardiovasculares, lo cual los haga mas propensos a la hipertensión. Por este motivo el tratamiento antihipertensivo ha de iniciarse a dosis mas bajas de lo usual. Las elevaciones de las dosis también serán menores y con intervalos mas espaciados de lo que podría ser conveniente en hipertensos de menos edad.

La mayor parte de los estudios longitudinales en grupos de población, indican que la presión arterial se eleva con la edad, y la diastólica se incrementa hasta el quinto decenio de vida, para luego disminuir. Cuando la presión sistólica aumenta con mayor rapidez que la diastólica ocurre ensanchamiento de la presión diferencial.

Los profesionales en cuidados de la salud, están cada vez mas conscientes de la prevalencia de hipertensión y su importancia como problema de salud en los ancianos. A medida que la mayor parte de la población llega a la edad avanzada, la prevención y tratamiento de la hipertensión en este grupo de edad serán aún mas importantes que en la actualidad.

La hipertensión puede definirse como un aumento duradero de la presión arterial, por arriba de lo que se considera normal a cierta edad. Como la edad y presión arterial son variables continuas, sin puntos de transición que se identifiquen con facilidad, en la clasificación se usan definiciones arbitrarias. Con definiciones convencionales, los ancianos son quienes tienen 65 o más; la hipertensión es una presión sistólica de mas de 160 mmHg o una presión diastólica de 95 mmHg hipertensión sistólica aislada, cuando es mayor de 160 mmHg y una presión diastólica mayor de 90 mmHg.

El aumento de la presión arterial en ancianos puede dividirse en dos sub--

conjuntos; hipertensión sistólica-diastólica e hipertensión sistólica aumenta, mientras que la presión diastólica permanece normal o cercana a lo normal. Este tipo afecta mas personas en el grupo en edad avanzada.

Los ancianos con hipertensión sistólica-diastólica, pueden representar a quienes han sobrevivido con hipertensión durante años. En ciertos individuos con hipertensión sistólica aislada puede aparecer hipertensión diastólica con el paso del tiempo. La hipertensión diastólica sólo es la menos frecuente.

La hipertensión suele clasificarse en forma arbitraria como primaria o secundaria. En la primaria no hay causas conocidas o fácilmente identificables. Su patología es multifactorial, no se comprende bien. Se supone que un mecanismo es el aumento de la resistencia periférica de la circulación sistémica a consecuencia de vasoconstricción de arteriolas de muy pequeño calibre. En la mayoría de las personas con hipertensión se desconoce el mecanismo que causa este estrechamiento notable de la luz de las arteriolas.

CAMBIOS EN RELACION CON LA EDAD.

En la población de edad avanzada también deben considerarse los cambios funcionales en relación con la edad. Se asume que los procesos ateroscleróticos contribuyen al aumento de la presión arterial, por obra de cierto número de cambios que fomentan la disminución progresiva de la distensibilidad de la aorta y sus ramas.

Rigidez aórtica, a medida que la pared aórtica se vuelve mas rígida, la presión aumenta a un ritmo más acelerado por cada milimetro de sangre que se inyecta en las arteriolas grandes. El pulso generado durante la sístole se transmite al árbol arterial relativamente sin cambios. Así pues, aumenta la presión diferencial, produciendo a menudo un incremento desproporcionado de

la presión sistólica.

Disminución de la sensibilidad de barorreceptores.

También puede haber disminución de la sensibilidad de los baroceptores, lo que reduce la capacidad de amortiguar oscilaciones mas amplias de la presión arterial. Los barorreceptores son receptores que perciben el estiramiento y que se encuentran en las paredes del corazón y vasos sanguíneos, en especial el cayado aórtico. Se cree que son estimulados por la distensión de las estructuras en que se encuentran. Los impulsos generados por los barorreceptores causan vasodilatación, disminución de la presión arterial, reducción de la frecuencia cardiaca y menor el gasto cardiaco.

Disminución de la luz de las arteriolas.

Los procesos ateroscleroticos también ocurren en arteriolas precapilares, contribuyendo a la disminución de la capacidad de la luz. Aumenta la resistencia vascular, y se incrementa la resistencia periférica total.

Reducción de la filtración glomerular.

El riñón sufre reducción de la filtración glomerular y del riego sanguíneo renal, lo que puede contribuir a retención de sodio. La abundante ingestión de sodio en ancianos podría conducir a la expansión del volumen y desempeñar un papel en la aparición de hipertensión.

Cambios en el sistema renina-angiotensina.

El sistema renina-angiotensina se ha estudiado con amplitud como factor posible en la hipertensión esencial. Se cree que la actividad renina en plasma disminuye con la edad. No se sabe en la actualidad que importancia tiene como causa que contribuya a la hipertensión de los ancianos.

Cambios hormonales.

Algunos estudios han demostrado aumento en relación con la edad, de los niveles plasmáticos de noradrenalina, lo que sugiere la posibilidad de hiperactividad del sistema nervioso simpático. Es poco claro en que medida este supuesto incremento de la actividad simpática puede considerarse un factor relacionado con la hipertensión en los ancianos.

Cambios Cardiovasculares.

El gasto cardiaco disminuye progresivamente con la edad. El aumento con la presión arterial sistólica incrementa la carga posterior en el ventrículo izquierdo y el trabajo cardiaco.

Factores Genéticos.

Se ha reconocido que la hipertensión y complicaciones cardiovasculares hipertensivas y ateroscleróticas, tienden a ocurrir en ciertas familias. Esta relación con los aspectos hereditarios es útil para hacer diagnóstico de hipertensión esencial.

Tabaquismo.

No se ha demostrado una relación positiva entre el tabaquismo y la hipertensión duradera. Sin embargo, se sabe que el tabaquismo agrava la aterosclerosis. En combinación con la hipertensión, aumenta mucho el riesgo de complicaciones ateroscleróticas, en especial arteriopatía coronaria.

Alcohol.

Ciertos estudios han planteado la posibilidad de que el consumo regular del alcohol, guarda relación con la hipertensión (Klatsky y Col. 1977). En la actualidad no se conoce la importancia del consumo del alcohol en la persona anciana e hipertensa.

DIASTOLICA

95	Normal
95-104	Hipertensión ligera
105-114	Hipertensión moderada
115	Hipertensión severa

SISTOLICA (diastólica 95)

160	Normal
160-179	Hipertensión sistólica limitrofe
180	Hipertensión aislada

D I N A M I C A

La presión arterial simplemente es la fuerza lateral que se ejerce contra las paredes de las arterias a medida que la sangre fluye fuera del corazón. - La presión en la aorta y otras arterias de gran calibre aumenta hasta alcanzar una cifra máxima (presión sistólica) durante cada ciclo cardiaco y luego disminuye a una cifra mínima (presión diastólica). Esta presión arterial es - producto de dos fuerzas: el gasto cardiaco y la resistencia periférica. La - mayor parte de la resistencia periférica ocurre en las arteriolas y está regu- lada por la contracción de las paredes de estos vasos.

El calibre de las arteriolas y arterias está sometido a control nervioso y químico. Este es un concepto importante que debe tenerse presente al consi- derar los antihipertensores y la forma en que actúan. Los impulsos nerviosos de los centros reflejos en el encéfalo, pueden contraer o dilatar los vasos. Las sustancias químicas pueden modificar el calibre de los vasos sanguíneos - o al estimular receptores sensitivos, por tanto iniciar el control reflejo.

En general, los aumentos del gasto cardiaco incrementan la presión sistó- lica, en tanto que los de la resistencia periférica, elevan la presión diastó- lica. Una causa importante del aumento de la presión sistólica es la menor distensibilidad de las arterias (proceso aterosclerótico) a medida que sus - paredes se vuelven cada vez más rígidas. Al haber la misma cifra de gasto - cardiaco la presión sistólica es mayor en el anciano, pues ocurre aumento pe- queño del volumen del sistema arterial durante la sístole para dar cabida a la misma cantidad de sangre, lo que se debe a pérdida de la elasticidad vascu- lar.

El trabajo cardiaco guarda relación mas estrecha con la presión sistóli- ca que con la presión diastólica. Así pues, la hipertensión sistólica aumen-

ta el trabajo del ventrículo izquierdo. El trabajo es uno de los factores - principales que determina la demanda miocárdica de oxígeno. Por lo tanto, en el anciano con hipertensión sistólica, aislada, el trabajo del ventrículo izquierdo aumenta a la vez que probablemente se trastorne, por un proceso mórbido diferente en la persona geriátrica que en el adulto mas joven.

PLANTEAMIENTO

DEL

PROBLEMA

¿Influye la autoestima de los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas; en el control médico de sus padecimientos?

OBJETIVOS
DE LA
INVESTIGACION

- 1.0.0. Determinar si la autoestima es un parámetro adecuado para establecer el grado de interés de los pacientes geriátricos acerca del mantenimiento - de su salud.
- 2.0.0. Determinar si la autoestima es un factor que influye para que se lleve un adecuado control médico, en pacientes geriátricos que padezcan hipertensión arterial.

D I S E Ñ O
D E L A
I N V E S T I G A C I O N

La realización de la investigación se llevó a cabo en el primer nivel de atención. La muestra se tomó de la población derecho-habiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, que acuden a los consultorios de la consulta externa de medicina familiar. Y que además cuenten con las siguientes características: 1) Que tengan 65 años y más. Ya que este estudio se enfoca principalmente a las personas en edad geriátrica y es necesario cumplir este requisito para llegar a los objetivos planeados. 2) Que sean personas de ambos sexos, lo que nos permitirá evaluar tanto a hombres como a mujeres, y así tener una visión integral de la población estudiada. 3) Es necesario que vivan en pareja o con alguna persona de su familia. Esto nos permitirá conocer como es su núcleo familiar, y como se desarrollan las relaciones en familias de personas que han alcanzado la edad geriátrica. 4) Que estén asignados a un consultorio de medicina familiar en alguna de las dos unidades. Ya sea la No. 37 o la No. 10. Lo que nos permite saber como está el primer nivel en relación a pacientes en edad geriátrica. 5) Que tengan un médico familiar asignado a ese consultorio y que éste tenga su base en el mismo. Lo cual nos permitirá evaluar la relación médico paciente más adecuada. 6) Que los pacientes cuenten con un expediente clínico, a través de este documento podemos constatar si el paciente visita a su médico periódicamente. Y además si sus cifras tensionales se encuentran o no dentro de límites normales, así como que tipo de medicamentos y cuales son las dosis de éstos prescritos por el médico. 7) Que padezcan hipertensión arterial. Ya que es en este tipo de pacientes el enfoque de nuestra investigación. 8) Que el paciente esté dispuesto a contestar voluntariamente -- una encuesta cuyo objetivo principal es evaluar la autoestima del paciente.

Al responder dicha encuesta obtendremos información sobre como se siente el paciente en relación con su persona, como se siente en su familia. - Así como se ve en relación con el mundo que lo rodea (aspecto social). Después evaluaremos el control médico. 1) Si se les dá un día específico para su visita médica y si el paciente asiste el día estipulado. 2) Como se siente en relación con su enfermedad. 3) Si se siente satisfecho de la relación con su médico. 4) Si sus cifras tensionales se encuentran dentro de límites normales. 5) Si el paciente sabe como se llaman los medicamentos - que toman y sus dosis. Y los clasificaremos primero de acuerdo a adecuado y no adecuado, y posteriormente evaluaremos su nivel de autoestima.

CRITERIOS

DE

INCLUSION

- A.- Pacientes de ambos sexos.
- B.- Que sean pacientes de 65 años y más.
- C.- Que vivan con su pareja o alguna persona de su familia.
- D.- Que estén asignados a un consultorio en algunas de las dos unidades de primer nivel. Unidad Médica Familiar No. 37, Unidad Médica Familiar - No. 10.
- E.- Que el médico familiar asignado a ese consultorio tenga su base en el mismo.
- F.- Que tengan un expediente clínico.
- G.- Que padezcan hipertensión arterial, y que ésta haya sido diagnosticada por lo menos un año antes. (Enero de 1988).
- H.- Que estén dispuestos a contestar una encuesta - donde el principal objetivo es evaluar su nivel de autoestima.

H I P O T E S I S

- HI. "Los pacientes geriátricos con hipertensión arterial y autoestima alta, llevan un control médico de sus padecimientos mas adecuado, que los que tienen una autoestima baja".
- HO. "La autoestima de los pacientes geriátricos hipertensos no influye en su control médico"

C O N T R O L M E D I C O

D E F I N I C I O N

Es la acción de atender a que el proceso se aplique de acuerdo a lo planeado; implica determinación y adopción de normas, mediciones y correcciones. Es decir, controlar es mantener algo dentro de ciertos límites, es disponer de información y aplicarla. Es un instrumento que tiene como responsabilidad el funcionamiento de los servicios médicos. Por lo tanto, trata de mantener un nivel de atención médica, es una vigilancia continua, orientada a prevenir, identificar o resolver problemas en cuanto a sus componentes básicos, de dicha atención.

C O N T R O L M É D I C O
E V A L U A C I O N

- 1.- Estudio del expediente clínico. Por ejemplo: Documentación.
- 2.- Revisión de la práctica médica. Por ejemplo: Programas de estudio y tratamiento, secuencia en las medidas para establecer el diagnóstico y las terapéuticas.
- 3.- Estudio de los resultados: En infecciones, complicaciones, recuperación y sobrevida.
- 4.- Estudio integral de la atención, cubriendo aspectos no sólo médicos sino también de enfermería, etc.
- 5.- Estudio del proceso y del resultado; ésto se refiere al seguimiento de síntomas del paciente y a los resultados de las acciones de los prestadores en relación a dichos síntomas.
- 6.- Análisis de las estrategias diagnósticas y terapéuticas; se basa en la utilización de ramas de decisión para valorar opciones de acción y pronósticos.
- 7.- Estudio de la satisfacción del paciente. 3

De estas formas de evaluación, nosotros sólo eligiremos las que nos permitan evaluar el control médico en el primer nivel de atención, y las que sean factibles.

C O N T R O L M E D I C O

En base a nuestros objetivos lo definiremos de la siguiente manera:

Es la serie de actividades que realiza el paciente por indicación de su médico y que lo mantienen dentro de los límites esperados para el control de su enfermedad.

C O N T R O L M E D I C O

A D E C U A D O

Es la serie de acciones que realiza el paciente por indicación de su médico. Y que le dan a su persona, una sensación de bienestar por la disminución de sus síntomas, sus cifras tensionales se encuentran dentro de los límites normales. Y pueden realizar sus actividades habituales.

C O N T R O L M E D I C O

I N A D E C U A D O

Es aquel que es consecuencia de que el paciente no realice o lo haga en forma parcial la serie de actividades, indicadas por su médico. Y que son sugeridas para mantener dentro de límites esperados a la enfermedad de que -- sean portadores. Trayendo como consecuencia una sensación de malestar, además sus síntomas persisten, sus cifras tensionales se encuentran fuera de los límites normales y actividades habituales disminuyen.

El médico debe tener una valoración global del paciente geriátrico, ya que con ésto se aumenta la comunicación médico-paciente y el sometimiento de éste a la terapia. Además, debe intentar ver el presente desde la perspectiva histórica del paciente. Investigar sobre los principales logros y fracasos del sujeto, su historial en cuanto al área laboral. Un conocimiento detallado de su modo de vida, su matrimonio y sus relaciones anteriores debe facilitar el plan terapéutico.

Las personas mayores solicitan atención médica cuando una limitación física o psicológica llega a ser intolerable, bien para sí mismos o bien para sus familias. Otros acuden para ver si se encuentran ilesos de sufrir enfermedades malignas, o sólo sufren limitaciones crecientes con la edad. Se dan mas cuenta del mayor riesgo que corren a causa de sus años y reaccionan informando de todas sus molestias. Muchos pacientes van al médico en busca de un contacto humano, que no siempre les es dado en otros lugares; tales enfermos obtienen cierto provecho de las visitas cortas y frecuentes, que le permiten un asesoramiento y el contacto personal.

El anciano y su familia esperan un alivio de los síntomas y el retorno a nivel funcional previo, mas que la curación. Al igual que ocurre en otras edades, temen la enfermedad fatal o progresiva, pero temen también aquellos procesos que reducen su independencia.

El principal propósito del médico en el cuidado de los pacientes, con enfermedades crónicas será por consiguiente mejorar su funcionalidad y reducir la severidad de la enfermedad. 5

La calidad de la atención médica no puede definirse o describirse fácilmente, como es de preveerse en los sistemas de valores, hábitos y perspectivas -- que varían entre las distintas personas, grupos, y lugares. Estas perspectivas deben dirigirse a proporcionar aquellos cuidados deseados y necesarios. Lo cual tiene como objetivo lograr la máxima capacidad funcional del individuo.

Las enfermedades crónicas particularmente en los ancianos, se han convertido en una cuestión cada vez más preocupante. 1 Estas enfermedades crónicas requieren a menudo para identificarlas un diagnóstico oportuno, pero las intervenciones médicas son encaminadas principalmente para preservar la capacidad funcional. 5

Con la creciente frecuencia de las enfermedades crónicas, se han expuesto de manifiesto varias deficiencias en la calidad de los servicios médicos. Los pacientes crónicos requieren una atención continua, cuidadosa y a largo plazo y, así mismo, los propios pacientes deben asumir una mayor responsabilidad en su tratamiento. Pacientes, médicos y autoridades deben comprender que los objetivos de la asistencia en estos casos no se centran en la eliminación de la enfermedad, sino en el mantenimiento de la capacidad funcional.

Como los índices de mortalidad según la edad han disminuido en los últimos 50 años, el papel del médico guarda menor relación con el mantenimiento de la vida y mayor con la mejora de la eficacia funcional. 5

En la actualidad y, probablemente aún más en el futuro, no es suficiente medir la calidad de la atención médica, teniendo en cuenta los esfuerzos destinados a modificar los índices de morbilidad y mortalidad. La calidad de la atención debe valorarse a través de sus efectos sobre las alteraciones funcionales provocadas por la enfermedad. Las intervenciones médicas van dirigidas fundamentalmente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los casos incurables, la capacidad funcional puede no estar dirigida y la tecnología -- puede utilizarse equivocadamente. El uso de los recursos tecnológicos y terapéuticos en pacientes con enfermedades crónicas, tiene como principal objetivo la mejora funcional del enfermo. Y éstas dependen en gran medida del establecimiento de mecanismos para pronosticar y probablemente intervenir en el tratamiento de pacientes enfermos. El cuidado y el sostén no son responsabilidad única del médico; otros profesionales de la salud, los familiares y otro tipo de personas no profesionales, pueden y deben contribuir de forma importante en este sentido. 5 Sin embargo, los pacientes son los que deben asumir la mayor parte de la responsabilidad de sus propios problemas. El médico ofre

ce sus conocimientos, sus experiencias, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, son de suma importancia para él, ya que trata de limitar al máximo - el daño y restablecer la funcionalidad del individuo. 5

AUTOESTIMA

Es la evaluación que hace y mantiene constantemente el individuo en relación consigo mismo; expresa una actitud de aprobación o rechazo e indica el grado en que el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. 6

En suma, la autoestima es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo; es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de informes verbales y otros comportamientos. 6

AUTOESTIMA

La autoestima, es el marco de referencia desde el cual se proyecta el hombre.

Sólo el hombre tiene el poder de contemplar su propia vida, actividad y - el privilegio de la conciencia. 2

El interés del hombre por el mundo, es solamente reflejo de los intereses en sí mismo.

La autoestima es la base y centro de desarrollo humano; el conocimiento, concientización y práctica de todo su potencial. "Sólo se podrá respetar a - los demás, cuando se respeta a uno mismo; sólo podemos dar cuando no hemos - dado a nosotros mismos, sólo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mis- mos". (Abraham Maslow). 2

En la actualidad, científicos del desarrollo humano como Peretz Elkins, Rogers, Maslow, Bettelheim y otros, afirman que la autoestima es parte fundamental para que el hombre alcance su plenitud y autorrealización en la sa-- lud física y mental, productividad y creatividad, es decir, en la plena expresión de sí mismo.

El individuo se preocupa por ver, juzgar y arreglar lo que está fuera de él, cuando la solución de muchos problemas sería que cada persona viera y -- arreglara lo único que le corresponde, que es ella misma. Si todos hicieran- lo mismo, el mundo sería otro. Al menos cada quien debe hacer su parte.

La escalera de la Autoestima es el siguiente.

Iniciando con la base en:

Autoconocimiento

Autoconcepto

Autoevaluación

Autoaceptación

Autorespeto

Autoestima

Autoconocimiento. - Es conocer las partes que componen el yo, cuáles son - sus manifestaciones, necesidades, habilidades; de los papeles que vive el individuo y a través de los cuales es: conocer por qué, como actúa y siente. Al conocer todas sus partes, que desde luego no funcionan por separado, sino que se entrelazan para apoyarse una en la otra, el individuo logrará tener una -- personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes funciona de manera de eficiente, las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficiencia y devaluación. 2

Autoconcepto. - "Dale a un hombre una autoimagen pobre y acabará siendo un siervo" (R. Schuller).

El autoconcepto es una serie de creencias que se tiene acerca de sí mismo que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto, si se cree inteligente o apto actuará como tal. 2

Autoevaluación. - "El sentirse devaluado e indeseable es, en la mayoría de los casos, la base de los problemas humanos". (Carl Rogers).

La autoevaluación es la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas, si lo son para el individuo le satisfacen, son interesantes, enriquecedoras, le hacen sentir bien y si le permiten crecer y aprender. Y considerarlas como malas, si lo son para las personas, no le satisfacen, carecen de interés, le hacen daño y no le permiten crecer.

Autoaceptación. - "La actitud del individuo hacia sí mismo y el aprecio - de su propio valer, juegan un papel de primer orden en el proceso creador". (Mauro Rodríguez).

La autoaceptación es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como la forma de ser y sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello.

Autorespeto.- "La autoestima es un silencioso respeto por sí mismo". (Dov Peretz Elkins).

Autorespeto es atender y satisfacer las necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente los sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que haga sentirse al individuo orgulloso de sí mismo.

Autoestima.- "Sólo podemos amar cuando nos hemos amado a nosotros mismos".

La autoestima es el conjunto de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; y si se acepta y respeta tendrá autoestima. Por el contrario, si una persona no se conoce el concepto de sí mismo es pobre, no se acepta ni respeta y entonces no tendrá autoestima. 2

AUTOESTIMA

Se define como los sentimientos e ideas que tiene el ser humano sobre sí mismo. 1

El ser humano desde que nace tiene en sí un valor, que es igual para todo el ser humano. Pero la diferencia se establece a través de la comparación con otros individuos. Y cuando él se asigna así mismo un valor bajo o alto y que determina la dotación con la que cuenta, con respecto a ese rango elegido por él mismo.

Ahora veamos como la ética describe al valor.

Los valores son estudiados por la axiología. La cual es la teoría del valor. El valor se define como una evaluación reflexiva de objetos, acciones y todo aquello que sea susceptible de calificar o evaluar.

Toda evaluación entraña la necesidad de elegir entre varias acciones posibles. Esta elección ha de fundarse a su vez, en una preferencia. Elegimos lo que preferimos por sus consecuencias.

Con el fin de esclarecer en esencia cómo se da el valor de las cosas, distinguiendo en ellas dos modos de existencia lo haremos con un mineral como la plata. Podemos hablar de ésta tal como existe en su estado natural en los yacimientos. Es entonces un cuerpo inorgánico, con una estructura y composición y posee determinadas propiedades inherentes.

Así mismo, podemos hablar de la plata transformada por el trabajo humano para producir brazaletes, anillos, monedas, cubiertos y muchas aplicaciones en la industria. La plata pasa de ser un objeto natural a transformarse en un objeto valioso a través de la mano del hombre (humanización). Esta relación le dá al objeto cualidades nuevas.

De esta manera el objeto es valioso si éste es valuado como tal por el -- hombre, y no puede darse al margen de la relación con el sujeto que lo está --

evaluando.

Rasgos esenciales del valor objetual.

- 1) No existen valores en sí, como entes ideales o irreales, sino objetos-reales (o bienes) que poseen valor.
- 2) Puesto que los valores no constituyen un mundo de objetos que exista in dependientemente del mundo de los objetos reales, sólo se dan en la realidad natural y humana como propiedades valiosas de los objetos de esta-realidad.
- 3) Los valores requieren, por consiguiente como condición necesaria, la existencia de ciertas propiedades reales naturales o físicas, que constituyen el soporte necesario de las propiedades que consideramos valiosas.
- 4) Las propiedades reales que sustentan el valor, y sin las cuales no se daría éste, sólo son valiosas potencialmente.

Para actualizarse y convertirse en propiedades valiosas efectivas, es indispensable que el objeto se encuentre en relación con el hombre social; con sus intereses o necesidades. De este modo, lo que sólo vale potencialmente, adquiere un valor efectivo.

Así, el valor no lo poseen los objetos de por sí, sino que éstos lo adquieren gracias a su relación con el hombre como ser social. Pero los objetos a su vez, sólo pueden ser valiosos cuando están dotados efectivamente de ciertas propiedades objetivas.

C O N T R O L M E D I C O

El cual es evaluado a través de 4 parámetros:

	PUNTOS
1) Lo citan y acude a más del 80% de sus citas.	12.5
Lo citan y acude al 50% de sus citas.	6.25
Lo citan y acude a menos del 50% de sus citas.	0
2) ¿Como se siente en relación con su enfermedad?	6.25
¿Se siente satisfecho con la relación con su médico?	6.25
3) Si el promedio de sus cifras tensionales es de:	
Diastólica Menor de 95 mmHg	
Sistólica Menor de 160 mmHg	50
4) El paciente toma sus medicamentos adecuadamente, <u>sa</u> be los nombres y sus dosis.	25
Haciendo un total.	100 puntos

Y una vez, ya obteniendo esta relación de pacientes con control médico y autoestima, verificaremos si nuestros objetivos e hipótesis se cumplen.

La autoestima se midió en relación con el propio individuo. (Self General)
En relación con su familia y con el área social, y en relación aspecto la-
boral.

- | | |
|---|--|
| A) Escala de autoestima con respecto al propio individuo. | 8 preguntas
50 puntos. Total |
| B) Escala de autoestima en relación con su familia. | 6 preguntas
15 puntos. Total |
| C) Escala de autoestima con respecto al aspecto social llevados de la siguiente manera: | 4 parámetros
15 puntos |
| a) Alineo personal y actitud frente a la encuesta. | 2 parámetros evaluados por el encuestador, con un puntaje de 7.5 |
| b) En relación actividad recreativa, capacidad hacer nuevas relaciones amistosas. | 2 preguntas con un puntaje de 7.5 |
| D) Escala de autoestima con respecto al área laboral. | 1 pregunta
15 puntos |

R E S U L T A D O S

RESULTADOS

La muestra se compuso de 30 pacientes . 13 (43 %) fueron de sexo masculino y 17 (67 %) pertenecieron al sexo femenino .

El promedio de edad para el sexo masculino fue de 68 años para el sexo masculino y 70 años para el sexo femenino .

En lo que respecta a etapa de la vida en que se encuentran 26 (87%) en etapa de senectud gradual y el resto 4 (13 %) en la etapa de vejez declarada observar cuadro página 8 .

La relación en cuanto al Estado Civil se encontró que el 50 % se encontraba casado . El 43% esta vuido con una predominancia del sexo femenino con respecto al masculino.

En lo que respecta a la economía de estos pacientes tenemos; que sólo el 40 % de toda la población cuenta con una aportación económica del tipo de Pensión , y que de estos el 75 % son hombres . El 60 % de pacientes No eran pensionados , y de estos el 78 % eran mujeres .

El monto de la pensión en moneda nacional era en un 75 % - entre (119 - 193) veces .

Además se pregunto que si tenían otra aportación económica diferente a la pensión . Sólo el 20 % contesto afirmativamente .

En lo que respecta al tipo de familia de los pacientes tuvimos que el 40 % de toda la población pertenecía a una familia nuclear . y el 60 % se encontraba en una familia Extensa .

En cuanto al estado nutricional con respecto a su peso y talla tuvimos que sólo el 20 % de la población se encontraba en peso ideal . (17% eran mujeres y 3% eran Hombres) . En Obesidad Grado I (23.0) % . En Obesidad Grado II (17.0%) , En Obesidad Grado III (10 .0%) , En Obesidad Grado IV (40.0%) con una predominancia del sexo Femenino .

Con respecto a la asistencia con el Médico Familiar tenemos que el 83 % de toda la población acude con su médico en más del 80 de sus citas.

El estado de Animo de los pacientes en cuanto a su enfermedad tenemos que el 63 % se encontraba en estado de animo regular - el 30 % bien y el resto 7 % mal.

En cuanto a sus cifras tensionales tenemos 150 cifras , - osea , 5 cifras tensionales por cada paciente las cuales clasificamos de la siguiente manera : 69 (46 %) se encontraron dentro de límites Normales , 34 (23%) se encontraron dentro de la Hipertensión Diastólica pura , 22 (15 %) se encontraron dentro de Hipertensión Arterial Sistólica y 25 (16 %) se encontro con una elevación sistólica y Diastólica , (mixta o Impura) .

En cuanto al promedio de cifras tensionales de cada pacientes Se encontró 12(40 %) Normal con Tensión arterial de menos o igual a 95 mmHg Diastólica y Menos de 160 mmHg de Tensión arterial Sistólica . El 8 (27 %) Con Tensión arterial Diastólica Pura . El 3(10%) Con tensión arterial Sistólica . Y 7 (23%) con Hipertensión Arterial Mixta . Con elevaciones Sistólica y Diastólica .

En lo que respecta a la Autoestima el promedio fue de 70.1 puntos , lo que nos indica que el promedio de autoestima en esta población fue alta . Se estableció a sí mismo una comparación - sobre los diferentes componentes de la Autoestima y se encontro que el promedio de puntos para el Self General fue de 32.6 .El de el aspecto familiar fue de 16.7 , y el aspecto social fue de 10.0 y el aspecto laboral fue de 16.5 puntos .

. Además de la relación global de autoestima se trato de establecer sí había diferencia de la autoestima por sexo y obtuvimos que el 82 % de las mujeres tuvo una autoestima alta y el 92% de los hombres también tuvo una autoestima alta . El 17.6 % de las mujeres tuvo una autoestima baja y Con respecto al sexo masculino sólo el 8% , tuvo una autoestima baja .

También se hizo una relación de Autoestima de los pacientes con respecto a si reciben pensión económica o no. De los que se encuentran pensionados el 37 % con autoestima Alta , el 3.3 % con Autoestima baja . De los pacientes no pensionados el 50 % tenían Autoestima Alta y el 10 % Tenía Autoestima - baja . Por lo que respecta a la Autoestima y el Control médico tuvimos lo siguiente : El 43 % de pacientes con Control Médico Adecuado Tenía una Autoestima Alta y 43 % de los pacientes - con Control Médico inadecuado tenía una Autoestima baja . El resto se encontro el 10 % con autoestima baja y control - médico Adecuado , y sólo el 3 % tuvo control Médico inadecuado y autoestima baja .

En cuanto al control médico se obtuvo un promedio de 64.5 para toda la población .

Los medicamentos que más utilizan los pacientes son 50 % alfa mediti dopa , 43 % Metoprolol, 37% Nefedipina , 7 % Clortali - dona .

D I S C U S S I O N

DISCUSION

Como se observa una predominancia del sexo femenino con respecto al sexo fememmino . Lo cual esta perfectamente correlacionado a nivel de la literatura .

El promedio de vida de los pacientes se encontro con una predominancia del sexo fememmino con 70. años y de los del sexo masculino fue de 68 años . Lo cual correponde aún aumento en la esperanza de vida . Lo cual puede corroborarse a través de las estadísticas mencionadas dentro del marco teórico . En la cual prodrá observarse este aumento .

En cuanto al Estado civil tenemos que el sexo másculino se encuentra casado en el 70 % de su poblaci3n y la mujer sólo el 41% , El porcentaje mayor de viudez es para el sexo femenino de 52 % , y sólo de 33 % para el sexo masculino . Lo cual reafirma que el sexo femenino vive más que el sexo masculino.

En lo que respecta a la percepción de una pensión económica el 40 % de toda la poblaci3n cuenta con esta percepción económica . De estos el 75 % son hombres . Y esta es menor al salario mínimo . Además se cuestiono sí las pacientes tenía una aportación económica diferente a la pensión y sólo estuvo presente en el 20 % de toda poblaci3n .

En cuanto al tipo de familia se encontro que el 60 % se encuentra dentro de una familia extensa . y el resto dentro de una familia nuclear , esto puede ser debido por la viudez tan importante de esta poblaci3n , además de que no perciben una aportación económica suficientemente para mantenerse individualmente .

En cuanto a su Estado Nutricional de acuerdo a su peso y talla se encontro. Que el sexo masculino se encontró con un sobre peso de grado I, II , Con respecto al sexo femenino se encontro una situación paradójica ya que el 17% de ellas se encuentra con un peso ideal , y el 52 % tenían un Sobre peso Grado IV.

lo que es factor de riesgo para tener Hipertensión Arterial .

En cuanto a la asistencia de los pacientes a su consulta médica con el médico familiar es de más del 83 % lo cual puede ser debido a que la mayoría de los pacientes son crónicos y además dentro de los criterios de inclusión se estableció que tenían que ser médicos con su base en ese consultorio .

En cuanto al estado de ánimo de los pacientes de acuerdo a su enfermedad se encontró la mayoría con un estado de ánimo de regular , y el 30 % bien y sólo el 7 % mal. Lo cual indica que aunque no se encuentran bien del todo , pueden la mayoría hacer sus actividades habituales.

En cuanto al control de sus cifras tensionales se encontró que casi el 50 % tenía cifras tensionales dentro de límites normales . El 25 % tenía una Hipertensión Diastólica , el 15 % tenía cifras tensionales con Hipertensión Sistólica . Y el 10 % se encontraban con cifras tensionales diastólica y sistólicas elevadas . Los medicamentos que más se utilizaron fueron Simpatolíticos y Beta bloqueadores .

En cuanto a la autoestima se encontró en forma General elevada puesto que el 87 % tuvo un puntaje mayor de 50 Puntos. Respecto a los componentes de la autoestima (Self General , aspecto familiar , aspecto social , y laboral tuvo un puntaje mayor al 50 % en forma individual.

En cuanto a la comparación de la Autoestima en relación al sexo , a sí recibe pensión o no , no se encontraron grandes diferencias y estadísticamente estas diferencias no fueron significativas .

En cuanto a la Autoestima y el Control Médico se encontró que no existieron estadísticamente diferencias significativas . Y que el Control médico , no es modificado por la autoestima . Probablemente hay otros factores que influyen de manera más directa para que este se lleve a cabo.

A N E X O S

Cuadro No. 1

"Distribución por sexo de la población Geriátrica Hipertensa de la U.M.F. No. 10 y U.M.F. No. 37 del I.M.S.S. " .

SEXO	No.	%	\bar{X} = EDAD
MASCULINO	13	43	68
FEMENINO	17	67	70
TOTAL	30	100	69.6

Como se observa hay una predominancia del sexo femenino - con relación al sexo masculino . Así mismo el promedio de edad es mayor en el sexo femenino en relación al sexo - masculino .

+ Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico en pa -
cientes Geriátricos Hipertensos del I.M.S.S. -
en la consulta externa de Medicina Familiar .

Cuadro No. 2

" Relación de sexo y edad de la población Geriátrica Hipertensa de la U.M.F. No. 10 y U.M.F. No. 37 del I.M.S.S. "

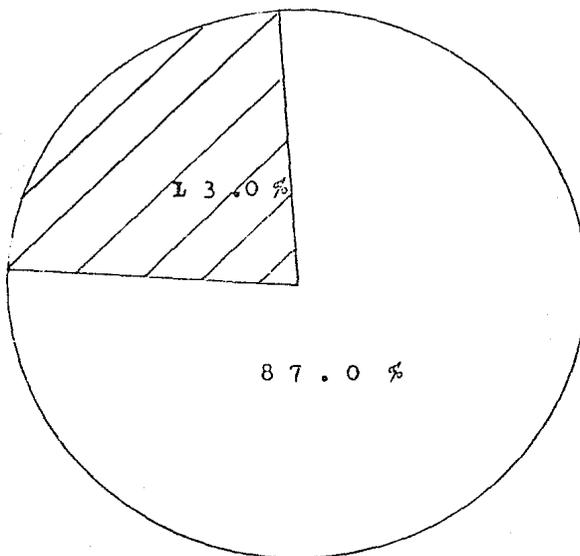
SEXO EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
65- 74	14	12	26
75- 84	3	1	4
TOTAL	17	13	30

Como se observa la mayor parte de la población se encuentra en la senectud y el resto se encuentra en la etapa de vejez declarada . (Clasificación de Pietro de Nicola) .

+ Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico en pacientes Geriátricos Hipertensos del I.M.S.S. en la consulta externa de Medicina Familiar .

Gráfica No. 1

"Distribución de Edad de la población Geriátrica Hipertensa de la U.M.F. No. 10 y U.M.F. No. 37 del I.M.S.S. "



-  Vejez Declarada .(72- 89)
-  Senectud Gradual . (60- 72)

+ Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico en -
pacientes Geriátricos Hipertensos del I.M.S.S.
en la consulta externa de Medicina Familiar .

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Cuadro No. 3

" Relación de Estado Civil y Sexo de la población Geriátrica Hipertensa de la U.M.F. No. 10 y U.M.F. No. 37 del I.M.S.S."

EDO. Civil \ Sexo	Casado	Viudo	Otros +	Total
Masculino	8	4	1	13
Femenino	7	9	1	17
Total	15	13	2	30

+ Casado Separado .

Como se señala en el cuadro anterior en el sexo masculino el Edo civil más frecuente es el de casado.

En el sexo femenino se encuentra más frecuente en viudez .

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico en pacientes Geriátricos Hipertensos del I.M.S.S. en la consulta - externa de Medicina Familiar .

Cuadro No. 4

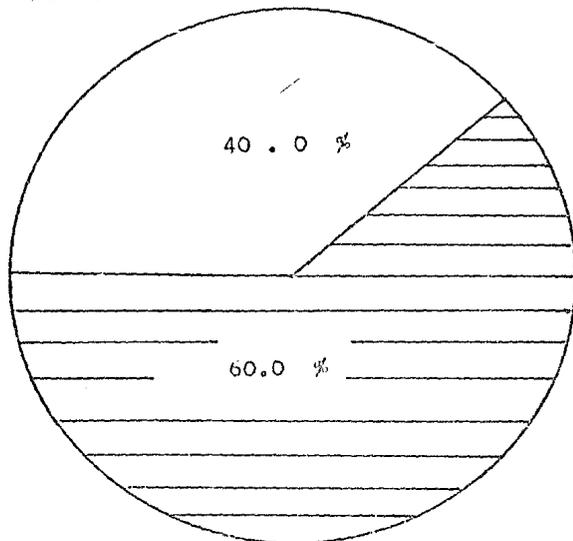
" Relación de sexo y aportación económica del tipo de Pensión de la Población Geriátrica Hipertensa de la U.M.F. No. 10 y la U.M.F. No. 37 del I.M.S.S . "

Sexo Pensión	Femenino	Masculino	Total
SI	3	9	12
NO	14	4	18
TOTAL	17	13	30

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico en pacientes Geriátricos Hipertensos del I.E. S.S. en la consulta externa de Medicina Familiar .

Gráfica No. 2

" Distribución de la población Geriátrica Hipertensa que -
recibe Pensión económica . de la U.M.F. No. 10 y U.M.F.
No. 37 del I.M.S.S. "



PENSIONADOS *



NO PENSIONADOS .

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico en pacientes Geriátricos Hipertensos del IM.S.S en la consulta - externa de Medicina Familiar .

Cuadro No. 4 A

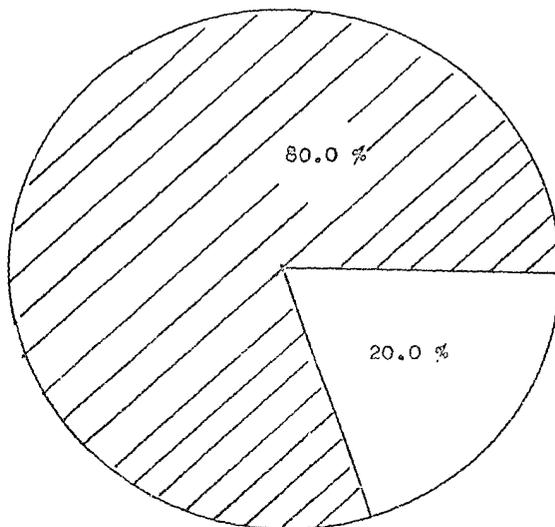
" Monto de la Pensión en los Pacientes Geriátricos - Hipertensos que cuentan con esta aportación económica "

Monto de la Pensión Moneda Nal.	F	%
119 - 198	9	75.0
199 - 278	1	8.3
279 - 358	1	8.3
359 - 438	1	8.3
TOTAL	12	100 . 0

Fuente encuesta de Auto estima y Control Médico en el Paciente Hipertenso.

Gráfica No. 3

"Distribución de la población Geriátrica Hipertensa que recibe una aportación económica diferente a la pensión en pacientes - de la U.M.F. No.10 y U.M.F. No. 37 del I.M.S.S. "



No recibe Una Aportación Económica diferente a la Pensión

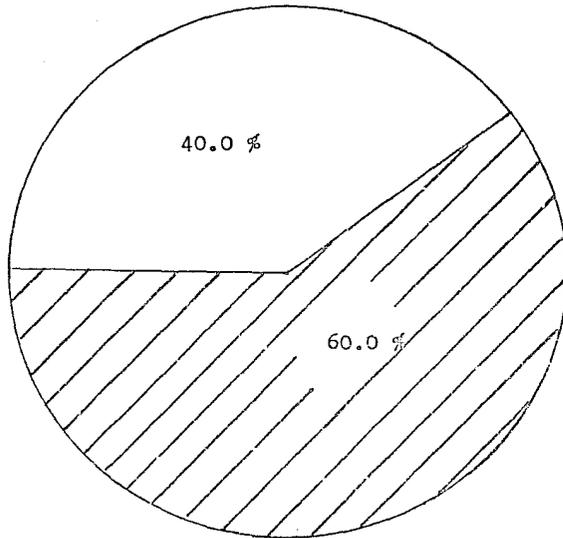


Si recibe Una Aportación Económica diferente a la Pensión.

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico en pacientes - Geriátricos Hipertensos del I.M.S.S. en la consulta - externa de Medicina Familiar.

Gráfica No. 4

" Tipos de Familia en la población Geriátrica Hipertensa de la U.M.F. No.10 y U.M.F. No. 37 del I.M.S.S. "



Nuclear
 Extensa

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico en pacientes Geriátricos Hipertensos del I.M.S.S. en la consulta - externa de Medicina Familiar .

Cuadro No. 5

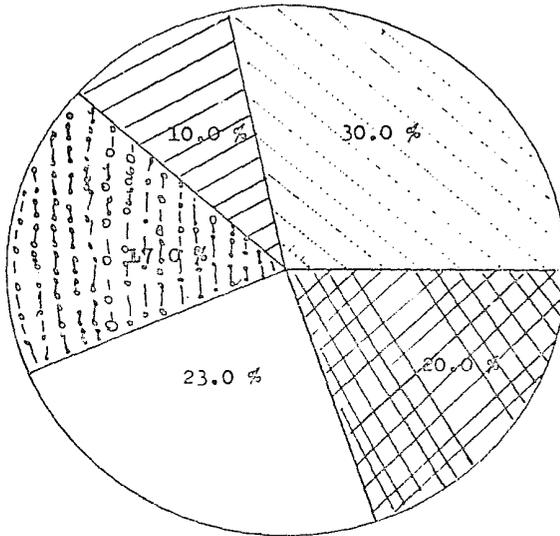
" Distribución del Estado Nutricional de los pacientes Geriátricos Hipertensos que acuden a la U.M.F. No. 10 y U.M.F. No. 37 del - I.M.S.S. " .

Edo. / Sexo Nutricional	Masculino	Femenino	Total	%
Normal	1	5	6	20
Sobre Peso G:I (del 10 al 19%)	6	1	7	23
Sobre Peso G:II (del 20 al 29%)	3	2	5	17
Sobre Peso G: III (del 30 al 39%)	2	1	3	10
Sobre Peso G:IV (+40 %)	1	8	9	30
TOTAL	13	17	30	100

Fuente : Encuesta de Autoetima y Control Médico en pacientes Geriátricos Hipertensos del I.M.S.S. en la consulta externa - de Medicina Familiar .

Gráfica No. 5

" Estado Nutricional de los pacientes Geriátricos Hipertensos de los pacientes de la U.M.F.No. 10 y U.M.F. No. 37 I.M.S.S"



-  Normal.
-  Obesidad Grado I (del 10 al 19 %)
-  Obesidad Grado II (del 20 al 29%)
-  Obesidad Grado III (del 30 al 39%)
-  Obesidad Grado IV (+40 %)

Fuente :: Encuesta de Autoestima y Control Médico en Pacientes Geriátricos Hipertensos del I.M.S.S. en la consulta externa de Medicina Familiar ;

Cuadro No. 6

" Relación Médico - Paciente satisfactoria en pacientes Geriátricos Hipertensos . De las U.M.F. 10 y 37 en - Hermosillo Sonora . I.M.S.S. "

RELACION MEDICO PACIENTE (SATISF.)	F	%
SIEMPRE	26	87
AVECES	3	10
NUNCA	1	3
TOTAL	30	100

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico de pacientes Geriátricos Hipertensos del - I.M.S.S. Hermosillo Sonora .

Cuadro No. 7

" Distribución de afluencia a consulta Médica Familiar en pacientes Geriátricos Hipertensos del I.M.S.S. Hermosillo Sonora .

Los citan y Acuden	F	%
A Más del 80% de sus citas	25	83
a 50 % de sus citas	3	10
a Menos del 50% de sus Citas	2	7
TOTAL	30	100

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico de Pacientes Geriátricos Hipertensos en la consulta externa de Medicina Familiar .

Cuadro No. 8

" Estado de Animo de los pacientes Hipertensos Geriátricos que acuden a la consulta de Medicina familiar en las - Clinicas No. 10 y 37 de Medicina Familiar . "

Estado de Animo en - REL. A su ENF.	F	%
BIEN	9	30
REGULAR	19	63
Mal	2	7
TOTAL	30	100

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico en Pacientes Geriátricos en la Consulta de - Medicina Familiar .

Cuadro No. 9

" Relación de cifras tensionales en los pacientes Geriátricos Hipertensos que acuden a las clínicas familiares No.10 y 37 del I.M.S.S. Hermosillo Sonora . "

TENSION ARTERIAL (mm Hg)	F	%
NORMAL	12	40
DIASTOLICA PURA	8	27
SISTOLICA PURA	3	10
MIXTA o IMPURA	7	23
TOTAL	30	100

Nota : TENSION ARTERIAL Normal= ≤ 95 mmHg Diast. ≤ 160 mmHg Sist
 D.P = > 95 mmHg Diast. ≤ 160 mmHg Sist
 S.P = < 95 mm Hg Diast > 160 mmHg Sist
 Mixta o Impura= > 95 mm Hg Diast. > 160 mmHg Sist

+ De cada paciente se tomó el promedio de 5 mediciones .

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médica en el Paciente Geriátrico Hipertenso.

Cuadre No. 10

" Relación de cifras tensionales en los pacientes Geriátricos Hipertensos que acuden a las Clínicas Médico Familiares - No. 10 y 37 . I.M.S.S. Hermosillo Sonora .

Tensión Arterial (mm Hg)	F	%
NORMAL	69	46
DIASTOLICA PURA	34	23
SISTOLICA PURA	22	15
IMPURA MIXTA	25	16
TOTAL	150	100

NOTA: Se tomaron 5 cifras tensionales por cada paciente

lo que hacen 150 mediciones .

TENSION ARTERIAL.			
Normal	$\leq 95\text{mmHg}$	Diast. ≤ 160 mm Hg	Sistólica
D.P.	$> 95\text{mmHg}$	Diast. ≤ 160 mm Hg	Sistólica
S.P.	$< 95\text{mmHg}$	Diast. > 160 mm Hg	Sistólica
Mixta	$> 95\text{mmHg}$	Diast. > 160 mm Hg	Sistólica

Tensión Arterial Normal.

Tensión Arterial (mm Hg)	F	%
95 mm Diastól. 160mm Sistol.	69	46

Tensión Arterial Diastólica

Cuadro : 11 A

Tensión Art. Diastólica (mm Hg)	Pura	IMPURA	TOTAL
95- 104	30	20	50
104- 114	4	2	6
>115	0	3	3
TOTAL	34	25	59

Cuadro NO. 11 B

Tensión Art. Sistólica (mmHg)	Pura	Impura	Total
160 - 179	10	10	20
>180	12	15	27
TOTAL	22	25	47

Nota : Impura o Mixta . Las cifras tensionales se encuentran elevados tanto diastólica y Sistólica .

Cuadro No. 12.

" Relación de medicamentos más utilizados por los pacientes Geriátricos Hipertensos que acuden a la consulta externa - de Medicina Familiar . "

MEDICAMENTO ANTIHIPERTEN / SIVO	TOTAL	%
ALFA METIL DOPA	15	50
METOPROLOL	13	43
NEFEDIPINA	11	37
CLORTALIDONA	7	23

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico y Expedientes Clínicos de los pacientes Geriátricos Hipertensos que Acuden a la Consulta externa de Medicina Familiar .

Cuadro 13

2 Relación de medicamentos antihipertensivos con sus principales combinaciones . En pacientes Geriátricos Hipertensivos "

Antihipertensivo	Frecuencia	%
Sólo Alfametildopa	9	30
Sólo Nefedipina	2	7
Sólo Metoprolol	1	3
Alfa metil + Metopro.	3	10
Metoprol + Captopril	1	3
Nefedipina + Clort.	2	7
Metoprolol+ Clort.	5	17
Nefedipina+ Alfametil	3	10
Metoprolol + NefediP.	4	13
TOTAL	30	100

Fuente : Expediente Clínico del Paciente -
Geriátrico Hipertenso. Que acude -
a la consulta externa de Medicina
Familiar . "

Cuadro. No 16

" Relación de Autoestima y Control Médico en los pacientes Geriátricos Hipertensos de las Unidades Médicas Familiares No. 10 y 37 del I.M.S.S. Hermosillo Sonora .

Autoestima C. Médico	ALTA	BAJA
ADECUADO	13	3
INADECUADO	13	1
TOTAL	26	4

Nota ; AUTOESTIMA Baja = Menos de 50 puntos
Control Alta = Más de 50 puntos .
Médico Inadecuado = Menos de 50 Puntos
 Adecuado = Más de 50 Puntos

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico en pacientes Geriátricos Hipertensos - que acuden a consulta de Medicina Familiar .

Cuadro No. 15 A

" Relación de Autoestima en los pacientes geriátricos Hipertensos que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar en el I.M.S.S. Hermosillo Sonora .

AUTOESTIMA SEXO	ALTA	BAJA	TOTAL
MASCULINO	12	1	13
FEMENINO	14	3	17
TOTAL	26	4	30

" Relación de Autoestima en pacientes Geriátricos Hipertensos y que reciben una Pensión económica y Aquellos que no la reciben "

Cuadro No 15.B.

AUTOESTIMA Reci- be Pensión	ALTA	BAJA	TOTAL
PENSIONADO	11	1	12
NO PENSIONADO	15	3	18
TOTAL	26	4	30

Fuente : Encuesta de Autoestima y Control Médico de los pacientes Geriátricos Hipertensos que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar .

AUTOESTIMA Y CONTROL MEDICO EN EL PACIENTE GERIATRICO HIPERTENSO

NOMBRE: _____ SEXO: _____

EDAD: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____

ESTADO CIVIL: _____ DOMICILIO: _____

No. CUESTIONARIO: _____ No. AFILIACION IMSS: _____

Acude a consulta en U.M.F. No. 37 ____ o U.M.F. No. 10 ____ No. Consultorio ____

¿Recibe usted actualmente una pensión? _____

En caso de que así sea a ¿cuánto ascienda ésta? _____

¿Tiene usted alguna otra contribución económica? _____

En caso de que así sea, especificarlo _____

¿Cuándo se le diagnosticó la Hipertensión Arterial? _____

¿Padere usted alguna otra enfermedad aparte de la hipertensión arterial? _____

En caso de ser así. ¿Cuáles son? y ¿Qué tipo de medicamentos utiliza para su control? _____

¿Ha sufrido alguna descompensación de su tensión arterial, y por este motivo -
fué atendido en alguna unidad hospitalaria este año? _____

¿En cuántas ocasiones? _____

AUTOESTIMA 100 PUNTOS

SELF GENERAL

1.- Cómo se siente para realizar sus actividades habituales?

BIEN	REGULAR	MAL
6.25	3.12	0

2.- ¿Acepta usted que tiene habilidades y limitaciones?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA
6.25	3.12	0

2.- ¿Cómo se siente en relación a su esposa e hijos?

BIEN	REGULAR	MAL
3.3	1.6	0

3.- ¿Su familia confía en usted?

Sí	No
3.3	1.6

4.- Es tomada su opinión en algún problema de transcendencia para ellos?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA
3.3	1.6	0

5.- Se siente aceptado por su pareja?

SI	NO
3.3	1.6

6.- ¿Su familia lo acepta y lo quiere?

SI	NO
3.3	1.6

TOTAL _____

ASPECTO SOCIAL 15 PUNTOS

Para ser evaluado por el encuestador.

Su presentación en cuanto a limpieza y vestimenta es:

ADECUADA	REGULAR	INADECUADA
3.75	1.8	0

En su rostro refleja:

ALEGRIA	MALESTAR O TRISTEZA	APATIA
3.75	1.8	0

3.- Al estar encuestando el paciente refiere espontáneamente.

A) Planes alentadores (Quisiera hacer alguna otra actividad)

6.25

B) Se percibe molesto y dice: "para que hablar, si ya estoy vie
jo" _____

3.12

C) Ya me voy a morir, eso es lo seguro, sería mejor así _____

0

4.- ¿Hasta qué punto está satisfecho con su vida personal?

(haga como un recuento de su vida pasada y la presente)

MUY SATISFECHO	MEDIANAMENTE SATISFECHO	INSATISFECHO
6.25	3.12	0

5.- ¿Sabe sus derechos y deberes en cuanto a su familia y a la sociedad, y -
los defiende?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA
6.25	3.12	0

6.- ¿Se siente satisfecho con su vida sexual?

MUY SATISFECHO	MEDIANAMENTE SATISFECHO	INSATISFECHO
6.25	3.12	0

7.- ¿Se siente capaz de realizar una actividad de trabajo y/o diversión?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL: _____
6.25	3.12	0	

1.- Acepto mis responsabilidades en cuanto a mi familia se refiere.

(Apoyo a su esposa e hijos)

SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
3.3	1.6	0

1.- Realiza una actividad física recreativa (deporte o caminata)?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA
3.75	1.8	0

2.- ¿Es usted capaz de hacer una amistad con nuevas personas?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA
3.75	1.8	0

TOTAL _____

ASPECTO LABORAL 15 PUNTOS

¿Si se le pidiera en este momento realizar un trabajo, como se sentiría para realizarlo?

BIEN	REGULAR	MAL
15	7.5	0

TOTAL _____

SELF GENERAL

¿Con qué frecuencia se siente decaído, deprimido, desalentado?

NUNCA	A VECES	SIEMPRE
6.25	3.12	0

CONTROL MEDICO (100 PUNTOS)

	PUNTOS
Lo citan y acude a más del 80% de sus citas	12.5
Lo citan y acude al 50% de sus citas	6.25
Lo citan y acude a menos del 50% de sus citas	0

¿Cómo se encuentra en relación con su enfermedad?

BIEN	REGULAR	MAL	PUNTOS
6.25	3.12	0	12.5

¿Se siente satisfecho con relación con su médico?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA
6.25	3.12	0

Cifras tensionales anotadas en el expediente clínico.

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

El promedio de sus cifras tensionales:	PUNTOS
Diastólica Menor de 95 mmHg	
Sistólica Menor y/o igual 160 mmHg	50

Diastólica Mayor a 95 mmHg	
Sistólica Mayor de 160 mmHg	0

¿Cuáles son los medicamentos que actualmente toma usted?

El paciente toma sus medicamentos de la siguiente manera:

Sabe los nombres de los medicamentos y sus dosis	25 PUNTOS
El paciente acepta tomar los medicamentos en forma irregular	12.5
No sabe los nombres de los medicamentos pero si las dosis	12.5
No sabe los nombres ni las dosis de los medicamentos	0

TOTAL _____

Con respecto a la autoestima, las preguntas evalúan los diferentes componentes de la autoestima.

- 1) Autoconocimiento
- 2) Autoconcepto
- 3) Autoevaluación
- 4) Autoaceptación
- 5) Autorespeto

SELF GENERAL

Autoconocimiento	1, 6, 8
Autoevaluación	2, 5
Autorespeto	3
Autoaceptación	4
Autoconcepto	7

FAMILIA

Autoconocimiento	1
Autoconcepto	2, 5, 6, 4
Autoaceptación	3

ASPECTO SOCIAL

Parámetros	1, 2 Autoconcepto
------------	-------------------

ASPECTO LABORAL

Autoevaluación	1
----------------	---

"Promedios de Talla y peso en la Población Geriátrica -
Hipertensa de la U.M.P. No.10 y U.M.P. No. 37 I.M.S.S."

\bar{X} de Talla Global =	159.17	cm
-----------------------------	--------	----

\bar{X} de Talla para el sexo masculino =	167.3	
---	-------	--

\bar{X} de Talla para el sexo Femenino =	152.8	
--	-------	--

\bar{X} DE Peso Global =	70.95	
----------------------------	-------	--

\bar{X} de peso para el sexo Masculino =	71.5	
--	------	--

\bar{X} de peso para el sexo Femenino =	70.4	
---	------	--

Fuente : Encuesta de Autoetima y Control Médico -
de la población Geriátrica Hipertensa del
I.M.S.S. consulta externa de Medicina -
Familiar .

Parámetros Diagnósticos de Obesidad

Mujeres	Estatura (metros)	OBESIDAD				Hombres	Estatura (metros)	OBESIDAD			
		Peso normal en Kg. incluye sobrepeso máximo normal hasta 9%	Grado I 10% a 15% sobrepeso	Grado II 20% a 29% sobrepeso	Grado III 30% a 39% sobrepeso			Grado IV + de 40% sobrepeso	Peso normal en Kg. incluye sobrepeso máximo normal hasta 9%	Grado I 10% a 15% sobrepeso	Grado II 20% a 29% sobrepeso
Peso en Kilogramos						Peso en Kilogramos					
1.47	44 - 54	55 - 58	59 - 63	64 - 68	+ de 69	1.57	54 - 64	65 - 70	71 - 76	77 - 82	+ de 83
1.50	46 - 55	56 - 60	61 - 65	66 - 70	+ de 71	1.60	56 - 65	66 - 72	73 - 78	79 - 84	+ de 85
1.52	47 - 57	58 - 62	63 - 67	68 - 72	+ de 73	1.63	57 - 67	68 - 74	75 - 80	81 - 86	+ de 87
1.55	48 - 58	59 - 63	64 - 68	69 - 74	+ de 75	1.65	58 - 69	70 - 76	77 - 82	83 - 88	+ de 89
1.57	50 - 59	60 - 65	66 - 70	71 - 76	+ de 77	1.68	60 - 71	72 - 78	79 - 84	85 - 91	+ de 92
1.60	51 - 61	62 - 67	68 - 72	73 - 78	+ de 79	1.70	62 - 73	74 - 80	81 - 87	88 - 94	+ de 95
1.63	53 - 63	64 - 69	70 - 75	76 - 81	+ de 82	1.73	64 - 75	76 - 83	84 - 90	91 - 97	+ de 98
1.65	54 - 64	65 - 70	71 - 76	77 - 82	+ de 83	1.75	66 - 77	78 - 85	86 - 92	93 - 99	+ de 100
1.68	56 - 66	67 - 73	74 - 79	80 - 85	+ de 86	1.78	68 - 79	80 - 87	88 - 95	96 - 102	+ de 103
1.70	58 - 68	69 - 76	77 - 81	82 - 88	+ de 89	1.80	70 - 81	82 - 90	91 - 97	98 - 104	+ de 105
1.73	59 - 70	71 - 77	78 - 83	84 - 90	+ de 91	1.83	71 - 83	84 - 92	93 - 100	101 - 108	+ de 109
1.75	61 - 72	73 - 79	80 - 86	87 - 92	+ de 93	1.85	73 - 86	87 - 94	95 - 103	104 - 111	+ de 112
1.78	61 - 74	75 - 82	83 - 88	89 - 95	+ de 96	1.88	76 - 88	89 - 98	99 - 105	106 - 114	+ de 115
1.80	65 - 76	77 - 84	85 - 91	92 - 98	+ de 99	1.90	78 - 90	91 - 100	101 - 108	109 - 117	+ de 118
1.82	67 - 78	79 - 86	87 - 93	94 - 101	+ de 102	1.93	79 - 92	93 - 102	103 - 110	111 - 119	+ de 120

Fuente: Datos del Dr. González, Valencia, N. H. modificados por la Oficina de Selección y Control de Enfermedades Crónicas Degenerativas.

B I B L I O G R A F I A

- SATIR V. "RELACIONES HUMANAS EN EL NUCLEO FAMILIAR"
EDIT. PAX MEXICO
LIBRERIA CARLOS CESARMAN, S.A. 1915
- RODRIGUEZ E.M. "AUTOESTIMA CLAVE DEL EXITO PERSONAL"
INSTITUTO DEL DESARROLLO HUMANO
MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V. 1985
- FAJARDO O. G. "CONTROL DE CALIDAD DE ATENCION MEDICA"
GACETA MEDICA DE MEXICO No. 9-10 VOL. 24
SEPTIEMBRE - OCTUBRE 1988.
- JUNICH H. "LIMITES DE LA EXPECTATIVA DE VIDA"
GACETA MEDICA DE MEXICO
ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA No.78
VOL. 20. JULIO - AGOSTO 1984
- NICOLA P. "GERIATRIA" MANUAL MODERNO. 1985
- WALSHE M. T. "MANUAL DE PROBLEMAS CLINICOS EN MEDICINA GERIATRICA
INTERAMERICANA 1986.
- LANDAVICA S. R. GERONTOLOGIA Y GERIATRIA INTERAMERICANA. 1986.

CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA
GERIATRIA ED. INTERAMERICANA VOL. 1, 2
MEXICO 1983.

X CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA DEL ESTADO DE SONORA
VOL. II TOMO 26, MEXICO 1983.

RUBEN N. TRATADO DE ENFERMERIA GERIATRICA
INTERAMERICANA 1980

BELLA K. L. LOS MEJORES AÑOS DE LA VIDA.
ATENE0 1979 307 P.D.

LIERA G. F. HIPERTENSION EN GERIATRIA
MEXICO No. 46, 1988

GONZALEZ A. GERIATRIA. ORGANIZACION Y LOS SERVICIOS
GERIATRICOS. SEP. 1980

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO
X CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA RESULTADOS PRELIMINARES A
NIVEL NACIONAL POR ENTIDAD FEDERATIVA.
MEXICO, AGOSTO 1981.

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO
EVALUACION Y ANALISIS PROYECCIONES DE LA POBLACION MEXICANA
1970-2000 NIVEL NACIONAL, SERIE III No. 8, MEXICO 1978.

- 1).- Estrada Inda L; las fases de la pareja, el ciclo vital de la familia, -- edit. posada, pags; 34-39- 1982.
- 2).- Estrada Inda L; la vejez, el ciclo vital de la familia, edit; posada, - pags; 117-124, 1982.
- 3).- García Ordiño J.J; vejez, rev. mex. de ger, año 1, No. 2, vol.1, pag; 3, 198