



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTRETRICIA



TESIS INDIVIDUAL.

Como intervienen los Factores Culturales, Legales y los Conocimientos en las actitudes que toma el personal de la Salud para Disminuir el Riego de Tabaquismo en la Unidad Médico Familiar N° 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA :

**HÉCTOR GARCÍA MORÁN
N° DE CUENTA: 9104209-5**

ASESORA DE TESIS:



MAESTRA: INÍGA PÉREZ CABRERA.

OCTUBRE, 2004

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|-------------|
| AGRADECIMIENTOS | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1. – ASPECTOS DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1. - Árbol del problema | 3 |
| 1.2. - Delimitación de la situación del problema | 4 |
| 1.3. - Descripción del problema | 4 |
| 1.4. - Planteamiento del problema | 5 |
| 1.5. - Objetivo general | 6 |
| 1.6. - Objetivos específicos | 6 |
| 1.7. - Hipótesis general | 7 |
| 1.8. - Hipótesis específica | 7 |
| 1.9. – Variables | 8 |
| 1.10. - Ejes conceptuales | 8 |
| 1.12. - Operacionalización de variables | 13 |
| 2. - MARCO TEÓRICO | 14 |
| 2.1. - Cultura y salud | 14 |
| 2.2. - Marco jurídico contra las adicciones | 17 |
| Plan nacional de desarrollo | 17 |
| Programa nacional de salud | 18 |
| Programa contra las adicciones | 19 |
| Ley orgánica de la administración pública | 19 |
| Ley general de salud | 20 |
| Programa contra el tabaquismo | 21 |
| 2.3. - Generalidades del tabaco | 27 |
| 2.3.1. – Adicción | 27 |
| 2.3.2. - Antecedentes históricos del tabaco | 28 |
| 2.3.3. - Composición química del tabaco | 30 |
| 2.4. - Tipos de tabaquismo | 31 |
| 2.4.1. - Clasificación de los fumadores | 31 |
| 2.5. - Factores psicosociales relacionados con el tabaquismo | 32 |
| 2.5.1. - Dependencia de la nicotina | 32 |
| 2.5.2. - Factores coadyuvantes de la dependencia | 34 |
| 2.5.3. - Estructura biopsicosocial del fumador | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 2.6. - Enfermedades que causa el tabaquismo | 35 |
| Afecciones del tracto respiratorio | 36 |
| Cáncer | 36 |
| Afecciones cardiovasculares | 37 |
| Afecciones del tracto digestivo | 38 |
| Problemas en salud reproductiva | 38 |
| Problemas generales de salud | 39 |
| Problemas de salud pública | 40 |
| 2.7. - Norma oficial sobre el consumo de tabaco | 41 |
| Capítulo I. Disposiciones generales | 41 |
| Capítulo II. Programa contra el tabaquismo | 41 |
| Capítulo III. Consumo de tabaco | 42 |
| Capítulo IV. Coordinación | 45 |
| Capítulo V. Vigilancia | 45 |
| Capítulo VI. Sanciones | 45 |
| Transitorios | 45 |
| 2.8. - Tratamiento y rehabilitación del fumador | 46 |
| Métodos conductuales | 46 |
| Métodos de tratamiento farmacológico | 47 |
| Reemplazo con nicotina | 47 |
| Tratamiento grupal | 47 |
| El papel del personal médico en el abandono del hábito tabaquico | 48 |
| 3. – METODOLOGIA | 49 |
| 3.1. - Tipo de investigación | 49 |
| 3.2. - Ubicación del espacio temporal | 49 |
| 3.2.1. – Lugar | 49 |
| 3.2.2. - Periodo de estudio | 49 |
| 3.3. – Universo | 49 |
| 3.4. - Muestra censal | 50 |
| 3.5. - Criterios de selección | 50 |
| 3.5.1. - Criterios de inclusión | 50 |
| 3.5.2. - Criterios de no inclusión | 50 |
| 3.5.3. - Criterios de eliminación | 50 |
| 3.6. - Método, técnica e instrumento de recolección | 51 |
| 3.6.1. – Método | 51 |
| 3.6.2. – Técnica | 51 |
| 3.6.3. – Instrumento | 51 |
| 3.7. - Proceso de la investigación | 51 |
| 3.8. - Procesamiento estadístico de los datos | 52 |
| 3.9. - Prueba de Hipótesis | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 3.10. - Organización de la investigación | 52 |
| 3.10.1. - Recursos humanos | 52 |
| 3.10.2. - Recursos materiales | 52 |
| 3.10.3. - Recursos financieros | 52 |
| 4. - DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS | 53 |
| CONCLUSIONES | 73 |
| PROPUESTA | 76 |
| 5. – REFERENCIAS | 78 |
| 5.1. – Bibliografía | 78 |
| 5.2. - Cédula de entrevista | 85 |
| CUADROS Y GRÁFICAS | 90 |

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la oportunidad de venir a este mundo, que me dio la inteligencia y sensatez para alcanzar este proyecto de vida.

A MI MADRE

Por haberme concebido y estar en los momentos claves de toda mi vida, y en especial en unas vacaciones, en las cuales se empeñó en ayudarme para aprender a leer; ella fue la que me hizo creer en mí mismo y que todo lo lograría por medio del esfuerzo y la perseverancia.

Gracias te doy Duende ahora que tienes en tus manos el fruto de muchos esfuerzos y sacrificios, todo lo hice por ti y porque te sintieras orgullosa de tu hijo.

Tu fuiste mi inspiración y mi fuerza, ya que sola nos sacaste adelante a mi hermano y a mí; Esté es un pequeño regalo que te hago, el cual estoy seguro vas a valorar muchísimo.

Te quiere siempre y por siempre tu hijo.

A MI HERMANO

Por soportarme y estar en los momentos tristes y alegres; así como soportar esas malas noches que le hice pasar con mi ruidosa maquina de escribir; así como te agradezco él haber sacrificado tus estudios, para poder comprar un terreno y que me permitieras seguir estudiando.

Gracias Gallina, siempre estaré ahí, cuando me necesites.

A MI ESPOSA

Tu insistencia y terquedad, ya que gracias a esto pude darle fin a este trabajo de titulación, ya que fue más fuerte su insistencia para que me titulara que la desidia mía.

Gracias Elena por todo tu apoyo, comprensión y confianza.

Tú eres la persona que más me ha impulsado para hacer cosas que yo sólo no hubiese logrado.

A MI PADRE

Por la educación, que muy a su manera me dio, y que si no hubiera sido por está, ahora no fuera tan independiente y esforzado en lo que quiero.

A TODAS

Aquellas personas que con su apoyo me ayudaron a conseguir y alcanzar lo que siempre me propuse; ya fuera con un consejo, un libro, una bata, económicamente; yo sé que quien lea esté párrafo se va a acordar, pues el mencionar a todos aquellos que me ayudaron sería llenar muchas hojas, que se quedarán en el olvido; lo que sí les aseguro es que en mí corazón y en mí mente siempre estarán.

A SAUL

Porque cuando más problemas económicos tenía y que esto me estaba orillando a dejar la carrera, me invito a trabajar como mesero; esto fue algo que me cambio la vida, pues gracias a este trabajo culmine mis estudios y encontré la felicidad con la mujer con la cual estoy casado. Este trabajo me da muchas satisfacciones personales y me hace crecer como ser humano, por eso le doy las gracias a la Familia Banquetes Aranza y a mis patronos por haberme proporcionado su confianza, ya que forman parte importante de mi vida.

A LOS PROFESORES

Les doy a todos y cada uno de los profesores que encontré en mi camino, ya que me enseñaron mucho de lo que ahora sé y soy. En especial agradezco a la Maestra Iñiga Pérez, ya que me dio la oportunidad de asesorar mí trabajo de titulación; así como a las profesoras Laura Alfonso Gutiérrez, Quetzalitzli Silvia Díaz Durán y Sofía del Carmen Sánchez Piña por el tiempo brindado, así como sus acertadas observaciones que hicieron para concluir mi trabajo. Gracias a esta Institución, que es la UNAM la cuál me abrió sus puertas y me dio la oportunidad de ser un puma más desde el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco y terminar en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

A MI FAMILIA

Por todo su apoyo proporcionado a la Familia García Morán, solo quiero mencionar que pase lo que pase siempre los recordare.

Familia Sánchez Morán
Familia Carmona Morán
Familia Morán
Familia Morán Jiménez
Familia Tamayo Morán
Familia Fierro Morán

A FRANCISCO BARRETO

La amistad sincera, independientemente del apoyo brindado para la culminación de mí proyecto de Titulación.

A MIRIAM

Por ser muy importante en mi vida, que me hizo comprender lo que es ser un hermano mayor; espero ser un buen ejemplo para ti a seguir; porque aunque no somos hermanos yo te quiero y te considero como tal.

GRACIAS A TODOS, POR TODO LO QUE ME BRINDARON

INTRODUCCIÓN

El Tabaco es una planta originaria del continente Americano cuyo uso se ha extendido universalmente, en especial en el curso de este siglo.

En el pasado el Tabaco fue utilizado con fines diferentes a los actuales, en las Culturas Precolombinas se creía que tenía efectos curativos.

El abuso del Tabaco desencadenó el Tabaquismo, un problema de Salud Pública que empezó a reconocerse como tal a partir de los años cincuentas, en los Países Desarrollados que desde entonces abrieron líneas de investigación para medir y precisar los daños producidos por el consumo del mismo.

Las pérdidas de vida, el ausentismo laboral por enfermedad, los costos sociales y económicos y la clasificación como Problema Epidémico que gesta; enfermedades tempranas en la mayoría de los grupos sociales, así como en el terreno de las adicciones, ha dado pautas de acción y de alerta a todos los países por conducto de las organizaciones médicas internacionales: entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien propone se actúe pronta y decisivamente en el combate de este daño a la salud.

Por las dimensiones del problema que involucra al personal de salud es de suma importancia realizar una investigación con respecto al tabaquismo ya que estos son los encargados de proporcionar educación para la salud a la población para intentar un cambio en los hábitos que tiene cada persona o comunidad e identificar si estos tienen la capacidad de asimilar los daños inmediatos, mediatos y a largo plazo que provoca el fumar, sino ¿cómo van a ser capaces de fomentar y producir un cambio en el *modus vivendus* de una persona?, si estos no tienen la actitud negativa al acto de fumar.

Como dice el dicho " el buen juez, por su casa empieza ", con esto quiero crear una atmósfera de hasta que punto están convencidos los profesionales de la salud de los daños que provoca el fumar, con todos los conocimientos que tiene tanto biológicos como psicológicos y sociales y lo que es peor hasta donde y de que forma se puede comprometer en forma profesional para incitar a otra persona a que cambie un mal hábito si éste no es capaz de producirlo en su persona.

Es también importante conocer hasta que punto el personal que labora dentro de una institución de salud es capaz de respetar el sitio en el cual se encuentra laborando.

Por otra parte, en este estudio se pretenden identificar las causas por lo que sucede la situación de asumir las normas en cuanto a no fumar dentro de los edificios públicos.

El presente trabajo consta de: cuatro apartados: el primero; sobre aspectos del problema, incluye el árbol del problema, la descripción y planteamiento del mismo; los objetivos, las hipótesis y las variables.

El segundo; del marco teórico incluye la descripción del programa nacional de adicciones, los daños a la salud a los que da origen el tabaquismo, así como el factor de riesgo para diversos problemas crónico-degenerativos; la norma técnica para el control de tabaquismo dentro de los edificios públicos y un apartado referente a la cultura.

En el tercer punto se describe la metodología con el tipo de investigación, definición del universo, la muestra censal, los criterios de inclusión; así como el método, la técnica y el instrumento para la recolección de datos; el proceso de investigación, tratamiento estadístico de datos y comprobación de hipótesis.

En el cuarto apartado se realiza la descripción e interpretación de datos, comprobación de hipótesis, las conclusiones y la propuesta.

Al final, el capítulo de referencias incluye la bibliografía y el cuestionario, así como tablas y gráficas.

1. -ASPECTOS DEL PROBLEMA

1.1. -ÁRBOL DEL PROBLEMA

Se identifica la problemática de que el personal de salud, aunque conoce los daños que causa el fumar, no toma una actitud de rechazó; aún siendo que para todas las instituciones gubernamentales sea obligatorio el no fumar y aunque éste es el en cargado de cuidar de la salud tanto propio como de extraños, se da sus tiempos y lugar para llevar a cabo la acción de fumar.

FACTORES CULTURALES:

- Conocimientos adquiridos en lo informal con respecto al hábito de fumar.
- Manifestaciones intelectuales: creencias, efectos curativos y estimulación.
- Manifestaciones artísticas: estimulación hacía la creatividad.
- Estructura social: la familia y campo laboral como generadores de adicción.
- Estructura religiosa: como limitador de la autorresponsabilidad.

FACTORES LEGALES:

- Conforme a la ley.
- Legislación.
- Norma técnica.
- Decreto institucional.
- Ley general de salud, plan nacional de adicciones y de salud.

CONOCIMIENTOS:

- Noción con respecto al riesgo de tabaquismo.
- Idea, concepto de adicción y tabaquismo que tiene el personal que labora dentro de una institución de salud.

ACTITUDES:

- Motivación.
- Disposición a reaccionar.
- Intensificar sensaciones placenteras.
- Pertenecer a un grupo social.
- Búsqueda de identidad.
- Distracción de la soledad y el aburrimiento.
- Olvidarse de problemas.
- Expresar independencia.

1.2. –DELIMITACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PROBLEMA

Los factores culturales, legales y los conocimientos influyen en las actitudes que toma el personal de salud para disminuir el riesgo de tabaquismo en la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1.3. – DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la mayoría de instituciones de salud, sino es que en todas, se observó que aún cuando son lugares en los cuales se debe de restringir el hábito de fumar por ser zonas prohibidas para esta actividad, no es del todo respetada, ya que los trabajadores se dan sus momentos y establecen lugares para llevar a cabo está actividad de tipo insano.

Aunque es enterado y por conocimiento, el personal que labora en las instituciones de salud no respeta las señalizaciones y normas que rigen el no fumar ya que se encuentra muy frecuentemente a personal de: enfermería, médicos, trabajo social, intendencia, administrativos, etc., degustando y disfrutando de una exquisita bocanada de humo que se desprende del cigarrillo que portan entre sus dedos.

De lo anterior se pueden desprender muchas cosas como son: el impacto que esta actitud puede representar ante un individuo o comunidad, al cuál unos días antes le hablaron de los daños que puede tener el fumar en su salud; ¿Qué tan creíble puede ser este consejo para el individuo?.

También se puede notar la falta de criterio y responsabilidad al pasar por alto una norma o regla establecida para el acto de fumar en este tipo de lugares.

Así como dejar a un lado los conocimientos adquiridos principalmente por el personal de salud, llámese médico, enfermera, etc., con respecto al daño que causa en su salud.

Por otro lado tenemos, ¿qué tan comprometidos y convincentes estarían consigo mismo para proporcionar una sesión, plática o consejo a un individuo o comunidad con respecto a los daños que esté mal hábito puede causar?, Si estos, no son capaces de asimilarlo para con su propia persona y para su propio bienestar.

1.4. – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿De qué forma intervienen los factores culturales, legales y los conocimientos en las actitudes que toma el personal de salud de la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

¿De qué forma intervienen los factores culturales en las actitudes que toma el personal de salud para disminuir el riesgo de tabaquismo?.

¿De qué forma intervienen los factores legales en las actitudes que toma el personal de salud para disminuir el riesgo de tabaquismo?.

¿De qué forma intervienen los conocimientos adquiridos en las actitudes que toma el personal de salud para disminuir el riesgo de tabaquismo?.

¿De qué forma interviene el grado de escolaridad en las actitudes que toma el personal de salud para disminuir el riesgo de tabaquismo?.

1.5. –OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores culturales, legales, conocimientos y la escolaridad del personal que labora en la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social con respecto a la actitud que toma para disminuir el riesgo de tabaquismo.

1.6. –OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores culturales y realizar una comparación con respecto a la actitud que toma el personal de salud para disminuir el riesgo de tabaquismo.
- Identificar los factores legales y realizar una comparación con respecto a la actitud que toma el personal de salud para disminuir el riesgo de tabaquismo.
- Identificar los conocimientos obtenidos por el personal de salud y compararlos con la actitud que toma para disminuir el riesgo de tabaquismo.
- Identificar el grado de escolaridad por parte del personal de salud y compararlo con la actitud que toma para disminuir el riesgo de tabaquismo.
- Proporcionar los datos obtenidos durante esta investigación a las autoridades para tomar medidas con respecto al riesgo de tabaquismo en el personal de salud.
- Proporcionar sugerencias que ayuden a disminuir el hábito de fumar en el personal de salud que labora dentro y fuera de la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1.7. - HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación entre los factores culturales, legales, los conocimientos y la escolaridad del personal laboral de la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social con respecto a la actitud que toma ante el riesgo y la norma técnica para el Control de tabaquismo.

1.8. – HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- A mayor escolaridad y conocimientos adquiridos mejor actitud ante el riesgo y la norma técnica para el control de tabaquismo.
- A menor escolaridad y conocimientos adquiridos, limitada actitud ante el riesgo y la norma técnica para el control de tabaquismo.
- A mayor influencia del medio familiar y laboral mayor riesgo de tabaquismo.
- A menor influencia del medio familiar y laboral menor riesgo de tabaquismo.
- A Mayor presión legal menor riesgo de tabaquismo.
- A menor presión legal menor riesgo de tabaquismo.

1.9. - VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE
Actitud.

VARIABLE INDEPENDIENTE
Factores culturales.
Factores legales.
Conocimientos.
Escolaridad.

1.10. – EJES CONCEPTUALES

ACTITUD ANTE EL RIESGO DE TABAQUISMO.

La actitud se tiene como: la persistente disposición a reaccionar ante una situación de una determinada forma estimativa; esto es la predisposición para responder favorable o desfavorablemente hacia una persona, objeto, situación o suceso.

Para transpolar el concepto a una situación en específico como es el acto de fumar y para efectos de estudio se va a valorar la actitud que toman los fumadores activos en cuanto a su salud y el respeto que deben de tener a terceros en tanto a dañar su salud, así como es el acatar una norma técnica establecida para la prohibición de fumar en las instituciones gubernamentales.

Ya que está es una actitud irresponsable, por dañar su salud, así como también la salud de otras personas al estar respirando el humo que se desprende del cigarro; aunado a esto nos encontramos dentro de una institución de salud de Primer Nivel, la cual se debe de preocupar por procurar la salud y evitar un daño.

Por otro lado se va a valorar la actitud que toman los fumadores pasivos con respecto al acto de fumar que realizan otras personas, ¿qué tan capaces son de hacer respetar el lugar o espacio en el cuál se encuentran laborando?, Así como hacer valer sus derechos en cuanto a respirar “aire puro y limpio”; Y cuidar su propia salud.

Ya que se pueden dar dos tipos de actitud, la Responsable y Poco Responsable, la primera se considera como aquella persona que no fuma y hace valer su derecho a respirar aire limpio, ya sea evitando el contacto con los fumadores o hacer respetar las áreas donde no se debe fumar. La segunda tipificación son aquellos a los cuales no fuman pero permiten que otros fumen y no respeten su espacio.

FACTORES CULTURALES DEL TABAQUISMO.

Para adaptarse a su ambiente el ser humano desarrolla creencias, costumbres, tradiciones, actividades que lo distinguen y caracterizan en el tiempo y espacio. A través del tiempo, la gente se ha sentido siempre fascinada por las costumbres, religiones, artes, formas de curación, vestimentas, gobiernos, comidas, etc., de los habitantes de otras partes del mundo.

La cultura se aprende y no se hereda biológicamente, de los procesos de aprendizaje de la cultura se llama socialización.

La dificultad de saber que es lo que se aprende, surge porque mucho de lo que aprendemos es intencionadamente enseñado, pero tampoco estamos conscientes de estarlo aprendiendo.

Ahora bien las personas comienzan a fumar por una o más causas como son: curiosidad, adaptarse a las normas de un grupo al que desean pertenecer, expresar rebeldía, imitar la conducta de las personas con mayor "posición social" y en el caso de los jóvenes intentan poseer la apariencia de personas "maduras".

Existe una serie de factores que influyen para que las personas sigan fumando como son: la estimulación (sensación de energía), "manipulación" sensorimotora (satisfacción al encender el cigarro), relajación placentera, premiarse después de que ha pasado la necesidad de permanecer alerta y/o tenso, mejorar la interacción social, el hábito, disminución de la afectividad.

Pero dentro de toda cultura existen parámetros de aceptación; ya que vivimos y nos desarrollamos dentro de grupos sociales diferentes y no todos piensan igual, aunado a esto cada individuo es libre de aceptar lo que es bueno o es malo. Para fines de estudio la aceptación del fumador se tomara como una actitud irresponsable y la no aceptación como una actitud responsable.

FACTORES LEGALES QUE REGULAN EL TABAQUISMO.

En términos de la Ley General de Salud, compete a los gobiernos de las entidades federativas la organización, operación, supervisión y evaluación del programa contra el tabaquismo, para cuya ejecución se requerirá la coordinación de éstos, con la Secretaría de Salud y Consejo de Salubridad General, que además comprenderá, en términos generales, las siguientes acciones:

- a) La prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo.
- b) Educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, por medio de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos.

Por otro lado podemos encontrar disposiciones restrictivas concretamente aplicadas al tabaco y sucedáneos, prescribiendo que las etiquetas de dichos productos deben contener en forma clara y visible leyendas de advertencias escritas con letras legibles y colores contrastantes.

De igual manera, se prohíbe la expedición y suministro de Tabaco a menores de edad y también dispone que las unidades hospitalarias y clínicas del sistema nacional de salud deben contar con áreas donde se prohíba el consumo de tabaco, considerando como tales las de atención médica, auditorios, aulas y zonas de peligro para la seguridad laboral y colectiva así como los sitios de trabajo en un ambiente cerrado.

Dentro del contexto de las acciones encaminadas a prevenir el consumo de tabaco y sus efectos secundarios producidos por la inhalación del humo que se produce en su consumo, debe citarse la expedición del "acuerdo secretarial por el que se restringen áreas para el consumo del tabaco en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los institutos nacionales de salud", publicado en el Diario Oficial de la Federación del 17 de Abril de 1990, se considera como área restringida para el consumo de tabaco las de: atención médica, auditorios, aulas, zonas de peligro para la seguridad laboral y colectiva y sitios de trabajo de ambiente cerrado.

Por medio de estos Acuerdos y Norma Oficial queda completamente prohibido fumar dentro de las Instituciones de Salud, exceptuando pequeñas áreas, para fines de la investigación se tomara en cuenta que tanto el personal de la Unidad Médico Familiar No. 42 conoce o no conoce de la existencia de la Norma Oficial que prohíbe fumar dentro de las Instituciones de Salud.

Al personal que conozca aunque sea un poco de la Norma, es porque ya está enterado de lo que esta se refiere y los que no conocen, es porque de verdad no saben ni que existe una normatividad para las instituciones de salud con respecto a fumar.

CONOCIMIENTOS DEL RIESGO DE TABAQUISMO.

Las campañas de orientación han difundido ampliamente los efectos nocivos, que tiene el tabaco en la salud, casi todas las personas aceptan que fumar es dañino y que a menudo origina enfermedad y muerte; sin embargo cada año aumenta el número de fumadores.

Estudios detallados no sólo confirman el elevado índice de muerte entre los fumadores, sino que las muertes dependen del cáncer de pulmón, enfermedad de arterias coronarias del corazón; enfermedades crónicas (no cancerosas) del pulmón, neoplasias malignas, ataque cardiaco, cáncer de garganta, cáncer de páncreas, cáncer de vejiga, enfisema, bronquitis crónica, etc., pero el fumador no es la única persona afectada por el hábito.

Fumar durante los últimos seis meses del embarazo conlleva a un mayor riesgo de aborto, óbito fetal, muerte al nacimiento y menor peso al nacer, los hijos de padres que fuman tienen un índice mayor de infecciones de vías respiratorias.

El crecimiento en el consumo total se explica por el crecimiento de la población, y por esta razón, han surgido algunos signos por lo que las autoridades han comenzado a despertar y ahora prestan mayor atención a los efectos del tabaco en la salud.

Los intentos sencillos de proscribir el tabaco sin conocer a fondo por qué place a tanta gente, están condenadas al fracaso. Si se pudiera precisar con toda exactitud por qué el tabaco a algunos les da "un íntimo placer" tal vez descubriríamos una forma menos destructiva de dominar y superar los efectos que ocasiona esta hierba.

Conocemos que el fumar ocasiona importantes daños a la salud, por esto mismo es indispensable valorar que tanto el personal de la unidad conoce como daños a la salud; ya que el simple hecho de conocer aunque sean pocos de los problemas de salud que trae el acto de fumar ya es de su conocimiento que esto a futuro puede ocasionar una enfermedad. Por esto es que con tan solo un problema de salud que conozca la persona se tomara como que si conoce que el fumar produce algún daño a la salud; Y solo aquellos que desconocen los problemas, se tomaran como no conocen de los daños que ocasiona el fumar.

ESCOLARIDAD DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD.

Entre las actividades humanas, aprender ha sido una de las más antiguas, y todo hombre está sometido a un largo proceso de enseñanza, pues aprendemos desde la cuna hasta el lecho de muerte, desde niños apenas recién nacidos, hemos tenido necesidad de aprender una infinidad de cosas aparentemente sencillas: mamar, tomar el biberón, caminar, distinguir objetos diferentes, reconocer a nuestros padres, llamar por su nombre a cada objeto, a cada persona, a cada animal, construir frases y largas oraciones, posteriormente, hemos tenido que

aprender a leer, a escribir, a efectuar sencillas operaciones aritméticas, las reglas de ortografía, etc; poco a poco nuestro nivel de conocimientos va en aumento, y sin embargo, cada vez que alcanzamos un nivel determinado, vemos hacia adelante y hacia los lados y notamos que aún nos falta muchísimo por aprender.

Con lo anterior quiero mencionar que la educación, de tipo Formal o Informal con la cuál nos desarrollamos, siempre necesitara de un apoyo que sirva para encausar el camino de los conocimientos adquirido, siendo este punto más referido a la educación formal o por grados (escolarizado).

Este punto es más referido a la Educación Formal o por Grados Escolarizada. La educación formal es la que nos enseña a leer y a escribir, así como también nos habré un mayor campo de expectativa; nos enseña a ser más juiciosos y nos muestra como dirigirnos y convivir con una sociedad, la cual tiene derechos y obligaciones para hacerlos respetar, así como respetarlos.

Es aquí donde aprendemos que es lo que se puede y no se puede hacer en tal o cual lugar. Así como nos enseña lo que puede ser bueno y malo para nuestra salud tanto individual como colectivamente.

PERSONAL DE SALUD.

Para fines prácticos de la investigación, sé tomara a todo personal de salud y administrativo que labora dentro de la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ya que está es una Institución de Primer Nivel, y su principal función es la de prevenir y evitar un daño a la salud más severo tanto al individuo como a la sociedad. Siendo el fumar un acto puede ser previsible, pero que a lo largo del tiempo le ha ganado la batalla a la prevención, llegando a desencadenar muchas patologías que llegan ha ser mortales para un individuo y muy costosas para la sociedad.

Por esto es de mucha responsabilidad el trabajar en una institución como estas, ya que cada una de las personas que labora en estas instituciones, tiene un valor importante; desde el personal de intendencia, mantenimiento, laboratorio, apoyo médico hasta enfermería, médicos y directivos.

1.11. – OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES DE ESTUDIO | DIMENSIÓN | ESCALA | CATEGORIA | INDICACIONES | TÉCNICAS | INSTRUMENTO |
|--|----------------------------|---------|--|---|------------|-------------|
| ACTITUD ANTE EL RIESGO DE TABAQUISMO | RESPUESTA AL ACTO DE FUMAR | ORDINAL | RESPONSABLE POCO RESPONSABLE IRRESPONSABLE | CONDUCTA ANTE EL FUMADOR. COMO FUMADOR ACTIVO CONSIDERA EL BIENESTAR DE LOS DEMÁS | ENTREVISTA | CEDULA |
| FACTORES CULTURALES DEL TABAQUISMO | ACEPTACIÓN | ORDINAL | RESPONSABLE POCO RESPONSABLE IRRESPONSABLE | GENERALMENTE LAS PERSONAS FUMAN POR INVITACIÓN, PLACER, DISTRIBUCIÓN, ABURRIMIENTO, CONVIVENCIA SOCIAL, NECESIDAD, DESEO Y OTROS. | ENTREVISTA | CEDULA |
| FACTORES LEGALES QUE REGULAN EL TABAQUISMO | CONOCIMIENTO | NOMINAL | SÍ NO | PARTE DE LA NORMA TÉCNICA DEL TABAQUISMO O. LEY GENERAL DE SALUD. | ENTREVISTA | CÉDULA |
| CONOCIMIENTO DEL RIESGO DEL TABAQUISMO. | PREVENCIÓN | NOMINAL | SÍ. NO | EL RIESGO A LA SALUD FÍSICA, PERSONAL Y EL RIESGO A LA SALUD DE OTROS. | ENTREVISTA | CEDULA |
| ESCOLARIDAD DEL PERSONAL QUE LABORA DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD | GRADO DE ESTUDIO | NOMINAL | SÍ. NO. | EDUCACIÓN BÁSICA. EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR. SUPERIOR. POSGRADO. | ENTREVISTA | CEDULA. |

2. - MARCO TEÓRICO

2.1. – CULTURA Y SALUD

El nivel de salud de una comunidad está condicionado por factores sociales, económicos, biológicos, físicos-químicos, políticos y culturales. En el curso de la vida, la conjugación de estos factores determina, que el individuo se mantenga sano o enfermo.

La salud individual por mucho tiempo se ha considerado como una condición del organismo físicamente íntegro que funciona de manera armónica, lo que significa un ser que se encuentra completo desde el punto de vista de sus partes que normalmente lo constituyen, y por otro, que estas partes desarrollan sus funciones en forma armónica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como: el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o de afección. En éstos términos, la salud no es sólo bienestar (estar bien) en lo físico o su relación con el ambiente físico, sino también con el ambiente sociocultural.

La enfermedad se presenta en un momento dado, en virtud de que los mecanismos de que dispone el organismo no pueden mantenerlo en equilibrio dinámico con el medio, por causas intrínsecas de desequilibrio interno o porque el ambiente sea muy agresivo y supere a las posibilidades de defensa orgánica y psíquica.¹

La salud es un componente del nivel de vida de la comunidad y por lo cual los factores que afectan el desarrollo socioeconómico repercuten directa o indirectamente en las condiciones de salud; porque la comunidad funciona como un todo, donde hay interacción continua y permanente.

La Salud Pública como su nombre lo indica, se refiere a la salud de la colectividad, aquí el interés se centra en la salud de la población, no en la del individuo en lo particular.

Se han expresado muchas definiciones de Salud Pública, la más completa, sin duda es la de Winslow que dice:

“La Salud Pública es el conjunto de ciencias y artes encaminados a prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia de los individuos a través del esfuerzo organizado de la comunidad, mediante: el saneamiento; el control o erradicación de las enfermedades, educación para la salud, organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de los padecimientos, desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo, que el ser

¹ Sánchez, Manuel. Elementos de Salud Pública. Ed. Trillas, Pág.25

humano se encuentre en condiciones de disfrutar de su derecho natural a la salud y a la longevidad".

La salud es un componente del nivel de vida de la comunidad y por lo cual los factores que afectan el desarrollo socioeconómico repercuten directa o indirectamente en las condiciones de salud; porque la comunidad funciona como un todo, donde hay interacción continua y permanente; un todo que no puede analizarse adecuadamente si se estudia parcializado.²

El nivel de vida, condiciones de vida o estándar de vida se refiere al nivel de bienestar social de las comunidades, considerando el grado de satisfacción de las principales necesidades humanas.

Es necesario tener presente que los factores que intervienen en la vida de la comunidad en la realidad funciona en forma ínterdependiente, no por estancos; y para poder interpretar algún aspecto de la vida de la población hay que tomar en cuenta los otros que tienen influencia directa o indirecta en el nivel de vida.

Un grupo de expertos de la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas definió el nivel de vida como las condiciones reales en que vive un pueblo y aprobó los siguientes indicadores para la medición del nivel de vida: salud, consumo de alimentos, nutrición, educación, empleo, condiciones de trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, esparcimiento, recreo, libertades humanas, ingresos, gastos, comunicaciones y transportes.³

El hombre tiene que ser comprendido en su medio y a través de su evolución histórica. La satisfacción o insatisfacción de las necesidades de salud, dependen de la relación con el ambiente físico y social, y del funcionamiento de los mecanismos psicósomáticos con que cuenta cada individuo.

Como ejemplo tenemos a los países subdesarrollados, donde la mayoría de la población carece de recursos y entre otras características tiene la llamada patología de la pobreza, donde se observa una alta morbi-mortalidad, esto se agrava por la ignorancia, la cual se manifiesta por creencias erróneas, prejuicios y supersticiones, lo que condiciona un comportamiento inadecuado de la población en cuanto a prevención y conducta a seguir ante el proceso salud-enfermedad, a lo anterior hay que agregar que no hay suficientes servicios médicos o son inaccesibles, es frecuente que la gente piense que la salud depende casi exclusivamente de lo que hacen los médicos y el personal paramédico.

La salud de la población es una variable que depende del desarrollo socioeconómico. El sistema de salud está condicionado a las fuerzas sociales que determinan su estructura. El subdesarrollo económico y social condicionan el subdesarrollo de la salud, los servicios de Salud Pública de por sí insuficientes tienen que destinar sus recursos principalmente a los aspectos curativos, con poca atención a la prevención, a la educación para la salud y a la capacitación de personal.

En general, en los problemas de salud a los factores económicos se suman los culturales, los patrones culturales y las creencias contribuyen al agravamiento de los problemas de salud.

² Ibidem. Pág.42

³ Casasa, Patricia. Elementos de Antropología. ED. ENEO-UNAM, Pág. 113

El comportamiento del hombre en primer término está encaminado a satisfacer sus instintos y necesidad biológicas, pero el ambiente sociocultural en realidad condiciona este comportamiento, al grado que en muchas ocasiones su conducta deriva de la presión social, puede no ser favorable a la satisfacción de estos instintos.

Nuestra población, en general, se caracteriza por su alto sentido religioso y superstición, lo que se refuerza en muchas comunidades por su elevado analfabetismo y lo que saben en relación con la salud y la enfermedad son conceptos que no están sustentados en criterios científicos, sino en creencias y tradiciones transmitidas de generación en generación; pero que en su mayoría no se apegan a la verdad. El comportamiento de esas poblaciones tiene que estar condicionado por las creencias que poseen.

Muchas enfermedades y muertes podrían evitarse si se difundieran oportunamente y suficientemente las causas de los principales padecimientos, sus mecanismos de transmisión, las medidas para evitarlo y la conducta a seguir ante la enfermedad. La asistencia médica requiere de grandes recursos y sus beneficios trascienden poco a nivel de la sociedad; teniendo escasa influencia en la morbi-mortalidad.⁴

Actualmente, la información constante que se recibe por los medios de comunicación social, principalmente a través de radio, televisión y cine, están influyendo en la formación de hábitos y costumbres de la población, desapareciendo los tradicionales e incorporando nuevos, generalmente relacionados con el consumismo, música, etc. Poco cambio positivo se observa, comparativamente en el comportamiento de los habitantes en cuanto a la salud y a la enfermedad, en virtud de que la información y orientación que recibe la colectividad en lo referente a la salud es mínima, porque se continúa realizando esta labor, de preferencia por procedimientos individuales, utilizando los medios de comunicación social sólo en forma esporádica, mientras que en el aspecto mercantil se emplean en forma intensiva y extensiva.

El conocimiento de los patrones culturales es muy importante para interpretar la conducta de la población en relación con la salud, puede radicar en los patrones culturales o simplemente en la falta de información o de motivación, las acciones de salud se tienen que sustentar en la intervención activa del afectado y por lo tanto, necesita estar convencido y motivado por lo que se le solicita que haga, le va a producir un beneficio.

Entre mayor diferencia exista entre la cultura y lo nuevo, mayor debe ser la labor educativa.⁵

⁴ Consejo Nacional Contra las Adicciones. Efectos del Tabaquismo... Boletín Vol. 7

⁵ Instituto Nacional de Cancerología. Aire más puro. Boletín.

2.2. – MARCO JURÍDICO CONTRA LAS ADICCIONES

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

El Tratamiento que la legislación mexicana confiere a las adicciones se apoya en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la que se consagra la protección de la salud como un derecho que tiene toda persona en nuestro país por el hecho de ser ciudadano mexicano, beneficio que se extiende a cualquier extranjero que entre en el territorio nacional.

Por lo anterior, según la Carta Magna, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, delimitando la competencia del Congreso de la Unión para legislar sobre salubridad general en la República.

Al concretar el compromiso constitucional, el Plan Nacional de Desarrollo, que orienta el desarrollo nacional, realiza un balance general de la sociedad mexicana, detectando que las dificultades económicas de los últimos años han obstaculizado la atención adecuada y deseable a los rezagos sociales, que han continuado siendo importantes, pues un gran número de mexicanos quedaron al margen de los beneficios del progreso al concentrarse la economía en unas cuantas ciudades con desequilibrios y grandes costos en servicios.

Uno de los resultados del balance consistió en la ineludible necesidad de avanzar simultáneamente en los campos de la democratización del país, de la economía y del mejoramiento social, postulando que en el mundo de hoy, la modernización económica y social van de la mano de la modernización política.

Así, derivado de su estrecha vinculación, plantea abatir las demandas sociales prioritarias atendiendo primero las demandas económicas, al establecer el Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida que propone como estrategia para su cumplimiento: la creación de empleos productivos y bien remunerados, la atención a las demandas sociales prioritarias, la protección del ambiente y la erradicación de la pobreza extrema.

Dentro de la estrategia del mejoramiento productivo del nivel de vida, el plan señala que se deben de atender las demandas prioritarias del bienestar social como una de las cuatro líneas estratégicas, pues el crecimiento económico no asegura por sí mismo, que fluyan de manera automática los recursos que la atención de las necesidades sociales básicas requiere y demanda.

Este plan adopta como política de acción para desarrollar la estrategia planteada, la promoción de la salud, asistencia y seguridad social, tomando en cuenta que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico y mental en un contexto ecológico y social, propicio para su sustento y desarrollo; la salud así concebida no resulta únicamente del progreso económico y social, sino que requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde puede estar expuestos a distintos riesgos, como es el problema de

las adicciones. La seguridad y la asistencia social complementan las acciones en salud haciendo más integral el propósito de atender el bienestar de la sociedad, propiciando la incorporación de los individuos que lo requieren a una vida digna y equilibrada en lo económico y en lo social.⁶

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD.

Como corolario de la planeación para el desarrollo, el Programa Nacional de Salud, constituye la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud para alcanzar los objetivos y metas señalados en las áreas de la salud y la asistencia social.

El Programa Nacional de Salud, al analizar el diagnóstico de la situación de la salud en México, señala que el 22.8% de la población consume Tabaco; 12.7% ingiere algún tipo de bebidas alcohólicas por lo menos una vez por semana, 14.5% lo hace de una a tres veces por semana; y 4.3% ha consumido drogas cuando menos una vez en su vida, siendo la marihuana la droga con mayor índice de consumo, seguida por los tranquilizantes, estimulantes e inhalantes; asimismo, se detecta como principales problemas la persistencia de hábitos nocivos a la salud, a pesar de la puesta en práctica de diversas acciones educativas, asociadas a la escasa participación de la población y a una historia médica inclinada más a la atención de las enfermedades consecutivas, los servicios de asistencia social todavía no son suficientes para dar cobertura completa a la población, para abatir la problemática antes descrita.

El Programa Nacional de Salud persigue como objetivo general "impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios"; según la directriz establecida en el Plan Nacional de Desarrollo.

Para la consecución de este objetivo general se estableció como política el fomento de la cultura de la salud, dentro de la cual se ha incluido al Programa contra las Adicciones, cuyos objetivos son: el impulsar acciones de prevención y tratamiento de las adicciones, así como la rehabilitación y la promoción de la participación social en las actividades que se realizan, mediante el desarrollo y fortalecimiento de la educación para la salud.⁷

⁶ Lorenzo, Pedro. Drogodependencia. Legislación. ED. Panamericana, Pág. 228.

⁷ Ibidem. Pág. 240.

PROGRAMA CONTRA LAS ADICCIONES.

El Programa contra las Adicciones plantea las siguientes líneas estratégicas:

1. Promover la revisión y actualización de la legislación vigente, y la vigilancia de su cumplimiento en relación con la promoción, producción, distribución, venta y consumo de sustancias que causan adicción.
2. Impulsar campañas de información y orientación.
3. Incluir y divulgar contenidos educativos para alertar a la población infantil y juvenil sobre la prevención de las adicciones.
4. Promover programas de recreación familiar y comunitaria, deportivos, sociales, productivos, artísticos y culturales, para el mejor aprovechamiento del tiempo libre y como un medio para prevenir las adicciones.
5. Fomentar la organización de grupos de autogestión para la rehabilitación integral de los farmacodependientes, y la orientación y apoyo a su núcleo familiar.
6. Concertar con los sectores públicos, social y privado la adopción de medidas para sustituir sustancias solventes de alta toxicidad y para disminuir los contenidos de solventes tóxicos y agregar sustancias repulsivas a los productos industriales capaces de crear adicción.⁸

LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL.

Por su parte, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, al establecer las bases de organización de la Administración Pública Federal, centralizada y paraestatal, delimita como competencia de la Secretaría de Salud, dentro del marco regulador de las adicciones, el despacho de los siguientes asuntos:

- a) Establecer y concluir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.
- b) Crear y administrar establecimientos de salubridad, asistencia pública y terapia social en cualquier lugar del territorio nacional.
- c) Plantear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y promover la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presenten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.
- d) Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud.
- e) Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general, incluyendo las de asistencia social por parte de los sectores público, social y privado, y verificar su cumplimiento.
- f) Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales.
- g) Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías, entre otros vicios sociales.
- h) Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales, vigilando su cumplimiento.⁹

⁸ Ramírez, Bayardo. La cuestión de las drogas... ED. Monte Ávila, Pág. 158

⁹ Lorenzo, Pedro. Drogodependencia. Legislación. ED. Panamericana, Pág. 315

LEY GENERAL DE SALUD.

La Ley General de Salud, al establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, incorpora con este carácter la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios de salud, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables, el fomento de la salud mental y la educación para la salud, así como los programas contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia, señalando como autoridades sanitarias para ejercer las atribuciones en ella establecidas al Presidente de la República, al Consejo de Salubridad General, a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, incluido el Departamento del Distrito Federal.

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, federal y local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presenten servicios de salud; sus objetivos son, entre otros, proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud, y el uso de los servicios que se presenten para su protección. Su coordinación está a cargo de la Secretaría de Salud, a la cual corresponden, entre otras funciones: establecer y conducir la política nacional en materia de salud y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Este ordenamiento jurídico al distribuir competencias en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas, señala que corresponde en forma exclusiva a la Federación organizar y operar los servicios respectivos al Programa contra la Farmacodependencia, y a las entidades federativas organizar, operar, supervisar y evaluar los Programas contra el Alcoholismo y el Tabaquismo. Asimismo, dispone que la Secretaría de Salud procurará la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades, para la participación de éstos en la ejecución del programa contra la farmacodependencia, entre otras materias concurrentes.

Para los efectos de la ley se entiende por servicios de salud aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad y clasifica estos servicios en tres tipos: atención médica, salud pública y asistencia social.

La Ley General de Salud engloba la rehabilitación de alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas dentro de la atención de las enfermedades mentales, la prevención de este tipo de enfermedades tiene carácter prioritario y por tanto, para promover la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán el desarrollo de actividades educativas, socioculturales y

recreativas, así como la realización del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteración mental o dependencia.

Con la finalidad de otorgar un esquema completo de atención, la ley delimita que la promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, los valores y las conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva, principalmente mediante la orientación y capacitación a la población sobre los riesgos de la automedicación y la prevención de la farmacodependencia.

La Ley General de Salud destina uno de sus títulos a la regulación de los Programas contra las Adicciones, mediante el cual se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones, que tiene por objetivo promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendiente a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones.

Las atribuciones específicas que Corresponden al Consejo Nacional contra las Adicciones se detallan en el reglamento para su organización y funcionamiento, dentro de las cuales se enumera la promoción de la incorporación de las dependencias y entidades participantes en los programas nacionales contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la farmacodependencia, la instrumentación de acciones para el eficaz cumplimiento de los programas, así com la evaluación de los resultados obtenidos. Asimismo, tiene la facultad de recomendar medidas sobre el control de la publicidad relativa a las bebidas alcohólicas, tabaco y fármacos, y proponer reformas que estime conveniente a las disposiciones legales aplicables a la producción, comercialización y consumo de estas sustancias, entre otras actividades.

Dentro del mismo título, la Ley General de Salud prevé los establecimientos de programas específicos contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, contra el tabaquismo y contra la farmacodependencia; para fines prácticos y que importan al trabajo solo mencionaremos el Programa contra el Tabaquismo.¹⁰

PROGRAMA CONTRA EL TABAQUISMO.

En términos de la Ley General de Salud, compete a los gobiernos de las entidades federativas la organización, operación, supervisión y evaluación del Programa contra el Tabaquismo, para cuya ejecución se requerirá la coordinación de éstos con la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, y comprenderá, en términos generales, las siguientes acciones:

- a) La prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo.
- b) La educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, por medio de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos.

¹⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. Planeación Demográfica Médica. Boletín

Para poner en práctica las acciones contra el tabaquismo se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a) La investigación de las causas del tabaquismo y las acciones para controlarlas.
- b) La educación a la familia para prevenir el consumo de tabaco por parte de los niños y adolescentes.

De manera similar a la ejecución del Programa contra el Alcoholismo, la coordinación en la adopción de medidas en los ámbitos federal y local en esta materia se llevara a cabo mediante los acuerdos de coordinación que celebre la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas.

Con una importante reforma de junio de 1991, dentro de la mencionada ley, podemos encontrar disposiciones restrictivas concretamente aplicadas al tabaco y sucedáneos, prescribiendo que las etiquetas de dichos productos deben contener en forma clara y visible leyendas de advertencia escritas con letra fácilmente legible y colores contrastantes, sin que se invoque o haga referencia a alguna disposición legal, las cuales se sustituirán como mínimo cada seis meses, alternando cada uno de los contenidos siguientes:

- a) Dejar de fumar reduce importantes riesgos en la salud.
- b) Fumar es un factor de riesgo para el cáncer y el enfisema pulmonar.
- c) Fumar durante el embarazo, aumenta el riesgo de parto prematuro y de baja de peso en el recién nacido.

De igual manera, prohíbe la expedición y el suministro de tabaco a menores de edad, y también dispone que las unidades hospitalarias y clínicas del Sistema Nacional de Salud deben contar con áreas donde se prohíba el consumo de tabaco, considerando como tales las de atención médica, auditorios, aulas y zonas de peligro para la seguridad laboral y colectiva, así como los sitios de trabajo de ambiente cerrado.

La Secretaría de Salud tiene competencia para coordinar las acciones que desarrollen contra el tabaquismo los integrantes del Sistema Nacional de Salud, promoviendo y organizando servicios de orientación y atención a fumadores que deseen abandonar el hábito; asimismo, desarrollará acciones permanentes para disuadir y evitar el consumo de tabaco entre niños y adolescentes.

La adopción de estas medidas en los ámbitos federal y local se llevará a cabo por medio de los acuerdos de coordinación que celebre el gobierno federal, por conducto de la Secretaría de Salud, con los gobiernos de los estados, habiéndose celebrado a la fecha acuerdos de coordinación para apoyar el Programa contra el Tabaquismo con cerca de la mitad de las entidades federativas.

En lo específico, el informe del Programa contra el Tabaquismo más reciente indica que en 1980 la dependencia al tabaco, expresada por la necesidad

compulsiva de consumirlo y la dificultad de abandonarlo, fue incluida por primera vez en una clasificación de trastornos mentales por la Asociación Psiquiátrica Americana, además de que el humo del tabaco contiene una compleja composición de productos químicos que ejercen efecto nocivo sobre diferentes células y tejidos, y que el tabaquismo ha sido identificado como causa de morbilidad y mortalidad, pues se estima que los fumadores tienen una reducción de vida dependiendo de los cigarrillos que consumen.

Entre los principales trastornos ocasionados por el tabaquismo, según la descripción que hace el informe comentado, destacan los siguientes:

- a) **ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS.** EL humo del tabaco contiene sustancias carcinógenas y cocarcinógenas que actúan sobre diferentes órganos y que favorecen diversos tipos de cáncer; a saber:
 - Cáncer pulmonar.
 - Cáncer de laringe.
 - Cáncer de la boca.
 - Cáncer de esófago.
 - Cáncer de la vejiga.
 - Cáncer del páncreas.

- b) **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. (EPOC).** Se produce por la compleja interacción de varios agentes inhalados que ocasionan alteraciones ciliares y de las glándulas mucosas, así como por aumento de las células inflamatorias y de la secreción de elastasa e inactivación de la antitripsina alfa.

- c) **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.**
 - Enfermedad coronaria.
 - Enfermedad cerebrovascular.
 - Enfermedad oclusiva arterial periférica.

- d) **ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES.** Gran número de pruebas han implicado asociación al tabaquismo como factor importante en la génesis y persistencia de varias enfermedades gastrointestinales, en especial la úlcera péptica.

- e) **EFFECTOS PERINATALES.** Los efectos sobre la salud de un feto expuesto a compuesto que contiene el humo del tabaco inhalado han sido ampliamente estudiados, demostrándose que los hijos de madres fumadoras nacen con peso promedio de 200 gramos menos que los hijos de las madres no fumadoras.

De igual manera, el citado informe presenta como marco conceptual que es el hábito de fumar se inicia debido a factores psicosociales que incluyen tanto la aceptación y la presión social como la tensión y el ocio.

El informe de resultados postula que a fin de obtener una imagen objetiva del fenómeno del tabaquismo dentro de la salud pública, es conveniente considerar los problemas relacionados con éste desde una perspectiva que tome en cuenta el entorno social, que incluye las variables socioculturales y que influyen en la iniciación del hábito, y que, para la atención del problema, debe hacerse hincapié en la prevención, actividad que tiende a evitar el inicio del hábito entre menores y adolescentes.

El informe refiere que la Organización Mundial de la Salud ha emitido una resolución tendiente a organizar actividades que procuren combatir el hábito de fumar como medio para disminuir la morbimortalidad que ocasiona, y para ello, las autoridades de salud han implantado el Programa contra el Tabaquismo, sustentado en la Ley General de Salud.

Para el cumplimiento del programa, según se señala en el informe, se presupone la existencia de actividades relacionadas con la atención médica, la asistencia social y salud pública, así como de legislación, reglamentación, información adecuada y oportuna, educación, formación de recursos humanos e investigación, por lo que el inventario de recursos debe cubrir las siguientes áreas:

- a) Cobertura de atención médica, salud pública y asistencia social.
- b) Recursos físicos y humanos del subsector de asistencia social.
- c) Acciones de atención para el fumador y el paciente con problemas asociados al tabaquismo.
- d) Recursos de educación médica.
- e) Recursos en materia de investigación.

Las acciones contra el Tabaquismo y los padecimientos asociados a éste forman parte del Programa Nacional contra las Adicciones, que pone particular interés en la población joven, apoyando las medidas que tiendan a su tratamiento, rehabilitación e incorporación a la comunidad, lo que tiende a reducir la morbimortalidad derivada de estos padecimientos.

Dentro de los objetivos específicos del Programa contra el Tabaquismo se encuentra el desarrollo de actividades educativas que permitan la disminución de tabaquismo, mejorar las unidades de diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación de padecimientos relacionados con el tabaquismo, así como proponer adiciones o reformas a los ordenamientos vigentes tendientes a dar fundamento jurídico a las líneas de acción que establece el programa, que a su vez vayan de acuerdo con el progreso científico. Asimismo, promover, orientar, coordinar, realizar y difundir proyectos de investigación encaminados a conocer la magnitud del problema, la frecuencia y distribución de las enfermedades asociadas al tabaquismo, evaluar medidas de prevención, tratamiento, rehabilitación y diagnóstico, al igual que aumentar los conocimientos sobre los mecanismos del daño a la salud.

Como estrategias, este último reporte del Programa contra el Tabaquismo señala que se promoverán reformas a la legislación en todo lo concerniente al tabaco, considerando aspectos de salud pública y condición socioeconómica, y vigilar el

estricto cumplimiento de las disposiciones vigentes, estableciendo la debida coordinación entre la Secretaría de Salud y las demás dependencias y entidades del Ejecutivo Federal que tengan atribuciones al respecto, corresponsabilizando a los tres niveles de gobierno federal, estatal y municipal, en el desarrollo del programa, y proporcionando la participación en su ejecución de los sectores social y privado.¹¹

Dentro del contexto de las acciones encaminadas a prevenir el consumo de tabaco y los efectos secundarios producidos por la inhalación del humo producido en su consumo, debe citarse la expedición del "Acuerdo Secretarial por el que se Restringen áreas para el Consumo de Tabaco en las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud y en los Institutos Nacionales de Salud", publicado en el Diario Oficial de la Federación del 17 de Abril de 1990, que considera como áreas restringidas para el consumo de tabaco las de:

- a) Atención médica. Aquellas en las que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas.
- b) Auditorios. Salas destinadas a reuniones grupales para conferencias, coloquios, lecturas, conciertos, recitales y todo tipo de eventos similares.
- c) Aulas. Salones donde se imparten docencia, instrucción, clases o actividades similares a grupos de personas en las unidades médicas de la secretaría o de los institutos nacionales de salud.
- d) Zonas de peligro para la seguridad laboral y colectiva. Aquellas áreas en las que se realizan actividades que por naturaleza o por las características físicas o químicas de las sustancias que se manejan, así como por los procesos y procedimientos de trabajo que se aplican al tipo de las instalaciones, maquinaria y equipo que se utiliza, excita riesgo para la seguridad de los trabajadores o los usuarios del servicio.
- e) Sitios de trabajo de ambiente cerrado. Aquellas áreas que por sus características de ventilación y densidad de ocupación favorezcan la acumulación del humo de tabaco.

Las áreas restringidas para el consumo de tabaco, en términos de este acuerdo, deberán estar plenamente identificadas con avisos visibles a los usuarios del servicio y al personal de las unidades médicas correspondientes.

De igual manera, dispone que corresponde a los directores de las unidades médicas y de los institutos nacionales implantar las acciones conducentes para su cumplimiento, y a la Secretaría de Salud y al Consejo Nacional contra las Adicciones, de acuerdo con los programas establecidos, en coordinación con los institutos nacionales de salud, inducir y orientar a la población fumadora en su

¹¹ Justo, Sierra. Diario Oficial de la Federación. Vol. DLXIV.

decisión de abandonar el hábito de fumar, mediante la implementación de acciones informativas, educativas, preventivas y de rehabilitación.

En este mismo sentido, la primera asamblea de representantes del Distrito Federal expidió el Reglamento para la Protección de los No Fumadores en el Distrito Federal, que tiene por objeto proteger la salud de las personas no fumadoras de los efectos de la inhalación involuntaria de humo producido por la combustión de tabaco en cualquiera de sus formas en el ámbito de la circunscripción territorial del Distrito Federal, al prohibir y restringir áreas para el consumo de tabaco en los siguientes establecimientos:

- a) En locales cerrados y establecimientos en los que se expendan al público alimentos para su consumo, en los cuales los propietarios, poseedores o responsables de la negociación de que se trate deberán delimitar, de acuerdo con la demanda de los usuarios, secciones reservadas para no fumadores y para quienes fumen durante su estancia en los mismos.
- b) En los cines, teatros y auditorios cerrados a los que tenga acceso el público en general, con excepción de las secciones de fumadores en los vestíbulos.
- c) En centros de salud, salas de espera, auditorios, bibliotecas y cualquier otro lugar cerrado de las instituciones médicas en las que deberá destinarse una sala de espera con sección reservada para quienes deseen fumar.
- d) En los vehículos de servicio público de transporte colectivo de pasajeros que circulen en el Distrito Federal.
- e) En las oficinas de las unidades administrativas dependientes del Departamento del Distrito Federal en las que se proporcione atención directa al público.
- f) En las tiendas de autoservicio, áreas de atención al público, de oficinas bancarias, financieras, industriales, comerciales o de servicio.
- g) En los auditorios, bibliotecas y salones de clases de las escuelas de educación inicial, jardines de niños, educación especial, primarias, secundarias y de educación media superior.

Este ordenamiento finalmente previene que en caso de que haya personas fumando en un lugar prohibido, los propietarios, poseedores o responsables de los locales cerrados, establecimientos y medios de transporte, como coadyuvantes en la vigilancia del cumplimiento de las disposiciones del reglamento, instarán a la persona en cuestión para que se retire de esa área; no obstante en caso de negativa de la misma, deberán dar aviso a la policía preventiva.

La aplicación y vigilancia del cumplimiento del reglamento corresponde al Departamento del Distrito Federal, por medio de sus delegaciones políticas y unidades administrativas correspondientes en su respectivo ámbito de competencia. Asimismo, las asociaciones de padres de familia de las escuelas e institutos públicos y privados participan también en la vigilancia de su cumplimiento.

Al considerar las acciones en torno al Programa contra Tabaquismo son una materia de salubridad general cuya ejecución corresponde a las entidades federativas, la Secretaría de Salud, con la finalidad de extender la protección a la salud de los fumadores involuntarios, dentro de esta derivación del Programa contra el Tabaquismo, promovió la suscripción de acuerdos de coordinación y concertación de acciones entre el gobierno federal, por su conducto, y el gobierno de las entidades federativas.¹²

2.3. – GENERALIDADES DEL TABACO

2.3.1. - ADICCIÓN

Podemos apreciar que ni el elevado precio del tabaco, ni las prohibiciones morales de dirigentes o padres, ni las penas draconianas, que llegaban incluso a la muerte, ni el temor de los efectos nocivos en la salud han sido capaz de aplacar y frenar el deseo del hombre por fumar tabaco.

Algunas de estas medidas y normas sin duda retardaron un poco la difusión que tuvo esta sustancia, pero al parecer no hay sociedad alguna en la que una vez comenzado el consumo del tabaco, haya podido erradicar por completo la adicción.

Hay acuerdo general en que las personas comienzan a fumar por una o más de las siguientes causas: curiosidad, adaptarse a las normas de un grupo al cual desean pertenecer, expresar rebeldía, imitar la conducta de personas que parecen tener una mayor "posición social" como en el caso de los jóvenes que intentan poseer la apariencia de personas más "maduras".

Seis factores principales influyen en los fumadores para preservar en su adicción: estimulación (sensación de mayor energía), "manipulación" sensomotora (obtener satisfacción al tomar con las manos y encender el cigarrillo), relajación placentera, esto es, "premiarse" con un cigarrillo después que ha pasado la necesidad de permanecer alerta y tenso, o mejorar la interacción social, hábito (el fumador no siente la falta de los cigarrillos sino cuenta con ellos, pero automáticamente fuma sí los tiene, y no piensa que lo haga sentir diferente), disminución de la afectividad negativa, es decir, fumar para superar los sentimientos de tensión, angustia o ira en situaciones difíciles, y enviciamiento, esto es fumar para evitar la sensación desagradable que nace de los periodos en los cuales no se fuma.¹³

Los factores más importantes que rigen la "formación" de un fumador, esto es, el hecho de quién terminará siéndolo, son la disponibilidad del tabaco y el contexto

¹² Justo, Sierra. Diario Oficial de la Federación. Vol. DLXII.

¹³ Bulacio, Bruno. El Problema de la Drogadicción. ED. Paidós, Pág. 115

social en que comienza la experimentación con él. Los fumadores a menudo tienen a otros fumadores como amigos y una persona tiene muchísimas más oportunidades de fumar si un progenitor o un hermano en su familia fuma.

Los psicólogos de la conducta califican de “reforzadora” del comportamiento fármacodependiente a toda droga que aumente la posibilidad de ser administrada sin restricción alguna y por sí misma. La nicotina al parecer es un “reforzador” relativamente débil en la conducta señalada en los hombres, cada bocanada de humo que se pone en contacto con la rica red capilar de los pulmones, transfiere a la sangre una dosis pequeña de nicotina que llegara al cerebro.

La nicotina es un alcaloide o base de origen natural que se encuentra en las plantas de tabaco nicotiana tabacum y nicotiana glauca. El nombre fue acuñado en honor a Jean Nicot, quien promovió su importación y cultivo en Europa. Desde el punto de vista químico, la nicotina es una amina terciaria que se deriva de la unión de una piridina a un anillo pirrolidínico. Fue aislada por primera vez en 1828 por Posselt y Reiman. De los 4000 compuestos que se generan por la combustión del tabaco, la nicotina es precisamente la responsable de sus propiedades adictivas.

Con cada inhalación de humo de tabaco, la nicotina se absorbe rápidamente a través de los pulmones y llega a la sangre donde se transporta en un intervalo menor a 20 segundos a los tejidos ricos en lípidos, incluido el cerebro. Una vez que ha llegado al cerebro, la sustancia se sigue distribuyendo en otros tejidos del organismo desde el torrente sanguíneo, a un ritmo sólo un poco más lento que el del transporte inicial. Esta redistribución produce una disminución rápida de las concentraciones en el cerebro, y en consecuencia, termina el efecto de la sustancia. Es por esta redistribución que la acción de la nicotina se mantiene por poco tiempo, aun cuando su vida media de eliminación es de unas 2 a 3 horas. En caso de fumadores regulares, la nicotina se acumula durante 6 a 8 horas. La nicotina se metaboliza principalmente en el hígado, y en menor proporción en los riñones y el pulmón.

La variación interindividual de la nicotina es un factor determinante a la hora de explicar las diferencias en el hábito de fumar, así como en la transición a una conducta adictiva de tabaco, las variaciones e pueden dar por diferencias en el grado de absorción y distribución de la nicotina, en la profundidad y duración de la inhalación, en la genética del metabolismo nicotínico y en la eliminación de la nicotina.¹⁴

2.3.2. – ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TABACO

Se ha comprobado que el empleo de gran cantidad de plantas para utilizarlas como medicina, quemarlas o simplemente mascarlas es una costumbre establecida desde tiempos remotos en casi todos los países; sin embargo, esos

¹⁴ Rubén, Martínez. Actividad Genotóxica del Humo... Boletín PGR.

hábitos no pueden de forma alguna identificarse con el uso que del tabaco hacían los indígenas de América. Sólo en este continente una especie vegetal, la única considerada divina, se empleó indistintamente como medicina o con fines narcotizantes.

Virtudes especiales se atribuían a esta planta que purificaba el espíritu, refrenaba los apetitos de la carne y disponía el ánimo para las visiones naturales; evidentemente, reunía todas las cualidades para utilizarla en los ritos religiosos, pues tenía, en sí misma, poder para embriagar y narcotizar.

El término tabaco pertenece a la lengua haitiana, y se sabe que entre los nativos americanos contaba con rituales propios, en virtud de los cuales se invocaba a los dioses; a pesar del significado religioso que los indígenas le dieron, el empleo medicinal del tabaco era múltiple: además de usarse como agente terapéutico y desinfectante, mezclado con otras hierbas se utilizaba para aliviar el asma y el catarro.

Para los caribes, las hojas machacadas del tabaco servían como antídoto, en tanto que los antiguos mexicanos, lo consideraba un remedio para el dolor de muelas, el resfriado y el cólico. En el ámbito de la historia prehispánica son múltiples las fuentes que tratan tan acerca del uso y virtudes de esta planta, como por ejemplo tenemos:

Los mexicanos tenían dos especies de tabaco en las que variaban la magnitud de la planta y de las hojas, la figura de la flor y el color de la semilla, su uso estaba ligado a las grandes festividades y efectuaban el brindis de tabaco cuando algún pueblo invitaba a otros a aliarse para emprender una guerra.

El tabaco se utilizaba como ofrenda a las divinidades, la adivinación también esta relacionada a esta planta, su función era provocar un estado hipnótico; también funcionaba como medicina, talismán, en suma, el tabaco estuvo presente en diversos momentos de la vida de los pueblos mesoamericanos. La actitud del noble, el sacerdote y el miembro de la comunidad en ocasiones estaba inbuída de algo semejante al misticismo.

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 Colón arribó a la isla de San Salvador, los indios arawaks le ofrecieron una hojas carmelitosas y secas, en señal de respeto y amistad, más tarde cuando se encontraba navegando, vio a un indio que llevaba, una hojas encendidas cuyo humo aspiraba.

Es posible que el tabaco fuera introducido en España y Portugal a principios del siglo XVI, y un poco más tarde en Bélgica, Francia e Inglaterra; Fumar estaba limitado a los marineros, y sólo cuando el vicio se extendió se pensó en traer las semillas de América y sembrarlas.

En España, desde el primer momento prevaleció la costumbre de fumar tabacos, y después se popularizó el cigarro. En Portugal, Inglaterra y Francia fue más común la pipa.

La popularidad del tabaco en Europa se debió principalmente a que era un hábito que recreaba y daba una sensación extraña parecida a la embriaguez, pero durante los primeros tiempos se empleó como producto medicinal o terapéutico, puede asegurarse que fue usado sin medida ni precauciones de ningún género

hasta ser convertido en gran remedio casero; sin embargo, a principios del siglo XVII algunos científicos iniciaron una campaña en la que exponían su escepticismo en esta materia, mientras la gloria del tabaco se desvanecía, daba una nueva época en la que sería motivo de enconadas polémicas, fue combatido y hasta aniquilado como medicina, pero no fue posible desarraigarlo en tanto hábito, pues el vicio de fumar cobraba cada vez mayor fuerza.

Es difícil precisar las razones que justifican la pronta e intensa difusión del hábito de fumar. Evidentemente, su propagación en Afrecha y Asia se debió al incremento del comercio con Europa. La aceptación del tabaco fue en aumento, y su uso pasó rápidamente de ser un placer a constituirse en una necesidad.¹⁵

2.3.3. – COMPOSICIÓN QUÍMICA DEL TABACO

Al arder el tabaco se forman aproximadamente 4700 compuestos; por su parte el humo tiene dos fases: una gaseosa y otra sólida o particulada, la composición del humo que aspira el fumador depende no sólo de la estructura del tabaco mismo, 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.

FASES O CORRIENTES DEL TABACO:

CORRIENTE SECUNDARIA DE HUMO O FASE GASEOSA O DE VAPOR.

Es la que se origina de la combustión del cigarrillo cuando éste se consume espontáneamente; tiene una variedad y, sobre todo una concentración de agentes tóxicos, mucho mayor que la que posee la corriente principal.

Las sustancias que encontramos son: monóxido de carbono, dióxido de carbono, formaldehído, acroleína, acetona, ácido cianhídrico, hidrocianida, benceno, ácido fórmico, ácido acético, amoníaco y nitrosopirrolidina.

CORRIENTE PRINCIPAL O FASE PARTICULADA.

Es el humo que emerge del cigarrillo cuando se aspira por su boquilla.

Las sustancias que encontramos son: nicotina, alquitrán, fenoles, benzopireno, nitrosomonocotina, cadmio, níquel, zinc y polonio-210.¹⁶

¹⁵ Cristal, Leonard. Vicios y Drogas. ED. Harla, Pág. 10

¹⁶ Universidad de Deusto Bilbao. Nicotina y Tabaquismo... ED. Instituto Deusto, Pág. 58

2.4. – TIPOS DE TABAQUISMO

FUMADOR PASIVO: El primer término utilizado para definir la exposición involuntaria al humo del tabaco fue el de fumador pasivo, sin embargo, en la actualidad se utilizan términos diversos para el mismo fenómeno, como son, tabaquismo pasivo, fumador involuntario, exposición ambiental al humo del tabaco, tabaquismo ambiental, etc. Se dice por lo tanto, que hay un tabaquismo pasivo cuando un no fumador se expone al humo del tabaco de un fumador en un ambiente cerrado.

FUMADOR ACTIVO: Los fumadores activos son aquellos que tienen una predilección por el tabaco y a los cuales les es difícil dejar el fumar.¹⁷

2.4.1. – CLASIFICACIÓN DE LOS FUMADORES

Un especialista de la Unidad de Investigaciones en Adicción del Instituto de Psiquiatría de Londres, Russell; propuso una clasificación de los fumadores que ha persistido hasta la actualidad y que se basa en el patrón de refuerzo predominante. Russell refiere tres patrones en particular que son:

RECOMPENSAS SPICOSOCIALES. Son aquellas que incluyen el fumar como un medio de ganar aceptación y afiliación al grupo, así como obtener las connotaciones simbólicas de rudeza y precocidad, se presentan fundamentalmente al inicio del tabaquismo.

RECOMPENSAS SENSORIALES. Son todas las satisfacciones de los sentidos (sabor, olor, manipuleo, observar el humo, etc), así como las más específicas del tipo oral, como es el caso de la succión.

RECOMPENSAS FARMACOLÓGICAS. Incluyen los diversos efectos nicotínicos (euforizante, sedante, estimulante), así como el rápido alivio que se experimenta con la nicotina en los casos de supresión.

De acuerdo con Russell, se obtienen entonces cinco grupos diferentes que interrelacionan estas recompensas:

- a) Fumador Psicosocial: en esencia, las recompensas son sólo psicosociales; practicamente no existe inhalación de nicotina, el fumar es intermitente y se limita a situaciones sociales; fuera de ellas no existe deseo de fumar. Paulatinamente se va dando una evolución hacia otras recompensas, primero sensoriales y más tarde farmacológicas.

¹⁷ Cristal, Leonard. Vicios y Drogas. Ed. Harla, Pág. 72

- b) Fumador Indulgente: las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como al ver la televisión, al descansar después del trabajo, mientras se lee, etc.; el placer puede derivarse de recompensas predominantemente orales, y el individuo fuma después de ingerir algún alimento o bebida, o en sustitución de éstos. Cuando decide suspender su hábito, este tipo de fumador tiende a aumentar su ingesta de alimentos y bebidas, el indulgente no es un fumador constante sino que tiende a presentar periodos de varias horas, por ejemplo, entre las comidas, en los cuales no fuma, o mientras no está trabajando.
- c) Fumador por Tranquilizarse: el efecto sedativo de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas, se utilizan para aliviar la ansiedad y la tensión, las recompensas son tanto sensoriales como farmacológicas, y la frecuencia en el fumar varía de acuerdo con el estado emocional.
- d) Fumador por Estimularse: se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener cierta conducta deseable y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas como conducir un vehículo por largas distancias, o para estimular la creatividad y el estado de alerta al escribir, la frecuencia del fumar se incrementa notablemente en estas situaciones específicas y la recompensa es predominantemente farmacológica.
- e) Fumador por Adicción: el sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias, la frecuencia de fumar no varía con las circunstancias externas y se inicia poco después de levantarse por la mañana, cesa sólo durante el sueño y es regulada por los niveles de nicotina en sangre y la recompensa es totalmente farmacológica y llega a ser inclusive displacentero el hecho de no poder dejar de fumar en ocasiones en que el individuo así lo desea.¹⁸

2.5. – FACTORES SPICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

2.5.1. – DEPENDENCIA A LA NICOTINA

La cuestión de si la nicotina, el alcaloide neuroactivo del tabaco, es una sustancia adictiva, ha sido motivo de debate. Si bien la nicotina actúa como reforzador positivo en varias especies animales incluido el hombre, su acción reforzadora es

¹⁸ Domínguez. Factores Cognoscitivos y Conductas Aditivas. Boletín

débil comparada con las otras drogas adictivas (cocaína, anfetamina, heroína etc.), siendo considerada por algunos la costumbre de fumar (la manera más habitual de administrarse nicotina) más un hábito que una adicción. La OMS había prescindido de los términos hábito y adicción, sustituyéndolos por dependencia, en 1992, se le considero al hábito de fumar como una dependencia.

Todos los informes que sobre la nicotina fueron apareciendo en la literatura científica desde 1964 habían demostrado que está sustancia poseía muchos rasgos típicos de las drogas de abuso, ya que cumple los tres criterios exigidos para considerarla una droga como dependígena: a) uso comprobado o compulsivo, b) efectos psicoactivos y c) efecto reforzador positivo; apoyandose estos criterios básicos en otros criterios adicionales: su uso a pesar de sus efectos nocivos, recaída en su consumo después de un periodo de abstinencia, presentación de tolerancia y dependencia física y producción de efectos euforizantes.

La nicotina también cumple los criterios exigidos por la Asociación Americana de Psiquiatría para ser considerada como droga dependígena.

Benowitz, de la Universidad de California, consideraba la nicotina como droga dependígena ateniéndose a los siguientes criterios:

- a) La nicotina es un compuesto psicoactivo.
- b) Los efectos de la nicotina son los de un reforzador positivo (en experimentos con animales éstos tienden a la auto administración).
- c) Los efectos subjetivos y psicológicos del cigarrillo y de la nicotina son similares.
- d) El tabaco se consume por períodos largos de tiempo, muchas veces de por vida.
- e) Una vez que el individuo se ha "enganchado", se desarrolla tolerancia a la mayoría de los efectos de la nicotina.
- f) La privación de la nicotina va seguida de un síndrome de abstinencia.
- g) Existe una terapéutica sustitutiva para la desintoxicación (chicles y parches de nicotina), con períodos de inducción, mantenimiento y retirada.

Además, las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de la nicotina le confiere un perfil de droga dependígena, y esto pasa cuando la nicotina se absorbe por vía pulmonar y al atraviesa muy bien la barrera hematoencefálica; una vez inhalado el humo del tabaco produce efectos discernibles en el SNC en siete segundos.

Por cada aspiración produce un refuerzo positivo definido y con 10 aspiraciones por cigarrillo el fumador de una cajetilla diaria refuerza su hábito 200 veces diarias. Ninguna otra droga produce un refuerzo positivo cuantitativamente tan importante.

La Asociación Americana de Psiquiatría, advierte que la dependencia generada por nicotina puede ser de duración extrema, según refleja la altísima tasa de fracasos entre fumadores que tratan de abandonar el tabaco: un 88% expresan su deseo de fumar; un 35% tratan de hacerlo cada año y sólo menos del 5% lo consigue sin ayuda, considerándose la nicotina como el fármaco más potente productor de drogodependencia desde el punto de vista cuantitativo.¹⁹

¹⁹ Danidoff, Linda. Introducción a la Psicología. Ed. Mc. Graw-Hill, pag. 4

2.5.2. – FACTORES COADYUVANTES DE LA DEPENDENCIA

La nicotina es la sustancia del tabaco activa y principal responsable de la drogodependencia tabáquica, pero existen otros factores no farmacológicos que complementan el refuerzo positivo de la nicotina y contribuyen a que el fumador mantenga su conducta adictiva al tabaco.

En este sentido podemos considerar los siguientes factores:

- a) Características del tabaco: es un hecho que existen fumadores selectivos de un determinado tipo de tabaco, de tal manera que las características de ese tabaco (sabor, aroma, etc.) configuran una conducta adictiva selectiva, aún cuando la cantidad de nicotina fuese la misma en los distintos tipos de tabaco.
- b) Ceremonia del fumar: la o "liturgia" resulta reforzadora; ya que el extraer el cigarrillo de la cajetilla o puro, colocarlo en los labios, encenderlo, inhalar el humo, exhalar el humo y contemplar las volutas, son maniobras que contribuyen a mantener y reforzar la conducta.
- c) Aspectos sociales: desde hace muchos años, aunque con variaciones según modas y costumbres, el acto de fumar se ha considerado como un acto ritual dentro de un determinado contexto social.²⁰

2.5.3. – ESTRUCTURA BIOPSIOSOCIAL DEL FUMADOR

Hay múltiples estudios que demuestran que el hábito del tabaquismo se inicia por imitación; el niño ve que sus padres fuman y las personas mayores fuman y reflejan su deseo de identificarse con ellos; debido a las características del periodo de la adolescencia, el muchacho se encuentra en proceso de individuación y de identificación con otros sujetos de su misma edad, de modo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta social y de experimentar nuevas actitudes que previamente no se atrevía a iniciar. Otro hecho digno de mención es que el hábito es más frecuente en aquellas familias en la que los hermanos mayores fuman, lo cual sugiere que el inicio es aprendido como cualquier otra conducta.

En los inicios la nicotina no es suficiente para explicar la habituación y se considera que es particularmente en esta etapa cuando los factores psicosociales son más relevantes.

La tolerancia a los efectos displacenteros se desarrollan rápidamente y, si las gratificaciones psicosociales son lo bastante intensas, el sujeto encontrará formas de controlar la inhalación de manera que el displacer sea cada vez menor y se

²⁰ Engle. Psicología. Principios y Aplicaciones. ED. Publicaciones Culturales, Pág. 325

inicie el aumento en el número de cigarrillos consumidos. En este sentido, habrá que revisar el balance entre los reforzadores negativos (actitudes normativas de los padres, la información acerca de los riesgos a la salud) y los reforzadores positivos (ejemplo de padres y familia cercanos y la amplia difusión publicitaria en relación con el éxito social).

Una vez iniciado el tabaquismo, el paso siguiente es su mantenimiento, el cual está condicionado por varios factores, durante las primeras etapas el fumar es intermitente y casi exclusivo de situaciones spicosociales, pero conforme aumenta el consumo y se profundizan las inhalaciones se incrementan las gratificaciones farmacológicas; de este modo, el hábito deja de estar confinado a ciertos ambientes y el joven se convierte en un fumador regular; al cabo de un tiempo se presenta una nueva dificultad: la supresión de la nicotina, que se manifiesta inicialmente como un malestar subjetivo y que desaparece rápidamente al reiniciar el hábito. De esta manera se cierra el círculo y la dependencia se hace cada vez mayor.

El tabaquismo es un hábito que se ha universalizado; llama la atención que sea aceptado tan rápida y fácilmente por todas las culturas, lo que sugiere que existen ciertas motivaciones privativas del ser humano.

Así, se postulan tres mecanismos básicos de motivación:

- a) Para disminuir las manifestaciones de tensión, temor, angustia, etc., es decir, con el propósito de obtener un efecto sedante o tranquilizante.
- b) Para evitar las molestias del síndrome de supresión.
- c) Por efectos gratificantes y placenteros de la nicotina.

Hasta la fecha no se ha podido determinar una personalidad característica del fumador, a pesar de que se han hecho infinidad de intentos, la mayor parte de los estudios coinciden acerca de que existen ciertos rasgos. Dichos rasgos, que se enumeran sin considerar orden de importancia o de frecuencia, son los siguientes: mayores tendencias orales, rasgos antisociales, mayor actividad y energía, preferencia por el control externo más que por el interno, mayores niveles de ansiedad y competitividad; algunos autores agregan que los fumadores desarrollan poca tolerancia a la frustración y mayor dependencia afectiva respecto de quienes les son significativos.²¹

2.6. – ENFERMEDADES QUE CAUSA EL TABAQUISMO

Desde que se publicó el primer informe de la Surgeon General de Estados Unidos de América, en 1964, referentes a los daños de la salud ocasionados por el tabaquismo, ha aumentado la evidencia clínica experimental y epidemiológica que prueba la estrecha asociación entre este hábito, la mortalidad y la morbilidad de una amplia gama de enfermedades.

²¹ Ibidem. Pág.525.

La mortalidad del adulto fumador es 1.7 veces mayor en relación con la del no fumador, aumenta en proporción al número de cigarrillos fumados y al tiempo de evolución del hábito, por otra parte, se ha observado que la mortalidad aumenta a medida que la adicción se inicia a una edad más temprana.

La expectativa de vida se acorta significativamente por el tabaquismo, en la actualidad, es la principal causa previsible de muerte prematura en el mundo; además, los fumadores padecen con mayor frecuencia enfermedades agudas y crónicas.

AFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO.

En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) consignó en las tabulaciones de mortalidad de 1991 que la bronquitis crónica y la no especificada, el enfisema pulmonar y el asma son las decimosegundas causas de mortalidad general en el país, por arriba de la tuberculosis pulmonar, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), de 1987 a 1990, estas enfermedades constituyeron el tercer lugar de la consulta neumológica de primera vez con 24% y 11% del total de los egresos hospitalarios.

Se considera que fumar cigarrillos es un factor de alto riesgo en el desarrollo de la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, y diversos estudios han demostrado que los fumadores con mayor frecuencia presentan estas enfermedades, así como síntomas y anomalías en la función respiratoria.²²

CÁNCER.

En México, en las estadísticas vitales de 1991 (INEGI), los tumores malignos ocuparon el segundo lugar de mortalidad general, de los cuales en primer sitio se encuentran los tumores de tráquea, bronquios y pulmón con 5230 casos.

Si consideramos que el carcinoma broncogénico es el más frecuente de éstos, significa que en la actualidad estamos ante un gran problema de salud.

En un estudio realizado en el INER, en 1985, el cual incluye 83 casos de cáncer pulmonar, se encontró que 71%, tenían tabaquismo positivo.

Más del 80% de los carcinomas escamosos de boca, oro e hipofaringe, laringe y esófago guardan una relación causal directa con el consumo del tabaco. En España, en 1992, el conjunto de muertes por estos tumores añadieron más de 4000 fallecimientos a la cuenta del tabaquismo.

Diversos estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales han establecido una fuerte relación entre fumar y el cáncer de laringe, en general, se considera que los fumadores tienen un aumento en el riesgo de desarrollar este tipo de neoplasia, el cual oscila entre 2.0 y 27.5 veces.

Se ha demostrado una alta frecuencia de cáncer oral, la relación de mortalidad entre fumadores y no fumadores es de 13 a 1.6. El cigarrillo es una de las causas del cáncer de esófago, se considera que la mortalidad por esta neoplasia es 1.3 a 11 veces mayor en los fumadores.

²² Instituto Mexicano del Seguro Social. Tabaquismo. Boletín.

El riesgo relativo a desarrollar cáncer de vejiga en los fumadores es de 2 a 3 veces mayor que en los no fumadores.

Diferentes estudios realizados con seguimiento de varios años han sugerido que la neoplasia de páncreas ocurre en una proporción de 2 a 1 en los fumadores, en comparación con los que no fuman, el tabaco interviene sólo en la tercera parte de los casos y los resultados de un estudio realizado en Estados Unidos, indica que fumar incrementa en un 70% el riesgo de padecer cáncer de páncreas.

Un meta-análisis muy reciente de los estudios publicados señala que el riesgo relativo de padecer cáncer de estómago en fumadores frente a no fumadores es de 1.5 e infiere que el 11 % de los casos (80000 al año en todo el mundo) serían atribuibles al tabaco.

El carcinoma hepatocelular es con mucho el tumor maligno primario más frecuente del hígado, y el tabaco es un factor de riesgo de importancia secundaria que incrementa ligeramente el riesgo de padecerlo.²³

Los fumadores tienen, un 40% más de riesgo de sufrir un carcinoma de células renales (hiper nefroma) que los no fumadores; tumores malignos relacionados con el consumo de tabaco:

- a) Con relación estrecha: carcinoma broncogénico, cáncer de laringe, cáncer de cabeza y cuello (excluyendo nasofaringe), cáncer de esófago y cáncer de vejiga.
- b) Con relación más débil: cáncer de estómago, cáncer de hígado, carcinoma de células renales, cáncer de páncreas, algunas hemopatías malignas (leucemia mieloide crónica, leucemia aguda no linfoblástica, mieloma) y algunos tumores ginecológicos.²⁴

AFECCIONES CARDIOVASCULARES.

10 estudios de cohortes, que abarcaron a 20 millones de personas y varios años de observación en diferentes países, revelaron que el infarto del miocardio y la muerte por enfermedad coronaria tenían una frecuencia 70% mayor en fumadores, que en no fumadores.

Además, fumar ejerce un efecto sinérgico sobre los factores de riesgo, como la hipertensión y la hipercolesterolemia, el humo del tabaco es el elemento causal en el desarrollo de enfermedades ateroscleróticas en el hombre. Se ha demostrado que produce de pequeños a medianos incrementos en el colesterol sanguíneo, tiene una fuerte asociación con la aterosclerosis y la enfermedad aterosclerótica.

En México, desde 1980, la cardiopatía isquémica, ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades cardiovasculares; éstas en su conjunto fueron la segunda causa de mortalidad general y el número de pacientes fallecidos por cardiopatía isquémica fue de 1976 personas, en nuestro país, datos estadísticos relacionados con enfermedades cardiovasculares demuestran que

²³ INER. Daños a la Salud por el Tabaquismo. Boletín.

²⁴ Rico, Gerardo. Tabaquismo. Su repercusión en Aparatos y... ED. Trillas, Pág. 48

aproximadamente 30% son por infarto del miocardio, de los cuales 58% son atribuibles al tabaquismo.

No fue sino hasta 1989 cuando se comunicó que fumar tabaco contribuye al desarrollo de enfermedad vascular cerebral, los fumadores tienen un riesgo relativo de mortalidad de alrededor 2.2 a 3.7 veces mayor que los no fumadores y por grupo de edad, este riesgo se incrementa hasta 4.8 en el grupo de 35 a 64 años. Las entidades clínicas que actualmente se conocen son insuficiencia vascular cerebral, oclusión de los vasos cerebrales por aterotrombosis o embolismo y hemorragia subaracnoidea o intraparenquimatosa.

En la enfermedad oclusiva arterial periférica el factor de riesgo más importante que predispone a este padecimiento es el hábito tabáquico. Así, por ejemplo, la enfermedad aortoiliaca y femoropoplítea es mucho más frecuente en los fumadores. Por otro lado, estos individuos presentan una mortalidad por aneurisma aórtico abdominal 4.6 veces mayor que los no fumadores.²⁵

AFECCIONES DEL TRACTO DIGESTIVO.

Un gran número de evidencias han implicado al tabaquismo como un factor importante en la patogénesis y el mantenimiento de varias enfermedades gastrointestinales, la enfermedad periodontal es más frecuente en fumadores.

Existe una relación significativa entre el hábito de fumar y el riesgo de desarrollar úlcera péptica, tanto gástrica como duodenal, la enfermedad de crohn es más frecuente en fumadores, y en ellos sigue una evolución más desfavorable, especialmente en las mujeres, algo que cabe poner en relación con el hecho de que el empleo de anticonceptivos orales parece exacerbar la enfermedad.²⁶

PROBLEMAS EN LA SALUD REPRODUCTIVA.

El consumo de tabaco tiene sobre la salud femenina las mismas repercusiones, generalmente negativas, que sobre la de los varones. El creciente porcentaje de mujeres fumadoras en muchos países del mundo han hecho que enfermedades consideradas casi exclusivas de los varones, estén emergiendo con fuerza en las mujeres, se calcula que, entre los años de 1950 y 2000, han muerto 10 millones de mujeres en todo el mundo como consecuencia de su hábito tabáquico; esta cifra crece continuamente, de manera que actualmente es de un millón por año. Pero, además de las consecuencias que el tabaco acarrea a los fumadores independientemente de su sexo, la mujer es vulnerable en virtud de que los procesos que guardan relación con la función ovárica y la secreción estrogénica se ven directamente influidos por el consumo de tabaco, y porque el embarazo y el feto sufren también las consecuencias de este hábito si se mantiene durante la gestación.

El consumo de tabaco ejerce un efecto antiestrogénico ya que las mujeres fumadoras se comportan como si tuvieran una deficiencia relativa de estrógenos.

²⁵ Ibidem. Pág. 60

²⁶ Ibidem. Pág. 115

Si consideramos como un acontecimiento negativo la menopausia, el consumo del tabaco la adelanta de 1 a 2 años por término medio.²⁷

La privación de estrógenos tiene como principal consecuencia la aparición y evolución acelerada de la osteoporosis posmenopáusica y de sus consecuencias. Otras repercusiones negativas menores, pero también reseñables, son una mayor incidencia de quistes ováricos y de mastitis periductal en mujeres fumadoras.

El cáncer de cuello uterino es más frecuente en mujeres fumadoras, en cuyo moco cervical se han detectado carcinógenos del tabaco y metabolitos de la nicotina. Un trastorno tan frecuente como la dismenorrea parece ser más habitual en fumadoras, en términos generales, las pruebas demuestran que los hijos de madres fumadoras nacen con un peso promedio de 200 gramos menos que los hijos de madres no fumadoras.

Se ha demostrado un aumento en los niveles de carboxihemoglobina en la sangre fetal, con la consecuente reducción en su capacidad de unión al oxígeno y en la presión con la que éste es liberado a los tejidos, lo que se traduce en hipoxia fetal.

La frecuencia de partos prematuros y la mortalidad perinatal atribuidas al tabaco son notablemente mayores en hijos de madres fumadoras que en los hijos de madres no fumadoras.

Los recién nacidos, hijos de madres fumadoras tienen un mayor riesgo de morbimortalidad pre, peri y postnatal, debido a la mayor frecuencia de abortos espontáneos, embarazos ectópicos, partos prematuros, muerte fetal y neonatal, malformaciones, crecimiento y desarrollo postnatal alterado y muerte súbita del recién nacido.

Se ha comunicado de 10 a 20% en el riesgo de aborto espontáneo, así como un incremento en la frecuencia de placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragias durante el embarazo y ruptura prematura de membranas.²⁸

PROBLEMAS GENERALES DE SALUD.

Hay múltiples estudios que sugieren una relación entre tabaquismo y determinados procesos, éste es el caso de la mayor incidencia e intensidad de las infecciones de las vías respiratorias altas en fumadores jóvenes y de cataratas en fumadores mayores, o del indudable retraso en la cicatrización de las heridas en todos ellos.

²⁷ Ramírez, Xochitl. Factores que intervienen en los ... ENEO-UNAM, Pág. 50

²⁸ Enciclopedia Ilustrada. Tabaquismo. ED. Cumbres, Pág. 213.

Las personas afectadas de esclerosis múltiple pueden observar un empeoramiento transitorio de sus trastornos motores cada vez que fuman un cigarrillo, la aparición de arrugas faciales se adelanta en fumadores.

Hace ya más de un siglo que se sabe que cuando una persona está iniciándose en el hábito tabáquico suele perder peso, aunque este efecto suele pasar inadvertido porque suele ser en adolescentes en período de crecimiento.²⁹

PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA.

Estudios bioquímicos han demostrado que los niños de padres fumadores están expuestos a sustancias carcinógenas durante la gestación y la primera infancia, esto se ha comprobado en niños que padecen cánceres del tipo del rhabdomyosarcoma y tumores cerebrales además también se ha demostrado que jóvenes de padres fumadores son más susceptibles a padecer algún tipo de cáncer que los niños de padres no fumadores.

Se aprende a fumar durante la infancia o la adolescencia y en este contexto, alrededor del 60% de fumadores han comenzado a fumar alrededor de los 13 años, y más de 90% antes de los 20 años, sólo el 10% de los fumadores han comenzado a fumar cuando son adultos, la industria del tabaco tiene que atraer a diario a más de 5000 niños y adolescentes al hábito de fumar.³⁰

La mayor parte, alrededor de un 80%, de la contaminación ambiental que produce el tabaco procede de la llamada corriente secundaria de humo, es decir, la que se origina de la combustión del cigarrillo cuando éste se consume espontáneamente.³¹

²⁹ INER. Daños a la Salud por el Tabaquismo. Boletín.

³⁰ Tapia, Roberto. Las Adicciones, Dimensión... ED. Manual Moderno, Pág. 301.

³¹ SEP. Geografía. ED. Comisión de Libros, Pág. 87

2.7. – NORMA OFICIAL SOBRE CONSUMO DE TABACO

REGLAMENTO SOBRE CONSUMO DE TABACO.

CAPITULO I. DISPOSICIONES GENERALES.

Artículo 1. El presente Reglamento tiene por objeto proteger la salud de las personas de los efectos nocivos causados por la exposición al humo del tabaco, con la reducción del consumo de éste, principalmente, en lugares públicos cerrados.

Artículo 2. Para efectos de este Reglamento, se entenderá por:

- I. Ley, a la Ley General de Salud.
- II. Secretaría, a la Secretaría de Salud.

Artículo 3. La protección de la salud de los efectos nocivos del humo del tabaco comprende lo siguiente:

- I. El derecho de las personas no fumadoras a no estar expuestas al humo del tabaco en los sitios cerrados que comparten con fumadores;
- II. La orientación a la población para que se abstenga de fumar en el hogar, los centros de trabajo y en lugares públicos.
- III. La prohibición de fumar en los edificios públicos que se señalan en este Reglamento.
- IV. El apoyo a los fumadores, cuando lo soliciten, para abandonar el tabaquismo con los tratamientos correspondientes.
- V. La información a la población sobre los efectos nocivos del consumo del tabaco y la promoción de su abandono.

Artículo 4. La interpretación del presente Reglamento corresponde a la Secretaría, y su aplicación a ésta y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, de conformidad con los acuerdos de coordinación que, en su caso, se suscriban.

CAPITULO II. PROGRAMA CONTRA EL TABAQUISMO.

Artículo 5. Las acciones para la ejecución del programa contra el tabaquismo se ajustarán a lo dispuesto en este capítulo, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones aplicables.

Artículo 6. La prevención del tabaquismo tiene carácter prioritario, principalmente en la infancia y la adolescencia, y comprenderá las siguientes acciones:

- I. La promoción de la salud, que considerará el desarrollo de actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad.
- II. La orientación a la población sobre los riesgos a la salud por el consumo de tabaco.
- III. La inclusión de contenidos acerca del tabaquismo en programas y materiales educativos.
- IV. La orientación a la población para que se abstenga de fumar en el hogar, centro de trabajo y en los lugares públicos.
- V. La detección temprana del fumador.
- VI. La promoción de espacios libres de humo de tabaco.
- VII. El establecimiento de políticas tendientes a disminuir el acceso al tabaco.

Artículo 7. El tratamiento del tabaquismo comprenderá las acciones tendientes a:

- I. Conseguir que las personas que lo deseen puedan abandonar el hábito.
- II. Reducir, los riesgos y daños causados por el consumo de tabaco.
- III. Abatir, los padecimientos asociados al consumo de tabaco.
- IV. Atender y rehabilitar a quienes tengan alguna enfermedad atribuible al consumo de tabaco.
- V. Incrementar el grado de bienestar físico, mental y social tanto del consumidor de tabaco como de su familia y compañeros de trabajo.

Artículo 8. La investigación sobre el tabaquismo considerará:

- I. Sus causas, que comprenderá, entre otros:
 - a) Los factores de riesgo individuales y sociales.
 - b) Los problemas de salud y sociales asociados con el consumo de tabaco.
 - c) La magnitud, características, tendencias y alcances del problema.
 - d) Los contextos socioculturales del consumo.
 - e) Los efectos de la publicidad sobre el consumo.
 - II. El estudio de las acciones para controlarlo, que comprenderá, entre otros:
 - a) La valoración de las medidas de prevención y tratamiento
 - b) La información sobre:
 - La dinámica del problema del tabaquismo.
 - La prevaencia del consumo de tabaco.
 - Las necesidades y recursos disponibles para realizar las acciones de prevención y control del consumo del tabaco.
 - La conformación y tendencias de la morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaco.
 - El cumplimiento de la regulación sanitaria en la materia.
 - El impacto económico del tabaquismo.
 - c) El conocimiento de los riesgos para la salud asociados al consumo de tabaco.
- La información a que se refiere el presente artículo deberá integrarse en el sistema de información sobre adicciones.

CAPITULO III. CONSUMO DE TABACO.

Artículo 9. Excepto en las áreas a que se refiere el siguiente artículo sé prohíbe fumar en:

A) El interior de los edificios que a continuación se enumeran:

- I. Edificios públicos propiedad de la Federación, entendidos todos aquellos, del dominio público o privado de la Federación, que ésta haya adquirido por cualquier título jurídico.
- II. Edificios que alberguen oficinas o dependencias de la Federación, así como de sus organismos públicos autónomos, que comprende a los utilizados por:
 - a) Cámara de Diputados.
 - b) Cámara de Senadores.
 - c) La Suprema Corte de Justicia de la Nación.
 - d) El Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.
 - e) Los tribunales colegiados y unitarios de circuito.
 - f) Los juzgados de distrito.
 - g) El Consejo de la Judicatura Federal.
 - h) La Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
 - i) El Instituto Federal Electoral.
 - j) El Banco de México.
 - k) El Tribunal Superior Agrario.
 - l) El Tribunal Fiscal de la Federación
 - m) La Presidencia de la República.
 - n) Las Secretarías de Estado.
 - o) La Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal.
 - p) La Procuraduría General de la República.
 - q) Los Organismos Descentralizados, las empresas de participación estatal.
 - r) Los Fideicomisos Públicos.
- III. Edificios en los que se prestan servicios públicos de carácter federal, tales como:
 - a) Aeropuertos y terminales aéreas.
 - b) Centrales camioneras.
 - c) Estaciones de ferrocarril.
 - d) Terminales e instalaciones portuarias.

B) Las unidades hospitalarias y clínicas de los sectores público, social y privado que constituyen el Sistema Nacional de Salud, que incluye:

- I. Institutos Nacionales de Salud.
- II. Hospitales.
- III. Clínicas.
- IV. Unidades Médicas.
- V. Centros de Salud.

- VI. Consultorios Médicos, Dentales y de otras disciplinas relacionadas.
- VII. Laboratorios Clínicos, Gabinetes de Diagnóstico y Tratamiento.

C) Cualquier otra instalación en la que se presenten servicios públicos federales, ya sea directamente por instituciones públicas o por particulares.

Artículo 10. En los edificios e instalaciones a que se refiere el artículo anterior se destinará un área para que los trabajadores, visitantes o cualquier usuario, que así lo desee, puedan fumar, la cual deberá:

- I. Estar aislada de las áreas de trabajo.
- II. Tener ventilación hacia el exterior o un sistema de extracción o purificación de aire.
- III. Ubicarse, de acuerdo con la distribución de trabajadores, por piso, área o edificio.
- IV. Estar identificada como área de fumar, con señalización clara y visible.

El área que se refiere el presente artículo no podrá utilizarse como un sitio de recreación.

Los superiores jerárquicos darán facilidades para que el personal que fuma pueda acceder a las áreas definidas para este fin y le facilitarán el apoyo en tiempo que soliciten para asistir a terapias que lo ayuden a dejar de fumar.

Artículo 11. En los edificios a que se refiere el artículo 9 del presente Reglamento, deberán fijarse en lugares visibles avisos o símbolos que expresen la prohibición de fumar e identifiquen las áreas reservadas para fumadores, no deberán existir ceniceros de ningún tipo.

En la entrada o entradas de los edificios, pisos o áreas identificadas como libres de humo de tabaco, se colocará un cenicero de piso con la siguiente leyenda: "por favor apague su cigarro antes de entrar. En este edificio existen áreas específicas designadas para fumar" o cualquier otra similar.

Artículo 12. En el caso de los servicios públicos concesionados por el Gobierno Federal, en la concesión respectiva se establecerá la condición para el concesionario de adoptar las medidas necesarias para el debido cumplimiento del presente capítulo dentro de las instalaciones destinadas a brindar el servicio público.

Artículo 13. Los titulares de las unidades administrativas que ocupen o utilicen las instalaciones a que se refiere el artículo 9 de este Reglamento, apoyados por los responsables de su área administrativa, o los concesionarios de los servicios públicos de carácter federal, según el caso, coadyuvarán a que en dichas instalaciones se observe lo dispuesto en el presente Reglamento.

Artículo 14. Cuando alguna de las personas mencionadas en el artículo anterior o sus subordinados adviertan que alguna persona está fumando fuera de las áreas reservadas para ello deberá exhortarlas a dejar de fumar o a cambiarse a las áreas identificadas para tal propósito.

Artículo 15. Los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal difundirán lo dispuesto en este capítulo y sus beneficios entre sus trabajadores, usuarios y visitantes.

CAPITULO IV. COORDINACIÓN.

Artículo 16. Para la instrumentación y ejecución de las medidas y acciones a que se refiere el presente capítulo, la Secretaría promoverá la coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, mediante la suscripción de los respectivos acuerdos.

Artículo 17. La Secretaría procurará que en los acuerdos a que se refiere el artículo anterior se consideren los siguientes aspectos:

- I. Las acciones que, para la ejecución del programa contra el tabaquismo, realizará la entidad federativa de que se trate.
- II. La creación de clínicas y servicios para la atención del fumador.
- III. La creación de centros estatales contra las adicciones.

Artículo 18. La Secretaría impulsará que los gobiernos de las entidades federativas promuevan las reformas legales y administrativas necesarias y adopten las medidas que estimen convenientes para evitar y prohibir que se fume en las oficinas de sus respectivas unidades administrativas, en donde se atienda al público y en lugares públicos.

CAPÍTULO V. VIGILANCIA.

Artículo 19. Corresponde a la Secretaría la vigilancia del cumplimiento del presente Reglamento.

Los titulares de las dependencias o entidades auxiliados por el Oficial Mayor del Ramo o equivalente, y con la participación de los órganos internos de control, coadyuvarán en la vigilancia del presente Reglamento y, cuando encontraran irregularidades que, a su juicio, constituyan violaciones al mismo, la harán del conocimiento de la Secretaría.

CAPÍTULO VI. SANCIONES.

Artículo 20. La inobservancia a lo dispuesto en el artículo 9, será sancionada con amonestación con apercibimiento y cuando se trate de reincidencia por tercera ocasión y sucesivas; con multa de una a cinco veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate.

Artículo 21. Se sancionará con multa hasta cincuenta veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la inobservancia de las disposiciones contenidas en los artículos 10 y 11.

TRANSITORIOS.

Único. El presente Reglamento entrará en vigor a los treinta días siguientes de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiséis días del mes de julio de dos mil. Ernesto Zedillo Ponce de León. Rúbrica el Secretario de Salud, José Antonio González Fernández..³²

³² Justo, Carlos. Diario Oficial de la Federación. Tomo DLXIV, No. 11

2.8. – TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL FUMADOR

A través de los años mucho se ha escrito sobre los efectos del tabaco en la salud, los informes mundiales compilan una gran cantidad de información enfocada hacia los daños a la salud, lo que ha conducido a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) defina al tabaquismo como un problema mundial de salud pública que constituye la primera causa prevenible que ocasiona enfermedad, invalidez y muerte prematura.

En la sexta reunión internacional sobre tabaco y salud efectuada en Tokio, Japón, en 1987, se reforzó que los programas de cesación, cuentan ahora con la suficiente documentación científica que facilite su mayor implementación y difusión; estos programas de cesación significan el ofrecimiento de una gran variedad de técnicas y métodos para ayudar al fumador a abandonar el hábito, los cuales son dirigidos a diferentes grupos y tipos de fumadores y entre los que se encuentran:

- a) Métodos para ayudar al fumador motivado y poco dependiente, por medio de folletos, mensajes difundidos en medios masivos de comunicación, recomendaciones de su médico, técnicas de autoayuda.
- b) Métodos para ayudar a los fumadores motivados pero dependientes, que incluyen terapias de grupo y de reemplazo de nicotina.
- c) Métodos para crear y mantener la motivación como base fundamental para proporcionar otra técnica de intervención, como educación para la salud e información al público.

MÉTODOS CONDUCTUALES.

Son de tipo individual o grupal, principalmente enfocados a las técnicas de condicionamiento aversivo.

- A) Choques eléctricos. Se emplearon diferentes formas de aplicación que incluían desde la descarga eléctrica al abrir la cigarrera hasta métodos más complejos.
- B) Terapia multicompensatoria al fumar rápidamente. Consiste en que el paciente inhale el humo de su cigarro cada seis segundos, hasta que no quiera hacer otra inhalación. Esto toma alrededor de 15 minutos, sin importar la edad del paciente.
- C) Sobresaciedad. Sesiones de grupos pequeños donde se les pide a los pacientes que tripliquen el consumo de cigarrillos, acompañadas de técnicas de relajación y estrés.
- D) Método de smoke enders. Su enfoque está constituido por técnicas de modificación de conducta no aversivas, aunadas a técnicas grupales semejantes a la de alcohólicos anónimos. Además incluye, diez sesiones de un complejo apoyo grupal.

- E) Acupuntura. Es un método relativamente rápido y simple, pues requiere de un esfuerzo mínimo por parte del paciente, pero no ha demostrado una amplia eficacia.
- F) Hipnosis. Varios estudios demuestran su eficacia, pero ha carecido de grupos de control.

Al aplicar cualquier tipo de tratamiento, surge la preocupación por desarrollar algún sistema para erradicar la adicción al tabaco. Sin embargo, casi todas estas técnicas están dirigidas al abandono inmediato del hábito, sin considerar la reincidencia, o bien, atacan sólo un aspecto de la compleja conducta que representa el fumar.

MÉTODOS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Estudios realizados a través de los años han puesto de manifiesto la utilización de diversos fármacos para controlar esta dependencia.

REEMPLAZO CON NICOTINA.

Es uno de los avances más importantes en este campo. Su empleo se fundamenta en que la dificultad y lo desagradable de los síntomas que se manifiestan al suspender el cigarro se debe a la caída brusca de los niveles de nicotina en la sangre. Si esta pérdida de nicotina es reemplazada con otra fuente alternativa, facilita al fumador atacar la adicción mediante dos enfoques: primero, al superar los componentes sociales, psicológicos y conductuales de la adicción, y segundo, ser apartado paulatinamente de la nicotina.

- A) Chicle con nicotina. Un problema que esta modalidad de administración presenta es que su absorción a través de la mucosa bucal es relativamente lenta, aunque reduce los síntomas del síndrome de abstinencia, facilita el éxito del abandono a corto plazo, reduce las recaídas cuando su uso es prolongado y duplica las tasas de éxito.
- B) Parche transdérmico con nicotina. Se coloca en la piel un parche de distinto tamaño, de acuerdo con la intensidad de la adicción, y se usa durante 24 horas, tiempo en que la nicotina pasa al torrente sanguíneo a través de la piel.

TRATAMIENTO GRUPAL.

Clínica de Tabaquismo. Es una de las más utilizadas en el mundo y se caracteriza por su flexibilidad, que va de acuerdo con las necesidades de la institución donde esté establecida, la flexibilidad relacionada con el número de individuos que conforman el grupo, así como con la cantidad y el número de sesiones, y los distintos contenidos educativos que se emplean en el programa.

Este programa de tratamiento se basa en un método multidisciplinario e integral y constituye uno de los programas de mayor éxito a largo plazo, pues está sustentado en un enfoque cognoscitivo-conductual, y apoyado con tratamiento farmacológico de sustitución de nicotina.

El programa terapéutico que se lleva a cabo en la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), ha sido producto de un arduo trabajo de diez años.

Además de las actividades que realiza esta Clínica, como la asistencial, cuyo principal objetivo es ayudar a los fumadores crónicos a abandonar el hábito, efectúa labores de educación y prevención, impartiendo pláticas de sensibilización a grupos de alto riesgo; también ofrece cursos y talleres dirigidos a replicadores como trabajadoras sociales, médicos generales, enfermeras, padres de familia, y capacita al personal especializado para la creación de grupos de autoayuda así como al de otras clínicas de tabaquismo.

Aunado a estas actividades de asistencia, prevención y educación, la clínica también se dedica a la investigación encaminada a mejorar y conocer nuevas opciones de tratamiento.³³

EL PAPEL DEL PERSONAL MÉDICO EN EL ABANDONO DEL HÁBITO TABAQUITO.

El personal médico debe desempeñar un papel fundamental en la promoción del abandono de esta adicción, pues la frecuencia de la relación personal-paciente lo convierte en una vía potencial costeable para promover la cesación.

El personal médico debe desempeñar un papel activo aconsejando a los individuos y proporcionándoles folletos de información. Todos deben de aprovechar una oportunidad para advertir a los fumadores sanos o enfermos sobre la necesidad de dejar de fumar, los medios para conseguirlo y las consecuencias de seguir fumando.³⁴

³³ Massün, Edith. Prevención del uso Indevido... ED. Trillas, Pág. 150

³⁴ Secretaría de Salud. ¿Por qué no lo consigo?. Boletín.

3. - METODOLOGÍA

3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es transversal, ya que se realiza en un solo tiempo y se estudia a la población una sola vez, y también es de tipo descriptivo porque sólo se mencionan los hechos tal y como suceden en la realidad.

3.2. – UBICACIÓN DEL ESPACIO TEMPORAL

3.2.1. - LUGAR

Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Cuajimalpa en México, Distrito Federal.

3.2.2. – PERIODO DE ESTUDIO

Del 24 de Octubre al 10 de Noviembre del año 2003.

3.3. – UNIVERSO

Todo el personal que labora en la Unidad Médica Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social que en total son 200 trabajadores.

3.4. – MUESTRA CENSAL

El Cien por Ciento del Personal que labora en la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Turno Matutino y Vespertino.

3.5. – CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1. – CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal que se encuentre laborando en la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el período en el cuál se realice la Investigación y que acepte por propia voluntad participar en ella.

3.5.2. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Personal que no se encuentre laborando en la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el Período en el cuál se recabe la Información por medio de los Cuestionarios.

3.5.3. – CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Personal que no entregue el Cuestionario.

Personal que entregue el Cuestionario sin responder completamente con lo que se le pide en el mismo.

Personal que entregue el Cuestionario en blanco o sea sin contestar ninguna pregunta.

Personal que no desee participar de forma voluntaria y que en esos momentos se encuentre laborando en la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el Período en el cuál se recopile la Información por medio de los Cuestionarios.

3.6. – MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

3.6.1. - MÉTODO

Censo.

3.6.2. - TÉCNICA

Entrevista.

3.6.3. - INSTRUMENTO

Cédula de Entrevista.

3.7. – PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

Para llevar a cabo esta Investigación recurrí a una indagación documental, adquiriendo así conocimientos generales sobre el tabaquismo, así como de la Norma Oficial que prohíbe fumar; posteriormente en la Investigación de Campo, obtuve información de fuentes vivas.

Mi muestra censal fue un total de 200 trabajadores de la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para desarrollar la investigación planeada primero se realizó una serie de entrevistas con Directores de la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Cuajimalpa, éstas con el fin de presentar el proyecto para su aceptación y recibir el permiso para trabajar dentro de la unidad; así como también para fijar los días, lugar y hora en el que se llevaría a cabo la aplicación de las cédulas o cuestionarios.

Se realizaron entrevistas con las unidades de observación para la aplicación de cédulas y con éstas obtener la recolección de datos, se llevo a cabo una análisis de los mismos y posteriormente se definieron por medio de los resultados obtenidos las conclusiones generales y propuestas de este trabajo.

3.8. – PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

El procesamiento estadístico de los datos se realizó de la siguiente manera, en primer lugar se llevo a cabo la revisión de cédulas o cuestionarios para la selección; posteriormente se paso a la fase de concentración de datos de las cuales sé desprendió la Tabulación; para pasar a la fase del procesamiento estadístico de los datos; se describieron e interpretaron los datos que sé obtuvieron de la Cédula.

3.9. – PRUEBA DE HIPÓTESIS

El método estadístico de comprobación de hipótesis utilizado, es por correlación ya que por medio de este método se determina la existencia de asociación entre las categorías de dos variables.

3.10. – ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

3.10.1. – RECURSOS HUMANOS

Pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Héctor García Morán.
Asesor de tesis Maestra Ingá Pérez Cabrera.
Personal de la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

3.10.2. – RECURSOS MATERIALES

Hojas blancas y Cuaderno.
Lápiz y Pluma.
Goma y Sacapuntas.
Fólder, Engargolados y Empastados.
Computadora, Discos de 3 ½, Tinta e Internet.
Libros, Revistas, Tesis, etc.

3.10.3. – RECURSOS FINANCIERO

Los recursos financieros correrán a cargo del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y serán todos aquellos gastos que se requieran realizar hasta la aceptación del protocolo de investigación y hasta la culminación de la Tesis y examen profesional.

4. - DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

CUADRO No. 1

Respecto al Sexo de la Población encuestada el 65.24% (122) corresponde al Femenino y el 34.75% (65) al Masculino.

En esta institución de salud las categorías eminentemente femeninas son enfermería, trabajo social y personal de apoyo médico y administrativo; la cuál nos da una proporción de 2 a 1.

De acuerdo con el último censo realizado en 1990, la población mexicana es de 81249645 habitantes; con lo que se refiere al sexo, la cantidad de mujeres es un poco mayor en relación con los hombres.

CUADRO No. 2

Respecto a la edad del personal el 25.66% (48) está entre 38 a 42 años; el 19.78% (37) de 43 a 47 años; el 14.43% (27) de 33 a 37 años; el 12.29% (23) respectivamente de 48 a 52 y de 28 a 32 años; el 11.22% (21) de 23 a 27 años y el 4.27% (8) de 18 a 22 años.

El promedio es de 37.72, con una desviación de 8.38 que corresponde a los grupos de 28 a 32 y de 38 a 42 años por lo que se trata de una población homogénea por el coeficiente de variación de 22.21% y un rango de 34; lo que llama la atención es que la población está en la etapa de adulto mayor.

CUADRO No. 3

De acuerdo a la escolaridad del personal encuestado tenemos que el 19.78% (37) tiene una carrera técnica completa; el 15.50% (29) un posgrado; el 13.36% (25) un bachillerato incompleto; el 12.83% (24) un bachillerato completo; el 11.22% (21) una licenciatura incompleta; el 10.69% (20) una licenciatura completa; el 8.02% (15) una secundaria completa; el 4.81% (9) una carrera técnica incompleta; el 3.74% (7) primaria completa; y respectivamente en secundaria y primaria incompletas no se tiene valor alguno, o sea un cero por ciento.

Con esto nos damos cuenta que en esta institución de salud el personal está preparado para desempeñar sus labores; ya que un mínimo sólo tiene estudios básicos como son primaria y secundaria completa, así como carrera técnica incompleta; y los valores mayores caen en los rubros de carrera técnica completa y posgrado respectivamente.

Con lo anteriormente explicado se debe de entender que el personal de la Unidad Médico Familiar No. 42 debe de tener una actitud responsable en cuanto al acto de fumar, ya que los rubros desde Carrera Técnica Completa empiezan a elevarse en cuanto a frecuencia, y entendemos esto como que sí se tiene un alto grado de estudios escolarizados y por ende deben de respetar el lugar en el cuál se encuentran laborando a diferencia de los que tienen poca escolaridad, ya que es poca la frecuencia que se maneja entre Primaria Completa y Secundaria Incompleta; estos son los que deben tener una actitud irresponsable en cuanto al acto de fumar, a causa de su preparación, que es solamente básica.

CUADRO No. 4

Acerca del estado civil del personal encuestado tenemos que el 57.21% (107) es casada (o); el 31.01% (58) es Soltero (a); el 5.34% (10) vive en Unión Libre; el 3.74% (7) es Divorciado (a) y el 2.67% (5) es Viudo (a).

Dos terceras parten del personal de alud que labora en esta institución tiene un hogar bien establecido y con esto una responsabilidad como una familia por la cuál se preocupa ya que el valor mayor cae en el rubro de casado y subsecuentemente en soltero dando una relación aproximada de 2 a 1.

En cuanto al Estado Civil del Personal de la Unidad Médico Familiar No. 42 se concluye que debe de tener una actitud responsable en cuanto al acto de fumar ya que más del 50% es casado y se puede deducir que tiene un hogar bien establecido en el cual existen derechos y obligaciones y que deben de ser respetados por los miembros que integran la familia.

CUADRO No. 5

Con relación al número de hijos del personal encuestado el 43.85% (82) tiene de 1 a 2; el 28.34% (53) de 3 a 4; el 24.06% (45) no tiene ninguno; el 2.13% (4) de 7 a 8 y el 1.60% (3) de 5 a 6.

El promedio es de 1.89, con desviación de 1.60 y el coeficiente de variación de 84.85%, lo que equivale a una gran heterogeneidad del fenómeno aún cuando el rango es de 8.

En general el comportamiento respecto al número de hijos es con tendencia, responsable y como la mayoría son adultos maduros, puede suponerse que la función está cumplida.

La fecundidad es el componente de cambio poblacional que más incide en el tamaño y estructura por edades de una población. La tasa bruta de reproducción de México se estima de 2.5 hijos por mujer, así que esta población está por debajo de la tasa. Mientras en los países desarrollados presentan reducidos niveles de fecundidad, en los países subdesarrollados, por su parte, los niveles de fecundidad son elevados.

CUADRO No. 6

Con respecto a la antigüedad en el trabajo que tiene el personal encuestado tenemos que el 29.41% (55) de 15 a 21 años; el 21.39% (40) respectivamente se encuentra de 1 a 3 y de 9 a 14 años; el 16.04% (30) de 4 a 8 años y el 11.76% (22) de 21 a 26 años.

El promedio es de 11.91, con una desviación de 7.30 y el coeficiente de variación de 61.29% lo que equivale a una heterogeneidad del fenómeno aun cuando el rango es de 25.

Se observa que el comportamiento respecto a la antigüedad es variado; aunque existe un predominio de 15 a 21 años; que hace evidente la responsabilidad que tiene el personal por mantener su trabajo.

De acuerdo con el último censo, realizado en 1990, la población de México económicamente activa representó el 47.6% del total. Se reporta el 3% de desempleo. La distribución de la población económicamente activa se distribuye de la siguiente manera: el 68.3% al sector terciario, el 26.9% al sector secundario y solamente el 0.8% al sector primario, el 4% restante no es especificado.

CUADRO No. 7

En cuanto a las áreas laborales que tiene el personal encuestado tenemos que el 36.89% (69) corresponde a la médica; el 19.78% (37) a enfermería y administrativa respectivamente; el 11.22% (21) corresponde a otras áreas; el 8.55% (16) a intendencia y el 3.74% (7) al área de trabajo social.

En esta unidad de primer nivel los valores mayores caen en áreas directamente encargadas de la atención a pacientes como son la médica y de enfermería; así como otras áreas con valor importante es la administrativa, ya que están en contacto con la comunidad derechohabiente.

Las unidades de primer nivel de atención desarrollan acciones de apoyo educativo dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente; los servicios están enfocados prioritariamente a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuya resolución es factible con recursos de poca complejidad técnica; estimulan además, las formas de organización y participación comunitaria en los servicios.

Si tomamos en cuenta lo antes mencionado con respecto a las Áreas Laborales en la cuál se desempeña el Personal de Unidad Médico Familiar No. 42, se puede resaltar, que los rubros con mayor frecuencia son la Médica, Enfermería y Administrativa, estos son los que deben de tener una actitud responsable cuanto al acto de fumar, ya que dentro de su preparación profesional deben de tener un mayor conocimiento en cuanto a los problemas que ocasiona el fumar. En comparación con los conocimientos que tiene el restante del Personal encuestado, ya que son de Intendencia, Trabajo Social y otras con menor conocimiento ha cerca de los daños, que puede llevar el fumar, tomando una actitud poco responsable en cuanto a este.

CUADRO No. 7.1

De las otra áreas destacan el 23.80% (5) de laboratorio, el 14.28% (3) de farmacia y el 9.52% (2) respectivamente a nutrición, vigilancia, operador de ambulancias y el departamento de conservación, ya que se encargan de la atención y están en contacto con los derechohabientes y el 4.76% (1) telecomunicaciones, directiva médica, almacén, fotocopiado y rayos X, exceptuando a está última ninguna de las anteriores tiene contacto con los derechohabientes.

Las unidades de primer nivel cuentan con consultorios médicos, consultorios de odontología, sala de espera, salón de usos múltiples, CEYE, área de curaciones e inmunizaciones, laboratorio, radiodiagnóstico, consultorio de optometría, consultorio de psicología, epidemiología, estadística, dirección, administración, farmacia, almacén e intendencia.

CUADRO No. 8

En cuanto al hábito de fumar del personal encuestado el 55.08% (103) no fuma; el 27.80% (52) si lo hace y el 17.11% (32) sólo de vez en cuando llega a fumar.

En general la mayoría de la gente no tiene el hábito de fumar con una tendencia de 2 a 1 respecto a los que si fuman; y sólo el menor porcentaje lo hace de vez en cuando. Se puede decir que es una institución con buenos hábitos de salud, ya que para trabajar en una institución de salud debería ser el cien por ciento de no fumadores; sobre todo en este tipo de lugares que ve por el bienestar de otras personas.

El consumo del tabaco en nuestro país, de acuerdo con los informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), alcanza a 44.7% de los hombres, y a 16.5% de las mujeres.

En cuanto al habito de fumar se debe de deducir que el Personal de la Unidad Médico Familiar No. 42 toma una actitud responsable en cuanto a los riesgos que le trae el fumar, ya que más del 50% no fuma; aunque existen algunos que tienen una actitud poco responsable ya que fuman a veces; por último tenemos que aproximadamente una cuarta parte, tiene una actitud irresponsable en cuanto al acto de fumar; ya que nos encontramos en una institución de salud la cual se preocupa por el bienestar de otros y parte de su personal tiene problemas de Tabaquismo.

CUADRO NO. 9

Con respecto a la frecuencia con la que fuma el personal encuestado tenemos que el 47.61% (40) respectivamente lo lleva a cabo diario y a veces; y solo el 4.76% (4) lo realiza a la semana.

Aunque los resultados están 2 a 1 a favor de los que no fuman, los que fuman lo realizan a diario y a veces; es bueno meditar o pensar a que le llama fumar a veces, y muy pocas son las personas que indicaron que fuman una vez a la semana.

Por otra parte el pronostico es malo, por el hecho de laborar en una institución de salud, ya que esté tipo de instituciones tiene que ver por la salud de sus derechohabientes, pero que hay de la salud de su propio personal, así como del impacto que puede tener ante la comunidad.

Lo anterior se puede poner en tela de juicio, ya que si observamos en comparación con los datos anteriores, de 52 personas que aceptaron que fumaban, solo 40 aceptaron que lo hacían del diario, con esto podemos ratificar que se tiene una actitud irresponsable; ya que a comparación del rubro de a veces del cuadro anterior que fueron 32, en este cuadro se dispara a 40 y sólo muy pocos fuman a la semana.

Estos datos pueden ser poco confiables, si tomamos en cuenta que existe una Norma Oficial en cuanto a la prohibición de fumar y que se encuentran en una institución de salud, ya que la mayoría de personas es desconfiada

Y pudo pensar que está información se tomaría para otra causa.

CUADRO No. 10

De acuerdo al número de cigarrillos por día que fuma el personal encuestado es el 71.42% (60) de 1 a 3; el 21.42% (18) de 4 a 10; el 5.95% (5) de 11 a 15 y el 1.19% (1) de 16 a 20.

El promedio es de 3.92, con desviación de 3.45 y el coeficiente de variación de 88.01% lo que equivale a una gran heterogeneidad del fenómeno aun cuando el rango es de 19.

De acuerdo al número de cigarrillos que fuma el personal encuestado se observa que es muy variado; aunque existe una tendencia de 1 a 3 cigarrillos, son pocos los cigarrillos que se fuman.

CUADRO No. 11

Respecto a la opinión de la gente que fuma, el 45.45% (85) opina que se ve mal; el 43.31% (81) no le interesa y el 11.22% (21) que se ve bien.

Existe muy poca diferencia entre las personas que opinan que se ve mal la gente que fuma en comparación con las personas que no les interesa; ya que para trabajar en una institución de salud y mostrar esa indiferencia es muy considerable; y si a ésta le sumamos que hay personas que piensan que se ven bien, estamos tratando ya con una mayoría que apoya el fumar y otras que no les interesa.

Con respecto a lo anterior se puede deducir que la actitud con respecto al acto de fumar que toma el personal encuestado, en cuanto a la gente que fuma es irresponsable, ya que más del 50% no le interesa y opina que se ve bien aquella que fuma; en comparación del 45.45% que tomo una actitud responsable y opino que la gente se ve mal.

Se puede decir que es una actitud irresponsable, ya que el rango esta casi en un 50% y esto no es nada halagador si tomamos en cuenta que se trata de personal que labora en una clínica especializada para prevenir la salud de otros, independientemente que si tienen o no tienen los conocimientos respectivos del problema; Que poco compromiso puede existir para cuidar la salud de otros, tanto en atención como en la prevención del daño.

CUADRO No.12

Acerca de la convivencia del personal encuestado con personas que fuman tenemos que el 83.42% (156) si conviven con personas que fuman y el 16.57% (31) no convive.

Se observa la proporción entre unos y otros, lo cuál es de 5 a 1; o sea que cada una de cinco personas no convive con personas que fuman.

Tomando en cuenta la convivencia que tiene el personal encuestado de la Unidad Médico Familiar No. 42 con las personas que fuman se deduce que es una actitud irresponsable ya que la gran mayoría soporta la convivencia con personas que fuman y muy pocos son los que toman una actitud responsable en cuanto a no convivir con las personas que fuman.

Se puede deducir que al personal no le interesan los daños que le puede traer el fumar, ya que tiene conocimiento de lo que le puede ocasionar el humo del cigarro pero no hace gran cosa por evitar estar en contacto con esté.

CUADRO No. 13

En cuanto a las personas que fuman más, en el medio ambiente del personal encuestado el 64.10% (100) son compañeros de trabajo; el 17.94% (28) son amigos; el 12.17% (19) otros y el 5.76% (9) son los padres.

Estamos hablando de que el personal encuestado pasa mucho tiempo en su área laboral y que el número de personas que fuma más es el de compañeros de trabajo; o sea que su medio ambiente está contaminado y pasan mucho tiempo en este ambiente de trabajo insano.

Estos datos son muy importantes ya que la mayoría de las personas encuestadas opinan que son sus compañeros de trabajo los que más fuman dentro de su medio ambiente; esto sé traspolo a que es una actitud irresponsable ya que existe la Norma Oficial que prohíbe que se fume en las Instituciones de Salud, y que a estos no les importa mucho esta norma. Por otro lado tenemos la actitud poco responsable que se tiene por parte de las personas que conviven con ellos y tampoco hacen valer esta Norma Oficial.

El hecho de que al separar a los fumadores de los no fumadores en un mismo espacio cerrado, en apariencia no tiene ningún efecto, pero esto ha despertado un importante debate médico, social y legal, que en el caso de México, ha llevado a la generación de reglamentos, primero en el sector salud y después en otros sectores donde se regula el consumo del tabaco, enfocándolo como un problema de salud. Sin embargo, la gran cantidad de fumadores y el poco respeto que muchos de ellos muestran por la salud de los no fumadores hace casi imposible la eliminación de la exposición al humo del tabaco.

CUADRO No. 13.1

De las otras personas que fuman más tenemos que el 47.36% (9) son familiares; el 42.10% (8) es el cónyuge y el 10.52% (2) son los suegros.

Es decir que después de dejar el área laboral con un ambiente contaminado, llegan a un ambiente familiar igualmente perjudicial para la salud.

Existen muchas personas que, a pesar de haber escogido no fumar, se ven obligados a respirar el humo producido por los fumadores que se hallan en la misma habitación o local y se convierten en "fumadores pasivos", puede llegar a inhalar una cantidad de humo equivalente al consumo de entre uno o tres cigarrillos.

CUADRO No. 14

Respecto a los individuos con los cuales comparte más tiempo el personal encuestado el 52.40% (98) es con compañeros de trabajo; el 26.73% (50) son otros; el 11.76% (22) con los padres y el 9.09% (17) amigos.

Observamos que el personal encuestado pasa mucho de su tiempo en el área laboral, ya que pasa más tiempo con los compañeros de trabajo.

CUADRO No. 14.1

La convivencia con otros individuos con quienes se comparte más tiempo son el 38% (19) es la familia; el 32% (16) cónyuge y el 30% (15) con los hijos.

En conclusión se dice que el personal pasa mayor tiempo con su familia en general, esto inmediatamente después de abandonar el área laboral; o sea que la convivencia secundaría para el personal es con su familia.

Una encuesta probabilística de hogares, efectuada entre la población urbana; entre los resultados más importantes se observó que 25.8% de los individuos fuman en el hogar, 21.6% fumaron alguna vez en su vida, aunque al momento de la aplicación de la encuesta ya no lo hacían, y 52.6% dijeron no haber fumado nunca. En esta encuesta se definió como fumador pasivo en el hogar a la persona no fumadora por lo menos el mes previo a la entrevista, y que conviviera en su casa con por lo menos un fumador activo. En todo el país se observó que 42.5% de los no fumadores conviven con por lo menos un fumador.

Los resultados en la capital del País, muestran que entre los fumadores hay 47.6% de fumadores pasivos; de cualquier manera, más de 40% de los no fumadores en ambos casos son fumadores pasivos en el hogar.

CUADRO No. 15

En cuanto a los lugares en los cuáles acostumbran fumar más los individuos que comparten el medio ambiente con el personal encuestado tenemos que el 53.20% (83) es en el trabajo; el 17.30% (27) lugares públicos; el 10.89% (17) en casa; el 10.25% (16) calle; el 8.33% (13) en el auto y ninguno mencionó otros lugares en los cuales se acostumbra fumar más.

Observamos que el lugar más acostumbrado para fumar es el área laboral, ya que tan sólo este rubro tiene más del cincuenta por ciento, en comparación con los otros lugares que se comparten el otro cincuenta por ciento.

Cabe distinguir entre la Exposición Domiciliaria (no sujeta a limitaciones Legales o Administrativas), la del Medio Laboral (a valorar el efecto aditivo sobre otros eventuales tóxicos ambientales), la de los Lugares Públicos y de Recreo, la de los Hospitales y los Colegios y la de los Medios de Transporte.

Los datos anteriormente mencionados son muy importantes ya que nos refieren una actitud irresponsable en cuanto a respetar la Norma Oficial, ya que el lugar preferido de las personas que fuman es su centro de trabajo; y si a esto le sumamos que las personas que no fuman conviven con las que si lo hacen, estamos hablando de una actitud poco responsable, ya que no hacen valer la norma y permiten a sus compañeros fumar en el lugar de trabajo.

Por medio de la Encuesta Nacional de Adicciones tenemos que en cuanto al sitio donde los adictos al tabaco manifestaron consumirlo en mayor cuantía, destacan las reuniones sociales (35.9%), después de comer (15.3%), y, lamentablemente, 14.8% fumaban más en el Trabajo.

CUADRO No. 16

Los conocimientos que tiene el personal encuestado con respecto a los efectos nocivos que provoca el fumar es del 96.79% (181) contestaron que sí y el 3.20% (6) que no.

Con esto observamos que el personal encuestado en su gran mayoría tiene conocimientos sobre los efectos nocivos; esto nos da una proporción de 30 a 1 en comparación con los que no tienen conocimientos.

Diferentes encuestas realizadas demuestran que una pequeña parte de la población tiene conocimientos sobre la gravedad del problema.

En general se puede decir que el personal encuestado tiene una actitud responsable, ya que si tienen conocimientos ha cerca de los efectos nocivos que provoca el fumar en comparación con aquellos que no conocen los efectos y toman una actitud irresponsable ya que son muy pocos, pues la frecuencia es de 6; aunque para mi punto de vista estos últimos son poco creíbles; pues en los spots publicitarios aparecen leyendas de los problemas que contrae el fumar, e independientemente trabajan en una institución de salud en la cuál no faltan los cartelones con los daños que provoca el fumar.

CUADRO No. 17

Los efectos nocivos que conoce el personal encuestado con respecto al fumar es del 77.34% (140) conoce los físicos, biológicos y psicológicos; el 13.81% (25) sólo los físicos; el 4.97% (9) sólo los biológicos y el 3.86% (7) sólo los psicológicos.

En su mayoría el personal tiene conocimientos respecto a los tres grupos de efectos nocivos que provoca el fumar; y en una minoría sólo conocen un grupo de efectos nocivos; pero conocen, aunque para pertenecer a una institución de salud deberían conocer los tres grupos todos.

En el momento actual, las publicaciones más recientes sobre tabaquismo hacen referencia a aspectos no sólo clínicos sino también patogénicos, biomoleculares, legales, laborales, de salud pública e incluso, metodológicos. Actualmente puede afirmarse con seguridad que el tabaquismo es una realidad incontestable, que repercute negativamente sobre la salud y que induce un riesgo cierto, innecesario, en cierto modo, también involuntario y, desde luego, no significativo para el organismo del no fumador.

CUADRO No. 18

En cuanto a los problemas originados por el hábito de fumar el 30.18% (256) señala las afecciones del tracto respiratorio; el 23.82% (202) cáncer; el 13.79% (117) afecciones del tracto digestivo; el 9.55% (81) problemas generales de salud; el 10.49% (89) problemas de salud pública, el 9.31% (79) afecciones cardiovasculares y el 2.83% (24) problemas en la salud reproductiva.

Con esto nos damos cuenta que el personal conoce muchas de las afecciones que provoca el fumar; los problemas y daños a los cuales más se asocian son del tracto respiratorio siguiendo a éste el cáncer en general; un poco menos en frecuencia son las enfermedades crónicas con mayor tasa de mortalidad. Parece que al personal no le importa mucho ya que continúan fumando; y sí a esto le sumamos todos aquellos problemas que mencionaron, observemos que no tienen impacto sobre el personal.

Con los datos de este cuadro y el anterior se corrobora que el personal encuestado toma una actitud responsable en cuanto a los efectos nocivos que provoca el fumar, por la amplia y variada gama de problemas que puede ocasionar el Tabaquismo.

El efecto nocivo del tabaco se extiende a numerosos órganos y aparatos y es un factor de riesgo de importancia variable en la patógenia de numerosas enfermedades.

Es importante mencionar que los problemas se sintetizaron según el aparato, sistema o problema que afecta.

CUADRO NO. 18.1

En cuanto al cáncer el 41.08% (83) indica el broncogénico y pulmonar; el 23.26% (47) el de laringe, faringe, traquea y garganta; el 19.30% (39) cáncer; el 11.88% (24) el de boca y lengua; el 3.46% (7) de esófago y gástrico y por último el 0.99% (2) el de vejiga.

Aunque es una gran gama de cánceres mencionados por el personal encuestado, los que predominan son en su mayoría los del aparato respiratorio; aunque es importante destacar que un poco menos de la mitad es el cáncer broncogénico y pulmonar, o sea, que el personal en su mayoría cree que da cáncer pero a nivel respiratorio y muy pocos son los que conocen que el fumar es factor importante en otros tipos de cánceres, fuera del sistema respiratorio.

El consumo habitual de tabaco guarda una relación de riesgo inequívoca con diversos tumores malignos del ser humano. El cáncer de pulmón (carcinoma broncogénico) es probablemente el más grave y conocido de todos ellos, pero no el único. El cáncer es, la enfermedad más estrechamente relacionada con la mortalidad prematura ligada al consumo de tabaco en el mundo desarrollado.

El poder cancerígeno del tabaco se debe, indudablemente, a la presencia de sustancias carcinógenas en el humo que genera su combustión.

Tumores malignos relacionados etiológicamente con el consumo de tabaco; con relación estrecha: carcinoma broncogénico, de laringe, de cabeza y cuello, esófago y vejiga. Con relación más débil: cáncer de estómago, hígado, de células renales, de páncreas, algunas hemopatías malignas como la leucemia mieloide crónica, leucemia aguda no linfoblástica, mieloma; y algunos tumores ginecológicos.

CUADRO No. 18.2

En cuanto a las afecciones cardiovasculares el 39.24% (31) señalan los problemas cardiovasculares e hipertensión arterial; e15.18% (12) la vasoconstricción e hipoxia; el 10.12% (8) los problemas hemáticos e insuficiencia cardíaca respectivamente; el 8.86% (7) la taquicardia; el 7.59% (6) la arteriosclerosis y aterosclerosis, así como el infarto y la angina de pecho respectivamente y el 1.26% (1) el colesterol elevado.

Del sistema cardiovascular; el que mayor frecuencia tiene son los problemas cardiovasculares y la hipertensión arterial, con esto se dice que existe una amplia gama de padecimientos cardiovasculares gracias al hábito de fumar.

El tabaquismo es una de las grandes causas principales de aterosclerosis y es considerado como factor de riesgo principal para el desarrollo de la misma junto a la hipertensión, diabetes mellitus y dislipemias. Al margen de otras enfermedades producidas por el mismo, su implicación en el desarrollo de la cardiopatía isquémica tiene una importancia vital, ya que dicha enfermedad es la principal causa de morbi-mortalidad en los países desarrollados.

El corazón y el endurecimiento de las arterias afectan grandemente a los tabaquistas de más de 35 años de edad en adelante, y en ellos se encuentran los más numerosos casos de cardiopatía. Las estadísticas indican que constituyen los fumadores la legión más importante, debido al campo apropiado hasta llegar a la cifra del 95%, por influencia nicotínica.

Los fumadores tienen mayores posibilidades de sufrir un ataque cardíaco y menores probabilidades de superar un accidente de este tipo. Una enfermedad menos conocida pero igualmente impresionante y dolorosa del aparato cardiovascular es la trombangitis obliterante, que origina obstrucción de las arterias que llevan sangre a los miembros, y con ellos gangrena y la necesidad de amputarlos.

CUADRO No. 18.3

Con respecto a las afecciones del tracto respiratorio el 40.62% (104) refiere el enfisema pulmonar; el 19.92% (51) a la tos, bronquitis, laringitis y faringitis; el 16.79% (22) los problemas respiratorios; el 4.68% (12) la insuficiencia respiratoria y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica respectivamente; el 3.12% (8) el asma; el 8.59% (22) susceptibilidad a enfermedades respiratorias y el 1.56% (4) la bronconeumonía.

Se observa que el personal encuestado menciona casi en un 50 por ciento el enfisema pulmonar, pero esto no es de trascendencia ya que hasta los spots publicitarios sobre cigarrillos lo dicen; o sea que el nombre sí se le graba a las personas, pero que tanto están conscientes del daño.

El tabaco es nocivo para la salud, ya que está relacionado directamente con diversas enfermedades y es la causa principal de muchas muertes, el 95% de las personas que parecen bronquitis son fumadores.

Parece ser que el campo más abonado a los estragos es en las vías respiratorias, bronquios y pulmones de todos es conocido el despertar del fumador crónico, su mal humor, la pastosidad de su boca, la tos seca de arranque a la expectoración, que no aliviara al paciente, hasta que no haya logrado cierto drenaje en sus bronquios.

Se piensa que fumar cigarrillos es causa importante de enfisema, en la cuál se distienden los alvéolos o sacos aéreos de los pulmones por obstrucción crónica de las vías bronquiales. En Estados Unidos, el enfisema causa la muerte de 20000 personas al año. El tabaquismo también es causa importante de bronquitis crónica.

CUADRO No. 18.4

En tanto a las afecciones del tracto digestivo el 58.97% (69) señala las caries y pigmentación dental, así como el mal aliento; el 23.07% (27) pérdida de peso, falta de apetito y desnutrición; el 9.40% (11) la gastritis; el 5.98% (7) los problemas gástricos y el 2.56% (3) las nauseas.

Son en realidad pocos los problemas del tracto digestivo que se mencionan pero de estos hay que resaltar las caries, pigmentación dental y el mal aliento, ya que estas por sí solas son capaces de superar el 50 por ciento del total de los problemas; aunque es importante mencionar que estos problemas son de los más evidentes y perceptibles a comparación de los otros problemas.

La enfermedad periodontal es más frecuente en fumadores, probablemente porque la nicotina reduce el riego sanguíneo local.

Existe una relación significativa entre el hábito de fumar y el riesgo de desarrollar úlcera péptica, tanto gástrica como duodenal.

El reflujo gastroesofágico puede verse facilitado por el consumo de tabaco, probablemente por reducir de forma transitoria el tono del esfínter esofágico inferior.

La enfermedad inflamatoria intestinal crónica de crohn, es más frecuente en fumadores, y en ellos sigue una evolución más desfavorable, especialmente en las mujeres.

Algunas de las repercusiones que la droga ejerce sobre el aparato digestivo, en especial sobre los procesos ulcerosos gástricos y en determinadas gastritis, que se tornan difíciles si el paciente fumador no abandona el hábito de fumar.

Por otra parte añadiremos que además, de las descritas Enfermedades, existen otros graves trastornos derivado del ataque tóxico, que afectan a toda la Boca en sí, a la Lengua, a los Dientes, al Aliento, etc.

CUADRO No. 18.5

Respecto a los problemas en la salud reproductiva tenemos el 37.5% (9) señala los productos hipotróficos; el 33.33% (8) la impotencia sexual; el 16.66%(4) la disminución de la libido; el 4.16% (1) la amenaza de aborto, problemas en el embarazo, así como el desprendimiento prematuro de placenta respectivamente.

Es importante destacar que son muy pocos los problemas que se mencionan y muy poca la frecuencia, lo importante es que conocen que el hábito de fumar daña al producto y que se refleja en el bajo peso, así como es preocupante también que se mencione la impotencia sexual en un segundo lugar, ya que este es uno de los principales problemas que dentro del ámbito de lo sexual preocupa al hombre.

El fumador no es la única persona afectada por el hábito. Fumar cigarrillos durante los seis meses últimos del embarazo conlleva a un mayor riesgo de aborto, óbito fetal y muerte del recién nacido. Los bebés, por lo demás sanos, de madres que fumaron durante el embarazo, tienen a mostrar un menor peso cuando nacen, que los hijos de mujeres que no fuman.

El consumo de tabaco tiene sobre la salud femenina las mismas repercusiones generales negativas, que sobre la de los varones. Pero, además de las consecuencias que el tabaco acarrea a los fumadores independientes de su sexo, la mujer es especialmente vulnerable en virtud de que los procesos que guardan relación con la función ovárica y la secreción estrogénica se ven directamente influidos por el consumo de tabaco, y porque el embarazo y el feto sufren también las consecuencias de este hábito si se mantiene durante la gestación.

El consumo de tabaco ejerce un efecto antiestrogénico. Las mujeres fumadoras se comportan como si tuvieran una deficiencia relativa de estrógenos.

Si consideramos como un acontecimiento negativo la menopausia, el consumo de tabaco la adelanta hasta dos años, con una clara relación con el nivel de consumo.

El cáncer de cuello uterino es más frecuente en fumadoras, en cuyo moco cervical se ha detectado carcinógenos del Tabaco y metabolitos de la nicotina.

Un trastorno tan frecuente como la dismenorrea parece ser más habitual en fumadoras. Los recién nacidos hijos de madres fumadoras tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad pre, peri y posnatal, debido a la mayor frecuencia de abortos espontáneos, embarazos ectópicos, partos prematuros, muerte fetal y neonatal, malformaciones, crecimiento y desarrollo postnatal alterado y muerte súbita del recién nacido. Es sabido finalmente, que la placenta de las mujeres gestantes fumadoras a término es significativamente mayor, probablemente como respuesta compensadora a la hipoxemia inducida por el tabaquismo.

Añadiremos que además de las enfermedades descritas, existen otros graves trastornos derivados del ataque tóxico, está es que afecta la fecundidad tanto del varón como de la mujer. Últimamente se ha comprobado científicamente, que muchas causas de esterilidad, abortos o partos inmaduros son debido a las secuelas de la droga.

CUADRO No. 18.6

En cuanto a los problemas generales de salud el 29.21% (26) indican problemas de salud en general; el 22.47% (20) adicción; el 17.97% (16) conflictos interpersonales y estrés; el 3.37% (3) problemas de vías urinarias, vejez prematura así como la pigmentación digital respectivamente y el 2.24% (2) la diabetes mellitus, problemas hepáticos, el 1.12% (1) disminución del estado de alerta y celulitis respectivamente, el 5.61 (5) cefalea y osteoporosis y el 2.24 (2) disminución del olfato y gusto.

Es importante destacar de estas afecciones los problemas generales de salud y la adicción, ya que si sumamos estas dos frecuencias, son el 50 por ciento del total de los problemas; ya que exceptuando a los conflictos interpersonales y el estrés, todos los restantes son mencionados con menor frecuencia; aunque hay que destacar que es una amplia gama de problemas.

El tabaco causa la muerte del 50% de los fumadores que adquirieron el hábito en la adolescencia y si continúan fumando no tendrán posibilidades de llegar a octogenarios, esto podría parecer muy remoto.

Pero el uso del tabaco puede, a corto plazo, influir en la apariencia de tu imagen, al proporcionar arrugas prematuras, manchas en los dientes y mal hiento. Además, el hábito de fumar incluso en pequeñas dosis (uno o cuatro cigarrillos al día) en mujeres que toman anticonceptivos orales representa un doble riesgo de sufrir infarto al miocardio.

El tabaco ocasiona a largo plazo una serie de enfermedades discapacitantes como bronquitis crónica, enfisema pulmonar asfixiante, que no permitirá dar un paso sin fatiga, riesgo continuo de episodios de afecciones cardiovasculares y cáncer de pulmón o garganta, entre otras.

Hay múltiples estudios que sugieren una relación entre tabaquismo y determinados procesos como son las cataratas en fumadores mayores, o del indudable retraso de la cicatrización de las heridas; la aparición de arrugas faciales se adelanta en fumadores.

Hace más de un siglo que se sabe que cuando una persona está iniciándose en el hábito tabáquico suele perder peso, el consumo de tabaco ejerce un efecto antiestrogénico por ende existe una deprivación anticipada de estrógenos que tiene como principal consecuencia negativa la aparición precoz y la evolución acelerada de la osteoporosis posmenopáusica y de sus consecuencias.

La nicotina y otros componentes tabaquísticos pueden provocar agudas crisis a los fumadores empedernidos, y a los principiantes sensibles alteraciones nerviosas, cefaleas, estados de ansiedad, vértigo, delirio, etc. Los efectos no son fulminantes en casi ningún caso, pero lentamente van penetrando en determinadas zonas del cerebro y sobre el sistema neurovegetativo, provocando una secreción de tipo hormonal de la hipófisis, la vasopresina, que contrae arterias y diversos vasos..

Es de sobra conocida la pérdida de la agudeza visual de muchos tabaquistas que, sí llegan a suprimir el uso del tabaco antes de su cronicidad, se cura fácilmente, de lo contrario la persistencia y cierto aumento de la dosis puede ocasionar hasta la ceguera parcial o total.

CUADRO No. 18.7

En cuanto a los problemas de salud pública el 35.80% (29) no contestó; El 18.51% (15) mencionaron los problemas económicos; el 14.81% (12) los daños a la salud en otras personas; el 13.58% (11) la contaminación ambiental y el 12.34% (10) el mal ejemplo a menores y el 4.93% (4) incitan a más fumadores.

Son pocos problemas mencionados, pero todos son equivalentes en cuanto a la frecuencia, aunque es bueno destacar aquellos que no contestaron, así como a los problemas económicos que también se mencionó con gran frecuencia.

Desde hace muchos años, aunque con variaciones según modas y costumbres, el acto de fumar se ha considerado como un acto ritual dentro de un determinado contexto social. Así, los adolescentes empezaban a fumar para reafirmar su personalidad y sentirse "mas hombres". Ahora las mujeres, quizá por eso de la igualdad de derechos, mal entendida, fuma casi tanto y a veces más que los hombres; estos son ejemplos del estímulo ambiental y del componente social del uso del tabaco.

Se denomina tabaquismo pasivo a la inhalación involuntaria del humo del tabaco existente en espacios cerrados y que procede de la contaminación ambiental producida por los individuos fumadores activos.

La mayor parte, alrededor de un 80%, de la contaminación ambiental que produce el tabaco procede de la llamada corriente secundaria de humo, es decir, la que se origina de la combustión del cigarrillo cuando éste se consume espontáneamente. La corriente secundaria tiene una variedad y, sobre todo, una concentración de agentes tóxicos mucho mayor que la que posee la corriente principal, es decir, el humo que emerge del cigarrillo cuando se aspira por la boquilla.

El tabaquismo de padres que fuman a ocasionado en los menores una predisposición a infecciones respiratorias agudas (bronquitis aguda, laringotraqueítis, neumonías, etc.) y otitis media aguda ocurridas en los primeros cuatro años de vida; también se ha asociado a tos crónica y episodios de silibancías. Existe la posibilidad de que estos trastornos predispongan o favorezcan la presentación ulterior de un asma en la segunda infancia o en la adolescencia.

Es motivo de preocupación creciente el aumento importante de las enfermedades que se relacionan con el hábito tabaquito, el costo directo que su atención médica implica, y los costos indirectos ocasionados por el ausentismo laboral, así como los gastos de atención de los problemas invalidantes que esto conlleva. Los gastos médicos constituyen una carga para el individuo, para las Instituciones Gubernamentales y las Organizaciones Privadas.

De acuerdo con varias fuentes internacionales, tener un empleado fumador puede costar a una organización entre 500 y 4600 dólares anuales. Estas cifras son muy alarmantes si se considera el número de fumadores.

Durante muchos años se ha creído que el tabaquismo tenía escasas o nula importancia, hoy en día se sabe que el cigarrillo es una de las principales causas de la Contaminación Atmosférica de los ambientes cerrados.

CUADRO No. 19

Los conocimientos que tiene el personal encuestado respecto a la norma oficial que prohíbe fumar en edificios públicos es del 64.70% (121) que si la conoce y el 35.29% (66) no la conoce.

Esto nos da una proporción de 2 a 1, del personal encuestado que conoce la norma sobre los que no la conocen. Esto está mal ya que si se trata de una unidad de primer nivel de atención (preventivo) como es posible que no conozcan la norma oficial para el beneficio del propio personal; con esto se desglosa que tan responsables son para cuidar y velar por la salud de otros al cien por ciento.

La actitud que toma el personal encuestado con respecto a que si conoce o no la Norma Oficial que prohíbe fumar en Instituciones de Salud, es dividida, ya que existen personas que mencionaron no conocerla (actitud irresponsable) y otras que mencionaron que si la conocen (actitud responsable). Una tercera parte de los encuestados refirió no conocer esta Norma Oficial; es importante meditar que es lo que pasa; es por falta de interés o porque los directivos no hicieron llegar esta información al personal para llevar a cabo el designio de la Norma en esta Institución; o porque es mejor hacer caso omiso a las reglas y pretender hacer creer que nunca se informo sobre esta.

Los trabajos que demuestran la realidad y la importancia de los efectos del tabaquismo son numerosos, estos han sido suficientes como para que, de forma progresiva, se hayan desarrollado normas legales que, sin vulnerar la libertad individual de los fumadores, protegen a los no fumadores, especialmente a los más indefensos (recién nacidos, niños, adolescentes, gestantes, enfermos crónicos, etc.).

CUADRO No. 20

En cuanto a los aspectos de la norma oficial que prohíbe fumar en edificios públicos conocidos por el personal encuestado el 36.19% (80) no contestaron; el 16.28% (36) fuman sólo en áreas específicas; el 14.47% (32) no fumar en instituciones de salud y edificios de gobierno; el 12.21% (27) no fumar en lugares cerrados, ni en el área laboral; el 9.95% (22) aplicar sanciones a los que fuman; el 7.23% (16) protege a personas que no fuman y el 3.61% (8) no la conocen, pero saben que existe.

Observemos que es más el personal encuestado que no contestó nada sobre la norma oficial, esto es preocupante, ya que también son muchas y muy variadas las respuestas que dieron, aunque lo único rescatare de esto es que la mayoría coincide en que sólo se puede fumar en áreas específicas, y los que la conocen solo es parcialmente.

Son variados los conocimientos que tienen las personas encuestadas con respecto a la Norma Oficial, basándonos en esto, es propio indicar que toman una actitud responsable ya que conocen; aunque no toda la Norma como se esperaría. Aunque existen personas con una actitud poco responsable, ya que no contesto nada sobre la Norma Oficial, es importante pensar, en que, si es por qué no la conoce o es que no le interesa contestar qué es lo que conoce. Existen personas con una actitud irresponsable aunque es poca la frecuencia, es de considerarse, puesto que sabe que existe pero no la conoce, o sea, que de plano a estos ni les interesa a que se refiere.

Hay que establecer mecanismos de prevención contra la contaminación ambiental producida por el humo del tabaco en los lugares cerrados, muy especialmente en los hospitales, las escuelas, los transportes públicos y medio laboral, sin olvidar los peligros y eventuales accidentes de tráfico derivados del consumo de tabaco en los vehículos particulares (efectos sobre las funciones sensoriales y la capacidad de atención y vigilancia). La administración pública debe hacer lo posible para proteger los derechos de los no fumadores, por fomentar la educación sanitaria en estos campos y por hacer comprender al fumador activo sus responsabilidades, no sólo individuales, sino también sociales.

CUADRO No. 21

Los conocimientos que tienen respecto a la prohibición de fumar en su trabajo, es el 63.63% (119) si sabe que se prohíbe fumar; el 21.39% (40) no sabe que se prohíbe fumar y el 7.48% (14) no está enterado y los que si pero que no les interesa respectivamente.

Con esto nos damos cuenta que la mayoría del personal conoce que sí se prohibió fumar en sus área laborales y sólo muy pocos no están enterados o no saben. Con esto se puede deducir que tan cierto es el desconocimiento del personal encuestado que niega saber la prohibición, ya que son muy pocos .

Con este cuadro corroboramos que existe personal que toma una actitud responsable en cuanto a la Norma Oficial, ya que refiere sí conocer la prohibición de fumar en su trabajo; otros con poca responsabilidad ya que refieren no conocer ha cerca de la prohibición de no fumar en su área laboral y los que son irresponsables ya que refieren no estar enterados y otros que sí están enterados, pero no les interesa en lo más mínimo respetar los designios de la Norma Oficial.

CUADRO No. 22

Las causas por las que fuma el personal encuestado, el 40.47% (34) lo realiza por placer; el 15.47% (13) por convivencia; el 14.28% (12) por distracción; el 10.71% (9) por otras causas; el 8.33% (7) por necesidad; el 7.14% (6) porque los invitan sus amigos y el 3.57% (3) por evitar el aburrimiento.

La mayoría del personal encuestado que fuma lo realiza por placer ya que es un poco menos del cincuenta por ciento; el restante está dividido entre los otros rubros aunque es importante observar que la mayor cae en los rubros de distracción y convivencia..

Hay acuerdo general en que las personas comienzan a fumar por una o más de las siguientes causas: curiosidad, adaptarse a las normas de grupo al cual desean pertenecer; expresar rebeldía, imitación de conducta.

Según datos, seis factores principales influyen en los fumadores para preservar en su vicio: estimulación (sensación de mayor energía); manipulación sensorimotora (obtener satisfacción al tomar y encender el cigarrillo); relajación placentera (premiarse con un cigarrillo); hábito; disminución de la afectividad negativa (superar sentimientos de angustia, tensión o ira) y enciamiento (evitar sensación desagradable de los periodos cuando no se fuma).

CUADRO No. 22.1

Las otras causas por las que fuma el personal encuestado tenemos que el 44.44% (4) es por gusto; el 22.22% (2) por calmar los nervios y el 11.11% (1) por relajación, imitación y para no dormir, respectivamente.

El mayor es por gusto, con esto nos damos una idea que el personal encuestado que fuma lo realiza por propia convicción.

Por medio de la encuesta nacional de adicciones, se detectó que un tercio de los fumadores consumía tabaco por costumbre; otro tanto declaró hacerlo por gusto, y un poco más del 14% lo utilizaban como tranquilizante.

CUADRO No.23

De las razones por las cuales comparten el medio ambiente el personal encuestado que no fuma con los que si lo hacen el 45.63% (47) es por convivencia, necesidad y cuestiones laborales; el 17.47% (18) se les indican que no fumen, pero no respetan el lugar; el 11.65% (12) lo evitan lo más que se puede para no compartirlo; el 9.70% (10) comparten los sitios públicos; el 8.73% (9) por no hacerlos sentir mal y no les molesta y el 6.79% (7) se les persuade para que eviten el fumar e informan al superior.

Es importante resaltar las razones de convivencia, necesidad y cuestiones laborales, ya que son por las cuales se comparte el medio ambiente y que por si solas son casi el cincuenta por ciento de todas las razones por las cuales se comparte el medio ambiente; ya que no es por propia voluntad del personal, sino por razones que influyen en sus actividades cotidianas.

Este cuadro es uno de los más importantes, ya que el personal que no fuma, nos expresan sus razones por lo cuál comparten el medio ambiente con los que si lo hacen y de esto se puede deducir que toman una actitud responsable aquellos que evitan el estar en contacto con los que fuman y también les indican a sus compañeros de trabajo que no fumen e informan al supervisor, esto se toma como que les preocupa su salud, así como también hacer respetar la Norma Oficial que prohíbe fumar dentro del área laboral. Aunque también tenemos al personal que toma una actitud irresponsable ya que conoce ha cerca de los problemas que ocasiona el estar en contacto con el humo del cigarro, así como sabe que existe una Norma que prohíbe fumar dentro de las instituciones de salud pero ellos aceptan estar con las personas que fuman por convivencia, necesidades, cuestiones laborales, por no hacer sentir mal al que fuma y porque les molesta que fumen las otras personas.

Aunque también existe personal poco responsable ya que estos comparten el medio ambiente contaminado porque en general las personas que fuman no respetan los lugares en los cuales se encuentran.

En los países con hábitos tabáquicos se estima que un 70% de los individuos está expuesto, en algún momento del día, al humo del tabaco. En una encuesta reciente, hasta dos tercios de los individuos no fumadores se quejaban del inhalar involuntaria y constantemente humo de tabaco. Estudios realizados en sujetos no fumadores han detectado la presencia de niveles orgánicos de constituyentes del tabaco similares a los que habitualmente existen en los fumadores leves. Probablemente esto es así porque hasta un 12% de los no fumadores pasivos durante ocho horas al día y porque un 30 a 40% está expuesto al humo del tabaco durante, al menos, una hora al día.

CUADRO No. 24

De las sugerencias de medidas para disminuir el tabaquismo en el medio laboral propuestas por el personal encuestado el 19.75% (82) señaló colocar áreas para fumadores y prohibir que se fume en áreas interiores restrictivas; el 14.21% (59) la concienciación comunitaria y está de acuerdo con las medidas que se adopten; el 12.04% (50) no contestó y no le interesa; el 11.56% (48) el aplicar sanciones a los que no respeten los lugares de no fumar y quitar los cigarrillos al entrar a la institución; el 9.15% (38) colocar letreros de no fumar en los departamentos y apoyarla con propaganda, así como distribuirla; el 8.43% (35) el recordatorio de la norma oficial y estrategias para su cumplimiento; el 7.95% (33) pláticas sobre los problemas que trae el fumar; el 6.50% (27) comentar el problema de tabaquismo en las reuniones laborales y sugerir medidas por parte de los directivos; el 5.78% (24) ayuda directa a personas que fumen, distribuir parches de nicotina y chicles de tabaco, así como realizar exámenes médicos y de laboratorio y por último el 4.57% (19) formar una clínica de tabaquismo, así como elaborar un programa de actividades físicas.

Es importante señalar que una cuarta parte del personal encuestado toma una actitud irresponsable en cuanto a las sugerencias para disminuir el tabaquismo en el medio ambiente laboral, ya que no contestó y no le interesa. En general el Personal de la Unidad Medico Familiar No. 42 tiene una actitud responsable en cuanto a las medidas para disminuir el tabaquismo ya que fueron muchas y muy variadas sugerencias.

CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo general de la presente investigación el cual es de identificar los Factores Culturales, Legales, Conocimientos y la Escolaridad del personal que labora en la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social con respecto a la Actitud que toma ante el Riesgo y la Norma Oficial para el Control de Tabaquismo se concluye lo siguiente:

La Escolaridad del Personal es de Estudios Básicos (Primaria y Secundaria) para desempeñar su labor en Intendencia, Almacén, Conservación, Fotocopiado y Vigilancia dentro de esta Institución; el restante del Personal está preparado con Carreras Técnicas, Bachillerato, Licenciatura y Posgrado para dar atención Médica, apoyo Administrativo a los Derechohabientes. La Unidad Médico Familiar cumple con las necesidades de la propia Institución de Salud, como para las necesidades que tienen y solicitan los derechohabientes en cuanto a un Primer Nivel de Atención.

En cuanto a los Factores Culturales relacionados con el Tabaquismo se inicia como una forma de Socialización; pero ya después se convierte en una actividad normal y cotidiana tanto para el que fuma como para las personas que están en su entorno, ya que poco a poco se va aceptando al individuo que fuma en la casa, sitios públicos y área laboral.

Es importante resaltar que los individuos que fuman mencionaron diferentes causas por las que siguen fumando como son por necesidad, placer, calmar sus nervios, relajarse y por no dormir, ya que la nicotina poco a poco va exigiéndole al mismo organismo mantener un nivel nicotínico en la sangre o por el hecho de satisfacerse o premiarse con un cigarrillo.

Así también tenemos a aquellos que fuman por el hecho de estar compartiendo un espacio y sentirse adaptados y aceptados por un grupo como son aquellos que, contestaron que es por evitar el aburrimiento, por invitación, convivencia, distracción e imitación; así que el fumar se convierte en una forma de convivencia y pertenencia de grupo social, ya que por naturaleza el individuo tiene que vivir y compartir con sus semejantes.

Con respecto a los Conocimientos que tiene el Personal encuestado en cuanto a los Daños que provoca el hábito de fumar son muchos y muy variados, ya que señalaron, tanto problemas que sólo pueden dañar la imagen personal, como aquellos que pueden llevar a la muerte, como por ejemplo caries y pigmentación dental, mal aliento, náuseas, pigmentación digital, vejez prematura, adicción, conflictos interpersonales, estrés, impotencia sexual, problemas en el embarazo, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, taquicardia, infarto y cáncer en diferentes modalidades.

Con esto se deduce que el Personal tiene un amplio Conocimiento de los Problemas, que provoca el Tabaquismo; aunque no conozcan perfectamente en que consiste cada padecimiento, lo que es de importancia es que conoce que este hábito mal sano siempre trae consecuencias, desde unas insignificantes hasta las que pueden provocar la muerte o una incapacidad física.

En cuanto a los Conocimientos que tiene el Personal encuestado con lo referente a la Norma Oficial que Prohíbe Fumar dentro de las Instituciones de Salud tenemos que dos terceras partes la conocen y la tercera restante no; aunque conocen poco a lo que se refiere está Norma ya que solo mencionaron algunos puntos como son el estar prohibido fumar en lugares cerrados, áreas laborales, en Instituciones de Salud y Edificios Gubernamentales; así como mencionaron que se aplican sanciones a los que fumen, protege a personas que no fuman y que existen áreas específicas en donde se debe fumar.

Lo anterior significa que conocen muy poco a lo que se refiere la Norma Oficial, ya que es más amplia y explícita, pero lo rescatable de esto es que conocen puntos básicos e importantes para poder exigir que no se fume en su área laboral o solicitarle a la gente que fuma que se dirija a las zonas preestablecidas para este fin o informar a los jefes inmediatos y persuadir por medio de la sanción para que eviten fumar en el trabajo.

En general la Actitud que toma el Personal de la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social en cuanto al Tabaquismo es de irresponsabilidad, ya que la gran mayoría tiene estudios desde Bachillerato y Carrera Técnica, los cuales ya tienen una Educación y Formación más responsable pero no son capaces de evitar a las personas que fuman, ya que les permiten fumar dentro de su área laboral y no hacen valer una Norma Oficial establecida.

Por otro lado que importa que conozcan los Problemas que ocasiona el Tabaquismo, ya que comparten y permiten a sus compañeros de trabajo fumar, y son con los cuales comparten más tiempo durante el día; ya que esto es reafirmado por las personas que fuman al mencionar que su lugar preferido para fumar es en su área laboral, no importando contaminar y perjudicar a sus compañeros, así como también pasar por alto una Norma establecida y que por decreto debe de respetarse y hacerse valer.

Aunado a todo esto estamos hablando que el área laboral es una Institución de Salud que su principal fin es de cuidar la salud de otros, y ni siquiera por lo que representa está Institución como tal son capaces las personas que fuman de respetarla y los que no fuman, no son capaces de hacerla respetar.

Con esta información se puede decir que el personal que labora dentro de esta Institución no está comprometido con su trabajo, ni ha entendido de la inmensidad del problema que causa el Tabaquismo; ya que no importan los Conocimientos adquiridos con respecto al Daño que causa el fumar y mucho menos que su lugar de trabajo es una Institución de Salud la cual está regida por una Norma Oficial que prohíbe fumar.

No se puede hablar de un compromiso laboral, ni de Ética profesional, si el mismo Personal de Salud permite y tolera que el Personal que labora dentro de esta Institución fume y contamine en el área laboral en la cual desempeña su trabajo; y su trabajo es cuidar la salud de otros.

Por último quiero mencionar que el individuo no importando sexo, edad, escolaridad, estatus social y conocimientos, está expuesto a caer en las garras del hábito de fumar y en un corto o largo plazo a padecer de alguna de las afecciones que nos conlleva el fumar; por esto y por todo lo antes expuesto exorto al personal de salud a asumir una mayor responsabilidad en contra de este gran problema

que es el Tabaquismo ya que ahora en esta época se considera una Epidemia Mundial; ya que ningún país a resuelto este problema desde que el tabaco a cruzado sus fronteras.

Por esto, como mínimo de responsabilidad es el de respetar las áreas comunes que se tienen con otros individuos, así como respetar la Norma Oficial en los Edificios Públicos e Instituciones de salud, en especial los lugares cerrados.

Las Instituciones de Salud de Primer Nivel o Clínicas son las encargadas de prevenir y cuidar la salud del individuo y de su comunidad; su principal método es por medio de la educación para la salud (Pláticas) y quien mejor que el personal de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia para llevar a cabo esta tarea tan difícil y para la cual estamos totalmente preparados.

Ya que todo el ramo médico lo más interesante se encuentra en un Segundo y Tercer Nivel de Atención, pues para mí punto de vista es siempre mejor prevenir que lamentar y nuestra preparación académica nos proporciona conocimientos y técnicas para cada uno de los diferentes niveles de atención a la salud; pero por qué no apropiarnos del Primer Nivel, ya que de esta forma nos seguiremos independizándonos de los Médicos y de esta manera demostrar que la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia verdaderamente es una Profesión independiente. Que mejor énfasis que contra el Tabaquismo, ya que está mala costumbre nos esta ocupando muchas camas en Centros Hospitalarios, no como el problema del Tabaquismo sino en sus modalidades patológicas como Enfisema Pulmonar, Cáncer, Gastritis, Estrés, Contaminación Ambiental, Mala Nutrición, Aborto Prematuro, etc.

Este problema de Salud Pública es un pulpo que poco a poco con sus tentáculos va atrayendo más y más adeptos, y que al caer en el Tabaquismo es muy poco probable de salir adelante ya que es una adicción aceptada por nuestra sociedad y aunque conozcamos los Daños que nos produce y que existen leyes que norman su consumo se sigue llevando a cabo esta práctica insana, sin importar nuestra propia salud y todo lo anteriormente explicado.

Al darse la oportunidad de abandonar el tabaco, usted sentirá mejor sabor de boca. Quienes están más cerca de usted puede que no se lo hayan dicho, pero el aliento del fumador, puede ser muy desagradable. Mejora su olfato y los alimentos recobrarán para usted su autentico sabor. En pocas semanas, mejorará su estado físico: respirara mejor y se fatigara menos al realizar algún esfuerzo. Respirara más fácilmente y se sentirá más ágil, mejorara su estado general y su aspecto físico. Podrá practicar deporte con mayor facilidad y rendimiento. Respetará el derecho al aire puro de quienes lo rodean, ser un ejemplo positivo de su familia, tendrá la satisfacción de su libertad que hasta ahora dependía del Tabaco.

PROPUESTA

De acuerdo a los resultados de la investigación la mayoría de la población encuestada está de acuerdo en establecer acciones que permitan reducir los efectos del consumo de tabaco en las áreas laborales ya que es donde los fumadores expelen el humo del mayor número de cigarrillos que consumen durante el día.

De las sugerencias que el mismo personal señaló es importante retomarlas ya que constituyen acciones concretas que ellos señalan y existe mayor probabilidad de obtener la participación activa en los programas elaborados para ese fin.

Con el apoyo de las Autoridades de la Unidad Médico Familiar No. 42, promover la formación de una clínica de Tabaquismo con acciones normativas y aplicativas para que en el programa se incluyan Normas de observancia obligatoria.

Delimitar áreas para los fumadores en espacios abiertos y fuera de las instalaciones cerradas de la Unidad Medica.

Delimitar áreas para fumar que no sea visibles y no estén en contacto con los derechohabientes y comunidad.

Concientización comunitaria del riesgo del consumo de tabaco para que las medidas restrictivas puedan ser adoptadas y se evite el menor rechazo hacia estas.

Establecer estrategias para el cumplimiento de la Norma Oficial del consumo de tabaco, que no rebase los límites de individualidad y derecho de las personas que fuma, para que las acepten, asimilen y las cumplan.

Buscar apoyos para ayudar a los fumadores con un Programa en donde se lleve a cabo la valoración y seguimiento del estado de salud por medio de orientación psicoterapéutica, aplicación de parches y chicles de nicotina. Hasta alcanzar a disminuir a su máximo el hábito de fumar.

Programar reuniones periódicas que permitan la evaluación de las acciones propuestas, así como formar un comité que se encargue de la supervisión del cumplimiento de las mismas.

Concienciar al personal de salud de los daños que causa el consumo de tabaco por medio de mesas de trabajo; así como sesiones clínicas obligatorias para todo el personal.

Concienciar a la población de los daños que causa el consumo de tabaco por medio de carteles informativos dentro de la misma unidad de salud; así como fomentar los spot publicitarios y platicas por medio de rota folios u otros métodos en la sala de espera y auditorio de la Unidad Médico Familiar.

Concienciar al personal que fuma para que solo lleven a cabo este hábito mal sano en los lugares previamente señalados para este fin dentro de la Unidad Médico Familiar No. 42.

Concienciar a la población en general para que eviten los lugares poco ventilados y en los cuales haya personas.

Concienciar a los padres de familia para que no fumen en presencia de menores de edad, esto para evitar el contaminar su espacio, así como la imitación de esta actividad mal sana.

Fomentar el deporte para el personal de la Unidad Médica y población, en coordinación con los centros deportivos de la zona.

Prohibir que se fume en lugares donde se practica deporte, así como dentro de las instituciones que rigen a estos.

Prohibir que se fume en los lugares de esparcimiento y estancias infantiles.

Llevar un seguimiento de casos en las clínicas de tabaquismo para valorar que tan eficientes son los métodos que utilizan y los logros obtenidos por parte del individuo que los utiliza.

Aplicar sanciones a las personas que fuman y que están establecidas dentro de la Norma Oficial para un mayor acato y cumplimiento.

Por último es importante señalar a la Población en general que el Derecho de fumar de algunos termina donde empieza el Derecho a respirar aire limpio de todos.

5. - REFERENCIAS

5.1. - BIBLIOGRAFÍA

- BELLSOLA, Domingo.
ALCOHOL Y TABACO. (UN NUEVO CÓLERA DISFRAZADO.
ED. Olimpo. , ED. 1ª. , México, 1979.
Pp. 188.
- BULACIO, J. Bruno y col.
EL PROBLEMA DE LA DROGADICCIÓN. ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO.
ED. Paidos, Buenos Aires, Argentina, Septiembre, 1988.
P. p. 208.
- CASASA, García. Patricia.
ELEMENTOS DE ANTROPOLOGÍA.
ED. UNAM – ENEO, México, 1994.
Pp. 117.
- CEA, D'Ancona. Ma. Ángeles.
METODOLOGÍA CUANTITATIVA. "LA OPERACIONALIZACION DE LOS
CONCEPTOS".
ED. Síntesis. España, 1998.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones.
EFECTOS DEL TABAQUISMO CONTRA LA SALUD.
Boletín No. 7, México, Abril, 1992.
- DANIDOFF, Linda.
INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA.
Ed. Mc. Graw-Hill, ed. 3ª., México, 1989.
Pp. 698.

- DOMÍNGUEZ, B. T.
FACTORES COGNOSCITIVOS Y CONDUCTAS ADITIVAS.
Congreso Nacional de Neumología y Psiquiatría. Michoacán, México,
Febrero, 1987.
Pp. 8
- Enciclopedia Ilustrada.
TABAQUISMO.
ED. Cumbre. , ED. 26ª, T – 10. México, 1985.
Pp. 407.
- ENEO – UNAM.
CUADERNO DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN.
ED. Departamentos de Investigación y Publicaciones. , México, 1989.
P.p. 97.
- ENGLE.
PSICOLOGÍA. PRINCIPIOS Y APLICACIONES.
ED. Publicaciones Culturales. , reimp. 3ª, México, 1982.
Pp. 626.
- FLORES, H. L., LOPEZ, M. L. ot al.
IDENTIFICACIÓN DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN
PROBLEMA DEL TABAQUISMO.
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Boletín.
Pp. 23.
- FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN.
Boletín. Intercambio.
No. 5, Noviembre, 1999.
Pp. 46.
- GARCÍA, Bellsola, Domingo.
ALCOHOL Y TABACO. UN NUEVO CÓLERA DISFRAZADO.
ED. Olimpo, México, 1979.
Pp. 188.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- HERNÁNDEZ, Sampier. Roberto. et. al.
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.
Ed. Mc. Graw – Hill, ed. 2ª. México, 1998.
- HIJAR, Medina. Martha. et. al.
MANUAL DE INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA ELABORACIÓN DE
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.
México, 1985.
- Instituto Mexicano del Seguro Social.
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y DEMOGRAFÍA MÉDICA. UN ENFOQUE
MULTIDISCIPLINARIO.
ED. Jefatura de Publicaciones del IMSS. , ED. 1ª. , México, Febrero, 1985.
Pp. 489.
- Instituto Mexicano del Seguro Social.
TABAQUISMO.
Boletín. 1990.
Pp. 12.
- Instituto Nacional de Cancerología.
AIRE MÁS PURO.
Boletín, Febrero, 1989.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
DAÑOS A LA SALUD POR EL TABAQUISMO.
Boletín No. 8, ED. 2ª. , 1989.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
TABAQUISMO.
Boletín No. 3. , reimp 1ª. , 1991.

- JEROME, Jaffe. PETERSEN, Robert.; HODGSON, Ray. ELIZALDE, Garzón.
VIVOS Y DROGAS.
ED. Harla, México, 1980.
Pp. 128.
- JUSTO, Sierra. Carlos. Lic.
DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN.
Tomo DLXII, No. 19. 27-Julio-2000.
- JUSTO, Sierra. Carlos. Lic.
DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN.
Tomo DLXIV, No. 11. 15-Septiembre-2000.
- KRISTAL, Leonard.
VICIOS Y DROGAS.
ED. Harla, México, 1980.
P. p. 128.
- LORENZO, Pedro; LAREDO, Jose María; LEZA, Juan Carlos; LIZASOAIN.
DROGODEPENDENCIA. FARMACOLOGÍA, PATOLOGÍA, PSICOLOGÍA,
LEGISLACIÓN.
ED. Panamericana, ED. 1ª. , España, Noviembre, 1998.
P.p. 447.
- MARTINEZ, Ruben. Dr.
ACTIVIDAD GENOTOXICA DEL HUMO DEL TABACO.
Boletín de la Procuraduría General de la República.
P.p. 4.
- MASSÜN, Edith.
PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS.
ED. Trillas, México, Julio, 1991.
Pp. 176.

- MERCADO, Salvador.
LA TESIS PROFESIONAL. ¿CÓMO HACER UNA TESIS?
ED. Limusa, México.
- MICHEL, Guillermo.
APRENDE A APRENDER. GUÍA DE AUTOEDUCACIÓN.
ED. Trillas, ED. 10ª. , México, Julio, 1998.
P.p. 117.
- NOTTER Y HOTT.
PRINCIPIOS DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.
ED. Doyma, España, 1992.
- PEREZ, Cabrera. Iñiga.
INFLUENCIA DE LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL
COMPORTAMIENTO DE LOS NEONATOS PREMATUROS.
ED. Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa, México, 1998.
Pp. 114.
- PETRIE, Sidney y col. HERNÁNDEZ, Rodrigo Daniel. Trad.
COMO DEJAR DE FUMAR EN TRES DÍAS.
ED. EDEX. S. A., 1ª. reimp., México, 1980.
Pp. 118.
- RAMÍREZ, Aguilar. Xochitl.
FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CONOCIMIENTO DE MEDIDAS
PREVENTIVAS PARA REDUCIR EL RIESGO DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES.
ENEO – UNAM., México, 1999.
Pp. 96.
- RAMÍREZ, Mónagas. Bayardo.
LA CUESTIÓN DE LAS DROGAS EN AMÉRICA LATINA.
ED. Monte Avila Editores, ED. 1ª. , Venezuela, Octubre, 1991.
Pp. 514.

- RICO, Méndez. Gerardo.
TABAQUISMO. SU REPERCUSIÓN EN APARATOS Y SISTEMAS.
ED. Trillas, México, Enero, 1990.
Pp. 200.
- SÁNCHEZ, Rosado. Manuel.
ELEMENTOS DE SALUD PUBLICA.
ED. Francisco Méndez Cervantes, ED. 2ª., México, 1991.
Pp. 308.
- Secretaría de Educación Pública.
GEOGRAFÍA.
ED. Comisión de Libros, ED. 2ª., México, Marzo, 1999.
Pp. 175.
- Secretaría de Salud.
¿POR QUÉ NO LO CONSIGO
Diciembre, 2001.
Pp. 6.
- SOLÍS, Guzmán. Carolina.; OROZCO, Tagle. Amanda.
PROGRAMA ACADÉMICO; GUIA PARA EL SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES
DE TITULACION.
ED. ENEO, ED. 3ª. , México, 1997.
Pp. 145.
- TAMAYO, Tamayo. Mario.
EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.
ED. Limusa, México, 1990.
- TAPIA, Conyer. Roberto.
LAS ADICCIONES. DIMENSIÓN, IMPACTO Y PERSPECTIVAS.
ED. Manual Moderno, México, Marzo, 1994.
Pp. 327.

--- Universidad de Deusto Bilbao.
NICOTINA Y TABAQUISMO. NUEVAS PERSPECTIVAS.
ED. Instituto Deusto de Drogodependencia, Vol. 9. , España, 1999.
Pp. 240.

--- Universidad Nacional Autónoma de México.
GACETA UNIVERSITARIA. CÁPSULAS PARA LA VIDA.
Mayo, 2001.
Pp. 30.

5.2. -CÉDULA DE ENTREVISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Las Preguntas que a continuación se presentan serán de suma importancia para realizar la Investigación sobre Tabaquismo. Por favor conteste verazmente, ya que de tus respuestas depende la confiabilidad de los resultados.

Los datos se manejan de forma estrictamente confidencial y son anónimos, para que tengas plena confianza de contestar con veracidad las preguntas.

INSTRUCCIONES: SUBRAYA O TACHA LA IDEA QUE ES MAS ACERTADA A TU RESPUESTA.

CONTESTA CON LETRA LEGIBLE LAS PREGUNTAS A DESARROLLAR.

COLOCA EN EL PARÉNTESIS LO QUE MÁS SE ACERQUE A TU RESPUESTA.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Fecha: _____

Sexo: Masculino ()
Femenino ()

Edad: Menor de 18 años ()
De 18 a 22 años ()
De 23 a 27 años ()
De 28 a 32 años ()
De 33 a 37 años ()
De 38 a 42 años ()
De 43 a 47 años ()
Mayor de 48 años ()

- Escolaridad:
- a) Primaria Incompleta ()
 - b) Primaria Completa ()
 - c) Secundaria Incompleta ()
 - d) Secundaria Completa ()
 - e) Carrera Técnica Incompleta _____
 - f) Carrera Técnica Completa _____
 - g) Bachillerato Incompleto ()
 - h) Bachillerato Completo ()
 - i) Licenciatura Incompleta _____
 - j) Licenciatura Completa _____
 - k) Posgrado _____

- Estado Civil:
- a) Soltero (a) ()
 - b) Casado (a) ()
 - c) Unión Libre ()
 - d) Divorciado (a) ()
 - e) Viudo (a) ()

- Número de hijos:
- a) Ninguno ()
 - b) De 1 a 2 ()
 - c) De 3 a 4 ()
 - d) De 5 a 6 ()
 - e) Más de 6 ()

1. - ¿Fumas?

a) Sí

b) No

c) A veces

2. - ¿Cada cuando fumas?

a) Diario

b) A la semana

c) De vez en cuando

3. - ¿Cuántos cigarrillos fumas?

- a) 1 a 3 b) 4 a 10 c) 11 a 15.
D) Una cajetilla o más.

4. - ¿Cuánto tiempo tienes laborando en esta Institución?

- a) Menos de 3 años b) De 3 a 8 años.
c) De 9 a 14 años d) De 15 a 21 años
e) Más de 21 años

5. - ¿Cuál es el Área Laboral a la que perteneces?

- a) Administrativa b) Trabajo Social
c) Enfermería d) Intendencia
e) Médica f) Otra. _____

6. - ¿Qué piensas de la gente que fuma?

- a) Se ve bien.
b) No me interesa
c) Se ve mal

7. - ¿Existen personas a tu alrededor que fumen?

- a) Sí b) No

8. - ¿Quiénes son las personas que más fuman a tu alrededor?

- a) Amigos b) Padres
c) Compañeros de Trabajo d) Otros _____

9. - ¿Quiénes son las personas con las cuales compartes más tiempo?

- a) Amigos b) Padres
c) Compañeros de Trabajo d) Otros _____

10. - ¿Cuales son los lugares en los que acostumbran fumar más?

- a) Carro
- b) Casa
- c) Trabajo
- d) Calle
- e) Lugares Públicos
- f) Otros _____

11. - ¿Conoces los efectos nocivos que provoca el fumar?

- a) Sí
- b) No

12. - ¿Qué tipo de efectos produce el fumar?

- a) Físicos
- b) Biológicos
- c) Psicológicos
- d) Todos los anteriores.

13. - Menciona por lo menos 5 problemas que cause el fumar; y descríbelos brevemente.

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____
- h) _____
- i) _____

14. - ¿Conoces la norma que prohíbe fumar dentro de los Edificios Públicos y Centros de Salud?

- a) Sí
- b) No

15. - La norma que prohíbe fumar en Edificio Públicos consiste en:

16. - ¿En el lugar en el cual trabajas, se te ha prohibido fumar?

- a) Sí
- b) No estoy enterado
- c) Si, pero no me interesa
- d) No

17. - ¿Por qué fuma usted?

- a) Lo invitan sus amigos
- b) Por placer
- c) Por distracción
- d) Evitar el aburrimiento
- e) Por convivencia
- f) Por necesidad

18.- Si no fuma, ¿Por qué razón comparte el ambiente con los que sí lo hacen?

19.- Mencione las Medidas con las cuales usted estaría de acuerdo que se implementaran para disminuir el Tabaquismo dentro de su ambiente de trabajo.

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

!!! GRACIAS POR PARTICIPAR !!!

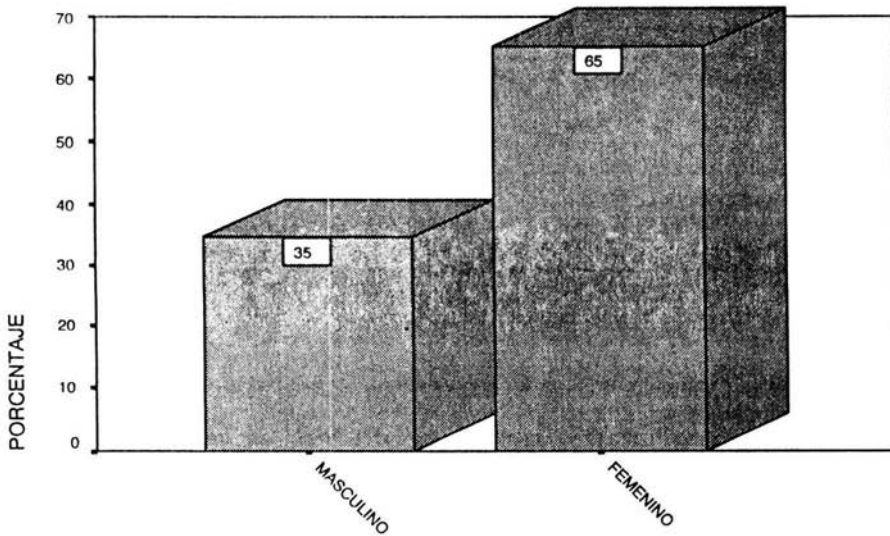
Elaboro el Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
Héctor García Morán.

CUADRO # 1

SEXO DEL PERSONAL ENCUESTADO

| SEXO | Fo. | % |
|--------------|------------|--------------|
| Masculino | 65 | 34.75 |
| Femenino | 122 | 65.24 |
| Total | 187 | 99.99 |

FUENTE: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal que labora en la Unidad Médico Familiar No. 42 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Cuajimalpa en el periodo comprendido del 15 al 30 de enero del año 2003.



FUENTE: Misma del cuadro No. 1

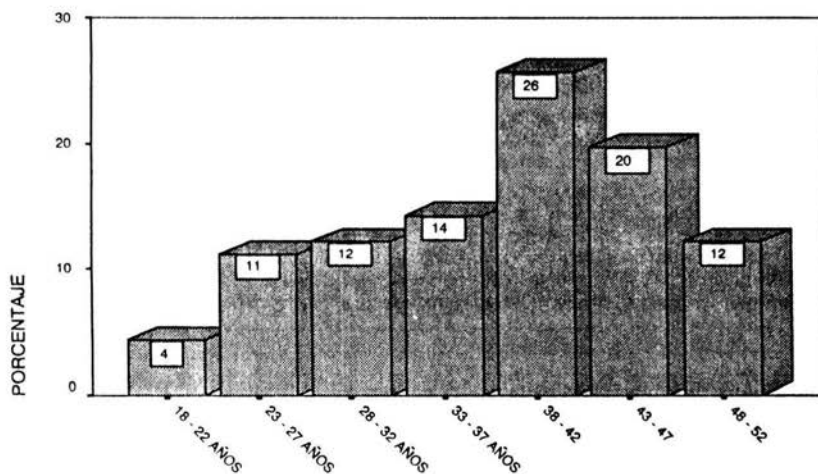
CUADRO # 2

EDAD DEL PERSONAL ENCUESTADO

| EDAD / AÑOS | Fo. | % |
|--------------|------------|--------------|
| 18 – 22 | 8 | 4.27 |
| 23 – 27 | 21 | 11.22 |
| 28 – 32 | 23 | 12.29 |
| 33 – 37 | 27 | 14.43 |
| 38 – 42 | 48 | 25.66 |
| 43 – 47 | 37 | 19.78 |
| 48 – 52 | 23 | 12.29 |
| Total | 187 | 99.94 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

| | |
|---------------------------|--------------|
| Rango | 52 – 18 = 34 |
| Promedio | 37.72 |
| Desviación | 8.38 |
| Varianza | 70.22 |
| Coefficiente de variación | 22.21% |



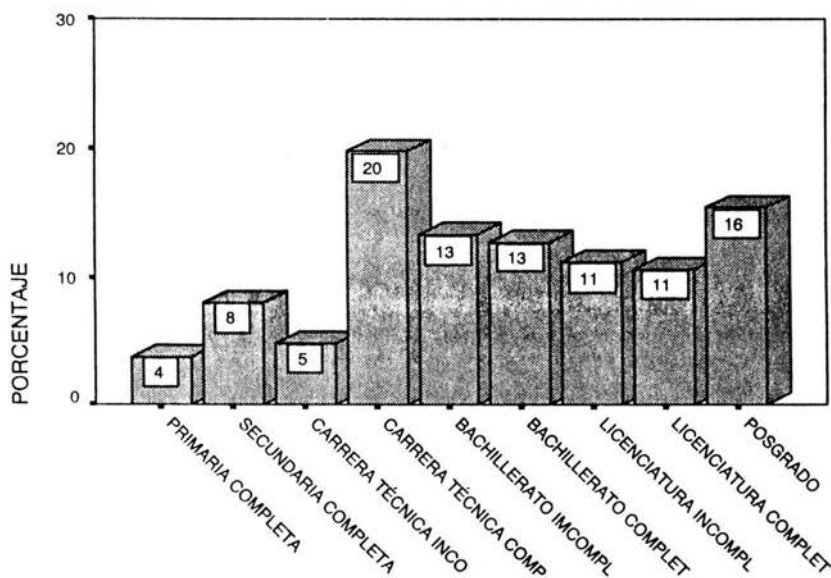
FUENTE: Misma del cuadro No. 2

CUADRO # 3

ESCOLARIDAD DEL PERSONAL ENCUESTADO

| ESCOLARIDAD / ESCALAFON | Fo. | % |
|----------------------------|------------|--------------|
| Primaria incompleta | 0 | 0 |
| Primaria completa | 7 | 3.74 |
| Secundaria incompleta | 0 | 0 |
| Secundaria completa | 15 | 8.02 |
| Carrera técnica incompleta | 9 | 4.81 |
| Carrera técnica completa | 37 | 19.78 |
| Bachillerato incompleto | 25 | 13.36 |
| Bachillerato completo | 24 | 12.83 |
| Licenciatura incompleta | 21 | 11.22 |
| Licenciatura completa | 20 | 10.69 |
| Posgrado | 29 | 15.50 |
| Total | 187 | 99.95 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



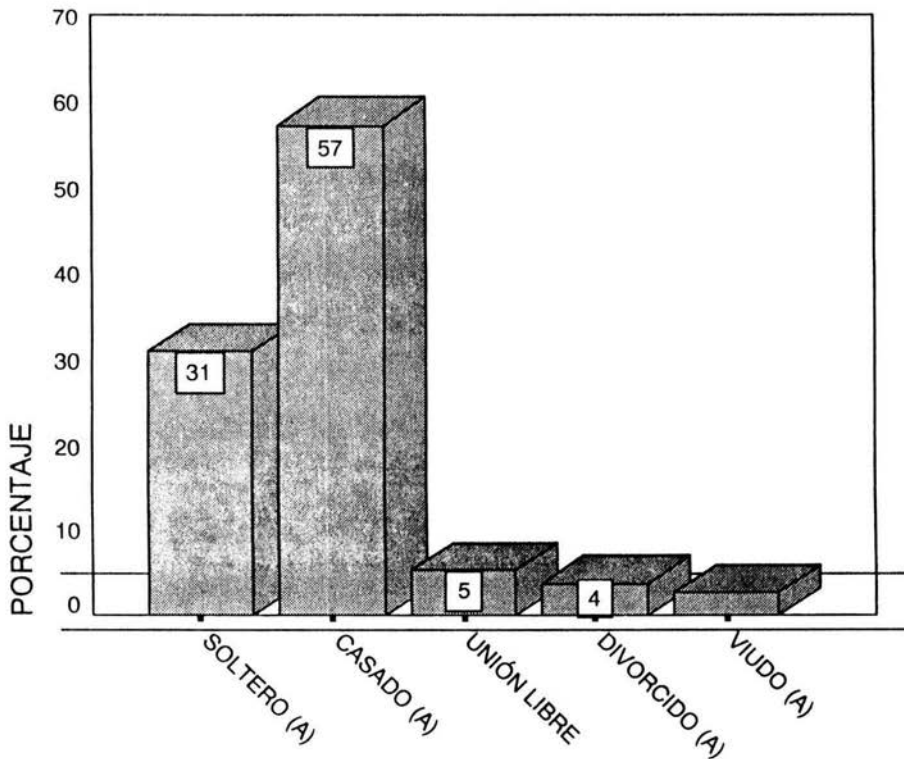
FUENTE: Misma del cuadro No. 3

CUADRO # 4

ESTADO CIVIL DEL PERSONAL ENCUESTADO

| ESTADO CIVIL | Fo. | % |
|----------------|------------|--------------|
| Soltero (a) | 58 | 31.01 |
| Casado (a) | 107 | 57.21 |
| Unión libre | 10 | 5.34 |
| Divorciado (a) | 7 | 3.74 |
| Viudo (a) | 5 | 2.67 |
| Total | 187 | 99.97 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



FUENTE: Misma del cuadro No. 4

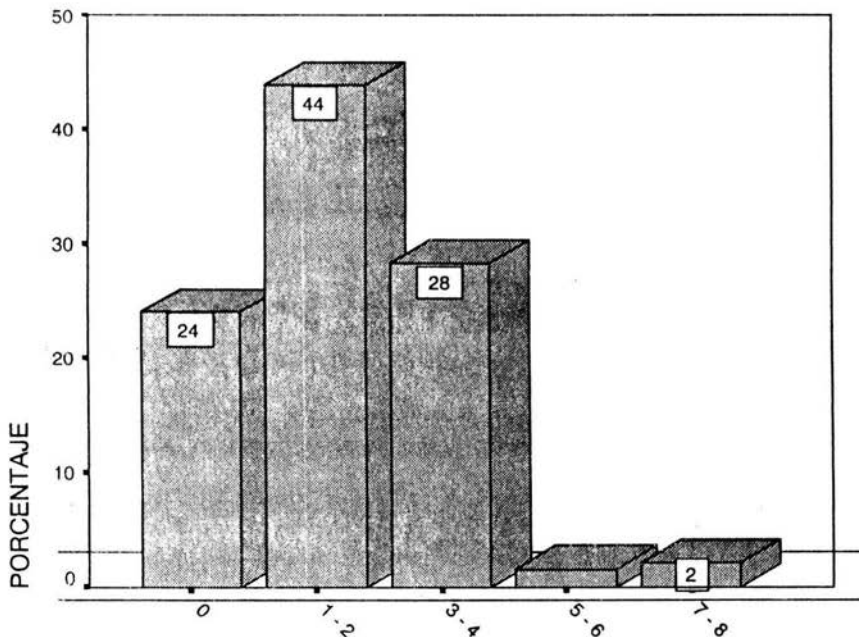
CUADRO # 5

NÚMERO DE HIJOS DEL PERSONAL ENCUESTADO

| NÚMERO DE HIJOS | Fo. | % |
|-----------------|------------|--------------|
| 0 | 45 | 24.06 |
| 1 - 2 | 82 | 43.85 |
| 3 - 4 | 53 | 28.34 |
| 5 - 6 | 3 | 1.60 |
| 7 - 8 | 4 | 2.13 |
| Total | 187 | 99.98 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

| | |
|---------------------------|-------------|
| Rango | $8 - 0 = 8$ |
| Promedio | 1.89 |
| Desviación | 1.60 |
| Varianza | 2.56 |
| Coefficiente de variación | 84.85% |



FUENTE: Misma del cuadro No. 5

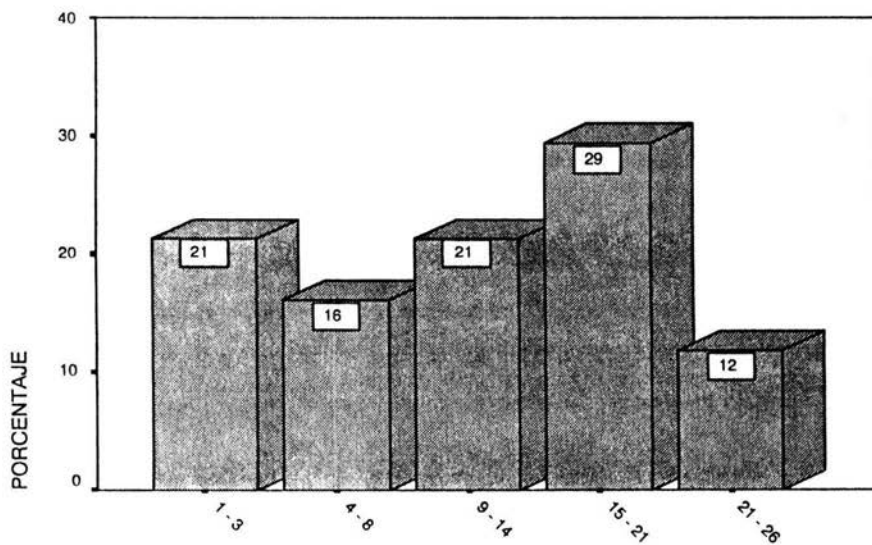
CUADRO # 6

ANTIGÜEDAD EN EL TRABAJO QUE TIENE EL PERSONAL ENCUESTADO

| ANTIGÜEDAD / AÑOS | Fo. | % |
|-------------------|------------|--------------|
| 1 – 3 | 40 | 21.39 |
| 4 – 8 | 30 | 16.04 |
| 9 – 14 | 40 | 21.39 |
| 15 – 21 | 55 | 29.41 |
| 21 – 26 | 22 | 11.76 |
| Total | 187 | 99.99 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

| | |
|---------------------------|---------------|
| Rango | $26 - 1 = 25$ |
| Promedio | 11.91 |
| Desviación | 7.30 |
| Varianza | 53.29 |
| Coefficiente de variación | 61.29% |



FUENTE: Misma del cuadro No. 6

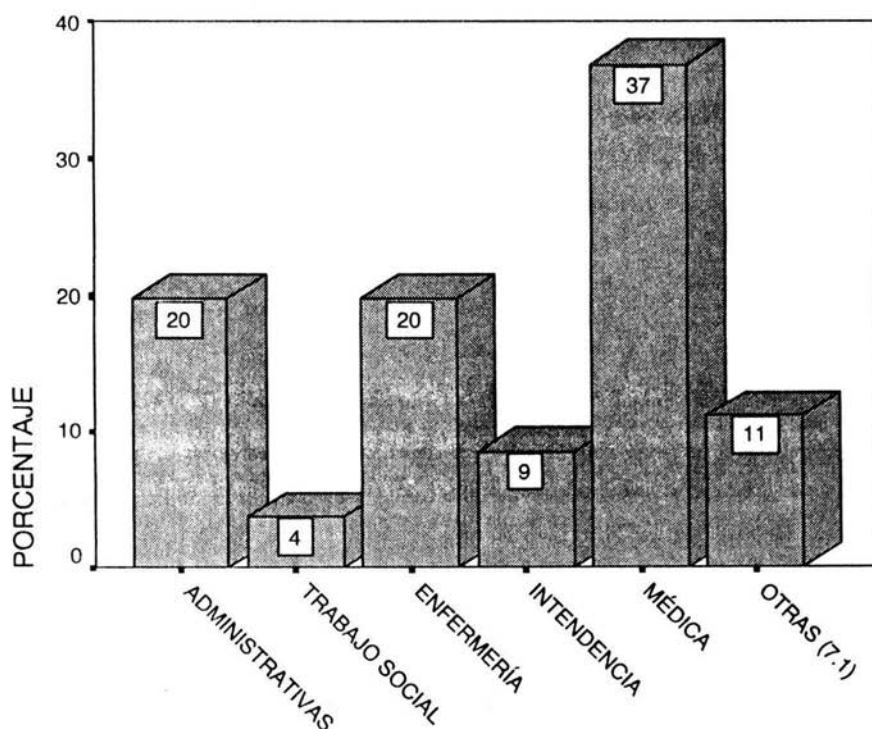
CUADRO # 7

ÁREAS LABORALES QUE TIENE EL PERSONAL ENCUESTADO

| ÁREAS | Fo. | % |
|----------------|------------|--------------|
| Administrativa | 37 | 19.78 |
| Trabajo social | 7 | 3.74 |
| Enfermería | 37 | 19.78 |
| Intendencia | 16 | 8.55 |
| Médica | 69 | 36.89 |
| Otras (7.1) | 21 | 11.22 |
| Total | 187 | 99.96 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

NOTA: El apartado 7.1 se encuentra en anexos.



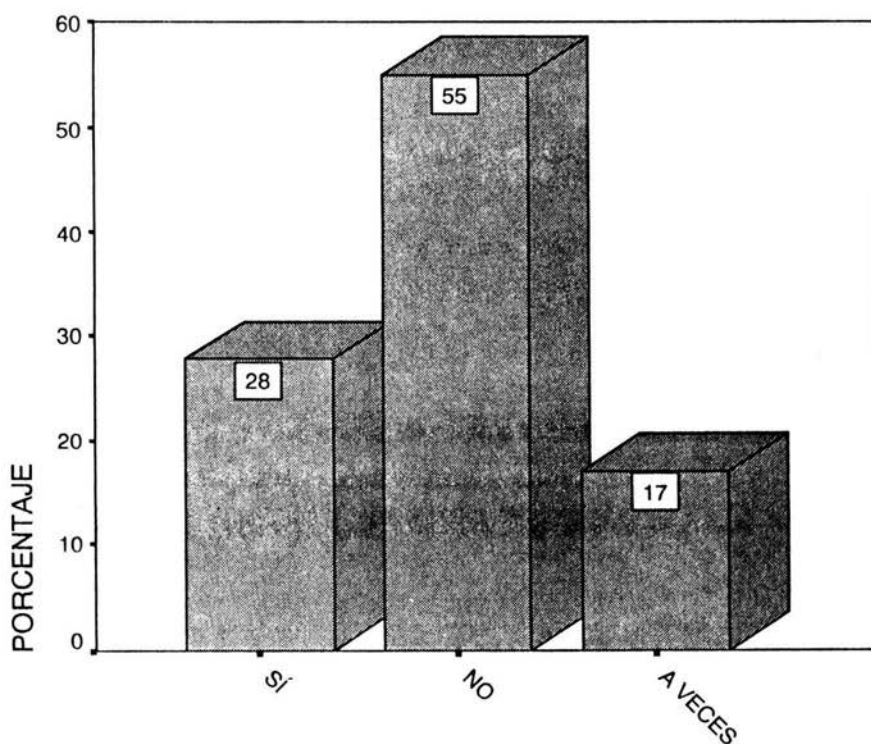
FUENTE: Misma del cuadro No. 7

CUADRO # 8

HÁBITO QUE TIENE EL PERSONAL ENCUESTADO CON RESPECTO AL FUMAR

| FUMAS | Fo. | % |
|--------------|------------|--------------|
| Si | 52 | 27.80 |
| No | 103 | 55.08 |
| A veces | 32 | 17.11 |
| Total | 187 | 99.99 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



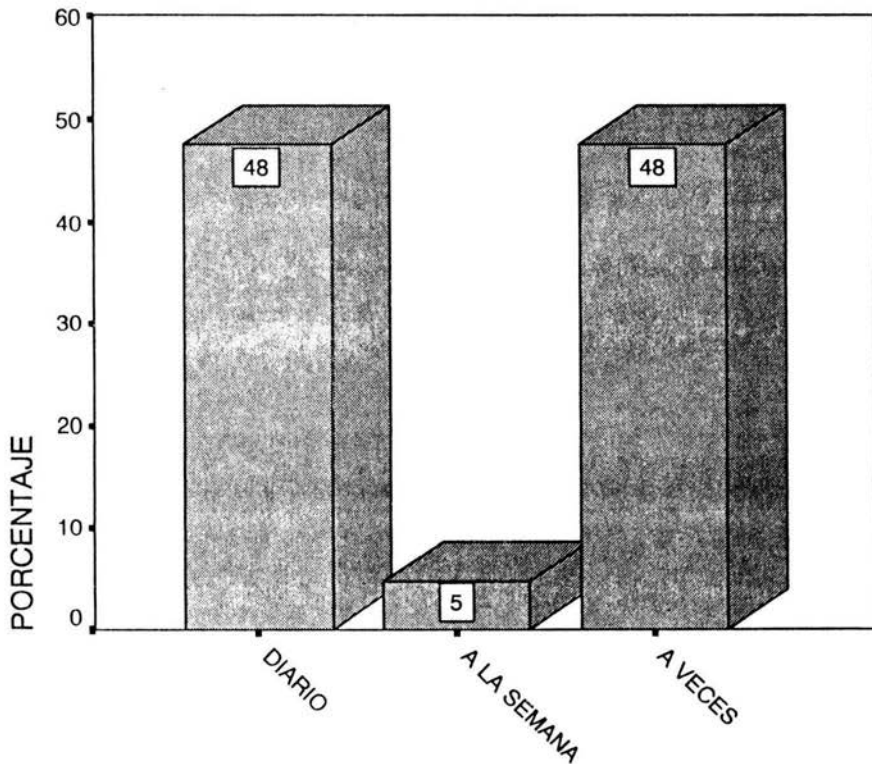
FUENTE: Misma del cuadro No. 8

CUADRO # 9

FRECUENCIA CON LA QUE FUMA EL PERSONAL ENCUESTADO

| CUANDO FUMA | Fo. | % |
|--------------|-----------|--------------|
| Diario | 40 | 47.61 |
| A la semana | 4 | 4.76 |
| A veces | 40 | 47.61 |
| Total | 84 | 99.98 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



FUENTE: Misma del cuadro No. 9

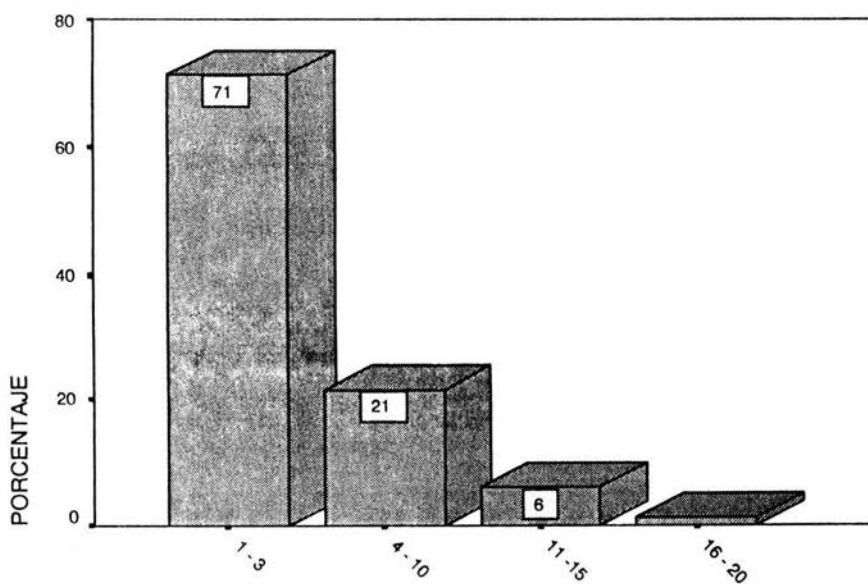
CUADRO # 10

NÚMERO DE CIGARRILLOS DIARIOS QUE FUMA EL PERSONAL ENCUESTADO

| No. DE CIGARROS | Fo. | % |
|-----------------|-----------|--------------|
| 1 – 3 | 60 | 71.42 |
| 4 – 10 | 18 | 21.42 |
| 11 – 15 | 5 | 5.95 |
| 16 – 20 | 1 | 1.19 |
| Total | 84 | 99.98 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

| | |
|---------------------------|---------------|
| Rango | $20 - 1 = 19$ |
| Promedio | 3.92 |
| Desviación | 3.45 |
| Varianza | 11.90 |
| Coefficiente de variación | 88.01% |



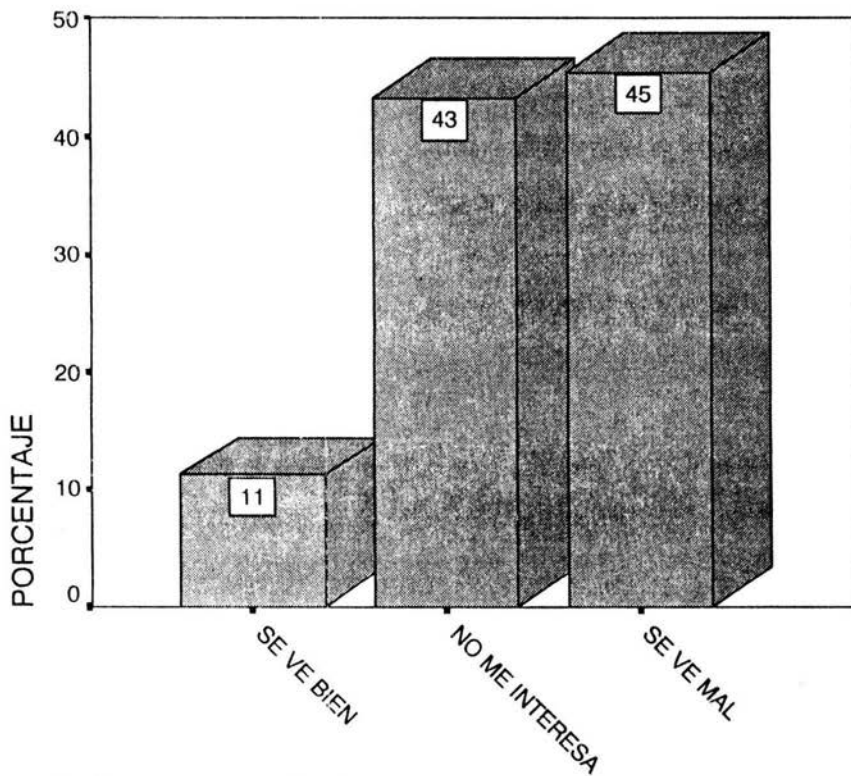
FUENTE: Misma del cuadro No. 10

CUADRO # 11

LO QUE OPINA EL PERSONAL ENCUESTADO CON RESPECTO A LA GENTE QUE FUMA

| OPINIÓN | Fo. | % |
|----------------|------------|--------------|
| Se ve bien | 21 | 11.22 |
| No me interesa | 81 | 43.31 |
| Se ve mal | 85 | 45.45 |
| Total | 187 | 99.98 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



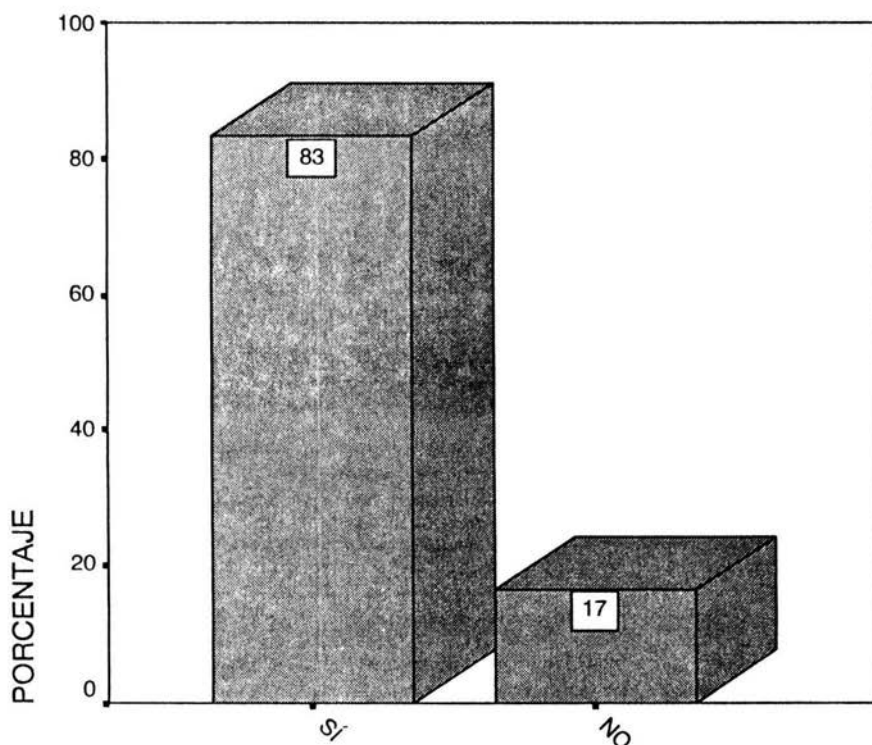
FUENTE: Misma del cuadro No. 11

CUADRO # 12

CONVIVENCIA DEL PERSONAL ENCUESTADO CON PERSONAS QUE FUMAN

| CONVIVE | Fo. | % |
|--------------|------------|--------------|
| Si | 156 | 83.42 |
| No | 31 | 16.57 |
| Total | 187 | 99.99 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



FUENTE: Misma del cuadro No. 12

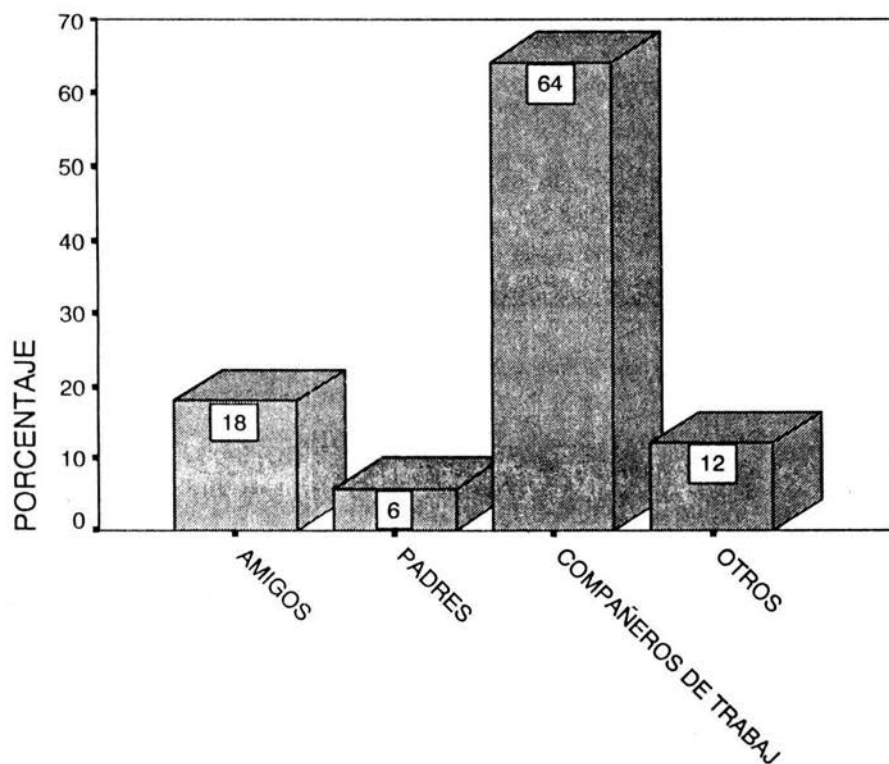
CUADRO # 13

PERSONAS QUE FUMAN MÁS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PERSONAL ENCUESTADO

| INDIVIDUOS QUE FUMAN MÁS | Fo. | % |
|--------------------------|------------|--------------|
| Amigos | 28 | 17.94 |
| Padres | 9 | 5.76 |
| Compañeros de trabajo | 100 | 64.10 |
| Otros (13.1) | 19 | 12.17 |
| Total | 156 | 99.97 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

NOTA: El apartado 13.1 se encuentra en anexos.



FUENTE: Misma del cuadro No. 13

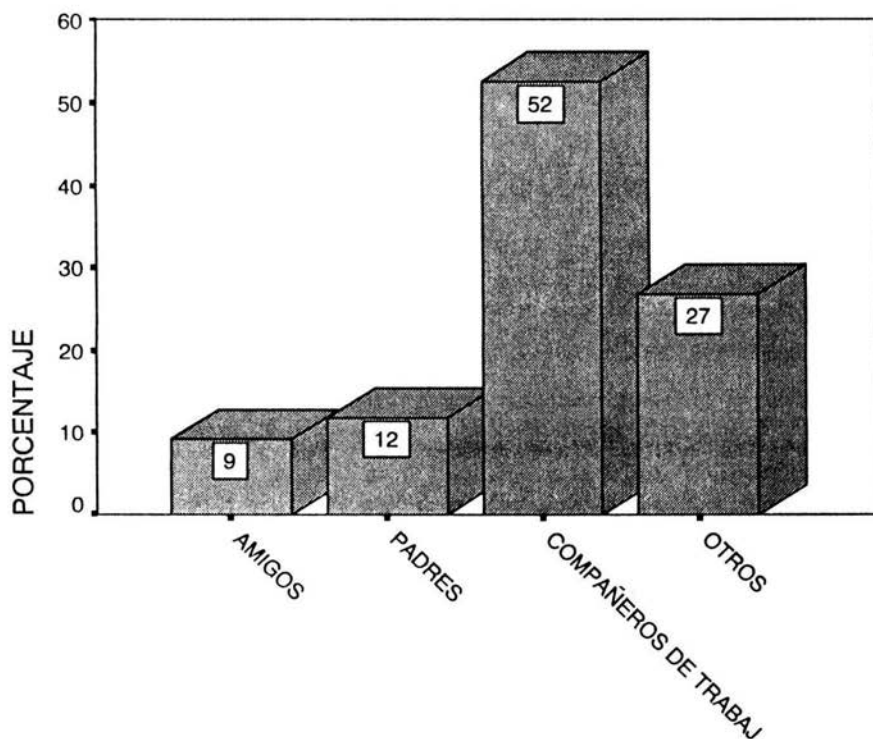
CUADRO # 14

INDIVIDUOS CON LOS CUALES COMPARTES MÁS TIEMPO EL PERSONAL ENCUESTADO

| CONVIVENCIA | Fo. | % |
|-----------------------|------------|--------------|
| Amigos | 17 | 9.09 |
| Padres | 22 | 11.76 |
| Compañeros de trabajo | 98 | 52.40 |
| Otros(14.1) | 50 | 26.73 |
| Total | 187 | 99.98 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

NOTA: El apartado 14.1 se encuentra en anexos.



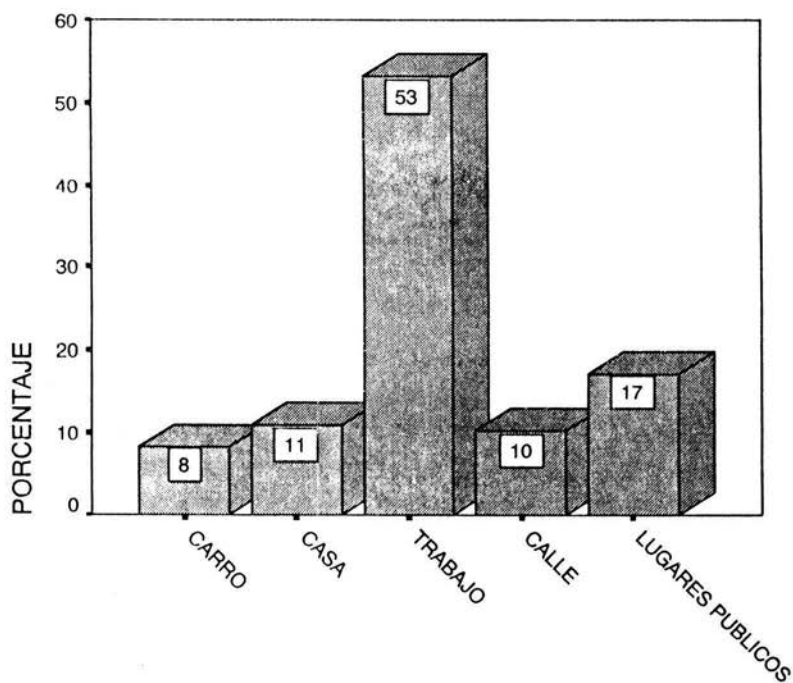
FUENTE: Misma del cuadro No. 14

CUADRO # 15

LUGARES EN LOS CUALES ACOSTUMBRAN FUMAR MÁS LOS INDIVIDUOS QUE COMPARTEN EL MEDIO AMBIENTE CON EL PERSONAL ENCUESTADO

| LUGARES | Fo. | % |
|------------------|------------|--------------|
| Carro | 13 | 8.33 |
| Casa | 17 | 10.89 |
| Trabajo | 83 | 53.20 |
| Calle | 16 | 10.25 |
| Lugares públicos | 27 | 17.30 |
| Otros | 0 | 0 |
| Total | 156 | 99.97 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



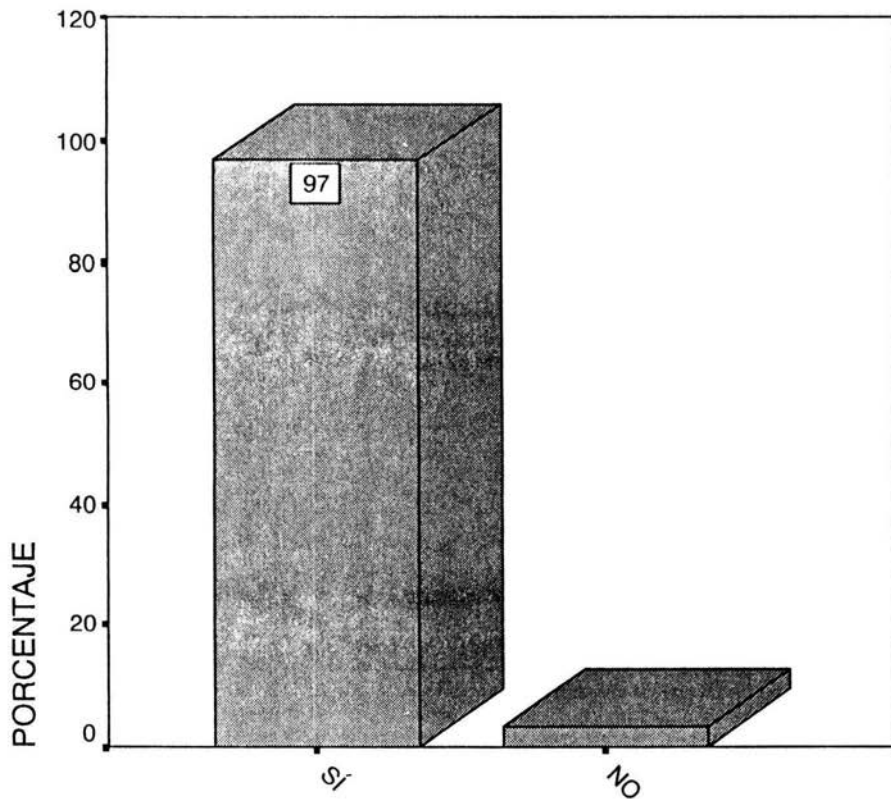
FUENTE: Misma del cuadro No. 15

CUADRO # 16

CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL ENCUESTADO CON RESPECTO A LOS EFECTOS NOCIVOS QUE PROVOCA EL FUMAR

| CONOCIMIENTOS | Fo. | % |
|---------------|------------|--------------|
| Si | 181 | 96.79 |
| No | 6 | 3.20 |
| Total | 187 | 99.99 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



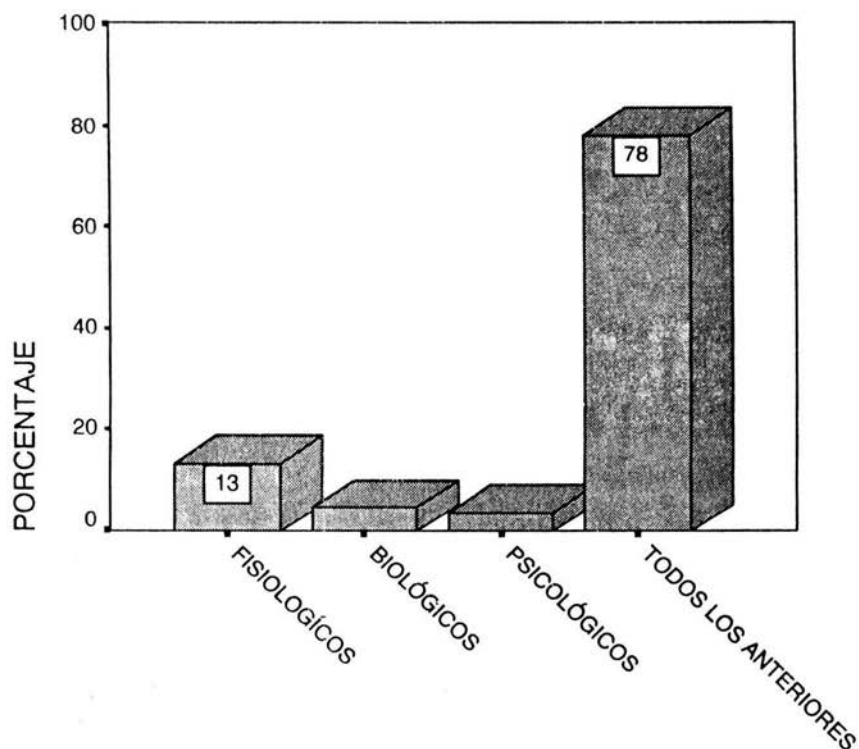
FUENTE: Misma del cuadro No. 16

CUADRO # 17

**EFFECTOS NOCIVOS QUE CONOCE EL PERSONAL ENCUESTADO
CON RESPECTO AL FUMAR**

| EFFECTOS NOCIVOS | Fo. | % |
|-------------------------|------------|--------------|
| Físicos | 25 | 13.81 |
| Biológicos | 9 | 4.97 |
| Psicológicos | 7 | 3.86 |
| Todos los anteriores | 140 | 77.34 |
| Total | 181 | 99.98 |

FUENTE: Misma del cuadro No.1



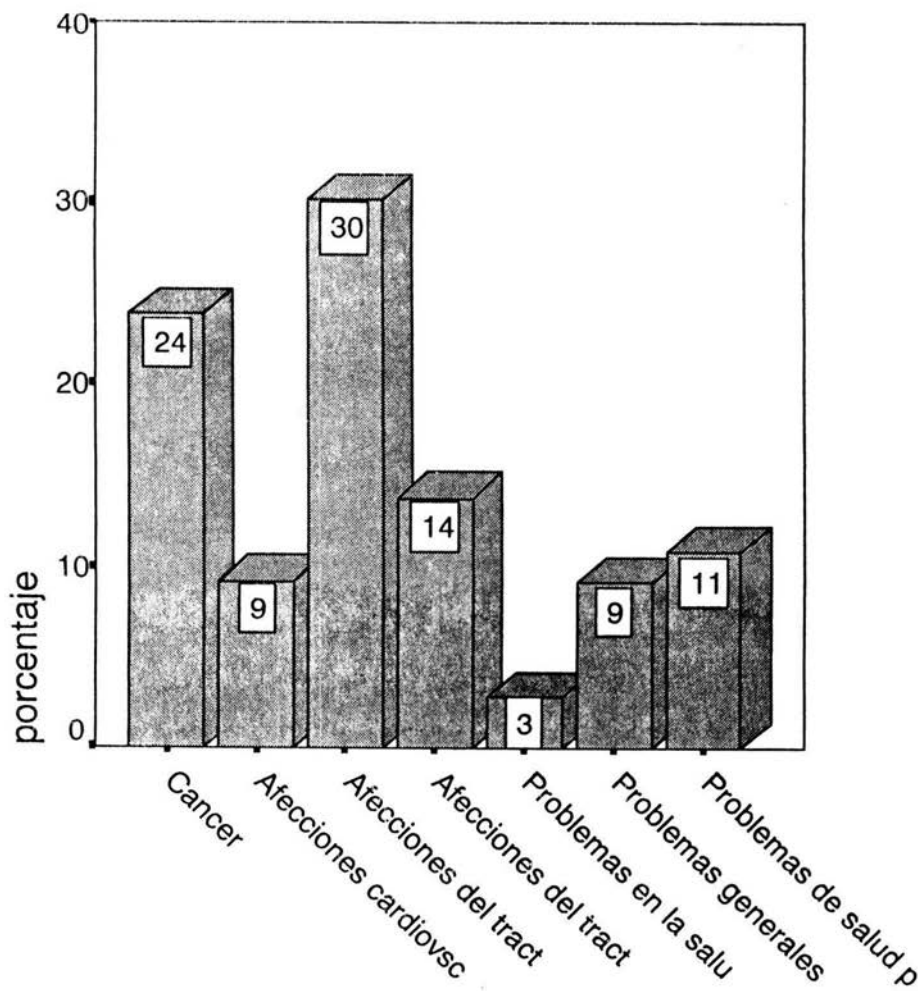
FUENTE: Misma del cuadro No. 17

CUADRO # 18**PROBLEMAS ORIGINADOS POR EL HÁBITO DE FUMAR SEGÚN
LA OPINIÓN DEL PERSONAL ENCUESTADO**

| PROBLEMAS | Fo. | % |
|--|------------|--------------|
| Cáncer (18.1) | 202 | 23.82 |
| Afecciones cardiovasculares (18.2) | 79 | 9.31 |
| Afecciones del tracto respiratorio (18.3) | 256 | 30.18 |
| Afecciones del tracto digestivo (18.4) | 117 | 13.79 |
| Problemas en la salud reproductiva (18.5) | 24 | 2.83 |
| Problemas generales de salud (18.6) | 81 | 9.55 |
| Problemas de salud pública (18.7) | 89 | 10.49 |
| TOTAL | 848 | 99.97 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

NOTA: Cada uno de los apartados se encuentran desglosados en los cuadros 18.1, 18.2, 18.3, 18.4, 18.5, 18.6 y 18.7



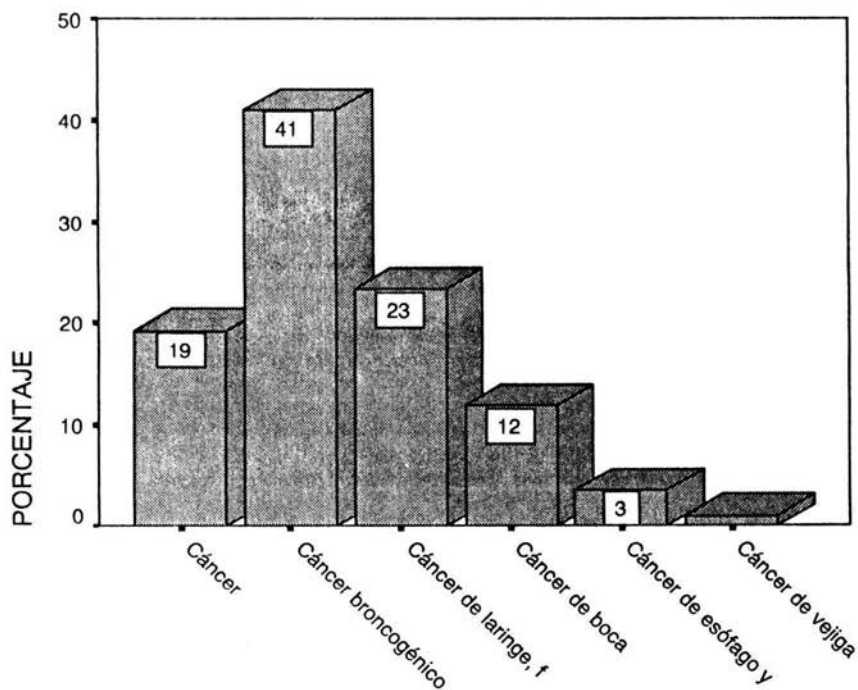
FUENTE: Misma del cuadro No. 18

CUADRO # 18.1

CÁNCER

| PROBLEMA | Fo. | % |
|--|------------|--------------|
| Cáncer | 39 | 19.30 |
| Cáncer broncogénico y pulmonar | 83 | 41.08 |
| Cáncer de laringe, faringe, traquea y garganta | 47 | 23.26 |
| Cáncer de boca y lengua | 24 | 11.88 |
| Cáncer de esófago y gástrico | 7 | 3.46 |
| Cáncer de vejiga | 2 | 0.99 |
| Total | 202 | 99.97 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



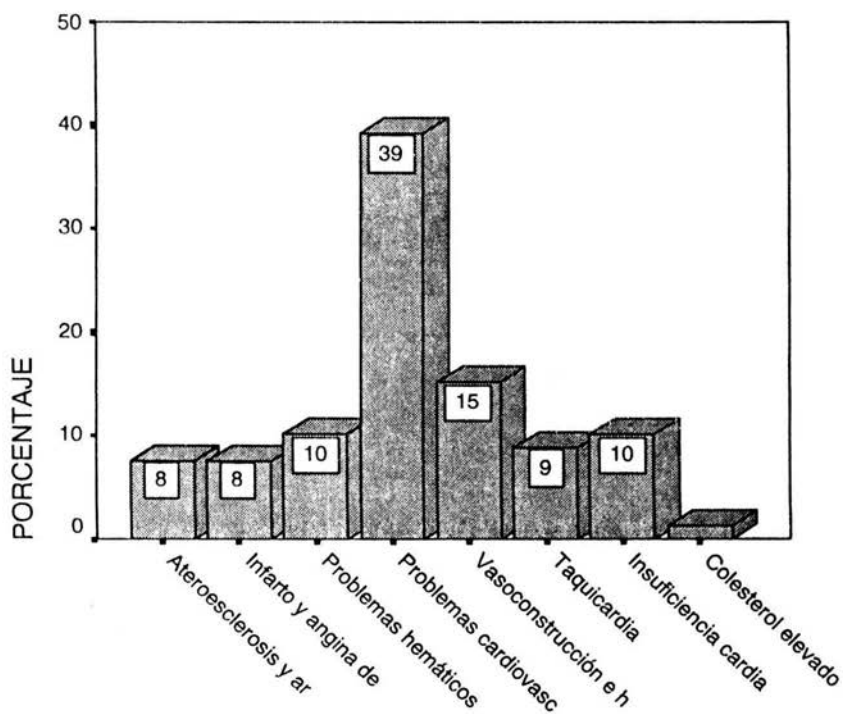
FUENTE: Misma del cuadro No. 18.1

CUADRO # 18.2

AFECCIONES CARDIOVASCULARES

| PROBLEMAS | Fo. | % |
|--|------------|--------------|
| Ateroesclerosis y arteriosclerosis | 6 | 7.59 |
| Infarto y angina de pecho | 6 | 7.59 |
| Problemas hemáticos | 8 | 10.12 |
| Problemas cardiovasculares e hipertensión arterial | 31 | 39.24 |
| Vasoconstricción e hipoxia | 12 | 15.18 |
| Taquicardia | 7 | 8.86 |
| Insuficiencia cardiaca | 8 | 10.12 |
| Colesterol elevado | 1 | 1.26 |
| Total | 79 | 99.96 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.



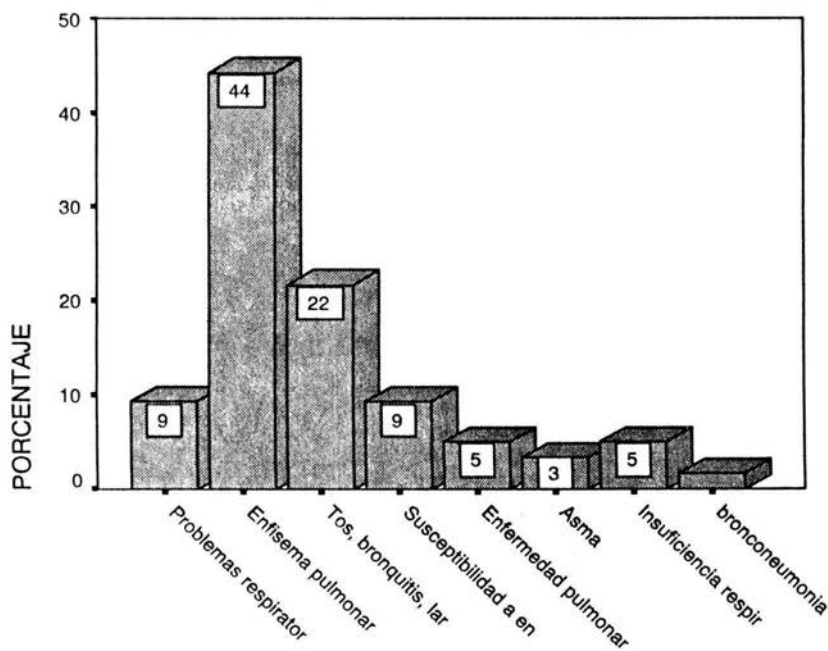
FUENTE: Misma del cuadro No. 18.2

CUADRO # 18.3

AFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO

| PROBLEMAS | Fo. | % |
|--|------------|--------------|
| Problemas respiratorios | 22 | 16.79 |
| Enfisema pulmonar | 104 | 40.62 |
| Tos, bronquitis, laringitis y faringitis | 51 | 19.92 |
| Susceptibilidad a enfermedades respiratorias | 22 | 8.59 |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 12 | 4.68 |
| Asma | 8 | 3.12 |
| Insuficiencia respiratoria | 12 | 4.68 |
| Bronconeumonía | 4 | 1.56 |
| Total | 235 | 99.96 |

FUETE: Misma del cuadro No. 1



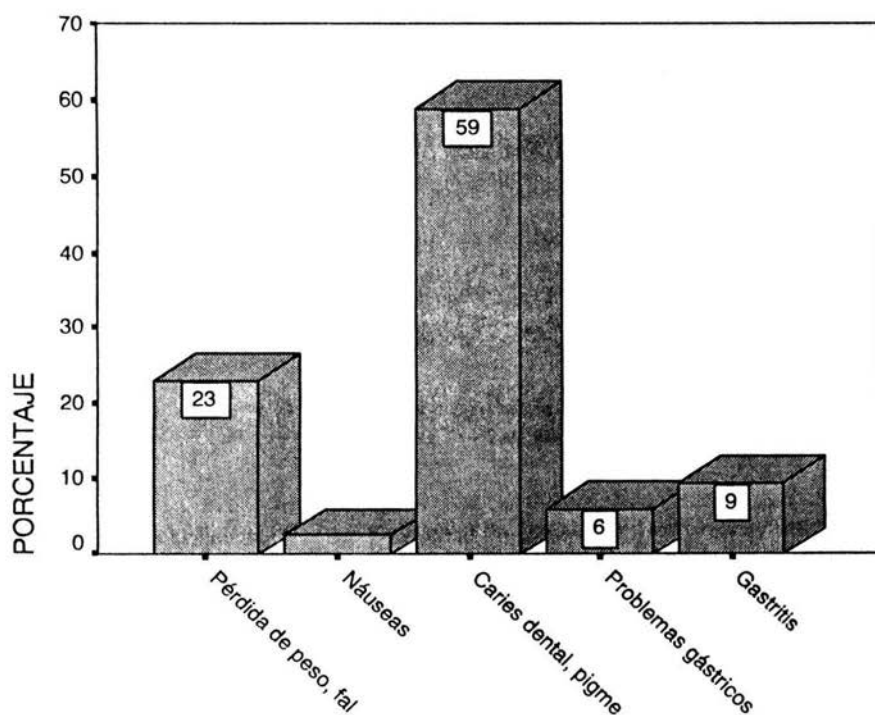
FUENTE: Misma del cuadro No. 18.3

CUADRO # 18.4

AFECCIONES DEL TRACTO DIGESTIVO

| PROBLEMA | Fo. | % |
|--|------------|--------------|
| Perdida de peso, falta de apetito y desnutrición | 27 | 23.07 |
| Nauseas | 3 | 2.56 |
| Caries dental, pigmentación dental y mal aliento | 69 | 58.97 |
| Problemas gástricos | 7 | 5.98 |
| Gastritis | 11 | 9.40 |
| Total | 117 | 99.98 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.



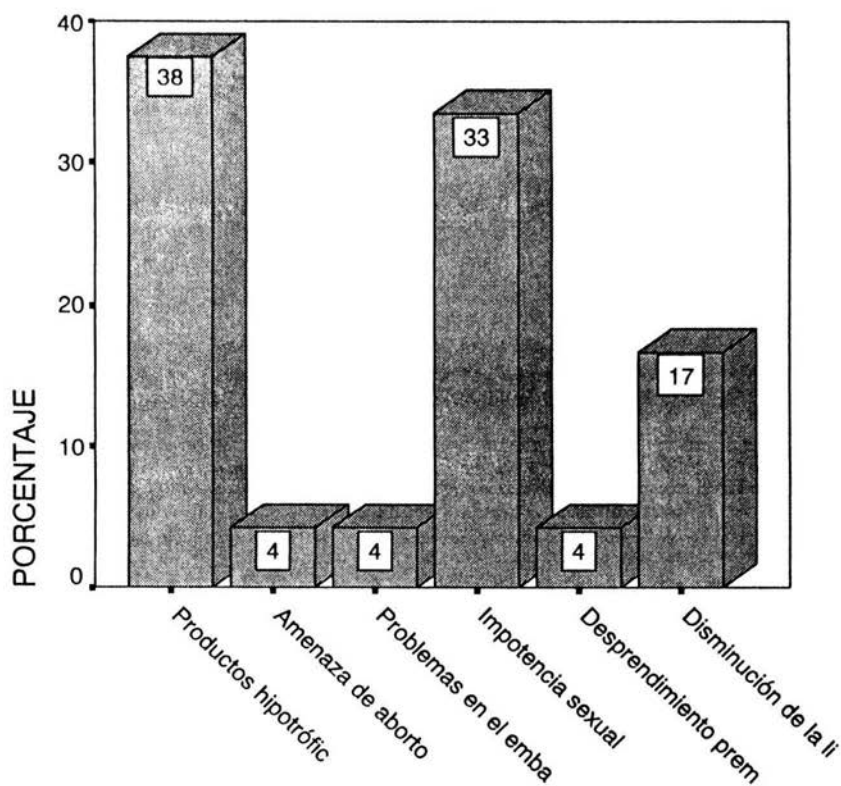
FUENTE: Misma del cuadro No. 18.4

CUADRO # 18.5

PROBLEMAS EN LA SALUD REPRODUCTIVA

| PROBLEMA | Fo. | % |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| Productos hipotróficos | 9 | 37.5 |
| Amenaza de aborto | 1 | 4.16 |
| Problemas en el embarazo | 1 | 4.16 |
| Impotencia sexual | 8 | 33.33 |
| Desprendimiento prematuro de placenta | 1 | 4.16 |
| .disminución de la libido | 4 | 16.66 |
| Total | 24 | 99.97 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.



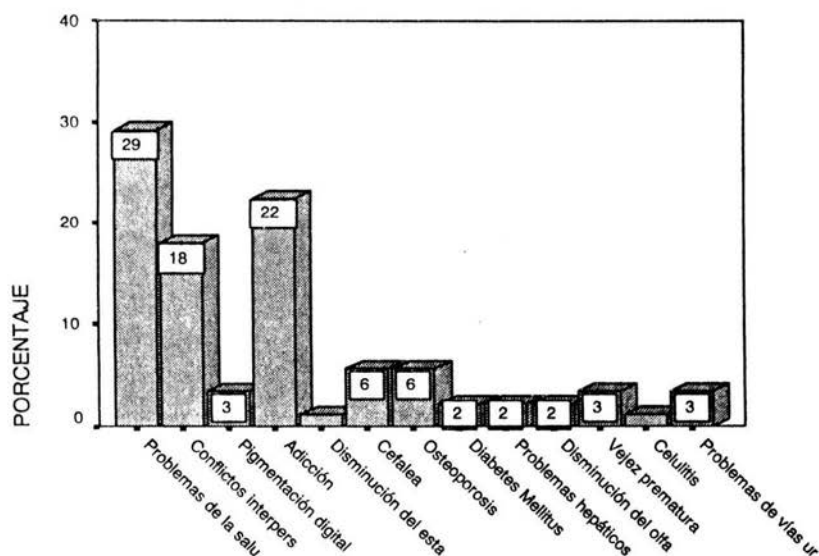
FUENTE: Misma del cuadro No.18.5

CUADRO # 18.6

PROBLEMAS GENERALES DE SALUD

| PROBLEMAS | Fo. | % |
|--|-----------|--------------|
| Problemas de la salud en general | 26 | 29.21 |
| Conflictos interpersonales y estrés | 16 | 17.97 |
| Pigmentación digital | 3 | 3.37 |
| Adicción | 20 | 22.47 |
| Disminución del estado de alerta y precisión | 1 | 1.12 |
| Cefalea | 5 | 5.61 |
| Osteoporosis | 5 | 5.61 |
| Diabetes mellitus | 2 | 2.24 |
| Problemas hepáticos | 2 | 2.24 |
| Disminución del olfato y gusto | 2 | 2.24 |
| Vejez prematura | 3 | 3.37 |
| Celulitis | 1 | 1.12 |
| Problemas de vías urinarias | 3 | 3.37 |
| Total | 89 | 99.94 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

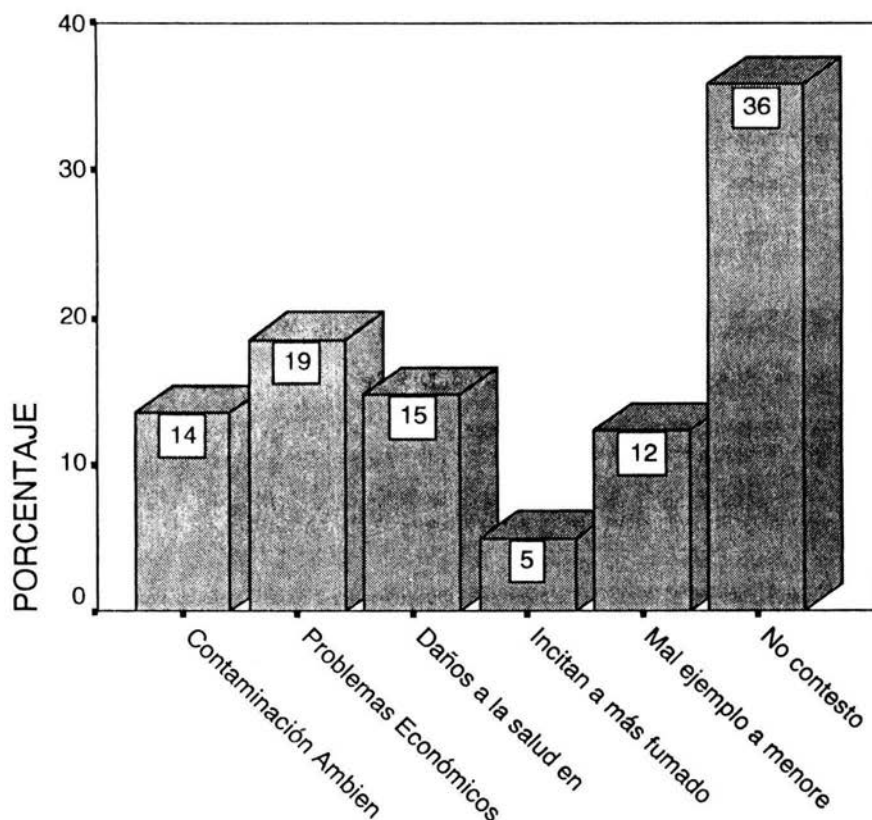


FUENTE: Misma del cuadro No. 18.6

**CUADRO # 18.7
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA**

| PROBLEMAS | Fo. | % |
|------------------------------------|------------|--------------|
| Contaminación ambiental | 11 | 13.58 |
| Problemas económicos | 15 | 18.51 |
| Daños a la salud en otras personas | 12 | 14.81 |
| Incitan a más fumadores | 4 | 4.93 |
| Mal ejemplo a menores | 10 | 12.34 |
| No contesto | 29 | 35.80 |
| Total | 81 | 99.97 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.



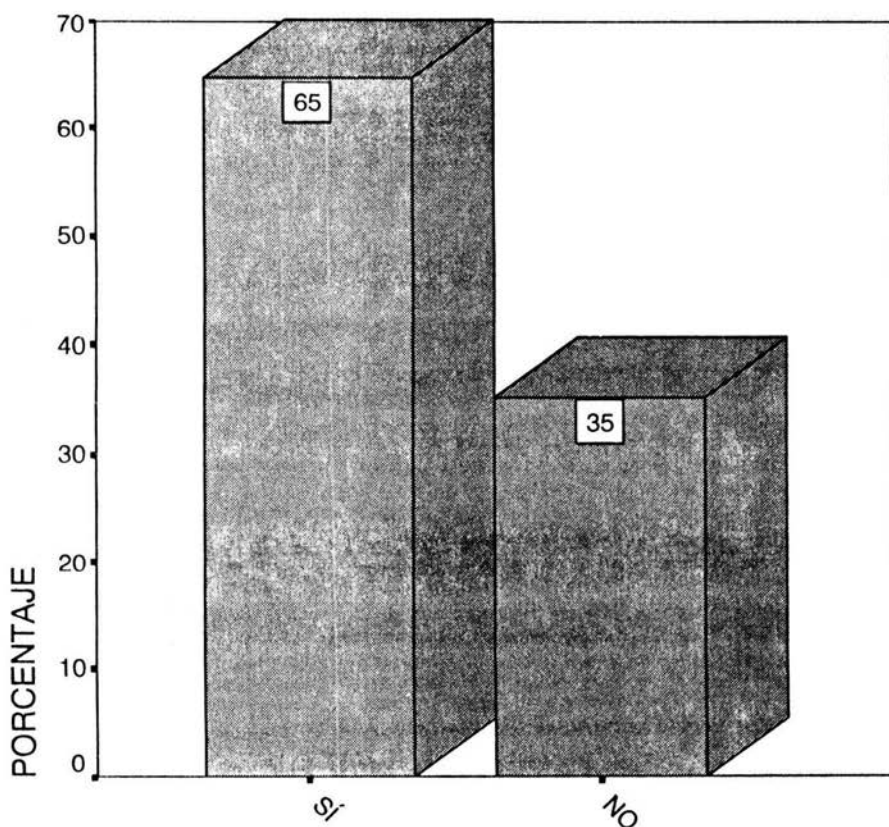
FUENTE: Misma del cuadro No. 18.8

CUADRO # 19

CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL ENCUESTADO CON RESPECTO A LA NORMA OFICIAL QUE PROHÍBE FUMAR EN EDIFICIOS PÚBLICOS

| CONOCIMIENTOS | Fo. | % |
|---------------|------------|--------------|
| Si | 121 | 64.70 |
| No | 66 | 35.29 |
| Total | 187 | 99.99 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



FUENTE: Misma del cuadro No. 19

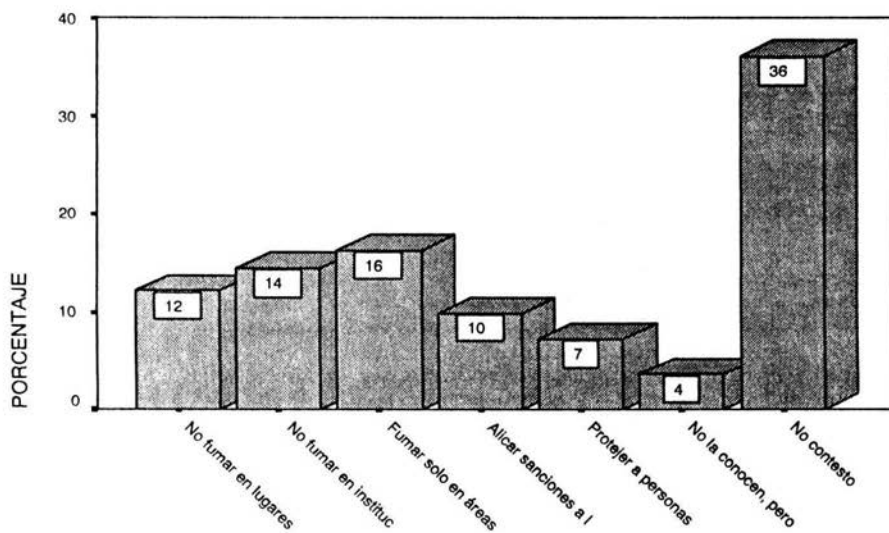
CUADRO # 20

ASPECTOS DE LA NORMA OFICIAL QUE PROHÍBE FUMAR EN EDIFICIOS PÚBLICOS CONOCIDOS POR EL PERSONAL ENCUESTADO

| ASPECTOS | Fo. | % |
|--|------------|--------------|
| No fumar en lugares cerrados, ni en el área laboral | 27 | 12.21 |
| No fumar en instituciones de salud y edificios de gobierno | 32 | 14.47 |
| Fumar sólo en áreas específicas | 36 | 16.28 |
| Aplicar sanciones a los que fuman | 22 | 9.95 |
| Protege a personas que no fuman | 16 | 7.23 |
| No la conoce, pero sabe que existe | 8 | 3.61 |
| No contesto | 80 | 36.19 |
| Total | 221 | 99.94 |

FUENTE: Misma del cuadro No.1.

NOTA: El total es mayor al número de encuestados porque dieron más de una respuesta.



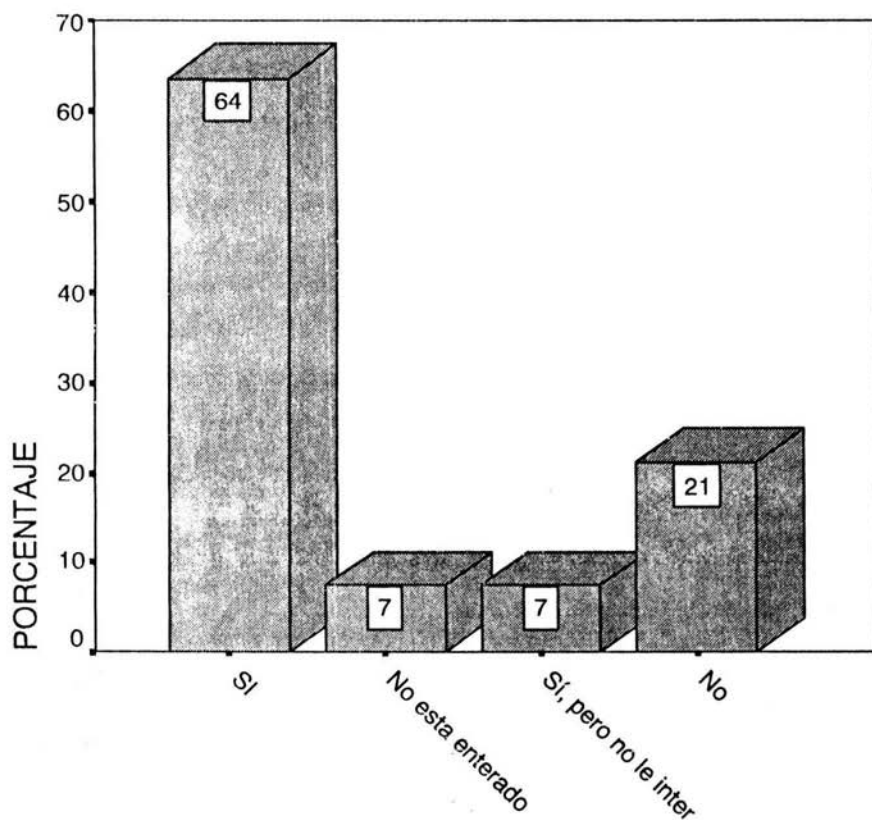
FUENTE: Misma del cuadro No. 20

CUADRO # 21

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL ENCUESTADO CON RESPECTO A LA PROHIBICIÓN DE FUMAR EN SU TRABAJO

| CONOCIMIENTO | Fo. | % |
|-------------------------|------------|--------------|
| Si | 119 | 63.63 |
| No está enterado | 14 | 7.48 |
| Si, pero no le interesa | 14 | 7.48 |
| No | 40 | 21.39 |
| Total | 187 | 99.98 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



FUENTE: Misma del cuadro No. 21

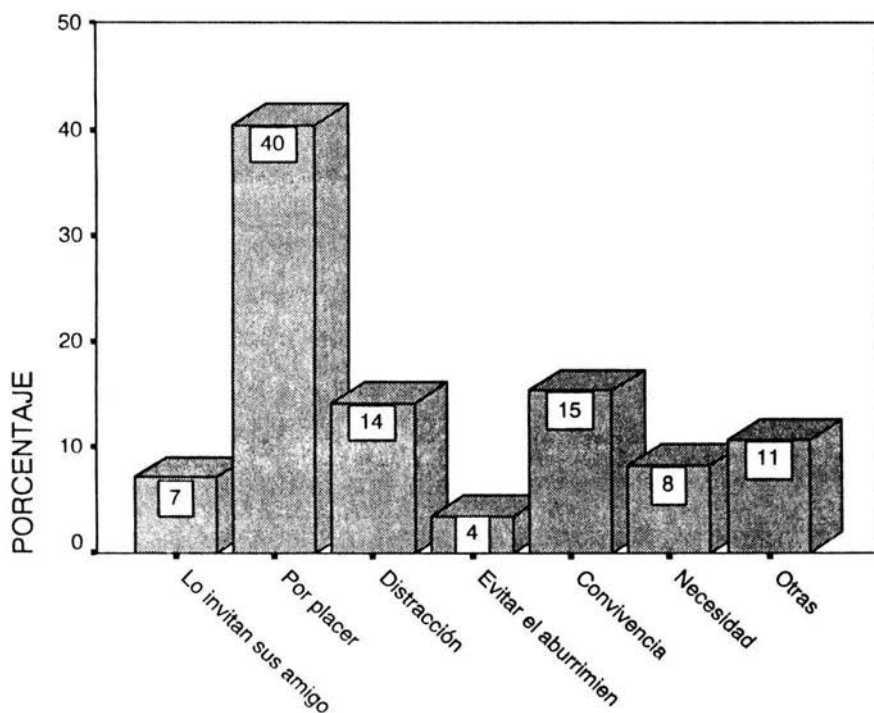
CUADRO # 22

CAUSAS POR LA QUE FUMA EL PERSONAL ENCUESTADO

| CAUSAS | Fo. | % |
|------------------------|-----------|--------------|
| Lo invitan sus amigos | 6 | 7.14 |
| Por placer | 34 | 40.47 |
| Distracción | 12 | 14.28 |
| Evitar el aburrimiento | 3 | 3.57 |
| Convivencia | 13 | 15.47 |
| Necesidad | 7 | 8.33 |
| Otras (22.1) | 9 | 10.71 |
| Total | 84 | 99.97 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

NOTA: El apartado 22.1 se encuentra en anexos.



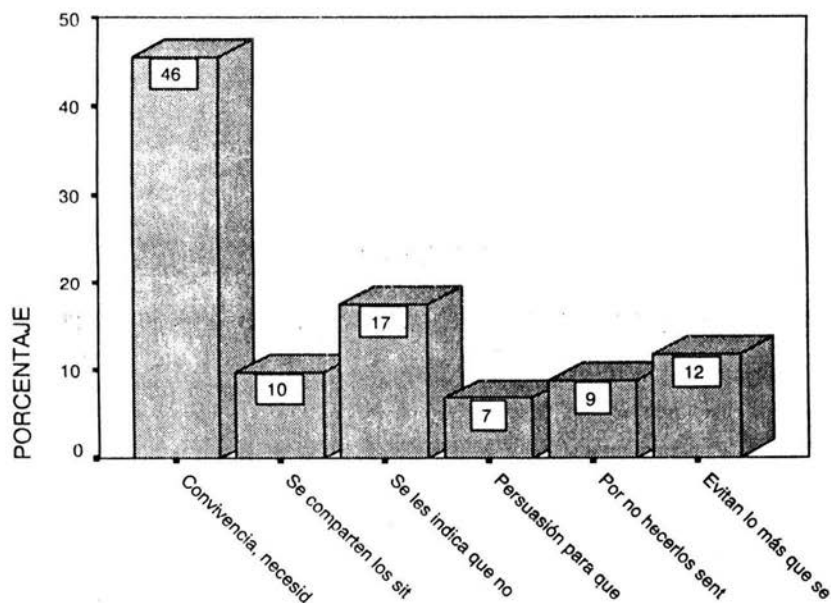
FUENTE: Misma del cuadro No. 22

CUADRO # 23

RAZONES POR LAS CUALES COMPARTEN EL MEDIO AMBIENTE, EL PERSONAL ENCUESTADO QUE NO FUMA CON LOS QUE SI LO HACEN

| RAZONES | Fo. | % |
|---|------------|--------------|
| Convivencia, necesidad y cuestiones laborales | 47 | 45.63 |
| Se comparten los sitios públicos | 10 | 9.70 |
| Se les indica que no fumen, pero no respetan el lugar | 18 | 17.47 |
| Persuasión para que eviten fumar e informar al superior | 7 | 6.79 |
| Por no hacerlos sentir mal y no me molesta | 9 | 8.73 |
| Evitan lo más que se puede para no compartirlo | 12 | 11.65 |
| Total | 103 | 99.97 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.



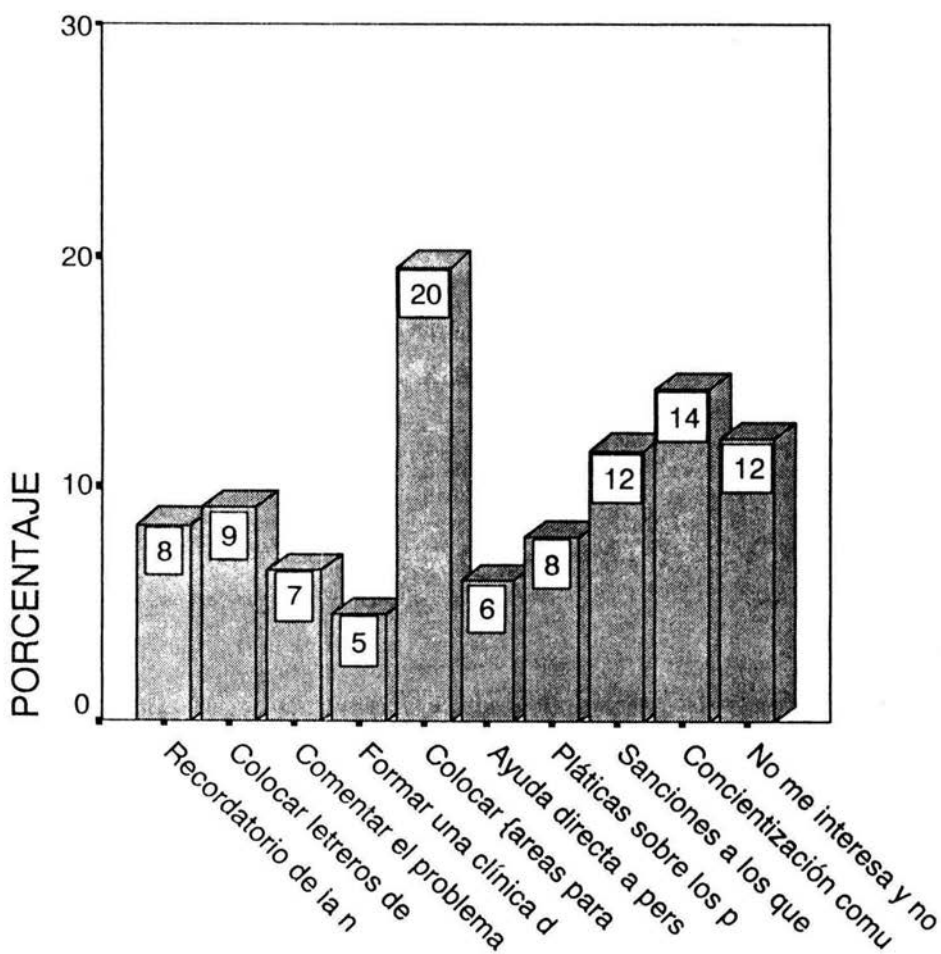
FUENTE: Misma del cuadro No. 23

CUADRO # 24
SUGERENCIAS DE LAS MEDIDAS PARA DISMINUIR EL
TABAQUISMO EN EL MEDIO LABORAL PROPUESTAS POR EL
PERSONAL ENCUESTADO

| SUGERENCIAS | Fo. | % |
|--|------------|--------------|
| Recordatorio de la norma oficial y estrategias para su cumplimiento | 35 | 8.43 |
| Colocar letreros de no fumar en los departamentos y apoyarla con propaganda y distribuirla | 38 | 9.15 |
| Comentar el problema de tabaquismo en las reuniones laborales y sugerir medidas por parte de los directivos | 27 | 6.50 |
| Formar una clínica del tabaquismo y elaborar un programa de actividades físicas | 19 | 4.57 |
| Colocar áreas para fumadores y prohibir que se fume en áreas interiores restrictivas | 82 | 19.75 |
| Ayuda directa a personas que fumen, distribuir parches de nicotina y chicles de tabaco y realizar exámenes médicos y de laboratorio periódicos | 24 | 5.78 |
| Pláticas sobre los problemas que trae el fumar | 33 | 7.95 |
| Sanciones a los que no respeten los lugares de no fumar y quitar los cigarrillos al entrar a la institución | 48 | 11.56 |
| Consientización comunitaria y esta de acuerdo con las medidas que se adopten | 59 | 14.21 |
| No me interesa y no contesto | 50 | 12.04 |
| Total | 415 | 99.94 |

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

NOTA: El total es mayor al número de encuestados porque dieron más de una sugerencia.



FUENTE: Misma del cuadro No. 24