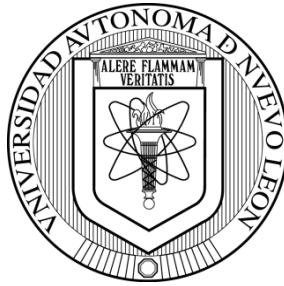


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADULTOS
CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

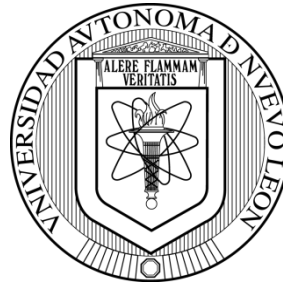
Por

LIC DENISSE NAVARRO SALGADO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Julio, 2013

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADULTOS
CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Por

LIC DENISSE NAVARRO SALGADO

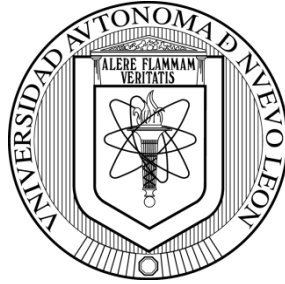
Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Julio, 2013

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADULTOS
CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Por

LIC DENISSE NAVARRO SALGADO

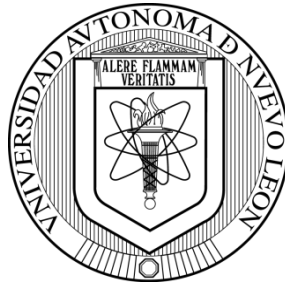
CO-ASESOR

DRA. NORA ANGÉLICA ARMENDÁRIZ GARCÍA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Julio, 2013

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADULTOS
CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Por

LIC DENISSE NAVARRO SALGADO

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Julio, 2013

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García

Secretario

Dra. Bertha Alicia Alonso Castillo

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo proporcionado para alcanzar una meta más.

A mi director de tesis la Dra. María Magdalena Alonso Castillo por brindarme su paciencia, la oportunidad de trabajar con ella y por compartir sus conocimientos.

A mi co-asesor de tesis la Dra. Nora Angélica Armendáriz García ya que a pesar de sus actividades siempre estuvo al tanto de mi trabajo.

A los maestros de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por compartir sus conocimientos y experiencias.

Al área administrativa de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. En especial al Director de la FAEN/UANL, el MSP. Lucio Rodríguez Aguilar por brindarme la oportunidad de cursar mis estudios de posgrado en esta prestigiosa institución.

A la institución de salud donde se realizó el estudio quienes fueron amables y accesibles en todo momento, así como a los participantes, quienes cooperaron con el estudio.

A mis padres y hermanas por siempre apoyarme en la toma de decisiones y sobre todo en el proceso que lleva cada una de ellas.

A mis compañeros de grupo y ahora amigos Myriam, Catalina, Carolina, Dalila y Luis por compartir conmigo esta etapa, por su apoyo incondicional en todo momento, por la fortaleza y motivación que me brindaron durante estos dos años

Y a cada una de las personas que formaron parte de este proceso, gracias.

DEDICATORIA

A Dios por iluminarme durante estos dos años, quien me dio la oportunidad de vivir esta experiencia, y me permitió alcanzar este logro.

A mi papá el Dr. José Navarro Castañón por el gran ejemplo que siempre ha sido para mí, quien siempre me ha apoyado con palabras de aliento y un sin número de muestras de cariño, a mi mamá la Sra. María Fidencia Salgado Ceniceros por el gran ejemplo que siempre me ha dado con su trabajo constante y sus deseos de superación en todos los ámbitos, gracias a los dos por motivarme y apoyarme siempre a cada paso que doy, este logro también es suyo papas, los amo.

A mis hermanas Mariel y Ana Karen por su amor y cariño, las quiero mucho.

A mi tía Soco que es como mi segunda madre, quien siempre estuvo al pendiente de mí junto con sus hijos, los adoro.

A mi familia que siempre me demostró cariño durante este tiempo en Monterrey.

A mis amigas Tania, Laura y Flor quienes con sus constantes ánimos y palabras reconfortantes me daban ánimo para seguir, las quiero mucho

A mis ahora amigas Katy, Miry y Karo, las quiero mucho

Tabla de Contenido

Contenido	Pagina
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	5
Estudios Relacionados	10
Definición de Términos	15
Objetivos	19
Capítulo II	
Metodología	20
Diseño del Estudio	20
Población, Muestra y Muestreo	20
Instrumentos de Medición	21
Procedimiento de Recolección de Datos	22
Consideraciones Éticas	23
Análisis de Datos	25
Capítulo III	
Resultados	27
Consistencia Interna del Instrumento	27
Estadística Descriptiva	28
Estadística Inferencial	30
Capítulo IV	
Discusión	53
Conclusiones	60

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Recomendaciones	62
Limitaciones del estudio	62
Referencias	63
Apéndices	70
A Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas (CDPYPCD)	71
B Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)	74
C Consentimiento Informado	76

Lista de Tablas

Tabla	Pagina
1. Consistencia interna del instrumento AUDIT	26
2. Datos sociodemográficos de los participantes	28
3. Datos sociodemográficos del los participantes	29
4. Prueba de la normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors	30
5. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol por sexo	31
6. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol por edad	32
7. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de tabaco por sexo	33
8. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de tabaco por edad	34
9. Prueba de H de Kruskal-Wallis para el tipo de consumo de alcohol por edad	35
10. Prueba de Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por sexo	36
11. Prueba H de Kruskal-Wallis para el tipo de consumo de tabaco por edad	37
12. Prueba de Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por sexo	38
13. Bebida alcoholica de mayor consumo en adultos con diagnóstico de HTA	39
14. Coeficiente de correlación de Spearman	40
15. Prueba U de Mann-Whitney de consumo de alcohol en los últimos siete días	41

16. Prueba U de Mann-Whitney de consumo de alcohol en el último mes	42
17. Prueba U de Mann-Whitney de consumo de tabaco en los últimos siete días	43
18. Prueba U de Mann-Whitney de consumo de tabaco en el último mes	44
19. Prueba H de Kruskal-Wallis de presión sistólica y prevalencia de alcohol y tabaco, lápsica, actual e instantánea	45
20. Prueba H de Kruskal-Wallis de presión diastólica y prevalencia de alcohol y tabaco , lápsica, actual e instantánea	47
21. Prueba H de Kruskal-Wallis de años de escolaridad y prevalencia de alcohol y tabaco , lápsica, actual e instantánea	49
22. Prueba H de Kruskal-Wallis de edad y prevalencia de alcohol y tabaco , lápsica, actual e instantánea	51

Resumen

Denisse Navarro Salgado
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Julio, 2013

Título del estudio: CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADULTOS CON
DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Número de páginas:

Candidato para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e ilícitas

Propósito y Método del estudio: Identificar la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en adultos con diagnóstico de HTA, que asisten a control en unidades de salud de primer nivel en el municipio de Apodaca. El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional. Se estableció un intervalo de confianza por proporción ajustada a una población finita, con un nivel de confianza de 95%, considerando una tasa de no respuesta de 15% se obtuvo como muestra final de 247 individuos con diagnóstico de HTA. El muestreo fue irrestricto aleatorio. Se utilizó una cedula de datos para conocer los datos sociodemográficos, así como las prevalencias y el tipo de consumo de alcohol y tabaco, además el instrumento: Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] (De la Fuente & Kershenobich 1992)

Contribución y Conclusión: De acuerdo a lo reportado en este estudio se concluye que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 22.60 años con un consumo de 6.30 bebidas alcohólicas en un día típico donde la cerveza fue la de preferencia. La edad promedio de inicio de consumo de tabaco fue de 18.92 años con un consumo de 7.35 cigarrillos en un día típico. Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol se identificó que los hombres presentaron mayor prevalencia de consumo que las mujeres en la prevalencia global (100% vs 51.4%), lapsica (82.8% vs 26.2%), actual (79.7% vs 17.5%) e instantánea (79.9% vs 11.5%). Existen diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol por sexo, en donde los hombres presentan mayor consumo dependiente ($\chi^2 = 7.57$, $p < .006$) y dañino ($\chi^2 = 48.85$, $p < .001$) mientras que las mujeres presentan mayor consumo sensato ($\chi^2 = 71.52$, $p < .001$). En cuanto a la prevalencia de consumo de tabaco se identificó que los hombres presentaron mayor prevalencia de consumo que las mujeres, en la prevalencia global (81.8% vs 30.1%), lapsica (50.0% vs 12.6%), actual (46.9% vs 10.9%) e instantánea (46.9% vs 9.3%). Existe diferencia significativa en el tipo de consumo por edad ($H = 10.93$, $p < .027$) donde los adultos de menor edad mantienen un consumo dependiente ($\bar{X} = 42.09$), mientras que los que se encuentran en el grupo de edad de 50 años son ex fumadores ($\bar{X} = 50.0$). Se documentó correlación positiva y significativa del número de bebidas alcohólicas y las cifras de presión arterial sistólica y diastólica ($r_s = .326$, $p = .001$; $r_s = -.361$, $p = .001$). A medida que aumenta el número de bebidas alcohólicas y el número de cigarrillos, más altas fueron las cifras de presión arterial.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS

Capítulo I

Introducción

El consumo de alcohol y tabaco representan grandes problemas de salud pública a nivel mundial, debido a la escasa percepción del riesgo que genera su uso, así como las severas consecuencias en la salud y el impacto en la vida familiar. El consumo de estas drogas afecta a la sociedad en los altos costos que genera la atención de estas personas así como las pérdidas productivas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011)

El consumo de estas drogas legales si bien se consideran conductas socialmente aceptadas, deben ser restringidas en caso de que las personas padezcan enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) e Hipertensión Arterial (HTA), debido a que se potencializa el riesgo de consecuencias graves en la salud, entre las cuales se encuentran enfermedades cardíacas (miocardiopatía), trastornos neuro-hormonales y alteraciones electrolíticas, así mismo puede existir interacción entre el alcohol y el consumo de medicamentos de control de estas enfermedades en los pacientes (Estruch, 2002).

En el caso del consumo de tabaco, la importancia de restringir el uso de esta sustancia en caso de padecer las enfermedades ya mencionadas, es debido a que al consumir tabaco se acelera la aterosclerosis, incrementa la incidencia de infarto del miocardio y aumenta el daño vascular como la vasoconstricción (Huerta, 2001). Por otra parte la HTA es un importante factor de riesgo cardiovascular, un aumento de la presión arterial tiene un efecto significativo en la morbilidad y mortalidad (Lawes, Vander & Rodger, 2008).

A nivel nacional se ha observado que el consumo de alcohol es más frecuente en hombres que en mujeres, en una proporción de siete hombres por cada mujer (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2011). Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en México, el 6% de la población desarrolló dependencia al alcohol,

lo que equivale a 4.9 millones de personas (Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Vivir Mejor, (2011). En Nuevo León, se registra que en la población total el consumo diario de alcohol es de 1.3%, para el consumo consuetudinario es de 9.5% y para el consumo considerado abuso/dependencia es el 5% (CONADIC, 2008).

Los factores que facilitan y favorecen el consumo de alcohol tanto en el sexo femenino como masculino son las características personales, familiares y sociales (Albarracín & Muñoz, 2008). Las personas que son bebedoras consumen alcohol con el fin de tener sensaciones de placer, tranquilidad o exaltación y búsqueda de bienestar (Martínez et al., 2008; Álvarez, Alonso & Guidorizzi, 2010). Algunas razones por las que las personas con diagnóstico de hipertensión arterial continúan consumiendo alcohol aunque se les indique que deben dejar de realizar esta conducta, puede ser como forma de afrontamiento ante problemas que cotidianamente no pueden manejar, además algunos individuos tienen el deseo de beber, o algunos pueden ser dependientes de la sustancia (Miller, 2005).

Se ha encontrado que el consumo de alcohol está relacionado de forma directa e indirecta con múltiples consecuencias en la salud tales como alteraciones en el sistema nervioso central, cáncer del aparato digestivo, daño hepático, disfunción sexual, daños psicológicos y cardiovasculares (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAA], 2008). Por otra parte, se puede señalar que la pérdida de años de vida saludable asociadas al consumo excesivo de alcohol en el sexo masculino y femenino es a causa de cirrosis hepática en un 5.1% y 2% respectivamente, enfermedades cerebrovasculares en un 1.7% y 2.2% respectivamente, agresiones (homicidios) en un 4.6% y lesiones producidas por vehículos en 4.6% (Lozano, Franco & Solis, 2007; SS, 2009).

Respecto al consumo de tabaco, la OMS estima que existen 4.9 millones de muertes anuales por el consumo de esta sustancia y se espera que para el 2030 las cifras

se eleven a 10 millones. Según la ENA (2011) se observó que, entre la población de 18 a 65 años de edad hubo un crecimiento significativo en las prevalencias de consumo de alcohol de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia alguna vez pasó de 72% a 77.1%, la prevalencia en los últimos doce meses incrementó de 51.3% a 55.7% y la prevalencia del último mes pasó de 22.2% a 35%. Además la edad de inicio de consumo de alcohol oscila entre los 18 y 25 años de edad

Por su parte, la ENA (2011) reporta una prevalencia de consumo activo de tabaco en los adultos de 18 a 65 años de edad de 23.6%, lo que corresponde a 15.6 millones de adultos fumadores. El 34.6% son hombres y el 13.6% son mujeres (11 millones de hombres y 6.8 millones de mujeres). Entre los adultos, la edad promedio de inicio de consumo diario de tabaco se encuentra en 20.6 años de edad, fumando 6.6 cigarrillos al día. El 74.8% de los adultos fumadores activos inhalan y tragan el humo del cigarro (“dan el golpe”), siendo más frecuente entre los hombres (77.5%) que entre las mujeres (68.5%), un 11.8% de los adultos fuman el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse. Cerca de 19,7 millones (29.7.1%), de los mexicanos son ex fumadores (CONADIC, 2011).

Así mismo, las pérdidas de años de vida saludable asociadas al consumo excesivo de tabaco en el sexo masculino y femenino se encuentran relacionados a enfermedades tales como cardiopatías isquémica en un 11% y cáncer de pulmón, bronquios y tráquea en un 70% (OMS, 2011).

En relación con la HTA, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), se ha observado que el 32.2% (20 millones de mexicanos) de la población mayor de 20 años de edad padece esta enfermedad, de estos un 50% ignoran que la padecen. De acuerdo al sexo se mostró que el 20.1% de los hombres y 12.1% de las mujeres la padecen (SS, 2006). Existen diversos factores de riesgo asociados al incremento significativo de enfermedad cardiovascular y se dividen en no modificables como los antecedentes familiares con HTA, edad, género y modificables como la

obesidad y sobrepeso, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo y estrés (Secretaría de Salud; Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial [NOM-030-SSA2-2009]; Valero & García, 2009).

Estudios muestran que el consumo de vino tinto en bajas cantidades presenta un efecto protector contra enfermedades cardiovasculares (Athiros, et al 2008; Hines & Rimm, 2001; Mukamal, et al 2005; Djoussé & Mukamal, 2009; Núñez-Córdoba, Martínez-González, Bes-Rastrollo, Toledo, Beunza, & Alonso, 2009). Sin embargo en la población Mexicana existe un patrón de consumo de alcohol excesivo en donde se incluye cerveza como bebida de preferencia así como otros destilados del alcohol y escasamente existe la cultura de consumo de vino tinto en bajas cantidades. Por este motivo el estudiar el consumo de alcohol excesivo en esta población es de importancia ya que la literatura muestra que el consumo de alcohol excesivo es uno de los principales factores de riesgo de HTA, la cual es la segunda causa más importante de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad a nivel mundial y una de las causas más importantes de muerte prematura, accidentes cerebro vasculares y morbilidad coronaria (Sesso, Cook, Buring, Manson, & Graziano, 2008).

Respecto al uso o consumo de tabaco existen estudios de Monitoreo de la Presión Arterial (MAPA) en personas que consumían tabaco y eran normotensos durante ocho horas, se pudo observar que cuando fumaban un cigarrillo cada 30 min y se comparaban con periodos idénticos sin fumar había niveles de presiones persistentes más elevadas mientras los individuos fumaban (Galá, Campos, & Pérez, 2004; Gropelli, Giorgi, Omboni, Paratti, & Mancia, 1992).

El efecto de la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol en relación con la hipertensión no está clarificado. Se ha indicado que el riesgo asociado al consumo excesivo de alcohol es independiente del tipo de bebida consumida. Sin embargo en un estudio se observaron elevaciones significativas del riesgo de hipertensión arterial sólo con el consumo de cerveza, licor y vino blanco (Sesso et al; 2008). Por otra parte, en un

estudio de cohortes en universitarios de España se encontró un incremento del riesgo de HTA asociado al consumo de alcohol, además de que la cerveza y los licores excepto el vino tinto mostraron un efecto dañino al elevar el riesgo de hipertensión (Núñez-Córdoba, Martínez-González, Bes-Rastrollo, Toledo, Beunza, & Alonso, 2009).

En la experiencia personal de la autora principal del estudio, ha observado en la práctica comunitaria, que los pacientes con diagnóstico de HTA, que asisten a su control en los centros de salud comunitarios, continúan consumiendo alcohol y fumando cigarrillos, aunque se les indique que dejen de tomar alcohol y fumar, en otros casos el paciente señala que nadie le ha dicho que modifique estas conductas. El presente estudio aportó conocimiento científico sobre el consumo de alcohol y tabaco en personas con diagnóstico de HTA. Esta información podrá ser útil para que el profesional de enfermería en un futuro diseñe y proporcione intervenciones de prevención y control encaminadas a reducir el consumo de alcohol y tabaco en esta población, lo cual puede impactar en la disminución de las complicaciones en personas con este problema de salud.

Por tal motivo, la finalidad del presente estudio fue identificar la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en adultos (hombres y mujeres) con diagnóstico de HTA, que asisten a control médico en unidades de salud de primer nivel de atención en el municipio de Apodaca, Nuevo León para lo cual se realizó un estudio descriptivo.

Marco de Referencia

Los conceptos que guiaron el presente estudio son prevalencias de alcohol y tabaco, consumo de alcohol, consumo de tabaco e HTA.

El consumo de alcohol es un estilo de vida que tiene efectos en la salud física, mental y social del individuo. Las consecuencias dependen de la cantidad y frecuencia con que se consume la sustancia. Las bebidas alcohólicas contienen aproximadamente de 2% hasta 55% de alcohol etílico. Estas bebidas se producen a través de la fermentación de la levadura, los azúcares y los almidones. La clasificación de las bebidas

alcohólicas según Tapia (2001) son fermentadas y destiladas. Dentro de las fermentadas se encuentran la cerveza (355 ml), el vino (148 ml), se consideran destilados el tequila, brandy, ron y el aguardiente (37 ml) (Stranges et al., 2004; Tapia, 2001).

En relación al consumo de alcohol por género se observa una diferencia de daños entre hombres y mujeres. La mujer se intoxica más rápido que el hombre a dosis semejantes debido a que la mujer tiene mayor proporción de tejido adiposo y un 14% menos proporción de agua en el organismo que el hombre, por lo que las mujeres presentan más alta concentración de alcohol en la sangre, esto es debido a que el etanol es una molécula más soluble en agua que en grasas. Así mismo, existe una disminución de la enzima deshidrogenasa alcohólica a nivel gástrico en la mujer, esta enzima es la encargada de desdoblar el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo provocando síntomas de intoxicación en menor tiempo y con menor cantidad de alcohol (Fernández-Solà, 2007; Tapia, 2001).

La Norma Oficial Mexicana, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-2009) recomienda estudiar la conducta del consumo de alcohol y de tabaco en relación con el consumo que se haya presentado alguna vez en la vida (prevalencia global), en los últimos doce meses (prevalencia lapsica), el consumo registrado en el último mes (prevalencia actual), así como en los últimos siete días (prevalencia instantánea). La prevalencia en general se considera como el número de casos existentes de una enfermedad, en un momento específico, en un lugar establecido y en un grupo social dado (Nordness, 2006).

En México, los criterios para el consumo de alcohol, tomando en cuenta que una bebida estándar contiene alrededor de 10-12 gramos de etanol, son consumo sensato cuando el consumo es de 40 gramos de etanol no más de tres veces por semana (máximo cuatro bebidas estándar) en varones y 20 gramos de etanol no más de tres veces por semana (dos bebidas estándar) en las mujeres; el consumo dependiente se presenta cuando se ingieren de cuatro a nueve copas por ocasión en los varones y de tres a cinco

copas por ocasión en las mujeres, dejando de realizar actividad por el consumo de alcohol y el consumo dañino que sucede cuando se ingiere en un día típico seis o más copas en las mujeres y cuando los hombres ingieren diez o más copas; además, que amigos, familiares o personal de salud le hayan manifestado preocupación por su forma de beber (De la Fuente & Kershenobich, 1992)

El consumo de tabaco es muy adictivo como la droga ilícita, ya que se trata de un producto psicoactivo que afecta los procesos químicos del cerebro y del sistema nervioso. Los fumadores, además de dañar su propia salud, perjudican a quienes los rodean (González & Berger, 2002). El tabaco es originario de América y proviene de la planta *Nicotiana Tabacum*, arbusto de hojas verdes grandes, de textura vellosa y pegajosa con sabor amargo, sus flores son de color blanco, amarillo y violeta.

El principal componente químico del tabaco es la nicotina (C₁₀ H₁₄ N₂), sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante, principal responsable de la adicción debido al estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica, receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central, absorbiéndose con facilidad por la piel, las mucosas y los pulmones (Ruiz, Rodríguez, Rubio, Revert, & Hardisson, 2004; Teixeira do Carmo, Andrés-Pueyo, & Álvarez, 2005; Secretaría de Salud- Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones [NOM-028-SSA2-2009], 2009).

El consumo de tabaco se evalúa de acuerdo a la cantidad de cigarros fumados en la vida y se clasifica en fumador diario son las personas que fuman todos los días; fumador ocasional (experimentador) son las personas que han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida; ex fumador es la persona que ha fumado en el pasado más de 100 cigarrillos y actualmente no fuman; no fumadores son las personas que nunca han fumado y fumador con dependencia es aquel que consume más de 20 cigarrillos al día, además fuman el primer cigarrillo en la primera media hora después de levantarse (Tapia, 2001).

La HTA es una enfermedad que lleva a complicaciones cardiovasculares en un individuo, de acuerdo con su perfil de riesgo (factores de riesgo cardiovascular, compromiso de órgano blanco, y posiblemente presencia de marcadores tempranos de enfermedad). Aunque usualmente se acepta que una presión arterial sistólica inferior a 140 milímetros de mercurio (mmHg) y una presión arterial diastólica inferior a 90 milímetros de mercurio (mmHg) son normales en la población general, estas cifras pueden no ser adecuadas para un número de individuos con patologías asociadas o múltiples factores de riesgo es por eso que se hace énfasis en la necesidad de estimar el riesgo cardiovascular al hacer una clasificación del grado de hipertensión (Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial NOM-030-SSA2-2009; Pickering et al, 2005; O'connell & Bare 2005).

Se clasifican los grados de HTA de acuerdo a la Asociación Norteamericana del Corazón en el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [JNC7]), así como la Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología han mantenido la definición de hipertensión comenzando a partir de 140/90 mm Hg para adultos de 18 años ó mayores (Pickering et al, 2005).

La clasificación de la Asociación Norteamericana del Corazón está basada en el promedio de dos tomas de presión arterial en posición sentado, realizados con equipos adecuados. De acuerdo a esto han dividido a la Hipertensión en estadios 1 y 2, como se muestra en la tabla 1. La Asociación Norteamericana del Corazón ha definido la presión sanguínea normal como < 120 y < 80 mmHg. Los niveles intermedios, 120 a 139 y 80 a 89 mm Hg, están definidos ahora como prehipertensión, un grupo que ha venido incrementando los riesgos de la salud y desde el cual definitivamente se progresa al de hipertensión arterial.

Figura1 *Clasificación de la Hipertensión Arterial*

Clasificación de la Hipertensión Arterial			
Presión arterial	Sistólica (mm Hg)		Diastólica (mmHg)
Normal	<120	y	<80
Pre-hipertensión	120-139	u	80-89
Estadio I	140-159	ó	90-99
Estadio II	≥160	ó	≥100

La HTA se clasifica según sus causas, la primaria o esencial, la cual 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 arteriolas periféricas; la hipertensión secundaria: se presenta por causa orgánica, que puede ser renal, vascular, endocrina, del sistema nervioso central: tumores, encefalitis, apnea del sueño, exógena (medicamentos como esteroides suprarrenales, antiinflamatorios no esteroideos, anfetaminas, anticonceptivos orales, eritropoyetina, complementos dietéticos), inducidas por tóxicos e inducidas por el embarazo (NOM-030-SSA2-2009).

Existen diversas hipótesis sobre la fisiopatología de la HTA relacionada con el alcohol entre las que se han propuesto factores genéticos, la estimulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, la estimulación simpática, incremento en la secreción de cortisol el cual contribuye a la mantenimiento del volumen extracelular y provoca retención de sodio y redistribución de los fluidos corporales lo que produce edema (Estruch, 2002; O'connell & Bare 2005).

Por su parte el tabaco produce vasoconstricción a nivel de los pequeños vasos periféricos lo que implica menor riego sanguíneo y al mismo tiempo un aumento de la presión arterial, hay aumento de la hormona adenocorticotropa la cual se encarga de segregar el cortisol que se libera como respuesta al estrés.

La vasopresina es liberada en respuesta a cambios en el volumen sanguíneo incrementando la resistencia vascular periférica y a su vez la presión arterial. La

aldosterona promueve el intercambio de potasio por sodio y con esto la retención de agua y por lo tanto del volumen sanguíneo teniendo como consecuencia el aumento de las cifras de presión arterial. Así mismo se presenta aumento de la frecuencia respiratoria debido a que el humo del cigarro detienen el movimiento ciliar y disminuye el número de cilios de la mucosa bronquial lo que reduce la función inmunitaria del pulmón provocando metaplasias, displasias y como caso más grave cáncer (Díez & Lahera 2001; Ruiz, Rodríguez, Rubio, Revert, & Hardisson,2004).

Por ello es importante conocer la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol en adultos con diagnóstico médico de HTA.

Estudios Relacionados

A continuación se presentan estudios relacionados con enfoque de riesgo y asociación del consumo de alcohol y tabaco con HTA, en virtud de que no se localizaron hasta el momento estudios de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en personas con diagnóstico de HTA.

Núñez-Córdoba, Martínez-González, Bes-Rastrollo, Toledo, Beunza & Alonso, (2009) realizaron un estudio retrospectivo con el propósito de evaluar la asociación entre el consumo de alcohol, respecto a la bebida alcohólica preferida, la frecuencia semanal de consumo, y el riesgo de hipertensión, la muestra se conformó por 9,963 varones y mujeres residentes del Mediterráneo. Donde se reportó que los sujetos de estudio que consumían alcohol al menos 5 días por semana presentaron un mayor riesgo de padecer hipertensión arterial (OR=1.28, IC 95% [0.97, 1.70]) comparados con los no bebedores. Los participantes que bebieron más de 5 días por semana pero consumieron menos de 1 copa al día reportaron un menor riesgo de hipertensión (OR= 1.13, IC 95% [0.82, 1.57]) comparados con los abstemios, mientras que esta probabilidad fue mayor en quienes consumieron al menos una copa al día y más de cinco días a la semana (OR= 1.45, IC 95% [1.06, 2.00]).

Además se evaluó el riesgo de HTA de acuerdo con los días de consumo por semana. Entre los adultos que presentaron el consumo más alto de alcohol (> 45 g/semana), el consumo de alcohol por semana superior a 2 días se atribuyó con un riesgo de HTA elevado comparados con los que consumían alcohol 1-2 días por semana, aunque esta atribución no fue estadísticamente significativa (OR = 1.33, IC 95%, [0.96-1.83]). El consumo de cerveza y licores se identificó con un mayor riesgo de hipertensión (OR= 1.53, IC 95% [1.18, 1.99]) en aquellos que consumían más de 0.5 unidades de bebida por día respecto a los que no consumían cerveza y licores.

Stranges et al., (2004) realizaron un estudio que tuvo como objetivo investigar el patrón de consumo de alcohol y el riesgo de HTA en una muestra de 2,609 hombres y mujeres de entre 35 a 80 años que no presentaban alguna otra enfermedad cardiovascular en el oeste de New York. Reportaron que sólo los participantes que consumieron menos de 2 tragos por día mostraron un mayor riesgo de HTA comparados con los abstemios (OR =2.31, IC 95% [1.47, 3.62]).

Con respecto a los patrones de consumo, los participantes que reportaron beber diariamente (OR=1.75, IC 95% [1.13 -2.72]) o beber sin alimentos (OR=1.64, IC 95% [1.08 - 2.51]) mostraron un mayor riesgo de HTA comparado con los abstemios, donde los consumidores de alcohol (OR= 1.50, IC 95% [0.98 a 2.3]) mostraron un límite significativo ($p=0.06$) de alto riesgo de HTA comparado con los abstemios. Para patrones de consumo, los bebedores diarios (OR=1.65, IC 95% [1.18, 2.30]) y consumidores de alcohol sin alimentos (OR=1.49, IC 95% [1.10, 2.00]) de nuevo presentaron un mayor riesgo de HTA comparados con aquellos que beben menos de una semana (OR= 1.13, IC 95% [0.78, 1.64]) y aquellos que beben con alimentos (OR= 1.09, IC 95% [0.76, 1.58]).

Finalmente consumir alcohol sin ingerir alimentos se asocio con un aumento significativo de riesgo de hipertensión (OR=1.45, IC 95% [1.4, 2.2]) incluso en aquellos que bebían menos de dos copas por día ($p=.028$).

La prevalencia de HTA de acuerdo al consumo de alcohol en los últimos 30 días, se observó que los que consumen alcohol e ingieren alimentos tienen mayor riesgo de mantener cifras altas de presión arterial (OR = 1.41, IC 95% [1.04-1.91]) y los que solo consumen licor (OR=1.27, IC 95% [0.90 -1.80]) cuentan con riesgo de presentar HTA (Stranges et al. 2004).

Halanych et al., (2010) realizaron un estudio donde examinaron la asociación entre el consumo de alcohol en un grupo de jóvenes adultos y la HTA por un periodo de más de 20 años. Participaron 4,711 jóvenes adultos los cuales fueron reclutados en 1985 (edad 18-30 años) en varios estados de la Unión Americana, donde reportaron que una proporción mayor (78.6%) de no bebedores fueron afro americanos, los participantes americanos presentaron en mayor porcentaje consumo moderado (58.3%) y en alto riesgo (63.2%). Un 15% de hombres y 3.2% de mujeres consumían más de 2 vasos de alcohol por día.

Los participantes que desarrollaron HTA, en promedio, eran mayores de edad, tenían un alto índice de masa corporal, fumaban en mayor frecuencia y cantidad, así mismo se ejercitaban menos y presentaban antecedentes familiares de HTA. Los participantes que bebieron en el pasado pero no en los últimos 12 meses, presentaron una mayor prevalencia (31.8%) de HTA y los bebedores con alto riesgo obtuvieron una menor prevalencia (18.8%) de HTA. La comparación con los que nunca bebieron, los que bebían moderadamente o presentaron consumo sin riesgo se asociaron con una baja prevalencia de HTA (OR =0.79, IC 95% [0.64, 0.98] y OR= 0.74, IC 95% [0.56, 0.97], respectivamente). Mujeres afroamericanas que fueron bebedoras tuvieron un mayor riesgo de HTA (OR= 2.03, IC 95% [1.36, 3.04]), las mujeres estadounidenses que bebían con riesgo tuvieron menor prevalencia de hipertensión mostrando un

OR= 0.33, IC 95% [0.15- 0.75] (Halanych et al, 2010).

Sesso, et al (2008) realizaron un estudio donde se examinó si la ingesta excesiva de alcohol aumentaba el riesgo de HTA. Se analizaron 28,848 mujeres mayores de 45 años de edad y 13, 455 hombres de entre 40 y 48 años de edad de un estudio de salud en personas sin HTA basal. Dicho estudio reportó que una mayor proporción de mujeres (43%) rara vez consume alcohol en comparación con los hombres (15%). Las mujeres que reportaron beber en su mayoría consumían vino blanco (39.0%) y rojo (16.3%) seguido de otras bebidas alcohólicas (26.3%) y cerveza (18.4%). Se observó que 8,680 mujeres y 6,012 hombres presentaron HTA durante una mediana de seguimiento de 9.8 ($DE=10.9$) y 17 ($DE=21.8$) años, respectivamente. Se examinó el total de consumo de alcohol y el riesgo de desarrollar HTA y se observó que el consumo de alcohol leve o moderado de una bebida por mes a una bebida por día se asoció con una reducción significativa de 8% a 21% en el riesgo de HTA.

En los hombres se identificó como un factor de riesgo el consumir alcohol en altas cantidades para el desarrollo de HTA ($RR= 1.27$, IC 95% [1.07, 1.50], $p=.01$), no se evidenció que existieran beneficios en las personas que consumen alcohol de manera moderada. Sin embargo no se identificaron diferencias significativas ($p >.05$) entre la ingesta de alcohol y presión arterial sistólica (120 y 120 a 139 mm de Hg) o presión arterial diastólica (75 y 75 a 89 mm Hg).

En otro estudio Abtahi et al., (2011) tuvo como propósito de evaluar la relación entre el consumo de tabaco y la HTA en una muestra de 3,115 personas, de las cuales 59.1% eran maestras de Shiraz. Los participantes tenían edades de entre 21 a 73 años. En donde se observó que la prevalencia de fumadores fue de 5.8%; el 1.5% fueron ex fumadores, las tasas actuales de tabaquismo que reportaron en hombres fue de 12.1% y en mujeres 1.5%. La población se clasificó en tres grupos de edad de menores de 40 años, 40 a 59 años y mayores de 60 años. La prevalencia de pre-hipertensión, HTA sistólica y diastólica fue mayor en las personas de edad avanzada. Mientras que la pre-

hipertensión arterial (PAS 120.139 mm Hg y PAD 80-89 mm Hg) es más frecuente entre los fumadores (26.1%) que los no fumadores (21.1%), hipertensión fue más frecuente en los no fumadores.

En sao paulo, Brasil, Galán, Campos y Pérez (2006) realizaron un estudio con el propósito de evaluar el efecto del tabaquismo sobre la presión arterial durante un período de 24 horas, mediante el análisis de los parámetros de la vigilancia de la presión arterial ambulatoria, en una muestra de 272 pacientes. En donde se observó que en las mediciones de la presión arterial sistólica durante el día los no fumadores con medicación presentaron un promedio de 126 mmHg y los fumadores con medicación una media superior de 131 mmHg ($p = .02$) y en la presión arterial diastólica durante el día en los no fumadores con medicación presentaron un promedio de 80 mmHg y los fumadores con medicación una media superior de 86.5 mmHg ($p = .01$) fueron significativamente mayores las cifras de presión arterial para los fumadores, tanto en el grupo de participantes que utiliza antihipertensivo y el grupo que no hizo uso de la medicación.

No se observó diferencia significativa en la medición nocturna de presiones sistólicas donde los no fumadores presentaron una media de 110 mmHg y los fumadores un promedio de 114.5 mmHg ($p = .12$) en la medición de presión arterial de 24 horas los no fumadores presentaron una media de 122.5 mmHg y los fumadores un promedio de 126.5 mmHg ($p = .08$) que utilizaron medicamentos antihipertensivo, esta diferencia no fue significativa.

La medida de 24 horas de la presión arterial diastólica en los no fumadores con medicación reportaron una $\bar{X} = 77.4$ y en los fumadores con medicación una $\bar{X} = 82.4$ ($p = .01$) mientras que en los no fumadores sin medicación se reportó una $\bar{X} = 77$ y los fumadores sin medicación una $\bar{X} = 81$ ($p = .01$) es decir fue significativamente más alta la media de hipertensión arterial para los fumadores, independientemente de si utilizaron o no medicamentos antihipertensivo.

Yadlapally, Bontha y Jammnigupula (2008) realizaron un estudio el cual tuvo como objetivo investigar la relación entre el consumo de tabaco y la presión arterial en la India. La muestra constó de 1,316 hombres y mujeres mayores de 20 años en seis grupos de bajos recursos económicos. Donde se mostró que en general las mujeres que fuman presentaron mayor riesgo de HTA. Las mujeres fumadoras tienen una alta prevalencia de HTA en comparación con las no fumadoras (fumadoras 25.4% vs las no fumadoras 17.6%, $p=.05$). Los hombres no fumadores tuvieron mayores niveles de HTA arterial sistólica ($\bar{X}=153.8$, $DE=5.7$) que los hombres que fumaban ($\bar{X}=147.8$, $DE=1.9$) mientras que entre las mujeres la presión arterial sistólica fue mayor entre las que fumaban ($\bar{X}=160.4$, $DE=2.4$) en comparación con las que no fumaban ($\bar{X}=154.1$, $DE=2.8$).

En un estudio realizado por Espinoza, Ceja, Trujillo, Uribe, Abarca-de Hoyos & Flores, (2004) que tenía como propósito evaluar la posible asociación de la edad, sexo, sobrepeso, antecedentes familiares de HTA, alcoholismo y el sedentarismo con la HTA en la población adulta de la ciudad de Colima, México en una muestra de 280 adultos mayores de 30 años que residían en la ciudad mexicana de Colima en 2001 y 2002. Donde se reportó que la prevalencia de HTA fue de 28.6%. La prevalencia fue mayor en hombres con un 42.1% frente a un 19.2% en mujeres ($OR=3.04$, $IC95\% [1.8, 5.2]$) y en personas mayores de 49 años con un 36.8% frente a las personas de 30 a 49 años 21.9% ($OR=2.07$, $IC95\% [1.22, 3.50]$). Sin embargo no se observaron como variables predictoras el tabaquismo ($p=.73$) o la ingesta de alcohol ($p=.75$) para la aparición de la HTA en los participantes.

En resumen los estudios que se han mostrado reportan que el consumo de alcohol excesivo, específicamente de cervezas y licores puede ser un factor de riesgo para el aumento de la presión arterial, en cuanto al consumo de tabaco se observó en las personas que fuman un aumento en los niveles de la presión arterial. Además se observó que las personas con HTA continúan con esta conducta de riesgo de consumo de alcohol

y tabaco.

Definición de Términos

Se presenta a continuación la definición de los términos que se emplean en el presente estudio de investigación.

Edad son los años cumplidos y referidos por el adulto con diagnóstico de HTA al momento de la entrevista.

Sexo se tomará en relación del género masculino y femenino.

Años de padecer hipertensión arterial son los años que el adulto refiere han pasado desde que se le diagnosticó hipertensión arterial.

Edad en la que se le diagnosticó HTA, se refiere a la edad en años cuando un profesional de la medicina le realizó el diagnóstico.

Edad de inicio al consumo de alcohol, se refiere a la edad que tenía el participante cuando consumió por primera vez una bebida alcohólica.

Edad de inicio al consumo de tabaco, se refiere a la edad que tenía el participante cuando consumió por primera vez un cigarro.

Prevalencia de consumo de sustancias es el número de hombres y mujeres que ha consumido alcohol y tabaco en un tiempo determinado dividido entre el total de la población en estudio y multiplicada por un factor de 100. Esta se considera alguna vez en la vida (global), en el último año (lapsica), en el último mes (actual) y en los últimos siete días (instantánea). La prevalencia fue medida por medio de una tabla de historial de consumo.

Consumo de alcohol y tabaco alguna vez (global), es el número de adultos con diagnóstico médico de HTA que refieren haber consumido alcohol y tabaco alguna vez en la vida, respecto al total de adultos con diagnóstico médico de HTA .

Consumo de alcohol y tabaco en los últimos 12 meses (lápsica), es el número de adultos con diagnóstico médico de HTA que refieren haber consumido alcohol y tabaco en los últimos 12 meses, respecto al total de adultos con diagnóstico médico de HTA

Consumo de alcohol y tabaco en los últimos 30 días (actual), es el número de adultos con diagnóstico médico de HTA que refieren haber consumido alcohol y tabaco en los últimos 30 días, respecto al total de adultos con diagnóstico médico de HTA.

Consumo de alcohol y tabaco en los últimos siete días (instantánea), es el número de adultos con diagnóstico médico de HTA que refieren haber consumido alcohol y tabaco en los últimos siete días, respecto al total de adultos con diagnóstico médico de HTA.

Tipo de consumo de alcohol se refiere a la cantidad en la ingesta de bebidas alcohólicas que hombres y mujeres refieren consumir en un día típico. Se clasifica en consumo sensato o sin riesgo, dependiente o de riesgo y dañino o perjudicial; este consumo se medirá a través de la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT).

Consumo sensato o sin riesgo para los hombres es el consumo en un día típico de no más de cuatro bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana, en mujeres es el consumo de dos bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana para las mujeres.

Consumo dependiente o de riesgo para los hombres es el consumo de cuatro a nueve bebidas alcohólicas por ocasión, en mujeres es el consumo de tres a cinco bebidas alcohólicas por ocasión, además de haber dejado de realizar alguna actividad cotidiana causada por el consumo de alcohol.

Consumo dañino o perjudicial en los hombres es el consumo de 10 o más bebidas alcohólicas en un día típico en los hombres, en mujeres es el consumo de seis o más bebidas alcohólicas en un día típico, además de que un familiar o personal de salud haya

manifestado preocupación por la forma de consumir alcohol.

Tipo de bebida alcohólica consumida es la que hombres y mujeres refieren consumir en un día típico. Se clasifican en fermentadas (vino, cerveza y sidra) y en destiladas (tequila, ron, vodka, brandy y aguardientes).

Consumo de tabaco es la cantidad de cigarrillos de tabaco que hombres y mujeres refieren consumir en un día típico. Se clasifican en fumador diario, fumador ocasional (experimental), ex fumador y no fumadores. Se medirá además la dependencia a la nicotina que es cuando se presenta la urgencia por fumar el primer cigarrillo del día, de acuerdo Tapia (2001). A continuación se describe cada tipo de consumo.

Fumador diario son los hombres y mujeres que refieren haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida y fuman todos los días.

Fumador ocasional son aquellos hombres y mujeres que refieren haber fumado menos de 100 cigarrillos en su vida y actualmente fuman de manera ocasional.

Ex fumador son los hombres y mujeres que fumaron hasta el mes pasado más de 100 cigarrillos y actualmente no fuman.

No fumador son los hombres y mujeres que refieren nunca haber fumado tabaco en su vida.

Adicionalmente se considerará fumador con dependencia que son fumadores que fuman el primer cigarrillo en la primera media hora después de levantarse.

Objetivos

1. Determinar la prevalencia global, lapsica, actual e instantánea de consumo de alcohol y tabaco en los individuos con diagnóstico de HTA, por edad y sexo.
2. Identificar el tipo de consumo de alcohol en los individuos con diagnóstico de hipertensión arterial, por edad y sexo.
3. Identificar el tipo de fumador en los individuos con diagnóstico de HTA, por edad y sexo.
4. Determinar el tipo de bebida alcohólica de mayor consumo de los individuos con HTA.
5. Conocer la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas, de cigarros y cifras de Presión Arterial

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, así como también los instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y correlacional (Burns & Grove 2004). Fue descriptivo ya que se describió el consumo de drogas licitas (alcohol y tabaco) y las características individuales del participante con diagnóstico HTA del municipio de Apodaca, Nuevo León. En cuanto al diseño correlacional, se utilizó para conocer la relación entre dos o más variables, en este sentido se trató de relacionar algunas variables personales con el tipo consumo de tabaco y alcohol en personas con diagnóstico de HTA.

Población, Muestreo y Muestra

La población está conformada por adultos de 18 años a 60 años de edad (hombres y mujeres) con diagnóstico de HTA que acuden a la consulta de control en el programa de HTA (N=333) en 13 centros de salud de primer nivel de atención del municipio de Apodaca, Nuevo León. El tipo de muestreo fue irrestricto aleatorio, se seleccionó la muestra a través de listas de las personas con HTA que asisten a los centros de salud.

La muestra se calculó a través del paquete estadístico n´Query Advisor 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000), donde se estableció un intervalo de confianza por proporción ajustada a una población finita, con un nivel de confianza de 95%, mediante un intervalo bilateral, una proporción esperada de .05 obteniéndose un tamaño de muestra estimada de 179 individuos, al considerar una tasa de no respuesta de

15% se obtuvo como muestra final un total de 247 individuos con diagnóstico de HTA.

Instrumentos de Medición

En el presente estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales y Prevalencia del Consumo de Drogas Lícitas (CDPYPCDL) para conocer los datos sociodemográficos, y la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco. Además se utilizó la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] (Babor et al 1989).

La Cédula de Datos Personales y Prevalencia del Consumo de Drogas Lícitas (CDPYPCDL) está conformada por dos apartados, la primera sección cuenta con 12 reactivos y está dirigida a conocer datos personales sobre el participante incluyendo sexo, edad, años de escolaridad, ocupación, con quien vive actualmente, años de padecer HTA, así como las cifras de presión arterial actuales que fueron recolectadas de la medición que realiza el personal médico. La segunda sección tiene 14 reactivos y permite medir el consumo de alcohol y tabaco a través de la prevalencia global, lapsica, actual e instantánea, así mismo se indagó la cantidad de bebidas alcohólicas que ha consumido en los últimos treinta días, el tipo de bebida alcohólica de mayor consumo y el número de cigarrillos que consumen así como los tipos de fumador. (Apéndice A).

Para medir el tipo de consumo de alcohol se utilizó la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] diseñada por Babor (1989) la cual fue validada en población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992) y que evalúa el tipo de consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Está conformada por 10 preguntas, los reactivos uno a tres indican la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol y determinan el consumo sensato (sin riesgo), los reactivos cuatro a seis determinan el consumo dependiente (de riesgo) y del siete al 10 el consumo dañino (perjudicial). Este cuestionario tiene un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos. La clasificación del patrón de consumo se realizó sumando el total de reactivos y los puntos de corte son: de 0 a 3 puntos, como consumo sensato; de 4 a 7 puntos se inicia a tener problemas con el

consumo dependiente y de 8 a 40 se considera que existe un riesgo elevado de consumo de alcohol dañino. De la Fuente reporta especificidad del 95% y una sensibilidad del 80%. Los estudios donde se ha aplicado este instrumento (Solís, Alonso, & López, 2009; Flores, Rodríguez, & Guzmán, 2006) han reportado Alpha de Cronbach de .89 en adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 del estado de Nuevo León y trabajadores de la industrias petroquímica del sur de Veracruz un Alpha de Cronbach de .87 (Apendice B).

Procedimiento de Recolección de Datos

Para la recolección de datos primeramente se contó con la aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se solicitó por escrito la autorización del director de la Jurisdicción Sanitaria número cuatro de la Secretaria de Salud de donde dependen las clínicas de primer nivel que se encuentran localizadas en Apodaca Nuevo León, donde se llevó a cabo el estudio. Una vez obtenida la autorización, se acudió a los Centros de Salud Comunitario y se solicitó a los médicos encargados de cada clínica de primer nivel las listas de los pacientes con diagnóstico de HTA que se atienden en ese lugar.

El personal de salud de cada una de las clínicas realiza trabajo de educación y control de la HTA una o dos veces al mes, por lo que los participantes fueron localizados en cada uno de los Centros de Salud Comunitarios seleccionados, cuando asistieron a su control médico en fechas previamente identificadas, con el objetivo de lograr la recolección de datos en todos los centros de salud comunitarios. Después de que la autora principal del estudio identificó al participante previo a su consulta médica, se les invitó a participar en el estudio. En caso de que la persona no haya acudido a su cita o no deseara formar parte del estudio, el autor principal realizó la selección de otro participante eligiendo a la persona ubicada en el lugar inmediato superior de la lista de pacientes. Lo anterior no se presento.

A los participantes que aceptaron participar se les dio lectura del consentimiento informado (Apendice C) con la finalidad de que el participante escuchara, analizara y tomara la decisión de participar o no en la investigación. Se les informó que de no participar esto no afectaría de ninguna forma su atención médica en el Centro de Salud Comunitario y se agradeció su participación.

Una vez que el participante aceptó ser parte del estudio, nuevamente se le recordaron los objetivos del estudio y se dio una segunda lectura al consentimiento informado, al terminar el participante firmó su consentimiento. Para llevar a cabo la recolección de datos, se solicitó al responsable del Centro de Salud Comunitario un aula o consultorio de enfermería, ya que es un lugar cómodo y privado para poder realizar la entrevista sin interrupciones. Se procedió a la recolección de datos comenzando con la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco (CDPCA). Después de confirmar que el paciente ha consumido alcohol en el último año se aplicó el instrumento de AUDIT. Las cifras de presión arterial se colectaron de la medición que realizó el médico familiar durante la consulta.

Al concluir la recolección de datos se guardaron los instrumentos en sobres amarillos sin ninguna identificación a fin de cuidar el anonimato y finalmente se agradeció al participante su tiempo y disposición a ser parte del estudio. Los instrumentos serán resguardados por la autora principal del estudio por 12 meses, posteriormente serán destruidos.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987) dirigido a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en base a lo establecido en el Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas participantes en la investigación, para lo cual se le trató al participante con respeto y de forma profesional cuidando en todo momento su bienestar. Se tomó en cuenta el Título

Segundo, Capítulo I, Artículo 14, fracción V, VII para lo cual se contó con la autorización de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se garantizó el anonimato de los participantes según lo referido en el Artículo 16, para ello los instrumentos no registraron datos de identificación del participante, además se entregaron los instrumentos en un sobre cerrado para dar la seguridad al participante de su anonimato. Se contempló un área, la cual fue un aula o un consultorio de enfermería donde el participante con plena libertad pudo contestar el instrumento sin ser observado. El instrumento AUDIT y la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco (CDPCA) serán resguardados en un lugar seguro por el autor principal del estudio durante un período de 12 meses y al término del lapso de tiempo serán destruidos. Además se indicó que los resultados encontrados en el estudio se presentarán solo de forma general, nunca de manera individual.

En el Artículo 17, fracción II, que hace referencia a la investigación fue de riesgo mínimo para el participante ya que se utilizó una cédula de datos personales y un cuestionario de consumo de alcohol y tabaco, sin embargo las preguntas de los cuestionarios podrían eventualmente producir preocupación, por lo cual se estuvo atenta para dar por terminada la entrevista y solicitar otra entrevista al participante el día y hora que el/ella estableciera. Lo anterior estuvo previsto pero no se presentó.

En lo referido al Artículo 20 se contó con el consentimiento informado por escrito, donde manifestó su aceptación a participar y firmaron el formato de consentimiento informado, donde se especifica que tendrán la libertad de retirarse en cualquier momento y podrán dejar de participar en el estudio, sin que por ello creara perjuicio o daños en las instituciones donde recibe atención médica. En referencia al Artículo 21 fracción I, IV, VI, VII, se les brindó una explicación clara de los objetivos de estudio, se les indicó que no existirán beneficios inmediatos para ellos, se le dio respuesta a cualquier duda o aclaración relacionada con la investigación y se les reiteró

la libertad de retirarse de la investigación cuando así lo desearan. Según lo estipulado en el Artículo 22, fracción I y II, el consentimiento informado fue firmado por el autor principal del estudio y fue revisado y autorizado por la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se observó lo dispuesto en el Capítulo V, Artículo 57, Artículo 58, fracción I el cual dice que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectaría la atención de su enfermedad situación que fue indicada a los participantes y la fracción II la cual menciona que los resultados de la investigación no deberán ser utilizados en perjuicio de los individuos participantes; por tratarse de un estudio de pacientes fue aclarado y reforzado a ellos.

Análisis de Datos

Los datos que se obtuvieron fueron procesados de manera electrónica mediante el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 18.0 para Windows en el cual se obtuvo estadística descriptiva que permitió obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad para dar respuesta a los objetivos planteados. Se determinó la consistencia interna del instrumento por medio del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. Se aplicó la prueba de Kolmogorov- Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de la distribución de las variables continuas y numéricas. De acuerdo a que no se presentó normalidad en la distribución de los datos se empleo estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al primer objetivo que señala determinar la prevalencia global, lapsica, actual e instantánea de consumo de alcohol y tabaco en los individuos con diagnóstico de HTA, por sexo y edad, se utilizó estadística descriptiva como frecuencias, proporciones así como la estimación puntual con Intervalos de Confianza (IC) de 95%.

Para conocer el segundo y tercer objetivo que indica identificar el tipo de consumo de alcohol y tabaco por edad y sexo en individuos con diagnóstico de HTA, se

utilizó estadística descriptiva como frecuencias y proporciones. Respecto a la estadística inferencial, se utilizó la prueba de U de Mann Whitney, la H de Kruskal-Wallis y Chi Cuadrada respectivamente.

Para contestar el cuarto objetivo que indica identificar el tipo de bebida alcohólica de mayor consumo en individuos con hipertensión arterial se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y proporciones así como la estimación puntual con IC de 95%.

Para dar respuesta al quinto objetivo que indica conocer la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas, de cigarros y cifras de Presión Arterial se utilizó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del presente estudio realizado en 247 adultos con diagnóstico de HTA que asisten a control a Centros de Salud Comunitarios en el municipio de Apodaca. En primer lugar se presenta la consistencia interna del instrumento, la estadística descriptiva de los datos sociodemográficas e información relacionada con el consumo de alcohol y tabaco, posteriormente se presenta la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados en el presente estudio.

Consistencia Interna del instrumento AUDIT

Tabla 1

Confiabilidad del instrumento

Instrumento y subescalas	<i>n</i>	Numero de Reactivos	Reactivos	Alpha de Cronbach
AUDIT	101	10	1 al 10	.66
Consumo Sensato		3	1, 2, 3	.84
Consumo Dependiente		3	4,5,6	-----
Consumo Dañino		4	7,8,9,10	-----

Fuente: AUDIT

En la tabla 1 se presenta la consistencia interna del cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol, el cual muestra un Alpha de Cronbach aceptable de $\alpha = .66$. La subescala del consumo sensato reportó un Alpha de Cronbach de .84, las subescalas de consumo dependiente y consumo dañino no fueron posible ser calculadas debido al pequeño número de frecuencias de consumo reportadas.

Estadística descriptiva

Tabla 2 Características sociodemográficas de los participantes

Características	f (n=247)	%
Edad		
24-40	29	11.7
41-60	218	88.3
Sexo		
Mujer	183	74.1
Hombre	64	25.9
Escolaridad		
Ninguna	18	7.3
Primaria	130	52.6
Secundaria	72	29.1
Preparatoria	14	5.7
Técnico	9	3.6
Profesional	4	1.6
Ocupación		
Ama de casa	162	65.6
Empleado de la construcción	32	13.0
Comerciante	47	19.0
Desempleado	6	2.4

Nota: n=total de la muestra, CDPYPCDL= Cedula de Datos Personales y Prevalencia del Consumo de Drogas Licitas

En la tabla 2 se muestran los datos sociodemográficos de la muestra de los adultos con diagnóstico de HTA participantes en el estudio. Respecto a la edad se identificó que el 88.3% presenta una edad entre los 41 y 60 años, el género que predominó fue el femenino (74.1%), en relación a la escolaridad se observó que el 52.6% presentó como educación máxima la primaria, seguido por la secundaria (29.1%), así mismo se observó que el 7.3% no tienen estudios; respecto a la ocupación el 65.6% fueron amas de casa y el 19.0% comerciantes.

Tabla 3

Datos sociodemográficas sobre el estado marital

Variable	<i>f</i> (<i>n</i> =247)	%
Estado Civil		
Soltero	20	8.1
Casado	177	71.7
Unión libre	15	6.1
Separado	11	4.5
Divorciado	10	4.0
Viudo	14	5.7
Con quien vive		
Esposo	71	28.7
Esposo e hijos	160	64.8
Solo	12	4.9
Otro familia	4	1.6
Número de hijos		
1-7	223	90.3
8-14	14	5.7
Sin hijos	10	4.0

Nota: *CDPYPCDL*=Cédula de Datos Personales y Prevalencia del Consumo de Drogas Lícitas,
n=total de la muestra

En relación al estado marital (ver tabla 3), se observó que el 71.7% son casados, el 64.8% vive con su esposo e hijos y respecto al número de hijos que tienen el 90.3% respondieron contar con mínimo un hijo y máximo siete hijos.

Estadística Inferencial

Tabla 4

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Sminov con Corrección de Lilliefors

Variable	n	\bar{X}	Mdn	DE	Valor		D ^a	p
					Min.	Max.		
Edad	247	49.70	51.00	7.23	24	60	.085	.001
Escolaridad	247	5.95	6.00	3.47	0	17	.100	.001
Años de padecer hipertensión arterial	247	5.45	4.00	4.75	1	28	.175	.001
Edad de inicio de consumo alcohol ^a	158	22.60	20.00	8.39	12	53	.274	.001
Edad de inicio de consumo tabaco ^b	108	18.92	17.00	6.76	11	53	.251	.001
Número de bebidas en un día típico ^a	101	6.30	5.00	4.36	1	20	.142	.001
Número de cigarros en un día típico ^a	57	7.35	5.00	5.55	1	20	.183	.001
Sistólica	247	128.02	120.00	15.60	90	200	.214	.001
Diastólica	247	84.94	80.00	12.68	60	150	.247	.001
Sumatoria AUDIT	101	5.08	4.00	3.35	1	13	.188	.001

Nota: : AUDIT= Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, α = Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach, n=total de la muestra, ^an=edad de inicio de consumo de alcohol, ^bn=edad de inicio de consumo de tabaco

Como se puede observa en la tabla 4 se muestra la descripción de las variables continuas así como la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov con Corrección Lilliefors. Respecto a la edad se observó que el promedio es de 49.7 años ($DE = 7.23$). La media del número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico es de 6.3 bebidas ($DE = 4.36$) y la media del número de cigarros consumidos en un día típico es de 7.3 cigarros ($DE = 5.55$). La edad de inicio del consumo de tabaco reporta una media de 18.9 años ($DE = 6.76$), y respecto al consumo de alcohol fue de 22.6 ($DE = 8.39$). El

puntaje del AUDIT muestra una media de 5.08 ($DE = 3.35$). Por último para identificar la normalidad de las variables continuas del estudio se empleo el estadístico de Kolmogorov- Smirnov con Corrección Lilliefors el cual mostró que no existe distribución normal de las variables, por lo que se decide el utilizar estadística no paramétrica.

Para responder al primer objetivo el cual plantea conocer la prevalencia actual de consumo de alcohol y tabaco en los adultos con diagnóstico de HTA, por sexo y edad, se utilizó estadística descriptiva como frecuencias, proporciones así como la estimación puntual con Intervalos de Confianza (IC) de 95%, los resultados obtenidos se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 5

Prevalencia global, lapsica, actual e instantánea del consumo de alcohol por sexo

Sexo	Prevalencia Global				Prevalencia Lápsica				Prevalencia Actual				Prevalencia Instantánea			
	f	%	95% IC		f	%	95% IC		f	%	95% IC		f	%	95% IC	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS
Mujer	94	51.4	44	59	48	26.2	20	33	32	17.5	12	23	21	11.5	7	16
Hombre	64	100	---	---	53	82.8	53	82.8	51	79.7	70	90	51	79.7	70	90

Nota: IC= Intervalo de Confianza; LI= Límite inferior, LS= Límite superior

Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol global (alguna vez en la vida) se observó que en el sexo femenino fue de 51.4% [IC95% 44-59], mientras que en el sexo masculino fue de 100%, la prevalencia lapsica (en el último año) en el sexo femenino fue de 26.2% [IC95% 20-33], mientras que en el género masculino fue de 82.8% [IC95% 73-92], en las mujeres la prevalencia actual (en el último mes) fue de 17.5% [IC95% 12-23] y en los hombres 79.7% [IC95% 70-90], la prevalencia instantánea (en

los últimos siete días) que se observó en el sexo femenino fue de 11.5% [IC95% 7-16] y en el sexo masculino fue de 79.7% [IC95% 70-90].

Tabla 6

Prevalencia global, lapsica, actual e instantánea del consumo de alcohol por edad

Prevalencia de consumo de alcohol	Prevalencia Global		Prevalencia Lápsica				Prevalencia Actual				Prevalencia Instantánea					
	F	%	95% IC		f	%	95% IC		f	%	95% IC		f	%	95% IC	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS
24-34	5	83.3	40	100	5	83.3	40	100	5	83.3	40	100	5	83.3	40	100
35-45	42	72.4	61	84	34	58.6	46	72	31	53.4	40	67	27	46.6	33	60
46-56	84	64.6	56	73	49	37.7	29	46	37	28.5	21	36	30	23.1	16	30
57-60	27	50.9	37	65	46	13	24.5	13	36	10	18.9	8	30	10	18.9	8

Nota: IC= Intervalo de Confianza; LI= Límite Inferior, LS= Límite superior

En cuanto a las prevalencias de consumo de alcohol por edad (ver tabla 6) se observó que los adultos que mostraron mayor prevalencia global, lapsica, actual e instantánea fueron los que presentaron edades entre los 24 a 34 años de edad (83.3% [IC95% 40-100]).

Tabla 7

Prevalencia global, lapsica, actual e instantánea de consumo de tabaco por sexo

Sexo	Prevalencia Global		Prevalencia Lápsica				Prevalencia Actual				Prevalencia Instantánea					
	F	%	95% IC		f	%	95% IC		f	%	95% IC		f	%	95% IC	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS
Mujer	55	30.1	23	37	23	12.6	8	17	20	10.9	6	15	17	9.3	5	14
Hombre	53	82.8	73	92	32	50.0	37	63	30	46.9	34	59	30	46.9	34	59

Nota: IC= Intervalo de Confianza; LI= Límite inferior, LS= Límite superior

Con respecto a las prevalencias de consumo de tabaco en el sexo femenino (ver tabla 7) se observó que la prevalencia global (alguna vez en la vida) fue de 30.1% [IC95% 23-37], mientras que en el sexo masculino fue de 82.8% [IC95% 73-92], la prevalencia lapsica (en el último año) en las mujeres fue de 12.6% [IC95% 8-17], y en los hombres fue de 50.0 [IC95% =37-63], la prevalencia actual (en el último mes) en el sexo femenino fue de 10.9% [IC95% 6-15], mientras que en el sexo masculino fue de 46.9% [IC95% 34-59].y la prevalencia lapsica (en los últimos siete días) en las mujeres fue de 9.3% [IC95% 5-14] mientras que en el sexo masculino fue de 46.9% [IC95% 34-59].

Tabla 8

Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco por edad

Edad	Prevalencia Global				Prevalencia Lápsica				Prevalencia Actual				Prevalencia Instantánea			
	F	%	95% IC		f	%	95% IC		f	%	95% IC		f	%	95% IC	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS
24-34	4	66.7	12	100	3	50.0	7	100	3	50.0	7	100	3	50.0	7	100
35-45	29	50.0	37	63	20	34.5	22	47	17	29.3	17	41	17	29.3	17	41
46-56	58	44.6	36	53	23	17.7	11	24	21	16.2	10	23	18	13.8	8	20
57-60	17	32.1	19	45	9	17.0	7	27	9	17.0	7	27	9	17.0	7	27

Nota: IC= Intervalo de Confianza; LI= Límite Inferior, LS= Límite superior

En relación a las prevalencias de consumo de tabaco por edad en la tabla 8 se observó que los adultos que mostraron mayor prevalencia de consumo de alguna vez en la vida (global), en el último año (lápsica), en el último mes (actual) y en los últimos siete días (instantánea) presentaron edades entre los 24 a 34 años de edad

66.7% [IC95% 7-100].

Para responder al segundo y tercer objetivo que plantean determinar el tipo de consumo de alcohol y tabaco por edad y sexo en adultos con diagnóstico HTA, se utilizó estadística inferencial la cual se muestra en las tablas de la 9 a la 12.

Tabla 9

Prueba H de Kruskal-Wallis para el tipo de consumo de alcohol por edad

Edad	<i>n</i>	\bar{X}	Mdn	DE	<i>H</i>	<i>p</i>
Sensato						
24-34	5	.20	.00	.44	1.563	.668
35-45	34	.44	.00	.50		
46_56	49	.49	.00	.50		
57-60	13	.46	.00	.51		
Dependiente						
24-34	5	.20	.00	.44	.516	.915
35-45	34	.24	.00	.43		
46_56	49	.18	.00	.39		
57-60	13	.15	.00	.37		
Dañino						
24-34	5	.60	1.0	.54	1.648	.648
35-45	34	.32	.00	.47		
46_56	49	.33	.00	.47		
57-60	13	.38	.00	.50		

Nota: n=muestra que consume alcohol, \bar{X} =media, Mdn= Mediana, H= Prueba de Kruskal-Wallis

En la tabla 9 se observó que no existen diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol por edad respecto al consumo sensato ($H=1.563, p=.668$), consumo dependiente ($H=.516, p=.915$) y consumo dañino ($H=1.648, p=.648$)

Tabla 10
Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por sexo

Sexo	<i>f</i>	%	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Sensato					
Femenino	43	89.4	71.52	1	.001
Masculino	3	5.7			
Dependiente					
Femenino	4	8.3	7.57	1	.001
Masculino	16	30.2			
Dañino					
Femenino	1	2.1	48.85	1	.001
Masculino	34	64.2			

Nota: χ^2 = Chi Cuadrada, *df* = Grados de libertad,

La tabla 10 muestra que existen diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol por sexo con respecto al consumo sensato ($\chi^2 = 71.52, p < .001$) en el sexo femenino fue más alto (89.4%) que en el sexo masculino (5.7%), en el consumo dependiente ($\chi^2 = 7.57, p < .006$) se reportaron diferencias significativas siendo más alto en el sexo masculino (30.2%) que en el sexo femenino (8.3%). De igual forma existen diferencias significativas en el consumo dañino ($\chi^2 = 48.85, p < .001$) donde el consumo más alto fue en el sexo masculino (64.2%) que en el femenino (2.1%).

Tabla 11

Prueba H de Kruskal-Wallis para tipo de consumo de tabaco por edad.

Tipo de Fumador	<i>n</i>	\bar{X}	Mdn	DE	H	<i>p</i>
Diario	28	48.43	47.50	8.11		
Ocasional	18	48.17	49.50	7.91		
Dependiente	11	42.09	43.00	9.17	10.93	.027
Ex fumador	17	50.0	51.00	7.18		
No fumador	173	50.53	51.00	6.61		

Nota: n=muestra de consumo de tabaco, \bar{X} =media, Mdn= Mediana, H= Prueba de Kruskal-Wallis

En la tabla 11 se observa diferencia significativa del tipo de consumo de tabaco (diario, ocasional, dependiente, ex fumador y no fumador) por edad (H = 10.93, $p < .027$). Se aprecia que aquellos que presentan una media de edad de 48.4 años presentan un consumo diario. En el consumo ocasional se presenta en personas con una media de edad de 48.1 años, mientras que el consumo dependiente presenta una media de edad alrededor de los 42.0 años, el ex fumador presenta una media de edad de 50.0 años.

Tabla 12

Prueba de Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por sexo

Sexo	Diario		Ocasional		Dependiente		Ex fumador		χ^2	df	p
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Femenino	12	42.9	10	55.6	3	27.3	8	47.1	50.8	4	.001
Masculino	16	57.1	8	44.4	9	44.4	9	52.9			

Nota: χ^2 = Chi Cuadrada, df = Grados de libertad

Se realizó la prueba Chi Cuadrada para mostrar diferencias en el tipo de consumo de tabaco (diario, ocasional, dependiente y ex fumador) por sexo, las diferencias fueron significativas ($\chi^2 = 50.8, p < .00$), siendo los del sexo masculino los mayores consumidores (ver tabla 12).

Como cuarto objetivo se planteó identificar el tipo de bebida alcoholica de mayor consumo en adultos con HTA, este objetivo se responde a continuación (ver tabla 13).

Tabla 13

Bebida alcohólica de mayor consumo en los adultos con diagnostico de hipertensión arterial

Bebida de preferencia	<i>f</i>	%	95% IC	
			LI	LS
Cerveza	83	82.2	75	90
Tequila	12	11.9	5	18
Brandy	2	2.0	0	5
Whisky	4	4.0	0	8

Nota: IC= Intervalo de Confianza; LI= Límite inferior, LS= Límite superior

En la tabla 13 se la observa que los adultos con diagnóstico de HTA consumen cerveza como bebida de preferencia (82.2%), seguidas del tequila (11.9%) y las bebidas de menor consumo fueron el brandy y whisky.

En el quinto objetivo se planteo conocer la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas, de cigarros y las cifras de Presión Arterial. En la siguiente tabla se presentan los resultados.

Tabla 14

Coefficiente de Correlación de Spearman para variables del estudio

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1.Edad <i>n</i>	1 247						
2 Años de escolaridad <i>n</i>	-.375** (.001) 247	1					
3.sistolica <i>n</i>	-.104 (.102) 247	.091 (.153) 247	1				
4.diastolica <i>n</i>	-.181** (.004) 247	..092 (.151) 247	.794** (.001) 247	1			
5. Numero de bebidas alcohólicas <i>n</i>	-.132 (.187) 101	.102 (.311) 101	.326** (.001) 101	.361** (.001) 101	1		
6. Numero de cigarros <i>n</i>	-.121 (.369) 57	.396** (.002) 57	.322* (.015) 57	.370** (.005) 57	.506** (.001) 45	1	
7. AUDIT <i>n</i>	-.131 (.192) 101	.185 (.064) 101	.340** (.001) 101	.399* (.001) 101	.913** (.001) 101	.469** (.001) 45	1

Nota: ** $p < .01$, * $p < .05$

En la tabla 14 se observó que existe relación negativa y significativa entre la presión diastólica y la edad ($r_s = -.181$, $p = .004$), por lo tanto a menor edad mayores cifras de presión arterial diastólica. También existe una relación positiva del número de bebidas alcohólicas con la presión arterial sistólica ($r_s = .326$, $p = .001$) y diastólica ($r_s = -.361$, $p = .001$), es decir a mayor número de bebidas alcohólicas mayores son las

cifras de presión arterial en los adultos con HTA. Por otra parte se observó una relación positiva y significativa entre el número de cigarrillos y la presión arterial sistólica ($r_s = .322, p = .015$) y diastólica ($r_s = -.370, p = .005$), por lo tanto a mayor número de cigarrillos mayores serán las cifras de presión arterial en adultos con HTA.

Hallazgos adicionales

A continuación se presentan los hallazgos adicionales del estudio de la tabla 15 a la 22.

Tabla 15

Prueba U de Mann-Whitney para consumo de alcohol en los últimos siete días

	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Sistólica					
Si Consumió	58	131.2	130.0	4682.5	.001
No consumió	130	125.9	120.0		
Diastólica					
Si Consumió	58	89.6	95.0	4236.5	.001
No consumió	130	83.5	80.0		

Nota: *n*=adultos que consumieron alcohol, \bar{X} =media, *Mdn*= Mediana, *U*= Prueba de Mann-Whitney

En la tabla 15 se observó que existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos siete días y la presión sistólica ($U = 4682.5, p = .001$) donde los que consumieron alcohol reportaron presión sistólica más alta ($\bar{X} = 131.2$) respecto a los que no consumían ($\bar{X} = 125.9$). De igual forma se reportaron diferencias significativas de prevalencia en los últimos siete días y la presión diastólica ($U = 4236.5, p = .001$), identificándose que los que consumieron alcohol reportaron una presión diastólica más alta ($\bar{X} = 89.6$) respecto a los que no consumieron alcohol ($\bar{X} = 83.5$).

Tabla 16

Prueba U de Mann-Whitney para consumo de alcohol en el último mes

	<i>n</i>	\bar{X}	Mdn	<i>U</i>	<i>P</i>
Sistólica					
Si Consumió	83	130.6	130.0	5524.0	.013
No consumió	164	126.7	120.0		
Diastólica					
Si Consumió	83	83.0	90.0	4940.5	.001
No consumió	164	88.6	80.0		

Nota: *n*=total de muestra, \bar{X} =media, *Mdn*= Mediana, *U*= Prueba de Mann-Whitney

En la tabla 16 se muestra que existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes y la presión sistólica ($U = 5524.0, p = .013$) donde se observa que los que consumieron alcohol reportaron presión sistólica más altas ($\bar{X} = 130.6$) respecto a los que no consumieron ($\bar{X} = 126.7$). De igual forma se reportaron diferencias significativas de prevalencia de consumo de alcohol en el último mes y la presión diastólica ($U = 4940.5, p = .001$). Identificándose que los que consumieron alcohol obtuvieron una presión diastólica más baja ($\bar{X} = 83.0$) respecto a los que no consumieron alcohol ($\bar{X} = 88.6$). Sin embargo las medias de presión diastólica fueron superiores en aquellos que consumen ($Mdn = 90.0$).

Tabla 17

Prueba U de Mann-Whitney para consumo de tabaco en los últimos siete días

	<i>n</i>	\bar{X}	Mdn	U	<i>P</i>
Sistólica					
Si Consumió	47	134.0	130.0	3185.5	.001
No consumió	200	126.6	120.0		
Diastólica					
Si Consumió	47	92.7	100.0	2531.0	.001
No consumió	200	83.1	80.0		

Nota: *n*=total de muestra, \bar{X} =media, *Mdn*= Mediana, *U*= Prueba de Mann-Whitney

En la tabla 17 se observa que existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo de tabaco en los últimos siete días y la presión sistólica ($U = 3185.5$, $p = .001$). Ya que los que consumieron tabaco presentaron una presión sistólica más alta ($\bar{X} = 134.0$) respecto a los que no consumieron ($\bar{X} = 126.6$). De igual manera se reportaron diferencias significativas de prevalencia de consumo de tabaco en los últimos siete días y la presión diastólica ($U = 2531.0$, $p = .001$). Presentándose la misma tendencia en los que consumieron tabaco mostrando presiones diastólicas más altas ($\bar{X} = 92.7$) respecto a los que no consumieron ($\bar{X} = 83.1$).

Tabla 18

Prueba U de Mann-Whitney para consumo de tabaco en el último mes

	<i>n</i>	\bar{X}	Mdn	<i>U</i>	<i>P</i>
Sistólica					
Si Consumió	50	133.0	130.0	3581.5	.002
No consumió	197	126.75	120.0		
Diastólica					
Si Consumió	50	91.6	100.0	2970.0	.001
No consumió	197	83.2	80.0		

Nota: *n*=total de muestra, \bar{X} =media, *Mdn*= Mediana, *U*= Prueba de Mann-Whitney

En la tabla 18 se observa que existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes y la presión sistólica ($U = 3581.5$, $p = .002$), se observó en los participantes que consumieron tabaco una presión sistólica más alta ($\bar{X} = 133.0$) respecto a los que no consumieron ($\bar{X} = 126.7$). De igual forma se reportaron diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes y la presión diastólica ($U = 2970.0$, $p = .001$), se observó que los que si consumieron tabaco reportaron una presión diastólica más alta ($\bar{X} = 91.6$) respecto a los que no consumieron ($\bar{X} = 83.2$).

Tabla 19

Prueba H de Kruskal-Wallis de presión sistólica y prevalencia de alcohol lapsica, actual e instantánea.

Presión Sistólica	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Prevalencia de último año					
No consume alcohol ni tabaco	135	126.3	120.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	57	127.5	120.0	9.99	.019
Consume Tabaco y no consume alcohol	11	130.0	130.0		
SI consume alcohol y tabaco	44	133.1	140.0		
Prevalencia de último mes					
No consume alcohol ni tabaco	149	126.5	120.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	48	127.2	120.0	11.96	.008
Consume Tabaco y no consume alcohol	15	128.0	130.0		
SI consume alcohol y tabaco	35	135.1	140.0		
Prevalencia de los últimos siete días					
No consume alcohol ni tabaco	159	126.2	120.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	41	127.8	120.0	18.80	.001
Consume Tabaco y no consume alcohol	16	126.8	130.0		
SI consume alcohol y tabaco	31	137.7	140.0		

Nota: n= muestra, \bar{X} =media, Mdn= Mediana, H= prueba H de Kruskal-Wallis

En la Tabla 19 se observa que existe diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en el último año ($H=99.9, p=.019$), respecto a la presión sistólica que presentaron los adultos con diagnóstico de HTA se observó que los adultos que consumieron alcohol y tabaco en el último año obtuvieron cifras de presión arterial sistólica más altas ($\bar{X}=133.1$) con respecto a los que no consumen ninguna droga licita ($\bar{X}=126.3$). De igual manera se observó diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en el último mes ($H=11.96, p=.008$), siendo los adultos que consumen las dos drogas los que obtuvieron cifras más altas de presión arterial sistólica ($\bar{X}=135.1$) con respecto a los que no consumen ninguna droga ($\bar{X}=126.5$). Por último se reportó diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los últimos siete días ($H=18.80, p=.001$), siendo los adultos que consumen alcohol y tabaco a la vez los que obtuvieron mayores cifras de presión arterial sistólica ($\bar{X}=137.7$) en comparación con los que no consumen ninguna de estas dos sustancias ($\bar{X}=126.2$).

Tabla 20

Prueba H de Kruskal-Wallis para la prevalencia de alcohol y tabaco, lapsica, actual e instantánea

Presión Diastólica	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Prevalencia de último año					
No consume alcohol ni tabaco	135	82.4	80.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	57	84.5	80.0	24.41	.001
Consume Tabaco y no consume alcohol	11	92.7	100.0		
SI consume alcohol y tabaco	44	91.14	100.0		
Prevalencia de último mes					
No consume alcohol ni tabaco	149	82.2	80.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	48	86.2	80.0	25.62	.001
Consume Tabaco y no consume alcohol	15	90.6	90.0		
SI consume alcohol y tabaco	35	92.0	100.0		
Prevalencia de los últimos siete días.					
No consume alcohol ni tabaco	159	82.3	80.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	41	86.1	80.0	32.45	.001
Consume Tabaco y no consume alcohol	16	89.3	90.0		
SI consume alcohol y tabaco	31	94.5	100.0		

Nota: n= muestra, \bar{X} =media, Mdn= Mediana, H= prueba H de Kruskal-Wallis

En la tabla 20 se observa que existe diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en el último año ($H=24.41, p=.001$), se observó que los adultos que consumieron alcohol y tabaco obtuvieron cifras de presión arterial diastólica más altas ($\bar{X}=91.14$) con respecto a los que no consumen ninguna droga lícita ($\bar{X}=82.4$). De igual manera se mostró diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en el último mes ($H=25.62, p=.001$), siendo los adultos que consumen los dos tipos de drogas lícitas los que obtuvieron cifras más altas de presión arterial diastólica ($\bar{X}=92.0$) con respecto a los que no consumen ninguna droga ($\bar{X}=82.2$). Por último se reportó diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los últimos siete días ($H=32.45, p=.001$), siendo los adultos que consumen alcohol y tabaco los que obtuvieron mayores cifras de presión arterial diastólica ($\bar{X}=94.5$) en comparación con los que no consumen ninguna de las drogas ($\bar{X}=82.3$).

Tabla 21

Prueba Hde Kruskal-Wallis para prevalencia de alcohol global, lapsica, actual e instantánea en relación con los años de escolaridad

Años de escolaridad	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Prevalencia en el último año					
No consume alcohol ni tabaco	135	5.27	5.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	57	6.16	6.0	18.60	.001
Consume Tabaco y no consume alcohol	11	6.09	6.0		
SI consume alcohol y tabaco	44	7.75	9.0		
Prevalencia en el último mes					
No consume alcohol ni tabaco	149	5.28	5.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	48	6.46	6.5	23.04	.001
Consume Tabaco y no consume alcohol	15	6.13	6.0		
SI consume alcohol y tabaco	35	8.06	9.0		
Prevalencia en los últimos siete días					
No consume alcohol ni tabaco	159	5.32	5.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	41	6.51	7.0	20.56	.001
Consume Tabaco y no consume alcohol	16	5.88	5.5		
SI consume alcohol y tabaco	31	8.48	9.0		

Nota: n= muestra, \bar{X} =media, Mdn= Mediana, H= prueba H de Kruskal-Wallis

En la Tabla 21 se observa que existe diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en el último año ($H=18.60$, $p=.001$) con respecto a los años de escolaridad. Se observó que los adultos que consumieron alcohol y tabaco tuvieron un mayor número de años de escolaridad ($\bar{X}=7.75$) en comparación con aquellos que no consumieron ninguna droga. De igual manera se observó diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en el último mes ($H=23.04$, $p=.001$), siendo los adultos que consumen los dos tipos de drogas lícitas los que tuvieron más años de escolaridad ($\bar{X}=8.06$) con respecto a los que no consumen ninguna droga ($\bar{X}=5.28$). Por último se reportó diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los últimos siete días ($H=20.56$, $p=.001$), siendo los adultos que consumen alcohol y tabaco los que tuvieron un mayor número de años de escolaridad ($\bar{X}=9.0$) en comparación con los que no consumen ninguna de las drogas ($\bar{X}=5.32$).

Tabla 22

Prueba de H de Kruskal-W de edad y prevalencia de alcohol global, lapsica, actual e instantánea.

Edad	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Prevalencia en el último año					
No consume alcohol ni tabaco	135	51.83	52.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	57	47.58	48.0	21.06	.001
	11	47.27	47.0		
Consume Tabaco y no consume alcohol	44	46.55	47.0		
SI consume alcohol y tabaco					
Prevalencia en el último mes					
No consume alcohol ni tabaco	149	51.6	52.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	48	46.31	46.5	23.04	.001
	15	49.0	47.0		
Consume Tabaco y no consume alcohol					
SI consume alcohol y tabaco	35	46.40	47.0		
Prevalencia en los últimos siete días					
No consume alcohol ni tabaco	159	51.3	52.0		
Consume alcohol y No consume tabaco	41	45.7	47.0	20.56	.001
	16	48.8	47.0		
Consume Tabaco y no consume alcohol					
SI consume alcohol y tabaco	31	45.5	46.0		

Nota: n= muestra, \bar{X} =media, Mdn= Mediana, H= prueba H de Kruskal-Wallis

En la tabla 22 se observa que existe diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en el último año ($H=21.06, p=.001$) con respecto a la edad. Se observó que los adultos que consumieron alcohol y tabaco tuvieron una menor edad ($\bar{X}=46.55$) en comparación con aquellos que no consumieron ninguna droga ($\bar{X}=51.83$). De igual manera se observó diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en el último mes ($H=23.04, p=.001$), siendo los adultos que consumen los dos tipos de drogas licitas más jóvenes ($\bar{X}=46.40$) con respecto a los que no consumen ninguna droga ($\bar{X}=51.6$). Por último se reportó diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los últimos siete días ($H=20.56, p=.001$), siendo los adultos que consumen alcohol y tabaco los que tuvieron menor edad ($\bar{X}=45.5$) en comparación con los que no consumen ninguna de las drogas ($\bar{X}=51.3$).

Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio fue factible la aplicación empírica de los conceptos de prevalencia y tipos de consumo de alcohol y tabaco en una muestra de 247 personas con diagnóstico médico de HTA que acuden a 13 Centros de Salud Comunitarios del sector salud del municipio de Apodaca, Nuevo León.

De acuerdo con el perfil socio-demográfico de los participantes del estudio se encontró que el la mayor proporción corresponde al sexo femenino. En su mayoría tienen una edad de entre los 41 y 60 años. Respecto a la ocupación sobresalió el ser ama de casa, esto se debe a que el mayor porcentaje de participantes fueron mujeres, seguido por el trabajo dedicado al comercio y al empleo de la construcción. De acuerdo con la formación académica que los participantes presentaron se observó que la mayor parte presentaron el nivel primaria como el mayor grado de estudios, seguido por el nivel secundaria. Como se observa este perfil sociodemográficos coincide con las familias mexicanas de estrato bajo y medio-bajo quienes dada su reducida escolaridad, tienen ocupaciones consistentes del sector servicio y de la construcción lo cual es congruente con su formación académica (Instituto Nacional de Geografía e Informática [INEGI], 2010). Así mismo el hecho de atenderse en Centros Comunitarios de población abierta, indica que probablemente no cuenta con seguridad social permanente, hecho que se reafirma por que aproximadamente el 50% de la muestra recibe apoyo económico del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y el Programa de Apoyo Alimentaria del Gobierno Federal, además del fácil acceso de estas unidades de atención en las zonas donde residen los participantes del estudio permiten que asistan con frecuencia a su control médico (Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL], 2010).

Respecto a con quien viven los participantes, en mayor porcentaje estos viven con su esposo (a) e hijos y en menor cantidad son los que viven solo con sus hijos los datos anteriores son similares a lo mostrado por el INEGI (2010) respecto al número de adultos que viven en familias nucleares y extendidas. De acuerdo a las edades de inicio de consumo de drogas lícitas, se encontró que la media de edad de inicio de consumo de alcohol fue a los 22.6 años de edad, este dato concuerda con lo reportado por la Encuesta Nacional de Adicciones en 2011 donde se indica que en población adulta el inicio de consumo de alcohol oscila entre 18 a 25 años de edad. Con respecto al tabaco la media de edad de inicio de consumo fue a los 18.9 años un poco más bajo a lo que reporta la Encuesta Nacional Contra las Adicciones la cual dice que la edad de inicio de consumo en los adultos es a los 20.6 años (CONADIC-SS, 2011).

En relación al primer objetivo del estudio que señala conocer la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los individuos con diagnóstico de HTA, por sexo y edad. Se observó que la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida se observó que todos los participantes del sexo masculino han consumido esta sustancia, a diferencia de las mujeres que casi la mitad de ellas han consumido alguna vez en la vida. Como se observa las prevalencias de consumo de alcohol fueron más altas para varones que para mujeres, lo anterior probablemente se explica por las premisas socioculturales del rol femenino y masculino donde el consumo de alcohol es mejor aceptado en varones que en mujeres (Alonso, Álvarez, López, Rodríguez, Alonso & Armendáriz; Álvarez et al., 2010)

En cuanto a las prevalencias de consumo de alcohol por edad se observó que los adultos que mostraron mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días fueron los que presentaron edades entre los 24 a 34 años (83.3%), seguido por el grupo de 35 a 45 años de edad, lo anterior concuerda con Tapia (2001) el cual indica que la frecuencia del consumo disminuye con la edad. Este hecho probablemente se explique ya que los problemas o enfermedades

crónicas inician su aparición aproximadamente a partir de los 40 años de edad según la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) y Nutrición (ENSANUT) como parte del cuidado de estas personas se recomienda el abandono o disminución del consumo de alcohol por parte del personal de salud de la institución donde se atienden (Olaiz et al, 2000; Gutiérrez, 2012).

El consumo de tabaco alguna vez en la vida en el sexo femenino es referido por 30.1% de los participantes, mientras que en el sexo masculino fue en un 82.8%. La prevalencia de consumo de tabaco en el último año para las mujeres fue de 12.6% y para los hombres 50.0%, la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en las mujeres fue de un 10.9% , mientras que en los hombres fue de 46.9% , la prevalencia de consumo de tabaco de las mujeres en los últimos siete días fue de 9.3% y en los hombres de 46.9%, estas cifras son similares a las mostradas por la Encuesta Nacional contra las Adicciones (2011) en las cuales el sexo masculino tiene un mayor prevalencia de consumo en comparación a las mujeres, esto probablemente se explique por el hecho de que el consumo de alcohol es mejor aceptado socioculturalmente en el sexo masculino que en femenino (CONADIC-SS, 2011).

Con respecto al consumo de tabaco por edad se observó que los adultos que mostraron mayor prevalencia de alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días fueron los de 24 a 34 años de edad (66.7%), seguido por el grupo de 35 a 45 años. Probablemente la paulatina disminución del uso de tabaco se explique como resultado de las políticas de legislación sanitaria, las cuales prohíben la difusión en medios de comunicación con fines publicitarios el uso del cigarrillo, así como mostrar las consecuencias del consumo de tabaco mediante imágenes y leyendas colocados en las cajetillas y la prohibición de fumar en lugares públicos y cerrados, así mismo por la orientación que reciben por parte del personal de salud quienes les recomiendan disminuir el consumo de tabaco (Secretaría de Gobernación, 2008).

Para el segundo objetivo se determinó conocer el tipo de consumo de alcohol por

edad y sexo en individuos con diagnóstico de HTA. Respecto a edad, se observó que no existe diferencia significativa en el tipo de consumo de alcohol.

En cuanto al tipo de consumo de alcohol por sexo se observaron diferencias significativas con respecto al consumo sensato ($\chi^2 = 71.52, p < .001$) en el sexo femenino fue más alto que en el sexo masculino, en el consumo dependiente

($\chi^2 = 7.57, p < .006$) se reportaron diferencias significativas siendo más alto en el sexo masculino que en el sexo femenino. De igual forma existen diferencias significativas para el consumo dañino ($\chi^2 = 48.85, p < .001$) donde el consumo más alto fue en el sexo masculino que en el femenino. Estos datos concuerdan con lo documentado por Díaz & García (2008), los cuales informan que el consumo en mujeres es en su mayoría de tipo sensato y el consumo dependiente y dañino es más alto en los hombres. Además esto es consistente con lo descrito por Alonso y Álvarez (2009) quienes señalan que el consumo excesivo en mujeres es estigmatizado socialmente ya que no se aprueba que la mujer no tenga control de su consumo de alcohol.

El tercer objetivo propuso conocer el tipo de consumo de tabaco por edad y sexo en individuos con diagnóstico de HTA. Respecto a la edad, se observó diferencia significativa del tipo de consumo de tabaco (diario, ocasional, dependiente, ex fumador y no fumador). Se observa que los que tienen una media de edad de 48.4 años presentan un consumo diario. En el consumo ocasional se presenta una prevalencia con media de edad de 48.1 años, mientras que el consumo dependiente presenta una media de edad de 42.0 años, el ex fumador presenta una media de edad de 50.0 años.

Esto probablemente se explica en el sentido de que al aumentar la edad también incrementan los problemas crónicos y dada la edad de inicio al consumo de tabaco que fue a los 18 años que ya están presentando complicaciones a causa del uso de tabaco y hayan decidido abandonar el hábito los ex fumadores. Sin embargo el grupo de edad de 48 años aproximadamente siguen fumando de manera ocasional, en otros casos fuman a diario y también en esta edad (48 años) se presenta una mayor proporción de fumadores

dependientes. Estos hallazgos pueden explicarse en función de las consecuencias de la dependencia a la nicotina por medio de los síntomas físicos además de que se presenta tolerancia a la sustancia que provoca un aumento cada vez mayor de consumo de tabaco (García, Esparza, Ávila, Hinojosa 2013; Tapia 2001). En relación con el tipo de consumo de tabaco por sexo se observó diferencia significativa, en donde los hombres son los mayores consumidores de tabaco en comparación con las mujeres, estos datos concuerdan con la Encuesta Nacional contra las Adicciones (2011) en donde confirma que los hombres consumen más tabaco que las mujeres. Esto probablemente se explique en el hecho de que las mujeres tienen tendencia a cuidar de sí mismas y evitan riesgos, en tanto los varones tienen más dificultades para disminuir el consumo de tabaco por que están trabajando y socializan con grupos de personas fumadoras, lo cual ratifica la conducta (CONADIC-SS, 2011).

En el cuarto objetivo se buscó identificar el tipo de bebida alcohólica de mayor consumo en individuos con diagnóstico médico de HTA, en donde se pudo observar que la cerveza fue la bebida de mayor preferencia. Este dato es similar al que refiere la Encuesta Nacional Contra las Adicciones (2011) y tal vez se explique por ser la bebida de mayor accesibilidad económica; además la cerveza se relaciona con una cultura húmeda en regiones con altas temperaturas donde la expectativa de consumo de cerveza puede asociarse con el deseo de refrescarse ante las cálidas temperaturas (Tapia 2001, Alonso y Álvarez 2009; CONADIC-SS, 2011).

Finalmente el quinto objetivo plantea identificar si existe relación entre el consumo de bebidas alcohólicas, cigarros y las cifras de presión arterial sistólica y diastólica en personas con HTA. Se observó que existe una relación positiva del número de bebidas alcohólicas con la presión arterial sistólica ($r_s = .326, p = .001$) y diastólica ($r_s = .361, p = .001$), es decir a mayor número de bebidas alcohólicas mayores fueron las cifras de presión arterial en los adultos con hipertensión arterial. Por otra parte se

observó una relación positiva entre el número de cigarrillos y la presión arterial sistólica y diastólica, por lo tanto a mayor número de cigarrillos mayores fueron las cifras de presión arterial sistólica y diastólica en adultos con hipertensión arterial. Así mismo se identificó que el consumo de bebidas alcohólicas aumenta el número de cigarrillos fumados, esto puede explicarse probablemente por que existe tendencia a que ambos consumos ocurren de forma simultánea, además esta conducta se construyó en los adultos participantes de este estudio entre los 18 y 22 años de edad por ellos es un hábito arraigado difícil de abandonar (García, Esparza, Ávila, Hinojosa 2013; Tapia 2001).

Adicionalmente se obtuvieron hallazgos adicionales en donde se observaron diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco relacionados con la presión arterial sistólica y diastólica, los años de escolaridad así como la edad. Se observó diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los últimos siete días relacionada con las cifras de presión arterial sistólica, siendo los adultos que consumen ambas drogas los que obtuvieron cifras más altas de presión arterial sistólica en comparación con los que no consumen ni alcohol ni tabaco. De igual manera se encontró diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los últimos siete días en relación con las cifras de presión arterial diastólica, siendo los adultos que consumen alcohol y tabaco los que obtuvieron cifras más altas de presión arterial diastólica en comparación con los que no consumen ninguna de las drogas. Estos datos son similares a lo reportado por Stranges et al., (2004) quienes documentaron que los adultos que refieren beber diariamente tienen cifras más altas de presión arterial en comparación con los que no toman, así mismo Galán, Campos y Pérez (2006) por su parte informan que las cifras de presión arterial son más altas en los adultos que consumen tabaco en comparación con los que no lo consumen. De igual forma encontraron que adultos con hipertensión arterial con control médico y tomando medicamentos antihipertensivo que seguían fumando continuaban con la presión arterial elevada en comparación con adultos con hipertensión que no fumaban.

De igual manera se reportó diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los últimos siete días relacionada con la escolaridad en donde se observó que los adultos que consumen alcohol y tabaco tuvieron mayor número de años de escolaridad ($\bar{X} = 9.00$) en comparación con los que no consumen ninguna de las drogas ($\bar{X} = 5.32$). Esto probablemente se explica en el sentido de que con el aumento de años de escolaridad obtienen un trabajo con más altos niveles de remuneración económica y de esta manera logran obtener mayores recursos para adquirir la sustancia y tener mas libertad con diversos grupos de trabajadores y al mismo tiempo más libertad para comprar bebidas alcohólicas y cigarros, así como mayor oportunidad de socialización (Alonso & Álvarez, 2009)

Por último se documento correlación positiva y significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los últimos siete días relacionada con la edad, en donde se observó que los adultos mientras menos edad tienen mayor probabilidad tienen de consumir ambas drogas, ya que se encuentran inmersos en medios laborales donde el alcohol y tabaco son vehículos de socialización (Tapia, 2001).

Conclusiones

De acuerdo a lo reportado en este estudio se concluye que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 22.6 años con un consumo de 6.3 bebidas alcohólicas en un día típico donde la cerveza fue la de preferencia. La edad promedio de inicio de consumo de tabaco fue de 18.9 años con un consumo de 7.3 cigarrillos en un día típico.

La prevalencia global de consumo alcohol en el sexo femenino fue de 51.4% mientras que en el sexo masculino fue de un 100%, la prevalencia lapsica en el sexo femenino fue de 26.2% y en el sexo masculino fue de 82.8%, la prevalencia actual fue de 17.5% para las mujeres, mientras que para los hombres fue de 79.7% y la prevalencia instantánea fue de un 11.5% en el sexo femenino y de un 79.9% para el sexo masculino. En cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol por edad, el grupo cuyas edades oscilaban entre los 24 y 34 años fueron los que tuvieron mayores porcentajes (83.3%).

Existen diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol por sexo, en donde los hombres presentan mayor consumo dependiente y dañino mientras que las mujeres presentan un mayor consumo sensato. No hubo diferencia significativa en el tipo de consumo de alcohol por edad

La prevalencia global de consumo tabaco para el sexo femenino fue de 30.1% mientras que para el sexo masculino fue de 81.8%, la prevalencia lapsica en el sexo femenino fue de 12.6% y en el sexo masculino fue de 50.0%, la prevalencia actual para más mujeres fue de 10.9% y para los hombres fue de 46.9% en cuanto a la prevalencia instantánea para las mujeres fue de 9.3% y para los hombres fue de 46.9%. La prevalencia de consumo de tabaco por edad fue de 66.7% en el grupo de edad de 24 a 34 años.

La prevalencia de consumo de tabaco fue mayor en los hombres que en las mujeres. Existe diferencia significativa en el tipo de consumo por edad donde los adultos de menor edad mantienen un consumo dependiente, mientras que los que se encuentran en el grupo de edad de 50 años son ex fumadores.

Se documento correlación positiva y significativa del número de bebidas alcoholica, el número de cigarros y las cifras de presión arterial. A medida que aumenta el número de bebidas alcohólicas y el número de cigarros, más altas fueron las cifras de presión arterial

Se encontraron hallazgos adicionales los cuales reportan diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco relacionados con las cifras de presión arterias sistólica y diastólica, mostrando que los adultos que consumen los dos tipos de drogas tienden a cifras de presión arterial más altas en comparación con los que no consumen las drogas licitas.

Existe diferencia significativa en los adultos que consumen alcohol y tabaco con los años de escolaridad. Se observó que los adultos que consumen alcohol y tabaco tuvieron un mayor número de años de escolaridad en comparación con lo que no consumen ninguna droga.

Existe diferencia significativa en los adultos que consumen alcohol y tabaco con la edad. Se observó que los adultos que consumen alcohol y tabaco son más jóvenes en comparación con los que no consumen alcohol y tabaco.

Recomendaciones

Se recomienda realizar estudios de casos y controles para ratificar si el consumo de alcohol y tabaco modifica las cifras de presión arterial sistólica y diastólica en persona con diagnóstico de HTA como se observó en el presente estudio.

Es importante realizar estudios de tipo cualitativo para identificar los factores que les impiden a los adultos con diagnóstico de HTA lograr el abandono del consumo de alcohol y tabaco.

Se sugiere seguir utilizando la escala de AUDIT para identificar los tipos de consumo de alcohol.

Se recomienda diseñar y aplicar intervenciones de enfermería encaminadas a reducir y evitar el consumo de alcohol y tabaco en adultos con diagnóstico médico de HTA con la finalidad de ayudarles a lograr el abandono del hábito de consumo de alcohol y tabaco en virtud de posibles complicaciones.

Limitaciones del estudio

En el estudio no se realizó directamente la medición de la presión arterial, es por eso que en próximos estudios en personas con HTA que consume alcohol y tabaco se debe realizar la medición de la presión arterial siguiendo la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial (NOM-030-SSA2-2009) así como el procedimiento de la Sociedad Mexicana de Cardiología (2002).

Referencias

- Abtahi, et al.. (2011). Correlation between Cigarette Smoking and Blood Pressure and Pulse Pressure among Teachers Residing in Shiraz, Southern Iran. *Iranian Cardiovascular Research Journal*. 5 (3), 97-102
- Albarracín, O. M., & Muñoz O., L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los primeros años de carrera universitaria de Bucaramanga y su área metropolitana. *Liberabit*, 14, 1-69.
Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a07v14n14.pdf>
- Alonso Castillo, M.M., Álvarez Bermúdez, J., (2009) Consumo de Alcohol en Mujeres Adultas: Una Aproximación cualitativa. De la salud a la enfermedad, hábitos tóxicos y alimenticios (1 era Ed.) Monterrey, Nuevo Leon México. 149-192
- Alonso Castillo, M. M., Álvarez Bermúdez, J., López García, K. S., Rodríguez Aguilar, L., Alonso Castillo, M. T. D. J., & Armendáriz, N. A. (2011). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería. Imagen y Desarrollo*, 11(1)
- Álvarez, A., Alonso, C. M. & Guidorizzi, Z.A. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista. Latino-Americana Enfermagem* 18, 634-40
- Athyros, et al. (2008). Association of Drinking Pattern and Alcohol Beverage Type With the Prevalence of Metabolic Syndrome, Diabetes, Coronary Heart Disease, Stroke, and Peripheral Arterial Disease in a Mediterranean Cohort. *Angiology* . 58, 689-697.
- Babor, T. F., De la Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1989). AUDIT. The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. Programme on substance abuse. World Health Organization, 1-2
- Burns, N., & Grove, S. K. (2004). *Investigación en Enfermería* (3ª ed.). Barcelona, España: Elsevier España, S.L.

Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Vivir Mejor, (2011). Encuesta Nacional de Adicciones de México.

Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/encuestas_ena2011.html

Consejo Nacional contra las Adicciones -Secretaría de Salud [CONADIC-SS] (2008). Instituto Nacional de Psiquiatría SS. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] 2008. México, 2008. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdfdocumento

Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Vivir Mejor, (2011). Encuesta Nacional de Adicciones de México.

Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/encuestas_ena2011.html

De la Fuente, J., & Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico.

Revista Facultad de Medicina UNAM, 35(2), 47-51.

Díaz Negrete B, García-Aurrecoechea R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(4):223-32.

Díez, J., & Lahera, V. (2001). Hipertensión arterial, Aspectos fisiopatológicos. *Investigacion de arteriosclerosis*, 13(2)

Recuperado de: <http://www.elsevier.es> el 28/03/2012.

Djoussé, L., & Mukamal, K. (2009). Consumo de alcohol y riesgo de hipertensión: ¿tiene importancia el tipo de bebida o el patrón de consumo?. *Revista Española de Cardiología*. 62(6),603-5

Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*, 14 (1).

Espinoza, G.F., Ceja, E.G., Trujillo, H. B., Uribe, A.T., Abarca-de Hoyos, P., & Flores, V. D. (2004). Análisis de los factores de riesgo de la hipertensión arterial en Colima, México. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 16(6), 402-407

- Fernández-Solà, J. (2007). Diferentes efectos del alcohol según el sexo. *Jano*, 26 (16), 27-32
- Flores, F., Rodríguez, L., & Guzmán, F. R. (2006). Consumo de alcohol y características demográficas de usuarios de salas de urgencia de Tamaulipas, México. *Rev Electr Saude Mental, Alcohol e Drogas*. 2 (1).
- Galán, M.M., Campos, M. M., Amato, & Pérez, C. (2006). Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 h - evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). *Revista Cubana de Medicina*.87, 456-463.
- García, Gracia P., Esparza Almanza S.E., Avila Medina M., Hinojosa Garcia L. (2013) Motivación para el consumo de tabaco en jóvenes universitarios. *Ciencia UANL*. 16(60), 44-50
- Groppelli, A., Giorgi, D.M.A, Omboni, S., Paratti, G. & Mancina, G. (1992). Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *Hypertension*; 10, 495-99.
- González H.L., & Berger V.K., (2002). Consumo de Tabaco en Adolescentes: Factores de riesgo y Factores Protectores. *Ciencia y enfermería*, 8(2), 27-35.
- Gutierrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernandez, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., ... & Hernandez-Avila, M. (2012). Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. *Instituto Nacional de Salud Publica, Cuernavaca*.
- Halanych, et al. (2010). Alcohol Consumption in Young Adults and Incident Hypertension: 20-Year Follow-up From the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *American Journal of Epidemiology* 171, 532–539.
- Hines, L M., & Rimm, E. B. (2001). Moderate alcohol consumption and coronary heart disease: a review. *Postgrad Medic*, 77, 747–752
- Huerta, R.B. (2001). Factores de riesgo Para la Hipertensión Arterial. Instituto Nacional de Cardiología. *Archivos de cardiología de México*, 71. S208-s210.1.suup.
Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2010). Censo de población y vivienda. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P>

- Lozano, R., Franco, M.F., & Solís, P. (2007). El Peso de la Enfermedad Crónica en México: Retos y Desafíos ante la Creciente Epidemia. *Instituto nacional de Salud Pública de México*. 49, pp. 282
- Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649116>
- Lawes, C. M., Vander Hoorn, S., & Rodgers, A. (2008). Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *The Lancet*, 371(9623), 1513-1518.
- Miller, K. (2005). Adolescent Exposure to Magazine Alcohol Advertising. *American Family Physician*, 158, 629-34.
- Martínez, M.R., Pedrão, L.J., Alonso, C. M., López, G. K., Oliva R.N., Autoestima, autoeficacia percibida, consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación secundaria de área urbana y rural de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista. Latino Americana. Enfermagem*. julho-agosto 2008; 16(número especial):614-20.
- Mukamal, et al.(2005). Alcohol and Risk for Ischemic Stroke in Men: The Role of Drinking Patterns and Usual Beverage. *Ann International Medic*; 142, 11-19.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] (2008). *Alcohol Alert: Alcohol and other drugs*.
- Recuperado de: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA76/AA76.htm>
- Nordness, R. (2006). *Epidemiología y bioestadística secretos*. Madrid España. Elsevier
- Núñez-Córdoba, J. M., Martínez-González, A.M., Bes-Rastrollo, M., Toledo, E., Beunza, J. J., & Alonso, A. (2009). Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN. *Revista. Española de Cardiología*. 62(6), 633-41.
- O'connell, S.S. & Bare G.B (2005). *Enfermería Medicoquirurgica. Mc Graw-Hill* 1(942).
- Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2: La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe sobre la salud en el mundo. Recuperado de http://www.who.int/whr/2011/en/Whr11_es.pdf

- Ruiz, M. A., Rodríguez, G.I., Rubio, C., Revert, C., & Hardisson, A. (2004). Efectos Tóxicos del Tabaco. *Revista de Toxicología* 21, 64-71.
- RENASICA, P. E. G. C. (2002). El Registro Nacional de los Síndromes Isquémicos Coronarios Agudos.(RENASICA) Sociedad Mexicana de Cardiología. *Arch Cardiol Mex*, 72(supl 2), S45-S64.
- Pickering et al (2005). Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans: A Statement for Professionals From the Subcommittee of Professional and Public Education of the *American Heart Association Council on High Blood Pressure Research*. *Hipertensión*, 45:142-161
- Polit, D., & Hungler, B. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª. ed.). México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Secretaría de Desarrollo Social (2010). *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*
Recuperado de: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/normatividad_vigente
- Secretaría de Gobernación [SEGOB]. (2008). *Ley General para el control del Tabaco*.
Recuperado de www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/LGCT.doc
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*.
Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaria de Salud (2012). Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx>
- Secretaria de Salud (2009). *Norma Oficial Mexicana, Para la Prevención, Tratamiento y Hipertensión Arterial, NOM-030-SSA2-2009*, México.
Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/nom030.pdf>
- Secretaria de Salud (2009). *Norma Oficial Mexicana, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, NOM-028-SSA2-2009*, México.

Recuperado de:

http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/norma_oficial_mexicana_028ssa22009_para_la_preven
 evenc

Secretaria de Salud (2009). *Centro nacional de Vigilancia Epidemiología y Control de Enfermedades (CENAVECE). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*. Recuperado de:

http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SISVEA/informes_sisvea_2009.pdf

Sesso, H.D., Cook, N.R., Buring, J.E., Manson, J.E., & Gaziano J.M. (2008). Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Women and Men. *Hypertension, American Heart Association* 51, 1080-1087.

Sobell, L. & Sobell, M. (2004). Alcohol consumption measures. In J. Allen & V. Wilson *ASSESSING ALCOHOL PROBLEMS: A Guide for clinicians and researches* (2 ed, pp 75-100). U.S. Department of Health and Human Services.

Solis, A.T., Castillo, M. M. A., & García, K. S. L. (2009). Prevalência de consumo de álcool nas pessoas com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo-2. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 5(2), 1-13.

Stranges et al. (2004). Relationship of Alcohol Drinking Pattern to Risk of Hypertension : A Population-Based Study. *Hypertension American Heart Association*.44, 813-819.

Tapia, C. (2001). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. *Manual moderno* (2 da Ed.) México: Manual Moderno 207-217.

Tirado, M. R., Aguaded, G. I., & Marín, G. I. (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Health and Addictions*. 9 (2), 165-184

Teixeira do Carmo, J., Andrés-Pueyo, A., & Álvarez, L.E., (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4).

- The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (2007) Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* 28, 1462–1536
- Valero, R., & García S.A (2009). Normas, Consejos y Clasificaciones sobre Hipertensión Arterial. *Enfermería Global*, 15.
- Yadlapally, K., Bontha, B., & Jammnigupula N. (2008). The Association of Tobacco smoking and Blood pressure in some low socioeconomic Groups from Andhra Pradesh, India. *High Blood press cardiovascular*; 15 (1) 29-34

Apéndices

Apendice A

Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas (CDPYPCD)

Instrucciones.

La información que a continuación proporcionas es completamente anónima y confidencial. Todas las respuestas son importantes, ninguna se considerará incorrecta y nadie juzgara su forma de responder. Agradezco que conteste todas las preguntas. Por favor marque con una "X" la respuesta que más se apegue a su realidad. Gracias por su participación.

I. Datos Personales

1. Sexo: Hombre Mujer
2. Edad:
3. Número de años de padecer Hipertensión Arterial
4. Cifra actual de Hipertensión Arterial
5. Edad de inicio de consumo de alcohol
6. Edad de inicio de consumo de tabaco
7. Escolaridad: _____
8. Estado civil:
 - 1) Soltero (a) 2) Casado (a) 3) Unión libre 4) Separado (a)
 - 5) Divorciado (a) 6) Viudo (a)
9. Ocupación: _____
10. ¿Con quién vive actualmente? _____
11. ¿Tiene Hijos (as) Si No
12. ¿Cuántos hijos (as) tiene?

II. Prevalencia del Consumo de Drogas Lícitas

Instrucciones:

Coloque en la siguiente tabla una “X” en el espacio que más se apega a su realidad y recuerde que lo que responda es confidencial y que nadie le juzgara.

¿Ha consumido...?	Alguna vez en la vida		En el último año		En el último mes		En los últimos siete días	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Alcohol (cerveza, bebida preparadas, vino, vodka, tequila etc)								
Tabaco (cigarros, puros)								

Por favor conteste lo más apegado a su realidad

13. ¿A que edad inicio el consumo de alcohol y tabaco?
14. El día que usted consume bebidas alcohólicas (cerveza, bebidas preparadas, vino, tequila, vodka, etc.) ¿Cuantos tragos consume? _____
15. El día que usted consume bebidas alcohólicas ¿Cuál es la bebida de su preferencia? _____
16. Si usted antes consumía bebidas alcohólicas y en este momento no lo hace mas, ¿Cual era La bebida de su preferencia? _____
17. El día que usted fuma ¿Cuantos cigarros de tabaco consume?_____

Instrucciones

Coloque en la siguiente tabla con una “X” en el espacio que más se apegue a su realidad, respecto al consumo de tabaco, recuerde que nadie juzgara sus respuestas, por favor no deje espacios en blanco.

	Si	No
¿Ha fumado alguna vez en la vida?		
¿Ha fumado menos de 100 cigarrillos y fuma de manera ocasional?		
¿Hasta el mes pasado, fumo más de 100 cigarrillos y actualmente no fuma?		
¿Ha fumado 100 a más cigarrillos en su vida y actualmente fuma diariamente?		
¿Fuma diariamente y además fuma el primer cigarrillo del día en un tiempo inferior a 30 minutos después de despertarse?		

Apendice B

Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de alcohol, lea cuidadosamente cada una de ellas y subraye la respuesta que más se acerca a su realidad

<p>1. ¿Qué tan frecuente consume alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)</p> <p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebió la mañana siguiente después de que bebió en exceso el día anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas consume en un día típico de los que bebe?</p> <p>(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebe?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvido algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante este último año ¿Le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Se has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de su consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos).</p> <p>(0) No , (1)si, pero no en el curso del último año (2)si, en el último año</p>

<p>5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejó de cumplir con actividades por beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebe o le han sugerido modere su forma de beber? (0)</p> <p>No (1)si, pero no en el curso del último año (2)si, en el último año</p>
---	---

(De la Fuente y Kershenovich, 1992)

Apendice C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Consumo de Alcohol y Tabaco en Adultos con Diagnóstico
de Hipertensión Arterial.

Autor del estudio: Lic. Denisse Navarro Salgado

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Prólogo: Estamos interesados en conocer si los adultos con diagnóstico de hipertensión arterial han consumido alcohol y tabaco alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete, así como el tipo de consumo de alcohol y tabaco en los mismos. Por lo cual, lo invitamos a participar de forma voluntaria en este estudio, el cual forma parte de estudios de posgrado.

Antes de que acepte participar usted debe conocer el propósito del estudio, los riesgos y lo que sucederá después de otorgar su consentimiento, para decidir su participación en el estudio y otorgar su consentimiento. El proceso que antes se mencionó corresponde al “consentimiento informado”, el cual la Lic. Denisse Navarro Salgado le explicará, si decidiera participar se le pedirá que firme este formato de consentimiento y se le entregará una copia de él.

Propósito del Estudio: Determinar la prevalencia global (alguna vez en la vida), lápsica (en el último año), actual (en el último mes), e instantánea (en los últimos siete días) de consumo de alcohol y tabaco en adultos con diagnóstico de hipertensión arterial, así como identificar el tipo de consumo de alcohol y tabaco en adultos con diagnóstico de hipertensión arterial, que acuden a control en clínicas de salud del área de Apodaca Nuevo León

Descripción del estudio/procedimiento:

Se le aplicarán 2 cuestionarios, en las mismas instalaciones del centro de salud, en un área privada, para lo cual se destinará un horario específico que no interrumpa con sus actividades diarias, cuidando en todo momento su anonimato. Usted tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que deje de participar, no afectará la atención en el control de su enfermedad.

Riesgos e inquietudes: No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Si usted se sintiera indispuesto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida Sin que esto afecte su atención en este centro.

Beneficios esperados: No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas de prevención para el beneficio de los adultos con diagnóstico de hipertensión arterial

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que usted está participando en este estudio serán usted y los responsables del mismo. Ninguna información proporcionada por usted durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a otros. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que se proporcione será completamente anónima y confidencial.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, por favor comuníquese con la responsable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], la Dra. Raquel Alicia Benavidades Torres, a quien se puede localizar en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento: Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Declaro que he leído este formato y que la Lic. Navarro ha resuelto todas mis dudas. Por lo que estoy aceptando participar en este estudio, sin embargo no renuncio a mis derechos de cancelar mi participación en cualquier momento que lo decida.

Nombre y Firma del participante

Fecha

Firma de testigo

Fecha

Firma de testigo

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidata a obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

LGAC: Prevención de Adicciones a las Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Denisse Navarro Salgado, nacida en Chihuahua, Chihuahua el 13 de Mayo de 1986, Hija del Dr. José Navarro Castañón y la Sra. María Fidencia Salgado Ceniceros

Educación: Egresada de la carrera de Licenciatura en enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua (2005-2009).

Experiencia Profesional: Realización de pasantía en Centro de Salud Comunitario, turno matutino en la ciudad de Chihuahua, en el periodo de agosto del 2009 a Julio del 2010. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para realizar estudios de posgrado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Correo electrónico: Deny_nava@hotmail.com