

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**COORDINACION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS**  
**COORDINACION DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL**



**“TIPOLOGIA FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD E HIPERTENSIÓN DE 20 A 60 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2012 “**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.92 CIUDAD AZTECA**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**  
**M.C. YARITZA QUIRIZ YAÑEZ**

**DIRECTOR DE TESIS**  
**M.E.MF. RUBEN RIOS MORALES**

**REVISORES**

**E.M.F. GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ**  
**E.M.F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES**  
**M. EN IC LUIS REY GARCÍA CORTÉS**

**TOLUCA, MEXICO 2014**

**REVISOR DE TESIS**

**E. M. F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DE RESIDENCIA EN UMF 64  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**REVISOR DE TESIS**

**E. M. F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DE RESIDENCIA EN UMF 75  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**REVISOR DE TESIS**

**M. EN IC LUIS REY GARCÍA CORTÉS  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF 64  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**“TIPOLOGIA FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD E HIPERTENSIÓN  
DE 20 A 60 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 EN EL  
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2012 “**

## AGRADECIMIENTOS

### **A Dios y a la Virgen de Guadalupe:**

Por iluminarme, guiarme y darme la fortaleza para culminar esta etapa de mi vida.

### **A mi Papi y Mami:**

Detrás de este logro están ustedes, son mi ejemplo, les agradezco por todo su amor, apoyo y confianza, por todo lo que hicieron todo este tiempo, y parte de su vida, para que yo pudiera lograr uno más de mis objetivos, por motivarme y no dejarme caer, a ustedes por siempre los amo.

**A mis hermanos Irving, César, Jacobo** por ser parte importante de mi vida, por su confianza y apoyo en todo momento.

### **A mi esposo Alejandro:**

Por tu infinita paciencia, comprensión y amor, por todas esas palabras de aliento cuando sentía que ya no podía, sin ti no lo hubiera logrado, gracias por estar a mi lado, te amo.

### **A mis hijos Diego y Diana:**

Por su amor incondicional y su sacrificio, al no tenerme tiempo completo, son lo más importante en mi vida, mi motor para seguir adelante, los amo.

**A mis tíos Luz María, Juanita, Margarita, Ángel, Ulises, Mario:** Porque me han enseñado el valor de la familia, y sin dudarlo siempre me han brindado su ayuda, y **a mi prima Ana María** por soportarme todo este tiempo, espero ser un ejemplo para ti.

**A todas las personas** que siempre tuvieron una palabra de aliento hacia mí, a las que hicieron de esta etapa algo inolvidable, y las que creyeron en mi, estoy infinitamente agradecida.

**“TIPOLOGIA FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD E HIPERTENSIÓN DE 20 A 60 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2012 “**

**INTRODUCCIÓN:** La obesidad es un problema de salud pública mundial, su magnitud es aproximadamente 1700 millones de adultos que padecen sobrepeso y 312 millones que presentan obesidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial afecta aproximadamente a 1.000 millones de personas en el mundo y se ha convertido en la enfermedad crónica más frecuente. La obesidad constituye una patología crónica, que presenta no sólo una mayor mortalidad sino también comorbilidad, en relación a su gravedad y a su distribución dentro de las mayores está la hipertensión arterial. La familia es un pilar importante en el abordaje del proceso salud-enfermedad en los aspectos biopsicosociales del individuo, la familia y la sociedad, por lo que puede ser un apoyo para la salud, o por el contrario puede ser generadora o catalizadora de enfermedad. Objetivo general: describir la tipología familiar en pacientes obesos con hipertensión arterial de 20 a 60 años en una unidad de medicina familiar de Enero a Diciembre de 2012.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, prospectivo, para describir la tipología familiar en pacientes derechohabientes de la UMF 92 con obesidad e hipertensión sin otras comorbilidades. Se les aplicó una cédula de datos. Se realizó el siguiente análisis estadístico frecuencias y porcentajes por medio del programa SPSS V 20.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se estudio una población de n=211 pacientes, predominando la obesidad grado 1 en 61.6%, la hipertensión estadio I en 95.2%, el grupo de 55 a 60 años, el género femenino en 74.9 %, en cuanto a tipología familiar predomina la familia moderna en 78.2%, urbana en 95.7%, integrada en 58.8% y familia múltiple en 28.4%.

**PALABRAS CLAVE. Obesidad, Hipertensión arterial, Tipología familiar.**

**“FAMILY TYPE IN OBESITY AND HYPERTENSION PATIENTS WITH 20 TO 60 YEARS IN FAMILY MEDICINE UNIT No. 92 IN THE PERIOD FROM JANUARY TO DECEMBER 2012”**

**INTRODUCTION:** Obesity is a global public health problem, its magnitude is approximately 1.7 billion adults who are overweight and 312 million are obese. According to the World Health Organization (WHO), hypertension affects about 1,000 million people worldwide and has become the most common chronic disease. Obesity is a chronic disease, which has not only increased mortality but also morbidity in relation to its severity and its distribution within the major is hypertension. The family is an important pillar in addressing the health-disease process in biopsychosocial aspects of individual, family and society, so that can be a support to health, or otherwise can be a catalyst for generating or disease. **Objective:** to describe the family typology in obese patients with arterial hypertension 20-60 years in a family practice unit from January to December 2012.

**MATERIAL AND METHODS:** This was a descriptive study, observational, prospective, to describe the family typology in patients heirs of the FMU 92 with obesity and hypertension without other comorbidities. They applied a data card. We performed the following statistical analysis of frequencies and percentages through SPSS V 20.

**RESULTS AND CONCLUSIONS:** A population of  $n = 211$  patients were studied, predominantly obesity grade I in 61.6%, hypertension 95.2% in stage 1, the group of 55-60 years, 74.9% female gender, in terms of family type family predominates modern in 78.2%, 95.7% in urban, 58.8% integrated and multiple family 28.4%.

**KEYWORDS:** Obesity, Hypertension, Type family



## INDICE

I.MARCO TEÓRICO.....	12
1. Familia.....	12
1.1 Antecedentes.....	12
1.1.1 Definición.....	13
1.1.2 Definición.....	13
1.1.3 Tipología familiar.....	13
1.1.3.1 En base a su desarrollo social.....	13
1.1.3.2 En base a su demografía.....	14
1.1.3.3 En base a su integración.....	14
1.1.3.4 De acuerdo a su composición.....	14
1.2Obesidad.....	16
1.2.1 Antecedentes.....	16
1.2.2 Definición.....	16
1.2.3 Factores de riesgo.....	17
1.2.4 Epidemiología.....	17
1.2.5 Etiología.....	18
1.2.5 Diagnóstico.....	18
1.2.6 Clasificación.....	19
1.3 Hipertensión arterial.....	20
1.3.1 Definición. ....	20
1.3.2 Factores de riesgo.....	20
1.3.3Epidemiología.....	20
1.3.4 Etiología.....	20
1.3.5 Clasificación.....	21
1.4 Relación obesidad- hipertensión.....	21

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
II.1 Argumentación.....	23
II.2 Pregunta de investigación.....	24
III. JUSTIFICACIÓN.....	25
III.1 Académica.....	25
III.2 Científica.....	25
III.3 Social.....	25
III.4 Económica.....	25
IV. HIPÓTESIS.....	27
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	27
IV.1.1 Unidad de observación.....	27
IV.1.2 Elementos lógicos de relación.....	27
IV.1.3 Variables.....	27
IV.1.3.1 Dependiente.....	27
IV.1.3.2 Independiente.....	27
V. OBJETIVOS.....	28
V.1 General.....	28
V.2 Específicos.....	28
VI. METODO.....	29
VI.1 Tipo de estudio.....	29
VI.2 Diseño del estudio.....	29
VI.3 Operacionalización de variables.....	30
VI.4 Universo de trabajo.....	33
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	35
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	35
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	35

VI.5 Instrumento de investigación.....	35
VI.5 .1 Descripción.....	35
VI.5.2 Validación.....	35
VI.5.3 Aplicación.....	35
VI.6 Desarrollo del proyecto.....	36
VI.7 Límite de espacio.....	36
VII. Implicaciones éticas.....	37
VIII. Resultados y discusión.....	38
IX. Cuadros y gráficos.....	39
X. Conclusiones.....	52
XI. Bibliografía.....	53
XII .Anexos.....	55

## I. MARCO TEÓRICO

### 1. FAMILIA

#### 1.1 Antecedentes

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia el ambiente más importante en el que ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas. No existe suficiente evidencia para documentar claramente las formas de vida humana en sus inicios, muchos de los conceptos sobre el origen y evolución de la familia han sido obtenidos de contradictorios relatos de viajeros, de sus observaciones y vastas reconstrucciones históricas sobre las instituciones sociales, por lo que en gran parte pueden considerarse como meras suposiciones algunas de las cuales parecen más probables que otras, aunque sin poder ser científicamente demostradas.

Es durante el estado primitivo de la humanidad, posteriormente a la etapa de la promiscuidad sexual y la del emparejamiento transitorio, que se inicia la evolución histórica de la familia hasta la época de la civilización. (1)

Fue hasta la segunda mitad del siglo XIX en que se convirtió en objeto de estudio científico, cuando Morgan, Mc Lennan y Bachofen entre otros la consideraron como una institución social histórica cuya estructura y función son determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad global.

A finales del siglo XIX Federico Engels en su obra el origen de la familia, la propiedad privada y el estado elabora en base a los estudios de Morgan un análisis dialéctico materialista relacionando los tres estadios transitados por la humanidad salvajismo, barbarie y civilización.

El naturalista inglés Charles Darwin publicó en 1859 una obra revolucionaria: el origen de las especies por medio de la selección natural en donde uno de sus principales argumentos es la vida se manifiesta como una lucha constante por la existencia y la supervivencia. (2)

### **1.1.2 Definición:**

El origen etimológico de la palabra Familia es muy incierto, algunos sostienen que proviene de la voz latina famulus otros afirman que proviene también de la raíz también latina famulus que significa esclavo doméstico.

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

El diccionario de la Real Lengua Española define a la familia como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas o en lugares diferentes y como conjunto de ascendientes, descendientes colaterales y afines de un linaje.(3)

Desde la perspectiva del médico familiar es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.  
(4)

### **1.1.3 Tipología familiar**

Las familias pueden clasificarse de diferente manera dependiendo del aspecto que se estudie, por lo que es importante tener claro los conceptos que definen a cada una.

#### **1.1.3.1 Desde el punto de vista de su desarrollo social se puede clasificar en:**

Familia moderna

La madre trabaja fuera del hogar, lo cual modifica los roles de los cónyuges.

Familia tradicional

El padre es el proveedor económico, excepcionalmente colabora la madre o uno de los hijos y se conservan los roles como tradicionalmente se han dado.

Familia primitiva o arcáica

Prototipo es la familia campesina que se sostiene exclusivamente con los productos de la tierra que trabajan.

#### **1.1.3.2 Desde el punto de vista demográfico:**

Familia rural

Familia Suburbana

Urbana

#### **1.1.3.3 De acuerdo con la integración familiar se clasifica en:**

Integrada:

Los cónyuges viven juntos y cumplen con sus funciones respectivas.

Semi-integrada:

Ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

Desintegrada:

La característica esencial es la ausencia de uno de los cónyuges sea por muerte, separación, divorcio, abandono o la desintegración familiar por causas internas o externas.

#### **1.1.3.4 Por su composición se clasifica en:**

Familia nuclear: cuenta con padre, madre con o sin hijos.

Familia seminuclear: Familia de un solo padre.

Extensa: padre, madre e hijos que viven y otros miembros que comparten lazos consanguíneos de adopción o bien de afinidad

.

Familia compuesta: además de los integrantes que incluyen a la familia extensa se agregan miembros sin ningún nexo (amigos, compadres, etc)

Familia múltiple: Son dos o más familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo. (5)

## **1.2 OBESIDAD**

### **1.2.1 Antecedentes:**

De manera histórica, la obesidad se conoce desde la edad de piedra es decir 40 000 años a.C se han encontrado diversas figurillas en Europa mismos que muestran exceso de grasa, como la figurilla de Venus de Willendorf ya que se consideraba un signo de belleza y fertilidad.

En el siglo V Ac, Hipócrates reconoció por primera vez a la obesidad como un problema de salud y que la muerte súbita es más común entre personas obesas, señalando la importancia de la alimentación y el ejercicio en el tratamiento. (6)

### **1.2.2 Definición**

La Obesidad es una enfermedad sistémica, crónica, progresiva y multifactorial que se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa (7)

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad (NOM-008-SSA3-2010), se define como obesidad a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m<sup>2</sup>. (8)

El exceso de peso corporal es un proceso gradual que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético; en su origen, se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el género, la talla y la edad.



### **1.2.3 Factores de riesgo**

El sobrepeso y la obesidad incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles mortalidad prematura y el costo social de la salud, además de que reducen la calidad de vida, Se estima que 90 % de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Otras ECNT relacionadas son la hipertensión arterial, las dislipidemias, la enfermedad coronaria, la apnea del sueño, la enfermedad vascular cerebral, la osteoartritis y algunos cánceres (de mama, esófago, colon, endometrio y riñón, entre otros). (9)

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. (10)

### **1.2.4 Epidemiología**

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos mexicanos de 20 años o más fue de 71.3% (que representan a 48.6 millones de personas) obesidad 32.4% y sobrepeso 38.8% con una prevalencia ligeramente elevada en las mujeres.

La prevalencia de obesidad es 46% más alta en mujeres (35.5%) que en hombres (24.3%). Sin embargo la prevalencia agregada (sobrepeso y obesidad) es sólo 6.9% mayor en mujeres.

Para 2012, 26 millones de adultos mexicanos presentaban sobrepeso y 22 millones, obesidad. (11)

La obesidad constituye una patología crónica, que presenta no sólo una mayor mortalidad sino también comorbilidad, en relación a su gravedad (a mayor IMC

mayores complicaciones) y a su distribución (mayores comorbilidades con distribución central que con distribución periférica), dentro de las mayores está la hipertensión arterial.

La OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad, aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios sobre todo en el medio urbano.

Otros estudios como el INTERSALT observaron que un incremento de peso de 10 kg de peso suponía un incremento de 3 mm de Hg en presión arterial sistólica y 2.3 mm de Hg en diastólica, estas diferencias en tensión arterial suponen un incremento del 12% en riesgo de enfermedad coronaria y 24% en riesgo de ictus.

Los datos del estudio NHANES III muestran que la prevalencia ajustada por la edad se incrementa progresivamente con el IMC, el riesgo relativo de hipertensión prácticamente se duplica (2.1 en varones y 1.9 en mujeres) en aquellos con IMC mayor de 30 respecto al grupo con IMC menor de 25 kg/ m<sup>2</sup>. (12)

### **1.2.5 ETIOLOGIA:**

En su etiología se involucran alteraciones en el gasto energético, desequilibrio en el balance entre aporte y utilización de las grasas, causas de carácter neuroendocrino, metabólicas, genéticas, factores del medio ambiente y psicógenas. (13)

La transición nutricional que experimenta el país tiene como características una occidentalización de la dieta, en la cual 1) aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados que son adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal; 2) se presenta un aumento en el consumo de comida rápida y

comida preparada fuera de casa para un sector creciente de la población; 3) disminuye el tiempo disponible para la preparación de alimentos; 4) aumenta de forma importante la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, lo cual disminuye su gasto energético; 5) aumenta el poder adquisitivo de la población; 6) aumenta la oferta de alimentos industrializados en general; y 7) disminuye de forma importante la actividad física de la población.(14)

## 1.2.6 CLASIFICACION

La obesidad se clasifica fundamentalmente con base en el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet, que se define como el peso en kg dividido por la talla expresada en metros y elevada al cuadrado, en el adulto un IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> determina obesidad.(15)

**Tabla 1.** Clasificación de la OMS del peso corporal en función del IMC<sup>1</sup>

IMC	CLASIFICACION
18,5-24,9	Normopeso
25,0-25,9	Sobrepeso
30,0-34,9	Obesidad grado I
35,0-39,9	Obesidad grado II
$\geq$ 40	Obesidad grado III

## **1.3 HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA**

### **1.3.1 DEFINICIÓN**

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras  $\geq 140/90$  mm/Hg. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico. (16)

### **1.3.2 FACTORES DE RIESGO**

Es un padecimiento que se ha relacionado en forma directa con el grado de obesidad y, junto con las coronariopatías, incrementa de manera importante el riesgo de morir, sobre todo en hombres menores de 40 años.

Diversos estudios han identificado como factores que contribuyen a la aparición de HTA la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, el tabaquismo, estilo de vida sedentario y la presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes entre otros factores.

### **1.3.3 Epidemiología**

La prevalencia actual de HTA en México es de 31.5% (IC 95% 29.8-33.1), y es más alta en adultos con obesidad (42.3%; IC 95% 39.4-45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC 95% 16.2-21.0). (17)

### **1.3.4 Etiología**

Primaria o esencial: Se presenta en la mayor parte de los casos, no hay una causa orgánica identificable; entre otros mecanismos participan la herencia, alteraciones en el sistema nervioso simpático, el volumen sanguíneo, el gasto cardíaco, las resistencias arteriolares periféricas, el sistema renina-angiotensina-aldosterona, la sensibilidad al sodio y la resistencia a la insulina.

Secundaria: Se identifica una causa orgánica. (18)

### 1.3.5 Clasificación

**Tabla 1. Clasificación y manejo de la PA en adultos**

Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg	Estilos de Vida	Inicio Terapia	
				Sin indicación clara	Con indicación clara (ver Tabla 8)
<b>Normal</b>	<b>&lt;120</b>	y < 80	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado***
<b>Prehipertensión</b>	<b>120- 139</b>	ó 80- 89	Si		
<b>HTA: Estadío 1</b>	<b>140- 159</b>	ó 90- 99	Sí	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC ó combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC)
<b>HTA: Estadío 2</b>	<b>&gt;160</b>	ó >100	Sí	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	según sea necesario

\* Tratamiento determinado por la elevación de la PA

\*\* La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

\*\*\*Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80 mmHg

### 1.4 Relación obesidad-hipertensión

La hipertensión arterial es un padecimiento que se ha relacionado en forma directa con el grado de obesidad y, junto con las coronariopatías, incrementa de manera importante el riesgo de morir, sobre todo en hombres menores de 40 años.

Por otro lado, tanto el síndrome metabólico el cual se ha incrementado de forma sostenida en poblaciones jóvenes como las ECV (HAS, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral), así como la obesidad, tienen cierta dualidad y aumento en paralelo, ésta última con prevalencia de 30.4% en mayores de 20 años. Hoy día, todo mundo habla de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión, la diabetes, las dislipidemias y la obesidad entre otras,

responsables de generar enfermedad vascular con afección a órganos blanco.  
(19)

La relación entre obesidad y cifras elevadas de presión arterial se ha demostrado sobradamente en diversos estudios epidemiológicos. Los datos de Framingham Heart Study indican que hasta un 65% de los casos de HTA serían directamente atribuibles al exceso ponderal. Aunque la relación entre presión arterial y adiposidad varía según grupos étnicos, la relación entre ambos parámetros es lineal y está presente incluso en el intervalo de peso normal. (20)

## II. Planteamiento del problema

El problema de la obesidad ha ido en aumento en las últimas décadas, tanto que ha sido catalogado como pandemia por la OMS, se ha considerado como un factor de riesgo modificable para hipertensión arterial. Lo serio de el problema no es en sí el aumento de la obesidad entendiendo por esto al aumento de grasa corporal produciendo un aumento de peso, si no sus graves consecuencias en la salud, tomando ésta como es su definición actual (estado de completo bienestar físico, mental y social ) ya que sus consecuencias rebasarán cualquier presupuesto de salud y lo que es más preocupante las enfermedades crónico-degenerativas a edades cada vez más tempranas tendrá como consecuencia un deterioro importante de la calidad de vida en nuestra población.

Existe una gran diversidad de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales hacen referencia a trastornos orgánicos-funcionales que obligan a modificar el modo de vida del paciente, afectando todos los aspectos de su vida y la de su familia, que probablemente persistirán por largo tiempo y que son causa potencial de muerte.

Por un lado, quien padece la enfermedad se enfrenta a condiciones de frustración, ira, negación, depresión y demás y, por otro lado, la familia tiene que tomar decisiones muy importantes y difíciles, reorganizarse, replantear expectativas y adecuar sus metas y objetivos a la situación, ya que el tratamiento de un enfermo crónico-degenerativo no sólo involucra a éste, sino que también, de forma fundamental, a los demás integrantes de su familia.

Como en todas las sociedades el núcleo básico de la sociedad mexicana sigue siendo la familia considerando a ésta como un pilar importante en el abordaje del proceso salud-enfermedad en los aspectos biopsicosociales del individuo, la familia y la sociedad, ya que se encuentran en interacción dialéctica e influidos

recíprocamente por lo que deben ser vistos como un apoyo para la salud, sin olvidar que también pueden ser generadores o catalizadores de la enfermedad.

En el caso de los pacientes con enfermedades como la obesidad e hipertensión no es la excepción y de hecho este grupo conlleva sus propias y muy particulares afecciones que predisponen y favorecen a que se presente o no patología en las diferentes áreas emocional, física y social.

El presente trabajo pretende describir el tipo de familia de los pacientes obesos con hipertensión de la unidad de medicina familiar 92 ya que es fundamental conocer toda esa información antes de realizar una intervención familiar sea preventiva o limitadora del daño.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

**DESCRIBIR LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD E HIPERTENSION DE 20 A 60 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.**



### **III. JUSTIFICACIÓN**

#### **III.1 ACADEMICA**

A través del presente estudio describir la tipología familiar de la población con obesidad e hipertensión arterial ya que es fundamental conocer su entorno social y de esta manera poder hacer intervenciones educativas, promoción de la salud, y atención médica efectiva y oportuna.

#### **III.2 CIENTIFICA**

Existen diversos estudios en donde se demuestra el impacto que tiene la enfermedad en la familia y cómo influye el entorno sociocultural en la misma. En este sentido, una alternativa complementaria radica en el conocimiento de la representación social de la enfermedad. La representación social induce al sujeto a posicionarse ante su enfermedad y ante el modo de atenderla y manejarla; por lo que habrá que indagar sobre ésta si no se corre el riesgo de no entender en su totalidad el proceso y de no abordarla de manera integral.

#### **III.3 SOCIAL**

La obesidad se considera un problema de salud pública, por el impacto que tiene en la esperanza y calidad de vida en las etapas productivas de las personas, que ha ido en aumento en cuanto a su prevalencia, incrementando el riesgo de morbimortalidad por enfermedades asociadas como es la hipertensión arterial y sus complicaciones a corto y largo plazo, por lo que se debe considerar los aspectos biopsicosociales y el tipo de familia de los individuos y con ello identificar los posibles factores demográficos, que influyan en la prevalencia de esta patología.

#### **III.4 ECONOMICA**

Concluyendo que la relación entre obesidad e HTA tiene una especial relevancia por su magnitud y por las repercusiones que tiene en la población en edad productiva, aunado al costo económico y la gran proporción de recursos dentro de nuestro sistema de salud. es necesario hacer un abordaje multidisciplinario haciendo énfasis en medidas educativas y promoción de conductas preventivas y garantizar que estos resultados tengan

seguimiento en programas de prevención y que contribuyan a disminuir la morbimortalidad por estas enfermedades, así como los gastos que generan.

## **IV. HIPÓTESIS**

Los pacientes de 20 a 60 años tienen obesidad e hipertensión arterial porque influye la tipología familiar.

### IV.1 Elementos de la hipótesis

#### IV.1.1 Unidad de observación

Pacientes de 20 a 60 años de la UMF 92

#### IV.1.2 Elementos lógicos de relación

Los, tienen, porque Influye, la

#### IV.1.3 Variables

##### IV.1.3.1 Dependiente

Tipología familiar

##### IV.1.3.2 Independiente

Obesidad e hipertensión

## V. OBJETIVOS

### V.1 General

Describir tipología familiar en pacientes con obesidad e hipertensión de 20 a 60 años en la UMF 92 en el periodo de Enero a Diciembre del 2012.

### V.2 Específicos

1. Identificar el grupo de edad en pacientes con obesidad e hipertensión de 20 a 60 años en la UMF 92
2. Conocer el género en pacientes con obesidad e hipertensión de 20 a 60 años en la UMF 92
3. Identificar el estado civil en pacientes con obesidad e hipertensión de 20 a 60 años en la UMF 92
4. Analizar la ocupación en pacientes con obesidad e hipertensión de 20 a 60 años en la UMF 92
5. Clasificar la escolaridad en pacientes con obesidad e hipertensión de 20 a 60 años en la UMF 92
6. Identificar la actividad física en pacientes con obesidad e hipertensión de 20 a 60 años en la UMF 92

## **VI. METODO**

### VI.1 Tipo de estudio

Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

### VI.2 Diseño del estudio

Se identificó a la población de obesos diagnosticados en la unidad mediante el censo del servicio de nutrición reportado de Enero a Diciembre del 2012, se obtuvo una muestra de 211 pacientes, por lo cual se realiza un estudio descriptivo ya que no se analiza asociación entre enfermedad y determinadas causas, transversal ya que examina la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento del tiempo, prospectivo porque empieza antes de la exposición al factor y efecto, por lo que se observan a medida que suceden, observacional ya que el factor de estudio no es asignado por los investigadores, ya que estos se limitan a observar medir y analizar determinadas variables, sin ejercer un control directo de la intervención, se utilizó una cédula de datos, la cual fue evaluada por parte del investigador por medio del programa SPSS versión 20 realizando un análisis estadístico descriptivo de las variables.

### VI.3 Operacionalización de variables

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDICION</b>
<b>OBESIDAD</b>	ES UNA ACUMULACIÓN ANORMAL O EXCESIVA DE GRASA PERJUDICIAL PARA LA SALUD.	AUMENTO PATOLÓGICO DE LA GRASA DEL CUERPO, QUE DETERMINA UN PESO SUPERIOR AL NORMAL SEGÚN LA OMS	CUANTITATIVA	CONTINUA	GRADO 1 IMC 30 A 34.9  GRADO 2. IMC 35 A 39.9  GRADO 3. IMC > 40

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDICION</b>
<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b>	AUMENTO SOSTENIDO DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL CONSIDERADOS COMO NORMALES	CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL EN MM HG SEGÚN LA CLASIFICACION JNC-7	CUANTITATIVA	CONTINUA	ESTADIO 1. 140-159 90-99 MMHG  ESTADIO 2. >160 >100 MMHG

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDICIÓN</b>
TIPOLOGIA FAMILIAR	FORMAS DE ORGANIZACIÓN FAMILIAR Y DE PARENTESCO	SEGÚN CLASIFICACIÓN DE IRIGOYEN	CUALITATIVA	NOMINAL	1. EN BASE A SU DESARROLLO SOCIAL a) MODERNA b) TRADICIONAL c) PRIMITIVA O ARCÁICA 2. EN BASE A SU

					DEMOGRAFIA: a)RURAL b)SUBURBANA c)URBANA 3 POR SU INTEGRACIÓN FAMILIAR a)INTEGRADA: b)SEMI INTEGRADA: c)DESINTEGRADA: 4. POR SU COMPOSICIÓN: a)NUCLEAR b) SEMINUCLEAR: c)EXTENSA d)COMPUESTA e) MÚLTIPLE:
--	--	--	--	--	--

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDICION</b>
<b>EDAD</b>	TIEMPO EN AÑOS DE VIDA	AÑOS CUMPLIDOS	CUANTITATIVA	DISCRETA	1. EDAD EN NÚMERO
<b>GÉNERO</b>	CONDICIÓN ORGÁNICA QUE DISTINGUE A LAS PERSONAS EN HOMBRES Y MUJERES.	SEXO BIOLÓGICO	CUALITATIVA	NOMINAL	1. MASCULINO 2. FEMENINO
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	NIVEL DE INSTRUCCIÓN O ESCOLARIDAD	NUMERO DE AÑOS CURSADOS Y APROBADOS	CUALITATIVA	NOMINAL	1. ANALFABETA 2. PRIMARIA 3. SECUNDARIA 4. BACHILLER 5. LICENCIATURA
<b>ESTADO CIVIL</b>	TIPO DE RELACIÓN LEGAL QUE ESTABLECE UNA PERSONA CON SU PAREJA	DECLARACIÓN DEL SUJETO SOBRE SU SITUACIÓN LEGAL DE PAREJA	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SOLTERO 2. CASADO 3. UNIÓN LIBRE 4. DIVORCIADO (A) 5. SEPARADO 6. VIUDO(A)
<b>OCUPACIÓN</b>	TRABAJO, EMPLEO, OFICIO	DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DIARIAS SEGÚN SU REALIZACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1. DESEMPLEADO 2. PROFESIONISTA 3. FUNCIONARIO PÚBLICO 4. COMERCIANTE 5. TRABAJO NO ESPECÍF.
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	CONJUNTO DE OPERACIONES O TAREAS PROPIAS DE UNA PERSONA, PERTENECIENTE A LA CONSTITUCIÓN Y NATURALEZA CORPÓREA.	CUALQUIER ACTIVIDAD QUE INVOLUCRE MOVIMIENTOS SIGNIFICATIVOS DEL CUERPO O DE LOS MIEMBROS	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO



#### VI.4 Universo de trabajo

Pacientes que acudan a la unidad de medicina familiar 92 que cumplan con los criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

d= desviación std 0.5

Z =nivel de confianza 1.96

e = error muestral 0.05

MUESTRA FINITA

$$n = \frac{N \times Z\alpha^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z\alpha^2 \times p \times q}$$

N=493 (total de obesos con hipertensión arterial en la UMF 92 en 2012)

Z $\alpha^2$ = 1.96

p=0.6 (prevalencia de obesos con hipertensión en adultos IMSS oriente)

q=0.4

d=0.05

$$n = \frac{493 \times 1.96^2 (0.6 \times 0.4)}{0.05^2 (493-1) + 1.96^2 (0.6 \times 0.4)}$$

$$n = \frac{493 \times 3.84 (0.24)}{0.0025 (492) + 3.84 (0.24)}$$

$$n = \frac{1893(0.24)}{1.23 + 0.92}$$

$$n = \frac{454.34}{2.15}$$

$$n = 211$$

#### **VI.4.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de obesidad e hipertensión
- Edad de 20 a 60 años.
- Ambos géneros
- Derechohabientes de la UMF 92.
- Firmen el consentimiento informado

#### **VI.4.2 Criterios de exclusión**

- Embarazadas
- Con mas comorbilidades

#### **VI.4.3 Criterios de eliminación**

Pacientes que no contesten totalmente la cédula.

#### **VI.5 Instrumento de investigación**

Este estudio no necesita instrumento de validación ya que solo se utilizó una cédula de datos.

## **VI.6 Desarrollo del proyecto**

El presente estudio se realizó en la UMF 92 de la subdelegación oriente del IMSS la cual se encuentra localizada en Av. Central esquina Santa Prisca, considerando a los pacientes obesos con hipertensión que acudieron al servicio de nutrición de dicha unidad, se aplicó los criterios de inclusión, exclusión y/o eliminación se realizó la cedula de datos incluyendo la tipología familiar por el investigador.

## **VI.7 Límite de espacio**

- ✚ Unidad de Medicina Familiar 92  
Avenida Carlos Hank González esquina Sta. Prisca  
Ecatepec Estado de México.  
Proporciona atención médica de primer nivel.

## **VI.8 Diseño del análisis**

Se analizaron las variables de tipo cualitativo por medidas de frecuencias y porcentajes. Se utilizó el programa SPSS versión 20 para el análisis estadístico.

## VII. IMPLICACIONES ETICAS

El presente estudio se encuentra catalogado como una investigación que conlleva un riesgo menor al mínimo, de acuerdo a la Ley general de salud en el artículo 17 el cual compete al consejo de salubridad en su fracción III y IV opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud, así como opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud. Y en el artículo 18 el cual hace mención a la prestación de servicios de salubridad general.

La declaración de Helsinki establece prácticamente 6 normas éticas que orientan a los investigadores, la investigación en seres humanos debe ajustarse a los principios científicos, estar formulada en un protocolo que será analizado por un comité independiente, ha de estar a cargo de personas con la debida preparación científica, el riesgo al que se someta el individuo debe estar debidamente justificado por el objetivo, en todos los supuestos deberá prevalecer el interés del sujeto por encima de los intereses de la ciencia, y de la sociedad, así como respetar en todo momento el derecho del sujeto de su integridad personal. Por lo que solamente se requiere la firma del consentimiento informado de los pacientes que aceptaron participar en el estudio.

En el informe de Belmont 1974 sobresalen tres principios éticos fundamentales que deben orientar toda investigación en seres humanos, los cuales son: Principio de respeto a funciones y su autonomía, el principio de beneficencia y el principio de justicia.

### Código de Noremborg

En 1947 se establece un decálogo de principios en caso de investigación médica, que hasta la fecha son el pilar ético de la experimentación con sujetos humanos, orientados a impedir las violaciones a los derechos y bienestar de las personas dando especial énfasis al consentimiento voluntario de la persona que participa en una investigación.

## VIII. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el presente estudio Tipología familiar en pacientes obesos con hipertensión de 20 a 60 años en la unidad de medicina familiar 92 en el periodo de Enero a Diciembre del 2012, se realizo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, siendo calculada una muestra de tipo finita obteniendo una población de n=211 quienes cumplieron con los criterios de inclusión. El grado de obesidad que se predominó fue: la obesidad grado I con una frecuencia de 130 (61.6%), obesidad grado II en menor frecuencia de 56 (26.5%) pacientes y en la obesidad grado III se obtuvo una frecuencia de 25 (11.8%). En cuanto a las cifras de tensión arterial predomina la hipertensión estadio 1 con un porcentaje de 95.2%. En cuanto a la edad predomina en el grupo de 55 a 60 años. El porcentaje por género de la población se observo del género femenino 74.9 % comparado con un número de 25.1% pacientes del género masculino. La escolaridad de la población predominando la primaria con una frecuencia de 66 (31.3 %) pacientes del total de la población y en menor frecuencia la licenciatura con un número de 17 (8.1 %) en cuanto a el estado civil predomina el casado con una frecuencia de 131 y un porcentaje de 62.1%. En cuanto a la ocupación predomina el desempleo en una frecuencia de 70 y un porcentaje de 33.2%, en cuanto a si realizan actividad física la mayoría no la realiza con un porcentaje de 62.1%.

Por otra parte, los resultados de la tipología familiar se encontraron lo siguientes : en base a su desarrollo social predomina la familia moderna con una frecuencia de 165 (78.2%), familia tradicional con una frecuencia de 46 (21.8%), en base a su demografía predomina la urbana con una frecuencia de 202 (95.7%) con base a su integración familiar predomina la familia integrada con una frecuencia de 124(58.8%) y en base a su composición predomina la familia múltiple con una frecuencia de 52 y un porcentaje de 24.6.

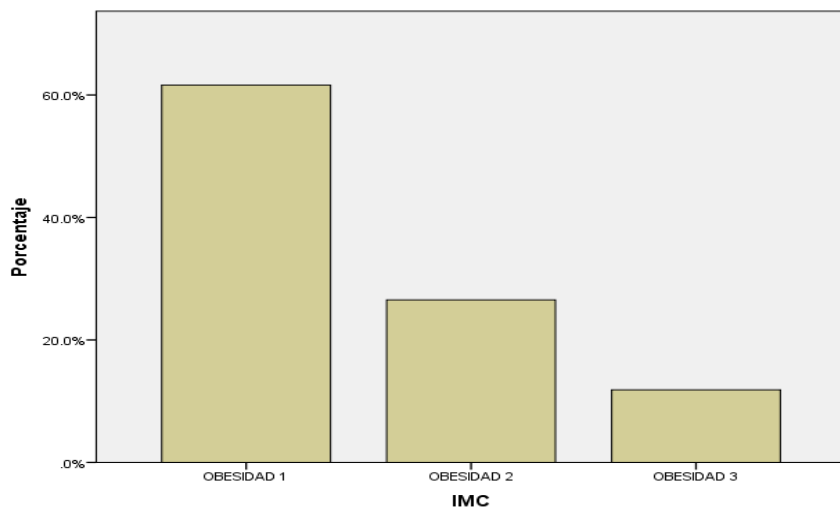
## X. CUADROS Y GRAFICOS

**Tabla 1. Grado de obesidad de adultos 20-60 años de edad**

OBESIDAD	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
OBESIDAD 1	130	61.6	61.6
OBESIDAD 2	56	26.5	88.2
OBESIDAD 3	25	11.8	100.0
Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Gráfico 1. Grado de obesidad de adultos con hipertensión 20-60 años de edad**



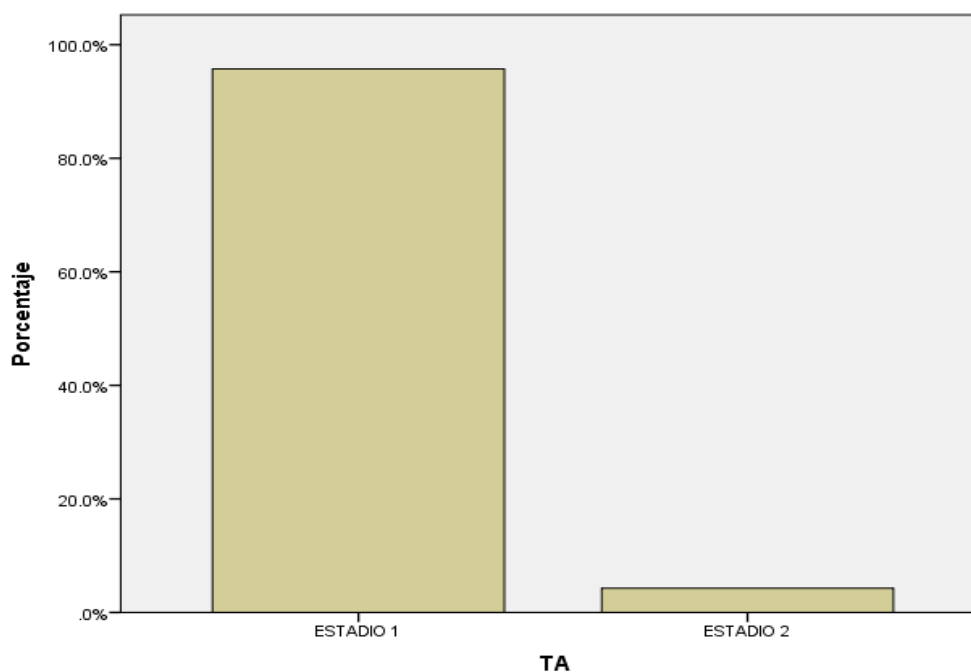
En la tabla 1 así como en el gráfico 1 se puede observar que del total de la población de 211 pacientes quienes cumplieron los criterios de inclusión el predominante con el 61.6% de ellos tienen una obesidad grado I, el 26.5 % corresponde a una obesidad grado II y el 11.8% a una obesidad grado III; con ello podemos mencionar que el grado de obesidad más predominante de nuestra comunidad es el grado I.

**Tabla 2. Estadio de hipertensión en pacientes obesos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

TA		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ESTADIO 1	202	95.7	95.7
	ESTADIO 2	9	4.3	100.0
	Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Gráfico 2. Estadio de hipertensión en pacientes obesos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**



De acuerdo a la información mostrada en la tabla 2 y gráfico 2 se puede observar que del total de la población de 211 pacientes quienes cumplieron los criterios de inclusión con un porcentaje de 95.5% predomina el estadio I y con solo el 4.3% el estadio 2.

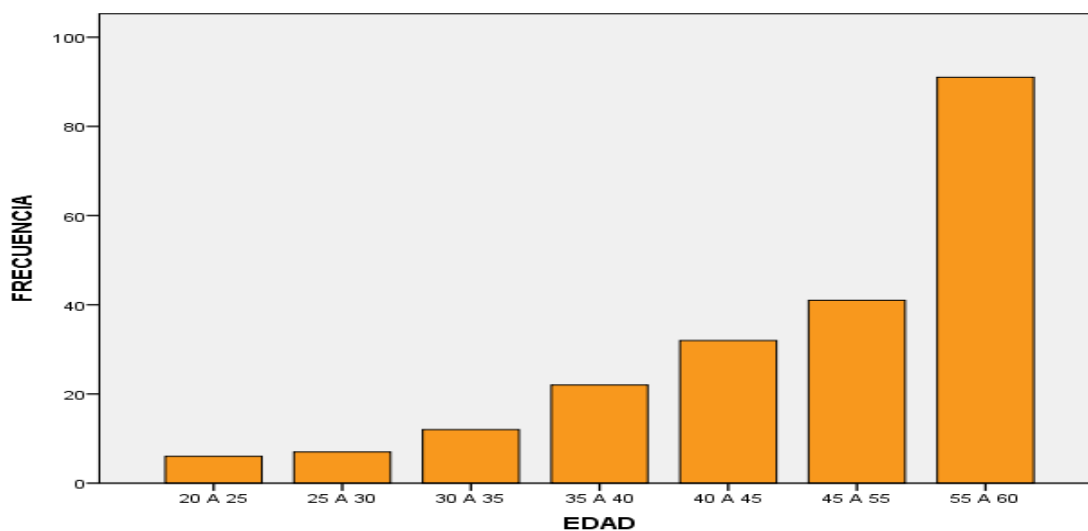


**Tabla 3. Edad en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 20 A 25	6	2.8	2.8
25 A 30	7	3.3	6.2
30 A 35	12	5.7	11.8
35 A 40	22	10.4	22.3
40 A 45	32	15.2	37.4
45 A 55	41	19.4	56.9
55 A 60	91	43.1	100.0
Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Gráfico 3. Edad en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**



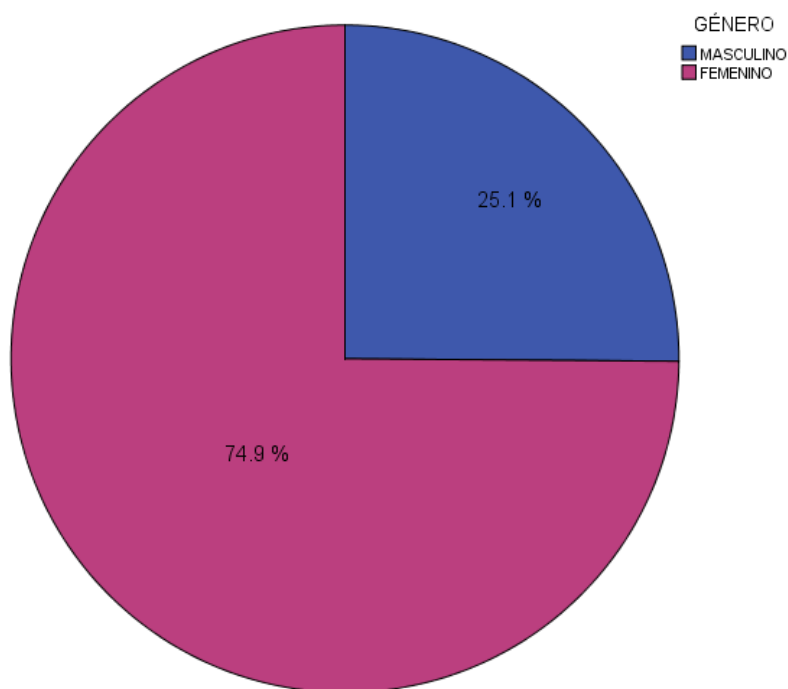
En cuanto a la edad predomina en el grupo de 55 a 60 años.

**Tabla 4. Género en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

GÉNERO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MASCULINO	53	25.1 %	25.1 %
FEMENINO	158	74.9 %	100.0 %
Total	211	100 %	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Gráfico 4. Género en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**



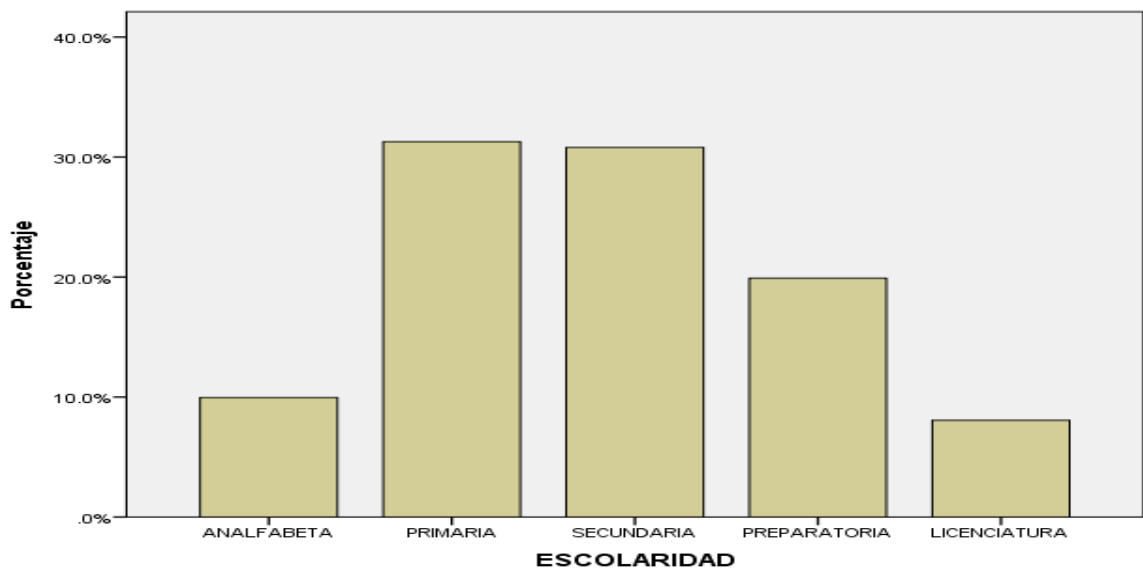
El porcentaje por género de la población predominó el género femenino 74.9 % comparado con un número de 25.1% pacientes del género masculino.

**Tabla 5. Escolaridad en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ANALFABETA	21	10.0	10.0
PRIMARIA	66	31.3	41.2
SECUNDARIA	65	30.8	72.0
PREPARATORIA	42	19.9	91.9
LICENCIATURA	17	8.1	100.0
Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Grafico 5. 5. Escolaridad en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**



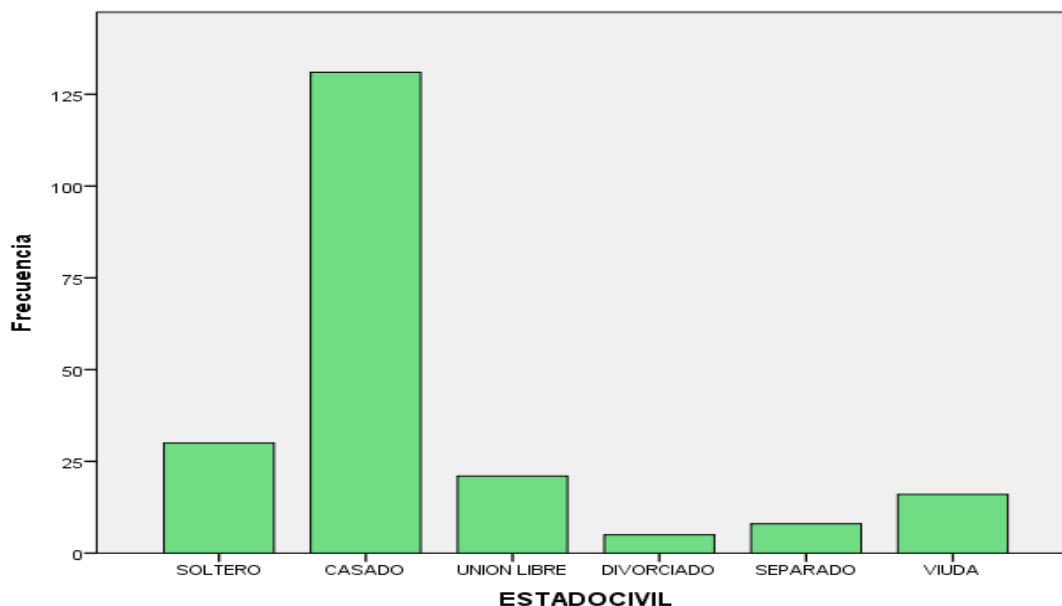
La escolaridad de la población predominando la primaria con una frecuencia de 66 (31.3 %) pacientes del total de la población y en menor frecuencia la licenciatura con un número de 17 (8.1 %)

**Tabla 6. Estado civil en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SOLTERO	30	14.2	14.2
CASADO	131	62.1	76.3
UNION LIBRE	21	10.0	86.3
DIVORCIADO	5	2.4	88.6
SEPARADO	8	3.8	92.4
VIUDA	16	7.6	100.0
Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Grafico 6. Estado civil en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**



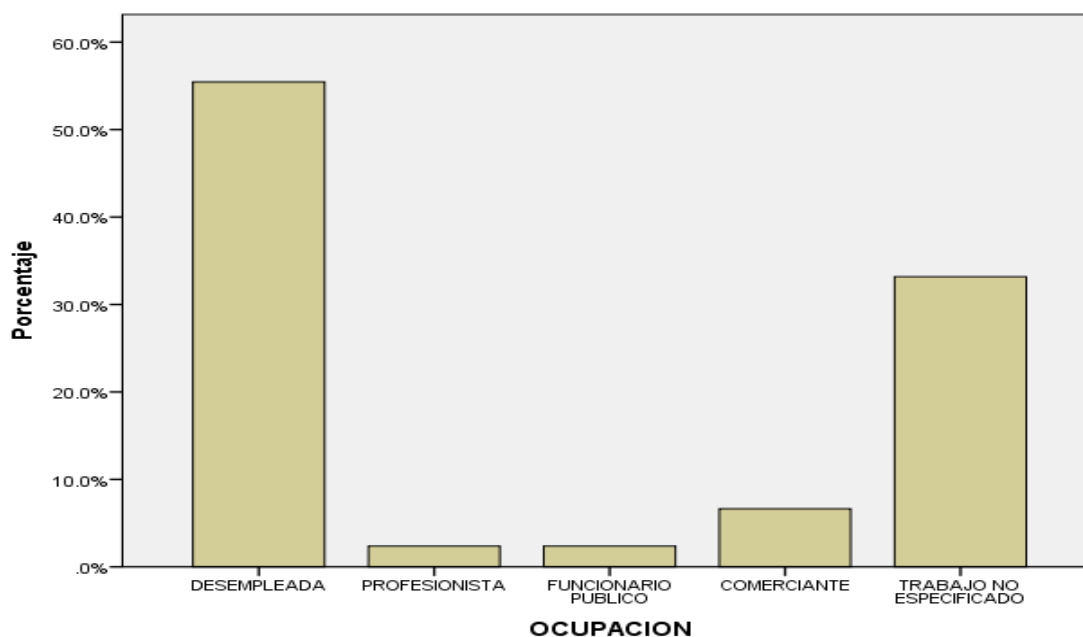
En cuanto a el estado civil predomina el casado con una frecuencia de 131 y un porcentaje de 62.1%.

**Tabla 7. Ocupación en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DESEMPLEADA	117	55.5	55.5
PROFESIONISTA	5	2.4	57.8
FUNCIONARIO PUBLICO	5	2.4	60.2
COMERCIANTE	14	6.6	66.8
TRABAJO NO ESPECIFICADO	70	33.2	100.0
Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Gráfico 7. Ocupación en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**



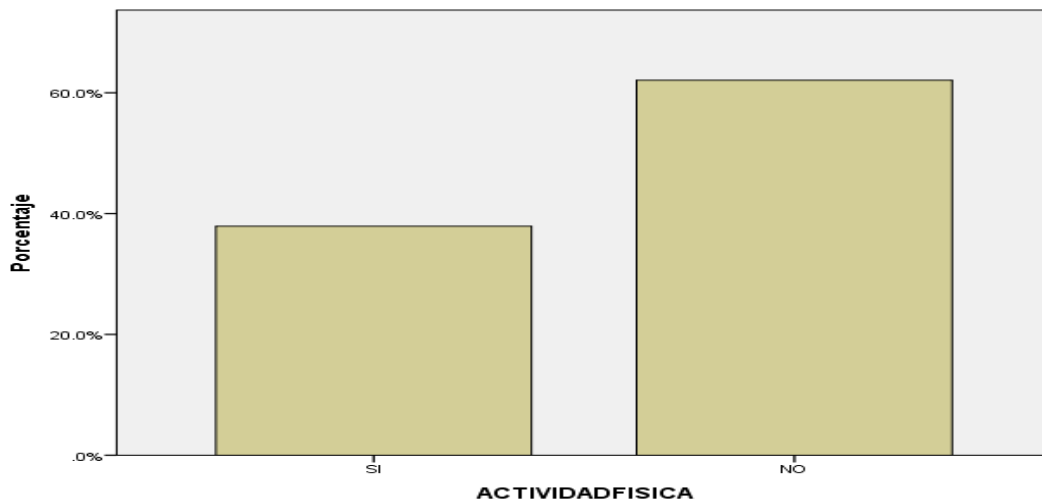
En cuanto a la ocupación predomina el desempleo en una frecuencia de 70 y un porcentaje de 33.2%

**Tabla 8. Actividad física en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

ACTIVIDAD FISICA		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	80	37.9	37.9
	NO	131	62.1	100.0
	Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Grafico 8. Actividad física en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**



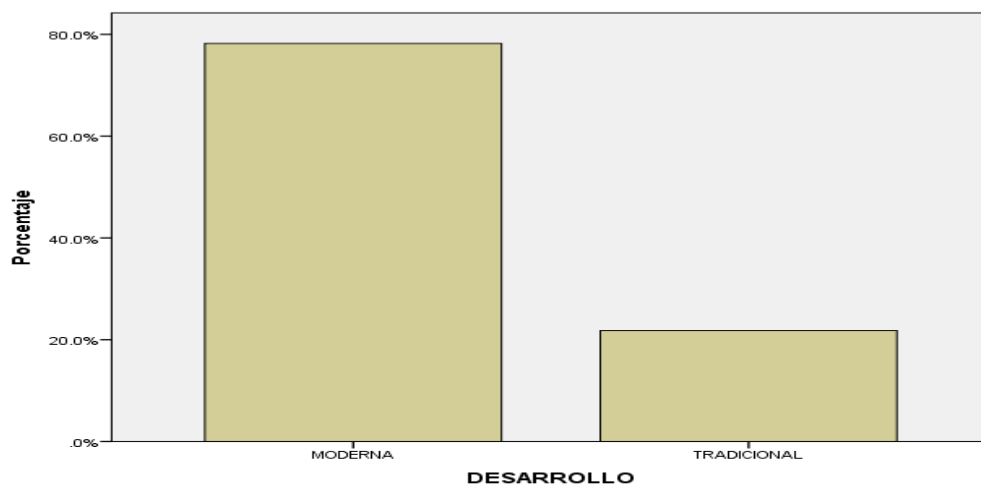
En cuanto a si realizan actividad física la mayoría no la realiza con un porcentaje de 62.1%.

**Tabla 9. En base a su desarrollo social en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

EN BASE A DESARROLLO SOCIAL		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MODERNA	165	78.2	78.2
	TRADICIONAL	46	21.8	100.0
	Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Grafico 9. En base a su desarrollo social en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**



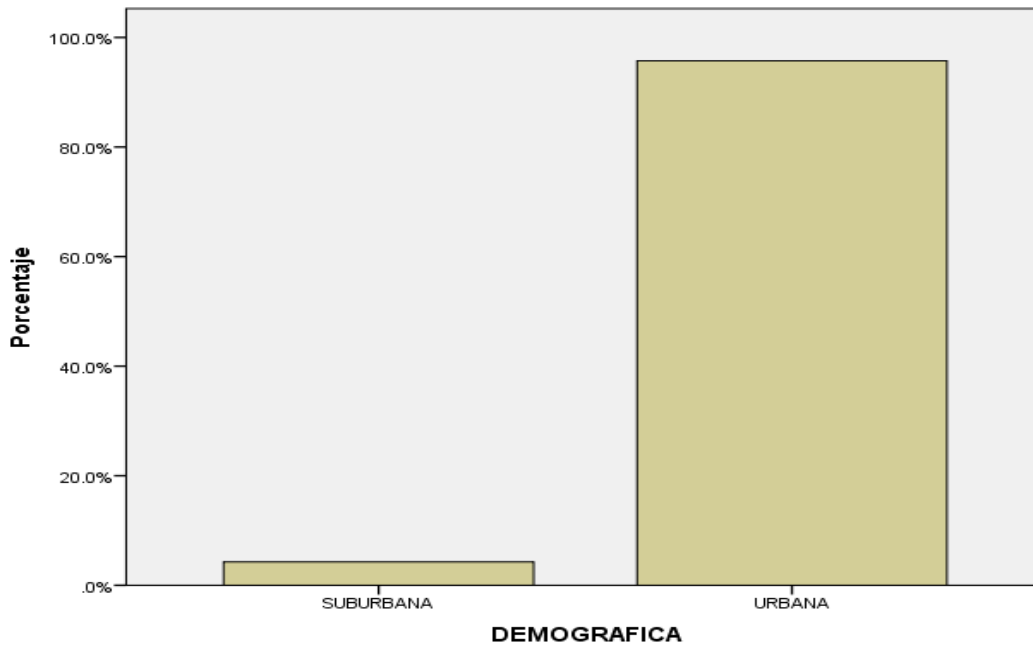
En base a su desarrollo social predomina la familia moderna con una frecuencia de 165 (78.2%), familia tradicional con una frecuencia de 46 (21.8%),

**Tabla 10. En base a su demografía en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

EN BASE A SU DEMOGRAFIA	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SUBURBANA	9	4.3	4.3
Válidos  URBANA	202	95.7	100.0
Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Grafico 10. . En base a su demografía en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**



En base a su demografía predomina la urbana con una frecuencia de 202 (95.7%)

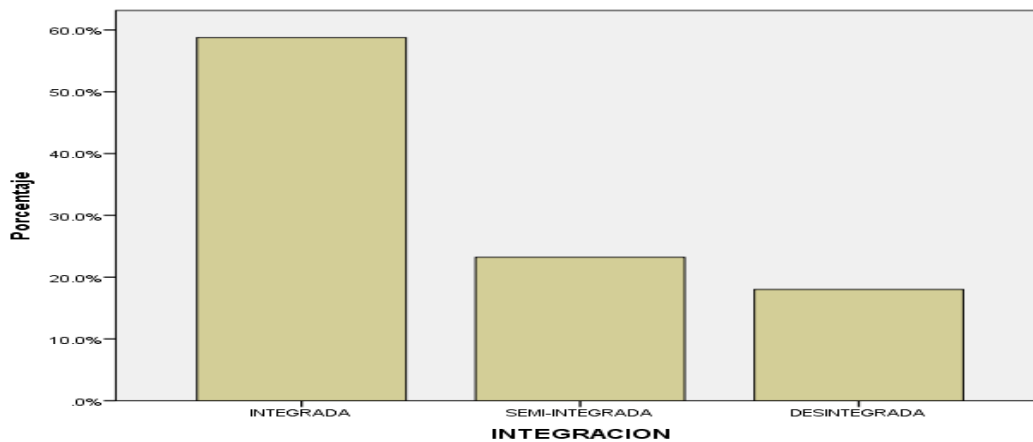


**Tabla 11. En base a su integración en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

CON BASE A SU INTEGRACIÓN	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INTEGRADA	124	58.8	58.8
SEMI-INTEGRADA	49	23.2	82.0
DESINTEGRADA	38	18.0	100.0
Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Gráfico 11. En base a su integración en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**



Con base a su integración familiar predomina la familia integrada con una frecuencia de 124(58.8%)

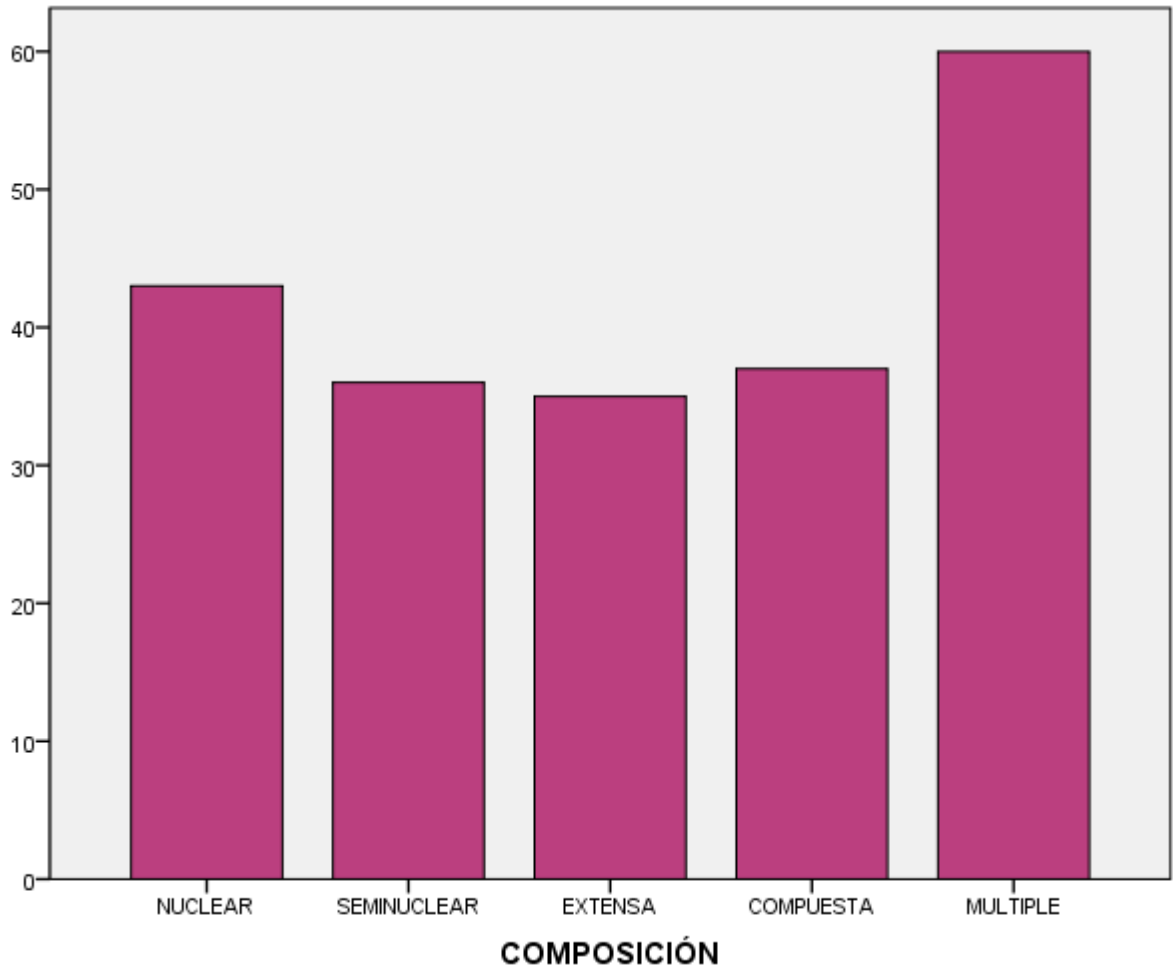
**Tabla 12. En base a su composición en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos			
NUCLEAR	43	20.4	20.4
SEMINUCLEAR	36	17.1	37.4
EXTENSA	35	16.6	54.0
COMPUESTA	37	17.5	71.6
MULTIPLE	60	28.4	100.0
Total	211	100.0	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

**Gráfico 12. En base a su composición en pacientes obesos e hipertensos de 20 a 60 años de edad de la UMF 92**

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos			
NUCLEAR	43	20.4	20.4
SEMINUCLEAR	36	17.1	37.4
EXTENSA	35	16.6	54.0
COMPUESTA	37	17.5	71.6
MULTIPLE	60	28.4	100.0
Total	211	100.0	



Y en base a su composición predomina la familia múltiple con una frecuencia de 60 y un porcentaje de 28.4%, seguido de la familia nuclear con una frecuencia de 43 y un porcentaje de 20.4%

## **XI. CONCLUSIONES**

El objetivo del estudio es describir la tipología familiar de una asociación de nuestras variables es relevante ya que en nuestro medio y en nuestra población el padecer enfermedades crónicas como son la obesidad y la hipertensión modifica el estilo de vida de quien la padece así como de la familia, es importante siempre tener una actitud promotora de la salud familiar además de la atención médica que se brinde teniendo en cuenta las limitaciones de toda institución , a sabiendas que tanto los hábitos saludables como los nocivos se adquieren a través de muchos años en la vida en los miembros de una familia, y es muy difícil cambiarlos de un día para otro, por lo que es importante conocer la tipología familiar para realizar as intervenciones adecuadas en el momento oportuno , la salud y enfermedad de una familia depende de muchos factores pero con nuestra intervención podremos lograr un cambio social.

## XII. BIBLIOGRAFIA

1. León Anzures R, Pons Alvarez O. Medicina familiar: 1ª ed. México: Corinter; 2008.
2. Huerta González, José Luis. Medicina Familiar. La familia en el proceso de salud-enfermedad. Ed. Alfil, Biblioteca de medicina familiar. México. 2005.
3. Membrillo Luna, Apolinar. Fernández Ortega, Miguel Ángel. Quiroz Pérez, José Rubén. Familia, Introducción al estudio de sus elementos. Ed. Editores de textos mexicanos. México, 2008.
4. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de medicina familiar. [Revista de internet] 2005; [acceso 18 de octubre del 2011] ;7 (1):15-19. Disponible <http://www.medigraphic.com>
5. Irigoyen Coria, Arnulfo. Nuevos fundamentos de medicina familiar. Ed. Medicina familiar mexicana. México. 2006.
6. Luckie D. A, Cortés V. F, Ibarra M S. Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. Rev. Esp. Medico-quirúrgicas. [revista de internet]. 2009; [ acceso 19 octubre del 2011]; 14 (4):191-201. Disponible [http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/especialidades\\_mq/2009/octubre-noviembre/EMQ%204-9%20OBESIDAD.pdf](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/especialidades_mq/2009/octubre-noviembre/EMQ%204-9%20OBESIDAD.pdf)
7. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. [Consultado el 20 de octubre del 2011] de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010)
8. Obesidad en el adulto. Recuperado el 03 de marzo de 2012, de: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf>
9. Barrera-Cruz A *et al.* Escenario actual de la obesidad en México, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(3):292-99
10. Obesidad en el adulto. Recuperado el 03 de marzo de 2012, de: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf>
11. Una mirada a la salud de México. El sobrepeso y la obesidad (2010). Recuperado el 16 de febrero de 2012, de [http://www.issste.gob.mx/www/programas/influenza/documents/miradasaludmex\\_bletin\\_mayo2010.pdf](http://www.issste.gob.mx/www/programas/influenza/documents/miradasaludmex_bletin_mayo2010.pdf)

12. Cabrerizo L. MA, Ballesteros MD, Moreno L. C. Complicaciones asociadas a la obesidad. Rev. Esp. Nutr. Comunitaria.2008; 14(3):156-162
13. Guía de Practica Clínica. Actualización 2012. Consultado el 15 de marzo 2012. Disponible en:  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046\\_GPC\\_ObesidadAdulto/IMSS\\_046\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf)
14. Barrera-Cruz A *et al.* Guía para el control del sobrepeso y la obesidad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(3):344-57
15. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, consultado el 16 de marzo del 2012 disponible en  
<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index.html>
16. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial [ Consultado el 18 de octubre del 2011] de  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>
17. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez Gilabert C, Durazo-Arvizú R, Aguilar-Salinas CA. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. Salud Publica Mex 2010;52 suppl 1:S63-S71
18. Boletín de práctica médica efectiva. Hipertensión arterial sistémica (HAS).Diagnóstico, tratamiento y prevención (2006) Recuperado el 16 de marzo de 2012 de  
<http://n6aet7groupcdefinitionofcw.wikispaces.com/file/view/PME%2B%2BHTA.pdf>
19. Salud Pública de México *Print version* ISSN 0036-3634 Salud pública Méx vol.50 n.6 Cuernavaca Nov./Dec. 2008<http://dx.doi.org/>.La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión
- 20.Clavijo, Z. Aspectos relativos de la relación existente entre la obesidad y la hipertensión .Int J Med Sci Phys Educ Sport.2009;5(1):49-58

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

#### “GRADO DE OBESIDAD RELACIONADO A PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

Ecatepec Edo. De Mèx., a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012. Registro núm.:\_\_\_

México ocupa el segundo lugar en obesidad en adultos, a nivel mundial, en los últimos años ha incrementado la prevalencia a una magnitud tal que se considera un problema de salud pública y un importante factor de riesgo para otras patologías en este caso específicamente con la hipertensión arterial.

En este estudio se pretende conocer el grado de obesidad relacionado a hipertensión arterial en los pacientes de 20 a 60 años.

Por lo que se aplicará una cedula de captación de datos que consta de 10 preguntas el cual será aplicado por el encuestador.

Este estudio representa un riesgo mínimo según la Ley General de Salud en su artículo 17.

Este estudio no beneficia al paciente que acepte participar en él, sin embargo nos permite conocer los factores de riesgo de la obesidad relacionados con la hipertensión arterial, que nos puedan aportar información para en un futuro tener nuevos enfoques diagnósticos, terapéuticos y preventivos, por lo cual al detectarlos se enviará a los servicios correspondientes para su control (trabajo social, nutrición). No se darán a conocer los resultados de manera general o particular a los pacientes que acepten participar, de igual manera la información obtenida será confidencial y únicamente se describirá de forma general.

La participación en este estudio es de manera libre y voluntaria.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:  
Investigador responsable: Dra. Yaritza Quiriz Yañez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante usted podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS. Av. Cuauhtémoc 303 4to piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Col. Doctores México D.F., CP 06720. Tel.: (55)56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico [conise@cis.gob.mx](mailto:conise@cis.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el  
consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

Nombre, dirección, relación, firma

Nombre, dirección, relación, firma

Anexo 1.

La presente cédula de datos será llenada por el encuestador.

FOLIO: \_\_\_\_\_

No. DE AFILIACION: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

PESO	TALLA	IMC	TA

1	2
MASCULINO	FEMENINO

EDAD:

1	2	3	4	5	6	7
20 A 25 AÑOS	25 A 30 AÑOS	30 A 35 AÑOS	35 A 40 AÑOS	40 A 45 AÑOS	50 A 55 AÑOS	55 A 60 AÑOS

NIVEL EDUCATIVO

1	2	3	4	5
ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	LICENCIATURA

ESTADO CIVIL

1	2	3	4	5	6
SOLTERO(A)	CASADO (A)	U. LIBRE	DIVORCIADO(A)	SEPARADO(A)	VIUDO(A)

OCUPACION

1	2	3	4	5	6
DESEMPLEADO	PROFESIONISTA	FUINCIONARIO PUBLICO	TRABAJADOR AGRICOLA O GANADERO	COMERCIANTE	TRABAJO NO ESPECIFICADO



REALIZA ACTIVIDAD FISICA

1	2
SI	NO





