

# Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial\*

## Family Functionality and Modified Risk Factors for Arterial Hypertension

Recepción: 29/12/2016 | Aceptación: 27/06/2017

JORGE POMA<sup>a</sup>

Universidad Nacional de Loja, Ecuador

LUCÍA CARRILLO

Universidad Nacional de Loja, Ecuador

JOSÉ GONZÁLEZ

Universidad Nacional de Loja, Ecuador

### RESUMEN

La salud de la familia está ligada con su funcionamiento efectivo; por otra parte, la hipertensión arterial (HTA) es un proceso de gran prevalencia y una de las principales causas prevenibles de complicaciones cardiovasculares. El presente estudio transversal correlacional realizado con 414 participantes de 20 a 64 años de edad determina la relación entre funcionalidad familiar con factores de riesgo para HTA. La disfunción familiar constituye un factor de riesgo para presentar: nivel bajo de actividad física (OR: 1,61; IC<sub>95%</sub>: 1,03-2,52), consumo de tabaco (OR: 1,63; IC<sub>95%</sub>: 1,04-2,55), sobrepeso-obesidad (OR: 1,77; IC<sub>95%</sub>: 1,13-2,76), tensión arterial alterada (OR: 2,00; IC<sub>95%</sub>: 1,22-3,28) y consumo de alcohol de riesgo (OR: 5,69; IC<sub>95%</sub>: 3,59-9,01). El análisis de esta relación contribuye al avance del conocimiento y como base para delinear estrategias preventivas.

### Palabras clave

medicina familiar; índice de masa corporal; uso de tabaco; obesidad.

### ABSTRACT

The health of the family is linked to the effective functioning of the same, on the other hand, hypertension (HT) is a process of high prevalence and one of the main preventable causes of cardiovascular complications. Some associated risk factors can be prevented. The present cross-sectional, correlational study of 414 participants aged 20-64 determined the relationship between family functionality and risk factors for hypertension. Family dysfunction is a risk factor for presenting: low level of physical activity (OR 1.61; CI<sub>95%</sub> = 1.03-2.52); tobacco consumption (OR 1.63; CI<sub>95%</sub> = 1.04-2.55); overweight-obesity (OR; 1.77; CI<sub>95%</sub> = 1.13-2.76); altered blood pressure (OR: 2.00; CI<sub>95%</sub> = 1.22-3.28), and consumption of alcohol at risk (OR: 5.69; CI<sub>95%</sub> = 3.59-9.01). The analysis of this relationship contributes to the advancement of knowledge and as a basis for delineating preventive strategies.

### Keywords

family medicine; body mass index; tobacco use; obesity.

*Cómo citar:* Poma J, Carrillo L, González J. Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial. Univ. Med. 2018;59(1): 3-10. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-1.ffha>

## Introducción

Los problemas de la salud familiar influyen en la salud individual, pues esta última es determinada por las prácticas saludables o patógenas seguidas por el grupo familiar. Un modo de vida familiar saludable promueve la salud de los miembros; mientras que un modo de vida familiar no saludable puede llegar a enfermar a los integrantes de la familia (1).

Se considera que la relación entre salud individual y salud familiar es de doble vía, es decir, la influencia es recíproca. La salud individual se desarrolla en el contexto de una familia, con la formación de hábitos, estilos de vida, sistemas de valores, normas, actitudes y comportamientos hacia la salud (1,2)).

Por otra parte, la hipertensión arterial es un proceso de gran prevalencia en todos los países tanto desarrollados como no y afecta a casi el 40% de los adultos; además, constituye la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo a través de sus complicaciones cardiovasculares. En la génesis de esta elevada prevalencia e incidencia, múltiples autores señalan el cambio en el estilo de vida como generador —al menos parcial— de esta evolución tan negativa (3,4,5).

La escasa actividad física y conductas sedentarias se asocian con aspectos disfuncionales de la dinámica familiar (6). La prevalencia del sedentarismo es mayor en mujeres, aumenta conforme avanza la edad y se ha relacionado con la ampliación del perímetro de la cintura; además, se ha descrito que las personas sedentarias presentan un incremento en su frecuencia cardíaca que se podría relacionar como un signo de afectación del sistema cardiovascular (7).

Los individuos quienes viven en disfunción familiar desarrollan malos hábitos alimenticios (8), esto es, un ambiente familiar disfuncional y una estructura monoparental son factores de riesgo para padecer sobrepeso y obesidad (9).

Las determinaciones de índices antropométricos son herramientas de predicción de hipertensión arterial, debido a su fuerte asociación (10,11). La presencia de conflicto entre padres está asociada con un vínculo más

deteriorado de padres e hijos y mayor consumo de alcohol y otras drogas (12).

En la provincia de Loja existe una elevada prevalencia de factores de riesgo de hipertensión arterial, dentro de los cuales destacan el sobrepeso y obesidad, con un 63,9%; consumo de alcohol, con un 40,6%; consumo de tabaco, con un 42,3%; inactividad física, con un 55,8%, y prehipertensión, con un 34,8% (13). De ahí que el estilo de vida no solo influya en la aparición y desarrollo de la hipertensión arterial, sino también en su control (14,15).

El tratamiento de la hipertensión arterial y de sus complicaciones requiere intervenciones costosas que agotan los presupuestos gubernamentales e individuales, por lo que las modificaciones del estilo de vida, mediante la detección temprana y el control de los factores de riesgo, generan beneficios sanitarios y de índole económica (16,17,18,19,20).

Los cambios en los estilos de vida como abandono del tabaco, reducción del exceso de peso, moderación del consumo de alcohol, actividad física, reducción de la ingesta de sal, aumento de la ingesta de frutas y verduras, conjuntamente con la reducción del consumo de grasas saturadas, pueden contribuir a disminuir los índices de presión arterial (21).

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar con factores de riesgo modificables para hipertensión arterial en adultos de 20 a 64 años de la ciudad de Loja, Ecuador.

Son pocas las investigaciones realizadas acerca de la influencia de la familia en las conductas de riesgo para la salud, por lo que se desconoce *¿cuál es la relación de la funcionalidad familiar con los factores de riesgo modificables para hipertensión arterial?*

## Materiales y métodos

### *Tipo de estudio*

Se realizó un estudio analítico correlacional de corte transversal, durante noviembre de 2015 y

octubre de 2016, en una muestra aleatoria de individuos de entre 20 y 64 años de edad.

### *Diseño de la investigación*

En el desarrollo del presente proyecto se utilizó la investigación de campo, apoyándonos de la información proveniente de encuestas y observaciones directas a los participantes.

### *Cálculo del tamaño de la muestra*

Se tomó como base los datos del Censo de Población y Vivienda Ecuador 2010, considerando el grupo etario entre 20 y 64 años de las parroquias urbanas de la ciudad de Loja (97.223 adultos). El número de encuestas se determinó con la aplicación de la fórmula de Pita Fernández con una proporción esperada del 5%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%.

Para determinar el número de encuestas que se iban a realizar en cada una de las cuatro parroquias urbanas de la ciudad de Loja se llevó a cabo una clasificación en subgrupos o estratos con similares características ambientales (altitud y latitud) y demográficas (densidad poblacional en adultos de 20 a 64 años). El número de encuestas en cada parroquia fue dividido para el número de barrios y se sortearon aleatoriamente las manzanas en las cuales se aplicó el instrumento, usando Excel®. Se trabajó con una potencia deseada mínima del 80% y su verificación se realizó mediante el *software* G\*Power® con el cual se obtuvo un número total de 414 personas.

Los criterios de inclusión fueron: hombres y mujeres de 20 a 64 años que aceptaran formar parte de este estudio. Los criterios de exclusión fueron: negados a participar en el estudio, embarazadas, personas con discapacidades intelectual o física que dificultaran la toma de las medidas antropométricas, índice de masa corporal menor a 18,5 kg/m<sup>2</sup>, pacientes diagnosticados o en tratamiento para hipertensión arterial. Una vez realizada la

estratificación y aleatorización, se elaboró la hoja de ruta para aplicar el instrumento en campo y recolectar la información.

### *Técnicas utilizadas en la recopilación de la información*

La información secundaria se recopiló con ayuda de documentos e información sobre el contexto de trabajo. La información primaria se obtuvo aplicando una encuesta dirigida a los participantes a quienes se les solicitó contestar, de forma objetiva y concreta, los ítems planteados.

### *Ética*

Se contó con el consentimiento informado, que dio a conocer a los participantes el objetivo del estudio, su importancia, los procedimientos que se iban a realizar, así como que su participación es voluntaria y que puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

### *Procedimiento para recolectar los datos*

*Funcionalidad familiar.* Se determinó con la aplicación de la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar, que valora la cohesión, la armonía, la comunicación, la permeabilidad, la afectividad, los roles y la adaptabilidad de la familia. Se realizó una prueba piloto en 30 individuos con similares características y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,768, con una consistencia interna aceptable.

*Grado de consumo de tabaco.* Se determinó de acuerdo con los parámetros y estratificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De igual forma, se aplicó una prueba piloto en 30 individuos con similares características y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,803, con una consistencia interna buena.

*Grado de consumo de alcohol.* Se estableció según los parámetros de la Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT, por su sigla en

inglés). Para la validación local del test AUDIT, se llevó a cabo una prueba piloto en 30 individuos con similares características y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,873, con una consistencia interna buena.

*Actividad física.* Se determinó con el Cuestionario Internacional de Actividad Física. Este es un formato corto, autoadministrado de los últimos 7 días. Tras una prueba piloto en 30 individuos con similares características se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,727, con una consistencia interna aceptable.

*Índice de Masa Corporal (IMC).* Se estableció utilizando una balanza con tallímetro, previamente calibrada, de acuerdo con estándares y escalas internacionales en kilogramos y en metros lineales. El estado nutricional se clasificó a partir de la estratificación de la OMS, según el índice de masa corporal (Peso [kg]/talla [m<sup>2</sup>]).

*Tensión arterial.* Se determinó por el método auscultatorio con un tensiómetro calibrado y adecuadamente validado. Los pacientes permanecieron sentados y quietos en una silla durante, al menos, 5 minutos, con los pies en el suelo y el brazo a la altura del corazón con un tamaño adecuado de brazaletes (que sobrepase al menos en 80% el brazo). Se tomó la presión arterial sistólica como el punto en el que se escucha el primero de dos o más sonidos (fase 1), y la presión arterial diastólica, como el punto tras el que desaparece el sonido. Los índices de tensión arterial se clasificaron a partir de los parámetros de la Sociedad Española de Cardiología.

*Método y modelo de análisis.* Aplicado el instrumento de recolección, los datos se sistematizaron y se tabularon con el programa SPSS (versión 16.0). Se analizó la relación de variables aplicando la prueba estadística de chi-cuadrado de Pearson. Para medir la asociación entre las variables estudiadas fue necesario calcular el coeficiente V de Cramer. En cuanto a la razón de oportunidades (OR), para determinar factores protectores o de riesgo, se trabajó en tablas dicotómicas y límites de confianza con un intervalo del 95%.

## Resultados

La muestra estuvo conformada por 414 participantes (132 hombres y 282 mujeres), con una edad promedio de 38,41 años, de los cuales el 68,1% fueron del sexo femenino. La prevalencia de disfunción familiar fue del 52,17%; nivel bajo de actividad física, del 74,88%; consumo de tabaco, del 26,09%; sobrepeso-obesidad, del 73,91%; tensión arterial alterada (normal alta): del 21,01%, y consumo de alcohol de riesgo, del 35,75% (véanse anexos).

La disfunción familiar constituyó un factor de riesgo para: nivel bajo de actividad física, pues se encontró un valor de  $\chi^2_c$  de 11,97 ( $p < 0,05$  [0,007]; OR: 1,61; IC<sub>95%</sub>: 1,03-2,52); consumo de tabaco, con un  $\chi^2_c$  de 10,53 ( $p < 0,05$  [0,015]; OR: 1,63; IC<sub>95%</sub>: 1,04-2,55); sobrepeso-obesidad, con un  $\chi^2_c$  de 10,49 ( $p < 0,05$  [0,015]; OR: 1,77; IC<sub>95%</sub>: 1,13-2,76); tensión arterial alterada, con un  $\chi^2_c$  de 21,37 ( $p < 0,05$  [0,000]; OR: 2,00; IC<sub>95%</sub>: 1,22-3,28); consumo de alcohol de riesgo, con un  $\chi^2_c$  de 62,91 ( $p < 0,05$  [0,000]; OR: 5,69; IC<sub>95%</sub>: 3,59-9,01).

## Discusión

Los resultados del estudio demuestran una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y los factores de riesgo para hipertensión arterial, como la escasa actividad física, consumo de tabaco, sobrepeso-obesidad, tensión arterial normal alta y consumo de alcohol de riesgo; sin embargo, la magnitud de esta asociación, determinada por el coeficiente V de Cramer, va de 0,17 a 0,39, lo que establece un grado de asociación bajo a moderado y debería, entonces, investigarse más esta relación.

En el diagnóstico nutricional de la población estudiada, clasificado según el IMC, fue prevalente el sobrepeso-obesidad, con 73,91%, de modo semejante a lo que se produjo en el estudio de Freire y cols. (13), donde se observó una prevalencia de sobrepeso-obesidad del 62,8%.

La disfunción familiar constituye un factor de riesgo para el desarrollo de poca actividad física. La correlación entre disfunción familiar y el consumo de tabaco contrasta con los resultados del estudio de Santander y cols. (22), donde los participantes pertenecientes a hogares percibidos como disfuncionales tuvieron un riesgo significativamente mayor de consumo de tabaco (OR: 1,46; IC<sub>95%</sub>: 1,02-2,07; p < 0,03).

La disfunción familiar constituyó un riesgo para el desarrollo de sobrepeso-obesidad, resultados similares a los obtenidos en el estudio de González-Rico y cols. (23), en el cual existió asociación entre disfunción familiar y obesidad (OR: 1,63; IC<sub>95%</sub>: 1,08-2,46; p < 0,01).

Los participantes con disfunción familiar presentaron tensión arterial alterada, resultados que podrían ser comparados con el estudio de González y cols. (24), donde se demostró que el 84,13% de las familias disfuncionales presentaron descontrol de los niveles de tensión arterial ( $\chi^2$ : 54,6; p = 0,0000; V de Crámer: 0,4223).

La asociación entre disfunción familiar y consumo de alcohol determinada en este estudio es comparable con los resultados del estudio de Musitu y cols. (25), en el cual se demuestra una relación positiva y significativa entre el funcionamiento familiar negativo y el consumo de sustancias ( $\beta$  = 0,15; p < 0,01), dentro de estas el alcohol.

## Conclusiones

Existe una relación estadísticamente significativa entre la función familiar y factores de riesgo para hipertensión arterial. Los datos respaldan la hipótesis de que la disfunción familiar constituye un factor predisponente para el desarrollo de factores de riesgo para hipertensión arterial.

El análisis de esta relación contribuye al avance del conocimiento y es de gran utilidad como base para delinear estrategias preventivas familiares y comunitarias.

## Conflictos de interés

Los autores declararon no tener conflictos de interés.

## Agradecimientos

Se agradece a los participantes del estudio, por su colaboración en la obtención de los datos.

## Referencias

1. González I. Reflexiones acerca de la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16(5):508-12.
2. Rodríguez J, López N, Tamayo O, Rodríguez S. La familia como célula fundamental de la sociedad en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Tecnol Salud.* 2015;5(3):48-53.
3. Amicucci M, Gonçalves M, Guimarães L, Amaral L. Hipertensión arterial y estilo de vida en Sinop, Municipio de la Amazonía Legal. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(5):621-6.
4. Ordúñez P, Pérez E, Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. *Rev Panam Salud Pública.* 2010;28(4):311-8.
5. Weschenfelder D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enferm Global.* 2012;11(26):344-53.
6. Lavielle P, Pineda V, Jáuregui O, Castillo M. Actividad física y sedentarismo: determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente. *Rev Panam Salud Pública.* 2014;16(2):161-72.
7. Moreno J, Cruz H, Angarita A. Evaluación de razones de prevalencia

para sedentarismo y factores de riesgo en un grupo de estudiantes universitarios. *Chía-Colombia. Enferm Global*. 2014;7(34):114-22.

8. Mejía G, Salazar F, Sanabria L, Polanía H, Lizcano P, Medina R. Caracterización sociodemográfica y familiar de obesos intervenidos a través de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva. *Revista Facultad de Salud*. 2014;6(1):59-66.

9. Flores J, Sánchez F. Estructura y funcionalidad familiar en el desarrollo de sobrepeso y obesidad en escolares Zacatecanos. *Ibn Sina*. 2011;1-15.

10. Afrifa E, Agyemang C, Ardey S, Ogedegbe G, Graft A. The association of physical activity, body mass index and The association of physical activity, body mass index and the blood pressure levels among urban poor youth in Accra Ghana. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-9. doi: <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1546-3>.

11. Lee J, Lim N, Baek T, Park S, Park H. Anthropometric indices as predictors of hypertension among men and women aged 40-69 years in the Korean population: The Korean Genome and Epidemiology Study. *BMC Public Health*. 2015;15(1):140. doi: <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1471-5>.

12. Fantin MB, García HD. Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*. 2011;9(2):193-214.

13. Freire W, Belmont P, Gómez L, Mendieta M, Monge R, Piñeiros P, et al. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Quito: Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2014.

14. Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Díaz D, López A, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*. 2012;44(1):16-22.

15. Roca A, Coll C. Medidas no farmacológicas en el tratamiento antihipertensivo. *Atención Primaria*. 2010;36(2):1-29. doi: [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(05\)70581-3](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(05)70581-3).

16. Fuentes L, Muñoz A. Efectos de una intervención integral en la reducción de factores de riesgo cardiovascular en mujeres con sobrepeso u obesidad de la Región de Los Ríos. *Rev Med Chile*. 2010;138:974-81.

17. Galán A, Cuixart C, Villar F, Navarro J, Lobos J, Ortega R, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Atención Primaria*. 2014;44(1):3-15.

18. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2010;15(1):128-43.

19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Washington: OMS; 2013. p. 1-39.

20. Shafieyan Z, Qorbani M, Rastegari Mehr B, Mahboubi M, Rezapour A, Safari O, et al. Association between lifestyle and hypertension in patients referred to health care centers of Ilam City in 2014. *Glob J Health*. 2015;8(6):161-7.

21. Calvo C, Waisman G, Juncos L. Hipertensión arterial: objetivos y estrategias del tratamiento farmacológico. *Atención Primaria*. 2010;1-11.

22. Santander S, Zubarew T, Santelices L, Argollo P, Cerda J, Bórquez M. Influencia de la familia como factor

protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. Rev Med de Chile. 2008;136(3):317-24. doi: <http://doi.org/10.4067/S0034-98872008000300006>.

23. González-Rico J, Vásquez-Garibay E, Cabrera-Pivaral C, González-Pérez G, Troyo-Sanromán R. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012;50(2):127-34.

24. González A, González N, Vásquez Y, González L, Gómez R. Importancia de la participación familiar en el control de la hipertension arterial. Medicentro [internet]. 2004;8(2):3-9. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/importancia\\_de\\_lafamilia\\_en\\_el\\_control\\_de\\_la\\_hta.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/importancia_de_lafamilia_en_el_control_de_la_hta.pdf)

25. Musitu G, Jiménez T, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. Salud Pública Méx. 2007;49(1):3-10. doi: <http://doi.org/10.1590/S0036-36342007000100002>.

## Anexos

### Anexo 1. Relación entre disfunción familiar y factores de riesgo para hipertensión arterial

Variable cruce	Variable problema	χ <sup>2</sup>	p	V de Cramer	OR	Intervalo de confianza 95 %	
						LCI	LCS
Disfunción familiar	Nivel bajo de Actividad física	11,976	0,007	0,170	1,613	1,031	2,524
Disfunción familiar	Consumo de tabaco	10,534	0,015	0,160	1,634	1,045	2,556
Disfunción familiar	Sobrepeso-obesidad	10,490	0,015	0,159	1,773	1,137	2,765
Disfunción familiar	Tensión arterial alterada (normal alta)	21,372	0,000	0,227	2,008	1,227	3,285
Disfunción familiar	Consumo de alcohol de riesgo	62,914	0,000	0,390	5,693	3,596	90,014

**Fuente:** investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación *Factores familiares y su relación con factores de riesgo modificables para hipertensión en adultos de 20 a 64 años Loja* 2016. UNL-ASH. Elaboración: MD Jorge Poma.

### Anexo 2. Distribución de adultos por edad y sexo

Variable	Frecuencia (n = 414)	%	Intervalo de confianza 95 %	
			LCI	LCS
<b>Edad</b>				
Adulto joven	244	58,94	57,72	60,15
Adulto	170	41,06	39,85	42,28
<b>Sexo</b>				
Hombre	132	31,88	30,67	33,10
Mujer	282	68,12	66,90	69,33

**Fuente:** investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación *Factores familiares y su relación con factores de riesgo modificables para hipertensión en adultos de 20 a 64 años Loja* 2016. UNL-ASH. Elaboración: MD Jorge Poma.

### Anexo 3. Prevalencia de disfunción familiar

Función familiar	Frecuencia	Total adultos por función	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza 95 %	
				LCI	LCS
Disfuncional	216	414	52,17	51,88	52,47
Funcional	198	414	47,83	47,53	48,12

**Fuente:** investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación *Factores familiares y su relación con factores de riesgo modificables para hipertensión en adultos de 20 a 64 años Loja* 2016. UNL-ASH. Elaboración: MD Jorge Poma.

### Anexo 4. Prevalencia de escasa actividad física

Sexo	Frecuencia	Total adultos por sexo	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza 95 %	
				LCI	LCS
Hombre	93	132	70,45	69,94	70,97
Mujer	217	282	76,95	76,44	77,46
Total	310	414	74,88	74,37	75,39

**Fuente:** investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación *Factores familiares y su relación con factores de riesgo modificables para hipertensión en adultos de 20 a 64 años Loja* 2016. UNL-ASH. Elaboración: MD Jorge Poma.

## Anexo 5. Prevalencia de consumo de tabaco

Sexo	Frecuencia	Total adultos por sexo	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza 95 %	
				LCI	LCS
Hombre	65	132	49,24	44,71	53,78
Mujer	43	282	15,25	10,72	19,78
Total	108	414	26,09	21,55	30,62

**Fuente:** investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación *Factores familiares y su relación con factores de riesgo modificables para hipertensión en adultos de 20 a 64 años Loja* 2016. UNL-ASH. Elaboración: MD Jorge Poma.

## Anexo 6. Prevalencia de sobrepeso-obesidad

Sexo	Frecuencia	Total adultos por sexo	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza 95 %	
				LCI	LCS
Hombre	96	132	72,73	72,59	72,87
Mujer	210	282	74,47	74,33	74,61
Total	306	414	73,91	73,78	74,05

**Fuente:** investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación *Factores familiares y su relación con factores de riesgo modificables para hipertensión en adultos de 20 a 64 años Loja* 2016. UNL-ASH. Elaboración: MD Jorge Poma.

## Anexo 7. Prevalencia de tensión arterial normal alta

Sexo	Frecuencia	Total adultos por sexo	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza 95 %	
				LCI	LCS
Hombre	34	132	25,76	24,72	26,79
Mujer	53	282	18,79	17,76	19,83
Total	87	414	21,01	19,98	22,05

**Fuente:** investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación *Factores familiares y su relación con factores de riesgo modificables para hipertensión en adultos de 20 a 64 años Loja* 2016. UNL-ASH. Elaboración: MD Jorge Poma.

## Anexo 8. Prevalencia de consumo de alcohol de riesgo

Sexo	Frecuencia	Total adultos por sexo	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza 95 %	
				LCI	LCS
Hombre	78	132	59,09	55,19	62,99
Mujer	70	282	24,82	20,92	28,73
Total	148	414	35,75	31,85	39,65

**Fuente:** investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación *Factores familiares y su relación con factores de riesgo modificables para hipertensión en adultos de 20 a 64 años Loja* 2016. UNL-ASH. Elaboración: MD Jorge Poma.

## Notas

- \* Auspiciado por el programa de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, Ecuador, en convenio con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y financiado por el Banco Internacional de Desarrollo. Revisado por la Dra. Angélica Gordillo. Especialista en Medicina Interna, médica tratante del Hospital Isidro Ayora de Loja. Docente del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.