UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

"REPERCUSIONES SOCIALES Y CLINICAS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LA DINAMICA DE LA INTEGRACION FAMILIAR, EN POBLACION ASEGURADA DEL I.M.S.S. DE MERIDA, YUCATAN"

ESTUDIO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. IGNACIO ROBLES PADILLA.

MERIDA, YUCATAN.

1 9 7 6

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEPARTAMENTO
DE
ESTUDIOS DE POSTGRADO

Instituto Mexicano del Seguro Social

Subdirección General Médica

Subjefatura de Enseñanza

GENERACION : 1975 - 1977

ALUMNO : Robles Padilla, Ignacio

SEDE DEL CURSO: Clínica Hospital T-1 del IMSS en Mérida, Yuc.

96

Lt. Ignacio Rodela Padilla

"AFECTUOSAMENTE Y CON MI MAS SINCERO AGRADECIMIENTO PARA EL MEDICO ASESOR DE ESTE TRABAJO"

DR. EDUARDO PATRON AMADOR

"RESPETUOSAMENTE PARA LA JEFATURA DE ENSEÑANZA DE LA C.H. TI MERIDA YUCATAN Y PERSONAL MEDICO DE BASE ADSCRITO, QUE DIERON UN FIRME APOYO AL DESARROLLO DE MI ESPECIALIDAD".

P R O L O G O:

En la historia de los acontecimientos humanos siempre ha resultado difícil definir los conceptos generales y el de FAMILIA no escapa a este axioma. Sin embargo es tarea del residente en MEDICINA FAMILIAR investigar tal concepto de acuerdo con los patrones culturales del grupo social al que haya de pertenecer; apoyado en la metodología (científica, de las ciencias sociales, epidemiológica y estudio longitudinal de la familia) que es de uso diario en su desenvolvimiento como agente activo de cambio social.

Actualmente el propósito del médico es realizar medicina integral; y es el FAMILIOLOGO que basado en diversos parametros (estudio longitudinal, de comunidad, concepto ecológico de salud, clasifiación, funciones y ciclo de vida familiar) y con metodología bien definida sea el que efectúe la MEDICINA que demanda la estructura social de nuestro pueblo.

Es objetivo del FAMILIOLOGO conocer la repercusión de las enfermedades en la dinámica de la integración familiar para el logro de la correcta adecuación de los grupos familiares dentro de su sociedad, lo que constituye la ECOGNOSIS FAMILIAR.

La sociedad aceptará al MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, en la medida en que el genere acciones de salud bio-sico-sociales.

"I N D I C E"

1.- I N T R O D U C C I O N

2.- M A T E R I A L Y M E T O D O S

3.- C ON C L U S I O N E S

4.- B I B L I O G R A F I A

M E R I D A, Y U C A T A N.

I.M.S.S. AÑO 1 9 7 6

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

El objetivo del siguiente trabajo es el de relacionar Hipertensión arterial con la dinamica de la integración familiar, mostrando al mismo tiempo la incidencia y los factores de riesgo en la población adscrita al sistema médico familiar de la C.H. TI Mérida, Yucatan.

Existen múltiples definiciones de "FAMILIA" ya que, al través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentew clases de familias y así como los individuos y la sociedad varían de cultura a cultura, así también las familias.

Mientras el término "FAMILIA" ha sido definido de múltiples maneras (según el censo Canadiense:"Esposo y su esposa, con o sin hijos o padre o madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo"., según el censo Americano: "Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción"), el grupo hombre-mujer-niño(s) persiste como la unidad social en la cultura occidental y este grupo tiene la principal responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad, socializarlos, darles soporte físico y emocional e integrarlos en la sociedad.

La familia provee el bienestar básico de lo que constituye el individuo como la unidad primaria de salud.

Cada miembro de una familia tiene necesidades físicas, psiquicas y sociales pero al mismo tiempo la sociedad ha puesto sobre cada individuo ciertas expectativas, obligaciones y demandas. La familia tiene que mediar las necesidades y las demandas de cada uno de los miembros. La familia es un agente entre el individuo y la sociedad.

Existen numerosos grupos mediadores entre el individuo y la sociedad, pero la familia es importante porque es el grupo primario del individuo.

Para los estudios de la familia, desde el punto de vista social, se ha encontrado útil la siguiente clasificación:

DESARROLLO: (moderna 30%, tradicional 60% y primitiva 10%)

DEMOGRAFICO: (urbana 40% y rural 60%)

COMPOSICION: (nuclear, extensa y extensa compuesta)

TIPOLOGICO: (campesina, obrera, profesionista, etc.)

INTEGRACION: (integrada, semi-integrada y desintegrada)

Las responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares que determinan a la sobrevida familiar son:

SOCIALIZACION: interacción mediante la cuál el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y por ende, de la sociedad.

T A B L A 1

DISTRIBUCION ABSOLUTA DE LAS FUNCIONES QUE MAERITARON ATENCION EN LAS FAMILIAS HIPERTENSAS ESTUDIADAS. MERIDA, YUC.

1 9 7 6

CONCEPTO	No. DE FAMILIAS
SOCIALIZACION	0
CUIDADO	11
AFECTO	11
REPRODUCCION	2
STATUS	9

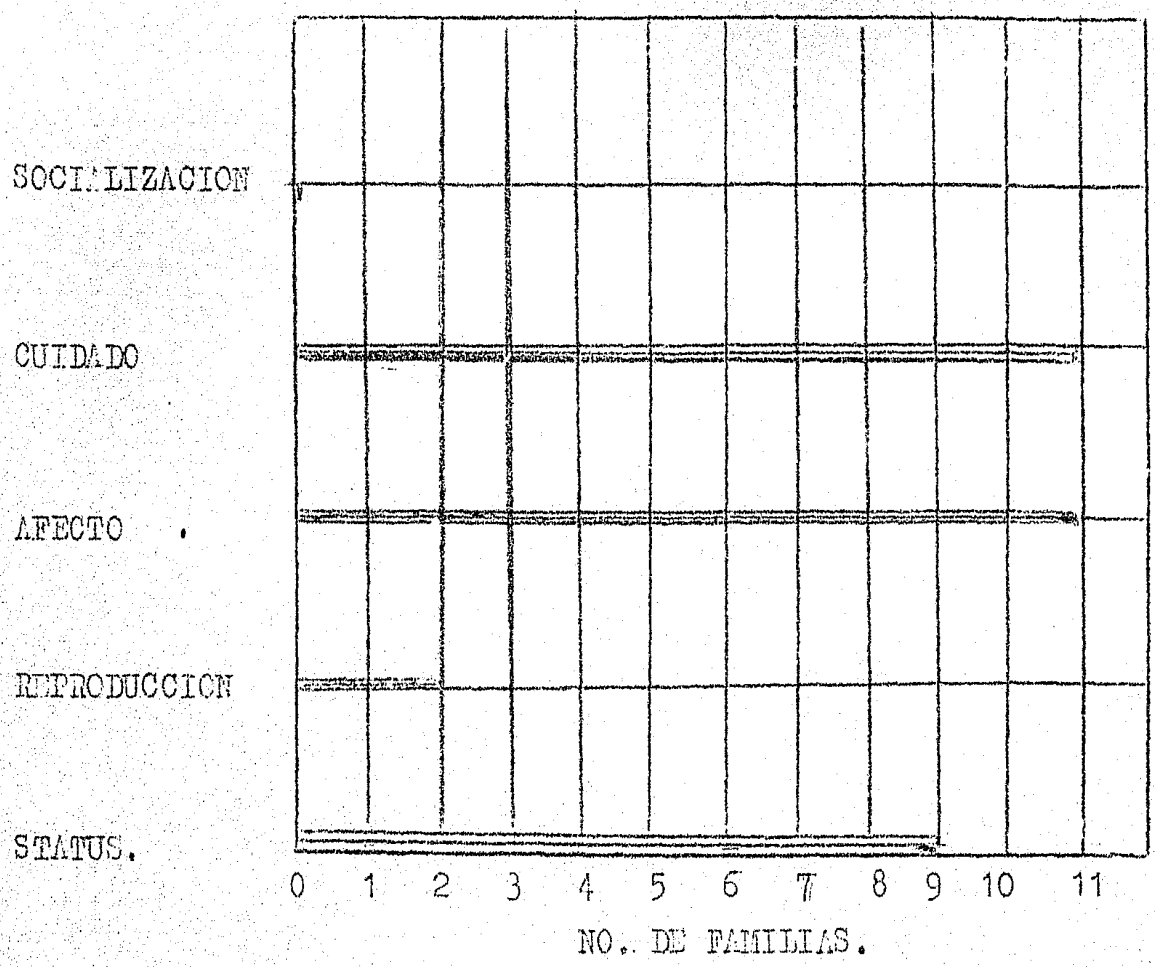
T A B L A 2

CLASIFICACION DE FAMILIAS HIPERTENSAS ESTUDIADAS INTEGRALMENTE.
MERIDA, YUCATAN 1 9 7 6

CONCEPTO	RAZON
DEMOGRAFICO	URBANA
COMPOSICION	EXTENSA
DESARROLLO	TRADICIONAL
TIPOLOGICO	OBRERO
INTEGRACION	DESINTEGRADO

GRAFICA 1

DISTRIBUCION ABSOLUTA DE LAS FUNCIONES QUE
AMERITARON ATENCION EN LAS FAMILIAS
HIPERTENSAS ESTUDIADAS.
1976.



CUIDADO: cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia.

AFECTO: cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia porque la respuesta afectiva de un miembro a otro, proporciona la recompensa básica de la vida familiar.

REPRODUCCION: regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción al través de: interacción personal, educación sexual y control de la natalidad.

STATUS: responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo asumir una vocación y un roll en grupos que sean consistentes con sus expectativas.

Los datos anteriores representan cómo funciona una familia "NORMAL" de la clase media en la cultura occidental; pero existen numerosas variaciones a este esquema, así que, sólo constituye un marco conceptual básico que nos permite reconocer variaciones y nos hace capaces de considerar sus implicaciones.

Al comentar las funciones de la familia, se utilizó un análisis estático; pero también pudo ser analizada con referencia a los cambios que tiene con el tiempo. Losproblemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades de las funciones familiares. Las funciones de la familia varían con el ciclo de vida de la familia. Existen cinco fases en el ciclo de vida: Fase de Matrimonio, Fase de Expansión, Fase

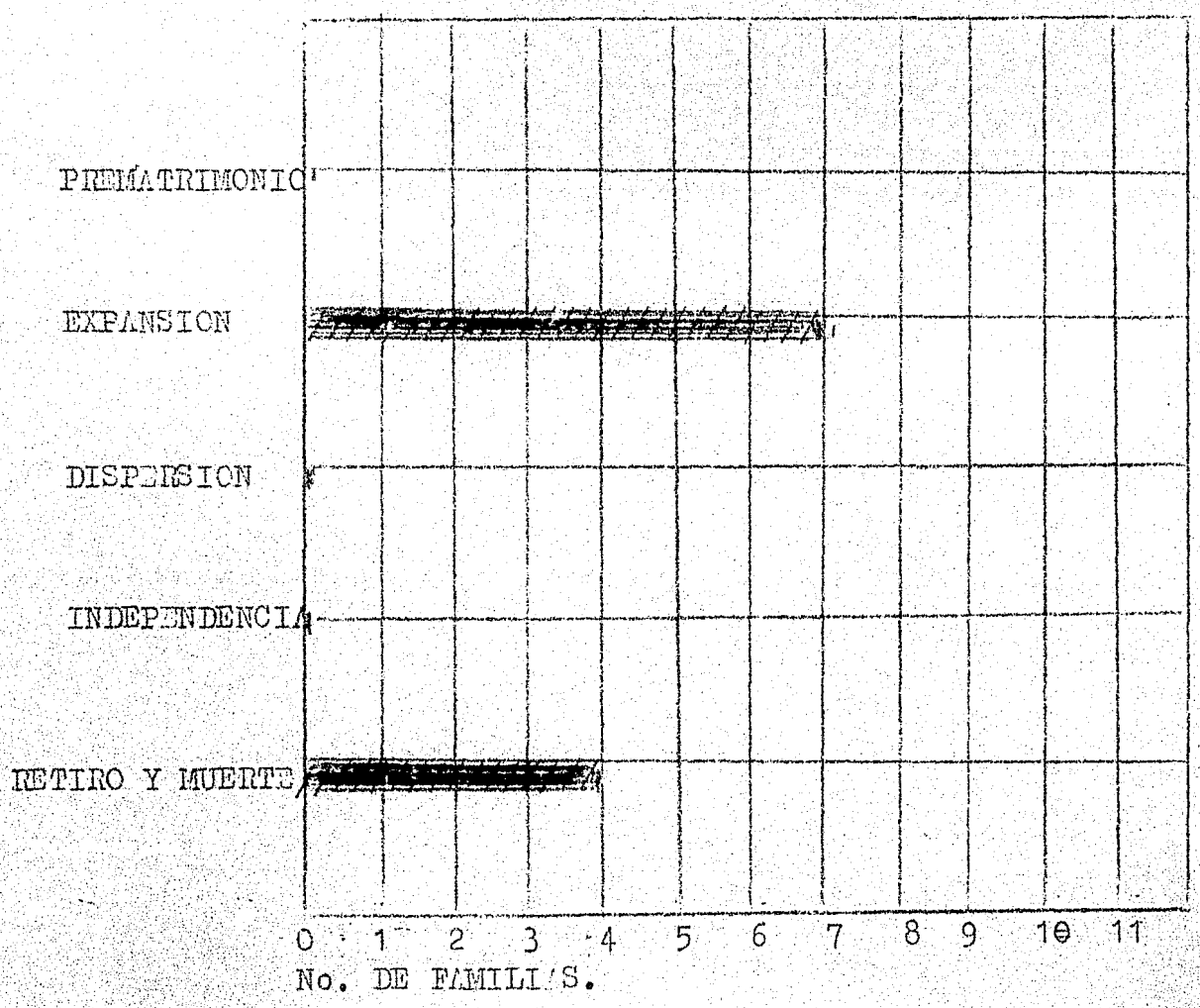
T A B L A 3

DISTRIBUCION ABSOLUTA DE FAMILIAS HIPERTENSAS SEGUN SU CICLO DE VIDA. MERIDA, YUCATAN 1976

CONCEPTO	No. DE FAMILIAS
PREMATRIMONIO	0
EXPANSION	7
DISPERSION	0
INDEPENDENCIA	0
RETIRO Y MUERTE	4

GRAFICA 2

DISTRIBUCION ABSOLUTA DE FAMILIAS HIPERTENSAS
SEGUN SU CICLO DE VIDA. MERIDA, YUC. 1976.



de Dispersión, Fase de Independencia y Fase de-Retiro y Muerte; fases que por si mismas defi--nen sus términos.

El enfoque de las diferentes enfermeda--des como sucede en este trabajo, en que se con-sideran las repercusiones sociales y los facto-res de riesgo en la dinámica de la integración-familiar desde un punto de vista; como HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD y consecuentemente los diferentes niveles de prevención aplicativos --hace que el médico hable de núcleos familiares-en su población adscrita y que los estudie apo-yado en la metodología que a diario debe de ha-cer uso en su desarrollo como FAMILIOLOGO.

En si la hipertensión arterial es un pa-decimiento crónico que se puede definir como un aumento de la presión de la sangre arterial por encima de los valores normales (140-90). Diver-sos estudios de población patentizan que la hi-pertensión arterial es una condición de preva--lencia elevada en muchos paises de diferentes--continentes. Se estima que entre el 10 y el 20% de las personas mayores de 18 años tienen cifras tensionales superiores al nivel convencional de hipertensión arterial. (ver #8).

Asimismo enumerar algunos de los facto--res de riesgo en la hipertensión arterial resul-ta de utilidad para realizar la ECOGNOSIS FAMI-LLAR que no es más que considerar el ambiente -familiar más el diagnóstico con el fin de gene-rar acciones de salud.

TABLA 4

DISTRIBUCION PERCAPITA DE LAS FAMILIAS HIPERTENSAS.

MERIDA, YUC. 1976

CONCEPTO	No. DE FAMILIAS
MENOS DE $ 2000.00	4
DE $ 2000.00 A $ 2900.00	2
DE $ 3000.00 A $ 4000.00	9

"MATERIAL Y METODOS"

El presente estudio se realizó en la C.H. TI Mérida, Yucatan con la revisión de 100 expedientes de población adscrita a MEDICINA FAMILIAR de mayores de 15 años de edad, en el conocimiento de que los 100 expedientes pertenecen a pacientes con hipertensión arterial.

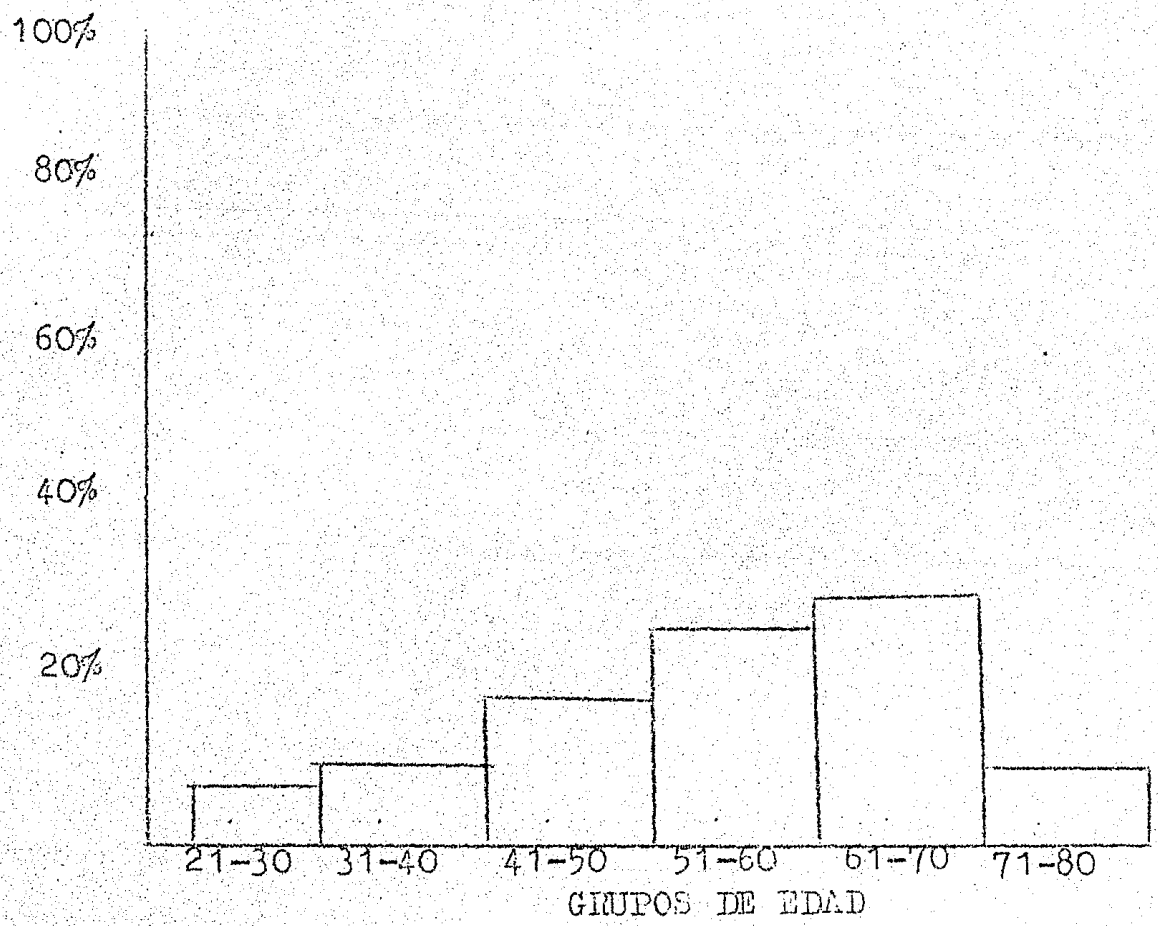
En consideración de que se tomó como parametro de hipertensión arterial; aumento de la presión sanguínea por encima delos valores normales (140-90). Se tomó una muestra estadistica de probabilidad, revisando 100 expedientes tomados al azar de la misma C.H. TI y en población adscrita a MEDICINA FAMILIAR de mayores de 15 años de edad; para efectuar estudiolongitudinal de familia en once grupos primarios, todos ellos con un enfermo hipertenso integrante de los grupos familiares estudiados.

En los 11 grupos familiares se analizó lo elemental a considerar por el Especialista en Medicina Familiar apoyado en su propia metodología con la finalidad de generar acciones de salud a nivel familiar, es decir, estar inconforme únicamente con el diagnóstico de hipertensión arterial y buscar un diagnóstico más integral (BIOSICOSOCIAL).

Con la finalidad de conocer la repercusión social de la hipertensión arterial en la dinámica de la integración de la familia en los once grupos familiares mencionados se analizó las diversas responsabilidades que hacen que sobreviva la estructura familiar. Como lo muestra

GRAFICA 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS GRUPOS DE EDAD
EN HIPERTENSOS DERECHOHABIENTES DE LA C.H.
T-1 MERIDA YUCATAN 1976.



FUENTE.- ESPEDIENTES DEL ARCHIVO CLINICO
CLINICA T-1 MERIDA YUC.

T A B L A 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL Y POR SEXO DE LOS GRUPOS DE EDAD EN 100 HIPERTENSOS DERECHOHABIENTES DE LA C. H. T I MERIDA, YUC. 1976

GRUPOS DE EDAD	PERSONAS	SEXO				
		MASC.	%	FEM.	%	TOTAL %
21-30 AÑOS	7	0	0	7	100%	7%
31-40 AÑOS	10	3	30%	7	70%	10%
41-50 AÑOS	18	9	50%	9	50%	18%
51-60 AÑOS	26	13	50%	13	50%	26%
61-70 AÑOS	30	16	53.3%	14	46.6%	30%
71-80 AÑOS	9	6	66.6%	3	33.3%	9%
T O T A L	100	47		53		100%

FUENTE:

EXPEDIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DE LA C.H. TI MERIDA, YUC. 1976

la tabla I en la que se señala que el Cuidado,- Afecto y Status ameritan atención especial por- el FAMILIOLOGO. La gráfica I da una impresión - clara del problema encontrado.

Es practicamente indispensable para el - estudio longitudinal de la familia; el que haya una clasificación de la misma desde el punto de vista social.

En la table 2 se representa la clasifica ción de las familias; caracterizandose estas -- por ser Urbanas, de composición extensa, con un desarrollo tradicional, tipologicamente de ca-- rácter obrero y funcionalmente desintegradas de acuerdo con una familia "NORMAL" de la clase me dia en la cultura occidental.

En cuánto a las fases del ciclo de vida- familiar, es apropiado el comentario de cada -- una de las fases en cuestión. Se entiende por - Fase de Matrimonio: cuándo dos personas se unen en matrimonio, su preocupación inicial es pre-- pararse para un nuevo tipo de vida. Se combinan los recursos de las dos personas, sus papeles - se alteran y se asumen nuevas funciones. Las -- principales áreas de atención en esta Fase son: AJUSTE SEXUAL, INFORMACION SOBRE CONTROL DE LA- NATALIDAD E INTERACCION DE LA PERSONALIDAD. Re- sulta obvio que los consejos sobre estos aspec- tos deberían ser ofrecidos en la Fase de PREMA- TRIMONIO.

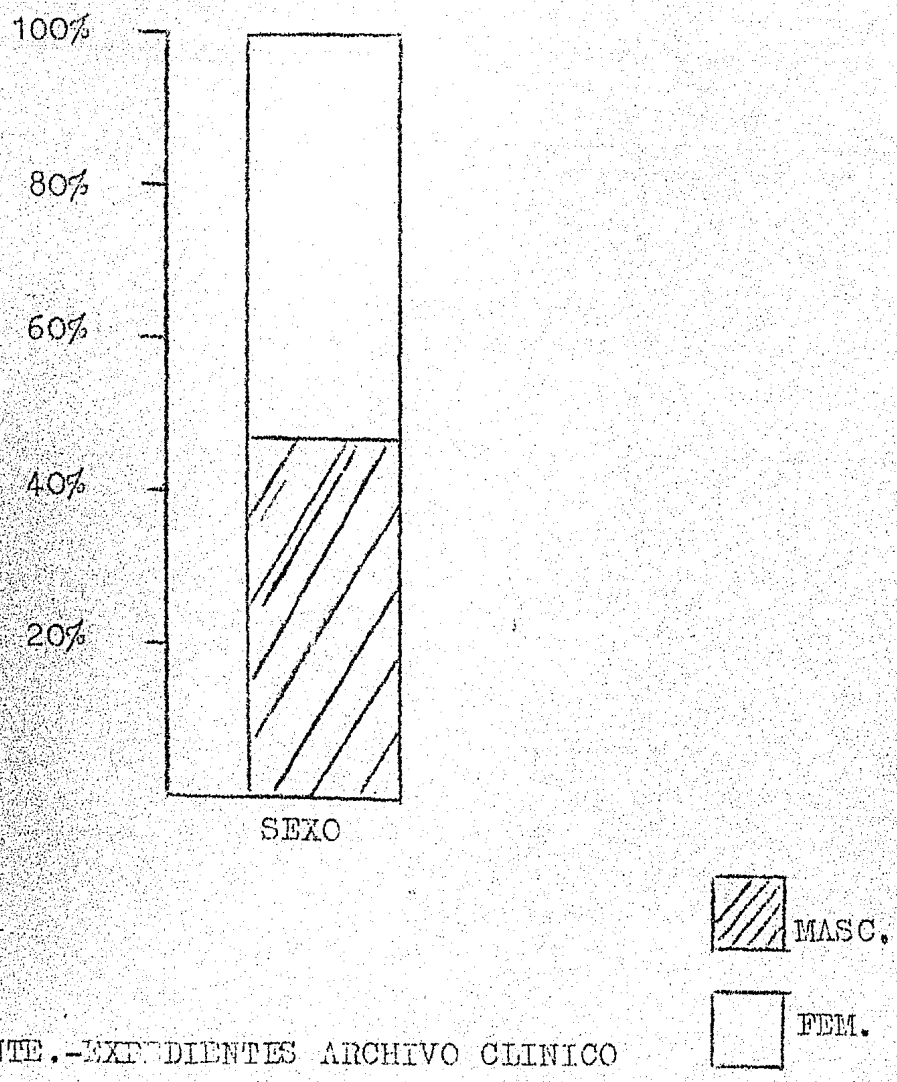
Fase de Expansión: la mayor parte de la- práctica médica es otorgada a las familias en

esta Fase. Educación prenatal, atención del parto, cuidado postnatal, control del niño, temprano reconocimiento y apropiado manejo de sintomas, inmunizaciones, desarrollo del niño, interacción familiar, etc. Fase de Dispersión: en esta Fase los padres tienen que conseguir que el niño esté socializado, ayudarlo a tener autonomía y cubrir sus necesidades. Los padres tienen la responsabilidad de confirmar la tradición; y del joven se espera que rete esta tradición, así pues el joven responsable debe ser un "JOVEN REBELDE".

En la Fase de Independencia: cuándo la familia se dispersa, los padres tienen que aprender a ser independientes otra vez. Los nuevos adultos pueden tener la responsabilidad del cuidado de los padres durante este tiempo. En la última Fase, es decir, la de Retiro y Muerte la planeación para el fin de la vida familiar es tan difícil como planear el principio y es obvio que se hace con un entusiasmo diferente.- Es muy difícil para familias jóvenes tener que usar sus limitados recursos a cuidar a sus padres y proveer sus propias necesidades. El incremento en la expectancia de vida aumenta este tipo de problemas. Como se observa en la tabla 3 se encontró en el estudio que 7 familias se encontraron en la Fase de expansión y 4 en la de Retiro y Muerte, tal situación la podemos apreciar en forma diafana en la gráfica 2.

GRAFICA 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE HIPERTENSOS POR SEXO EN POBLACION DERECHOHABIENTE DE LA C.H. T-1 MERIDA YUC. 1976



FUENTE.-EXPEDIENTES ARCHIVO CLINICO

T A B L A 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL Y POR SEXO DE FACTORES DE RIESGO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL. CIEN CASOS DE POBLACION ASEGURADA EN LA C. H. TI MERIDA, YUC.

1 9 7 6

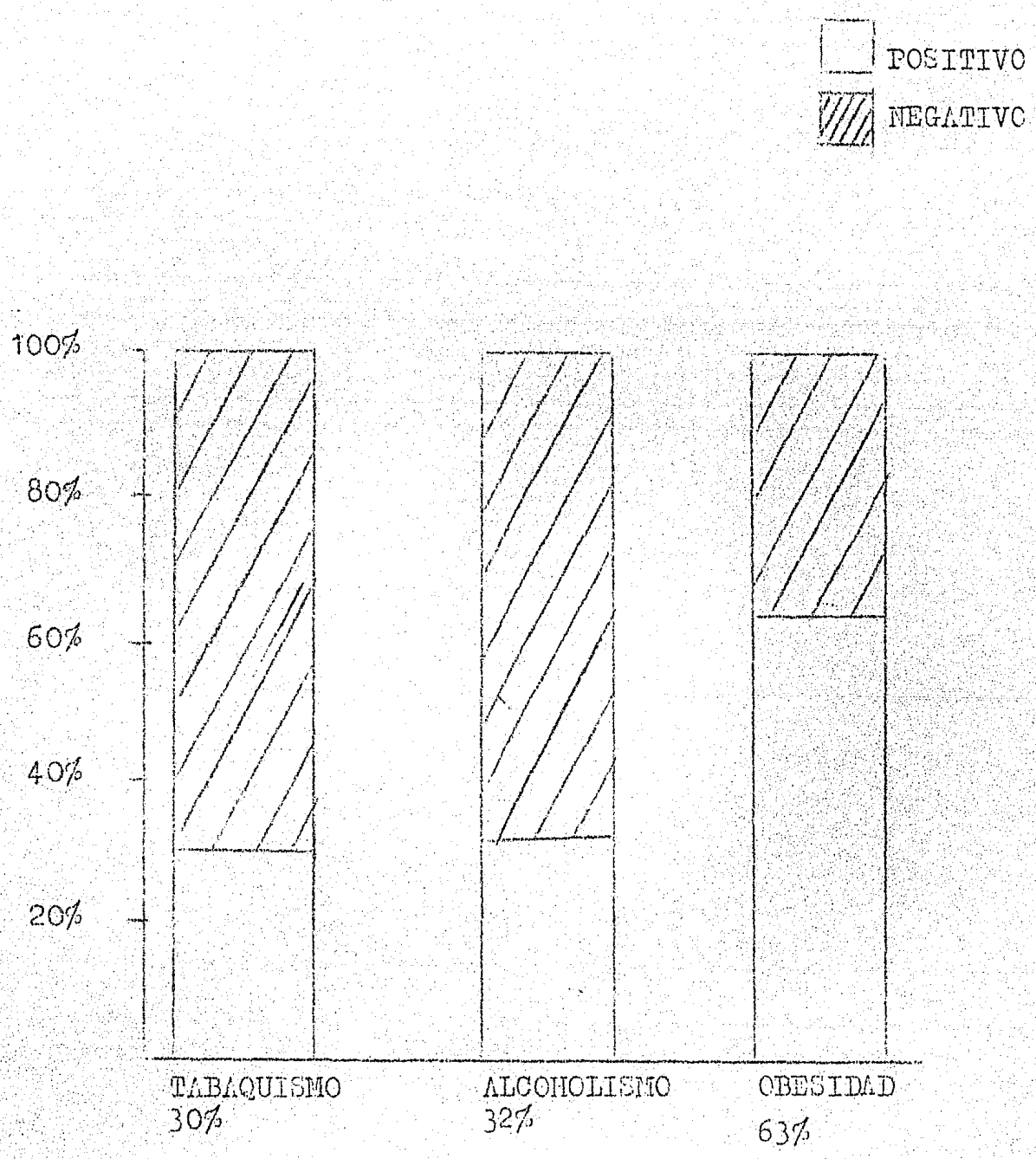
CONCEPTO	PERSONAS	RAZON				
		SEXO				TOTAL
		MASC.	%	FEM.	%	%
TABAQUISMO	30	28	93.3%	2	6.7%	30%
ALCOHOLISMO	32	28	87.5%	4	12.5%	32%
OBESIDAD	63	25	39.6%	38	60.4%	63%

FUENTE: EXPEDIENTES DEL ARCHIVO CLINICO
C.H. T I MERIDA, YUC.

GRAFICA 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE FACTORES DE RIESGO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL EN CIEN CASOS DE POBLACION ASEGURADA EN LA C.H. T-1 MERIDA YUC.

1976



En la C.H. TI de Mérida, Yucatan., existe hasta noviembre de 1976 un total de población adscrita ala Unidad de 89,219 asegurados - de los cuáles 46,322 son mayores de 15 años de edad y 42,897 son menores de 15 años de edad. - Se obtuvo la incidencia de hipertensión arterial para la C.H. TI Mérida en población asegurada - de mayores de 15 años en un 0.69 por 1,000 asegurados y una prevalencia de 1.61 por 1,000 derechohabientes.

Dentro del analisis de las once familias estudiadas integralmente se conceptualiza que - en 9 familias su ingreso pér-capita es de 3,000 a 4,000 pesos mensuales y por familia, tal distribución se observa en la tabla 4.

En el analisis de cien expedientes pertenecientes a pacientes hipertensos, se estudiaron parametros que en el concenso mundial se -- consideran factores de riesgo para la hipertensión arterial y por ende en la dinámica de la - integración de la familia. En la tabla 5 se denota la distrivución porcentual y por sexo de - los grupos de edad en 100 hipertensos; presentandose el porcentaje más elevado en la séptima década con un 30%, seguida de la sexta década - con el 26% y de la quinta década con un 18%. El promedio de edad es de 54.44 años y la desviación stadar de 4.2 con predominio ligero en -- el el sexo masculino en la quinta, sexta y séptima décadas, en la cuarta década se aprecia notable diferencia a favor del sexo femenino.

T A B L A 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL Y POR SEXO DEL TIPO DE DIETA

EN CIEN HIPERTENSOS ASEGURADOS DE LA C.H. TI MERIDA, YUCATAN.

1 9 7 6

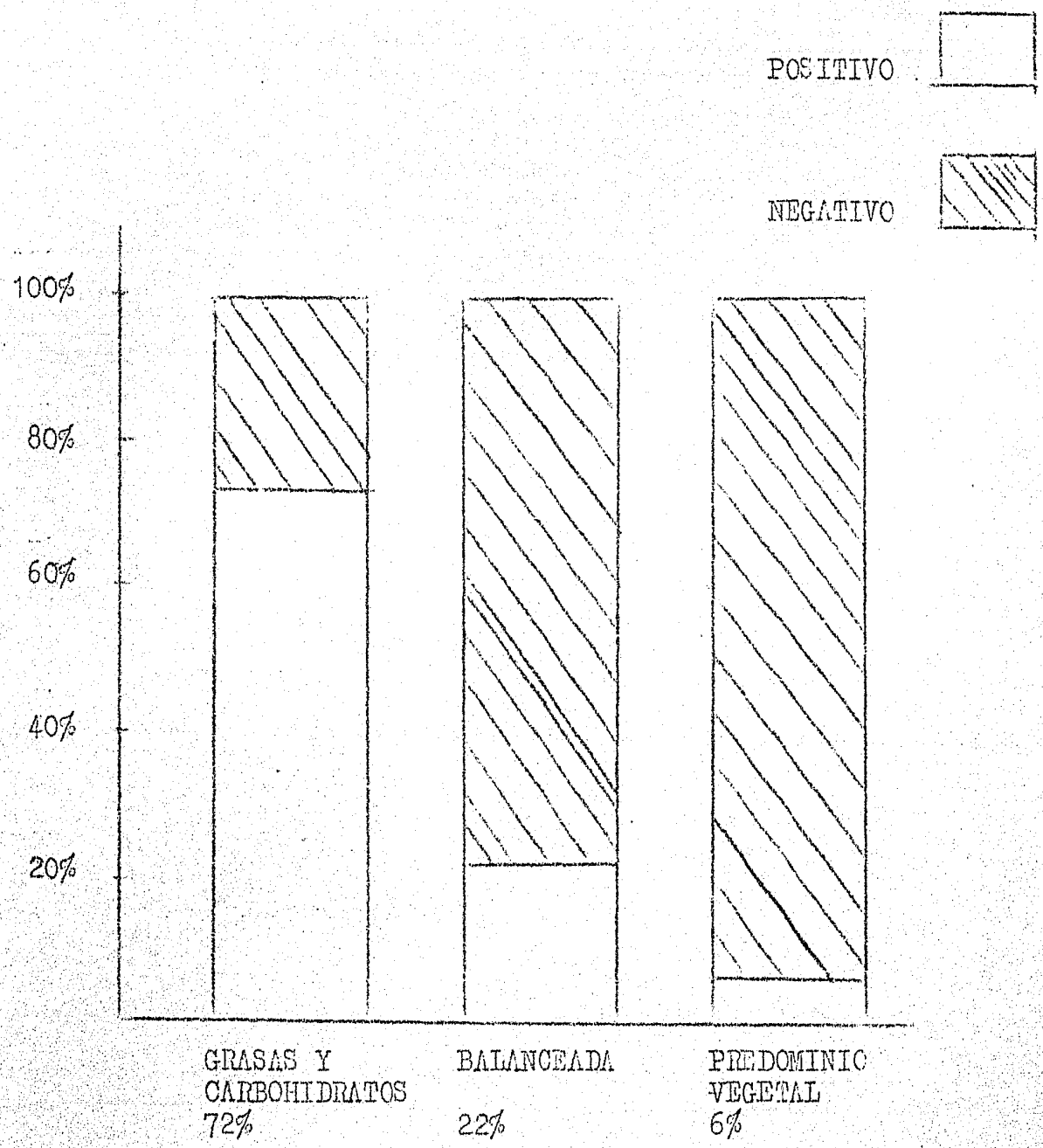
TIPO DE DIETA	PERSONAS	S E X O				
		MASC.	%	FEM.	%	TOTAL %
GRASAS Y CARBOHIDRATOS	72	42	58.4%	30	41.6%	72%
BALANCEADA	22	10	45.4%	12	54.6%	22%
PREDOMINIO VEGETAL	6	2	33.3%	4	66.7%	6%
T O T A L	100	54		46		100%

FUENTE:

ARCHIVO CLINICO DE LA C.H. TI MERIDA, YUCATAN 1976

GRAFICA 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIPO DE DIETA EN CIEN HIPERTENSOS ASEGURADOS DE LA C.H. T-1 MERIDA YUCATAN, 1976.



Las gráficas 3 y 4 dan una imágen clara, de los grupos de edad y el sexo en que este último da un % igual para los hombres que para el sexo femenino.

Se señalan los factores de riesgo en la hipertensión arterial en la tabla 6 y gráfica 5 donde se puede apreciar que correspondió a la obesidad un 63% con predominio del sexo femenino en un 60.4%, en comparación con el sexo masculino que obtuvo un 39.6%. El 32% correspondió al alcoholismo con 87.5% para el sexo masculino y el 12.5% en las mujeres. El 93.3% de los hombres con tabaquismo y un 6.7% para el sexo femenino, obteniendo este factor de riesgo un 30% de la población asegurada estudiada.

La tabla 7 y la gráfica 6 nos hablan de que en un 72% de los pacientes estudiados consumen grasas y carhohidratos con predominio leve de los hombres; a diferencia de los que llevan una dieta balanceada que resultaron ser en un 22% y los que consumen una dieta con predominio vegetal en un 6%.

El 55% de los pacientes estudiados desarrollan labores del hogar, seguido del 35% con la actividad de obrero; tal como lo muestran la tabla 8 y la gráfica 7.

Un dato adicional sin representación gráfica es el de que las once familias hipertensas originaron un total de 51 consultas en los meses de junio, julio y agosto de 1976; 46 de ellas para MEDICINA FAMILIAR y 6 para otras especialidades; en familias con un promedio de 4 miembros.

T A B L A 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL Y POR SEXO DE LA ACTIVIDAD OCUPACIONAL EN CIEN HIPERTENSOS DERECHOHABIENTES DE LA C.H. T I MERIDA, YUCATAN. 1976

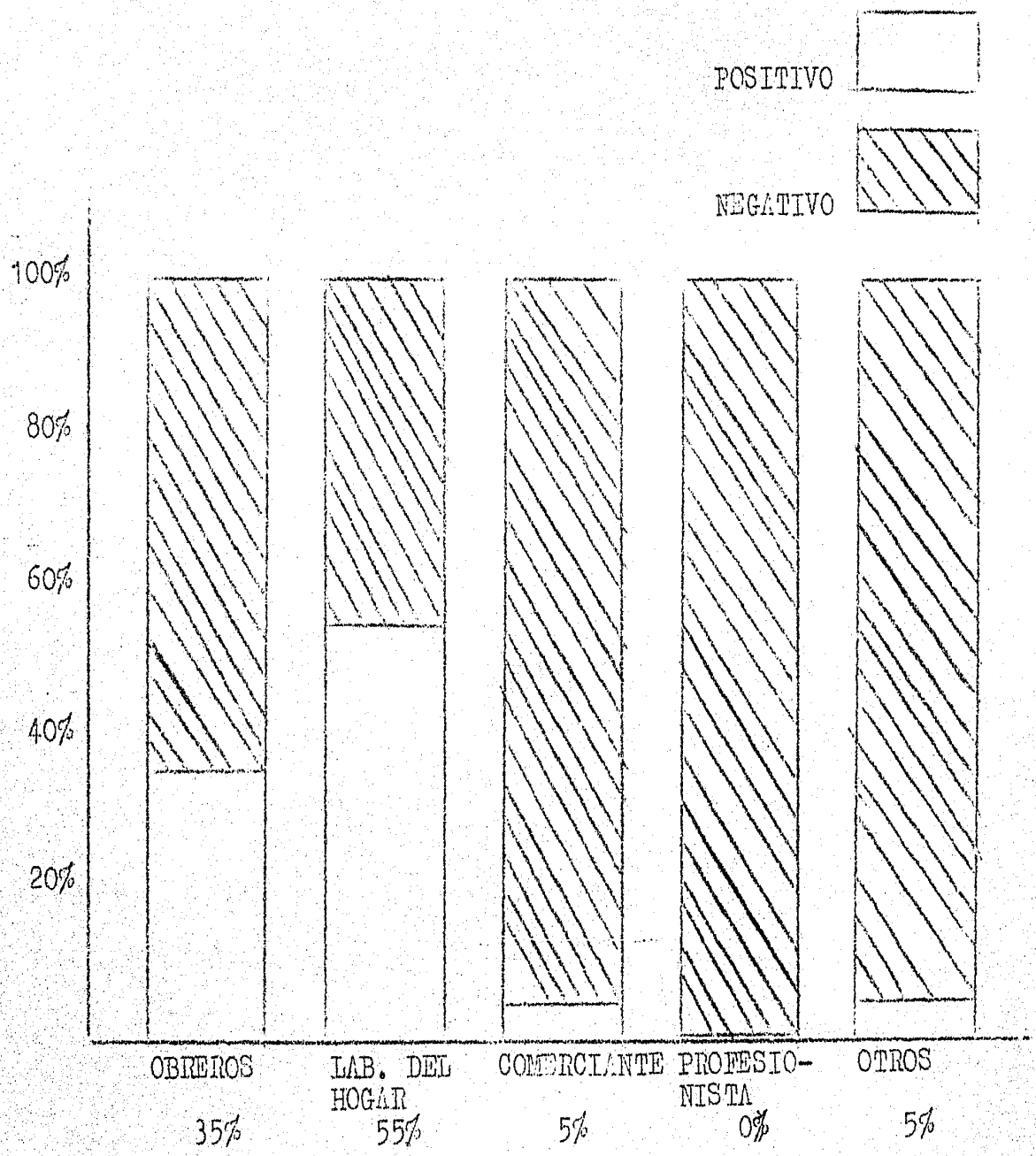
ACTIVIDAD OCUPACIONAL	PERSONAS	S E X O				
		MASC.	%	FEM.	%	TOTAL%
OBRERO	35	35	100%	0	0%	35%
LAB. DEL HOGAR	55	0	0%	55	100%	55%
COMERCIANTE	5	5	100%	0	0%	5%
PROFESIONISTA	0	0	0%	0	0%	0%
OTROS +++	5	5	100%	0	0%	5%
TOTAL	100	45		55		100%

FUENTE:
EXPEDIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DE LA C.H. T I MERIDA, YUC. 1976

+++: (Empleados, oficinistas, mecanicos y carpinteros).

GRAFICA 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA ACTIVIDAD OCUPACIONAL
EN CIEN HIPERTENSOS ASEGURADOS DE LA C.H.
T-1 MERIDA YUCATAN 1976.



"C ON C L U S I O N E S"

En base al conocimiento de la HISTORIA - NATURAL DE LA ENFERMEDAD, los niveles de prevención aplicativos en los diferentes niveles de - atención médica, la metodología y los diferen-- tes aspectos que implican a la familia; tanto - sociales como sicológicos hacen que el ESPECIA- LISTA EN MEDICINA FAMILIAR realize en toda su - magnitud el concepto actual de salud desde el - punto de vista ecológico.

La hipótesis delpresente trabajo fué --- claramente alcanzada, es decir, la repercusión- que tiene la hipertensión arterial (cómo una de tantas enfermedades) sobre la dinámica de la integración familiar. Observamos en sí que en la- interacción de los miembros de cada una de las- familias hizó falta en forma significativa el - CUIDADO y el AFECTO, con los cuáles practicamente se mueve el mundo. El STATUS con el que na-- cieron las personas integrantes de las familias estudiadas no dejaron de ser un STATUS HEREDITARIO. El desconocimiento por parte de los inte-- grantes de los diversos grupos familiares, de - lo que es la hipertensión arterial, es punto -- clave para que la FAMILIA acepte tal como es al hipertenso y tenga presente las complicaciones- que este conlleva y todos los factores de riesgo que debieron ser bien explicados en ese gran nivel de prevención primaria que es: LA PROMOCION A LA SALUD.

Propio de los países en desarrollo o del tercer mundo es la FAMILIA EXTENSA Y TRADICIONAL a diferencia de los países desarrollados en que va siendo claro el predominio de la FAMILIA NUCLEAR Y MODERNA. En término generales las familias estudiadas resultaron DESINTEGRADAS, implicando este término el no llevar a cabo las diversas funciones que se han considerado para una FAMILIA NORMAL de la cultura occidental. El existir un enfermo que los integrantes de la familia consideran crónico, centro de cuidado y manejo de su tratamiento hacen que las funciones en la familia no se realizen, esto originado por el desconocimiento de lo que es la enfermedad (hipertensión arterial) y por lo tanto el poder aceptar socialmente al hipertenso, repercuten en la dinámica de la integración familiar.

El ciclo de vida en las familias estudiadas correspondió a la FASE DE EXPANSION propia de nuestro pueblo, que aunque con programas básicos de salud orientados en parte a disminuir las tasas de natalidad no se han logrado resultados al respecto en la actualidad.

Conocemos que la hipertensión arterial va siendo cada vez más frecuente a partir de la cuarta década de la vida y así lo mostró el estudio de los cien hipertensos derechohabientes en que el promedio de edad estuvo en 54 años.

Entre los factores de riesgo a mencionar esta la obesidad que ocupó un 63% junto con la

dieta rica en grasas y carbohidratos con un 72% qu é nos hablan de factores de riesgo importantes en los cuáles el FAMILIOLOGO debe de tener atención especial y generar acciones de salud a un nivel de prevención primario; en base a una promoción de la salud en todas sus facetas con el fin de darla a conocer a sus núcleos familiares.

El reconocimiento de la MEDICINA FAMILIAR como especialidad horizontal viene a cubrir las demandas de la estructura social de nuestra idiosincracia. Paralelamente al desarrollo socioeconómico de un país va el de la medicina que exige en la actualidad realizar salud en la institución básica primaria que es la "FAMILIA".

De acuerdo con los patrones culturales de una sociedad y tomando en cuenta el macro y el microambiente donde se desenvuelven e interactúan nuestras familias serán en sí todas las acciones de salud que podamos generar.

El considerar que la enfermedad repercute en la dinámica de la integración familiar debe tomarse muy en serio para realizar todas aquellas medidas preventivas que el caso en particular lo requiera, considerando a la FAMILIA como unidad primaria de la sociedad y en la que toda la acción primaria debe ser dirigida, para lograr una satisfactoria interacción de sus integrantes y una correcta adecuación en el macroambiente que la rodea.

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

1.- CONN H. RAKE AND JHONSON: Family practice. W.B. Saunders Col Philadelphia.

2.- ELY CHINOY: La Sociedad. Una introducción a la Sociología.

3.- BAKER AB/ RESCH JA, LOEWENSON RB: Hypertension and cerebral atherosclerosis. Circulation 39:701-710,1969

4.- FODOR JG, ABBOTT EC, RUSTED IE: An epidemiologic study of hypertension in Newfounland. Canad. Med. Ass. J. 108:1365-1638, - 1973.

5.- MARTICORENA E, RUIZ L, SEVERINO J, GALVEZ-J, PENALOZA D: Systemic blood pressure in-white men a born at sea level: Changes after long-residence at high altitudes. Amer. J. Cardiol. 23:364-368, 1969

6.- RUIS, FIGUEROA, HOIRNO Y PENALOZA: Prevalencia de la hipertensión arterial en las grandes alturas: Archivos del Instituto de Cardiología de México. 39:julio y agosto 1969.

7.- ROBERTS: The hypertensive Diseases evidence that systemic hypertension is a greater --- risck factor to the development of other -- cardiovascular diseases than prevousy sus-- pectd. The Amer. Jour. Of Med. 59:523-532, 1975.

8.- CONSEJO NACIONAL CONTRA LA HIPERTENSION ARTERIAL. INC México abril 1976.