

11226

167

2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADEMICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
DR. JAVIER DOMINGUEZ ESTRADA

BUSQUEDA DE ALGUNOS FACTORES LABORALES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DEL TABAQUISMO EN UNA POBLACION DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE.

T E S I S
TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
FELIPE ROJAS CASTAÑEDA



ISSSTE

MEXICO, D. F.

AGOSTO 1998.

265063



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**BÚSQUEDA DE ALGUNOS FACTORES LABORALES QUE
INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DEL TABAQUISMO EN UNA
POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

FELIPE ROJAS CASTAÑEDA

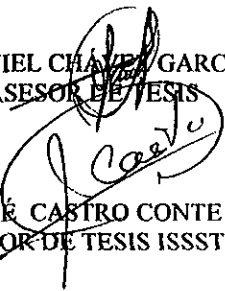
A U T O R I Z A C I O N E S



**DR. ANTONIO SOSA HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL ISSSTE
EN EL CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR DR. JAVIER DOMÍNGUEZ
ESTRADA.**

**I. S. S. S. T. E.
CLINICA DR. JAVIER DOMÍNGUEZ
ANTES CHAPULTEPEC
D I R E C C I O N**

**DR. DANIEL CHAVEZ GARCÍA
ASESOR DE TESIS**



**DR. JOSÉ CASTRO CONTE
ASESOR DE TESIS ISSSTE**

**I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
REVISADO
AGO. 10 1998
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA**



**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR,
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE.**

**BÚSQUEDA DE ALGUNOS FACTORES LABORALES QUE
INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DEL TABAQUISMO EN UNA
POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**


P R E S E N T A:

FELIPE ROJAS CASTAÑEDA

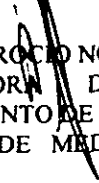
A U T O R I Z A C I O N E S



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

DEDICATORIAS

A MI ESPOSA

Por el Cariño que me ha dado
y el sacrificio hecho para la
culminación de mis estudios
de especialidad en "Medicina
Familiar" Con todo Respeto y
Admiración que se merece
LETICIA RAMÍREZ DE ROJAS.

A MIS HIJOS

Dedico el presente trabajo
esperando que un día tomen el
Sendero que los Guíe y no el
Camino que los lleve.
JOCELYN Y LUIS FELIPE

Como un ofrecimiento a mis padres quienes me han legado los valores de la vida, por su formación, cuyo ejemplo ha constituido un apoyo constante a lo largo de mi carrera, y que seguirá estando presente por siempre. Con respeto, cariño y admiración. **FELIPE**

A mis hermanos: Julio, Mónica, Patricia, Carolina, Aida, Adolfo y Norma, quiénes han seguido los consejos de mis padres y quiénes han formado parte importante en mi vida personal y académica.

**A LA U.N.A.M., Máxima casa de estudios,
cuyo recinto amé el saber, debo también una parte de la presente investigación**

Con respeto para el H. Jurado

Es un gran honor poner a su valiosa consideración la realización de la presente investigación, con lo cual pretendo dar un paso decisivo en mi vida profesional.

Agradezco de antemano a todos y cada uno de Ustedes su apreciable tiempo y atención.

I N D I C E

- INTRODUCCIÓN..... 1
- 1. MARCO TEÓRICO 4
- 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS..... 4
- 1.2 CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS..... 8
- 1.3. ESTRUCTURA BIOQUÍMICA.....9
- 1.3.1 Fase Particulada.....9
- 1.3.2 Fase Gaseosa.....12
- 1.4 CAUSAS DE TABAQUISMO15
- 1.4.1 Teorías Psicológicas.....15
- 1.4.2 Motivos de Inicio.....15
- 1.4.3 Motivos de Mantenimiento.....18
- 1.4.4 Clasificación del Tabaquismo.....19
- 1.5 REPERCUSIONES SOBRE EL ORGANISMO... .21
- 1.5.1 En la Cavidad Bucal.... 21
- 1.5.2 En el Tracto Gastrointestinal 22
- 1.5.3 En las Vías Respiratorias 23
- 1.5.4 Osteocalcina y Fumadores 27
- 1.5.5 Enfermedad Cerebro Vascular..... 27
- 1.5.6 Efectos Cardiovasculares del tabaco y de la nicotina.....28
- 1.5.7 Tabaquismo y Embarazo..... 30
- 1.5.8 Varios31
- 1.5.9 Tabaquismo Pasivo32
- 1.5.10 Exposición de la Mezcla Compleja de Contaminantes en el Aire en Humanos... 33
- 1.6 LEGISLACIÓN..... 34
- 1.6.1 Producción tabacalera nacional..... 35
- 1.6.2 Restricciones de Publicidad..... 36
- 1.6.3 Control de toxicidad de los cigarrillos en venta.....37
- 1.6.4 Regulación de la venta..... 38
- 1.6.5 Restricciones de fumar.. . 38
- 1.7 EDUCACIÓN.....40
- 1.7.1 Actividades Antitabáquicas.....40
- 1.7.2 Clínica de Tabaquismo 42
- 1.8 EPIDEMIOLOGÍA..... 44
- 1.8.1 Situación mundial actual..... 44
- 1.8.2 situación actual del tabaquismo en México.....50

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	57
3. JUSTIFICACION.....	58
4. OBJETIVOS.....	59
5. HIPÓTESIS.....	60
6. METODOLOGÍA.....	61
7. RESULTADOS.....	66
8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	132
9. CONCLUSIONES.....	140
10. REFERENCIAS.....	141
11. GLOSARIO.....	148
12. ANEXO.....	149

INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera al tabaquismo como una conducta adictiva. El uso del tabaco constituye un problema importante que repercute en la salud y en la economía de los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (1993) el consumo del tabaco es una de las causas más importantes de enfermedades tales como: cáncer de pulmón (90%), el 30% de todos cánceres y más del 80% de los casos de bronquitis crónica y enfisema pulmonar, y causa del 20 al 25 % de las muertes por enfermedad cardíaca coronaria. También causa úlcera gástrica y múltiples complicaciones del embarazo, entre las cuales se cuentan, menor peso del producto al nacer, mayor incidencia de abortos y muertes neonatales, parto prematuro en madres fumadoras relacionados con placenta previa.¹

Las muertes prematuras y el ausentismo laboral de los fumadores por enfermedad, tienen repercusiones económicas (ya que causa grandes pérdidas en la producción) y sociales (uso excesivo de los servicios de salud) muy importantes, por lo cual se ha dado pauta de acción y alerta en muchos países, por conducto de las organizaciones médicas internacionales entre ellas la Organización Mundial de la salud - para que se actúe pronta y decididamente en el combate del tabaquismo.¹

En México fue presentado en 1986 la formulación del Programa contra el tabaquismo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, coordinado por la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones, el INER y la Organización Panamericana de la Salud en el cual se ataca el problema desde cuatro puntos de vista: Salud, Educación, Legislación e Investigación.²

En el campo de la investigación deben ser tomados en cuenta los aspectos médicos y psicológicos del hábito tabáquico. El investigar los segundos es de gran interés ya que

ayuda a explicar el porque una persona se inicia en el hábito de fumar, como es que la persona se mantiene y como es que la mayoría o al menos una parte importante de fumadores, no pueden dejar el cigarrillo así lo desee

Un gran número de estudios muestran que ciertos factores de personalidad distinguen a los fumadores de los no fumadores

La idea de que los fumadores son más extrovertidos fue introducida por Eysenck (1960), que sostiene que los extrovertidos tienen una clase de "hambre de estímulos", de ahí su preferencia al café, alcohol, comida condimentada y a que tienen conductas impulsivas.³
57, 64

El punto de vista de Eysenck de los factores de personalidad ha sido estudiado con gran interés en diferentes países y hay diversos intentos de derivar clasificaciones multidimensionales de las razones de fumar⁶⁴

Dada la teoría de Eysenck de extroversión-tabaquismo y la clasificación de Russell de las razones para fumar,⁷⁹ se puede suponer que el grado de extroversión de los fumadores se relaciona con el grado de su adicción, los fumadores farmacológicos tenderán a fumar cigarrillos con un contenido mas alto de nicotina.

Fumar en pipa o puros, el consumo de tabaco en polvo y la masticación de tabaco es menos probable que dé lugar a una dependencia de la nicotina. El inicio más rápido de los efectos fumando cigarrillos provoca un patrón de hábito más intenso que es más difícil de interrumpir debido a la frecuencia del reforzamiento y a la mayor dependencia física de la nicotina. Los sujetos están frecuentemente angustiados por su incapacidad de dejar de fumar, algunos sujetos dependientes de la nicotina, pueden tener dificultades para mantenerse en contextos laborales o sociales en los que está prohibido fumar

La dificultad para abandonar definitivamente el consumo de la nicotina, puede deberse a lo desagradable que es el síndrome de abstinencia, a la naturaleza altamente aprendida del

hábito, el efecto repetido de la nicotina inmediatamente después de ser inhalada (75 mil bocanadas por año para los fumadores de un paquete diario) y a la probabilidad de que el deseo de fumar esté provocado por estímulos ambientales, como la presencia de otros fumadores y la amplia disponibilidad de cigarrillos. Es más habitual fumar cigarrillos entre los familiares de primer grado de los sujetos con dependencia de la nicotina que entre la población general.⁷⁶

I. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Se ha comprobado que desde tiempos remotos, en todos los países, ha existido la costumbre de usar gran cantidad de plantas como medicina, quemarlas o simplemente mascarlas, estos hábitos no pueden, de forma alguna, identificarse con el uso que del tabaco hacían los indígenas de América, sólo en éste continente, esta especie vegetal, la única considerada divina, se empleó indistintamente como medicina o con fines narcotizantes.

El término tabaco pertenece a la lengua haitiana.

Los indígenas de América usaban el tabaco como agente terapéutico y desinfectante, como antídoto, para escalofríos, fiebre, convulsiones, ojos enfermos, trastornos intestinales, y mezclado con otras hierbas para aliviar el catarro y el asma

En el México antiguo al tabaco se le conoció con el nombre náhuatl *piecetl* (Nicotina Tabacum) De acuerdo con el cronista Pomar, el *piecetl* es una planta de color verde con semillas pequeñas de color oscuro. Se acostumbraba a secar la hoja a la intemperie, mezclándola enseguida con cal, dicha preparación se colocaba entre los labios y las encías. Prevalecía la creencia de que si el individuo se dormía en el campo con el tabaco en la mano, estaba libre del ataque de animales ponzoñosos. En ocasiones a la misma mezcla se le añadía chile molido, la cual era colocada en calabazas y se tomaba introduciendo un dedo después de chuparlo. Estas calabazas fueron muy utilizadas por los sacerdotes quienes las llenaban y cargaban en la espalda. “Traían a las espaldas lo que llamaban Cuahueutque y las tecuacuiltin calzadas con cintas de cuero”.

La crónica del padre Clavijero, revela que los sumos sacerdotes elaboraban una mezcla con diferentes insectos y serpientes ponzoñosas, la cual se quemaba sobre el “Hogar” del templo. En su manuscrito señala: amasaban sus cenizas en un mortero con hollín de ocolt,

con tabaco y con la yerba Aloliuhqui y presentaban dentro de pequeños vasos esta mezcla para ofrendarla a sus dioses

Los antiguos mexicanos lo consideraban un remedio para el dolor de muelas, el resfriado y el cólico. También hay referencias de ofrendas de tabaco a las divinidades, por ejemplo los tlaxcaltecas lo ofrecían a Camaxtli, en la fiesta azteca al dios de la guerra Huitzilopochtli, la ofrenda era el humo que desprendía el tabaco al ser quemado; en el libro sagrado de los mayas Popol Vuh, se menciona que los participantes de las ceremonias, además de las pruebas que debían acreditar, tenían que pasar una noche en la cueva con sus cigarros y antorchas prendidos.⁸²

El tabaco también se usó como talismán en el rito de la pubertad, en el cual, el humo hacía las veces de encantamiento o de acto sagrado que alejaba el mal, y por otro lado, estaba relacionada de algún modo con ideas bélicas, tal como los ritos al dios Huitzilopochtli y la creencia de que el cuerpo de Ciacoatl patrona de la guerra se vinculaba de algún modo con el tabaco.

El conocimiento del tabaco en el viejo continente comenzó con el descubrimiento de América, ni histórica, ni científicamente se ha podido comprobar que el tabaco fuera empleado por los habitantes de Europa en alguna de sus formas antes de que Cristóbal Colón regresara de su primer viaje. Cuando este personaje llegó a la Isla de San Salvador, los indios arawaks le ofrecieron unas hojas carmelitosas y secas en señal de respeto y amistad, más tarde y al estar navegando vio a un indio en su canoa que llevaba unas hojas encendidas cuyo humo aspiraba; dentro de la expedición acordó el almirante enviar a dos emisarios Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre quienes se adentraron y trajeron la noticia de que los indios aspiraban humo de unas hojas que quemaban, por esta razón cabe pensar que los primeros colonizadores fueron quienes lo llevaron a Europa. Es posible que el tabaco fuera introducido a España y Portugal a principios del siglo XVI un poco más tarde a Bélgica, Francia e Inglaterra, su uso estaba limitado a los marineros. Hasta fines del siglo XVI, en Europa se incrementó con gran vitalidad el uso del tabaco, como lo demuestra la obra de Juan de Castro, publicada en 1619, que se intitula *Historia del tabaco y sus*

virtudes, el primer experimento médico del que se tiene noticia fue llevado a cabo por un pariente lejano de un paje llamado Jean Nicot, entonces embajador de Francia en la corte de Portugal, este señor de nombre desconocido curó una úlcera crónica, con resultados para la época de milagrosos. el rumor del éxito fue propagado por el propio Nicot el médico del Rey y algunos cortesanos empezando, entonces, la época mágica del tabaco, en los momentos en que era mayor la fama de las propiedades del tabaco, Nicot lo envió a la Reina Madre Catalina de Francia, de tal manera que tiempo más tarde, se afirmaba en Bélgica, Alemania, Suiza y España, mencionándose que no había enfermedad que resistiera los maravillosos efectos de la hoja de tabaco

Por tanto, puede asegurarse que fue utilizado sin medida ni precauciones hasta ser convertido en remedio casero, sin embargo, a principios del siglo XVII algunos científicos iniciaron una campaña en la que exponían su escepticismo en esta materia y llegaron incluso a negar todas sus virtudes en el campo medicinal, dando comienzo a una nueva era en la que sería producto de enconadas polémicas, fue combatido y hasta aniquilado como medicina pero no fue posible desarraigarlo como hábito pues el vicio de fumar cobraba cada vez mayor fuerza; hacia 1600 el vicio de fumar se había extendido por las principales ciudades europeas. en Londres esta costumbre asumió formas exóticas y amaneradas, y se llegó a considerar que el arte de fumar sólo era para la élite a grado tal que existían lugares donde se daban clases para este arte y su forma de utilizarse llegando a su punto culminante cuando Sir Walter Raleigh se erigió como el máximo propagandista del vicio de fumar

Estas exageraciones dieron origen a severas críticas de los clérigos y moralistas, y finalmente provocaron la ira del Rey Jaime I, posición que fue seguida por diversos gobernantes desde Dinamarca hasta Japón. En Turquía, Persia o la India, los más terribles castigos aguardaban a los fumadores, en Indostán se dictó una ley que marcaba en los labios a los fumadores, en China se ordenó decapitar a los traficantes, en Rusia eran enviados a Siberia; por su parte Inocencia X, decretó la excomunión a los usuarios no decayendo hasta 1725 en que Benedicto XIII revocó tal decisión, posteriormente el tabaco

a pesar de lo irrefrenable de las decisiones persistió utilizándose en diversas formas que podemos resumir en La pipa representó la calma y laxitud, el rape una señal de relajamiento en una época de la aristocracia, el puro desde su introducción tuvo ribetes de lujo, solo el cigarrillo representaba el nerviosismo de este siglo en que nos arrastra la impaciencia y la vida se vive muy de prisa ⁴

1.2 CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS.

Desde el punto de vista botánico el tabaco queda clasificado de la siguiente manera. Reino vegetal, división antófitos, clase dicotiledóneas, orden solanales, familia solanáceas, género nicotina, especie tabacum, la familia las solanáceas se caracteriza por ser plantas herbáceas y leñosas raramente árboles, tienen hojas alternas sin estípulas, enteras, lobuladas o pinnatos, septadas, son flores completas en cimas axilares pero en ocasiones solitarias, con un cáliz persistente que consta de cuatro a seis piezas, el tabaco es una planta anual que alcanza una altura promedio de 1.50 m tiene hojas grandes sésiles, enteras, lanceoladas, agudas, alternas y oblongas que según las variedades pueden medir de 15 a 40 cm, en el transcurso de los tiempos se han cultivado numerosas variedades cuyo origen ya no puede determinarse dentro de las que resaltan con flor amarilla nicotina rústica, flor rosada, nicotina tabacum, etc ^{4, 82}

1.3 ESTRUCTURA BIOQUÍMICA.

Hasta el momento se han identificado más 4700 compuestos químicos provenientes del cigarrillo, que está formado fundamentalmente por partículas sólidas de 0.4 micrómetros suspendidos en una mezcla gaseosa. El humo del tabaco es un aerosol heterogéneo producido por la combustión incompleta de la hoja del tabaco. La composición de humo que aspira el fumador depende no sólo de la estructura del tabaco, sino también de la densidad con que se empaca, la longitud de la columna envolvente, las características del filtro, el papel y la temperatura a la cual se quema, esto da como consecuencia que existan dos fases en el humo del cigarrillo, una gaseosa y otra sólida, en la primera, es dable encontrar monóxido de carbono, anhídrido carbónico, óxido de nitrógeno, amoníaco, nitrosaminas, hidrocarburos, alcoholes, aldehidos, etc., así mismo, nicotina e hidrocarburos aromáticos policíclicos, (carcinogénicos comprobados), dentro del segundo se encuentra partículas diversas como el alquitrán, iones metálicos y compuestos radioactivos tipo polonio 210. Según expertos los compuestos que pueden producir mayor daño son el monóxido de carbono, la nicotina y el alquitrán, probablemente contribuyentes a dichos daños son la acroleína, el ácido hidrocianico, el óxido nítrico, el dióxido de nitrógeno, creosoles y fenoles ^{4, 54}

1.3.1 FASE PARTICULADA

Las partículas de esta fase son química y físicamente inestables, y su tamaño dependerá de la aglomeración individual en el aerosol.

El alquitrán se define como el peso seco del condensado del humo colectado, menos el peso de toda la nicotina presente.

El alquitrán no es un compuesto único, debido a que con este nombre se engloban alrededor de 500 componentes diferentes, dentro de los cuales están los hidrocarburos

aromáticos policíclicos. El monóxido de carbono produce hipoxia tisular y se relaciona con la génesis de la arterioesclerosis ^{65, 94}

El alquitrán por sí mismo no sólo es un carcinógeno simple, sino una mezcla compleja de iniciadores tumorales, cocarcinógenos, promotores tumorales, aceleradores tumorales y carcinógenos órgano-específicos. Un iniciador tumoral es una sustancia que actúa sobre una célula generalmente formando un enlace covalente de los metabolitos carcinogénicos con el DNA celular, lo que daña el código genético con el consecuente desarrollo irreversible de células anormales. ⁵

La nicotina es un alcaloide de amina terciaria compuesto de piridina y un anillo de piroldina; tiene dos estereoisómeros de los cuales la levo-nicotina es farmacológicamente activa. La nicotina, el componente más característico del tabaco, es un alcaloide muy tóxico, a la vez estimulante y depresor ganglionar. Muchos de sus efectos son mediados a través de la liberación de catecolaminas. En fumadores habituales se observan respuestas cardiovasculares agudas como un aumento en la presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, fuerza de contracción miocárdica consumo de oxígeno por el miocardio, flujo coronario, excitabilidad miocárdica y vasoconstricción periférica. La nicotina también aumenta las concentraciones séricas de glucosa cortisol, ácidos grasos libres, hormona antidiurética y B-endorfina. La nicotina es la mayor fuente de adicción al tabaco. ⁶⁴

Por lo general, en el tabaco la nicotina se encuentra en forma protonada. Durante la exposición a temperaturas elevadas se descompone en productos ácidos y productos de degradación.

La nicotina es una base débil y su absorción a través de las membranas biológicas dependerá del Ph y del estado de disociación ácido-base. El Ph del humo central tiende a ser ácido cercano a 6 y conforme se consume el cigarrillo disminuye a 5.0.

La nicotina que se encuentra en forma protonada no puede ser absorbida por las mucosas de las vías aéreas. Sin embargo, cuando llega al espacio alveolar y se deposita en la superficie interna, sufre inmediatamente el efecto fisiológico buffer que la lleva a un Ph de 7.0. Cruza la barrera aire-sangre de las superficies alveolares y, dependiendo de la manera de fumar, se absorbe entre el 30 al 90 por ciento de la misma. Cabe señalar que la nicotina no atraviesa las membranas orales, y es absorbida escasamente en la mucosa del estómago debido a la acidez gástrica. En cambio, cuando llega al intestino delgado, por su estado alcalino, hasta la no protonada es rápidamente absorbida.

La nicotina que entra por vía digestiva tiene un efecto psicotrópico disminuido debido a que es transportada por vía porta al hígado y degradada en productos con poca capacidad biológica. Cuando entra por mucosa, membranas orales o por vía aérea alcanza directamente la circulación arterial y es recibida en el Sistema Nervioso Central en forma intacta. Otro medio de absorción es la piel, a través de la cual penetra a la circulación sistémica y alcanza grandes concentraciones. La cantidad de nicotina que se absorbe al fumar un cigarrillo de alrededor de 1 mg. Con rangos de 0.5 a 1.5 mg., se transporta en la corriente sanguínea en 2/3 partes en forma protonada y menos del 15 % en unión de las proteínas plasmáticas. El pulmón, cerebro, hígado y bazo tienen alta afinidad por este alcaloide donde alcanza las mayores concentraciones; en cambio, los músculos y la grasa tienen poca afinidad por el mismo.

Esta sustancia cruza libremente la placenta encontrándose también en el líquido amniótico, saliva, secreciones mucosas, pelo y en regulares concentraciones en la leche materna. La eliminación renal dependerá del Ph, pero alrededor del 5 al 10 % del total absorbido se excreta como trans-3-hidroxicotina. Por otro lado, la mayor parte es metabólicamente desactivada por oxidación hepática.

Cabe destacar que la nicotina transferida en forma del humo del tabaco por sí misma no es un carcinógeno. Sin embargo, algunos compuestos de su degradación como son nitrosaminas, dibenzacridinas y el dibenzocarbazol tienen el potencial de serlo.

1. 3. 2 FASE GASEOSA

La fase de gas de vapores es la porción del humo que pasa a través de un filtro Cambridge convencional, que atrapa esencialmente todas las partículas iguales o mayores a 0.1 Micra. Contiene un gran número de componentes, aunque sólo algunos de estos llegan al final del cigarrillo sin cambios. La fase gaseosa del humo del tabaco es compleja pero en menor grado que la fase particulada.

Alrededor del 90 % de los componentes del tabaco se encuentran en esta fase. Más del 70 % son oxígeno, nitrógeno, monóxido de carbono y dióxido de carbono. Estos dos últimos son producto de la oxidación del tabaco en la zonas de alta temperatura en el cono incandescente y por descarboxilación en la zona de baja temperatura. A medida que se consume el cigarrillo, estos gases se incrementan progresivamente.^{65,94}

Por cada cigarrillo se genera alrededor de 10 a 20 mg. de monóxido de carbono. El monóxido de carbono es un gas tóxico que interfiere con el transporte y utilización del oxígeno. Debido a que un cigarrillo contiene de un 2 a un 6 % de monóxido de carbono, los fumadores inhalan una concentración elevada de carboxihemoglobina. Los valores de carboxihemoglobina en fumadores son del 2 al 15 %. Los efectos biológicos del monóxido de carbono se relacionan principalmente en la patogénesis de la enfermedad vascular aterosclerosa, especialmente en la enfermedad coronaria, es causa frecuente de policitemia leve y puede producir una ligera alteración de la función del sistema nervioso

64

Los aldehídos, cetonas y el cianuro de hidrógeno producen citotoxicidad de los cilios en las vías aéreas principales. Dentro del potencial carcinógeno de la fase gaseosa destacan el formaldehído, acroleínas y el acetaldehído que son inductores tumorales

Las aminas alifáticas y aromáticas están presentes en la fase gaseosa del humo y son precursores de las nitrosaminas que junto con las hidracidas y el nitropropano, son otros potenciales carcinogénicos

Componentes adicionales importantes son los fenoles volátiles, que están distribuidos en la fase gaseosa y la particulada. También los alcoholes volátiles: etanol, metanol y propanol, así como compuestos de etileno y óxido de etileno.

Estos constituyentes teóricamente incrementan la solubilidad de ciertas partículas carcinogénicas y permiten la transferencia a través de membranas biológicas. Por último, el cloruro de vinil es un conocido carcinógeno, pero además es un agente inductor de fibrosis pulmonar⁹³

El filtro disminuye la cantidad de compuestos nocivos inhalados, pero aún así el total de sustancias retenidas es menor que la inhalada.

TABLA 1 Constituyentes tóxicos del humo del cigarrillo

Fase gaseosa	Fase Particulada
Dióxido de carbono	Nicotina
Monóxido de carbono	Catecol
Óxidos de nitrógeno	Cresol
Acetaldehído	N'-nitrosornicotina
Formaldehído	Quinolina
Acroleína	Anilina
Amoniaco	2-Toluidina
Piridina	N-nitrosodietanolamina
3-vinilpiridina	Benzopireno
N-nitrosodimetilamina	Benzatraceno
N-nitrosopirrolidina	Alquitrán

Fuente Pomerleau, 1992; Holbrook, 1992. ⁸

1. 4 CAUSAS DE TABAQUISMO

1. 4. 1 TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Las propuestas para explicar la existencia del tabaquismo incluyen desde las teorías genéticas que sugieren que el individuo está predispuesto a buscar el estímulo de la nicotina en un intento de compensar un déficit de alerta, las teorías psicodinámicas que buscan implicaciones simbólicas del cigarrillo como un falo y de las tendencias orales relacionadas a succionar y mantener un objeto placentero en la boca; las sociales que sugieren que es un mecanismo para lograr status y aceptación de grupo, hasta las más recientes que contemplan los aspectos neurobioquímicos de la dependencia, tolerancia y supresión respecto a la nicotina.

1. 4. 2 MOTIVOS DE INICIO.

Es difícil explicar los motivos por los que una persona empieza a fumar, debido a que intervienen una serie de factores sociales, psicológicos y farmacológicos, existiendo diferencias muy marcadas entre un fumador y otro

Stacy, Dent, Sussman, Raynor, Burton y Flay, puntualizan que hay que distinguir entre los distintos tipos de expectativas, ya que no son igualmente predictivas las expectativas positivas y las negativas; con las primeras se hace referencia a los resultados positivos alcanzables a través de la conducta de fumar, y las segundas están ligadas a los resultados negativos que ese consumo conlleva. Estos autores realizaron un estudio con muestras de niños y adolescentes a los que median dos tipos de expectativas, encontrando, que son las positivas las mejores predictoras de la intención de fumar posteriormente.³⁹

Tampoco las actitudes deben considerarse como variables unitarias y consistentes a través del tiempo Elder, Moor, Youg, utilizando muestras de adolescentes han establecido

cuatro etapas fundamentales por las que van pasando los adolescentes en su historia de formación de actitudes y adquisición del hábito de fumar

-Precontemplación: el individuo todavía no se ha propuesto fumar o no ha deseado comenzar a hacerlo

-Contemplación: etapa preparatoria en la cual se forman o modifican las actitudes favorables hacia la conducta de fumar.

-Decisión: el individuo decide experimentar con cigarrillos.

-Consolidación y mantenimiento: implica un consumo regular y el propósito de seguir fumando. Se aprecia un progresivo aprendizaje de tal conducta mediado por el grupo de iguales que favorece la consolidación del hábito hasta progresar a un estado adictivo caracterizado por los síntomas propios de la retirada y el deseo de fumar ya desde las primeras horas de la mañana.^{40, 93}

Una serie de autores han considerado que la conducta de fumar desempeña una función instrumental en muchos sujetos, pues a través de ella creen que pueden obtener una serie de "beneficios" en el medio social en que se desenvuelven, como puede ser una imagen de madurez y autonomía, reducir la tensión y potenciar la sensación de bienestar.⁴¹

La experiencia con el primer cigarrillo no suele ser satisfactoria y agradable, teniendo incluso connotaciones negativas aunque ello no es razón suficiente como para frenar la conducta de fumar de muchos jóvenes.

El aprender a fumar es un fenómeno que comienza generalmente durante la adolescencia,^{60, 61} ya que es una etapa en la cual el niño está en proceso de reducir su dependencia familiar, transfiriéndola a otros de su misma edad, que tienen como función, proporcionarle la oportunidad de experimentar con una gran variedad de conductas

sociales que pueden ser aceptados y reforzados. A través de los mismos logran expresar independencia y separación de sus padres. En este periodo intervienen muchos aspectos que inducen a fumar encontrándose los siguientes

- Curiosidad.

Muchos niños y jóvenes al fumar tratan de investigar qué es lo que sienten sus padres, hermanos mayores o compañeros cuando fuman. Quieren saber a qué sabe el cigarro, qué sensación produce, a pesar de que en muchas ocasiones les provoca displacer y malestar físico.

- Aceptación del Grupo Social.

Cuando un joven pertenece a un grupo social en el que la mayoría de los miembros fuman, existe una mayor probabilidad de que esa persona comience a fumar para sentirse parte del grupo y ser aceptado y reconocido por éste, dándole mayor seguridad y confianza

- Anticipación a la Adulthood.

Los jóvenes al iniciarse en el hábito tabáquico presentan un sentimiento de pertenencia al mundo de los adultos. Esta actitud es explotada por los medios de comunicación colectiva, que transmiten información en la cual quienes fuman son personas adultas con gran personalidad, audaces, con atractivo sexual, dinero, éxito, etc. Los jóvenes generalmente comienzan a fumar para sentirse identificados con todo ello y sustituirlo por una carencia interna.

- Ejemplo de Padres, Hermanos Mayores, Maestros.

Uno de los aspectos importantes del aprendizaje en la conducta de fumar es la imitación. Los padres y maestros fungen como ideales para que el niño adopte conductas similares a ellos. Es más probable que un muchacho fume si sus padres lo hacen

- Disponibilidad.

Para una persona es más fácil fumar si tiene acceso a los cigarrillos, por ejemplo. si en su casa hay personas que fuman, si los compañeros de trabajo también fuman, la facilidad para la compra de cigarrillos y el ser un hábito socialmente aceptado.

- Rebeldía.

En los adolescentes este es un mecanismo preponderante. Muchos jóvenes, tanto hombres como mujeres, utilizan el cigarro para mostrar su inconformidad ante la autoridad y la sociedad, con el objetivo de ser reconocidos y tomados en cuenta.

1. 4. 3 MOTIVOS DE MANTENIMIENTO

El tabaquismo ⁵⁸ es un hábito que se ha universalizado, llama la atención que sea aceptado tan rápida y fácilmente por todas las culturas, aún cuando reproducirse en modelos animales no ha sido una tarea sencilla, sugiriendo que la vulnerabilidad a la dependencia de la nicotina está relacionado con un alto nivel de sensibilidad a la nicotina y que el desarrollo crítico de la tolerancia farmacológica en los individuos, particularmente en los efectos de la nicotina que son tóxicos ó aversivos , puede ser una adaptación a la homeostasis, ⁵⁵ lo que sugiere que existen ciertas motivaciones privativas del ser humano, postulándose tres mecanismos básicos 1) para disminuir las manifestaciones de temor, tensión, angustia, etc..., es decir con efecto sedante o tranquilizante; 2) para evitar las molestias del síndrome de supresión, y 3) por efectos gratificantes y placenteros de la nicotina perse. ⁵⁴

1.4.4 CLASIFICACIÓN DEL TABAQUISMO

En 1971 Russel, Especialista de la Unidad de Investigación en adicciones del Instituto de Psiquiatría de Londres propuso una clasificación que sigue vigente y refiere tres patrones particulares: Recompensas Psicosociales o grado de aceptación grupal, recompensas sensoriales o satisfacciones de los sentidos, y recompensas farmacológicas incluyendo los efectos nicotínicos, así obtuvo siete grupos diferentes interrelacionando estas recompensas.⁷⁹

- Tabaquismo Psicosocial:

En esta clasificación las gratificaciones obtenidas son todas psicosociales, la ingestión de nicotina es virtualmente nula. Se utiliza el valor simbólico o psicológico del fumar para crear una imagen de intelectualidad, precocidad, sensualidad o sofisticación; ayuda a incrementar una imagen social, a conformar y a ganar aceptación en determinado grupo.

- Tabaquismo Sensorio Motor:

Incluye el goce de numerosas sensaciones no farmacológicas de fumar y el uso de manipulaciones orales, manuales y respiratorias para procurarse placer. La sensación del cigarrillo en las manos y la boca, el acto de encenderlo, la forma de tomarlo, el olor, el sabor, todo ello forma parte de un ritual sensorial y motor gratificante.

- Tabaquismo por Indulgencia:

Es la forma más común de tabaquismo y es característica de los fumadores leves o moderados que fuman menos de 20 cigarrillos por día. El fumador indulgente fuma por placer, la mayor parte de las veces en los periodos de descanso y relajamiento.

- Tabaquismo Sedante:

En este caso se fuma para tranquilizarse, con el fin de sobrellevar estados displacenteros de ansiedad o tensión. Esto se logra cuando el fumador da al cigarrillo bocanadas muy continuas, ya que a mayor nivel de nicotina en la sangre el efecto en el organismo es tranquilizante

- Tabaquismo Estimulante:

Ocurre cuando el fumador está ocupado y activo. Este tipo de tabaquismo es utilizado para desempeñar mejor las tareas monótonas, se fuma para evitar la fatiga y para poder seguir trabajando; las inhalaciones de cada bocanada son menos continuas, ya que a niveles menores de nicotina en sangre el efecto que ejerce sobre el organismo es estimulante.

- Tabaquismo Adictivo:

El fumador experimenta síntomas de supresión a los 20 o 30 minutos de no fumar. El organismo ya se ha habituado a cierta cantidad de nicotina, lo cual hará que las personas siempre consuman esa cantidad o en ocasiones más para evitar síntomas displacenteros por falta de droga.

- Tabaquismo Automático:

Esta clase de tabaquismo se presenta en fumadores compulsivos quienes fuman por estimulación o por adicción o por ambas. El fumador casi siempre se sorprende a sí mismo encendiendo un segundo cigarrillo cuando todavía el primero no se ha consumido completamente. La conducta se ha vuelto automática.⁶

1. 5 REPERCUSIONES SOBRE EL ORGANISMO.

Recientemente, la actitud hacia el hábito tabáquico ha cambiado. Hace no mucho tiempo, fumar era considerado un hábito relativamente inocuo y hasta cierto punto elegante. La investigación clínica y el claro aumento en la incidencia de diversas patologías dentro de la población fumadora, ha dado un viraje radical hasta llegar al reconocimiento generalizado de que el tabaco es un producto nocivo para la salud.^{73 86}

La relación de la mortalidad para adultos fumadores contra adultos no fumadores es de casi 1.7. Un fumador de dos cajetillas diarias de 30 a 35 años de edad tiene una expectativa de vida menor que varía de 8 a 9 años en comparación de los no fumadores de la misma edad. Tanto en hombres como en mujeres fumadores se reportan más afecciones agudas y crónicas.⁸⁵

Estos son algunos de los trastornos derivados del tabaquismo:

1. 5. 1 EN LA CAVIDAD BUCAL

El tabaco es un claro factor de riesgo para la presentación de diversos trastornos en la cavidad bucal,^{7,71} entre los que destacan los siguientes.

- Pigmentación dentaria. Los dientes de los fumadores presentan manchas, cuyo color, intensidad y distribución dependen de la duración e intensidad de la exposición.
- Aumento en la incidencia de la enfermedad parodontal, en particular de la gingivitis ulcerativa y de la periodontitis.
- Leucoplasia. Se tiene bien establecido que muchos de los componentes químicos y de los componentes terminales de combustión del tabaco son sustancias irritantes capaces de

producir alteraciones leucoplásicas. Lo mismo sucede con las sustancias que se extraen al masticar el tabaco. La relación es clara, ya que las lesiones se producen en el lugar donde se deposita el tabaco. Cabe recordar que la leucoplasia es una lesión que se considera premaligna dada la alta asociación con carcinomas bucales

-Estomatitis nicotínica Es una leucoplasia que se localiza en el paladar duro y en el blando. Se observa especialmente en los fumadores de pipa

- Cáncer bucal. Aunque se desconoce su etiología, se reconoce que el consumo de tabaco, principalmente masticado, o por su combustión en puro o pipa, es uno de los factores de riesgo para su aparición

1. 5. 2 EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL

La asociación de alcohol y tabaco es factor importante en la presencia de cáncer del esófago se debe a que el alcohol permite fijar por mayor tiempo las nitrosaminas y se puede generar esta neoplasia ⁴

- Cáncer en el tracto aerodigestivo superior La mayoría de los carcinomas de células escamosas están relacionados con el tabaquismo. Se tiene bien establecido que el tabaco es un factor de riesgo significativo para el cáncer de laringe, el cual se incrementa de manera importante cuando se asocia al consumo de alcohol. En general, se considera que los fumadores tienen un riesgo mayor de desarrollar este tipo de neoplasias de entre 2 y 27.5 veces con respecto a los no fumadores. ¹²

Las úlceras gástricas y duodenales presentan mayor prevalencia en fumadores que en los que no lo son y producen la muerte con mayor frecuencia en varones fumadores. La incidencia de estas enfermedades se correlaciona directamente con la cantidad de cigarrillos consumidos. El tabaquismo contribuye negativamente a la curación de la úlcera

péptica, hay aumento en la secreción de ácido clorhídrico, aumenta la posibilidad de recurrencia de úlceras duodenales, inhibe la secreción pancreática de bicarbonato y disminuye la presión de los esfínteres del esófago y del píloro por lo que se le ha asociado a un aumento en la incidencia de pacientes con reflujo esofágico y con cáncer de páncreas, llegando al doble entre fumadores.⁸ por otra parte, se sabe que varios de los compuestos del humo del cigarrillo interfieren en el metabolismo hepático y en consecuencia en el metabolismo de diversos fármacos aumentando, por ejemplo, la depuración de la teofilina, la pentazocina, el propranolol, la imipramina y fenacetina⁹ Datos epidemiológicos encontrados por diversos autores en relación al binomio tabaquismo úlcera péptica han proporcionado información en la que contamos: el hábito tabáquico es más frecuente en los pacientes con úlcera péptica, y se han aducido diversas teorías dentro de las que mencionamos: alteración de la mucosa gástrica, favoreciendo el reflujo duodenal o gástrico, de sales biliares y lisolecitina, reducción de la secreción de moco y bicarbonato por la mucosa, inhibición de la síntesis de prostaglandinas etc., en cuanto al intestino delgado y grueso se ha documentado relajación del músculo circular y longitudinal, aumento en la motilidad intestinal; desde el punto de vista endocrinológico los fumadores tienen menor peso, y cuando abandonan el hábito existe un incremento ponderal substancial, mencionándose que el tabaquismo produce un aumento en la liberación de catecolaminas y hormona tiroidea mientras que reduce la secreción de insulina, teóricamente estos efectos disminuyen la lipogénesis e incrementan el gasto energético.⁴

64

1. 5. 3 EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS

Desde hace varios decenios se tienen evidencias sólidas de que el tabaquismo es el factor de riesgo más importante para las vías respiratorias. Los fumadores tienen más tos y expectoración, mayor prevalencia de bronquitis crónica y enfisema y mayor tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)^{10, 72} Es importante destacar que todos estos efectos mejoran al dejar de fumar. De acuerdo con datos

proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en 1991, las patologías mencionadas anteriormente fueron la decimosegunda causa de mortalidad general en el país.⁶⁴

Las principales alteraciones en las vías respiratorias altas son las siguientes

Las alteraciones iniciales producidas por el tabaquismo en las vías respiratorias modifican los mecanismos de defensa pulmonar. Esto ocurre desde las etapas primarias, cuando el fumador se encuentra totalmente asintomático. Uno de los cambios iniciales es la parálisis ciliar, las partículas extrañas no serán expulsadas y su efecto nocivo se facilitará.⁶⁷

Los macrófagos alveolares son fundamentales para la defensa del aparato respiratorio; el humo del tabaco provoca que disminuya su función, favoreciendo la aparición de infecciones respiratorias, en fumadores jóvenes asintomáticos se encuentra un aumento en la cantidad de polimorfonucleares, el aumento de inmunoglobulina G y la disminución del componente secretor de la inmunoglobulina A. En conjunto, estas alteraciones propician las infecciones y daños al pulmón. Así mismo, coadyuvan al desarrollo de la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.

Las alteraciones anatómicas responsables del deterioro funcional del fumador crónico son, fundamentalmente, el edema de la mucosa, la hipertrofia, la hiperplasia de las glándulas mucosas y de las células caliciformes, la hipersecreción del moco y el broncospasmo. Es frecuente que los fumadores se encuentren asintomáticos del aparato respiratorio por varios años y esto los convence de que su estado de salud es bueno, afirmación errónea: se ha comprobado que el daño ya descrito en las vías respiratorias precede, por un tiempo considerable, a la aparición de los síntomas.⁷⁰

Un fumador con enfermedad pulmonar poco avanzada logrará recuperar parte de su función pulmonar si deja de fumar. Esta recuperación es significativa cuando han transcurrido 2 o 3 años de la supresión del hábito

En individuos con daño pulmonar severo la recuperación total es poco factible, no obstante, el beneficio que obtendrán al dejar de fumar será evitar que su enfermedad avance a extremos de invalidez respiratoria parcial o total con dependencia completa al oxígeno ³⁸

En la sintomatología inicial existe un período asintomático de duración variable según la sensibilidad del individuo, posteriormente, aparece la tos del fumador con características de ser aislada de predominio matutino, seca o acompañada de escasa expectoración mucosa o bien esta la menciona como una tos normal

Tarde o temprano el fumador presentará la tos del bronquítico crónico, que es más intensa, en accesos y acompañada de mayor cantidad de expectoración.

El enfisema pulmonar es la consecuencia más severa del tabaquismo se caracteriza por destrucción alveolar y atrapamiento aéreo y tiene la característica de ser irreversible:

- Su síntoma principal es la disnea, la cual es progresiva e incapacitante, el deterioro es cada vez mayor lo cual propicia complicaciones cardiovasculares como la hipertensión arterial pulmonar que conduce al Cor pulmonale y finalmente a la muerte

- Alteración del epitelio ciliar con disminución de movimientos, modificación de las secreciones y liberación de enzimas proteolíticas, también produce alteración funcional del inhibidor, alfa 1, antiproteasa, también. En los fumadores se pierden propiedades relacionadas con la defensa nasal lo cual favorece la aparición de cuadros nasotraqueobronquiales.

- El fumar condiciona disminución del órgano del olfato

- Alteración de la fonación. El alquitrán irrita los tejidos de la laringe por lo que es común encontrar en los fumadores un engrosamiento de la voz. Si la irritación producida por el

humo del tabaco es continua, se desarrolla un exceso de tejido fibroso en las cuerdas vocales que hace que el trastorno en la voz sea permanente ¹¹

En lo que se refiere a las alteraciones en las vías aéreas inferiores destacan el aumento en la incidencia de bronquitis crónicas, enfisema pulmonar y asma, ⁴³ entidades que se agrupan genéricamente en el rubro de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Aunque a estas patologías se les considera como parte de una entidad nosológica, cada una tiene características particulares. El asma se caracteriza por un aumento importante en la respuesta del árbol traqueobronquial a diversos estímulos, entre los que se incluye al tabaquismo. La bronquitis crónica se refiere a la inflamación crónica de los bronquios con la presencia de tos productiva crónica e hipertrofia de las glándulas mucosas bronquiales. El enfisema se define como la destrucción de los tabiques alveolares, que produce crecimiento anormal de los espacios aéreos distales a los bronquios terminales, sin la presentación de fibrosis. Se acompaña de retracción elástica pulmonar y su síntoma principal es la disnea. Hay una estrecha relación entre el tabaquismo y el enfisema, al grado de que es extremadamente raro encontrarlo en sujetos no fumadores ^{46.12}. Una de las asociaciones patológicas más claras, es la que existe entre el tabaquismo y el cáncer pulmonar. Es importante señalar que estas neoplasias van en aumento. Su frecuencia, en cifras absolutas, casi se ha duplicado cada 10 años durante las últimas décadas. Existe una relación directa entre la aparición de neoplasias broncopulmonares, el número de cigarrillos consumidos, la edad de inicio y la duración del hábito tabáquico. Las estimaciones arrojan datos sorprendentes. El riesgo de desarrollar un carcinoma broncogénico en sujetos que fuman más de 40 cigarrillos al día, es 60 veces superior al de los no fumadores, ⁴³ y es aún más alarmante cuando el fumador está expuesto al asbesto. El riesgo disminuye lentamente en las personas que dejan de fumar, y tarda de 10 a 20 años en alcanzar el nivel de riesgo de las personas que nunca han fumado.

Es posible, por otro lado que la broncoconstricción se deba a la lesión de la mucosa por componentes del humo del tabaco y a la liberación de sustancias bioactivas por parte de células inflamatorias. La destrucción de las uniones intercelulares del epitelio de las vías

aéreas hace más permeable a la mucosa a diversos agresores inhalados y a los mediadores de la inflamación. Así, el humo del tabaco puede producir la vasoconstricción al dejar expuestos los receptores de irritación y posteriormente perpetuarse a través de los mecanismos inflamatorios.⁹⁴

1.5.4 OSTEOCALCINA Y FUMADORES.

Fumar es un factor de riesgo para la osteoporosis, la nicotina y la no nicotina son componentes del tabaco que muestran una disminución de la actividad en el número de osteoblastos invitro y estudios en animales. Un estudio realizado por Laroche usan un método radioinmunológico basado en anticuerpos de osteocalcina en humanos en 24 hombres o mujeres fumadoras y en 24 no fumadores, encontrándose un resultado significativamente menor en fumadores (15 +/- 6.95 ng/n) que en no fumadores (21.27 +/- 4.5 vs 23.27 +/- 9.7; p= 0.02) pero no en mujeres (16.27 +/- 8.9 vs 19.45 +/- 6.7, p= 0.2). Estos datos sugieren que en los fumadores se puede inducir la disminución osteoblástica, los cambios por vía hormonal o directamente.⁴⁹

1.5.5 ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR.

Los fumadores tienen un riesgo relativo de mortalidad por enfermedad cerebro vascular, de alrededor de 2.2 a 3.7 veces y por grupos de edad este riesgo se incrementa hasta 4.8 en el grupo de 35 a 64 años.

Las mujeres fumadoras que usan anticonceptivos hormonales presentan un riesgo mucho mayor, especialmente de hemorragia subaracnoidea y eventos tromboembólicos.

En el sistema nervioso central (SNC) la nicotina estimula la corteza cerebral, sustancia reticular, sistema límbico e hipotálamo, que se manifiesta por medio de alteraciones del

estado de alerta y del poder de concentración. Además produce aumento de cortisol y somatotrofina ^{46, 78, 87}

1.5.6 EFECTOS CARDIOVASCULARES DEL TABACO Y DE LA NICOTINA

La relación causa-efecto entre el tabaquismo y las enfermedades asociadas a las vías respiratorias es tan clara que, por mucho tiempo, no se prestó atención a los efectos cardiovasculares de la nicotina. Sin embargo, una vez reconocida la asociación entre el hábito tabáquico y la enfermedad cardiovascular, se ha llegado a estimar que se producen más muertes por trastornos cardiovasculares que las que se producen por cáncer pulmonar ¹³. En efecto, de acuerdo con un estudio realizado en nuestro país en 1986, la causa más frecuente de muerte en los fumadores fue por enfermedad cardiovascular ¹⁴.

Conviene enfatizar que el consumo del tabaco alcanza enormes proporciones en todo el mundo porque en él se encuentra la nicotina, una sustancia de reconocido valor reforzante. A dosis bajas, como las que se alcanzan al fumar, es un estimulante del sistema nervioso central, en tanto que a dosis altas actúa como bloqueador de la transmisión ganglionar. Es necesario insistir en los efectos de la nicotina por sí misma, pues va en aumento la exposición a esta sustancia por vías de administración diferentes a la inhalación. En la actualidad se cuenta con chicles y parches transdérmicos que se utilizan como auxiliares para dejar de fumar. Con estos productos disminuyen los riesgos asociados a las sustancias tóxicas del humo del cigarrillo aunque desde el punto de vista cardiovascular no proporcionan ventaja alguna.⁴⁵ La nicotina tiene una amplia gama de efectos farmacológicos entre los que destacan los siguientes: activación de quimiorreceptores, estimulación ganglionar generalizada, estimulación de la médula suprarrenal, y facilitación de la liberación de epinefrina, norepinefrina, serotonina y vasopresina.¹⁵ La estrecha relación que existe entre la administración de la nicotina y la activación del sistema autónomo simpático se traduce en cambios hemodinámicos muy importantes por lo cual no es de extrañar que el tabaquismo se asocie a un aumento de cardiopatía isquémica, infartos del miocardio y muerte súbita (La tasa de mortalidad de los aneurismas aórticos es

mayor en fumadores varones que en no fumadores) El monóxido de carbono produce la aterosclerosis y la vasoconstricción sistémica, provocada por la liberación de catecolaminas a partir de la médula suprarrenal. Otras enfermedades cardiovasculares relacionadas con el tabaquismo son la hipertensión arterial sistémica, la insuficiencia vascular periférica y la enfermedad tromboembólica. De acuerdo con diversos estudios, aproximadamente el 50 % de las muertes que ocurren al año en los Estados Unidos por enfermedad coronaria, se deben al tabaquismo, en tanto que el infarto del miocardio tiene una frecuencia 70 % mayor en fumadores que en no fumadores⁵³ En México, desde 1980, la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades cardiovasculares^{10, 63, 72}

El tabaquismo, la hipertensión y la hipercolesterolemia son los tres factores de riesgo principales de la cardiopatía coronaria (CC). El fumar actúa tanto de forma independiente, como sinérgica con los otros factores de riesgo de la CC. Existe una relación dosis-respuesta entre el riesgo de CC y fumar cigarrillos. Los índices de mortalidad por CC son un 60 a 70 % mayores en fumadores varones que en no fumadores. La muerte súbita puede ser la primera manifestación de CC, y es de 2 a 4 veces más probable en fumadores jóvenes varones que en no fumadores. El uso simultáneo de cigarrillos y anticonceptivos orales aumenta este riesgo al menos diez veces. Los individuos que siguen fumando después de un infarto de miocardio tienen más probabilidades de morir por CC que aquellos que dejan de fumar. Los fumadores que han sido sometidos a cirugía de derivación coronaria tienen mayor mortalidad perioperatoria. Fumar cigarrillos puede producir un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocardio, espasmo coronario arterial, disminución del umbral para la fibrilación ventricular, estado hipercoagulable, y aumento de la agregación plaquetaria^{46, 64}

El tabaquismo no sólo es perjudicial por sí mismo; también se ha documentado extensamente que ejerce un efecto sinérgico sobre otros factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular como son la hipertensión y la hipercolesterolemia. Estos datos

han revivido el interés en los últimos años por evaluar cuidadosamente los efectos de la nicotina y sus posibles consecuencias negativas para la salud

TABLA 2 Cambios hemodinámicos producidos por la nicotina

Vasoconstricción periférica
Aumento de la presión arterial
Aumento de la frecuencia cardíaca
Aumento del flujo sanguíneo muscular
Aumento del gasto cardíaco

Fuente: Benowitz, 1988

1.5.7 TABAQUISMO Y EMBARAZO

Fumar puede retrasar la concepción. Las alteraciones en la embarazada que fuma repercuten en el peso subnormal del recién nacido y se reflejan como incremento en la morbimortalidad perinatal. Además existe mayor riesgo de aborto y parto prematuro

Por otro lado, sean observado efectos perinatales los cuales han reportado un aumento del 7 % de infertilidad y del 13 % de abortos espontáneos en mujeres fumadoras en comparación con las no fumadoras. Los bebés de madres fumadoras pesan, en promedio 200 g menos que los hijos de madres no fumadoras; la sangre fetal presenta niveles elevados de carboxihemoglobina por lo cual puede haber hipoxia fetal. Como consecuencia

de estas alteraciones, las madres fumadoras presentan una mayor frecuencia de partos prematuros.¹⁰

Se ha observado mayor frecuencia de parto prematuro en madres fumadoras relacionados con placenta previa y abrupto placenta

Las anomalías congénitas de los hijos de madres fumadoras es 2.3 por ciento mayor que las de hijos no fumadoras. Los efectos se deben a la nicotina y el monóxido de carbono. La nicotina es un potente vasoconstrictor que disminuye la perfusión de los espacios intervillosos lo que produce hipoxia fetal, y el monóxido de carbono contribuye al daño por su mayor afinidad por la hemoglobina que el oxígeno.

Los hijos de madres fumadoras tienen más probabilidad de sufrir retraso en su desarrollo físico e intelectual.

A los lactantes, la nicotina que se excreta en la leche materna les produce hiperreflexia e incoordinación neuromuscular, tienen más episodios de infecciones respiratorias agudas y presentan mayor mortalidad por esta causa.^{46, 64}

1. 5. 8 VARIOS

- Cáncer de la vejiga El riesgo relativo a desarrollar cáncer de la vejiga en los fumadores es de dos a tres veces mayor que en los no fumadores

- Neoplasias de cálices y pelvis renal. Este tipo de tumores es poco frecuentemente, pero se reconoce que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo para su aparición.⁴⁴

- Alteraciones en la espermatogénesis. Datos confiables muestran que existe una mayor proporción de anomalías espermáticas en los fumadores que en los no fumadores, la cual es significativa en sujetos que fuman más de 20 cigarrillos al día.
- Un estudio realizado por el Instituto de Massachusetts aplicado a hombres fumadores muestra que la asociación de la impotencia con ciertos factores de riesgo fue mayor en fumadores. Para hombres con enfermedades del corazón, la probabilidad de completa impotencia fue del 56 % en fumadores que fuman continuamente.⁵²
- La enfermedad aortoiliaca y femoropoplítea es más frecuente en fumadores.⁴⁶

1. 5. 9 TABAQUISMO PASIVO

El fumador pasivo expuesto en forma crónica e intensa al humo del tabaco, puede presentar daños similares a los observados en personas que fuman activamente.

En los no fumadores, la exposición pasiva al humo del tabaco produce elevación de los niveles de carboxihemoglobina circulante y nicotina en saliva y orina, semejantes a los niveles esperados para fumadores moderados quienes fuman de uno a diez cigarrillos por día. Se ha observado que son más comunes los cuadros de bronquitis, neumonías y otras enfermedades del tracto respiratorio inferior en el primero y segundo año de vida, en niños en los que por lo menos uno de los padres fuma. Las sibilancias y el asma son también más frecuentes en estos niños, al respecto se observa una mejoría de estas alteraciones cuando los padres dejan de fumar. También se ha identificado como un factor de riesgo para la otitis media persistente en niños.⁸¹

Respecto al tabaquismo pasivo en adultos no fumadores asintomáticos del aparato respiratorio, se ha encontrado una disminución estadísticamente significativa de la fuerza de espiración voluntaria al estar expuestos al humo del tabaco en el ambiente laboral. Los

síntomas más comunes derivados de la exposición pasiva al humo del tabaco incluyen irritación ocular, cefalea, síntomas nasales y tos, también implica la precipitación o agravamiento de las crisis alérgicas respiratorias.

Varios estudios sugieren que mujeres no fumadoras casadas con hombres fumadores, presentan de 1.5 a 2 veces más posibilidades de desarrollar neoplasias.⁷⁴

Estudiaron la respuesta funcional pulmonar inmediata de un grupo de adultos asmáticos, después de la exposición pasiva al humo de cigarro. Se les practicó pletismografía corporal y curva flujo-volumen, para medir la capacidad vital forzada, el flujo espiratorio forzado en el 50 % de la capacidad vital, el volumen espirado del primer segundo y la resistencia específica de las vías aéreas, antes y después de exponerlos al tabaquismo pasivo. Se definió como broncospasmo subclínico a la coexistencia de tres cambios funcionales: disminución igual o mayor al 20 % del volumen espiratorio forzado del primer segundo; disminución igual o mayor 20 % del flujo espiratorio forzado en el 50 % de la capacidad vital, y aumento igual o superior al 40 % de la resistencia específica de las vías aéreas. Diez por ciento de adultos asmáticos presentaron broncospasmo funcional subclínico después de la exposición.⁵⁹

1. 5. 10 EXPOSICIÓN DE LA MEZCLA COMPLEJA DE CONTAMINANTES EN EL AIRE EN HUMANOS.

La exposición en humanos de mezcla compleja de policíclicos en materia orgánica (POM) para los productos que tienen una combustión incompleta contribuyen al riesgo de cáncer pulmonar en áreas urbanas. Las fuentes de mayor emisión están presentes en el aire libre, en áreas pobladas donde hay calefacción, vehículos de motor, el medio ambiente de los fumadores de tabaco frecuentemente tienen una fuente de más combustión en el aire interior. Estas fuentes de combustión en áreas urbanas pueden ser industriales o de municipios y estas pueden tener un impacto significativo en la exposición de agentes carcinogénicos en humanos debido a su alto aducto de DNA y potencialidad inicial del fumar.^{47, 50}

1.6 LEGISLACIÓN.

Se han tomado diversas medidas contra el tabaquismo en varios países. En 13 naciones europeas se restringe el fumar en los lugares de trabajo. La ministra de salud de Noruega, Tave S Gerhardesen, asegura que la legislación al tabaco en su país ha contribuido de forma insólita al éxito de la lucha contra el tabaco. Noruega es uno de los países menos fumadores del continente.¹⁶

En Finlandia, uno de los países que comenzó las políticas de legislación y orientación de la salud respecto al tabaco, se encontró que la forma más efectiva para el control de tabaco es el cambio en las actitudes de los adolescentes y las medidas tomadas hacia este problema en las escuelas.¹⁷

Actualmente, las tendencias del consumo de tabaco han aumentado en el mundo, aunque en algunos países en base a las políticas Legales tomadas, ha disminuido, y se observa una tendencia de mayor consumo en las mujeres.

La educación, la difusión de un estilo de vida urbano y las condiciones socioeconómicas de los países en desarrollo, parecen ser factores importantes en el tabaquismo.

México promovió medidas legislativas esenciales al incluir en el párrafo tercero del artículo IV Constitucional, el derecho a la protección a la salud, como una garantía social que tiene entre sus finalidades fundamentales. “El bienestar físico y mental del hombre, la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, así como la protección y acrecentamiento de valores que contribuyan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que coadyuven al desarrollo social”.⁶⁹

La Ley General de Salud, reglamentaria de este ordenamiento Constitucional reconoce el consumo de tabaco como una conducta de alto riesgo, tendiente al desarrollo de padecimientos crónicos y causa importante de mortalidad. En su capítulo III del título décimo primero marca las estrategias generales que debe contener el Programa contra el

Tabaquismo, establece la obligación de la Secretaría de Salud, las entidades federativas y del Consejo de Salubridad General, de coordinarse para la ejecución de este programa, dispone las estrategias generales que debe contener destacando la prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo ⁹³

Igualmente la Ley General de Salud, en su título décimo tercero, artículo 301, recientemente reformado, sujeta a la autorización de la Secretaría de Salud, la publicidad que se realice sobre la existencia, calidad y características de diversos productos, entre ellos el tabaco; así como la promoción directa o indirecta de su uso, venta o consumo.

1. 6. 1 PRODUCCIÓN TABACALERA NACIONAL.

La empresa Tabacos Mexicanos (TABAMEX) tiene por objeto de fomentar la producción y comercialización, otorgar créditos, proporcionar asesoría técnica y los materiales requeridos para proteger a los productores nacionales de tabaco.

Se constituye con acciones del 52 % de capital del gobierno federal, 24% de la Confederación Nacional Campesina y 24 % de las empresas cigarreras; apoya el 99 % de la producción nacional de tabaco y confiere asesoría técnica o financiamiento al 100 % de los productores ubicados en Nayarit y parcialmente a los de Veracruz, Oaxaca, Chiapas, San Luis Potosí, Puebla e Hidalgo

Es importante destacar que la exportación de tabaco mexicano como consecuencia de los programas contra el tabaquismo que han emprendido los países desarrollados, principales demandantes, se ha visto reducida y por tanto el potencial de consumo interno se ha elevado así como el número de consumidores en el país ¹⁸

El tabaco mexicano es de buena calidad y su industria ha alcanzado gran desarrollo, se cultiva en casi todos los lugares cálidos del país, en Jalisco, Sonora, Nayarit, Michoacán,

Guerrero, Chiapas, entre otros, pero son notables las plantaciones de San Andrés Tutla Ver., Huimanguillo Tabasco, Tuxtepec y Valle Nacional, Oax ⁴

México ocupa el 18avo lugar entre los países exportadores de tabaco, con un promedio anual de 22,000 toneladas. Durante los años de 1980 y 1981 se obtuvieron por concepto de exportación de tabaco en rama, 48 millones de dólares.

En 1990 se dedicaron 23 mil hectáreas para la siembra de tabaco. de 1972 a 1990 hubo un decremento del 58 % , no obstante que en 1980 se haya tenido la cosecha más productiva.

La mayor parte del cultivo se dedica al tabaco rubio del tipo Virginia y Burley, cuya demanda ha ido en aumento, tanto como para consumo interno como externo, en proporciones del 86 al 96 % del total. ¹⁹

Esta industria además significa un promedio mensual de 711 mil horas de trabajo hombre. En la economía de la industria nacional del tabaco figuran de manera importante los gastos anuales destinados a propaganda comercial. En 1982, por ejemplo, se gastaron más de mil millones de pesos en programas de televisión que ocuparon 4333 minutos, equivalentes a tres días completos de transmisión. En 1983 se duplicó a dos mil millones y para 1991 el Instituto Nacional del Consumidor reporta que fueron producidos 3 500 anuncios publicitarios de cigarros, teniendo un costo de 267, 178 millones de pesos. ⁶⁸

Cabe destacar que el tabaco oscila del tercero al quinto lugar entre los principales productos anunciados por la televisión y que un porcentaje considerable de los mensajes están dirigidos a jóvenes de ambos sexos

1. 6. 2 RESTRICCIONES DE PUBLICIDAD.

Las restricciones a la publicidad del tabaco son de cobertura nacional, tienen vigencia a partir de 1986 e incluyen a los productos de tabaco y sucedáneos; tiene como base el

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la publicidad, este ordenamiento indica que la publicidad debe tener un contenido orientador y educativo, sin inducir a conductas, prácticas o hábitos nocivos para la salud física o mental que impliquen riesgos o atenten contra la seguridad e integridad física. Sin embargo el mismo reglamento señala que tratándose de este producto la publicidad deberá limitarse a dar información sobre las características y técnicas de su elaboración; prohíbe asociar su consumo con ideas o imágenes de éxito en la vida afectiva, proyectadas como sexualidad o prestigio social; así como las actividades recreativas, deportivas, cívicas o religiosas. Establece que las personas que intervengan como modelos serán de 25 años o más e impide incluir en imágenes o sonidos la participación de niños o adolescentes.

Asimismo, indica que en todos los casos se debe utilizar la leyenda “ ESTE PRODUCTO ES NOCIVO PARA LA SALUD” mensaje que deberá apreciarse fácilmente en forma visual o auditiva, según el medio publicitario que se emplee; en empaques y envases, también deberá existir esta leyenda. ⁶⁹

En apoyo a la Legislación Sanitaria vigente en materia de tabaquismo, en diciembre de 1986 se reformó la Ley Federal de Derechos la cual señala que la publicidad del tabaco pagará el doble de las cuotas establecidas para otros productos

A pesar de lo anterior, la propaganda diseminada a nivel nacional por los medios masivos de comunicación, continúa utilizando los tiempos comerciales de mayor audiencia y sus mensajes, la mayoría de los elementos prohibidos por la ley, no sólo para propiciar la selección entre marcas por los fumadores habituales, sino básicamente para promover el consumo e inducir a los grupos de riesgo al uso del tabaco.

1. 6. 3 CONTROL DE TOXICIDAD DE LOS CIGARRILLOS EN VENTA.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios incluye por primera vez disposiciones de carácter

particular sobre el tabaco, indica que atendiendo los riesgos para la salud, los productos del tabaco se clasificarán en categorías según su contenido en nicotina y alquitrán, el papel para la elaboración de los cigarrillos estará exento de clorato de potasio, los filtros podrán elaborarse de celulosa, carbón activado y otras sustancias autorizadas; las hojas metálicas para envolver los productos del tabaco no rebasarán los siguientes límites máximos: plomo 1 %, antimonio 3 % y arsénico 0 %.

También obliga al productor a que el tabaco esté libre de plaguicidas e insectos y a informar el contenido de nicotina y alquitrán por unidades de producto.

1. 6. 4 REGULACIÓN DE LA VENTA.

Se carece de regulación por lugar o tipo de cigarrillos, sólo existe por edad. La Ley General de Salud señala que en ningún caso y forma se podrá expandir tabaco a menores de edad.

1. 6. 5 RESTRICCIONES DE FUMAR.

Existen áreas limitadas para fumar como son teatros, cines, auditorios, gasolineras, algunas industrias y el Sistema de Transporte Colectivo metro; estas medidas tienden a generalizarse a clínicas, hospitales, oficinas gubernamentales, escuelas de educación básica, media y superior. ¹⁸

El 8 de julio de 1986 se crea por Decreto el Consejo Nacional contra las Adicciones con el objeto de promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como para proponer y evaluar los programas nacionales contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la farmacodependencia

Es así, como en este mismo año se elaboró el documento “Programa contra el Tabaquismo”, como resultado del trabajo de los comites técnicos emanados del consejo y conformados por representantes de los sectores público, social y privado, orientado específicamente al análisis de los aspectos de salud, de educación, de legislación y de investigación en este campo. El diseño de este programa fue dirigido fundamentalmente a los niveles de educación y prevención, sin descuidar las acciones de atención curativa, de rehabilitación e investigación mediante la participación tanto del Gobierno Federal, como las entidades federativas y municipios.¹⁹

1. 7 EDUCACIÓN.

1. 7. 1 ACTIVIDADES ANTITABÁQUICAS.

a) Actividades antitabáquicas en escuelas primarias, secundarias y universitarias.

Se elaboraron los primeros proyectos de contenidos educativos sobre el problema de tabaquismo para ser incluidos en los libros de texto de educación primaria y libros de educación para adultos.

Se impartieron pláticas sobre tabaquismo y salud a alumnos de preescolar, primaria y secundaria. También la Secretaría de Educación Pública instrumentó unidades de aprendizaje en escuelas primarias, e impartió programas de educación para la salud con este tópico, dirigidas a preescolares, padres de familia y brigadas infantiles, a través de ocho mil Comités de Seguridad y Emergencia.

Se promovieron eventos deportivos y culturales, con la participación de escolares de niveles medio y medio superior para reforzar el cambio de actitudes con respecto al tabaquismo

Varias Universidades del país incluyeron en la currícula de la licenciatura en medicina, psicología y trabajo social, los contenidos temáticos sobre los efectos biopsicosociales del tabaquismo.

b) Actividades antitabáquicas educativas dirigidas a la población en general.

Se diseñó material educativo, iniciando la distribución de carteles, calcomanías y periódicos murales, en Unidades de atención médica y de transporte colectivo, con el objeto de enfatizar la importancia de respetar el derecho de los no fumadores a defenderse de los efectos nocivos del tabaco.

1. 7. 2 CLÍNICA DE TABAQUISMO.

Esta clínica inicio sus actividades en 1982 con un programa piloto, y en 1986 se integró como parte del Departamento de Rehabilitación Respiratoria, desempeñando actividades de asistencia, enseñanza e investigación, cuyo objetivo general es el de ayudar a los fumadores crónicos a abandonar el hábito tabáquico.

En el campo de la enseñanza desarrolla actividades preventivas de educación para la salud, a través de pláticas orientadoras, intra y extrahospitalarias, a grupos poblacionales de alto riesgo y otros grupos interesados.

El tratamiento se basa en un enfoque multidisciplinario que consiste en una evaluación inicial, que incluye exámenes de laboratorio y gabinete: terapia grupal con técnicas de autorregistro, y el control del síndrome de abstinencia con el uso de chicles de nicotina. Además, estas técnicas conductuales en el periodo de postratamiento ayudan al individuo a mantenerse sin fumar.

Actualmente se cuenta con nueve clínicas de tabaquismo en el país. Con el objeto de proporcionar atención a un mayor número de fumadores, con programas sencillos y bajos en costo.¹⁸

En 1990 se atendió a 205 personas y se formaron 26 grupos nuevos mismos que finalizaron el programa, obteniéndose un 80 % de resultados favorables.

En 1991 se atendió a 177 personas y se formaron 22 grupos nuevos en los cuales se obtuvo 80 % de resultados favorables.

El club de exfumadores del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias constituye un instrumento para el control y seguimiento en periodo de postratamiento, está formado

por quienes han acudido a tratamiento desde hace varios años y se han mantenido sin fumar, por lo que estas personas realizan acciones multiplicadoras de prevención

Se diseñó y distribuyó para instituciones de salud del Distrito Federal y entidades el “Manual de Procedimientos para la Creación de Clínicas de Tabaquismo”, y la identificación temprana de enfermedades relacionadas con el hábito, se reforzaron los mecanismos de referencia y contrarreferencia en población abierta para que se proporcione tratamiento oportuno en las instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención

1. 8 EPIDEMIOLOGÍA

1. 8. 1 SITUACIÓN MUNDIAL ACTUAL

Hoy en día, el tabaquismo es considerado un grave problema de salud pública a nivel mundial, debido a la alta incidencia de padecimientos crónico-invalidantes que se relacionan con este hábito, los cuales originan muertes prematuras y enormes pérdidas económicas por gastos en atención médica, así como ausentismo laboral y escolar.

En Estados Unidos, pese a la disminución de un 20 % en el número de fumadores en 1964, la población que fuma lo hace más que antes, situación que ocasiona 300 mil muertes al año. Durante 1984 se estimaron los costos médicos directos en 23.3 billones, costos médicos por enfermedad 9.3 billones, costos indirectos por enfermedad 9.3 billones, costos indirectos por mortalidad 21.1 billones de dólares. Es decir que en un año, se gastaron aproximadamente 54 billones de dólares de manera innecesaria.^{74, 75}

Un análisis del problema llevado a cabo en 1993 en Estados Unidos reveló que los gastos de atención a fumadores con problemas de salud, ascendieron a 17 mil millones de dólares, y al agregar las pérdidas por ausentismo laboral e improductividad, este costo aumento a 41 mil millones.

Se estima que durante la década de los noventa, el tabaco provocará alrededor de 3 millones de muertes por año en el mundo.²²

La mortalidad ocasionada por el tabaquismo aumenta de manera constante en los países en desarrollo, esta situación se debe al aumento demográfico, pero principalmente al gran incremento en el número de jóvenes fumadores.⁹⁰

Si continúan las mismas pautas del consumo actual, para el año 2020 el tabaco causará más de 10 millones de muertes en el mundo entero.⁵¹ Pese a estas cifras, algunos

gobiernos temen hacer algo que pueda molestar a la industria del tabaco y no admiten el gravísimo problema de salud que ya es de proporciones pandémicas ^{88, 89}

Durante los últimos 10 años el consumo del tabaco se ha incrementado en 31 % en América Latina, 41.5 % en África y en 28.5 % en Asia. Cabe destacar que en los países menos desarrollados vive la mayor población del planeta, así como la mayor parte de los fumadores y masticadores de tabaco. En 1989 tuvieron un volumen de ventas que superó los 97 mil millones de dólares en todo el mundo, en el mismo año, en el continente americano se gastaron más de 3,400 millones de dólares en publicitar la venta de cigarrillos. ^{66, 91}

En 1980 solo China consumió el 29.3 % del total de cigarrillos en el mundo, lo que equivale a 1.5 trillones de cigarrillos.

El potencial del mercado en Asia para la venta del tabaco crece día con día. Se estima que las ventas del cigarrillo en ese continente se incrementarán en 18 % para el año 2000.

En China, donde el consumo del tabaco se ha duplicado, es el principal productor de esta planta a nivel mundial, aunque cabe mencionar que consume todo el tabaco que produce.

En un estudio ²⁰ se analizaron los cambios en el consumo de cigarrillo por cada individuo, en 128 países entre 1986 y 1990. El consumo de cigarrillos de los adultos decreció en 93 de los 128 países (73 %). Se elevó en 31 (24 %) y permaneció inalterable en cuatro (entre ellos México). En los países en que decreció están incluidos aquellos en los que se han implementado programas de control del tabaco, como Singapur y Canadá (en ambos la reducción fue de un 20 %), y Nueva Zelanda y Suiza (ambos con una reducción del 12 %). Aquellos países que experimentaron una elevación en el consumo en los últimos 5 años fueron China (21%), Tailandia (24%) y el Sur de Corea (13%).

La Organización Panamericana de la Salud.²¹ estudió la prevalencia del tabaquismo en América Latina y el Caribe. Concluye que se conocen cuatro factores socio demográficos fundamentales que han facilitado el inicio del tabaquismo entre la población de América Latina y el Caribe

- el crecimiento de los grupos con tendencia a fumar
- la difusión de un estilo de vida urbano
- el mayor acceso a la educación
- la participación de la mujer en la población económicamente activa.

En el reporte de la OPS (1992), se concluye que la prevalencia mediana del tabaquismo en América latina y el Caribe es de 37% en los hombres y de 20% en las mujeres.

Con respecto al multicitado problema, la Organización Mundial de la Salud elaboró las siguientes tesis:

- Que el consumo del tabaco en todas sus formas es incompatible con el logro de la salud para todos en el año dos mil.
- Que la presencia de carcinógenos y sustancias tóxicas en el tabaco es un hecho conocido; y que se ha puesto en evidencia científicamente la relación entre el consumo y todo un grupo de enfermedades mortales o incapacitantes.
- Que el tabaquismo pasivo, impuesto o involuntario, viola el derecho a la salud de los no fumadores, que deben protegerse contra esta forma perniciosa de contaminación ambiental.²²

Se realizó un estudio en Estados Unidos para ver la prevalencia de fumar cigarro por ocupación y se analizaron los datos de 1987 a 1990 de un informe de una entrevista nacional de salud, los datos del informe determina los cambios en la prevalencia de fumar

cigarro por ocupación. Durante este periodo la prevalencia de fumar declina de 31.7 % a 24.2 % en un monto de trabajadores de oficina, de 43.7 % a 39.2 % en trabajadores de otros lugares y de 37.2 % a 34.5 % de un monto de servidores públicos. Por grupos ocupacionales, el más grande y significativo, baja de prevalencia de fumar cigarro, sucediendo en el monto de trabajadores masculinos (vendedores) (10.5 %), mujeres y hombres manejadores y administradores (9.9 y 8.7 %), mujeres profesionistas y trabajadores técnicos (8 %), y hombres operadores de equipo de transporte (7.5 %). El análisis de 1987 a 1990 los códigos de ocupación detallada reveló que arreglan techos (57.8 %) y los que usan grúas y operadores de torres (57.6 %) tuvo la más alta prevalencia de fumar cigarro, considerando médicos (5.4 %) y clero (6.5 %) tuvieron la más baja prevalencia de fumar de 1978-1980.⁵⁶

En un estudio (1993) con el personal sanitario, para conocer su actitud respecto al tabaquismo, se encontró que, el tabaquismo es actualmente uno de los principales problemas sanitarios, reconociéndose como la causa evitable más frecuente de morbimortalidad. Los profesionales de la salud desempeñan un papel importante en las estrategias de deshabitación tabáquica. La prevalencia del tabaquismo es elevada entre médicos y enfermeras, pero se conoce poco sobre el hábito tabáquico por parte del personal no médico. Se realizó una encuesta entre 396 profesionales sanitarios, el 44 % es fumador, la prevalencia es mayor entre los menores de 35 años, y son fumadores un 62 % de los celadores. El 93 % fuma en el interior del hospital y el 97 % de ellos no fuma delante de pacientes. La mayoría de los encuestados conocen la existencia de leyes que limitan el consumo del tabaco en el hospital, el 81 % está de acuerdo en tomar medidas para reducir el hábito tabáquico.²⁹

Para conocer las variables relacionadas con el inicio del consumo de tabaco, se hace un análisis (1993) en adolescentes.

Las variables de carácter cognitivo son las que se sitúan en los primeros pasos del inicio en el consumo. La Norma Subjetiva y la intención, además de las Creencias y Expectativas, se

revelan como importantes predictores del consumo futuro, llegando a explicar en algunos casos hasta el 50 % de la varianza

El fumar es una conducta social en cuanto a su origen y consolidación, siendo el medio familiar y, sobre todo, el grupo de amigos, las instancias que proporcionan los modelos más eficaces para que se lleve a cabo. Los adolescentes se inician fumando, en el 88 % de los casos, en compañía de sus mejores amigos que ejercen de suministradores y modelos. A juzgar por los estudios revisados, el mejor predictor del consumo futuro es tener el mejor/es amigos que fumen; cuando esto ocurre, las posibilidades de llegar a ser fumador suelen pasar del 80 %. Los informes aparecidos en estos últimos años referidos al consumo de tabaco señalan un lento y progresivo ascenso del consumo en las capas jóvenes de población, aumento que está siendo más acusado en las mujeres.

López Campos hace referencia a que el 22 % de una muestra de escolares de Pontevedra de EGB y BUP fumaban todos los días y el 25 % se consideraban iniciados o fumadores esporádicos³⁰ Más recientemente Méndez, Fraga, Alcaraz, Jiménez y Peralbo en una investigación con adolescentes de 14.7 años de media señalan que el 17.7 % eran fumadores habituales y casi el 40 % experimentales.³¹

En un trabajo realizado por Escamez con escolares valencianos de 12 a 20 años, se encontró que el 70 % de los estudiantes de BUP y 45 % de EGB ya habían probado el tabaco alguna vez; además, el 8% de EGB y El 30 % de BUP fumaban muy frecuentemente a diario³²

En un informe realizado por la Cancillería de Sanidad de la Xunta de Galicia se establece en los 15.7 años la edad media de inicio, aunque también hay que tener en cuenta variables como el sexo, pues las mujeres suelen iniciarse más tarde que los varones.³³

Los factores implicados en el inicio del consumo de tabaco se observa que en el proceso de iniciación intervienen: el ambiente en el que vive el sujeto y el propio individuo.

Entre los factores ambientales destacan los de carácter familiar la conducta de fumar de los padres, tolerancia a dicha conducta, accesibilidad del tabaco ^{34 62}

La influencia del grupo de iguales, imitación de modelos, factores estresantes, disponibilidad de la oferta en el mercado, suelen citarse entre los factores de carácter más social. ^{35 36}

LA CALIDAD DEL AIRE INTERNO PARA EL LUGAR DE TRABAJO EN FUMADORES DE TABACO.

El medio ambiente de los fumadores de tabaco (ETS) es recientemente determinado por autoridades de la salud ocupacional y del medio ambiente en Estados Unidos, ya que es un carcinógeno humano. Se desarrollo un modelo que permite usar la nicotina atmosférica para que pueda ser estimada en los no fumadores. El ETS es un riesgo de cáncer pulmonar en individuos que trabajan en estos lugares por primera vez. Se estima que en los 80, la población de adultos no fumadores, su exposición media de nicotina pulmonar fue de 143 microgramos de nicotina diariamente (combinados casa y lugar de trabajo), y en aquellos adultos que no fuman y que más se exponen inhalando diariamente 1430 microgramos. La exposición estimada es válida por modelos farmacocinéticos produciendo la dosis establecida de metabolitos de nicotina, cotinina, para Estados Unidos en no fumadores adultos en edad de trabajo, se estima los valores medios de cotinina de alrededor 1.0 nanogramos por mililitro (ng/ml) en plasma, y 6.2 nanogramos por mililitro en orina; para no fumadores más expuestos, las concentraciones de cotinina estimadas en alrededor de 10 ng/ml en plasma y 62 ng/ml en orina. Estos valores fueron observados en el 15 % de estudios clínico-epidemiológicos. Los riesgos medios de la exposición de ETS en no fumadores en Estados Unidos durante los 80's es estimado alrededor de dos muertes por cáncer pulmonar (LCDs) por 1000 riesgos. Los riesgos ocurren en 8 hrs tiempo-peso-concentración de exposición promedio de 7.5 nanogramos de ETS de nicotina por metro cúbico en el aire del lugar de trabajo por 40 años. ^{48, 80, 92}

1.8.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL TABAQUISMO EN MÉXICO.

El problema del tabaquismo ha sido reconocido mundialmente y en México se han realizado diversas investigaciones acerca de este hábito, en diferentes poblaciones.

Datos recientes indican que la mortalidad relacionada con el consumo del tabaco ocupa el noveno lugar en México entre las causas de muerte después de los 20 años de edad.¹⁴

En una encuesta aplicada por el Instituto Nacional del Consumidor (INCO) en 1983 a estudiantes fumadores de nivel medio superior, se determinó que el promedio de consumo de cigarrillos por día era de 2.5 y que la edad de inicio se ubicaba entre los 13 y 14 años. Esta misma investigación precisó que la mayoría de los estudiantes han tenido acceso a la información acerca de los efectos nocivos que provoca el consumo del tabaco. No obstante, aproximadamente el 78 % afirmó que el cigarrillo es un tranquilizante durante las épocas de exámenes y, por último, el 56 % consideró que en la escuela y con los amigos es donde se fuma más.

En 1988 en un esfuerzo a nivel nacional se realizó una encuesta acerca de sustancias adictivas, entre ellas, el tabaco.²³

Las Encuestas Nacionales de Salud y Nacional de Adicciones. Ambos forman parte del Sistema Nacional de Encuestas de Salud, y sus diseños muestrales parten del Marco Muestral Maestro del Sistema. Ambas encuestas investigaron únicamente el consumo de cigarrillos, ya que es la forma más peligrosa y la más difundida de consumir tabaco.

La Encuesta Nacional de Salud fue desarrollada por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en una muestra representativa de 17 mil viviendas en todo el país, con capacidad para desagregar su información a nivel estatal. Su ámbito de estudio fue la población urbana y rural.⁷⁷

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Adicciones es también un estudio representativo, realizado por la Dirección General de Epidemiología de manera conjunta con el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Su información se desagrega hasta el nivel estatal. Su ámbito de estudio fue la población urbana de 12 a 65 años de edad. Se recabó información sobre la situación en la que se encontraba el sujeto respecto a éste hábito, la frecuencia y la cantidad que consumía y la actitud y la opinión de la población sobre el tabaquismo.⁷⁷

Al concluir el análisis preliminar, se encontró que la Ciudad de México presentaba la prevalencia más alta de fumadores 31.2%, la región noroccidental del país cuenta con el mayor porcentaje de fumadores dependientes al tabaco 25.3%. Por esta razón se analizan con mayor profundidad las características de esta población en riesgo, cuyos resultados se presentan a continuación: En la población capitalina, la prevalencia de fumadores es de 31 %, y la de ex-fumadores, de 26 %. La proporción de hombres es de 43 %, y de 21 % la de mujeres, es decir la proporción es de dos hombres por una mujer. En contraste, 30 % de los hombres informó ser ex-fumador, contra 21 % de las mujeres. El 86 % de los hombres que fuman se encuentra laboralmente activo, mientras que el 73 % de las mujeres que fuman, no se dedica a actividades lucrativas.

En relación con la edad a la que empezaron a fumar, el 2 % de los fumadores empezó a fumar antes de los 12 años, el 50 %, entre los 12 y los 17 años; y el 42 %, entre los 18 y los 29 años. Al dividir a los fumadores en grupos, por su edad, se encontró que el 7 % tiene entre 12 y 17 años de edad, y el 46 % está en el grupo de 18 a 29 años.

En cuanto a la frecuencia con la que fuman, el 66 % de los hombres que fuman, los hace diariamente, mientras que sólo un 54 % de las mujeres fuman diariamente. En segundo lugar se encuentra el grupo de fumadores eventuales, en el que las mujeres ocupan un lugar preponderante (20 % de los hombres y 34 % las mujeres). Entre los fumadores de sexo masculino, el 49 % fuma entre uno y cinco cigarrillos, es decir, son fumadores "leves", mientras que los fumadores "fuertes", consumen más de 16 cigarrillos, son sólo el 13 %; y los fumadores moderados, que consumen entre 6 y 15 cigarrillos, el 38%.

Estas proporciones son diferentes en el caso de las mujeres: las fumadoras “leves” son el 57 %, las fumadoras moderadas el 27 % y las fumadoras “fuertes”, el 16 %.

En cuanto a los motivos que tuvieron para empezar a fumar, el 84 % lo hizo por curiosidad o porque sus compañeros, amigos o familiares fumaban. En la mujer resalta el papel que juega el ejemplo familiar (14 %) cuyo peso es más del doble que el hombre (6 %). Las actividades en las que los fumadores consumen mayor cantidad de cigarrillos son en las reuniones y los acontecimientos sociales. El 25 % de los hombres fuma más cuando consume bebidas alcohólicas, en las mujeres, este fenómeno se observa en el 2.5 %. La gran mayoría de los fumadores sigue fumando por gusto (43 %), o por costumbre (32 %). En el caso de la mujer, el 21 % fuma para tranquilizarse y el 10 % refiere que no puede dejar de fumar.

En cuanto a la población de ex-fumadores, el 62 % está compuesta por personas que eran fumadores leves, sobre todo del sexo femenino. Un 38 % de los ex-fumadores dejaron este hábito por su propia decisión; 22 % por considerarlo dañino y 16 % por tener problemas de salud. El método que siguió el 74 % de los ex-fumadores fue la suspensión abrupta del hábito.

Algo que confirma que el hábito de fumar debe ser visto como un problema grave de salud pública es que el 48% de la población que no tiene el hábito de fumar, convive por lo menos con un fumador, lo que refleja la gran cantidad de fumadores pasivos que hay en el Distrito Federal.

Se concluye que uno de cada tres habitantes de entre 12 y 65 años de edad, fuma y se le puede describir como un individuo generalmente del sexo masculino, entre 18 y 29 años de edad, que se inició en el hábito entre los 12 y los 17 años, por curiosidad o por imitación, que consume de manera cotidiana entre 1 y 10 cigarrillos, que tiene una inclinación importante a fumar con mayor intensidad en reuniones sociales y en cantidad directamente

proporcional a su consumo de alcohol. Además, se encuentra en una situación laboral activa y continúa en el hábito por costumbre.

Por otro lado, la mujer fumadora que reside en la Ciudad de México es generalmente joven y se inicia en el hábito después de los 15 años. Tiene un nivel educativo superior o profesional, fuma entre 1 y 10 cigarrillos y lo hace con mayor intensidad en reuniones sociales. Generalmente no cuenta con empleo económicamente remunerado. La población femenina continúa fumando por costumbre y por gusto.²⁴

El Programa Nacional contra el tabaquismo se creó a finales de 1986, coordinado por la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y la Organización Panamericana de la Salud, quedando como sede de dicho Programa el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Dentro de los múltiples compromisos adquiridos para su ejecución, el Programa se orienta de manera integral, abarcando las áreas de educación, salud, legislación e investigación; el Instituto, por su parte, también se comprometió a sensibilizar a la población trabajadora y a conocer la prevalencia de su hábito.

Para sensibilizar a los trabajadores, se introdujo el mensaje precautorio, "Fumar es un riesgo para la salud" en el talón anexo a los sobres de pago; simultáneamente, cada cuarenta y cinco días se anexaron también diversos contenidos de orientación, relacionados con el tabaquismo y sus efectos en la salud.

Uno de los objetivos de este estudio fue el de observar las respuestas que los mensajes de orientación produjeron en los trabajadores del INER, y otro, el establecer la prevalencia de tabaquismo en los mismos, a través de una encuesta efectuada en 1988.

De 1300 trabajadores, el 55 % contestaron el cuestionario. La edad de la población encuestada fue de los 15 a los 84 años. Cabe destacar que la mayor parte de la población trabajadora del INER se encuentra dentro del rango de edad de 25 a 34 años y, que según

la Encuesta , la proporción más elevada de tabaquistas por grupo de edad está entre los 21 a 25 años.

En relación a la incidencia de fumadores por sexo, el masculino obtuvo mayor porcentaje, 61.62 % contra el femenino, que fue del 38.38 %, con un total de 198 fumadores, lo cual resulta el 27.7 % con tabaquismo positivo del total de la población encuestada.

Si tomamos en cuenta que la nicotina, responsable de la adicción física, se incrementa conforme avanzan los años de continuo consumo, infieren que la mayor población encuestada, se encuentra en riesgo de iniciarse en el hábito o, bien, propensa a incrementarlo y por tanto mayor dificultad para abandonarlo.²⁵

La Organización Panamericana de la Salud informó en 1971, que aproximadamente la tercera parte de la población adulta en México fumaba cigarrillos. En cambio, el informe de 1992 considera que el tabaquismo en América Latina y el Caribe alcanza el 50% de la población adulta²¹

En los países desarrollados ha disminuido el consumo de tabaco, planteando un problema para los países en vías de desarrollo, como el nuestro. Las compañías tabacaleras transnacionales han puesto su interés en los mercados de consumo de países en desarrollo en donde los grupos de jóvenes y mujeres constituyen una población de fumadores en potencia. La reducción paulatina de importación de tabaco en Estados Unidos de Norteamérica, ha forzado a los exportadores a promover el consumo interno con el consecuente incremento de padecimientos asociados al uso de ésta sustancia.

En una encuesta realizada en la población abierta urbana de nivel económico bajo, de la Ciudad de México, con la finalidad de investigar el tabaquismo como factor de riesgo cardiovascular en el grupo de edad de 35 a 64 años, en cinco colonias de la Delegación Alvaro Obregón. En la entrevista domiciliar se preguntó a 2 155 individuos acerca del ingreso familiar mensual, el empleo, la escolaridad y el consumo de tabaco. El nivel de

ingreso familiar mensual más frecuente fue de 500 mil a un millón de pesos y el nivel promedio de años de estudio de $5.8 + 3.2$. El 56.98 % informó estar empleada o tener algún trabajo y sólo el 2.09 % se autodefinió como desempleada. El 74.2 % de hombres admitió haber fumado, por lo menos, hasta cincuenta cigarrillos en su vida, de ese porcentaje, el 52.5 continúa fumando. Esto contrasta con lo encontrado en las mujeres donde, en promedio, el 24.5 % declaró haber fumado hasta 50 cigarrillos en toda su vida y el 17.9 % de ellas admite continuar con el hábito. El 62.9 % de hombres y el 74.5 % de las mujeres que fuman, consumen 10 cigarrillos o menos al día. El 33.2 % de los hombres y el 24.2 % de las mujeres que fuman, afirmaron consumir entre 10 y 29 cigarrillos por día. Sólo once hombres y siete mujeres fuman puro o pipa. El resultado de esta investigación demuestra que las tasas de prevalencia de tabaquismo en esta comunidad, son muy altas ²⁶

Otro estudio realizado para detectar los efectos subjetivos de la supresión del cigarrillo en el patrón de sueño y en el nivel diurno de energía, se encontró que el insomnio, el dormir mal y el cansancio diurno son síntomas frecuentemente referidos por tabaquistas al dejar de fumar.

Con el objetivo de contrastar el tiempo total de sueño y el nivel de energía diurno, así como la calidad del sueño, antes y durante la primera semana de supresión del consumo de cigarrillos, se aplicó un diario de sueño a un grupo de 21 tabaquistas que solicitaron tratamiento en la Clínica de Tabaquismo del INER.

No encontraron cambios significativos, probablemente porque los sujetos fumaban menos de 20 cigarrillos al día.

Es ampliamente conocido que, cuando la gente deja de fumar, aparece un síndrome a la nicotina. Los síntomas característicos del síndrome, señalados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales ⁷⁶ de la Asociación Psiquiátrica Americana son “hambre” de tabaco, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad para concentrarse,

inquietud, disminución del ritmo cardiaco, aumento del apetito o ganancia de peso, cefalea, somnolencia y trastornos gastrointestinales. La severidad del síndrome es variable. En contraste a lo que se podría pensar, la variabilidad en la magnitud del síndrome no tiene una relación significativa con el número de cigarrillos consumidos cotidianamente, aunque sí con la cantidad de humo inhalada. Esto lo explican, en parte por las diferencias en la manera en que cada sujeto fuma, además la absorción de la nicotina es distinta en cada fumador y depende de su pH sanguíneo. Los síntomas empiezan 24 horas después de la interrupción o reducción de la nicotina y generalmente disminuyen en intensidad en un periodo que oscila entre días y semanas.

La nicotina, es un agonista directo de los receptores colinérgicos de tipo nicotínico; éstos se localizan tanto en el sistema nervioso periférico como en el sistema nervioso central. Así, la nicotina puede modificar el funcionamiento de varios sistemas de neurotransmisión, tales como el dopaminérgico, el endorfinérgico, el peptidérgico, etc.

Los efectos neuroquímicos de la nicotina tienen correlatos neurofisiológicos y corporales, vg, cambios en los registros electroencefalográficos, en el metabolismo y en el sistema nervioso autónomo (como la tensión arterial y la frecuencia cardiaca).

También los correlatos psicológicos y conductuales son vastos. Es altamente probable que estos efectos estén relacionados con la dificultad habitual para abandonar el hábito tabáquico, a pesar de las múltiples alternativas terapéuticas disponibles ²⁷

De acuerdo con los estudios de Hughes y colaboradores, observaciones anecdóticas en la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias indicaban que, con frecuencia, los pacientes refieren que duermen menos o tienen alteraciones importantes en el sueño y, por ende, perciben un cambio en el nivel de energía diurna ²⁸

2. Planteamiento del problema

En el México antiguo al tabaco se le utilizaba como un agente terapéutico, e incluso como algo divino para sus ritos. Empero, en la actualidad se ha convertido en un problema para el sector salud ya que existe una estrecha relación entre el incremento del hábito tabáquico y la aparición de enfermedades del aparato respiratorio y cardiovascular entre otras.

En nuestro país el consumo de cigarros se ha incrementado en las últimas décadas, por tal motivo se ha circunscrito en la Ley General de Salud, el programa contra el Tabaquismo, el cual introduce Clínicas del Tabaquismo con actividades de asistencia, enseñanza e investigación.

Un porcentaje importante de la población laboral activa es fumadora por tal motivo, el propósito de este trabajo es evaluar los posibles factores laborales que pueden influir en la incidencia del tabaquismo en una población trabajadora de la ciudad de México.

Esta decisión es tomada en base a que posiblemente la actividad productiva del individuo influye en aumentar la actividad del hábito tabáquico, y la duda que sirve de punto de partida para esta investigación es la siguiente:

Si el trabajo del individuo es un factor que aumenta la incidencia de su hábito tabáquico entonces:

¿Cuáles son los factores laborales más relacionados con el aumento en la incidencia del tabaquismo en un grupo de derechohabientes trabajadores de la colonia San Miguel Chapultepec del 1 de mayo al 31 de octubre de 1995?

3. JUSTIFICACIÓN.

Por lo anterior señalado, se considera que la realización de este estudio es importante; debido a que la gran mayoría de investigaciones sobre el tabaquismo está centrada en precisar los factores sociales y psicológicos que influyen en su existencia. Pues, pocos estudios se han centrado en el ambiente laboral que además de ser una de las ocupaciones humanas donde se concentra la mayor actividad de consumo de tabaco, alrededor del 27.7% en México, el trabajo es su fuente económica básica de subsistencia, y si se analiza las repercusiones que tiene el hábito tabáquico en el organismo encontramos: la enfermedad ácido péptica, CA broncogénico, CA de vejiga, cardiopatía, entre otras que van a incidir en su economía debido a la existencia de altos grados de ausentismo y una disminución en el rendimiento laboral. Por ello se considera que al conocer las repercusiones ya citadas, es importante destacar algunos factores del ambiente laboral que exacerban el hábito y que en forma indirecta aumentan las enfermedades relacionadas con el tabaquismo; hecho que agrava la situación de los trabajadores desde el punto de vista biológico, social, psicológico y económico. Por lo tanto, debería aumentarse la promoción de la medicina preventiva, ayudándose para ello con los medios de comunicación como son la prensa, la radio, la televisión, e incluso los centros educativos que permitan el fácil acceso a tal información con el fin de erradicar este problema, existiendo la posibilidad de hacerlo extensivo a todas las actividades del ser humano; donde existan factores de riesgo para la adquisición de este hábito. Tal es el objetivo del presente proyecto de investigación.

La investigación se realizará en la clínica Chapultepec lugar en donde se aplicarán 600 cuestionarios cuya finalidad es detectar a los trabajadores que fuman y que además lo realizan en su área de trabajo

Esperando que los resultados sean óptimos y sirvan como punto de partida para otras investigaciones, hemos intentado su crecimiento a otros niveles sociales y su utilidad ayude para beneficiar a toda aquella población que presente el problema del tabaquismo tanto a nivel local, nacional y mundial

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar dentro del área de trabajo, cuales son los factores laborales significativos para el fortalecimiento del tabaquismo en un grupo de Derechohabientes trabajadores de la colonia San Miguel Chapultepec

OBJETIVO ESPECIFICO.

Determinar la incidencia del hábito tabáquico, por grupos de edad y sexo dentro de la actividad laboral

Precisar los factores laborales que son propicios para la existencia del stress y su relación con el tabaquismo.

Identificar las características del ambiente laboral que pueden influir en la existencia del tabaquismo

5. HIPÓTESIS.

- Posiblemente la incidencia del tabaquismo en trabajadores de la colonia San Miguel Chapultepec con una edad comprendida entre los 18 a 67 años , esta relacionada con la existencia de algunos factores laborales, tales como; la cantidad de actividades y tipo de trabajo desempeñado ect: Quizá estos factores de stress generados sean la causa del aumento en el hábito por el tabaco, con el objeto de disminuir la tensión en la que vive el trabajador dentro de sus labores.

- Probablemente el tipo de trabajo en el ámbito laboral y la cantidad de actividades, sean algunos de los factores generadores de stress y esto influya en el aumento de la incidencia del tabaquismo como instrumento eliminador de dicho stress.

6. METODOLOGÍA.

Se realiza un estudio de tipo básico, exploratorio, salud pública, transversal, prospectivo y abierto.

Básico únicamente se esta recolectando la información relacionada hacia un problema específico, que ya ha sido estudiado por otros autores y no requiere del uso de recursos y materiales sofisticados.

Exploratorio el objetivo del estudio es investigar en un grupo determinado de individuos, su problema en función de la relación existente entre el sitio o ambiente de trabajo donde se desenvuelven y las condiciones existentes que favorecen la presencia de su problema en estudio.

Salud publica: porque el estudio esta dirigido a la comunidad que tiene el problema en función del estudio de sus factores de riesgo, así como la influencia que tienen las condiciones del ambiente laboral en la génesis del problema, como se planteo al inicio del estudio.

Transversal el estudio a desarrollar se va a realizar en un determinado tiempo (del 1 de mayo al 31 de octubre de 1995). sin llevar acabo el seguimiento del mismo. además porque es un estudio de incidencia del problema del tabaquismo en la colonia san Miguel chapultepec

Prospectivo se va a realizar a partir del momento que se decidió iniciar la investigación al detectar el problema

Abierto porque el estudio se va a realizar en toda la población trabajadora seleccionada y por la frecuencia de la presentación del problema. a la cual se le explicara los objetivos del motivo de la investigación para facilitar su cooperación.

Población Se trata de una población de 870 trabajadores de ambos sexos de la colonia San Miguel Chapultepec los cuales laboran en oficinas Gubernamentales con una edad de 15 en adelante.

Universo: 600 personas

Lugar. Clínica de medicina familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec ISSSTE) situada en José Vasconcelos número 10 colonia Condesa, Delegación Cuauhtémoc, México D.F

Tiempo: del 1ero. de mayo al 31 de octubre de 1995.

Tipo de muestra: Muestra aleatoria

Tamaño de la muestra: 600 personas, del total del universo de 600 personas se seleccionaron se seleccionaron 155, muestra considerada para incluir en forma aleatoria y por conveniencia y para los objetivos de la investigación todas aquellas personas que cumplieran con los criterios de inclusión; al fumar que lo realizaran dentro de su trabajo y que quedaran comprendidos en los grupos de edad de 15 años en adelante.

Criterios de inclusión: Los trabajadores que serán incluidos en esta investigación deben reunir las siguientes características:

Hábito tabáquico actual.

Fumar en el área de trabajo

Edad. 15 años y más

Criterios de exclusión: No fumar actualmente, que no fume en su centro de trabajo, que no contesten el cuestionario y que tengan menos de 15 años.

Criterios de eliminación: Dejen su trabajo durante el periodo del estudio, en el momento del estudio que dejen de fumar, que durante el estudio inicien su hábito de fumar

Variables dependientes: Son el hábito del tabaquismo y que fumen dentro de su área laboral.

Variable independiente: El medio ambiente y sus factores generadores de stress, tales como; tipo de trabajo (actividad, variabilidad y cantidad), efectos del trabajo (prohibiciones, comunicación).

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Ambiente: Es todo aquello que existe fuera del organismo vivo, todo lo que nos rodea en el universo externo. Es el medio físico, biológico y social en el cual el organismo vegetal o animal vive. Incluye todos los factores o circunstancias externas ante las cuales el organismo reacciona o puede reaccionar. Estas circunstancias pueden influir positiva o negativamente la actividad orgánica.

Ambiente laboral: es aquel sitio donde el individuo desarrolla una actividad productiva y remunerada.

Edad. Tiempo transcurrido desde su nacimiento

Fumar en el área de trabajo: Es toda persona que fuma dentro de su ámbito laboral.

Hábito tabáquico Es el individuo que actualmente fuma.

Stress Es el estado de tensión excesiva como resultante de una acción, brusca o continuada, nociva para el organismo.

Trabajo: proceso que se efectúa entre los hombres y la naturaleza y en el cual, los hombres -valiéndose de los instrumentos de trabajo, y mediante su actividad dirigida a un fin- modifican los objetos de la naturaleza de modo que con éstos puedan satisfacer sus necesidades. El proceso de trabajo abarca tres aspectos: 1) la actividad del hombre dirigida a un fin, o sea, el trabajo mismo. 2) el objeto de trabajo, y 3) los medios de trabajo con que el hombre actúa sobre dicho objeto.

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.- Se aplicó la encuesta sobre el tabaquismo (ver anexo) a los Derechohabientes trabajadores de la colonia San Miguel Chapultepec ubicado en José Vasconcelos número 10 colonia Condesa Delegación Cuauhtémoc previa realización de una prueba piloto con 50 cuestionarios.

Instrumento de trabajo: Se elaboró una encuesta sobre Tabaquismo la cual está dividida en dos partes: La primera parte consta de 11 preguntas y la segunda de 12 enfocadas principalmente a los efectos del tabaco en los trabajadores fumadores.

Una vez recabada toda la información; los sujetos de estudio, se distribuyeron en una pirámide poblacional y una gráfica de pastel donde se analizó la información por grupos de edad y sexo mediante la siguiente escala cuantitativa: 15-19, de 20-24, de 25-29, de 30-34, de 35-39, de 40-44, de 45-49, de 50-54, de 55-59, 60 y más años

2.- Posteriormente con los resultados, a la aplicación de la encuesta sobre Tabaquismo se clasificará a la población en fumadores activos y pasivos, distribuidos por edad, sexo, escolaridad, ocupación, ect., representándolos en gráficas para su análisis.

3 - Finalmente los resultados obtenidos serán analizados para darle una significancia estadística con la prueba de "t" para grupos independientes con $p < 0.05$

Se utilizarán las respuestas de la pregunta dos para identificar el tipo de fumador que puede ser ligero o pesado.

Ligero: Aquel que consume de 1 a 10 cigarrillos al día

Pesado: Aquel que consume 20 y más cigarrillos diarios

Adictivo: Aquel que fuma más de 20 cigarrillos diarios y además presenta síntomas de abstinencia.

No adictivo. Que no presenta ninguna sintomatología si no fuma.

De la pregunta cuatro a la doce, de acuerdo a la información seleccionada enumeraremos por orden de frecuencia los factores que favorecen el aumento en el hábito del tabaquismo dentro del área laboral.

Consideraciones éticas Desde el punto de vista biopsicosocial, se encuentra sin riesgo la investigación efectuada ya que no se realizará ningún ensayo clínico a los sujetos de estudio, con la salvedad de mantener el anonimato de los encuestados, ya que su participación en la investigación se solicitó bajo su consentimiento

7. RESULTADOS

Se estudió a un total de 600 sujetos que se sometieron a los criterios de inclusión y exclusión; siendo 343 (57.17%) del sexo femenino y 257 (42.83%) del sexo masculino. Empero, al procesar la información y someterla a los criterios elementales de clasificación que son por edad y sexo, encontramos que la clase con mayor población fue 25 a 29 años para ambos sexos; hombres 48 con 8.00% y mujeres 75 con 12.50%. - ver cuadro 1.

Posteriormente, se prosiguió a detectar a los sujetos fumadores y no fumadores, encontrando lo siguiente: El 12.84% (33) de hombres entre 25 y 29 años dijo que alguno de sus compañeros de trabajo fuma, entretanto, 31 (12.06%) sujetos inhala el humo de su compañero y se encuentra entre los 25 y 29 años; por otro lado, el 11.28% (29) entre los 25 y 29 años siente que esto le produce molestias -ver cuadro 2A. En el caso de las mujeres; 56 (16.33%) entre los 25 y 29 años mencionó que alguno de sus compañeros de trabajo fuma, entre los 25 y 29 años, 54 mujeres (15.74%) inhala el humo de su compañero; el 14.29% (49) cuyas edades se encuentran entre los 25 y 29 años siente que esto le produce molestias -ver gráfica 2B-

En la gráfica 3A podemos observar, el tipo de molestias ocasionadas por la inhalación del humo en sujetos varones no fumadores; es como sigue: entre los 45 y 49 años; un 8.77% (15) siente dolor de cabeza, 8 (4.68%) sujetos con 60 y más años tiene náuseas, un 10.53% (18) entre los 25 y 29 años tiene lagrimeo, entre los 25 y 29 años 18 (10.53%) individuos tienen accesos de tos, mientras un 11.70% (20) sienten molestias en la nariz, el 2.92% (5) tienen mareo, entre los 25 - 29 y 50-54 años el 2.92% (5) tiene todas las anteriores.

Empero, en el cuadro 3B vemos que el tipo de molestias ocasionadas por la inhalación en mujeres no fumadoras, es el siguiente, entre los 25 y 29 años, 23(8.85%) sienten dolor de cabeza, el 4.23% (11) cuyas edades fluctúan entre los 20 y 24 años tienen náuseas, tienen lagrimeo un 3.85% (10) con edades que van desde los 25 hasta los 34 años,

14 (5.38%) mujeres entre los 25 y 29 años presentan accesos, el 6.4% (17) entre los 25-29 tiene molestias en la nariz, sufren de mareo el 1.54% (4) corresponden a las edades entre los 25 y 29 años, por último, se presentaron 17 (6.54%) mujeres entre los 25-29 años que manifiestan todas las anteriores

Se realizó una agrupación entre los sujetos que fuman y los que no fuman encontrando lo siguiente. Las mujeres que no fuman son 260 es decir un 43.32% y en cuanto a los hombres que no fuman son 171 (28.50%), mientras que en el caso de los fumadoras mujeres fueron 83 (13.85%) y los hombres 86 (14.35%) - ver gráfica 4.

Entre tanto, la edad de los fumadores con mayor incidencia en hombres fue de 3.17% (19) y en mujeres fue de 18 (3%) ambos con edades entre 30 y 34 años. - ver cuadro 4

Por otro lado, la edad de ocurrencia en sujetos mujeres no fumadores es de 59 (9.83%) entre las edades de 25 y 29 años y para los hombres 33 (5.50%) con edades entre los 25 y 29 años.-ver gráfica 4A Y 4B

Por otro lado, la distribución de la población fumadora en su centro de trabajo registró que el 87.95% (73) de las mujeres fuman y el 95.35% (82) de hombres fumadores - grafica 5B , encontrándose que en las mujeres la mayor incidencia registrada fue en los grupos de 25-29 y 30-34 años con un 18.07% (15 individuos) cada clase, mientras que para los hombres fue 30-34 con 19.77% (17 sujetos).-gráfica 5A-.

Consiguientemente, al realizar agrupamientos de nuestra muestra observamos, en el caso de las mujeres fumadoras como se señaló anteriormente la mayor ocurrencia fue en los rangos entre los 25 y 34 años con una participación del 18.07% (15), entretanto las mujeres que no fuman en su centro de trabajo, la mayor concurrencia fue de los 30-34 años con 3 mujeres es decir un 3.61%, a pesar de lo antes expuesto diremos que en los hombres fumadores entre los 30 y los 34 obtuvieron la mayor concurrencia con 17 sujetos,

esto es 19.77%, entretanto, los que no fuman en su trabajo presentaron en las mismas edades un 2.33% (2 hombres) -ver cuadro 5-

Al analizar a los sujetos fumadores por estado civil encontramos que la mayor incidencia de estos se encuentra en los sujetos casados; en hombres con un 48.78% (40) y en mujeres en un 50.68% (37) seguido por los solteros con un 39.02% , es decir, 32 hombres y 35.62% con 26 mujeres respectivamente-ver gráfica 6- manifestándose la mayor ocurrencia por edad y estado civil como sigue. en hombres solteros entre los 20 y 24 años con 17.07% (14), casados entre 30 - 34 con 13.41% (11), divorciados 35-39 años 3.66% (3), viudos entre los 50-54 años con 1.22% (1) y unión libre de 25-29 años con 3.44% (2) Para el caso de las mujeres solteras de 25 a 29 años con 12.33% (9); casadas 11 mujeres (15.07%) entre los 30 y 34 años, divorciadas de 40-44 años con 4 mujeres (5.48%); viudas entre los 35-39 y 45- 49 años con 1 (1.37%) respectivamente y unión libre con 1 (1.37%) con mujeres entre los 20-24 años y 30-34 años - ver cuadros 6A y 6B

Es interesante saber que por escolaridad en el caso de los hombres en su mayoría son personas con licenciatura con un 35.57% y en mujeres con carrera comercial 34.25% .-ver cuadro 7

Si observamos en el cuadro 7A que la mayor incidencia considerando edad y sexo masculino encontramos que en el nivel primaria entre los 30-34 años 1 (1.22%), en secundaria de 20 a 24 años y de 30 a 34 años con 2 (2.44%) sujetos respectivamente; en carrera comercial entre los 45-49 años con 2 (2.44%); con respecto a la carrera técnica se encontró que la mayor ocurrencia fue entre los 30 y 34 años con 5 (6.10%): en el nivel bachillerato con 8 (9.76%) hombres entre las edades de 20-24 años, en cuanto a estudios profesionales con 7 (8.54%) hombres entre los 30 y 34 años y 35-39 años respectivamente

No obstante en el cuadro 7B vemos que la principal ocurrencia para el caso de las mujeres en primaria se encuentra en sujetos de 30-34 años con 1 (1.37%), en secundaria con 3 (4.11%) mujeres entre los 25-29 y 40-44 años; en estudios de carrera comercial la edad

con más incidencia es entre los 40 y 44 con 6 (8.22%), para la carrera técnica con 4 (5.48%) mujeres entre los 30 y 34 años, a nivel bachillerato entre los 25-29 con 3 (4.11%) y de 35 a 39 años también con 3 (4.11%) y finalmente en licenciatura entre los 30 y 34 años con 5(6.85%) mujeres

Por su ocupación diremos que para el caso de los hombres en su mayoría son administrativos con un 26.83% (22); entre tanto las mujeres tienden a tener un puesto administrativo 30.14% (22) -ver gráfica 8

Por otro lado, al consultar los cuadros 8A y 8B, se puede ver que la mayoría de los trabajadores son administrativos, en hombres entre los 20-24 les corresponde un 7.32% (6) y las mujeres participan con 6 (8.22%) entre los 25 - 29 y 35-39 años Sin embargo, otras dos ocupaciones destacan por su participación estas son: como archivistas en el caso de los hombres con un 19.51% (16) y jefes de oficinas en el caso de las mujeres con 17 (23.29%) .

De acuerdo a la edad de inicio del hábito tabáquico tanto en hombres como en mujeres el rango de 15 - 19 años resultó ser el más alto, con una participación del 57.32% (47) hombres y 46.58% (34) mujeres - ver gráfico 9

Entretanto, al realizar una división de este rubro por edad y sexo se pudo detectar lo siguiente: en hombres la edad de inicio de 10 a 14 se observó que los sujetos de entre los 20-24 y 35-39 años con 2 (2.44%) sujetos respectivamente iniciaron su hábito a esa edad, 12 (14.63%) sujetos entre los 25 y 29 años iniciaron su hábito tabáquico entre los 15 y los 19, para los sujetos que se iniciaron entre los 20 y los 24 la clase que destaca es la que cuenta con 30-34 años con 8 (9.76%), a la edad de inicio entre los 25 y 29 años el grupo con mayor ocurrencia fue entre los 35 y 39 con una participación de 2.44% (2), en el caso de la edad de inicio de 30 a 34 años se encontró que el grupo más significativo fue entre los rangos de 35-39 años con un porcentaje del 1.22% (1) y finalmente los que iniciaron su hábito tabáquico a una edad de 35 y más años se encontró que la mayor incidencia fue entre los sujetos de 45 a 49 años fue de 1.22% (1).-ver cuadro 9A

Mientras tanto, para el caso de las mujeres el inicio del hábito entre los 10 y 14 se observó las clases con mayor incidencia son: 20-24, 25-29 y 40-44 años con una ocurrencia del 12.2% es decir de un sujeto; sin embargo la edad de inicio entre los 15 y 19 años se encontró en el grupo de sujetos con 25-29 años con 9 sujetos (12.33%), para el caso de inicio de 20 a 24 años se encontró en sujetos entre los 30 y 34 años una incidencia del 10.96% (8 sujetos), las personas que empezaron a fumar a la edad de 25-29 años se encontró que la mayor frecuencia fue en sujetos de 45 a 49 años con 5.48% (4) para el caso de las mujeres que iniciaron entre los 30 y 34 años diremos que no se encontró registro alguno, sin embargo para las que empezaron a los 35 y más se observó que entre los 40-44 y 45-49 mostraron un 13.7% es decir una mujer respectivamente.- ver cuadro 9B.

A continuación, se procede a estudiar a los sujetos que consumen cigarrillos por jornada de trabajo, encontramos en las mujeres que la cantidad más significativa de fumadores es de 49.32% con un consumo de 1 a 5 cigarrillos por jornada; en tanto que en los hombres la cantidad más notable es del 34.15% con un consumo de 1 a 5 cigarrillos.-ver gráfica 10-

Posteriormente, se agrupó los datos por edad, sexo y consumo consiguiendo esto. para el caso de las mujeres que fuman esporádicamente se encontró que la mayor incidencia esta entre los 25 - 29 y 30-34 años con 6.85% (5 fumadores) respectivamente en cuanto al consumo de 1 a 5 cigarrillos se encontró con más frecuencia en mujeres de 25-29 años con 9 (12.33%), entre tanto para aquellas mujeres que fuman de 6 a 10 cigarrillos se observó que los grupos entre los 30-34 y 40-44 años lo hace con una frecuencia del 5.48% (4). Aunque, para el caso de las fumadoras que consumen entre 11 y 15 cigarrillos la principal incidencia se encontró en mujeres entre los 20-24 y 40-44 con una participación del 13.7% (1) en cada clase finalmente, el último grupo de esta clasificación es el consumo de cigarrillos de 20 y más, mostrando más incidencia entre los 35 y 39 años con 2.74% (2) - ver cuadro 10A-.

Empero, en los hombres se observó que los fumadores esporádicos con mayor ocurrencia 85.4% (7) cuentan con 20-24 años, mientras que para los que fuman de 1 a 5 cigarrillos la edad más notable es de 30-34 años con 10.98% (9), los hombres entre los 35-39 años que fuman de 6 a 10 cigarrillos participan con 7.32% (6) No obstante, para los hombres que fuman de 11 a 15 cigarrillos la mayor frecuencia se encuentra en sujetos entre los 30-34 y 40-44 años con 36.6% (3) en cada clase; y por último los sujetos que fuman 20 y más cigarrillos se vio que la edad más notable fue entre 15-19 y 35-39 años con 11.22% -ver cuadro 10B-.

Una última clasificación que se realizó fue ordenar a los fumadores por fumador ligero y pesado encontrando esto, las mujeres consideradas como fumadores ligeros fueron 68 es decir un 93.15% contra un 4.11% (3) considerados como pesados y en los hombres los fumadores ligeros sumaron 71 con un tanto por ciento de 86.59% y los pesados obtuvieron un 3.44% con 2 fumadores.-ver gráfica 11.-

Empero, para conocer cuales fueron los rangos más representativos en el presente rubro diremos que las mujeres denominadas como fumadoras ligeras el grupo entre 25-29 y 30-34 años fueron las más destacadas con un 20.55% con 15 fumadoras respectivamente, para las llamadas las fumadoras pesadas solo les correspondió un 2.74 (2) en mujeres con 35-39 años. En los hombres clasificados como fumadores ligeros el 18.29% (15) se observó entre 20-24 años, además se observó que solo 2 sujetos se clasificaron como fumadores pesados participando con un 1.22% (1) entre las edades de 15-19 y 35-39 -ver cuadro 11 -

La gráfica 12A nos muestra que el mayor consumo diario de cigarrillos fuera de su centro de trabajo en mujeres fue 1 a 5 cigarrillos con 39.73% y en hombres con 29.27% con un consumo de 1 a 5 cigarrillos

Al analizar este ítem tomando en consideración la edad, sexo y consumo se observó lo siguiente: para las mujeres que no fuman fue 5.48% (4) entre los 30 y 34 años, de 1 a 5 cigarrillos fueron 9 (12.33%) con edades entre los 25 y 29 años, de 6 a 10 cigarrillos con

49 59% (7) entre 40-44 años, de 11 a 15 cigarrillos fueron 4 (5 48%) con un rango de edad de 20-24 años, de 16 a 20 cigarros con 2 74% (2) cuya edades fluctúan entre los 20 y 24 años y para más de 20 cigarrillos con 0% -ver cuadro 12A -

Así pues en hombres se encontró que el 2 44% (2) en sujetos entre los 30 - 34 y los 35-39 años respectivamente no fuma, el 8 54% (7) fuma de 1 a 5 cigarrillos cuyas edades van de 20 a 24 años, de 6 a 10 cigarros con 4 88% (4) se vio que los sujetos entre 25 a 34 años consumen tal cantidad; con un consumo de 11-15 cigarros se observó que entre los 20-24, 30-34 y 35-39 años la mayor incidencia con 3.66% (3) en cada clase, para los que consumen de 16 a 20 cigarrillos se encontró más ocurrencia en sujetos entre los 25-29 y 35-39 años con 3.66% (3) cada uno y con 3.66% (3) con edades entre los 35-39 años para los sujetos que consumen más de 20 cigarros -ver cuadro 12B-.

En cuanto a la frecuencia de la presentación de síntomas al suprimir el cigarro en mujeres se encontró que el síntoma que mayormente presentan éstas es la ansiedad con un 26 03% y para el caso de los hombres la inquietud también fue la principal incidencia con 37.80%.- ver gráfica 13-.

A pesar de lo antes dicho, podemos argumentar que para las mujeres el grupo más notable al sentir la necesidad del cigarro fue entre 25-29 años con 5 48% (4), con 4.11% (3) para el grupo de mujeres entre 40-44 años que sienten irritación, frustración e ira; la ansiedad que sienten las fumadoras se refleja mayormente entre 25-29 años con 5 (6.85%); por otro lado la dificultad de concentración que sienten las mujeres entre los 25-29 y 35-39 años cuya participación fue de 2.74% (2); las mujeres entre los 30-34 años sufren de inquietud en un 8.22% (6); la incidencia al sentir que el corazón late más fuerte es del 0 00% (0); mientras que otras sufren de un aumento de apetito o de peso manifestándose en mayor medida en mujeres con edades de 20 a 24 años con un porcentaje de 5 48% (4); sin embargo existen fumadoras que presentan todos los síntomas antes mencionados mostrándose en mujeres con edades entre 20-24, 40-44 y 45-49 años con 1 (1 37%) cada una respectivamente.- ver cuadro 13A-

Contrariamente a lo que se encontró en las mujeres, los hombres mostraron que la necesidad de cigarro se presentó en gran medida en sujetos entre los 35-39 años con 7.32% (6), a su vez la irritación, frustración e ira se mostró sobresalientemente en fumadores con edades entre 35-39 con 3 (3.66%) sujetos, otro signo que se observó al suprimir el cigarro fue la ansiedad en sujetos entre los 30 y los 34 años en un tanto por ciento de 7.32% (6); la dificultad de concentración apareció en individuos entre los 20-24 y 30-34 años con un 2.44% (2), mientras que la inquietud se reflejó en mayor medida en fumadores con edades que van entre los 30 y 34 años 9.76% (8), empero el corazón late más fuerte en hombres entre las clases de 15-19, 25-29 y 45-49 con un 1.22% (1) sin embargo, éstos sí manifestaron aumento de apetito o de peso con una correspondencia de 5 (6.10%) hombres entre los 35 y 39 años; a pesar de lo antes dicho se presentó un grupo que presentaba todos los síntomas mencionados localizándose en las siguientes edades: 20-24, 25-29 y 40-44 años con 1.22% (1) respectivamente -ver cuadro 13B-

La gráfica 14 representa los motivos que inducen a fumar; disminuir el stress es uno de los factores en los que los hombres incurren con mayor frecuencia 53.66% (44) en tanto que los trabajos monótonos 54.79% (40) es uno de las causas más importantes que las mujeres toman para justificar su hábito tabáquico.

Sin embargo, es importante destacar lo siguiente: la carga de trabajo se reflejó en mayor proporción en hombres entre los 25-29 y 35-39 años en un 10.98% (9); mientras tanto disminuir el stress mostró su incidencia en sujetos con 35-39 años con un 10.98% (9), en tanto que para sujetos con edades entre los 30 y 34 años los trabajos monótonos es el factor primordial para fumar en un tanto por ciento de 13.41% (11 sujetos); por otro lado, el fumar algunos individuos - 40-44 años- lo justifican diciendo que es para disminuir el cansancio con una participación del 9.76% (8), pero algunos hombres cuyas edades van desde los 25 hasta los 44 años, argumentan que fuman para olvidar los problemas laborales consiguiendo una concurrencia del 4.88% (4) en cada clase -ver cuadro 14A-

Distinto a lo encontrado en los hombres, las mujeres explican su hábito tabáquico argumentando que la carga de trabajo se manifestó mayormente en mujeres de 30-34 años en un tanto por ciento de 12 33% (9), fumadoras entre los 25-29 y 30-34 años fuman para disminuir el stress producido por el trabajo en un porcentaje del 12 33% (9) respectivamente, los trabajos monótonos son otra razón por la que las mujeres entre los 35-39 años fuman obteniendo un 13 70% (10); para disminuir el cansancio las mujeres entre 25-29 y 40-44 años fuman las cuales tienen una concurrencia del 9.59% (7) y por último las fumadoras entre los 30 y los 34 años cuya participación es del 6 85% (5) manifiestan que fuman para olvidar los problemas laborales -ver cuadro 14B-.

El efecto del tabaquismo en el mejoramiento del rendimiento de los sujetos fumadores lo podemos ver en la gráfica 15, en la cual es posible observar que un 26.03% (19) de las mujeres fumadoras siente algún efecto en su rendimiento y el 73.97% (54) no sienten ningún efecto, en cuanto a los hombres en un 25.61% (21) si tienen efectos en tanto que el 74 39% (61) no sienten algún efecto en cuanto a su rendimiento, es decir, al igual que las mujeres, ambos en su mayoría no presentaron algún efecto en su nivel de producción

Empero, es importante recalcar la participación de los sujetos por edad; para las fumadoras que sintieron algún efecto del tabaquismo en el mejoramiento de su rendimiento, las edades que más destacaron fluctúan entre los 40-44 años 8 22% (6), entre los 30 a 34 años con una incidencia del 19 18% (14) estas mujeres no sintieron ninguna mejoría, en los hombres entre los 35-39 años si presentaron alguna mejoría en su nivel de producción participando con un 7.32% (6) y finalmente en un 18.29% (15) entre los 20 y 24 años no manifestaron ningún cambio en su trabajo.-ver cuadro 15-.

Entretanto, las circunstancias en las cuales los trabajadores fuman, un 43.84% (32) de mujeres menciona que trabajando es cuando fuman con mayor frecuencia, por el contrario, los hombres en un 37.80%(31) fuman en sus períodos de descanso -ver gráfica 16-.

Si observamos el cuadro 16A las circunstancias por las cuales los trabajadores hombres fuman encontramos que al iniciar la jornada laboral los sujetos entre los 25 y 39 años 3 66% (3) tienden a fumar más. Empero, los sujetos entre los 30 y 34 años 4.88% (4) tienden a fumar más al terminar la jornada, los fumadores entre los 30-34 y 45-49 1 22% (1) prefieren hacerlo en juntas. los hombres entre los 25-29 años 7 32% (6) eligieron fumar durante el trabajo, mientras que entre los 35 y los 39 años 2.44% (2) prefieren fumar tomando café. Por otro lado durante el periodo de descanso la tendencia fue para los individuos entre los 20- 24 y 30-34 años con un porcentaje del 8.54% (7). Pese a lo antes expuesto, se presentó un grupo entre los 35 y 39 años que presentaron todas las anteriores en un tanto por ciento de 7.32% (6)

En cuanto a las mujeres se encontró similitudes entre los ítems y las clases, es decir, las mujeres entre los 25-29 y 40-44 años 5.48% (4) prefieren fumar al iniciar la jornada de trabajo, en tanto que las fumadoras entre los 25-29 y 45-49 años 1 37% (1) lo prefieren hacer al terminar la jornada, en juntas las mujeres entre los 25-29 y 30-34 años eligen hacerlo sobre otros momentos, en un 1 37% (1), el 12.33% (9) de mujeres entre los 25 y los 29 años prefieren fumar cuando están trabajando, empero, otras proponen que tomando café es otra de las circunstancias por las cuales fuman mujeres entre los 40-44 años en un porcentaje del 6.85% (5) mientras que los periodos de descanso los eligen mujeres cuyas edades fluctúan entre los 25-29 y los 35-39 años en un tanto por ciento del 8.22% (6) sin embargo, se presentó un grupo que manifestó todas las anteriores en fumadores entre los 20-24 años en un 5 48% (4).- ver cuadro 16B -

La gráfica 17 nos muestra que cuando en un centro de trabajo se prohíbe fumar los sujetos tienden a comportarse de diversas formas como incrementar el consumo de cigarro o disminuir, en esta gráfica nos permite observar lo siguiente: en hombres que incrementaron la frecuencia de fumar fue en un 19.51% (16), hombres que no incrementaron su hábito tabáquico fue de 80.99% (66) muy superior a los anteriores, para el caso de las mujeres la tendencia fue similar esto es el 21 92% (16) aumentaron su frecuencia del fumar y el 78.08% (57) no aumentaron su frecuencia.

Sin embargo, la tendencia tanto hombres como mujeres que fumaron con más frecuencia se encontró en sujetos entre los 25-29 y 30-34 años fue similar en un 4.88% (4) en cada una de las clases, mientras que los que no fuman se reflejó en sujetos hombres con edades entre los 20-24 años en un porcentaje del 17.07% (14) y en las mujeres de 25-29 años con un 16.44% (12) -ver cuadro 17.-

Por otro lado, diremos que todas las variables (ver cuadro 18A, 18B, 18C, 18D, 18E) fueron sometidas a una prueba "t" para grupos independientes con $p < 0.05$.; las variables que obtuvieron una $p < 0.05$ fueron las siguientes:

Escolaridad-hombres: Secundaria y bachillerato.

Consumo de cigarrillos por jornada-hombres: Esporádicamente, de 1 a 5, de 6 a 10, de 11 a 15.

Consumo de cigarrillos fuera de su centro de trabajo-mujeres: de 11 a 15.

Consumo de cigarrillos fuera de su centro de trabajo - mujeres: De 11 a 15.

Presentación de síntomas al dejar el cigarro-mujeres: Inquietud

Motivos que inducen a fumar-hombres: Trabajos monótonos

Efecto del tabaquismo en el mejoramiento del rendimiento Mujeres (si)

Efecto del tabaquismo en el mejoramiento del rendimiento: Mujeres (si)

Circunstancias en las cuales los trabajadores fuman-hombres: Todas las anteriores - al iniciar la jornada, al terminar la jornada, en juntas, trabajando, tomando café y en periodos de descanso-

Cuando en su centro de trabajo le prohíben fumar ¿Fuma con más frecuencia?:

Mujeres (no)

Tipo de molestias ocasionadas por la inhalación del humo-hombres: dolor de cabeza , molestias en la nariz.

Distribución por ocupación de los fumadores - hombres : Archivo y analista.

Estas variables mostraron que la mayoría de los sujetos fumadores se encuentran en un nivel de educación medio - secundaria y bachillerato- estos generalmente tienden ha

consumir cigarros en diversos grados, los cuales van desde esporádicamente hasta 15 cigarrillos, empero, este consumo lo realizan en diferentes momentos, al iniciar la jornada, al terminar la jornada, en juntas, trabajando, tomando café y en periodos de descanso incluso fuera de su centro de trabajo, inducidos por el tipo de trabajo que es monótono, otros argumentan que lo hacen porque sienten que incrementan su nivel de productividad tal es el caso de los archivistas y analistas. Algunos individuos no incrementan su hábito tabáquico cuando se le prohíbe fumar en su centro sin embargo algunos de estos sujetos presentan síntomas al dejar de fumar principalmente inquietud, otros presentan molestias ocasionadas por la inhalación del humo como dolor de cabeza y molestias en la nariz

Por otro lado, al revisar nuestros resultados se observó que la incidencia de los fumadores en las variables de estudio fueron muy similares en ambos sexos. Por eso, es importante destacar que las variables que presentaron una $p < 0.05$, provienen mayormente del sexo masculino y solo dos del femenino. Sin embargo, en términos generales nos permite conocer algunos de los elementos que hacen posible la incidencia del tabaquismo en trabajadores de la clínica Chapultepec

CUADRO 1

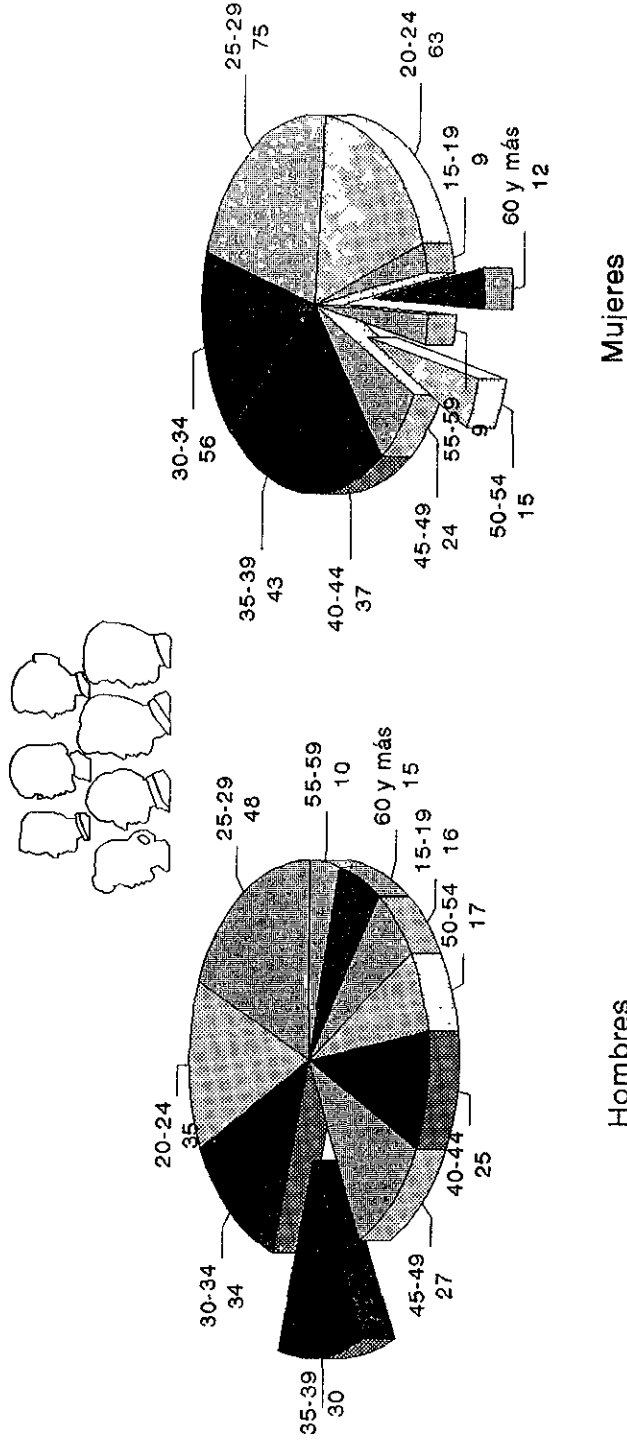
Población total distribuida por edad y sexo

Edad	Mujeres		Hombres	
	Nº	%	Nº	%
15-19	9	1,50%	16	2,67%
20-24	63	10,50%	35	5,83%
25-29	75	12,50%	48	8,00%
30-34	56	9,33%	34	5,67%
35-39	43	7,17%	30	5,00%
40-44	37	6,17%	25	4,17%
45-49	24	4,00%	27	4,50%
50-54	15	2,50%	17	2,83%
55-59	9	1,50%	10	1,67%
60 y más	12	2,00%	15	2,50%
TOTAL	343	57,17%	257	42,83%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995

Gráfica 1

Población total distribuida por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.
 Nota: Los valores que se muestran son valores absolutos

CUADRO 2A

Búsqueda de los sujetos fumadores y no fumadores en trabajadores hombres

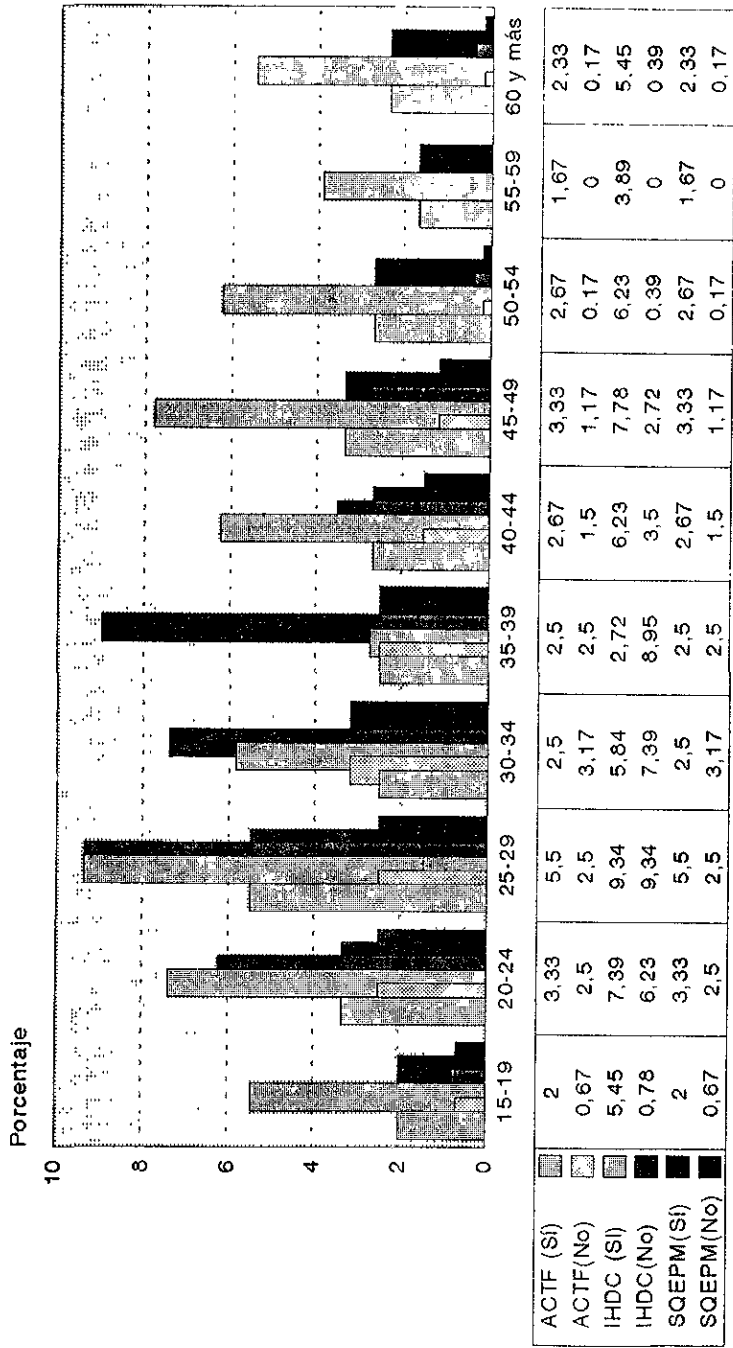
Edad	¿Alguno de sus compañeros de trabajo fuma?		¿Inhala el humo de su compañero?		¿Siente que esto le produce molestias?	
	(si)	(No)	(si)	(No)	(si)	(No)
15-19	12	0	12	0	9	3
20-24	15	5	16	4	17	3
25-29	33	0	31	2	29	4
30-34	15	0	13	2	12	3
35-39	15	0	13	2	14	1
40-44	16	0	16	0	15	1
45-49	15	5	18	2	19	1
50-54	16	0	14	2	15	1
55-59	10	0	10	0	10	0
60 y más	14	0	14	0	13	1
TOTAL	161	10	157	14	153	18

Edad	¿Alguno de sus compañeros de trabajo fuma?		¿Inhala el humo de su compañero?		¿Siente que esto le produce molestias?	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	12	4,67%	12	4,67%	9	3,50%
20-24	15	5,84%	16	6,23%	17	6,61%
25-29	33	12,84%	31	12,06%	29	11,28%
30-34	15	5,84%	13	5,06%	12	4,67%
35-39	15	5,84%	13	5,06%	14	5,45%
40-44	16	6,23%	16	6,23%	15	5,84%
45-49	15	5,84%	18	7,00%	19	7,39%
50-54	16	6,23%	14	5,45%	15	5,84%
55-59	10	3,89%	10	3,89%	10	3,89%
60 y más	14	5,45%	14	5,45%	13	5,06%
TOTAL	161	62,65%	157	61,09%	153	59,53%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995

Gráfica 2A

Úsqueda de los sujetos fumadores y no fumadores en trabajadores hombres



Edad

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en la clín. Chapult. 1995
 ACTF = ¿Alguno de sus compañeros de trabajo fuma?; IHDC = ¿Inhala el humo de su compañero
 SQEPM = ¿Siente que esto le produce molestias?

CUADRO 2B

Búsqueda de los sujetos fumadores y no fumadores en trabajadores mujeres

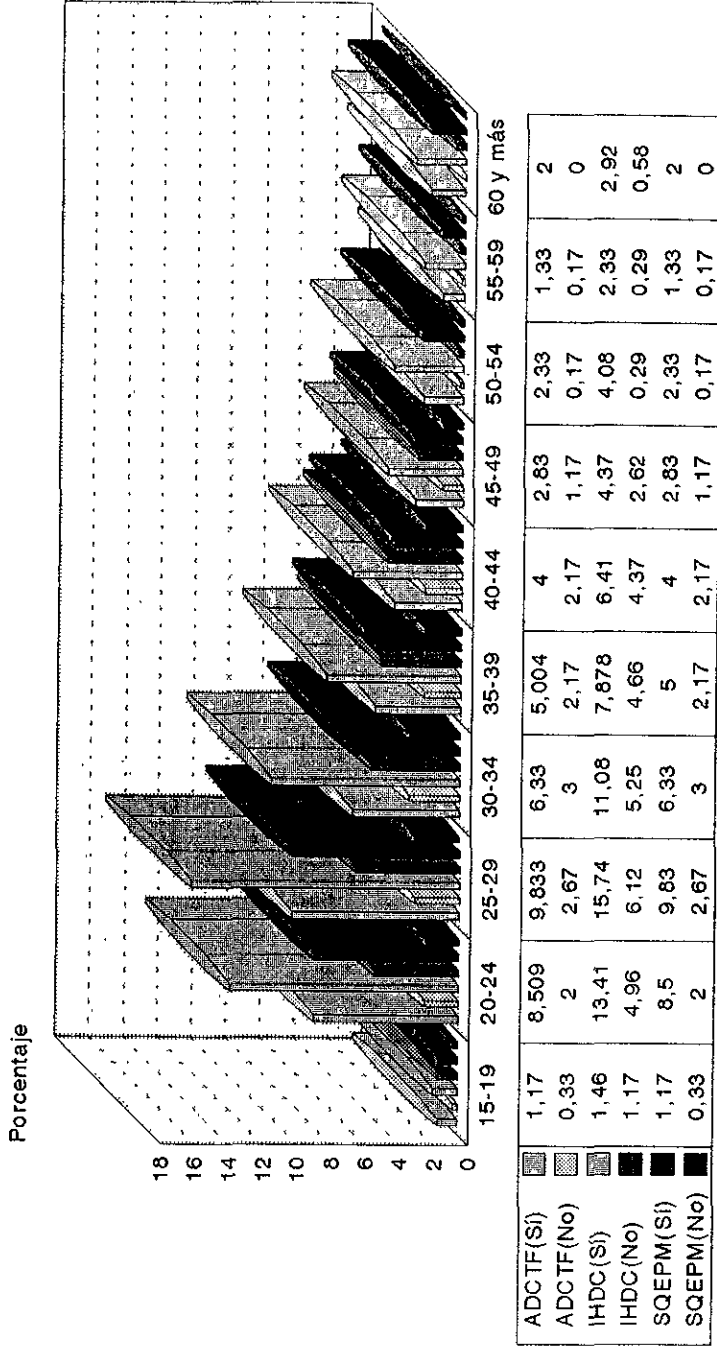
Edad	?Alguno de sus compañeros de trabajo fuma?		?Inhala el humo de su compañero?		?Siente que esto le produce molestias?	
	(si)	(No)	(si)	(No)	(si)	(No)
15-19	7	2,04%	0	0,00%	5	1,46%
20-24	49	14,29%	2	0,58%	46	13,41%
25-29	56	16,33%	3	0,87%	54	15,74%
30-34	36	10,50%	2	0,58%	38	11,08%
35-39	30	8,75%	0	0,00%	27	7,87%
40-44	22	6,41%	2	0,58%	22	6,41%
45-49	17	4,96%	0	0,00%	15	4,37%
50-54	14	4,08%	0	0,00%	14	4,08%
55-59	8	2,33%	0	0,00%	8	2,33%
60 y más	12	3,50%	0	0,00%	10	2,92%
TOTAL	251	73,18%	9	2,62%	239	69,68%

	Nº		%		Nº		%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	6	1,75%	2	0,58%	6	1,75%	1	0,29%
20-24	37	10,79%	5	1,46%	37	10,79%	14	4,08%
25-29	49	14,29%	5	1,46%	49	14,29%	10	2,92%
30-34	38	11,08%	0	0,00%	38	11,08%	0	0,00%
35-39	24	7,00%	3	0,87%	24	7,00%	6	1,75%
40-44	18	5,25%	2	0,58%	18	5,25%	6	1,75%
45-49	13	3,79%	2	0,58%	13	3,79%	4	1,17%
50-54	14	4,08%	0	0,00%	14	4,08%	0	0,00%
55-59	8	2,33%	0	0,00%	8	2,33%	0	0,00%
60 y más	11	3,21%	2	0,58%	11	3,21%	1	0,29%
TOTAL	218	63,56%	21	6,12%	218	63,56%	42	12,24%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 2B

Búsqueda de los sujetos fumadores y no fumadores en trabajadores mujeres

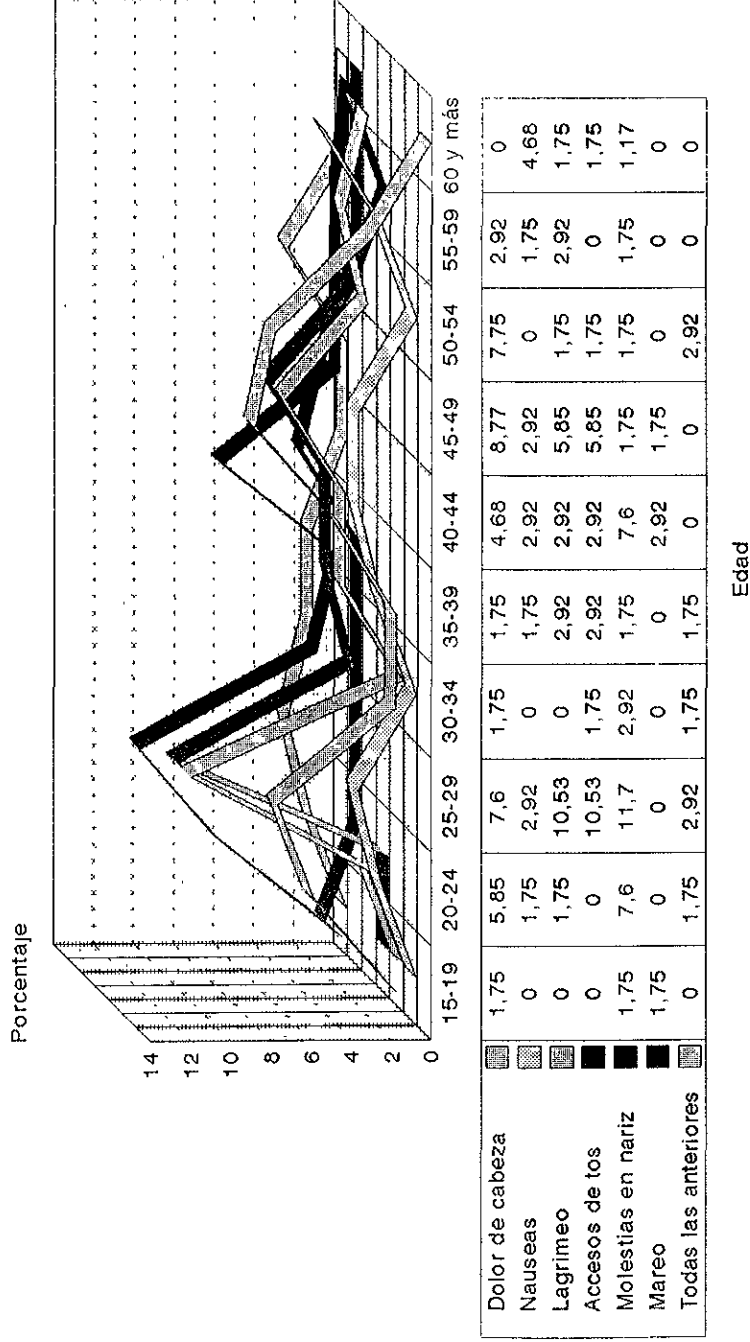


Edad

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en la clín. Chapult. 1995
 ADCTF = ¿Alguno de sus compañeros de trabajo fuma?; IHDC = ¿Inhala el humo de su compañero?
 SQEPM = ¿Siente que esto le produce molestias?

Gráfica 3A

Tipo de molestias ocasionadas por la inhalación del humo en hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995

CUADRO 3B

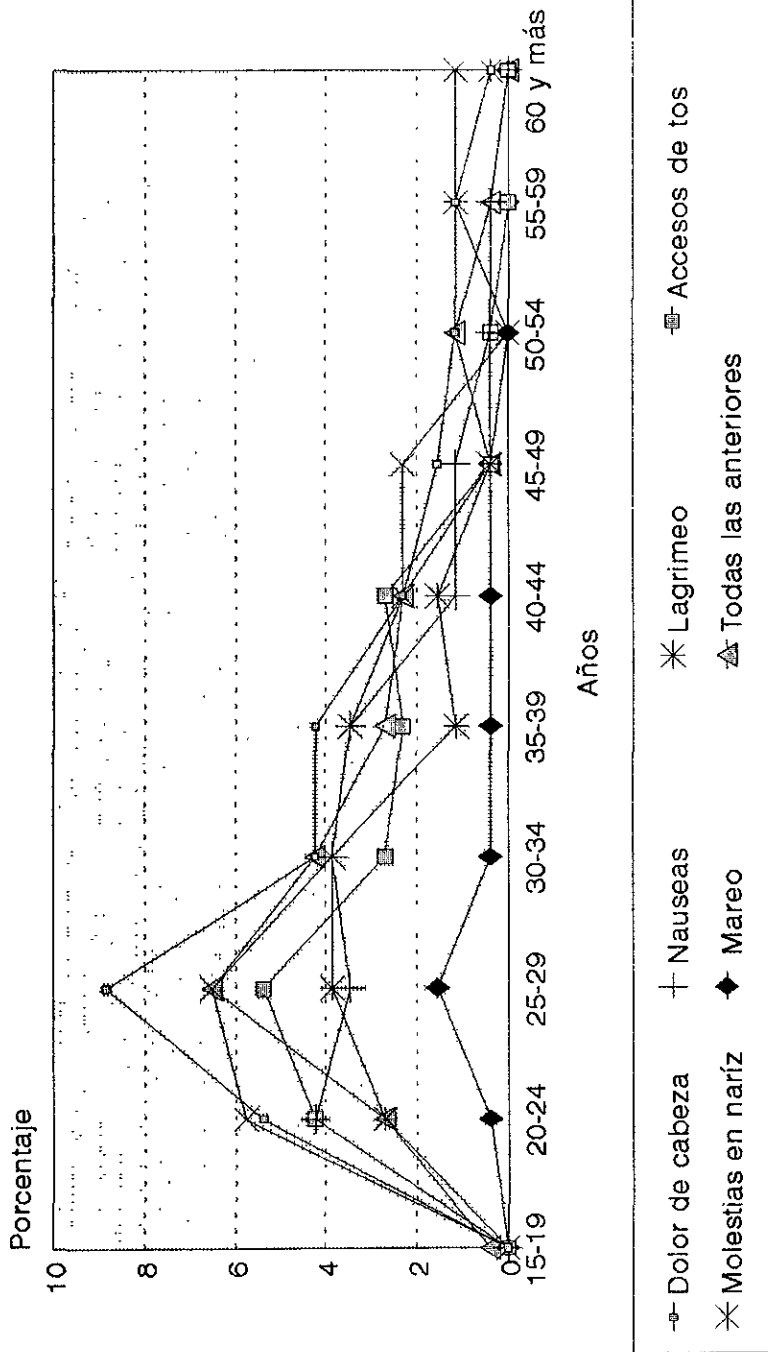
Tipo de molestias ocasionadas por la inhalación del humo en mujeres no fumadoras

Edad	Todas las antenores					Todas las antenores						
	Dolor de cabeza	Nauseas	Lagrimeo	Accesos de tos	Molestias en nariz	Mareo	Dolor de cabeza	Nauseas	Lagrimeo	Accesos de tos	Molestias en nariz	Mareo
15-19	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
20-24	14	11	7	11	15	1	5,38%	4,23%	2,69%	4,23%	5,77%	0,38%
25-28	23	9	10	14	17	4	8,85%	3,46%	3,85%	5,38%	6,54%	1,54%
30-34	11	10	10	7	10	1	4,23%	3,85%	3,85%	2,69%	3,85%	0,38%
35-39	11	9	3	6	9	1	4,23%	3,46%	1,15%	2,31%	3,46%	0,38%
40-44	6	3	4	7	6	1	2,31%	1,15%	1,54%	2,69%	2,31%	0,38%
45-49	4	3	1	1	6	1	1,54%	1,15%	0,38%	0,38%	2,31%	0,38%
50-54	3	1	0	1	0	0	1,15%	0,38%	0,00%	0,38%	0,00%	0,00%
55-59	3	1	3	0	3	0	1,15%	0,38%	1,15%	0,00%	1,15%	0,00%
60 y más	1	0	1	0	3	0	0,38%	0,00%	0,38%	0,00%	1,15%	0,00%
TOTAL	76	47	39	47	69	9	29,23%	18,08%	15,00%	18,08%	26,54%	3,46%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

+Gráfica 3B

Tipos de molestias ocasionadas por la inhalación del humo en mujeres



Fuente: Elaboración propia de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 4

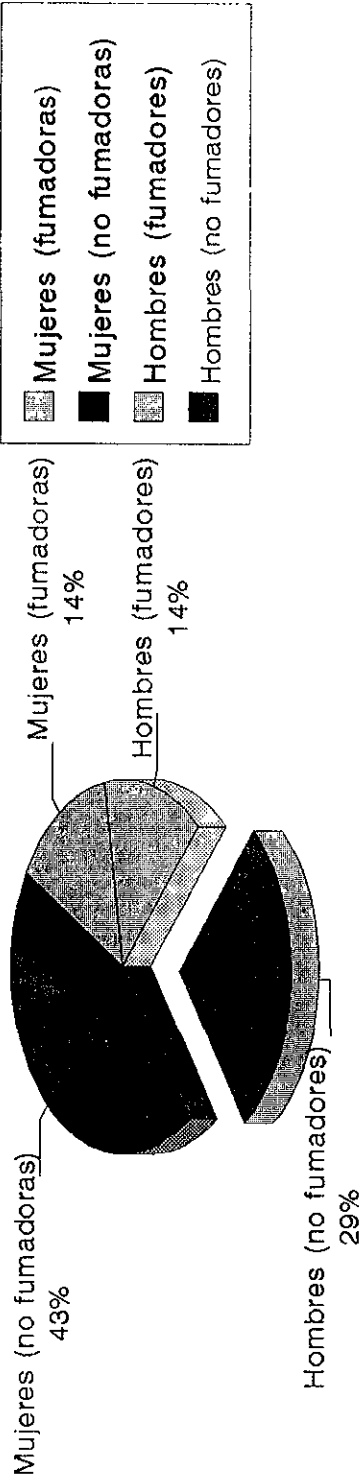
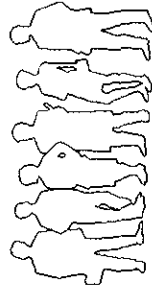
Distribución de la población por edad, sexo, fumador y no fumador

Edad	Mujeres (fumadoras)		Mujeres (no fumadoras)		Hombres (fumadores)		Hombres (no fumadores)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	2	0,33%	7	1,17%	4	0,67%	12	2,00%
20-24	12	2,00%	51	8,50%	15	2,50%	20	3,33%
25-29	16	2,67%	59	9,83%	15	2,50%	33	5,50%
30-34	18	3,00%	38	6,33%	19	3,17%	15	2,50%
35-39	13	2,17%	30	5,00%	15	2,50%	15	2,50%
40-44	13	2,17%	24	4,00%	9	1,50%	16	2,67%
45-49	7	1,17%	17	2,83%	7	1,17%	20	3,33%
50-54	1	0,17%	14	2,33%	1	0,17%	16	2,67%
55-59	1	0,17%	8	1,33%	0	0,00%	10	1,67%
60 y más	0	0,00%	12	2,00%	1	0,17%	14	2,33%
TOTAL	83	13,85%	260	43,32%	86	14,35%	171	28,50%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 4A

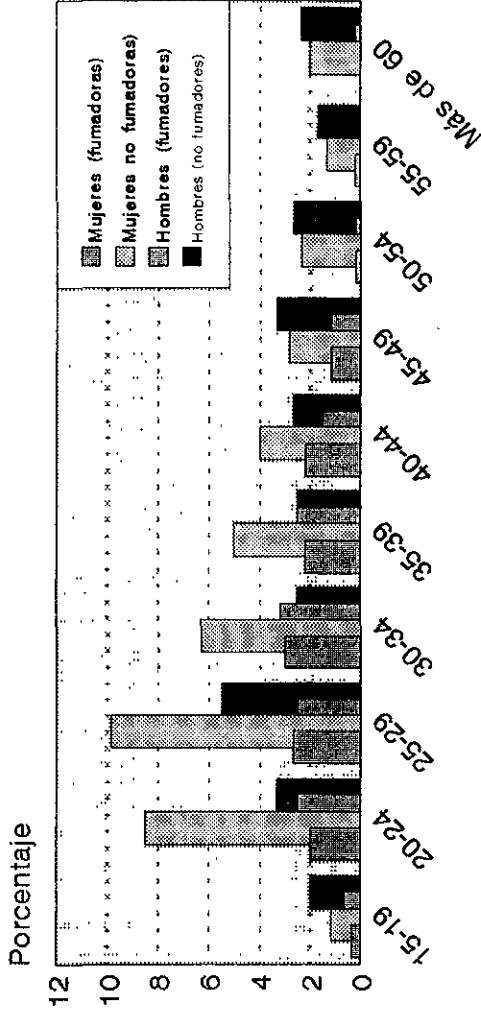
Distribución de la población trabajadora por sexo, fumador y no fumador



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 4B

Distribución de la población trabajadora por edad, sexo, fumador y no fumador



	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	Más de 60
Mujeres (fumadoras)	0,33	2	2,67	3	2,17	2,17	1,17	0,17	0,17	0
Mujeres (no fumadoras)	1,17	8,5	9,83	6,33	5	4	2,83	2,33	1,33	2
Hombres (fumadores)	0,67	2,5	2,5	3,17	2,5	1,5	1,17	0,17	0	0,17
Hombres (no fumadores)	2	3,33	5,5	2,5	2,5	2,67	3,33	2,67	1,67	2,33

Edad

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995

CUADRO 5

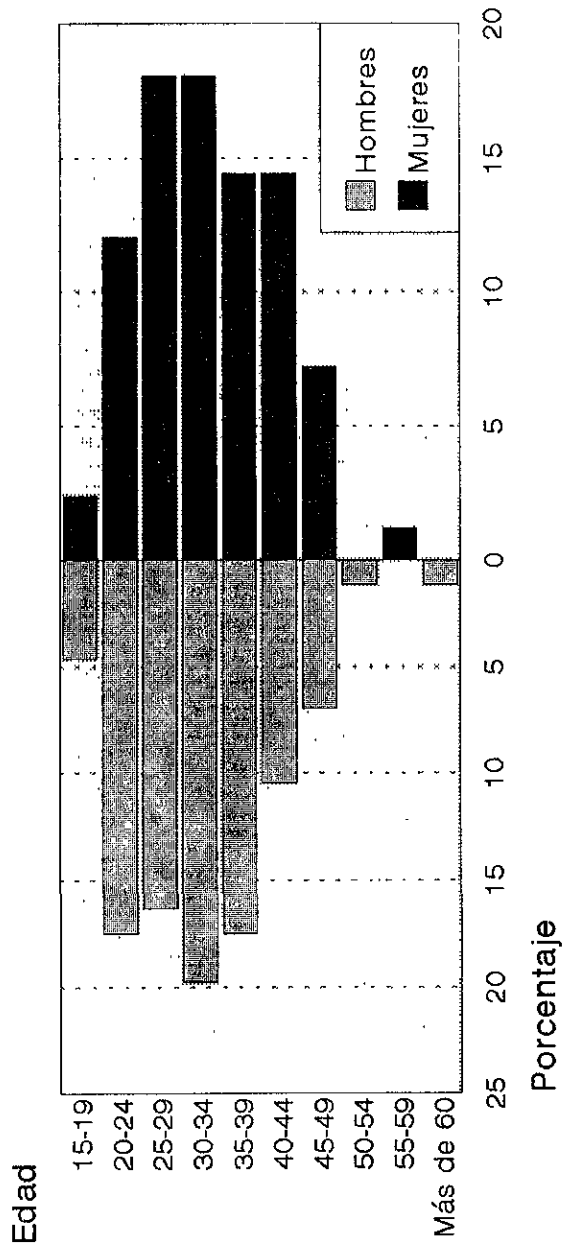
Sujetos que fuman en su centro de trabajo

Edad	Mujeres (sí)		Mujeres (no)		Hombres (sí)		Hombres (no)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	2	2,41%	0	0,00%	4	4,65%	0	0,00%
20-24	10	12,05%	2	2,41%	15	17,44%	0	0,00%
25-29	15	18,07%	1	1,20%	14	16,28%	1	1,16%
30-34	15	18,07%	3	3,61%	17	19,77%	2	2,33%
35-39	12	14,46%	1	1,20%	15	17,44%	0	0,00%
40-44	12	14,46%	1	1,20%	9	10,47%	0	0,00%
45-49	6	7,23%	1	1,20%	6	6,98%	1	1,16%
50-54	0	0,00%	1	1,20%	1	1,16%	0	0,00%
55-59	1	1,20%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	0	0,00%	1	1,16%	0	0,00%
TOTAL	73	87,95%	10	12,05%	82	95,35%	4	4,65%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 5A

Distribución de la población fumadora en su centro de trabajo por edad y sexo

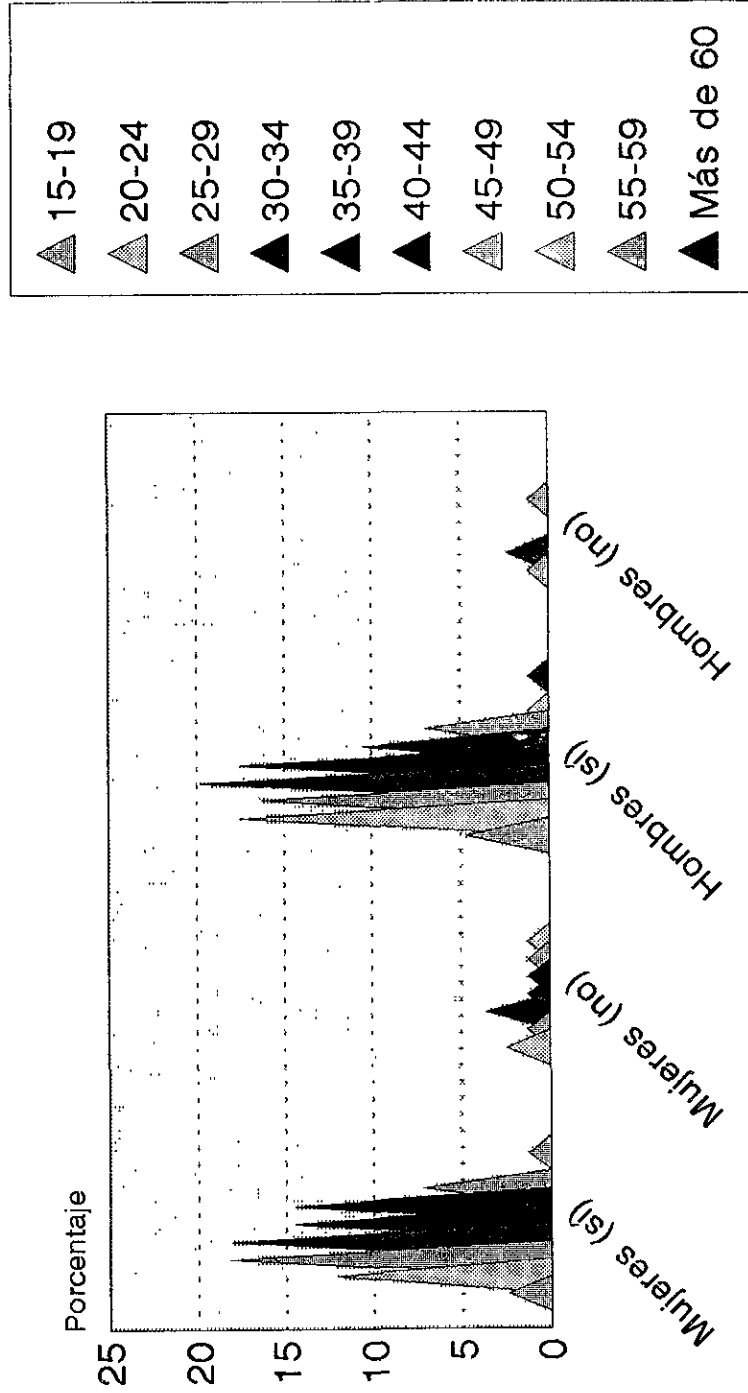


	4,65	17,44	16,28	19,77	17,44	10,47	6,98	1,16	0	1,16
Hombres	2,41	12,05	18,07	18,07	14,46	14,46	7,23	0	1,2	0
Mujeres										

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes Clínica Chapultepec) 1995.

Gráfica 5B

Sujetos fumadores y no fumadores en su centro de trabajo por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 6A

Distribución de fumadores hombres por estado civil

Edad	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Unión libre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	3	3,66%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20-24	14	17,07%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
25-29	5	6,10%	6	7,32%	1	1,22%	0	0,00%	2	2,44%
30-34	5	6,10%	11	13,41%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%
35-39	3	3,66%	9	10,98%	3	3,66%	0	0,00%	0	0,00%
40-44	2	2,44%	5	6,10%	2	2,44%	0	0,00%	0	0,00%
45-59	0	0,00%	6	7,32%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
50-54	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%
55-59	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	32	39,02%	40	48,78%	6	7,32%	1	1,22%	3	3,66%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 6B

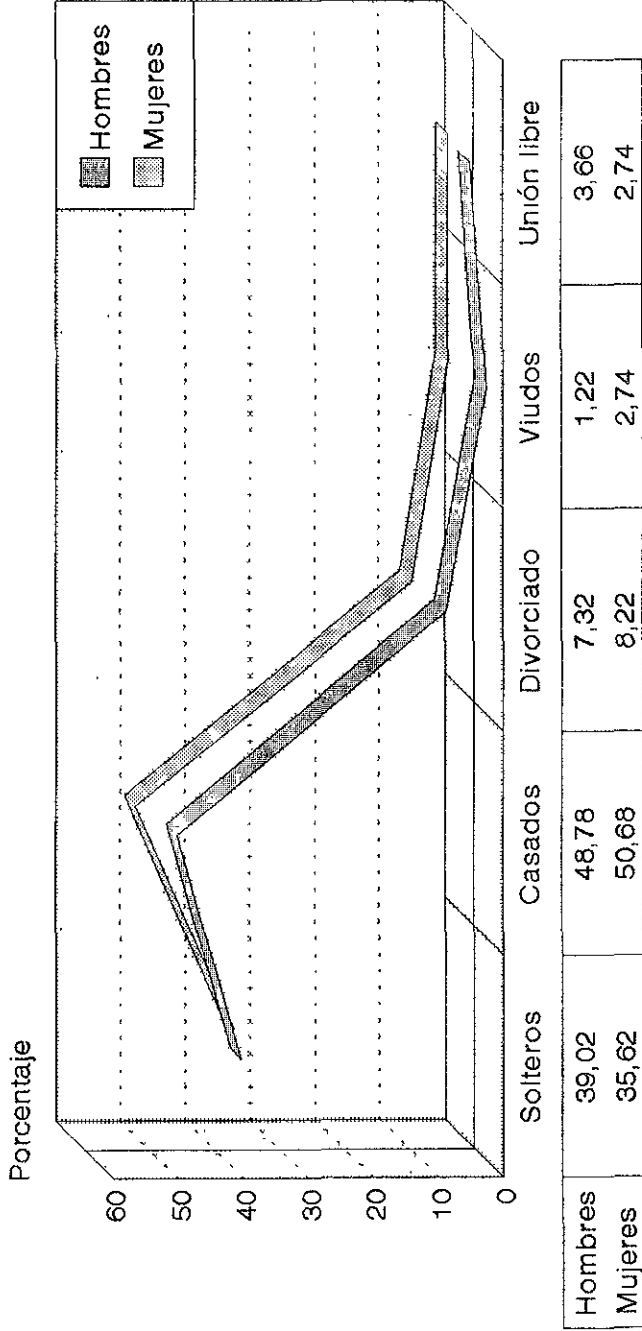
Distribución de los fumadores mujeres por estado civil

Edad	Soltera		Casada		Divorciada		Viuda		Unión libre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	2	2,74%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20-24	6	8,22%	3	4,11%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,37%
25-29	9	12,33%	6	8,22%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
30-34	2	2,74%	11	15,07%	1	1,37%	0	0,00%	1	1,37%
35-39	5	6,85%	6	8,22%	0	0,00%	1	1,37%	0	0,00%
40-44	1	1,37%	7	9,59%	4	5,48%	0	0,00%	0	0,00%
45-49	0	0,00%	4	5,48%	1	1,37%	1	1,37%	0	0,00%
50-54	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
55-59	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	26	35,62%	37	50,68%	6	8,22%	2	2,74%	2	2,74%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo a aplicada en el clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 6

Distribución de fumadores por estado civil y sexo



Estado civil

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 7A

Distribución por escolaridad de los hombres fumadores

Primaria		Secundaria		Carrera Universitaria		Carrera Técnica		Diplomados		Extramuros		
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
15-19	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%	1	1,22%	1	1,22%	1	1,22%
20-24	0	0,00%	2	2,44%	0	0,00%	0	0,00%	8	9,76%	5	6,10%
25-29	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	3,66%	6	7,32%	5	6,10%
30-34	1	1,22%	2	2,44%	1	1,22%	5	6,10%	1	1,22%	7	8,54%
35-39	0	0,00%	1	1,22%	1	1,22%	2	2,44%	4	4,88%	7	8,54%
40-44	0	0,00%	1	1,22%	1	1,22%	1	1,22%	5	6,10%	2	2,44%
45-49	0	0,00%	1	1,22%	2	2,44%	0	0,00%	0	0,00%	2	2,44%
50-54	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
55-59	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%
TOTAL	1	1,22%	8	9,76%	6	7,32%	12	14,63%	26	31,71%	29	35,37%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec) 1995.

CUADRO 7B

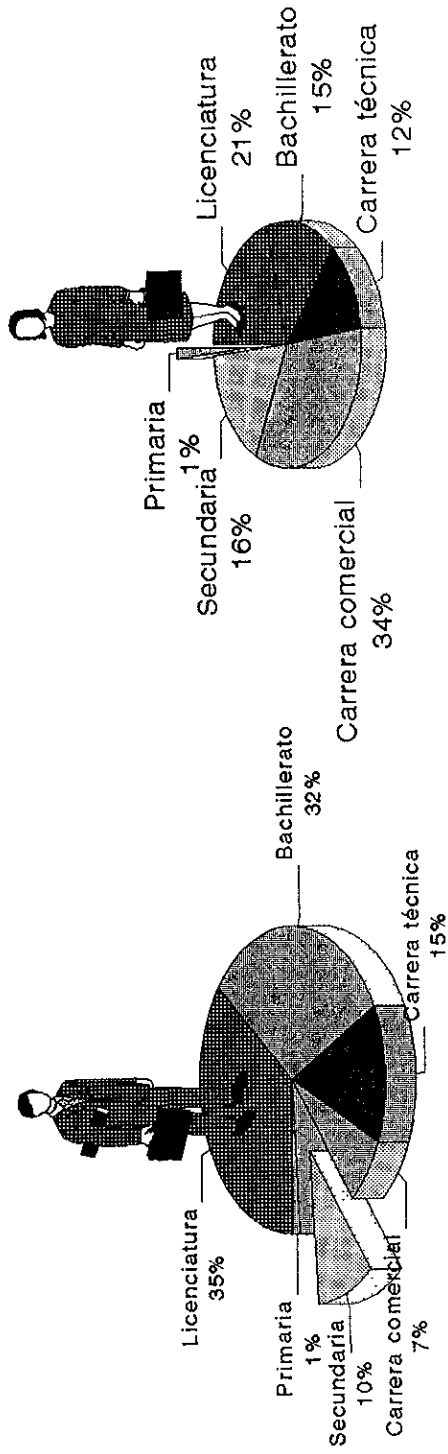
Distribución por escolaridad de las mujeres fumadoras

Edad	Primaria		Secundaria		Carrera comercial		Carrera técnica		Bachillerato		Licenciatura	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	0	0,00%	1	1,37%	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20-24	0	0,00%	1	1,37%	3	4,11%	2	2,74%	2	2,74%	2	2,74%
25-29	0	0,00%	3	4,11%	5	6,85%	2	2,74%	3	4,11%	2	2,74%
30-34	1	1,37%	0	0,00%	4	5,48%	4	5,48%	1	1,37%	5	6,85%
35-39	0	0,00%	2	2,74%	2	2,74%	1	1,37%	3	4,11%	4	5,48%
40-44	0	0,00%	3	4,11%	6	8,22%	0	0,00%	1	1,37%	2	2,74%
45-49	0	0,00%	2	2,74%	3	4,11%	0	0,00%	1	1,37%	0	0,00%
50-54	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
55-59	0	0,00%	0	0,00%	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	1	1,37%	12	16,44%	25	34,25%	9	12,33%	11	15,07%	15	20,55%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 7

Distribución de los fumadores por escolaridad y sexo



Mujeres

Hombres

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre el Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 8A
Distribución por ocupación de los hombres fumadores

Edad	Archivo	Jefe de oficina	Auxiliar de archivo	Analista	Administrativo	Gestor	Dibujo y diseño	Control de asistencia	Programador	Intendencia	Analista de sistemas	Analista de catálogo	Abogado	Mecanógrafo	Capurista	Analista técnico	Control de sistemas	Jefe de mesa	Analista especializado	Servicio social
15-19	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20-24	5	2	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-29	4	1	3	3	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-34	2	3	0	1	4	1	0	0	2	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
35-39	1	3	0	2	5	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0
40-44	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0
45-49	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
50-54	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55-59	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60 y más	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	16	11	2	8	22	2	1	2	3	1	2	1	1	2	1	3	0	0	0	1

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec) 1995

CUADRO 8A
Distribución por ocupación de los hombres fumadores

Edad	Archivo	Jefe de oficina	Auxiliar de archivo	Analista	Administrativo	Gestor	Dibujo y diseño	Control de asistencia	Programador	Intendencia	Analista de sistemas	Analista de catálogo	Abogado	Mecanógrafo	Capurista	Analista técnico	Control de sistemas	Jefe de mesa	Analista especializado	Servicio social
15-19	1.22%	1.22%	1.22%	1.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
20-24	6.10%	2.44%	0.00%	0.00%	7.32%	1.22%	1.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.22%
25-29	4.88%	1.22%	1.22%	3.66%	0.00%	1.22%	1.22%	1.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
30-34	2.44%	3.66%	0.00%	1.22%	4.88%	1.22%	0.00%	0.00%	2.44%	1.22%	2.44%	0.00%	0.00%	1.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
35-39	1.22%	3.66%	0.00%	2.44%	6.10%	0.00%	0.00%	0.00%	1.22%	0.00%	0.00%	1.22%	1.22%	1.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
40-44	1.22%	0.00%	0.00%	0.00%	3.66%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.22%	1.22%	1.22%	1.22%	0.00%	0.00%
45-49	2.44%	0.00%	0.00%	1.22%	1.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	2.44%	1.22%	1.22%	0.00%	0.00%
50-54	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
55-59	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
60 y más	0.00%	1.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
TOTAL	19.51%	13.41%	2.44%	9.15%	26.93%	2.44%	1.22%	2.44%	3.66%	1.22%	2.44%	1.22%	1.22%	2.44%	1.22%	3.66%	1.22%	1.22%	1.22%	1.22%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec) 1995

CUADRO 8B

Distribución por ocupación de las mujeres fumadoras

Edad	Activo	Fecha de encuesta	Mujer de alto	Ampliada	Administrativa	Conductor	Chilino y casero	Control de asistencia	Programadora	Asistente	Análisis de sistemas	Análisis de código	Apoyada	Mecánica	Capitular	Análisis técnico	Control de sistemas	Más de una	Analista especializada	Servicio Social	
15-19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20-24	1	3	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
25-29	1	2	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0
30-34	1	6	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	3	1	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
40-44	2	2	0	2	4	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
45-49	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
50-54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
60 y más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	8	17	2	7	22	0	0	0	0	1	0	0	1	12	0	1	0	0	0	2	0

Número de fumadoras

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995

CUADRO 8B

Distribución por ocupación de las mujeres fumadoras

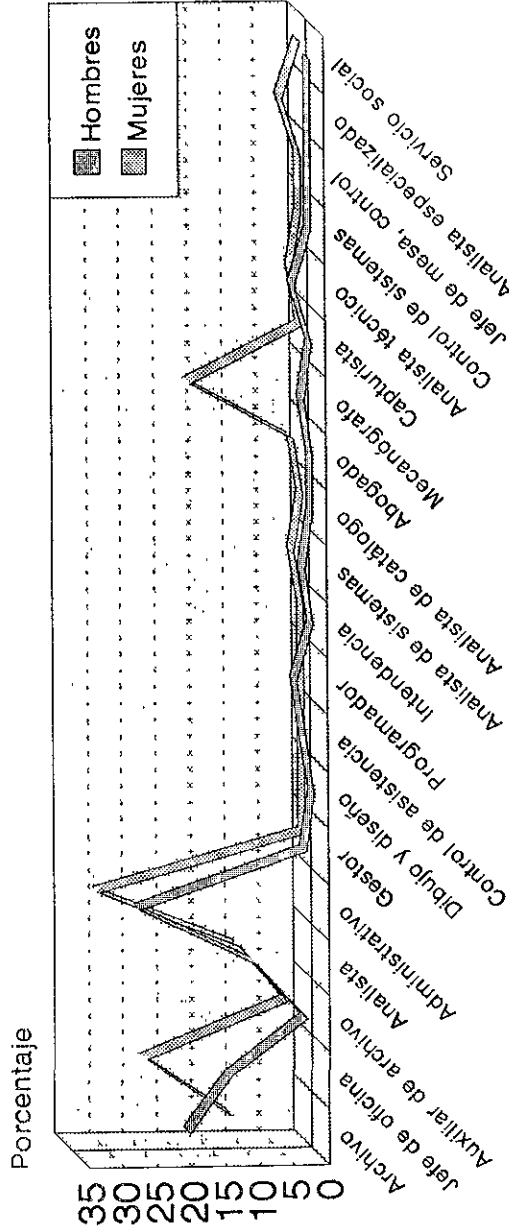
Edad	Activo	Fecha de encuesta	Mujer de alto	Ampliada	Administrativa	Conductor	Chilino y casero	Control de asistencia	Programadora	Asistente	Análisis de sistemas	Análisis de código	Apoyada	Mecánica	Capitular	Análisis técnico	Control de sistemas	Más de una	Analista especializada	Servicio Social	
15-19	1.37%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.37%	0.00%
20-24	1.37%	4.11%	0.00%	1.37%	2.74%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	4.11%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
25-29	1.37%	2.74%	1.37%	1.37%	8.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	2.74%	0.00%	1.37%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
30-34	1.37%	8.22%	0.00%	1.37%	4.11%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.37%	4.11%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
35-39	0.00%	4.11%	1.37%	2.74%	8.22%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
40-44	2.74%	2.74%	0.00%	2.74%	5.48%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.37%	0.00%	0.00%	1.37%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
45-49	2.74%	1.37%	0.00%	0.00%	1.37%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	2.74%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
50-54	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
55-59	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
60 y más	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
TOTAL	10.96%	23.29%	2.74%	9.59%	30.14%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.37%	0.00%	1.37%	16.44%	0.00%	1.37%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	2.74%

Porcentajes

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995

Gráfica 8

Distribución por ocupación de los fumadores por sexo



Hombres	19,5	13,4	2,44	9,76	26,8	2,44	1,22	2,44	3,66	1,22	2,44	1,22	3,66	1,22	1,22	1,22	1,22	1,22	
Mujeres	10,9	23,2	2,74	9,59	30,1	0	0	0	0	0	1,37	0	1,37	16,4	0	1,37	0	2,74	0

Ocupación

Fuente . Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995

CUADRO 9A

Edad de inicio del hábito tabáquico en hombres

Edad	De 10 a 14		De 15 a 19		De 20 a 24		De 25 a 29		De 30 a 34		35 y más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	0	0,00%	4	4,88%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20-24	2	2,44%	11	13,41%	2	2,44%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
25-29	1	1,22%	12	14,63%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
30-34	1	1,22%	7	8,54%	8	9,76%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%
35-39	2	2,44%	6	7,32%	4	4,88%	2	2,44%	1	1,22%	0	0,00%
40-44	1	1,22%	5	6,10%	2	2,44%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%
45-49	1	1,22%	2	2,44%	1	1,22%	1	1,22%	0	0,00%	1	1,22%
50-54	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%
55-59	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	8	9,76%	47	57,32%	18	21,95%	7	8,54%	1	1,22%	1	1,22%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 9B

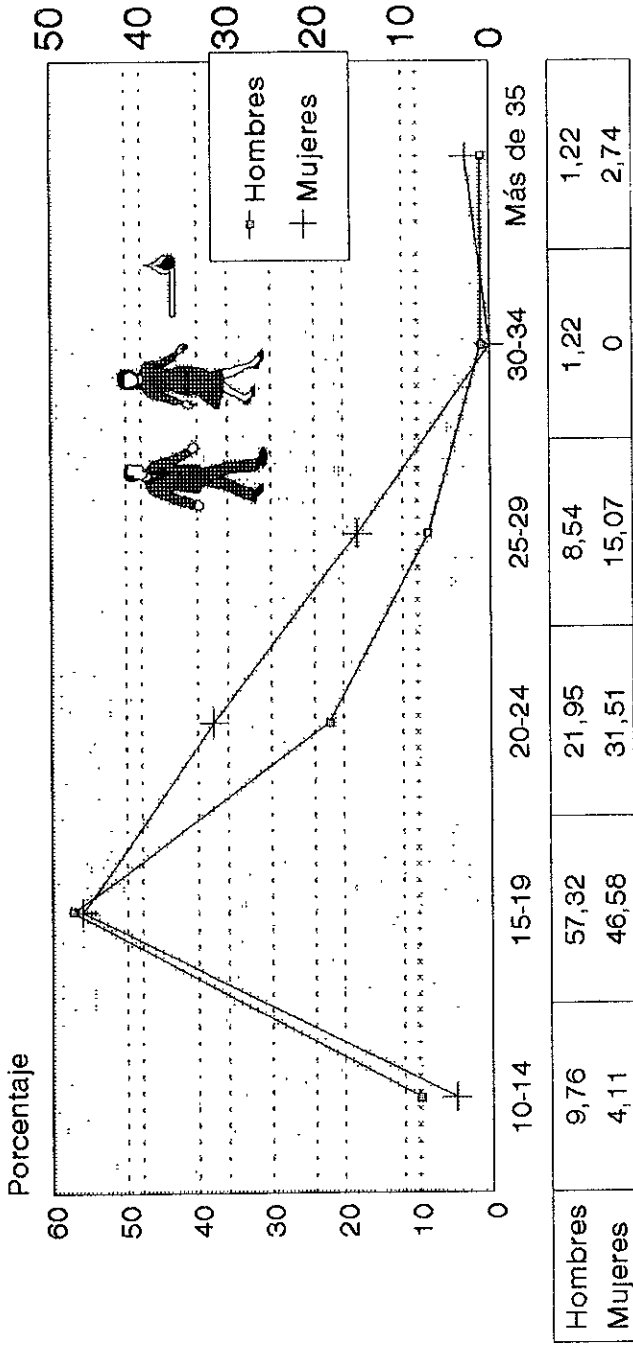
Edad de inicio del hábito tabáquico en mujeres

Edad	De 10 a 14		De 15 a 19		De 20 a 24		De 25 a 29		De 30 a 34		35 y más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	0	0,00%	2	2,74%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20-24	1	1,37%	5	6,85%	4	5,48%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
25-29	1	1,37%	9	12,33%	3	4,11%	2	2,74%	0	0,00%	0	0,00%
30-34	0	0,00%	5	6,85%	8	10,96%	2	2,74%	0	0,00%	0	0,00%
35-39	0	0,00%	6	8,22%	5	6,85%	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%
40-44	1	1,37%	5	6,85%	3	4,11%	2	2,74%	0	0,00%	1	1,37%
45-49	0	0,00%	1	1,37%	0	0,00%	4	5,48%	0	0,00%	1	1,37%
50-54	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
55-59	0	0,00%	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	3	4,11%	34	46,58%	23	31,51%	11	15,07%	0	0,00%	2	2,74%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 9

Edad de inicio del hábito tabáquico por sexo



Edad

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 10A

Consumo de cigarrillos por jornada de trabajo en mujeres

Edad	Esporádicamente	De 1 a 5		De 6 a 10		De 11 a 15		20 y más		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
15-19	0	0,00%	2	2,74%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20-24	2	2,74%	6	8,22%	1	1,37%	1	1,37%	0	0,00%
25-29	5	6,85%	9	12,33%	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%
30-34	5	6,85%	6	8,22%	4	5,48%	0	0,00%	0	0,00%
35-39	2	2,74%	6	8,22%	2	2,74%	0	0,00%	2	2,74%
40-44	2	2,74%	4	5,48%	4	5,48%	1	1,37%	1	1,37%
45-49	2	2,74%	3	4,11%	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%
50-54	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
55-59	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	19	26,03%	36	49,32%	13	17,81%	2	2,74%	3	4,11%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (entes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 10B

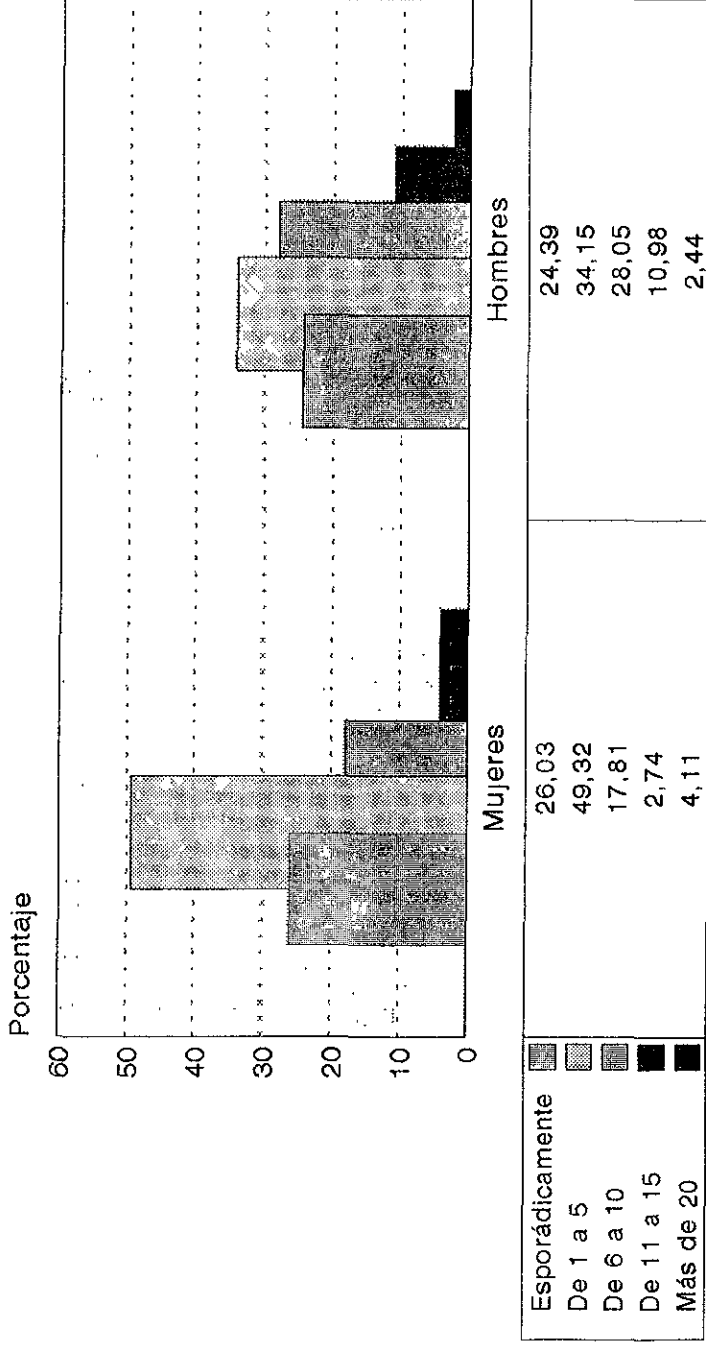
Consumo de cigarrillos por jornada de trabajo en hombres

Edad	Especialmente		De 1 a 5		De 6 a 10		De 11 a 15		20 y más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	1	1,22%	1	1,22%	1	1,22%	0	0,00%	1	1,22%
20-24	7	8,54%	5	6,10%	3	3,66%	0	0,00%	0	0,00%
25-29	2	2,44%	7	8,54%	5	6,10%	0	0,00%	0	0,00%
30-34	3	3,66%	9	10,98%	2	2,44%	3	3,66%	0	0,00%
35-39	4	4,88%	2	2,44%	6	7,32%	2	2,44%	1	1,22%
40-44	1	1,22%	2	2,44%	3	3,66%	3	3,66%	0	0,00%
45-49	2	2,44%	0	0,00%	3	3,66%	1	1,22%	0	0,00%
50-54	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
55-59	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	20	24,39%	28	34,15%	23	28,05%	9	10,98%	2	2,44%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 10

Consumo de cigarrillos por jornada de trabajo



Jornada = 8hs. Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 11

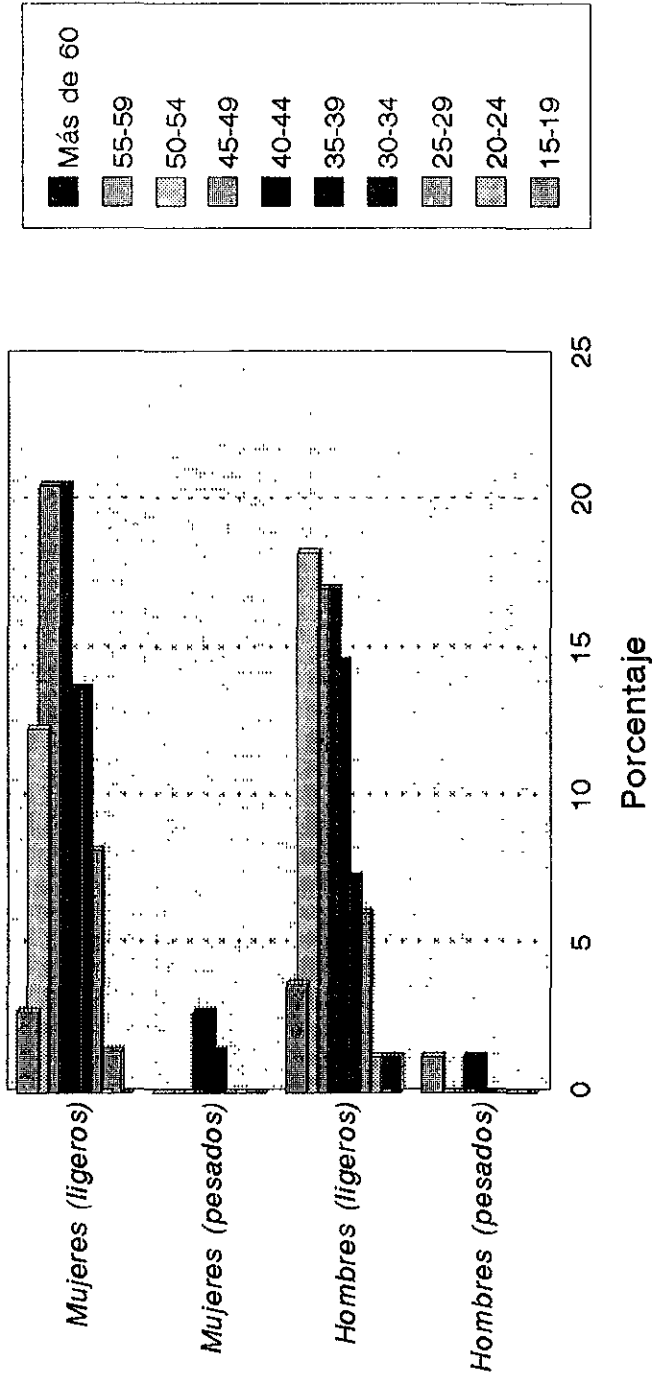
Fumadores ligeros y fumadores pesados

Edad	M u j e r e s		H o m b r e s					
	Ligeros		Pesados					
	Nº	%	Nº	%				
15-19	2	2,74%	0	0,00%	3	3,66%	1	1,22%
20-24	9	12,33%	0	0,00%	15	18,29%	0	0,00%
25-29	15	20,55%	0	0,00%	14	17,07%	0	0,00%
30-34	15	20,55%	0	0,00%	14	17,07%	0	0,00%
35-39	10	13,70%	2	2,74%	12	14,63%	1	1,22%
40-44	10	13,70%	1	1,37%	6	7,32%	0	0,00%
45-49	6	8,22%	0	0,00%	5	6,10%	0	0,00%
50-54	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%
55-59	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%
TOTAL	68	93,15%	3	4,11%	71	86,59%	2	2,44%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 11

Fumadores ligeros y pesados por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 12A

Consumo de cigarrillos fuera de su centro de trabajo en mujeres

Edad	De 1 a 8		De 9 a 10		De 11 a 15		De 16 a 20		Más de 20	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	0	0.00%	1	1.37%	0	0.00%	1	1.37%	0	0.00%
20-24	1	1.37%	3	4.11%	0	0.00%	4	5.48%	2	2.74%
25-29	0	0.00%	9	12.33%	5	6.85%	0	0.00%	1	1.37%
30-34	4	5.48%	5	6.85%	3	4.11%	3	4.11%	0	0.00%
35-39	2	2.74%	4	5.48%	3	4.11%	3	4.11%	0	0.00%
40-44	0	0.00%	3	4.11%	7	9.59%	1	1.37%	1	1.37%
45-49	1	1.37%	3	4.11%	1	1.37%	0	0.00%	1	1.37%
50-54	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
55-59	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
60 y más	0	0.00%	1	1.37%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
TOTAL	8	10.96%	29	39.73%	19	26.03%	12	16.44%	5	6.85%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995

CUADRO 12B

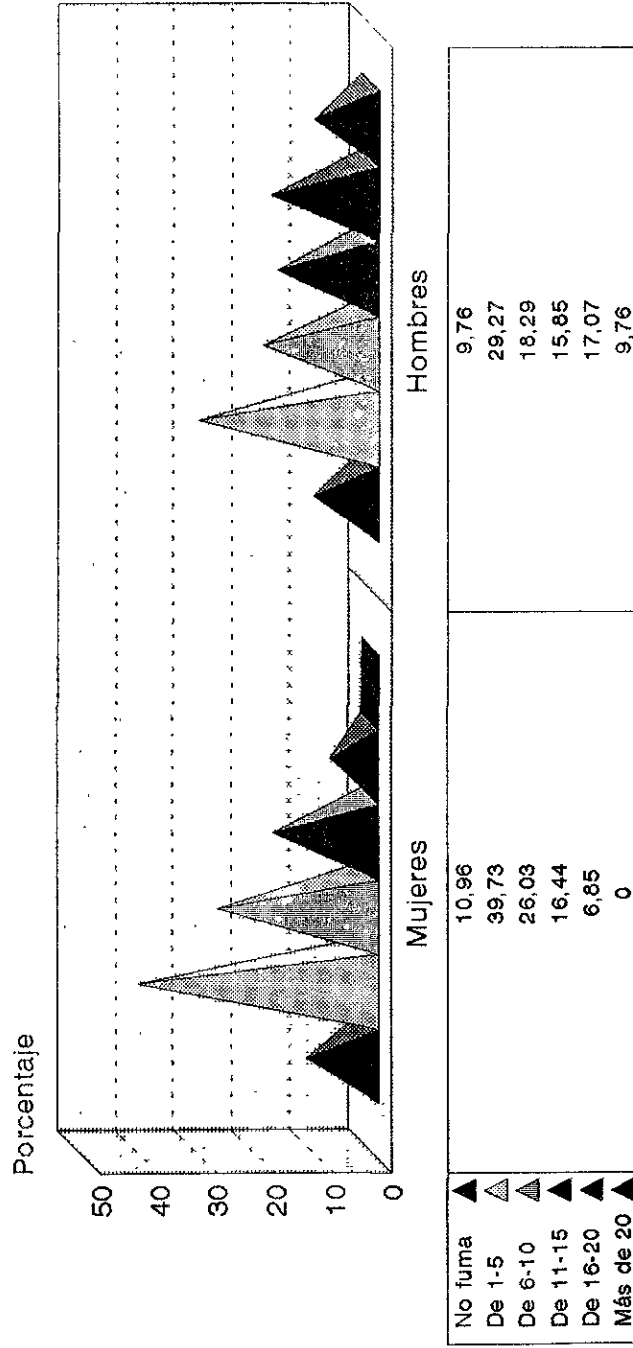
Consumo de cigarrillos fuera de su centro de trabajo en hombres

Edad	De 1 a 5		De 6 a 10		De 11 a 15		De 16 a 20		Más de 20	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	0	0,00%	2	2,44%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%
20-24	1	1,22%	7	8,54%	1	1,22%	3	3,66%	2	2,44%
25-29	1	1,22%	3	3,66%	4	4,88%	2	2,44%	3	3,66%
30-34	2	2,44%	5	6,10%	4	4,88%	3	3,66%	2	2,44%
35-39	2	2,44%	3	3,66%	1	1,22%	3	3,66%	3	3,66%
40-44	0	0,00%	2	2,44%	2	2,44%	2	2,44%	2	2,44%
45-49	1	1,22%	1	1,22%	3	3,66%	0	0,00%	1	1,22%
50-54	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
55-59	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	8	9,76%	24	29,27%	15	18,29%	13	15,85%	14	17,07%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chepultpec), 1995

Gráfica 12

Consumo de cigarrillos fuera de su centro de trabajo por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 13A

Presentación de síntomas al suprimir el cigarro a mujeres

Edad	Frecuencia de cigarro	Irritación, frustración e ira	Ansiedad	Dificultad de concentración	Insulnias	El corazón late más fuerte	Aumento de apetito o de peso	Todas las anteriores	Frecuencia de cigarro	Irritación, frustración e ira	Ansiedad	Dificultad de concentración	Insulnias	El corazón late más fuerte	Aumento de apetito o de peso	Todas las anteriores	Porcentajes	
																	Número de fumadores	Porcentajes
15-19	1	0	1	0	1	0	0	0	1,37%	0,00%	1,37%	0,00%	1,37%	0,00%	0,00%	0,00%	1,37%	0,00%
20-24	1	1	2	0	3	0	4	1	1,37%	1,37%	2,74%	0,00%	4,11%	0,00%	5,48%	1,37%	0,00%	4,11%
25-29	4	0	5	2	2	0	2	0	5,48%	0,00%	6,85%	2,74%	2,74%	0,00%	2,74%	0,00%	5,48%	0,00%
30-34	1	1	2	0	6	0	2	0	1,37%	1,37%	2,74%	0,00%	8,22%	0,00%	2,74%	0,00%	2,74%	0,00%
35-39	3	1	4	2	4	0	1	0	4,11%	1,37%	5,48%	2,74%	5,48%	0,00%	1,37%	0,00%	5,48%	0,00%
40-44	3	3	4	1	1	0	2	1	4,11%	4,11%	5,48%	1,37%	1,37%	0,00%	1,37%	0,00%	5,48%	0,00%
45-49	0	0	1	0	0	0	0	1	0,00%	0,00%	1,37%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,37%	0,00%
50-54	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
55-59	0	0	0	0	0	0	1	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
60 y más	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL	13	6	19	5	17	0	13	3	17,81%	8,22%	26,03%	6,85%	23,29%	0,00%	17,81%	4,11%	0,00%	17,81%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 13B

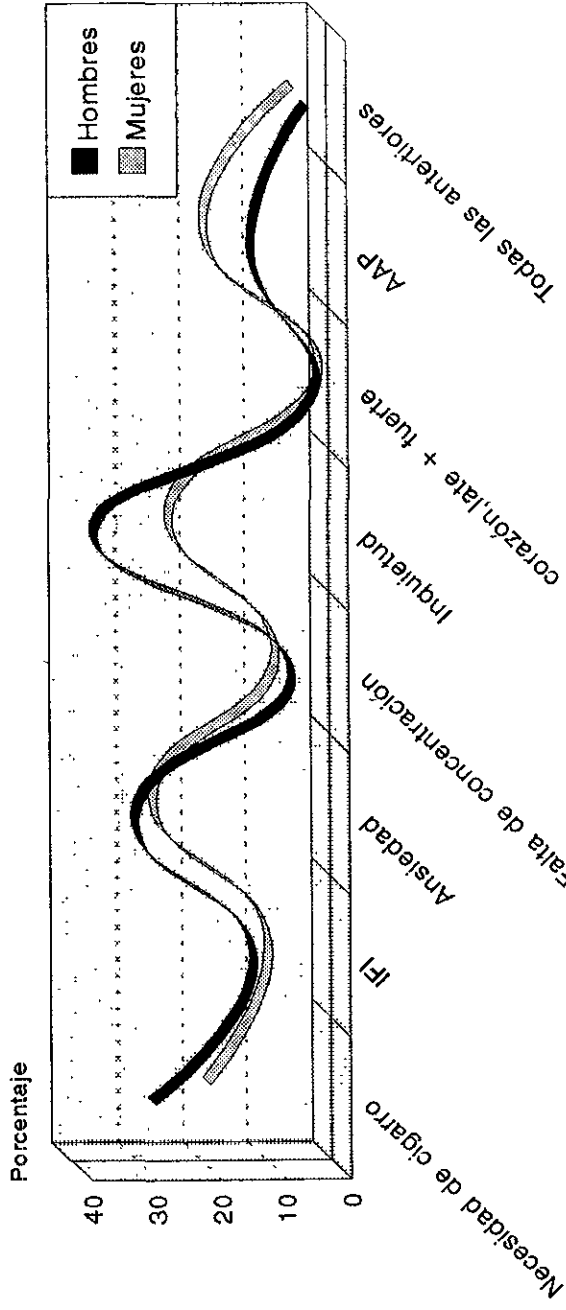
Presentación de síntomas al suprimir el cigarro a hombres

Edad	Número de fumadores											Porcentajes				
	Necesidad de cigarro	Irritación, frustración e ira	Ansiedad	Dificultad de concentración	Inquietud	El corazón late más fuerte	Aumento de apetito o de peso	Todas las anteriores	Necesidad de cigarro	Irritación, frustración e ira	Ansiedad	Dificultad de concentración	Inquietud	El corazón late más fuerte	Aumento de apetito o de peso	Todas las anteriores
15-19	2	1	2	1	2	1	0	0	2,44%	1,22%	2,44%	1,22%	2,44%	1,22%	0,00%	0,00%
20-24	3	0	3	2	2	0	1	1	3,66%	0,00%	3,66%	2,44%	2,44%	0,00%	0,00%	1,22%
25-29	2	2	5	0	5	1	3	1	2,44%	2,44%	6,10%	0,00%	6,10%	1,22%	3,66%	1,22%
30-34	5	2	6	2	8	0	1	0	6,10%	2,44%	7,32%	2,44%	9,76%	0,00%	1,22%	0,00%
35-39	6	3	3	1	7	0	5	0	7,32%	3,66%	3,66%	1,22%	8,54%	0,00%	6,10%	0,00%
40-44	3	2	4	0	3	0	2	1	3,66%	2,44%	4,88%	0,00%	3,66%	1,22%	2,44%	1,22%
45-49	3	1	3	0	3	1	0	0	3,66%	1,22%	3,66%	0,00%	3,66%	1,22%	0,00%	0,00%
50-54	0	0	0	0	1	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,22%	0,00%	0,00%	0,00%
55-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
60 y mas	0	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,22%
TOTAL	24	11	26	6	31	3	11	4	29,27%	13,41%	31,71%	7,32%	37,80%	3,66%	13,41%	4,88%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 13

Presentación de síntomas al suprimir el cigarro por sexo



Hombres	29,27	13,41	7,32	37,8	3,66	13,41	4,88
Mujeres	17,81	8,22	26,03	23,29	0	17,81	4,11

IFI= Irritabilidad, frustración e ira; AAP= Aumento de apetito o de peso.

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el

C. M. F. Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995

CUADRO 14A

Motivos que inducen a fumar a los hombres

Edad	Carga de trabajo		Disminuir el stress		Trabajos monótonos		Disminuir cansancio		Oxidar proteínas liberables	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	3	3,66%	2	2,44%	1	1,22%	2	2,44%	2	2,44%
20-24	6	7,32%	6	7,32%	6	7,32%	2	2,44%	3	3,66%
25-29	9	10,98%	6	7,32%	5	6,10%	6	7,32%	4	4,88%
30-34	8	9,76%	8	9,76%	11	13,41%	6	7,32%	4	4,88%
35-39	9	10,98%	9	10,98%	7	8,54%	7	8,54%	4	4,88%
40-44	5	6,10%	8	9,76%	8	9,76%	8	9,76%	4	4,88%
45-49	3	3,66%	3	3,66%	3	3,66%	3	3,66%	2	2,44%
50-54	0	0,00%	1	1,22%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%
55-59	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	1	1,22%	1	1,22%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	43	52,44%	44	53,66%	43	52,44%	34	41,46%	23	28,05%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 14B

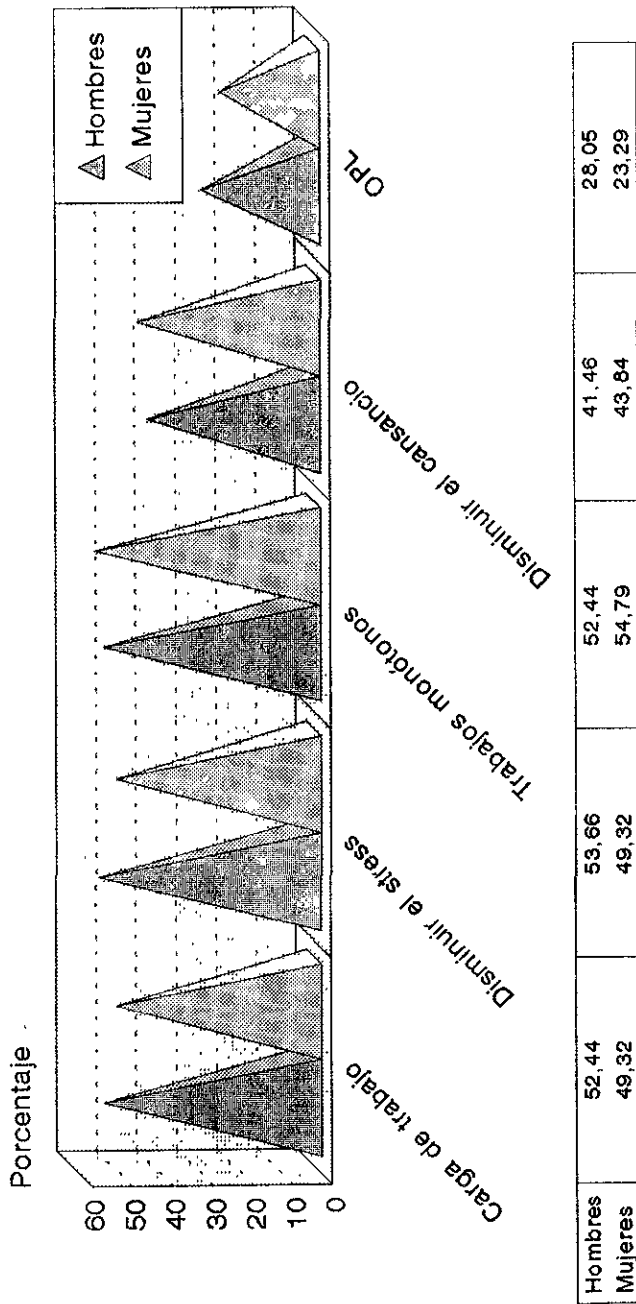
Motivos que inducen a fumar a las mujeres

Edad	Carga de trabajo		Disminuir el stress		Trabajos monótonos		Disminuir cansancio		Olvidar problemas laborales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	1	1,37%	1	1,37%	1	1,37%	2	2,74%	0	0,00%
20-24	5	6,85%	4	5,48%	4	5,48%	3	4,11%	1	1,37%
25-29	7	9,59%	9	12,33%	9	12,33%	7	9,59%	3	4,11%
30-34	9	12,33%	9	12,33%	7	9,59%	4	5,48%	5	6,85%
35-39	6	8,22%	5	6,85%	10	13,70%	6	8,22%	4	5,48%
40-44	7	9,59%	7	9,59%	7	9,59%	7	9,59%	3	4,11%
45-49	1	1,37%	1	1,37%	1	1,37%	2	2,74%	1	1,37%
50-54	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
55-59	0	0,00%	0	0,00%	1	1,37%	1	1,37%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	36	49,32%	36	49,32%	40	54,79%	32	43,84%	17	23,29%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 14

Motivos que inducen a fumar por sexo



OPL = Olvidar los problemas laborales

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el

Clinic de Medicina Fam Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 15

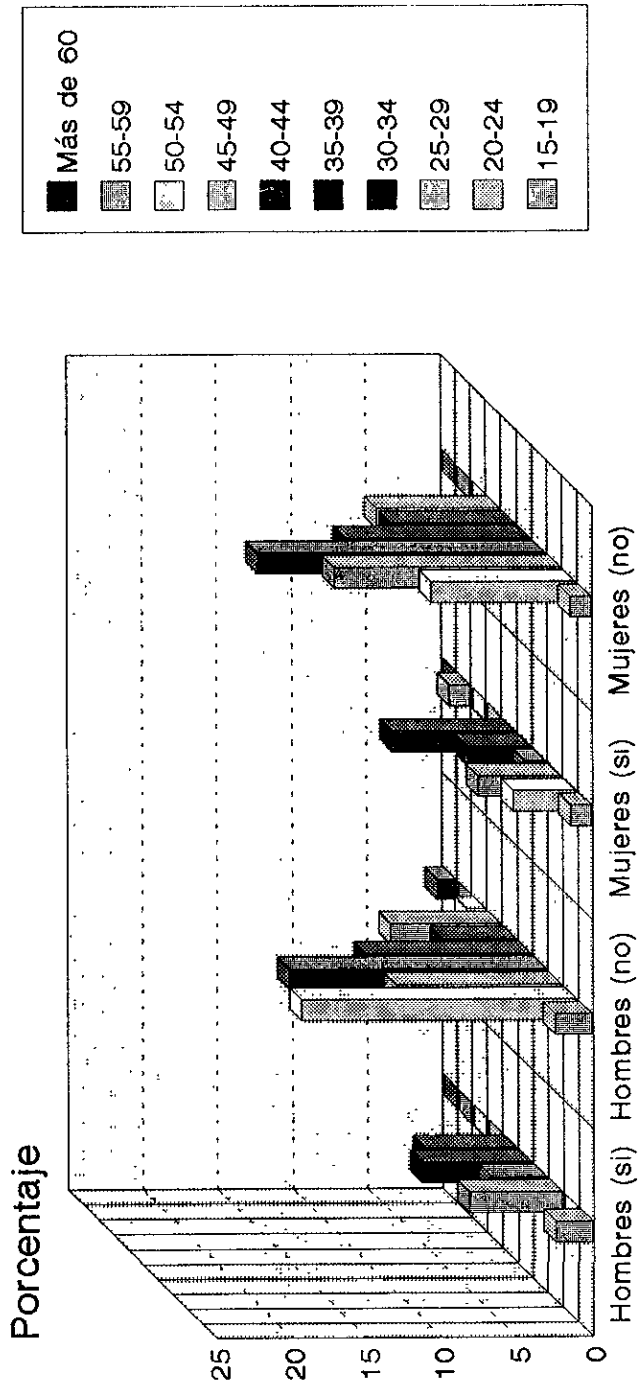
Efecto del tabaquismo en el mejoramiento del rendimiento de los sujetos fumadores

Edad	Mujeres (si)		Mujeres (no)		Hombres (si)		Hombres (no)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	1	1,37%	1	1,37%	2	2,44%	2	2,44%
20-24	3	4,11%	7	9,59%	0	0,00%	15	18,29%
25-29	4	5,48%	11	15,07%	5	6,10%	9	10,98%
30-34	1	1,37%	14	19,18%	3	3,66%	14	17,07%
35-39	3	4,11%	9	12,33%	6	7,32%	9	10,98%
40-44	6	8,22%	6	8,22%	5	6,10%	4	4,88%
45-49	0	0,00%	6	8,22%	0	0,00%	6	7,32%
50-54	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%
55-59	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,22%
TOTAL	19	26,03%	54	73,97%	21	25,61%	61	74,39%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 15

Efecto del tabaquismo en el mejoramiento del rendimiento de los sujetos por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 16A

Circunstancias por las cuales los trabajadores hombres fuman

Edad	Al iniciar la jornada	Al terminar la jornada	En juntas	Trabajando	Tomando café	En periodo de descanso	Todas las anteriores	Porcentajes							
								Al iniciar la jornada	Al terminar la jornada	En juntas	Trabajando	Tomando café	En periodo de descanso	Todas las anteriores	
15-19	1	0	0	1	0	1	2	1,22%	0,00%	0,00%	1,22%	0,00%	1,22%	2,44%	
20-24	2	0	0	4	0	7	3	2,44%	0,00%	0,00%	4,88%	0,00%	8,54%	3,66%	
25-29	3	2	0	6	1	4	4	3,66%	2,44%	0,00%	7,32%	1,22%	4,88%	4,88%	
30-34	3	4	1	4	1	7	5	3,66%	4,88%	1,22%	4,88%	1,22%	8,54%	6,10%	
35-39	3	2	0	3	2	5	6	3,66%	2,44%	0,00%	3,66%	2,44%	6,10%	7,32%	
40-44	1	1	0	1	1	3	5	1,22%	1,22%	0,00%	1,22%	1,22%	3,66%	6,10%	
45-49	1	0	1	3	0	3	1	1,22%	0,00%	1,22%	3,66%	0,00%	3,66%	1,22%	
50-54	1	0	0	0	0	0	0	1,22%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
55-59	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
60 y más	1	0	0	0	0	1	0	1,22%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,22%	0,00%	
TOTAL	16	9	2	22	5	31	26	19,51%	10,98%	2,44%	26,83%	6,10%	37,80%	31,71%	

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 16B

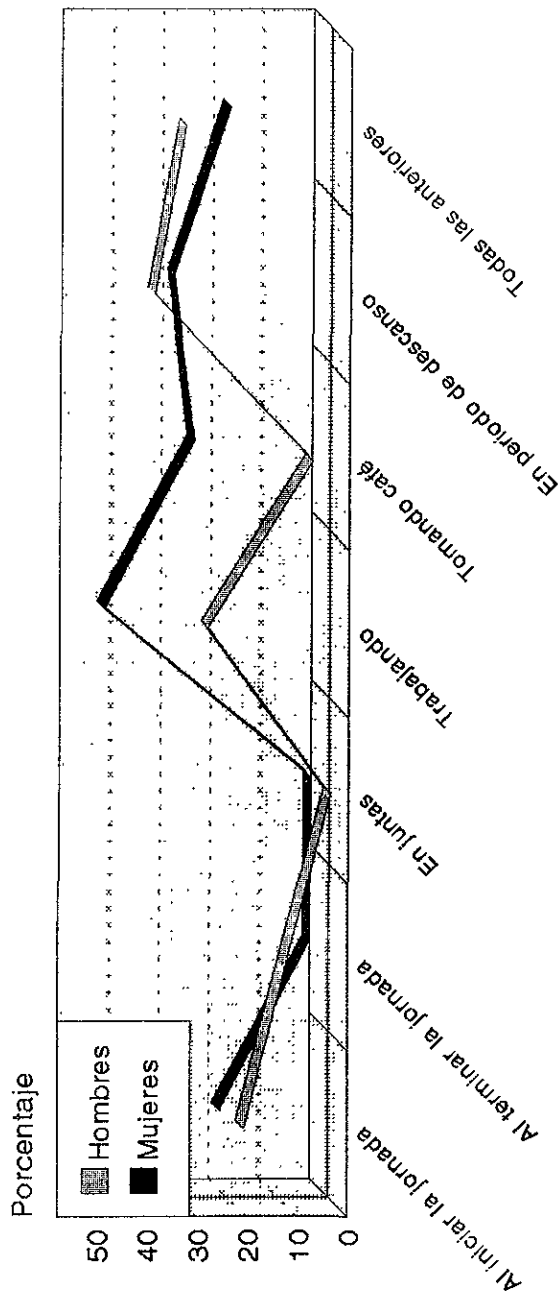
Circunstancias por las cuales las trabajadoras mujeres fuman

Edad	Al iniciar la jornada	Al terminar la jornada	En juntas	Trabajando	Tomando Café	En periodo de descanso	Todas las anteriores	Porcentajes							
								Al iniciar la jornada	Al terminar la jornada	En juntas	Trabajando	Tomando café	En periodo de descanso	Todas las anteriores	
15-19	0	0	0	1	0	0	1	0,00%	0,00%	0,00%	1,37%	0,00%	0,00%	0,00%	1,37%
20-24	2	0	0	2	3	2	4	2,74%	0,00%	0,00%	2,74%	4,11%	2,74%	0,00%	5,48%
25-29	4	1	1	9	4	6	0	5,48%	1,37%	1,37%	12,33%	5,48%	8,22%	0,00%	0,00%
30-34	2	0	1	8	3	3	3	2,74%	0,00%	1,37%	10,96%	4,11%	4,11%	4,11%	4,11%
35-39	3	0	0	4	3	6	2	4,11%	0,00%	0,00%	5,48%	4,11%	8,22%	2,74%	2,74%
40-44	4	0	0	6	5	2	3	5,48%	0,00%	0,00%	8,22%	4,11%	6,85%	2,74%	4,11%
45-49	0	1	0	2	1	2	1	0,00%	1,37%	0,00%	2,74%	1,37%	2,74%	1,37%	1,37%
50-54	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
55-59	0	0	0	0	0	1	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,37%	0,00%
60 y más	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL	15	2	2	32	19	22	14	20,55%	2,74%	2,74%	43,84%	26,03%	30,14%	19,18%	19,18%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 16

Circunstancias en las cuales los trabajadores fuman por sexo



Hombres	19,51	10,98	2,44	26,83	6,1	37,8	31,71
Mujeres	20,55	2,74	2,74	43,84	26,03	30,14	19,18

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 17

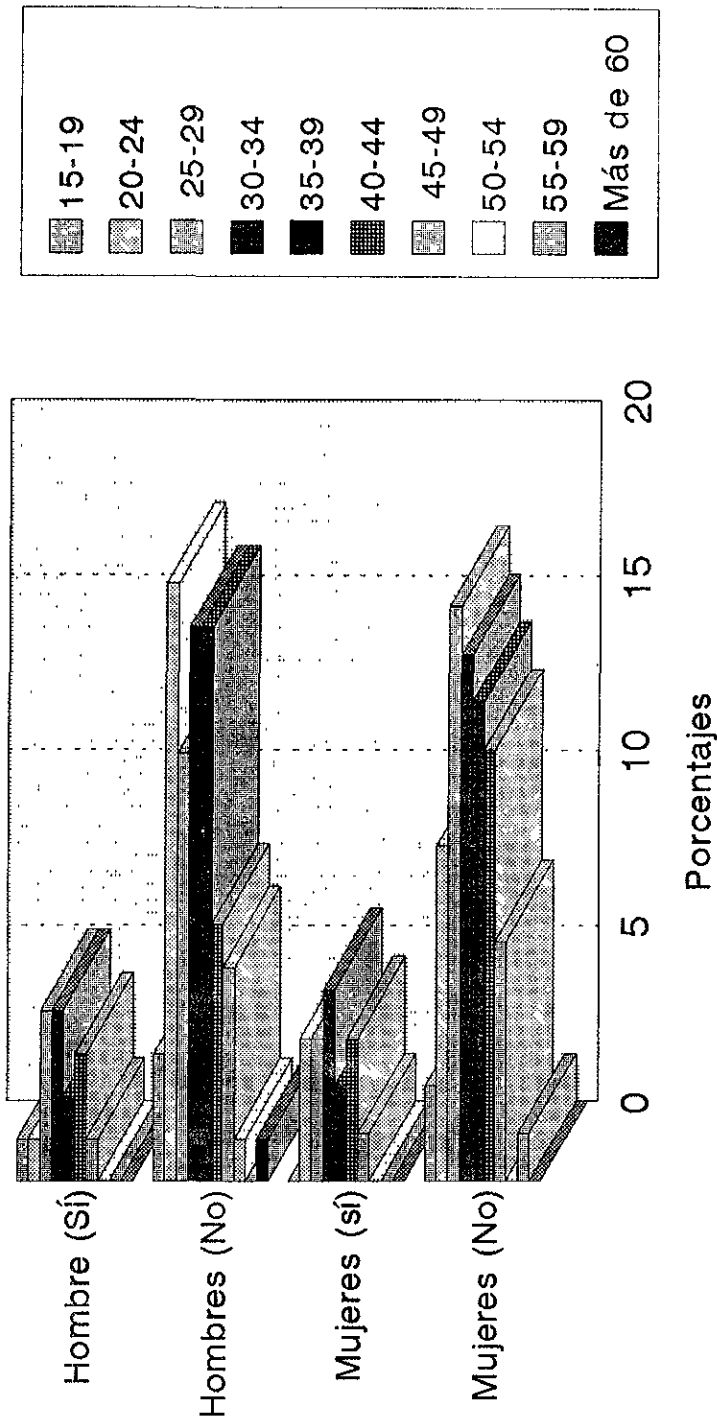
Cuando en su centro de trabajo le prohíben fumar ¿Fuma con más frecuencia?

Edad	Hombres		Mujeres		Mujeres	
	(si)	(no)	(si)	(no)	(si)	(no)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	1	1,22%	3	3,66%	0	0,00%
20-24	1	1,22%	14	17,07%	3	4,11%
25-29	4	4,88%	10	12,20%	3	4,11%
30-34	4	4,88%	13	15,85%	4	5,48%
35-39	2	2,44%	13	15,85%	2	2,74%
40-44	3	3,66%	6	7,32%	3	4,11%
45-49	1	1,22%	5	6,10%	1	1,37%
50-54	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%
55-59	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 y más	0	0,00%	1	1,22%	0	0,00%
TOTAL	16	19,51%	66	80,49%	16	21,92%
					57	78,08%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

Gráfica 17

Quando en su centro de trabajo le prohíben fumar, ¿Fuma con más frecuencia?
por edad y sexo



Los datos fueron tomados de personas que contestaron afirmativamente
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínic de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995

CUADRO 18A
Resultados obtenidos por variable

Variable	Significancia de la variable	Estadístico T	Desviación estándar
Mujeres que no fuman	26,00	0,10	18,20
Mujeres que fuman	8,30	0,50	6,89
Hombres que no fuman	17,10	0,50	6,38
Hombres que fuman	8,60	0,50	7,02
Alguno de sus compañeros fuma (<i>mujeres</i>)	16,20	0,10	14,37
Inhala el humo de su compañero (<i>mujeres</i>)	15,60	0,01	14,29
Siente molestias (<i>mujeres</i>)	14,20	0,20	13,18
Alguno de sus compañeros fuma (<i>hombres</i>)	7,40	0,002	4,40
Inhala el humo de su compañero (<i>hombres</i>)	6,80	0,50	4,18
Siente molestias (<i>hombres</i>)	6,10	0,50	3,90
Estado civil - hombres			
Soltero	2,60	0,50	3,02
Casado	3,60	0,20	3,71
Divorciado	0,60	0,50	1,26
Viudo	0,30	0,50	0,67
Unión libre	0,20	0,20	0,42
Estado civil - mujeres			
Soltero	2,60	0,50	3,02
Casado	3,60	0,20	3,71
Divorciado	0,60	0,20	1,26
Viudo	0,30	0,50	0,67
Unión libre	0,20	0,20	0,42
Escolaridad - hombres			
Primaria	0,10	0,05	0,31
Secundaria	0,80	0,05	0,78
Carrera comercial	1,20	0,50	1,81
Carrera técnica	1,00	0,10	1,56
Bachillerato	2,60	0,05	2,91
Licenciatura	2,40	0,50	2,87
Escolaridad - mujeres			
Primaria	0,10	0,01	0,31
Secundaria	1,20	0,50	1,22
Carrera comercial	2,60	0,50	2,11
Carrera técnica	0,90	0,01	1,37
Bachillerato	1,10	0,20	1,19
Licenciatura	1,40	0,50	1,83

Continúa

1

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 18B
Resultados obtenidos por variable

Variable	Significancia de la variable	Estadístico T	Desviación estándar
----------	------------------------------	---------------	---------------------

Edad de inicio del hábito tabáquico - hombres			
De 10- 14	0,80	0,50	0,78
De 15 - 19	4,10	0,10	3,81
De 20 - 24	2,10	0,50	2,28
De 25 - 29	0,80	0,50	1,03
De 30 - 34	0,20	0,50	0,42
35 y más	0,10	0,20	0,31
Edad de inicio del hábito tabáquico - mujeres			
De 10- 14	0,30	0,50	0,48
De 15 - 19	2,70	0,50	2,21
De 20 - 24	2,50	0,50	2,75
De 25 - 29	1,10	0,50	1,44
De 30 - 34	0,50	0,50	0,70
35 y más	0,00	0,00	0,00
Consumo de cigarrillos por jornada - mujeres			
Esporádicamente	1,90	0,02	1,85
De 1 a 5	3,60	0,10	3,13
De 6 a 10	1,30	0,10	1,56
De 11 a 15	0,20	0,05	0,42
Más de 20	0,30	0,02	0,67
Consumo de cigarrillos por jornada - hombres			
Esporádicamente	1,90	0,05	1,85
De 1 a 5	3,60	0,05	3,13
De 6 a 10	1,30	0,05	1,56
De 11 a 15	0,20	0,05	0,42
Más de 20	0,30	0,20	0,67
Consumo de cigarrillos fuera de su trabajo - hombres			
No fuma	0,80	0,20	0,78
De 1 a 5	2,40	0,50	2,22
De 6 a 10	1,50	0,20	1,64
De 11 a 15	1,30	0,50	1,41
De 16 a 20	1,40	0,50	1,17
Más de 20	0,80	0,20	0,91

Continúa

2

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 18C
Resultados obtenidos por variable

Variable	Significancia de la variable	Estadístico T	Desviación estándar
Consumo de cigarrillos fuera de su trabajo - mujeres			
No fuma	0,90	0,20	1,28
De 1 a 5	2,80	0,50	2,82
De 6 a 10	1,90	0,10	2,51
De 11 - 15	1,20	0,05	1,54
De 16 - 20	0,50	0,50	0,70
Más de 20	0,00	0,00	0,00
Presentación de síntomas al dejar el cigarro - hombres			
Necesidad de cigarro	2,40	0,50	2,08
Irritabilidad, frustración e ira	1,10	0,50	1,10
Ansiedad	2,60	0,05	2,11
Dificultad de concentración	0,60	0,50	0,84
Inquietud	3,10	0,50	2,76
Que el corazón lata más lentamente	0,30	0,20	0,48
Aumento de apetito u/o de peso	1,10	0,50	1,72
Todas las anteriores	0,30	0,05	0,48
Presentación de síntomas al dejar el cigarro - mujeres			
Necesidad de cigarro	1,40	0,50	1,71
Irritabilidad, frustración e ira	0,70	0,50	1,05
Ansiedad	1,90	0,50	1,85
Dificultad de concentración	0,40	0,50	0,69
Inquietud	1,70	0,05	2,05
Que el corazón lata más lentamente	0,00	0,00	0,00
Aumento de apetito u/o de peso	1,30	0,02	1,25
Todas las anteriores	0,30	0,02	0,48
Motivos que inducen a fumar - hombres			
Carga de trabajo	4,30	0,50	3,65
Disminuir el stress	4,40	0,50	3,37
Trabajos monótonos	4,20	0,05	3,48
Disminuir el cansancio	3,40	0,20	3,09
Olvidar los problemas laborales	2,30	0,50	1,76
Motivos que inducen a fumar - mujeres			
Carga de trabajo	3,60	0,02	3,53
Disminuir el stress	3,60	0,50	3,71
Trabajos monótonos	4,00	0,50	3,91
Disminuir el cansancio	3,20	0,50	2,69
Olvidar los problemas laborales	1,70	0,50	1,88

Continúa

3

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 18D
Resultados obtenidos por variable

Variable	Significancia de la variable	Estandarizado T	Desviación estandar
Efecto del tabaquismo en el mejoramiento del rendimiento			
Hombres (si)	2,10	0,002	2,46
Hombres (no)	6,10	0,02	5,46
Mujeres (si)	1,80	0,05	1,93
Mujeres (no)	1,50	0,002	1,50
Circunstancias en las cuales los trabajadores fuman - hombres			
Al iniciar la jornada	1,60	0,20	1,07
Al terminar la jornada	0,90	0,20	1,37
En juntas	0,20	0,50	0,42
Trabajando	2,20	0,2	2,09
Tomando café	0,50	0,50	0,70
En periodo de descanso	3,10	0,50	2,64
Todas las anteriores	2,60	0,60	2,31
Circunstancias en las cuales los trabajadores fuman - mujeres			
Al iniciar la jornada	1,66	0,05	1,73
Al terminar la jornada	0,22	0,05	0,44
En juntas	0,22	0,50	0,44
Trabajando	3,55	0,50	3,39
Tomando café	2,11	0,20	1,90
En periodo de descanso	2,44	0,50	2,24
Todas las anteriores	1,55	0,50	1,50
Cuando en su centro de trabajo le prohíben fumar ¿Fuma con más frecuencia? - hombres			
Hombres (si)	1,60	0,05	1,57
Hombres (no)	6,60	0,01	5,48
Mujeres (si)	1,60	0,20	1,57
Mujeres (no)	5,70 +		4,71
Fumadores ligeros y fumadores pesados - hombres			
Fumadores ligeros	8,00	0,002	6,61
Fumadores pesados	0,20	0,50	0,42
Fumadores ligeros y fumadores pesados - mujeres			
Fumadores ligeros	7,00	0,50	5,98
Fumadores pesados	0,30	0,20	0,67
Tipo de molestias ocasionadas por la inhalación del humo - hombres			
Olor de cabeza	2,30	0,10	2,11
Nauseas	1,10	0,05	1,10
Lagrimo	1,80	0,10	1,87
Accesos de tos	1,60	0,10	1,71
Molestias en la nariz	2,7	0,05	2,45
Mareo	0,40	0,10	0,69
Todas las anteriores	1,60	0,002	2,22

Continúa

4

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.

CUADRO 18E
Resultados obtenidos por variable

Variable	Significancia de la variable	Estatístico T	Desviación estándar
Tipo de molestias ocasionadas por la inhalación del humo - mujeres			
Dolor de cabeza	5,30	0,50	4,96
Nauseas	3,30	0,50	3,09
Lagrimo	0,65	0,50	0,21
Accesos de tos	3,30	0,50	3,59
Molestias en la nariz	4,7	0,50	4,19
Mareo	0,80	0,50	0,91
Todas las anteriores	3,90	0,50	4,04
Sujetos que fuman en su centro de trabajo - hombres			
No fuma en su centro de trabajo	0,40	0,002	0,69
Fuma en su centro de trabajo	6,20	0,20	6,64
Sujetos que fuman en su centro de trabajo - mujeres			
No fuma en su centro de trabajo	1,00	0,20	0,94
Fuma en su centro de trabajo	7,30	0,50	6,20
Distribución por ocupación de los fumadores - hombres *			
Archivo	1,60	0,05	1,71
Jefe de oficina	1,85	0,50	1,96
Auxiliar de archivo	0,30	0,05	0,67
Analista	0,80	0,05	1,03
Administrador	2,10	0,50	2,28
Gestor	0,20	0,02	0,42
Dibujo y diseño	0,10	0,20	0,31
Control de asistencia	0,20	0,50	0,42
Programador	0,30	0,50	0,67
Intendencia	0,10	0,002	0,31
Distribución por ocupación de los fumadores - mujeres *			
Archivo	0,20	0,002	0,42
Jefe de oficina	1,70	0,10	1,94
Auxiliar de archivo	0,10	0,50	0,31
Administrador	2,20	0,00	2,44
Analista	0,70	0,50	0,82
* Se tomaron los datos más representativos de este rubro (ver cuadros 7a, 7b, 8a y 8b)			
Continúa			5

Fuente: *Elaboración propia a partir de la encuesta sobre Tabaquismo aplicada en el Clínica de Medicina Familiar Dr. Javier Domínguez Estrada (antes clínica Chapultepec), 1995.*

8. DISCUSIÓN

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (12,581 encuestas) la información que estos recabaron sobre la situación en la que se encontraban los sujetos -población urbana de 12 a 65 años ha 17 mil viviendas- con respecto a su hábito tabáquico, el 86% de los hombres que fuman se encuentran laboralmente activo y el 73% de las mujeres que fuman no son trabajadoras

Por otro lado, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) elaboró una encuesta orientada a los mensajes que produjeron a los trabajadores del INER, de 1300 trabajadores el 55% (715) contestó el cuestionario; la edad de la población encuestada fue de los 15 a 84 años; la mayor parte de la población trabajadora del INER se encuentra entre los 25 y los 34 años y según la Encuesta del INER , la proporción más elevada de fumadores por grupo de edad está entre los 21 y 25 años; en la encuesta del INER en hombres el 61.62% tiene mayor incidencia de fumadores que las mujeres, 38.38%. La mayor población encuestada (19.70%), reporto estar fumando desde 10-14 años atrás y por tanto mayor dificultad para abandonarlo; ya que si se toma en cuenta que la nicotina se incrementa conforme avanzan los años de continuo consumo.

A diferencia en nuestro estudio, la población total estudiada, entre los 18 y los 67 años, el 14.35% corresponde a hombres fumadores y el 13.85% a mujeres fumadoras ambos trabajadores ya que nuestro estudio esta enfocado a trabajadores de la clínica Chapultepec cuya edad promedio es 25-34 años, otra diferencia importante se encuentra en la población, la cual cuenta con 600 sujetos, misma que nos permite analizar la información en forma más desagregada, pero, quizás algunos no la consideren como significativa en cuanto a la población del Distrito Federal. Sin embargo, es importante destacar que es representativa para la población de trabajadores en la clínica Chapultepec ya que es nuestro objeto de estudio tal población. En contraste a la ENS que aplico el INER nuestra

encuesta obtuvo un menor porcentaje en el sexo masculino y la proporción más elevada de fumadores está entre los 30 - 34 años lo cual difiere a la edad de los trabajadores del INER.

En cuanto a la edad que empezaron a fumar, la Encuesta Nacional de Adicción (ENA) mostró que el 2% de los fumadores empezó a fumar antes de los 12 años, el 50% entre los 12 y los 17 años y el 42% entre los 18 y los 29 años. En cuanto a nuestro estudio, la edad de inicio en hombres el 5.16% inicio entre los 10 y 14 años, el 30.32% inicio 15-19 años, el 11.61% 20-24 años, de 25-29 años el 4.52%, de 30-34 años el 0.65%, y el 0.65% de 35 y más años, en mujeres el 1.94% inicio entre los 10 y los 14 años, el 21.94% de 15 a 19 años, de 20 a 24 años el 14.84%, de 25 a 29 años el 7.10%; de 30-34 años el 0.00% y el 1.29% inicio de 35 y más años; como se puede observar en nuestra población fumadora se registraron diferentes edades -de los 10 a 35 y más años- en las cuales los fumadores iniciaron su hábito tabáquico teniendo un rango de mayor incidencia para ambos sexos de 15-19 años (52.26%), a diferencia de la ENA que registró un rango de mayor incidencia (50%) entre los 12 y los 17 años

A pesar que la edad de inicio empieza generalmente a muy temprana edad nosotros detectamos que existen fumadores que inician su hábito tabáquico tardíamente lo cual quiere decir que no es exclusividad en cierto sector de la población, pero lo que sí podemos decir es que la mayor incidencia se encuentra en sujetos entre los 15 y los 19 para nuestro estudio, muy cercana a la población encontrada en la ENA, En la ENA la mayor incidencia está entre los 12 y los 17 años, lo cual demuestra que la población adolescente está más expuesta ha adquirir ese hábito

Mientras tanto, el 54% de las mujeres y el 66% de los hombres fuman diariamente (ENA). Su análisis comprende la división de los sujetos en tres grupos de fumadores: leves, moderados y pesados. En los fumadores hombres leves el 49% fuma entre uno y cinco cigarrillos, el 38% son fumadores moderados y son considerados así porque fuman entre 6 y 15 cigarrillos y el 13% son fumadores fuertes porque consumen más de 16 cigarrillos. Para el caso de las mujeres, las leves son el 57%, las fumadoras moderadas el 27% y las

fumadoras fuertes el 16%. En una encuesta realizada en cinco colonias de la delegación Alvaro Obregón a 2155 individuos se encontró que el 62.9% de los hombres y el 74.5% de las mujeres fuman 10 cigarrillos o menos al día, el 33.2% de los hombres y el 24.2% de mujeres fumadoras

consume entre 10 y 29 cigarrillos diarios; ellos detectaron que 11 hombres y 7 mujeres fuman puro o pipa, tales resultados mostraron una notable prevalencia en esa comunidad, en esta encuesta no se encontró una clasificación de los fumadores como se hizo en el caso anterior o en nuestro estudio.

En nuestro estudio se determino el número de cigarrillos que fuman dentro y fuera de su centro de trabajo encontrando lo siguiente: los hombres fuman más dentro de su centro de trabajo en un 5.79% más que las mujeres y además los hombres tienden a fumar más fuera de su centro de trabajo en un 5.80%; así como en la ENA, en nuestra investigación se clasificó a los fumadores en ligeros y pesados obteniendo esto: el 43.87% de mujeres es considerada como fumadoras ligeras y el 1.94% como fumadoras pesadas; el 45.81% corresponde al grupo de hombres considerados como ligeros y 1.29% son fumadores pesados. Comparando ambos datos podemos ver que en los dos existen un mayor número de fumadores ligeros

En cuanto a los motivos que inducen a fumar la ENA registró que un 84% lo hizo por curiosidad o porque sus compañeros, amigos o familiares fumaban; para el caso de la mujer resalta el papel que juega el ejemplo familiar (14%) cuyo peso es más del doble que en los hombres (6%).

Para nuestra encuesta se considero situaciones en las que el sujeto está sometido por stress en el trabajo (tesis de nuestro estudio) cuya diferencia varia considerablemente a la de la ENA ya que la población de ésta estuvo enfocada en la población general del Distrito Federal y cuyos objetivos distan un tanto de los nuestros en este ítem. Nuestra encuesta arrojó los siguientes resultados: en los hombres el 27.74% considera que la carga de trabajo

es un motivo para fumar, para disminuir el stress el 28.39%, los trabajos monótonos un 27.74%, un 21.94% argumenta que es para disminuir el cansancio y el 14.84% restante dice que es para olvidar los problemas laborales. Las mujeres en un 23.23% explican que la carga de trabajo es uno de los factores para fumar, 23.23% dicen que es para disminuir el stress, los trabajos monótonos en un 25.81%, el 20.65% mencionan que es para disminuir el cansancio y el 10.97% para

olvidar los problemas laborales, encontrando que todos los motivos son importantes, sin embargo, para las hombres el fumar para disminuir el stress es uno de sus argumentos más importantes, mientras que para las mujeres los trabajos monótonos lo son.

La ENA mostró que los fumadores consumen mayor cantidad de cigarrillos en las siguientes actividades, reuniones y acontecimientos sociales (41.9%), en la cual la gran mayoría de los fumadores sigue fumando por gusto (43%) o por costumbre (32%), en las mujeres el 21% fuma para tranquilizarse y el 10% dice que no puede dejar de fumar.

En nuestro caso, la actividad que mostro mayor incidencia al fumar en los trabajadores hombres, fue; en período de descanso con 20.03%, mientras tanto, en las mujeres el primer lugar fue trabajando con 20.65%; es claro que son diferentes actividades, empero, podemos decir que los hombres fuman más en cualquier tipo de actividad mientras que las mujeres lo hacen más cuando trabajan, quizás esto quiere decir que lo hacen para tranquilizarse lo cual concuerda con la encuesta (ENA) la cual muestra que un porcentaje mayor de mujeres lo hace para tranquilizarse, sin embargo podemos decir que en ambos casos se tomaron en cuenta actividades diferentes pero no difiere de la razón por la cual algunas mujeres lo hacen o lo explican. Además en nuestra encuesta se encontró otro factor que muestra si algún sujeto es sometido ha dejar de fumar por causa de su trabajo como lo es la prohibición, sin embargo, no es el caso ya que un 10.32% de las mujeres sí incrementaron su hábito contra un 36.77% que no lo hace, mientras que los hombres en un

42.58% no lo incrementa y un 10.32% si lo hace, en la ENS, ENA Y del INER y en la encuesta aplicada en la delegación Alvaro Obregon, no mencionan datos sobre este rubro

La presentación de síntomas al dejar de fumar es llamado síndrome de abstinencia a la nicotina, esta presentación de síntomas señalados en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana son necesidad de cigarro, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, inquietud, disminución del ritmo cardiaco, aumento de apetito o de peso, cefalea, somnolencia y trastornos gastrointestinales. La presentación de algunos de estos síntomas se tomaron en cuenta para la realización de nuestra encuesta; se encontró que el 12.26% de mujeres mostró ansiedad mientras que los hombres mostraron un 20.00% de inquietud; encontrándose que son estos los síntomas que destacan sobre los otros. Cabe señalar que estos signos son tomados en cuenta en un sector de la población investigadora ya que dentro de la investigación se busca las consecuencias que produce el consumo de cigarro y no lo que induce ha que se tienda ha fumar es por eso que este es un tema que retomamos para la detección de algunos posibles factores.

La ENA concluye diciendo que de cada tres habitantes hombres fumadores hay una mujer fumadora entre 12 y 65 años de edad y generalmente son de sexo masculino entre los 18 y 29 años de edad, la edad de inicio de su hábito tabáquico es entre los 12 y los 17 años, lo iniciaron porque sintieron curiosidad o por imitación; el consumo cotidiano de cigarrillos es entre 1 a 10 cigarrillos; gustan por fumar en mayor medida en reuniones sociales y de manera proporcional con el alcohol, tendiendo ha combinar ambos, por otro lado, es un trabajador y continúa en el hábito por costumbre

En cuanto a nuestra encuesta diremos que a semejanza de la ENA uno de cada tres hombres entre los 18 y los 74 años fuman, generalmente son del sexo masculino, el 3.17% esta entre los 30-34 años, empezaron a fumar desde los 18 hasta 67 años pero la edad más notable se encuentra entre los 15 y los 19 años 30.32%, el 52.90% de los hombres fuman en su centro de trabajo, generalmente fuman entre 1 y 5 cigarrillos, cuando se les priva del

cigarro generalmente sienten los hombres inquietud ; argumentan que el motivo principal para fumar es para disminuir el stress en los hombres; algunas personas sienten que al fumar incrementan su rendimiento pero en general el 39.35% no siente algún incremento en su productividad; estos tiende a fumar en cualquiera de las circunstancias señaladas - al iniciar y al terminar la jornada, en juntas, trabajando, tomando café y en períodos de descanso, cuando en el trabajo se les prohíbe fumar el 42.58% no fuma con más frecuencia ya que estos por regla general son fumadores ligeros en un 45.81%. Además un 18.71% de los hombres tienen licenciatura, ocupan un puesto administrativo 14.19% y un 25.81% son casados

Para el caso de las mujeres, el 3.00% tiene entre 30-34 años, empezaron a fumar desde los 19 hasta 57 años pero la edad más notable se encuentra entre los 15 y los 19 años 21.94%, el 47.10% de las mujeres fuman en su centro de trabajo ; generalmente fuman entre 1 y 5 cigarrillos 23.23%, cuando se les priva del cigarro generalmente sienten las mujeres ansiedad , argumentan que el motivo principal para fumar es el de trabajos monótonos 25.81%, algunas personas sienten que al fumar incrementan su rendimiento pero en general el 34.84% de las mujeres no siente algún incremento en su productividad; trabajando es la circunstancia por la cual las trabajadoras mujeres fuman, cuando en su centro de trabajo se les prohíbe fumar el 36.77% no fuma con más frecuencia ya que estas por regla general son fumadoras ligeras en un 43.87%. además un 16.13% de las mujeres tienen carrera comercial , ocupan un puesto administrativo 14.19% y un 23.87% son casadas

Lo anterior muestra algunos de los posibles factores que inducen el fumar - objeto de nuestra investigación- por tal razón, se realizó un análisis estadístico a todas las variables, dándonos como resultado lo siguiente, la escolaridad se encuentra en el nivel medio superior es decir, secundaria y bachillerato en hombres; el consumo de cigarrillos por jornada de trabajo es de esporádicamente y de 11 a 15, generalmente sienten inquietud las mujeres al dejar de fumar; los fumadores hombres argumentan que a consecuencia de los trabajos monótonos tienden a fumar más; entre tanto, las circunstancias en las cuales los trabajadores fuman son al iniciar y al terminar la jornada laboral, en juntas, trabajando, tomando café y

en período de descanso, generalmente no se tiende a fumar más en mujeres cuando en su centro de trabajo se les prohíbe fumar y por último diremos que la ocupación de los fumadores es archivero o analista

Empero, la presente investigación concuerda con los datos encontrados en la encuesta nacional de adicciones en los siguientes rubros

Edad de inicio entre los 15 y 19 años con un 30.32 % en hombres y un 21.94 % en mujeres. Entre los fumadores del sexo masculino, el 45.81 % son fumadores ligeros y el 1.29 % son fumadores pesados, estas proporciones son semejantes en el caso de las mujeres: fumadoras leves el 43.87 % y fumadoras fuertes el 1.94 %. En cuanto al porcentaje de fumadores hombres que fuman en su centro de trabajo es de 52.90 % y en mujeres el 47.10%

Los resultados de esta investigación concuerdan en forma semejante con los resultados obtenidos en la ENA a pesar de que los dos tipos de población son diferentes, podemos resaltar algunos aspectos tales como, la frecuencia del hábito de fumar es mayor en hombres, en el rubro de edad de inicio es de 15-19 años en promedio, que el nivel educativo sobretodo en mujeres se relaciona como factor incidental en la presencia de sus hábitos tabaquicos, ya que fue más frecuente en el nivel medio superior, esto es, en la carrera comercial y que la gran mayoría de las personas con el hábito de fumar se localiza entre los 20 y 44 años, la mayoría corresponde al tipo de fumador ligero independientemente de su sexo y que las motivaciones en los hombres se presentan en el periodo de descanso y las mujeres cuando se encuentran trabajando y por la búsqueda del efecto placentero de la nicotina para disminuir su inquietud como resultado de sus actividades cotidianas que generan stress

Por otro lado, es importante destacar que algunos estudios enfocados a detectar los efectos neuroquímicos encontraron efectos colaterales a nivel neurofisiológico y corporal contra los cambios observados en los registros electroencefalográficos, en el metabolismo y en el sistema nervioso autónomo, sumándose a éstos los efectos psicológicos

y de conducta que los consideran asociados a las dificultades para abandonar el hábito tabáquico o para incrementarlo

Sin embargo, el problema es mayor ya que debido ha algunos países principalmente los desarrollados prohibieron la importación del tabaco y la prohibición de la venta de estos ha menores de edad, debido ha esto se fomentaron los problemas en la distribución y venta de tal producto haciendo que los exportadores no pudieran colocar fácilmente su mercancía en el mercado externo. debido ha este problema se realizaron campañas en los países exportadores como México para incrementar sus ventas en el mercado interno y recuperar sus ganancias debido a la falta de colocación de tal bien en mercados externos ; ocasionando problemas en el sector salud que si bien se ha intentado erradicar el problema no se ha podido hacer, por otro lado, hay que poner atención a la medicina preventiva e intentar educar a la población para que entienda los problemas que trae consigo el tabaco

9. CONCLUSIÓN

Se estudiaron un total de 155 fumadores que acuden a consulta a la clínica Chapultepec , con la finalidad de obtener los posibles factores laborales que participan en la incidencia del Tabaquismo , y se concluye que el motivo que los induce a fumar es el trabajo monótono, por otro lado la circunstancias en las cuales los trabajadores fuman son en juntas, al iniciar y al terminar la jornada de trabajo, trabajando, tomando café y en períodos de descanso, consumiendo desde 1 hasta 10 cigarros dentro y fuera de su centro de trabajo, se detecto además que cuando en su área de trabajo se les prohíbe fumar estos no incrementan su consumo pero sienten inquietud, sin embargo sí se encontró que uno de los efectos principales del tabaquismo es que fuman porque sienten que incrementan su rendimiento; por último se detecto que en su mayoría son trabajadores con puestos de administrativo o archivista y cuentan con un grado escolar de secundaria o bachillerato

Con estos resultados se apoya la hipótesis de la existencia de algunos factores laborales que son la causa del aumento en el hábito tabáquico, cuyo objeto es disminuir la tensión en la que vive el trabajador en su actividad laboral.

Además se espera que el presente sea tomado como antecedente para trabajos futuros con la finalidad de entender y explicar algunas de las causas que producen adicciones. Incluso de los problemas de salud que repercuten en su vida social y laboral

10. REFERENCIAS

Bibliografía.

1. Rubio Monteverde, Horacio. "Día Mundial Sin Fumar", En: **Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México**, vol. 6 núm. 2, abril-junio 1993, México, INER, pp. 61-62
2. Gutiérrez de Velasco, Carmen. Et Al. "Encuesta para conocer el hábito tabáquico en los trabajadores del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias". En: **Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México**, vol. 3 núm. 2, julio-septiembre 1990, México, INER, pp. 90-93
3. Eysenck, H. "Smoking Personality and psychosomatic disorders". En: **Journal Psychosomatic Research**, vol. 7, 1963, pp. 107-130.
4. Rico Méndez, Favio Gerardo. "Tabaquismo: Aspectos históricos, nosológicos y terapéuticos". En: **Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México**, vol. 4 núm. 2, abril-junio 1991, México, INER, pp. 100-108.
5. Minna, J. D. Et Al. "Cáncer Of The Lung", In de Vita VT Jr, Hellmans, Rosenberg SA eds. **Cancer Principles and Practice of Oncology**. Philadelphia". En: **Revista JB Lippincott**, 1988, USA, pp. 507-597
6. McManus IC y SJ. Weeks "Smoking, Personality and reasons for smoking" **Psychological Medicine**, vol 12, Mayo 1982, pp. 349-356.
7. Baños G., Peña M. "Efectos del tabaquismo en la cavidad bucal". En: Rico F.G., Ruiz L.G., eds. **Tabaquismo. Su Repercusión en Aparatos y Sistemas**, México: Trillas, 1990, pp. 59-71.
8. Holbrook J.H "Nicotine addiction", En: Isselbacher K.H., Braunwald E., Wilson J.D., Martin J.B., Fauci A.S., Kasper D.L., eds. **Harrison's Principles of Internal Medicine**. New York: McGrawHill, 1992, pp. 2433-2437, 2506-2509, 1833.
9. López Fuerte F. "Efectos del tabaquismo en el aparato digestivo", En: Rico F.G., Ruiz L.G., eds. **Tabaquismo. Su Repercusión en Aparatos y Sistemas**, México. Trillas, 1990, pp. 73-81.
10. Rubio H., Martínez L.A "Enfermedades y trastornos provocados por el tabaquismo", En: Tapia Conyer R., ed. **Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas. México. El Manual Moderno** 1994, pp. 123-137
11. Zapata A., Hernández M., Montes de Oca D "Efectos del tabaquismo en las vías respiratorias altas", En: Rico F.G., Ruiz L.G., eds. **Tabaquismo. Su Repercusión en Aparatos y Sistemas**, México: Trillas, 1990, pp. 83-93.
12. Hubel G.L. "Physical, chemical and biologic properties of tobacco cigarette smoke and other tobacco products", En **Sem. Respir. Med.** 1989, 10, pp. 297-303.
13. Villalba Jaime "Día mundial sin fumar 1995". En: **Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias México**, vol. 8 núm 2, abril-junio 1995, México, INER, pp. 97

14. Tapia- Conyer R., Sepulveda-Amor J. "Quantitative analysis of smoking as a public health problem in México". Cohén-Yáñez J, Amezcua-Gastelum J.L., Villarreal J.E., Salazar L.A., eds. **Drug Dependence: From the Molecular to the Social Level**. Amsterdam: Elsevier, 1992, pp. 321-326.
15. Benowitz NL. "Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction". En: **New Eng. J. Med.** noviembre 1988; vol. 319, núm. 20, England, pp. 1318-1330.
16. Lorant, R. "Preocupación en Europa por el tabaquismo juvenil". En: **Salud entre todos**, Enero 1989, 37, pp 1.6.7
- 17 Rimpela, A. "Critical analysis of the finnish tobacco Act: Implementation and Legitimacy, 1977-89", En. **Tobacco control**, 1992, 1, pp. 285-293.
- 18.J. Sullivan López, I Et Al. "Tabaquismo", En. **Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México**, volumen 2, noviembre 1989- febrero 1990, México, INER, pp. s1-s12.
19. Secretaría de Salud. " **Programa Contra el Tabaquismo**", CONADIC, segunda reimpresión 1995, pp 4 -79
20. Chapman "Changes in adult cigarette consumption per head in 128 countries, 1986-1990" En: **Tobacco control**, 1992, 1, pp 281-284.
- 21 Organización Panamericana de la Salud. "Tabaquismo y Salud en las Américas", En: **La prevalencia del tabaquismo en América Latina y el Caribe informe de la cirujana general**, 1992, pp. 1-13
- 22 Organización Mundial de la Salud. "El Efecto del Tabaquismo en el Mundo" 1990.
23. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Secretaría de Salud. "Encuesta Nacional de Adicciones (Tabaco)", México, 1990, pp. 11-348.
- 24 Tapia- Conyer, Roberto. Et Al "El consumo del tabaco en el Distrito Federal", En **Salud Mental**, vol. 13 núm 4, diciembre 1990. México, pp 17-22.
25. Rojas Morales, Humberto E "Factores de riesgo cardiovascular", En: **Revista del Instituto Nacional de la Nutrición**, vol. III núm. 16, Mayo-Junio 1992, México, pp. 21-22.
- 26 Cicerio González Villalpando, M. C. Et Al "Consumo de tabaco en la ciudad de México", En: **Salud Pública de México**, vol. 36 núm 1, Enero-Febrero de 1994, México, pp 46-50.
- 27 Gavito de la Torre, Ma del Carmen. Et Al. "Efectos subjetivos de la supresión del cigarrillo en el patrón del sueño y en el nivel diurno de energía", En: **Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México**, vol 4 núm 4, octubre-diciembre 1991, México, INER, pp. 189-192
- 28 Hughes JR Et Al "Symptoms of tobacco withdrawal. A replication and extension". En: **Archives of General Psychiatry**, vol 48, January 1991, pp. 52-59
29. C Cañate Et Al "Actitud respecto al tabaquismo en el personal sanitario", En **Adicciones**, vol 5 num 4, 1993, España, pp 385-390
- 30 Lopez Campos, J "El consumo de drogas en Galicia". En **Drogodependencias y sociedad. Estudio interdisciplinar**, 1990, Fund Caixa Galicia, Santiago

31. Méndez, C: *Fraga Et Al "A influencia dos modelos no inicio do consumo de tabaco en adolescentes"*. En *Cadernos de Psicoloxía do Colexio Oficial de Psicoloxos-Galicia*, núm. 12, 1992 pp 28-36
32. Escamez, J. "Las drogas y la escuela, una propuesta para la prevención". En: **Dykinson**, 1990, Madrid
33. Xunta de Galicia "El consumo de drogas en Galicia". En. **Colección Drogodependencias**, vol. 1. Servicio Galego de Saúde Ed Xunta de Galicia, 1990, Santiago
34. Convington, M. y Omelich, C. "I can resist anything but temptation adolescent expectations for smoking cigarettes". En *Journal of applied social Psychology*, vol. 18 núm. 3, march 1988, United States. University of California Berkeley, pp 203-227.
35. Otero, X. Et Al "O consumo de drogas nos adolescentes: unha aproximación as variables familiares e grupais". En: **Colección drogodependencias**, vol. 3, 1991, Servicio Galego de Saúde Ed Xunta de Galicia, Santiago
36. Jarvis, M. y McNeill, A. " Children's purchases of single cigarettes: evidence for drug pushing?" En: **British journal of addiction**, vol. 85, núm. 10, octubre 1990. London, National Addiction Centre. Institute of Psychiatry, pp 1317-1322.
37. Stanton A. Glantz, Et Al "Passive Smoking and Heart Disease". En: **Circulation**, vol. 83 núm. 1, Junio 1991, United States, University of California Medicine, pp. 1-12.
38. Pérez Neria, José "Contaminación atmosférica, tabaquismo y función respiratoria". En: **Gaceta Médica de México**, vol 129 núm. 1, enero-febreiro 1993, México, INER, pp. 45-48.
39. Stacy, A. Et Al "Expectancy accessibility and the influence of outcome expectancies on adolescent smokeless tobacco use". En *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, núm. 10, junio 1990, United States, University of Southern California, pp. 802-817.
40. Elder, J. Et Al "Stages of adolescent tobacco-use acquisition". En. **Adictive Behaviors**, vol. 15 núm. 5, 1990, United States, University of California, San Diego, pp. 449-454.
41. Burton, D. Et Al "Image attributions and smoking intentions among seventh grade students". En: **Journal of Applied Social Psychology**, vol. 19, núm. 8, junio 1989, United States, The University of Illinois at Chicago, Prevention Research Center, pp. 656-664.
42. Díaz Fernández, O., Sanabria Carretero, M. A. "Variables Relacionadas Con el Inicio Del Consumo De Tabaco". En: **Adicciones**, vol 5, núm. 3, 1993, pp. 287-304
43. Rico F.G Et Al. "Efectos del tabaquismo en las vías aéreas inferiores" En: Rico F.G., Ruiz L.G., eds **Tabaquismo. Su Repercusión en Aparatos y Sistemas**, Trillas, 1990, México, pp. 95-108.
44. Barea H., Angulo O., Díaz A. "Efectos del tabaquismo en el sistema genitourinario" En: Rico F.G., Ruiz L.G., eds. **Tabaquismo. Su repercusión en Aparatos y Sistemas**, Trillas, 1990, México, pp 140-148.
45. Cruz S. L. "Farmacología de las sustancias psicoactivas". En: Tapia Conyer R., de. **Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas**. El Manual Moderno, 1994, México, pp. 269-283.

- 46 Vélez, Agustín Et Al "Efectos del tabaquismo en la salud". En: **Consejo Nacional Contra las Adicciones**, núm 7, abril 1992, México, CONADIC, pp. 1-12.
- 47 Lewtas-J "Human exposure to complex mixtures of air pollutants". En: **Toxicol-Lett**, vol. 72 (1-3), Junio 1994, Netherlands, pp 163-169
48. Repace JL; Lowrey AH. "An enforceable indoor air quality standard for environmental tobacco smoke in the workplace". En: **Risk-Anal**, vol 13 (4), agosto 1993, United States, pp 463-475
49. Laroche M Et Al, "Osteocalcin et tabagisme". En: **Rev-Rhum-Ed-Fr**, vol. 61, (6), Junio 1994, France, pp 433-436
- 50 Ross C Brownson, Et Al "Predictors of individual action to reduce exposure to environmental tobacco smoke". En **Tobacco Control**, vol. 3, 1994, United States, pp. 216-221
51. Francisco García Río, Et Al. "The human costs of tobacco use". En: **The New England Journal Of Medicine**, vol. 1.33 (9), septiembre 1994, España, p 618
- 52 Friedrich Katscher, Ph D Mariahilfer Str. "The Human Costs of Tobacco Use (Lether)". En: **The New England Journal Of Medicine**, vol. 1.331 (9); septiembre 1994; Austria; p 618
- 53 Wayne H. Kaesemeyer, MD. "Holding Smokers Accountable for Heart Disease Costs". En **Circulation**, vol 90 núm 2, agosto 1994, United States, pp 1029-1032
- 54 Tate, James Chris Et Al "Pharmacological and non-pharmacological smoking motives: A replication and extension". En: **Addiction**, vol 89, núm. 3, marzo 1994, United States, University of Michigan Behavioral Medicine Program, Ann Arbor, pp. 321-330.
55. Pomer Leau, -Ovide-F. Et Al. " Why some people smoke and others do not New perspectives. ". En **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 61 . núm 5, octubre 1993, United States, Department of Psychiatry, U Michigan Behavioral Genetics, Ann Arbor, pp 723-731
- 56 Nelson DE Et Al. "Cigarette smoking prevalence by occupation in the United States. A comparison between 1978 to 1980 and 1987 to 1990". En: **Journal Occup Med**, vol. 36 (5), mayo 1994, United States, Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, pp 516-525.
57. I.C McManus', "Smoking, personality and reasons for smoking: a reply to Eysenck". En. **Psychological Medicine**, vol 13, 1983, London, From the Department of Psychology, Bedford College, University of London and the Department of Psychiatry, St Mary's Hospital Medical School, London, pp 895-896
- 58 Martín J. Jarvis "A profile of tobacco smoking". En: **Addiction**, vol 89, 1994, London, ICRF Health Behavior Unit, Institute of Psychiatry, pp. 1371-1376.
- 59 José Pérez Neria, Et Al "Contaminación del aire en interiores. Efecto del tabaquismo pasivo sobre la función pulmonar de niños y adultos asmáticos". En **Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias México**, vol. 6 núm 1, enero-marzo 1993, México, INER, pp. 4-7
60. Eileen Goddard. "Why Children start smoking cigarettes". En: **British Journal of Addiction**, vol. 87, 1992, London, The Social Survey Division of the Office of Population Censuses and Surveys carries out a wide range of surveys for British government departments, pp 17-25.

- 61 Karen M. Et Al. "Why children start smoking cigarettes: predictors of onset". En **British Journal of Addiction**, vol. 87, 1992. London, College of Nursing, University of Illinois, Prevention Research Center, University of Illinois at Chicago, Center for Behavioral Research in Cancer, Victoria Australia, pp. 1711-1724
- 62 Wendy Fidler. Et Al. "Smoking: a special need?". En **British Journal of Addiction**, vol. 87, 1992. London, ASH Scotland, Edinburgh EH2 2HB, Department of Psychology, University of Edinburgh, University of Manchester, Oxford Road, pp. 1583-1591
- 63 Cynthia S. Pomeroieau. Et Al. "Discordance of physiological and biochemical response to smoking and to psychological stress". En **British Journal of Addiction**, vol. 85, núm. 10, octubre 1990. United State, Behavioral Medicine Program, University of Michigan, Department of psychiatry, pp. 1309-1316
64. Eysenck, HJ. "A note on 'Smoking, personality and reasons for smoking'". En **Psychological Medicine**, vol. 13, 1983, Great Britain, From the Department of Psychology, Institute of Psychiatry, London, pp. 447-448
- 65 Vélez, Agustín. Et Al. "Salud y tabaco". En: **Consejo Nacional Contra las Adicciones**, núm. 1, octubre 1991, México, Conadic, pp. 1-12
66. S. Nicholls, Eric. Et Al. "La adicción al tabaco". En: **Programa Promoción de la Salud (HPA), Sinopsis informativa**, núm. 2/92, noviembre 1992, Washington, D.C., pp. 1-8.
67. Villarreal, Julián. Et Al. "Salud o Tabaco". En: **Consejo Nacional Contra las Adicciones**, núm. 9, junio 1992, México, CONADIC, pp. 3-12
- 68 Land, Thomas. "Un círculo infernal". En: **Revista Salud Mental**, febrero-marzo 1980, México, pp. 27-29
69. Organización Mundial de la Salud. "Alerta al tabaco". En: **Boletín informativo**, 6a. Conferencia Mundial sobre el Tabaco y la Salud, núm. 16, noviembre 1987, Tokio, pp. 1-4
70. Tovilla y Pomar Manuel. Et Al. "Tabaquismo y aparato respiratorio". En: **Consejo Nacional Contra las Adicciones**, núm. 8, mayo 1992, México, CONADIC, pp. 3-15
- 71 Arden, G. Christen. "The impact of tobacco use and cessation on oral and dental diseases and conditions". En **The American Journal of Medicine**, vol. 93, (suppl. 1A), July 1992, United States, Indiana University school of Dentistry, pp. 1A-25S---1A-31S
- 72 Tapia Conyer Roberto. Et Al. "Mortalidad y años de vida potencial perdidos por consumo de tabaco en México". En **Gaceta Médica de México**, vol. 130, núm. 6, noviembre-diciembre 1994, México, Encuesta Nacional de Adicciones, pp. 425-431.
- 73 Fuentes, Patricia. Et Al. "Octava Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud". En **Consejo Nacional Contra las Adicciones**, núm. 3, diciembre 1991, México, CONADIC, pp. 1-8.
- 74 George R. Lesmes, Ph. D., Kathryn H. Donofrio, M.S. "Passive Smoking: The Medical and Economic Issues". En **The American Journal of Medicine**, vol. 93 (suppl. 1A), July 1992, United States, Northeastern Illinois University, Chicago, pp. 1A-38S---1A-42S

- 75 Tsevat, Joel "Impact and Cost-Effectiveness of Smoking Interventions". En: **The American Journal of Medicine**, vol. 93 (suppl 1A), July 1992, United States, Harvard Medical School Boston, Massachusetts, pp. 1A-43S---1A-47S
- 76 American Psychiatric Association Washington, D.C. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". En: **DSM-IV**, fourth edition, 1994, United States, pp 243-247
- 77 Díaz Santos, M. Oviedo Gómez, Ma Teresa. "La adicción al tabaco". En **Consejo Nacional Contra las Adicciones**, núm 15, enero-febrero 1993, México, CONADIC, pp 1-12
- 78 Ovide F. Pomerleau. "Nicotine and the Central Nervous System: Biobehavioral Effects of Cigarette Smoking". En: **The American Journal of Medicine**, vol. 93 (suppl 1A), July 1992, United States, University of Michigan, pp 1A-2S---1A-7S
- 79 Russell, Et Al. "Classification of Smoking by Motives". En **Statist. Soc. A**, parte 3 1974, London pp 315-345
- 80 F Scarlett, Jane, Et Al. "Effect of ambient levels of smoke and sulphur dioxide on the health of a national sample of 23 year old subjects in 1981". En: **Thorax**, 50, 1995, London, London School of hygiene and Tropical Medicine, pp. 764-768
- 81 Burckhard, Jung. "Passive smoking aboard passenger aircraft". En **Tobacco Control**, 3, 1994, Germany, Institute for Social Medicine and Epidemiology, Berlin, pp 50-58
- 82 Gary L. Huber, M D. "Tobacco: Its History, Economics, and Political Influence". En **Seminars in Respiratory Medicine**, vol. 10, núm. 4, octubre 1989, United States, University of Texas Health Center at Tyler, pp. 278-296
- 83 Gutiérrez de Velasco H. Carmen. "Tabaquismo". En: **Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México**, vol 6, núm 1 enero-marzo 1993, México, INER, pp 2-3
- 84 Gary L. Huber, M.D. "Physical, Chemical, and Biologic Properties of Tobacco Cigarette Smoke, and Other Tobacco Products". En **Seminars in Respiratory Medicine**, vol 10, núm 4, octubre 1989, United States, University of Texas Health Center at Tyler, pp 297-303
- 85 Thomas E Novotny. "Nosology and epidemiology dance partners in tobacco control". En **Tobacco Control**, vol. 3, 1994, United States, University of California at Berkeley, pp 95-100
- 86 Nowak, Rachel. "Looking ahead to cigarette regulation". En **Science**, vol 265, agosto 1994, United State, University of California, pp. 863-864.
- 87 D J. K. Balfour. " Neural mechanisms underlying nicotine dependence". En **Addiction** , vol 89 1994, London, Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology, University of Dundee Medical School, pp. 1419-1423
- 88 Zeballos Zelada José L "Mensaje para el día mundial sin fumar". En **Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias**, vol 8 núm. 2, abril-junio 1995, México, INER, pp 98-99
- 89 Camacho Solís Rafael "Día mundial sin tabaco. 31 de mayo de 1995" En: **Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias México**, vol 8 núm. 2, abril-junio 1995, México, INER, pp 95-96

90. Rubio Monteverde Horacio "Acciones y perspectivas del Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo". En **Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias México**, vol 8 núm. 2, abril-junio 1995. México. INER, pp 100-102
91. Velasco Fernández, Rafael. "Día mundial sin tabaco. 31 de mayo de 1995". En: **Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias México**, vol 8 núm. 2, abril-junio 1995. México, INER, pp 103
92. Méndez Guerra Mónica. El AI "Contaminación de interiores memoria y tabaquismo". En **Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias México**, vol. 8 núm. 2, abril-junio 1995, México, INER, pp.124-127
93. Gutiérrez de Velasco Carmen, "Tabaquismo". En. **Las adicciones: Hacia un enfoque Multidisciplinario**, 1994, México, Secretaria de Salud, pp. 120-132.
94. Martínez Rossier Luis A.. "Efectos biológicos y daño pulmonar", En. **Las adicciones: Hacia un enfoque Multidisciplinario**, 1994, México, Secretaria de Salud, pp 133-140.

11. GLOSARIO

Desviación estándar : sirve para indicar la variación que presentan los individuos de una muestra , alrededor de su promedio

Distribución T : es la distribución continua obtenida de la relación existente entre una distribución normal tipificada y la raíz cuadrada del coeficiente de una distribución ji cuadrada dividida entre el número de grados libertad.

Estudio abierto : investigación aplicada a una comunidad , donde los participantes en ella conocen las condiciones para la realización del mismo.

Estudio básico : descriptivo y exploratorio no tiene aplicación en ese momento.

Estudio exploratorio : estudio que se hace en un grupo de población donde se conocen las características del evento , que sirven de punto de partida al estudio.

Estudio prospectivo : realizado en un lugar y un periodo de tiempo determinado a partir de su inicio

Estudio salud publica : Estudio de una población y de una comunidad , cuyas características pueden ser aplicables en cualquier otro grupo , que reúna las mismas condiciones.

Estudio transversal : un estudio de incidencia de un problema , en una población a la cual se estudia en una sola ocasión.

Grados de libertad : es igual al tamaño de la muestra menos uno.

ji cuadrada (X^2) . Es la comparación de una serie de porcentajes.

Muestra aleatoria : Cada elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser incluido en una muestra.

Muestra estratificada : Comprende el dividir la población en subgrupos (estratos) de elementos semejantes , y muestrear después en cada grupo

Prueba T : calcula el valor aproximado de la probabilidad asociada a una verificación mediante T , con un margen de error ± 0.05 .

12. ANEXO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CUESTIONARIO.

Cuestionario I

1. Edad El encuestado escribirá con número la edad en años cumplidos a la fecha de la aplicación del cuestionario.

2. Sexo: Se marcará con una X en la línea correspondiente si es masculino o femenino

- 3 Estado civil El sujeto anotará en el paréntesis su estado civil actual, teniendo las siguientes opciones
a) Soltero (a) b) Casado (a) c) Divorciado (a) d) Viudo (a) e) Unión libre

4. Escolaridad: Se pedirá al individuo informar el grado máximo de estudios, anotando en el paréntesis una de las siguientes opciones.
a) Primaria b) Secundaria c) Carrera comercial d) Carrera técnica e) Bachillerato o equivalente f) Profesional g) Maestría h) Doctorado

5. Actividad laboral. El sujeto de estudio anotará la ocupación que desempeña actualmente

6. Alguno de sus compañeros de trabajo fuma: En este enunciado se pide al entrevistado marque con una X la opción correspondiente afirmando o negando.

- 7 Inhala el humo de su compañero fumador: en esta pregunta se pide al trabajador marque con una X la opción elegida.

8. Siente que esto le produce molestias: Se pide al encuestado conteste marcando con una X en la línea correspondiente afirmando o negando.

9 Especifique cuales molestias. Se pide al entrevistado subraye el inciso o incisos de las molestias que le causa el humo del cigarro teniendo las siguientes opciones

- a) Dolor de cabeza b) Náuseas c) Lagrimeo d) Accesos de tos
e) Molestias en la nariz f) Mareo g) Todas las anteriores.

10 Fuma usted. El trabajador anotará una X en el guión correspondiente si fuma o no

11 Fuma en su centro de trabajo. Se pedirá al encuestado marque con una X en la línea correspondiente afirmando o negando.

Cuestionario II

1. A que edad comenzó usted a fumar: Se le pedirá a la persona escriba con número la edad en que inició a fumar

2 Cuantos cigarrillos fuma diariamente en su jornada laboral: El entrevistado anotará en el paréntesis una de las opciones siguientes.

- a) Esporádicamente b) De 1 a 5 c) De 6 a 10 d) De 11 a 15 e) Más de 20

3. Cuantos cigarrillos fuma fuera de su centro de trabajo: El trabajador anotará en la línea correspondiente el número de cigarrillos que fuma, de las siguientes opciones;
Casa, trayecto, reuniones sociales.

4. Cuando usted no fuma siente: El individuo marcará con una X las opciones que considere;

- a) Necesidad de cigarro b) Irritabilidad, frustración, o ira c) Ansiedad d) Dificultad de concentración e) Inquietud f) Que su corazón late más lentamente g) Aumento de apetito o de peso h) Todas las anteriores

5. Cuando la carga de trabajo aumenta fuma más. El entrevistado marcará con una X la respuesta adecuada, afirmando o negando.
6. Fuma usted para disminuir el stress causado por su actividad laboral. El trabajador marcará con una X la respuesta adecuada.
7. Cuando realiza trabajos monótonos fuma. La persona marcará con una X en la línea correspondiente afirmando o negando esta pregunta.
8. Cuando fuma siente que tiene mejor rendimiento. El siguiente cuestionamiento lo responderá enmarcando con una X la respuesta que considere correcta, afirmando o negando.
9. En que situaciones fuma. Se pide al individuo indique en que situación fuma marcando con una X la opción u opciones siguientes;
- a) Al iniciar la jornada b) Al terminar la jornada c) En juntas d) Trabajando
e) Tomando café f) En periodo de descanso
10. Fuma para disminuir el cansancio cuando está trabajando. El sujeto marcará con una X afirmando o negando la respuesta.
11. Fuma dentro de su trabajo para olvidarse de problemas laborales. El siguiente ítem lo marcará con una X afirmándolo o negándolo.
12. Cuando en su centro de trabajo le prohíben fumar, fuma con más frecuencia. Esta pregunta la contestará la persona marcando con una X afirmativa o negativamente.

INDICACIONES PARA EL USO DEL CUESTIONARIO.**Cuestionario I.**

1 - Edad: La finalidad de esta clasificación, es detectar a los sujetos que se encuentran en el rango de 18 a 29 años, de la población económicamente más activa

Esta información será clasificada en la siguiente escala cuantitativa.

15-19	40-44
20-24	45-49
25-29	50-54
30-34	55-59
35-39	60 y más

2 - Sexo. La importancia de este ítem, es determinar la comparación de los sexos, y determinar el que más fuma, haciendo a su vez una comparación en la edad que tiende a fumar

3.- Estado civil: La determinación de este rubro, es indicar en cual de las siguientes clasificaciones ---soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.--- se encuentran los fumadores más activos.

4 - Escolaridad. Este indicador será utilizado para detectar a los sujetos que debido a su formación escolar fuman.

5.- Actividad laboral: Esta variable nos ayudará un poco a entender algunas de las causas por las cuales las personas fuman, la cual se clasificará de acuerdo al trabajo que desempeñen.

2. Cuantos cigarrillos fuma diariamente en su jornada laboral. El objetivo de tal planteamiento, nos permitirá clasificar a los fumadores en dos grupos, en fumadores ligeros y pesados
3. Cuantos cigarrillos fuma fuera de su centro de trabajo: Tal pregunta será relacionada con la anterior debido a la naturaleza de la misma, pues esta nos señalará con más precisión a los fumadores ligeros y pesados; además nos ayudará a conocer el tiempo que --- los fumadores--- llevan fumando.
4. Cuando usted no fuma siente: Con la detección de la sintomatología que se presenta al suprimir el cigarro, nos ayudará a entender de que forma el cuerpo del individuo se manifiesta ante la necesidad de la nicotina, y por consiguiente su conducta.
5. Cuando la carga de trabajo aumenta fuma más: Es interesante enunciar si debido a tal causa, se incita a los sujetos a fumar en proporciones mayores o menores, que a su vez nos auxiliará a ver si este tipo de trabajo los distrae para no fumar
6. Fuma usted para disminuir el stress causado por su actividad laboral: Usualmente se relaciona al stress con el tabaquismo, por tal razón decidí incluir este cuestionamiento para determinar una de tantas razones del porque la gente fuma.
7. Cuando realiza trabajos monótonos fuma: Esta pregunta es importante ya que debido a la clase de trabajo, el trabajador reacciona, y dicha reacción puede ser el fumar.
8. Cuando fuma siente que tiene mejor rendimiento. Este rubro es interesante debido a la magnitud económica que esto implica, ya que los aspectos físicos, psicológicos y sociales influyen en las personas haciendo que estas tomen ciertas actitudes como son el fumar, lo cual puede funcionar para que incremente su productividad o disminuya, como efecto de fumar

9 En que situaciones fuma La especificación para detectar los momentos en que los sujetos fuman, es para conocer en que tipo de actividad lo realiza, si es trabajando calmado el stress o en sus momentos de descanso, por placer o solo por moda

10. Fuma para disminuir el cansancio cuando está trabajando Al cuestionar esto nos *advierte el tipo y calidad de vida que los trabajadores tienen*

11 Fuma dentro de su trabajo para olvidarse de problemas laborales: Este aspecto se relaciona con el estilo de vida que el fumador lleva, pues el cigarro es una forma de liberar sus tensiones, tornándose posteriormente en una adicción del individuo.

12. Cuando en su centro de trabajo le prohíben fumar, fuma con más frecuencia. El *preguntar tal situación nos indica la tensión en la que el fumador se encuentra, si este la tiene, o la actitud que toma por dicha prohibición.*

ENCUESTA SOBRE TABAQUISMO.

México D F a ____ de _____ de 1995

1 Edad _____

2. Sexo. Masculino ____ Femenino ____

Escriba en el paréntesis el inciso que contenga la respuesta adecuada.

3. Estado Civil

a) Soltero (a) b) Casado (a) c) Divorciado (a) d) Viudo (a)

e) Unión libre ()

4 Escolaridad

a) Primaria b) Secundaria c) Carrera comercial d) Carrera técnica

e) Bachillerato o equivalente f) Profesional g) Maestría h) Doctorado ()

5. Actividad laboral _____

Marque con una X la respuesta adecuada.

6. Alguno de sus compañeros de trabajo fuma Sí ____ No ____

7. Inhala el humo de su compañero fumador Sí ____ No ____

8. Siente que esto le produce molestias Sí ____ No ____

Subraye el inciso o incisos correctos.

9. Especifique cuales molestias:

a) Dolor de cabeza b) Náuseas c) Lagrimeo d) Accesos de tos

e) Molestias en la nariz f) Mareo g) Todas las anteriores

Marque con una X la respuesta adecuada.

10. Fuma usted Sí ____ No ____

11. Fuma en su centro de trabajo Sí ____ No ____

Si fuma usted favor de contestar el siguiente cuestionario.

Marque con una X la respuesta adecuada.

1 ¿A qué edad comenzó usted a fumar? _____

Escriba el inciso en el paréntesis.

2 ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente en su jornada laboral?

a) Esporádicamente b) De 1 a 5 c) De 6 a 10 d) De 11 a 15 e) 20 y Más ()

3. ¿Cuántos cigarrillos fuma fuera de su centro de trabajo?

Casa _____ Trayecto _____ Reuniones sociales _____

Marque con una X la respuesta(s) adecuada(s).

4 Cuando usted no fuma siente:

a) Necesidad de cigarro b) Irritabilidad, frustración, o ira c) Ansiedad
d) Dificultad de concentración e) Inquietud f) Que su corazón late más lentamente
g) Aumento de apetito o de peso h) Todas las anteriores

5 Cuando la carga de trabajo aumenta fuma más Sí _____ No _____

6 Fuma usted para disminuir el stress causado por su actividad laboral
Sí _____ No _____

7. Cuando realiza trabajos monótonos fuma Sí _____ No _____

8 Cuando fuma siente que tiene mejor rendimiento Sí _____ No _____

9. En que situaciones fuma:

a) Al iniciar la jornada _____ b) Al terminar la jornada _____ c) En juntas _____
d) Trabajando _____ e) Tomando café _____ f) En periodo de descanso _____
g) Todas las anteriores _____

10. Fuma para disminuir el cansancio cuando está trabajando Sí _____ No _____

11 Fuma dentro de su trabajo para olvidarse de problemas laborales Sí _____ No _____

12. Cuando en su centro de trabajo le prohíben fumar, fuma con más frecuencia
Sí _____ No _____