



11226
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
DELEGACIÓN 1 Y 2 NOROESTE

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
LOS EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO Y SU USO, EN
DEROCHOHABIENTES ADULTOS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 33 DEL IMSS, 2005**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. MA. DEL CONSUELO CAJERO PACHECO**

0352171

ASESORA: DRA. CLAUDIA JUÁREZ RUIZ





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.

AUTORIZACIONES



FACULTAD DE ENSEÑANZA

U. N. A. M. No. 33

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS

COORDINADOR CLINICO DE INVESTIGACION Y EDUCACION EN SALUD, U.M.F. #33

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI

PROFRA. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR, UMF #33

DRA. MA. DEL CARMEN MORELOS CERVANTES

PROFRA. ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. CLAUDIA JUAREZ RUIZ

ASESORA DE LA INVESTIGACION ADSCRITA AL SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO, UMF #33

DRA. MA. DEL CONSUELO CAJERO PACHECO

MEDICO RESIDENTE INVESTIGADOR, ADSCRITO A U.M.F. #33

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional. 1

NOMBRE: María del Consuelo Cajero Pacheco

FECHA: 22 septiembre 2005

FIRMA: [Signature]

SUBCOMISIÓN DE ESPECIALIZACIONES
DIVISION DE ESTUDIOS DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todo lo vivido...

A mi pequeña Brenda, por aguantar estos 5 años de situaciones difíciles, de mi ausencia física; por ser mi motivador y darme la fuerza suficiente para continuar...

A mi familia, por su apoyo brindado en los momentos difíciles de la vida...

A mis amigos, (Rena, Gris, Paco, Ianel) porque a lo largo de estos 3 años experimenté el sentido de pertenencia a un grupo y la importancia de contar con su amistad...

ÍNDICE GENERAL

TITULO.....	5
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	18
ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES.....	21
ASPECTOS ÉTICOS	27
RESULTADOS.....	28
TABLAS Y GRAFICAS	30
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	36
CONCLUSIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1.....	30
GRAFICA 1.....	30
TABLA 2.....	30
GRAFICA 2.....	30
TABLA 3.....	31
GRAFICA 3.....	31
TABLA 4.....	31
GRAFICA 4.....	31
TABLA 5.....	32
GRAFICA 5A.....	32
GRAFICA 5B.....	32
TABLA 6.....	33
GRAFICA 6.....	33
TABLA 7.....	34
GRAFICA 7.....	34
TABLA 8.....	34
GRAFICA 8.....	34
TABLA 9.....	35
GRAFICA 9.....	35
TABLA 10.....	35
GRAFICA 10.....	35

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
LOS EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO Y SU USO, EN
DERECHOHABIENTES ADULTOS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR # 33 DEL IMSS, 2005**

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

El uso del tabaco se originó en el continente americano. En México los aztecas y los mayas lo utilizaban con fines religiosos o de placer. Fue dado a conocer en España a la vuelta de la expedición de Colon en 1492, por Rodrigo de Jerez. A los pocos años se extendió por Europa y se esparció por todo el resto del mundo, haciéndolo de las prácticas más comunes. En la actualidad su cultivo en el continente americano tiene gran importancia económica.

Desde los primeros estudios sobre el consumo de tabaco realizados en médicos ingleses como sujetos de estudio, aunados al primer informe del **Surgeon General** en Estados Unidos (1964), se ha incrementado la atención a los daños a la salud que produce el tabaquismo y las características relacionadas a su consumo; dado que el tabaquismo es considerado como uno de los mas importantes factores de riesgo entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, además de ser una sustancia adictiva, socialmente aceptada y de consumo legal.

TOXICOLOGÍA DEL HUMO DEL TABACO

El humo del tabaco se produce al quemar un material orgánico complejo, el tabaco junto con varios aditivos y papel, a una temperatura elevada, que alcanza casi 1000° C en el carbón que se quema del cigarro. Es reconocido que el humo que se produce tiene mas de 4,000 componentes, destacando entre los más importantes la nicotina, los alquitranes y el monóxido de carbono capaces de provocar daños por inflamación e irritación, sofocación, carcinogénesis y otros mecanismos. La cantidad de nicotina existente en los cigarrillos comerciales actuales de los países occidentales oscila entre 0.1 y 2.0mg. De cada cigarrillo, dos tercios de nicotina se esparce en la atmósfera y un tercio es absorbido por el fumador.

Tanto los fumadores activos como los pasivos, absorben componentes del humo del tabaco a través de las vías respiratorias y los alvéolos, y muchos de estos componentes, como el monóxido de carbono, entran después en la circulación y se distribuyen en general. El sistema genitourinario esta expuesto a las toxinas del humo del tabaco por la excreción de compuestos en la orina, incluso cancerigenos. El tracto gastrointestinal se expone por el depósito directo del humo en las vías respiratorias superiores, y la remoción desde la tráquea, a través de la glotis hacia el esófago, del moco que contiene humo. Se han encontrado evidencias de daño permanente en las pequeñas vías respiratorias de los pulmones y en las arterias de jóvenes fumadores en su tercera década de la vida; además, el fluido de pulmones de fumadores muestra

numero aumentado de células inflamatorias y niveles mas elevados de señales de lesiones, en comparación con los pulmones de no fumadores.

CONCENTRACIONES DE ALGUNOS AGENTES ACTIVOS EN EL HUMO DEL CIGARRILLO

CONSTITUYENTE DEL HUMO	CONCENTRACION /CIGARRILLO
Material particulado total	15-40mg
Monóxido de carbono	10-23mg
Nicotina	0.1.-2.0mg
Acetaldehído	0.5-1.2mg
Cianuro de hidrógeno	110-300mg
Benceno	20-50mg
N' nitrosornicotina	200-300mg
N' nitrosopirrolidina	0-110ng
Cloruro de vinilo	1.3-16ng
Benzo (a)pirina	20-40ng
4 aminobifenil	2.4-4.6mg

EFECTOS DEL TABAQUISMO ACTIVO SOBRE LA SALUD

Existe evidencia científica que establece de manera incuestionable que el hábito de fumar conduce a dos diferentes pero entrelazados tipos de dependencia: física y psicológica, que se asocian con fenómenos de tolerancia y habituación, y que la exposición a la combustión del tabaco esta relacionada con una mayor probabilidad de ocurrencia de muerte, de invalidez, de pérdida de la productividad y de deterioro de la calidad de vida.

La acción de la nicotina sobre el cerebro es el mas importante de los daños que el tabaco ocasiona al fumador, ya que este alcaloide liquido y oleaginoso estimula y seda al Sistema Nervioso Central y Periférico, creando dependencia y desarrollando tolerancia. La abstinencia y la inquietud pueden ocurrir cuando la administración de la nicotina es interrumpida. A nivel psicoconductual, la nicotina parece aliviar la inquietud emocional e incrementar la habilidad para enfrentar los problemas y el estrés de cada día.

La Inspección Sanitaria de los Estados Unidos de América (U.S. dhhs, 1990B), el Royal Collage Of. Physicians of Lodón (Scientific Committee on Tobacco and

Health, 1962), la International Agency for Research on Cancer (1986) y otros grupos de expertos han identificado asociaciones causales del tabaquismo con diversas enfermedades y otros efectos adversos. Es posible agrupar estas asociaciones en las categorías generales de cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y efectos adversos en la reproducción. En el inicio de la edad adulta, los fumadores también presentan mayores evidencias de arteriosclerosis.

En el caso del tabaquismo y el cáncer de pulmón, las tasas de incidencia aumentan luego de 20 años de fumar activamente. Los valores de riesgo relativo crecen por lo general con los indicadores de exposición al humo del tabaco, lo que incluye el número de cigarrillos que se fuman y la duración del hábito, y disminuyen al dejar de fumar. En los cánceres provocados por el tabaquismo, los riesgos relativos tienden a declinar lentamente cuando aumenta el número de años desde que se dejó de fumar; en contraste, hay una disminución inmediata en el riesgo relativo de enfermedades cardiovasculares, y los niveles de los ex fumadores tienden a alcanzar, después de 5 a 10 años de abstinencia, a los de las personas que nunca han fumado. La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se produce por la pérdida excesiva y sostenida de la función pulmonar en fumadores. Por fortuna, luego de dejar de fumar, la tasa de disminución vuelve de inmediato a la tasa de personas que nunca han fumado.

El tabaquismo durante el embarazo afecta adversamente la reproducción. Se ha demostrado que reduce el peso del bebé en el nacimiento en cerca de 200 gramos en promedio; el grado de reducción se relaciona con la cantidad que se fuma. Si una mujer embarazada que fuma deja el hábito en el tercer trimestre, puede evitarse gran parte de la reducción señalada. El tabaquismo aumenta también los índices de abortos espontáneos, placenta previa y mortalidad perinatal, y se considera una causa del síndrome de muerte súbita del infante.

Las enfermedades cardiovasculares que provoca el tabaquismo incluyen las enfermedades de las arterias coronarias, la vascular periférica aterosclerótica o arteriosclerosis y la vascular cerebral. La enfermedad coronaria tiene las manifestaciones clínicas del infarto del miocardio y angina de pecho. El riesgo de enfermedades cardiovasculares aumenta con el número de cigarrillos fumados diarios y con la duración del hábito. En el caso de los padecimientos coronarios, el riesgo tiende a disminuir con rapidez inmediatamente después de dejar de fumar. Luego de un año de abstinencia, el riesgo para un ex fumador se ha reducido a casi la mitad del correspondiente al fumador habitual. Dejar de fumar reduce el riesgo de enfermedades cerebro vasculares.

Se ha estimado que 45% de las enfermedades isquémicas cardíacas, 51% de las enfermedades cerebro vasculares y 84% de los enfisemas y las bronquitis crónicas son atribuibles al tabaquismo.

No obstante, es importante recalcar que datos de las Encuestas Nacionales de Adicciones indican que el principal motivo para dejar de fumar fue tomar conciencia del daño que ocasiona el tabaco.

DISMINUCION DEL RIESGO DE ENFERMEDADES

Al dejar de fumar, conforme pasa el tiempo disminuye el riesgo de presentar diferentes enfermedades, como se observa a continuación:

Al 1er. día, las toxinas empiezan a eliminarse; del 1º. al 3er. mes, disminuyen los accesos de tos. Posterior al 1er. año, se reduce en 50% el riesgo de enfermedades cardíacas. A los 3 años, se reduce el riesgo de un ataque al corazón; a los 5 años, el riesgo de cáncer de boca, esófago y vejiga disminuye un 50%. Posterior a 12 años, el riesgo de cáncer de pulmón se reduce 50%. 15 años posteriores a dejar de fumar, el riesgo de muerte es igual que en cualquier persona que nunca ha fumado.

**CONCLUSIONES DEL INFORME SOBRE ASOCIACIONES CAUSALES DEL
 TABAQUISMO ACTIVO CON ENFERMEDADES ESPECIFICAS Y OTROS EFECTOS
 ADVERSOS SOBRE LA SALUD**

ENFERMEDAD	AFIRMACIÓN	INFORME DE INSPECCION SANITARIA
Arteriosclerosis / aneurisma de la aorta	El tabaquismo constituye el factor de riesgo mas poderoso predisponente de la enfermedad periférica aterosclerótica	1983 1989
Cáncer de la vejiga	Fumar es una causa de cáncer de vejiga, la interrupción del hábito reduce el riesgo en casi 50% luego de solo unos cuantos años, si se compara con los que siguen fumando	1990
Enfermedad cerebrovascular	El tabaquismo es una causa principal de enfermedad Cerebrovascular, la 3ª. Causa de muerte en los Estados Unidos de América	1989
EPOC	El tabaquismo es la mas importante de las causas de bronquitis crónica en los E.U. y aumenta el riesgo de muerte por esta enfermedad	1964
Enfermedades coronarias	Confirman el hecho de que los fumadores de cigarro tienen tasas de muerte mas altas por enfermedades coronarias. Hay convergencias crecientes de que muchos tipos de evidencias entre el tabaquismo y la enfermedad coronaria son causa probable de muerte.	1967
Cáncer de esófago	Constituye una causa mayor de cáncer en EE.UU.	1982
Cáncer de riñón	La ocurrencia de tumores malignos de la pelvis renal está relacionada	1986
Cáncer de laringe	Se asocia causalmente con el cáncer de laringe y cavidad oral tanto en hombres como en mujeres	1980
Cáncer de pulmón	La magnitud del efecto de fumar cigarrillos sobrepasa por mucho a los demás factores. Los datos para mujeres apuntan a un incremento en relación con los hombres.	1967
Cáncer oral	Es un factor importante en el desarrollo del cáncer oral. Fumar cigarro se asocia causalmente con el cáncer en cavidad oral, tanto en mujeres como en hombres. Es la causa de mayor incidencia de cáncer en la cavidad oral en los EE.UU.. de América	1979 1980 1982
Cáncer pancreático	El término factor contribuyente de ningún modo excluye la posibilidad de un papel causal del tabaquismo en los tumores malignos de este órgano. Los tumores malignos se relacionan con el hábito del cigarro.	1982 1986
Úlcera péptica	Se confirma la relación entre fumar y la tasa de muerte por úlcera péptica, en especial úlcera gástrica. Está relacionado con la dosis-respuesta tanto en hombres como en mujeres	1967 1973 1990
Estado de salud disminuido-morbilidad respiratoria	La relación entre tabaquismo, tos, flemas son intensas y consistentes, fumar cigarrillos es la causa más importante de tos, expectoración, bronquitis crónica e hipersecreción de moco	1984

PATRONES DE CONSUMO A NIVEL MUNDIAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que de la población mundial 30% de los adultos son fumadores, y de estos fumadores 3.5 millones fallecen al año, lo que equivale a la muerte de 7 personas cada minuto por enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Sin embargo, al triplicarse en China el consumo de tabaco durante 20 años, aumentó considerablemente la prevalencia de tabaquismo y la mortalidad atribuible.

En Europa, la prevalencia de fumadores y fumadoras más elevada a mediados de los años 80's se registraba en Varsovia-Polonia (59%), Glaswog Reino Unido (52%), Bélgica (51%), y Cataluña-España (48%).

Según estimaciones derivadas del proyecto "Tabaco o Salud", la prevalencia de consumo de cigarrillos en la región europea de la OMS era de 43.5% en hombres y 23.4% en mujeres, lo que representa aproximadamente unos 229 millones de fumadores (144.3 millones de hombres y 84.7 millones de mujeres). Esta estimación se ha basado en el meta-análisis de 40 estudios que representan aproximadamente a 90% de la población de la región europea.

Otro estudio con información sobre tabaquismo en 12 países europeos, referida a inicios de los años 90, muestra que existen diferencias en las prevalencias según el género y el nivel educativo. Se observa una mayor prevalencia de tabaquismo en mujeres con menor nivel de estudios en Reino Unido, Noruega y Suecia, mientras que en los países del sur de Europa (Francia, España, Portugal e Italia), la proporción de fumadoras es mayor entre las de mayor nivel educativo. Se observa un patrón similar norte sur, aunque menos acentuado, en la prevalencia según el nivel educativo entre los hombres. Además, la manera de fumar entre los hombres y mujeres es diferente; las mujeres fuman menos cigarrillos al día que los hombres, prefieren los cigarrillos con filtro, el tabaco rubio y los cigarrillos bajos en nicotina, y no suelen fumar cigarrillos de liar, ni puros ni pipas. Concluyendo que aproximadamente 30 de cada 100 europeos adultos fuman cigarrillos a diario. En los países de la Unión Europea (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Países Bajos, Reino Unido y Suecia), se estima que 1 de cada 10 adultos fumadores morirá a causa de los efectos del tabaco, razón que se eleva a 1 de cada 5 en los países del este de Europa.

En los últimos 40 años en los países industrializados como Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Noruega y Australia, en donde se tiene mayor conocimiento de los riesgos que produce el fumar, el consumo de tabaco en el personal médico disminuyó dramáticamente, pasando de niveles de consumo de 50 a 10%. En este mismo sentido, el Real Colegio Británico de Médicos reportó el alto grado de tabaquismo en los médicos generales durante los primeros años de la década de los 50's, justo cuando se daban a conocer los primeros hallazgos relativos a los daños que ocasionaba el fumar, lo que provocó una reacción positiva que consistió en asumir el rol de confianza, autoridad y motivación que debe tener el médico frente al paciente y

la comunidad, originando que en la actualidad tengan la prevalencia más baja de consumo de tabaco, menos de 10%, a diferencia de otros países como Polonia y Argelia cuya cifra es de 70%.

A pesar de que en la actualidad se conocen los daños a la salud causados por fumar, el tabaquismo continúa en ascenso, especialmente en los países en desarrollo; por las proporciones alcanzadas se le considera una epidemia universal. Globalmente hay casi 1,100 millones de fumadores, de los cuales 300 son de países desarrollados (relación de 2 hombres por una mujer), en comparación con los 800 en países en desarrollo (relación 7:1 hombre: mujer). Estos datos apoyan la teoría de que la epidemia del tabaquismo ha llegado a su máximo punto en países desarrollados, pero se encuentra en ascenso en los países en desarrollo. Proyecciones de la OMS indican que, si continúa el consumo actual, para el año 2020 habrá 10 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, de las cuales, 7 de cada 10 ocurrirán en países en desarrollo.

En el continente americano cerca de la tercera parte de la población informa consumo cotidiano de tabaco. En los países del Cono Sur se observan los consumos más elevados y cierta tendencia en los indicadores que sugieren estabilidad en su consumo. Los países andinos ocupan el segundo lugar de consumo de tabaco y tienden, así mismo, hacia la estabilización de ese consumo. La sub-región mexicana presenta un índice de consumo similar a los países de la región andina, y en los países de América Central y el Caribe se reportan los índices más bajos de consumo de tabaco. En contraste con otras regiones, en Estados Unidos de América y Canadá, se observan cambios en los indicadores que muestran una reducción considerable en el consumo de tabaco a nivel de población general, y una tendencia que se mantiene a la baja.

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN MÉXICO

En México, el consumo *per capita* ha disminuido de 1501 cigarrillos anuales en 1970 a 754 cigarrillos para 1997; Sin embargo, estimaciones conservadoras indican que en nuestro país mueren aproximadamente 122 personas por día debido a enfermedades asociadas con el tabaquismo; en total, más de 44 mil fumadores mueren al año.

Los primeros estudios realizados en México para conocer la prevalencia de fumadores iniciaron hace más de 20 años; sin embargo, la mayoría de los estudios se llevaron a cabo en grupos poblacionales heterogéneos, con la consecuente dificultad para comparar e identificar las tendencias nacionales. La Dirección General de Epidemiología (DGE) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), de la Secretaría de Salud, realizaron la 1ª. Encuesta Nacional de Adicciones en 1988 (ENA-1988) cuya metodología, adaptada del esquema propuesto por la OMS en 1980, permitió conocer la prevalencia y distribución del consumo de tabaco en la población urbana nacional de 12 a 65 años de

edad. En 1993 se realizó la 2ª. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-1993), y para 1998 se llevó a cabo la tercera Encuesta (ENA-1998), con el propósito de conocer más a fondo esta problemática y así mejorar las estrategias de prevención y control de tabaquismo en México. La prevalencia de fumadores obtenida en las 3 encuestas nacionales muestra un discreto aumento. Hacia 1998 más de 13 millones de mexicanos eran fumadores con una proporción de 67% hombres y 33% mujeres, comparado con 9.2 millones de fumadores en 1988. Sin embargo, el diseño muestral de las encuestas no incluye a personas menores de 12 ni mayores de 65 años, habiéndose realizado solamente en población urbana, por lo que es posible que la prevalencia nacional derivada de estos estudios este subestimada. La prevalencia de los ex fumadores disminuyó de 21.6% a 14.8% entre 1988 y 1998, mientras que la prevalencia de no fumadores se incrementó a su vez de 52.6% (18 millones 945 mil 680 no fumadores) a 57.4% (27 millones 426 mil 780 no fumadores) en este mismo periodo. (Ver anexo 1)

De aproximadamente 52% en 1988, la proporción de fumadores actuales que empezaron a fumar antes de los 18 años se incrementó a 61.4% para 1998, lo que apoya la teoría de que después de la adolescencia, si una persona no ha comenzado a fumar, aparentemente disminuye la probabilidad de que lo haga. (En 1988 solo 7.6% empezaron a fumar después de los 26 años de edad, en 1993 7.4% y 5.5% en 1998.

El signo esperado en la educación podría ser ambiguo ya que a mayor educación mayor información sobre el efecto negativo del tabaquismo y, por ende, menor consumo; pero, por otro lado, a mayor escolaridad, mejor puesto de trabajo, más responsabilidad laboral y mayor estrés que induce a las personas a demandar tabaco.

En la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, se estudió tanto población urbana como rural, por lo que no es posible comparar sus resultados con las anteriores encuestas, dando como resultados a nivel nacional, que en población urbana el 26.4% de los individuos de 12 a 65 años de edad eran fumadores, lo que representa casi 14 millones de individuos (13'958,232); 18.2% ex fumadores (9'618,107) y mas de la mitad (55.4%) señalaron no ser fumadores (29'306,164).

En cambio, los resultados de la población rural mostraron un patrón diferente, al ser 14.3% fumadores (2'408,340), 15% ex fumadores (2'537,125) y no fumadores el 70.7%, que representa a 1'934,070 de individuos.

La prevalencia nacional para fumadores de población urbana de 12 a 65 años fue del 26.4%. De acuerdo con la Regionalización de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, la región norte fue la que presentó una prevalencia de tabaquismo por arriba de la media nacional (28.4%), cercana a esta se ubica la Región Centro con 27,6% y por debajo del promedio nacional se encuentra la Región Sur con 16.2%, entre la población rural de estas mismas regiones, se

observó también en la Región Norte una mayor prevalencia de fumadores (18.8%), seguida del Centro con el 15.7% y la Sur con 11%.

EL TABAQUISMO EN EL CONTEXTO NACIONAL

Desde 1980 las enfermedades del corazón, constituyen la primer causa de mortalidad y para 1998 representó el 15.4% de todas las defunciones; más de la mitad de estos casos (62.4%) corresponden a cardiopatía isquémica, patología asociada directamente con el tabaquismo.

La tasa de muerte por cáncer de pulmón ha aumentado en ambos sexos durante los últimos años, en una relación de 2.5 hombres por 1 mujer. Entre 1992 y 1998 la mortalidad por tumores malignos en labio, cavidad bucal y faringe tendió a incrementarse alcanzando 735 en el último año.

Además de los riesgos para la salud, los costos sociales incluyen ausentismo escolar y laboral, disminución de la productividad, altos costos en la atención médica, problemas de salud mental y pérdida de años de vida productiva.

EVOLUCIÓN DEL LUGAR OCUPADO POR ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO, ENTRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN MÉXICO, 1950-1998

CAUSA	1950	1960	1970	1980	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Enfermedades del corazón	5	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tumores malignos	-	6	5	5	2	2	2	2	2	2	2	2
Enfermedad cerebro vascular	-	-	7	7	8	6	5	5	5	5	5	6
Bronquitis crónica/ Enfisema pulmonar	-	-	-	-	12	14	14	14	14	13	13	15

Fuente: DGE/SIS, 1960; estadísticas vitales de México, DGE/SSA 1970, Compendio de estadísticas vitales de México 1980, tabulaciones de defunciones, INEGI/SPP 1988, mortalidad 1990-1997 México, Estadística Demográfica INEGI 1998.

En la U.M.F. No. 33 hasta la fecha no hay datos sobre la prevalencia del consumo de tabaco por los derechohabientes así como tampoco existe algún estudio que valore la relación entre el nivel de conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaco y el uso del mismo.

La U.M.F. No. 33 cuenta con una población adscrita hasta abril del 2004, constituida de la siguiente manera:

NIÑOS 0-9	ADOLESCENTES 10-19	HOMBRES 20-59	MUJERES 20-59	ADULTO MAYOR 60 y +	HOMBRES 20-44	MUJER 20-44	HOMBRE 60-65	MUJER 60-69	TOTAL
18372	12014	27433	35201	20796	20150	24644	3694	5847	113816

JUSTIFICACION:

Dado que en la última década se ha notado un aumento en la morbi-mortalidad de enfermedades crónico- degenerativas a nivel mundial, incluyendo México, y sabiendo que uno de los factores de riesgo para este tipo de enfermedades es el hábito tabáquico, nosotros estamos interesados en saber si el nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaco influye en el uso del mismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaco y su uso, en derechohabientes adultos de la Unidad de Medicina Familiar # 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaco y el uso del mismo en los derechohabientes adultos de la U.M.F. #33 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar el nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaco de población derechohabiente adulta de la U.M.F. #33 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Identificar el uso del tabaco y patrón de consumo del mismo en la población adulta derechohabiente de la U.M.F. #33 del Instituto Mexicano del Seguro Social

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO:

) Por el control de la maniobra experimental del investigador:

OBSERVACIONAL, en donde se presencian los fenómenos sin modificar intencionadamente las variables.

) Por la medición del fenómeno en el tiempo:

TRANSVERSAL, en donde no se hace seguimiento, las variables de resultados son medidas una sola vez.

) Por la presencia de un grupo control:

DESCRIPTIVO, se estudia solo un grupo, no se hacen comparaciones.

) Por la dirección del análisis:

ENCUESTA: no se toma en cuenta la dirección del análisis, solo se trata de establecer asociación. Se hace una sola medición en el tiempo de las variables en estudio. (Ver anexo 2)

ÁMBITO GEOGRÁFICO

El presente estudio se llevó a cabo en la U.M.F. #33 "El Rosario", ubicada en la Avenida Renacimiento Y Avenida de Las Culturas s/n, Unidad El Rosario, Azcapotzalco, D.F., que pertenece a la Delegación 1 y 2 Noroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dicha Unidad, tiene 4 áreas de influencia, con diferentes características socioeconómicas cada una de ellas:

Sector 1, Naucalpan, constituido por las colonias: La Florida, los Pastores, Diez de Abril, Echeagaray, Rincón del Bosque de Echeagaray, Hacienda de Cristo, Jardines de la Florida, Satélite, zona poniente: Santa Maria Nativitas.

Sector 2, Tlalnepantla, constituida por las colonias: Puente de Vigas, San Pedro Xalpa, Bella Vista, Rancho San José, Vista Hermosa, Industrial las Armas, Plazas de la Colonia, Residencial del Parque, Unidad Habitacional CROC. III, El Rosario Infonavit, Xocoyahualco.

Sector 3, Distrito Federal, constituido por las colonias: Tierra Nueva, Prados del Rosario, Hacienda del Rosario, Unidad PEMEX Azcapotzalco, Rosario C.T.M., San Martín Xochinahuac, Unidad Francisco Villa, Rosario Infonavit, Unidad Habitacional C.R.O.C. I y II, Unidad Habitacional Manuel Rivera.

Sector 4, Distrito Federal, constituido por las colonias: Ahuizotla D.F., Providencia, San Pedro Xalpa, Ejido San Pedro Xalpa y pueblo Santiago Ahuizotla.

PERIODO DE ESTUDIO

El periodo comprendido para la realización de este estudio fue entre el 1º. y el 31 de Julio del 2005, a través de un muestreo por cuotas, por lo que; se incluyeron en el estudio, a todas aquellas personas que contestaron el cuestionario sobre patrón de consumo del tabaco y conocimiento sobre los daños a la salud que causa el consumo del tabaco, (avalado por expertos en el tema, como lo es el jefe de departamento de fisiología cardiopulmonar de CMN Siglo XXI) y que cumplieron con todos los criterios de inclusión.

GRUPO DE ESTUDIO:

) CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:

- ❖ Estuvo constituido por personas adultas derechohabientes usuarias de la U.M.F. #33 “El Rosario” de ambos turnos, que acudieron a consulta (ya sea con cita o no) durante el periodo comprendido para el estudio.

) CRITERIOS DE SELECCIÓN:

❖ CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Derechohabientes usuarios de la U.M.F. #33 del I.M.S.S.
2. Con edad igual o mayor de 20 años.
3. Ambos sexos.
4. Que acudieron a consulta durante el periodo en que se realizó el estudio
5. Fumadores o no.
6. Cualquier escolaridad.
7. Cualquier ocupación.
8. Cualquier estado de salud.
9. Cualquier nivel socio económico
10. Ambos turnos

❖ CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

1. No derechohabientes de la U.M.F. #33 del I.M.S.S.
2. Menores de 20 años.
3. Que no acudieron a la consulta durante el periodo del estudio

❖ CRITERIO DE ELIMINACIÓN:

Aquellas personas que cumplieron con los criterios de inclusión pero que sin embargo:

0. No aceptaron participar en el estudio
2. No contestaron a todas las preguntas del cuestionario.
3. No devuelvan el cuestionario.

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO:

Definición conceptual. El proceso de conocimiento se inicia al entrar en contacto los órganos de los sentidos con el mundo exterior. El conocimiento común, cotidiano, conocido como empírico, espontáneo se obtiene básicamente por esta vía a través de la práctica que el hombre realiza diariamente. La adquisición de conocimiento científico requiere, en cambio, la actividad conjunta de los órganos sensoriales y del pensamiento del sujeto, apoyada en la reflexión teórica y guiada por una serie de principios y reglas con el fin de descubrir lo que el conocimiento empírico no puede captar: la esencia de los procesos, acontecimientos y objetos, que implica conocer las causas por las que estos surgen.

Definición operacional: Mediante un cuestionario auto aplicable que consta de 15 preguntas, se evaluó el grado de conocimiento que tiene la población con relación a los efectos nocivos del tabaco.

Medición de la variable: Las preguntas realizadas fueron de tipo cerrada, con 3 posibles respuestas, dándose una calificación de 1 punto a la respuesta correcta y cero puntos para la incorrecta, teniendo todas las preguntas el mismo valor.

Los cuestionarios se calificaron sobre la base del nivel de conocimiento de los efectos nocivos del uso del tabaco, de acuerdo al puntaje obtenido, de la siguiente manera:

Aciertos	Nivel de conocimiento
15-11	Bueno
10-6	Regular
5-0	Malo

Tipo de variable: Nominal

USO DEL TABACO:

Definición Conceptual: Uso continuo del tabaco, por un periodo mínimo de un mes.

Para fines de recopilación y análisis de información, en esta encuesta se considera al cigarrillo como la forma preferida de consumir tabaco por la mayoría de los fumadores de nuestro país.

Definición operacional: Dentro del cuestionario auto aplicable, mediante una pregunta de tipo cerrada, se identificó la cantidad de cigarrillos fumados hasta el momento de la entrevista.

Medición de variable:

Ha fumado alguna vez en su vida? SI NO

Tipo de variable: Nominal.

PATRON DE CONSUMO DEL TABACO:

Definición conceptual: Con el fin de construir los patrones de consumo, se hizo la siguiente estratificación, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud y a la Encuesta Nacional de Adicciones 1993:

Fumador: La persona que en el momento de la entrevista reporta fumar.
A partir de esta definición se derivaron los tres siguientes tipos de fumadores:

Fumador leve: Consume una cantidad no superior a 5 cigarrillos en promedio por día.

Fumador moderado: Consume una cantidad de 6 a 15 cigarrillos en promedio por día.

Fumador severo o dependiente: Consume una cantidad igual o mayor a 16 cigarrillos por día.

No fumador: La persona que afirma nunca en su vida haber consumido cigarrillos.

Fumador pasivo: individuo no fumador expuesto al humo del tabaco. Se considera población no fumadora a la suma de individuos nunca fumadores y ex fumadores.

Ex fumador: La persona que en el momento de la entrevista afirmó no haber fumado en el último mes, pero si antes, por periodos mínimos de un mes, y con cualquier patrón de consumo de los antes mencionados.

Definición operacional: Dentro del cuestionario, se realizaron preguntas de tipo cerradas, en donde se abordó el patrón de consumo de cigarros.

Medición de variable:

1. Si Ud. Ha fumado, ¿cuantos cigarrillos consume al día?

a) Menos de 5 b) De 6 a 15 c) 16 o mas

2. ¿En el último mes Ud. ha fumado? SI NO

3. Si Ud. no ha fumado en el último mes, anteriormente lo ha hecho por un periodo de 30 días? SI NO

Tipo de variable: Nominal y ordinal

VARIABLES UNIVERSALES:

EDAD:

Definición conceptual: Periodo entre la fecha de nacimiento y la del último cumpleaños.

Definición operacional: La que el paciente refiera tener al momento de contestar el cuestionario (en años).

Tipo de variable: Nominal

SEXO:

Definición conceptual: Conjunto de factores orgánicos o psíquicos que distinguen a los individuos en hombres o mujeres.

Definición operacional: De acuerdo al que los pacientes refieran en el cuestionario.

Medición de la variable: Masculino o femenino

Tipo de variable: Nominal

OCUPACIÓN:

Definición conceptual: Tipo de trabajo, oficio o profesión específica empeñado por la persona. Si las personas desempeñaron varias actividades, se refiere únicamente el trabajo considerado por ellas como el principal.

Definición operacional: Profesión u oficio que desempeña el que contesta el cuestionario al momento de la encuesta.

Medición de variable:

- ❖ Empleado
- ❖ Hogar
- ❖ Estudiante

Tipo de variable: Nominal.

ESCOLARIDAD:

Definición conceptual: Numero de años o grados que acreditan los estudios de los individuos, en cualquiera de los niveles del sistema de enseñanza.

Definición operacional: Último grado de estudios cursado por el paciente.

Medición de la variable:

- ❖ Analfabeta
- ❖ Primaria
- ❖ Secundaria
- ❖ Preparatoria
- ❖ Licenciatura
- ❖ Posgrado

Tipo de variable: Nominal.

ESTADO CIVIL:

Definición conceptual: Situación de la población de 12 años y mas, en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país.

Definición operacional: La que refiere el paciente al momento de la encuesta.

Medición de variable:

- ❖ Casado o unión libre
- ❖ Divorciado o separado
- ❖ Viudo
- ❖ Soltero

Tipo de variable: Nominal.

RELIGIÓN:

Definición conceptual: Culto que practica una persona.

Definición operacional: Al declare pertenecer la persona encuestada durante ese momento.

Medición de variable:

- ❖ Católica
- ❖ Protestante o evangélica
- ❖ Judaica
- ❖ Ninguna
- ❖ Otra

Tipo de variable: Nominal.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestra no probabilística, por cuotas, en el período comprendido del 1º. Al 31 de julio del 2005.

RECURSOS

HUMANOS:

- ❖ Un Medico Asesor
- ❖ Un medico residente de 3er. año

FISICOS:

- ❖ Pluma
- ❖ Lápiz
- ❖ Goma
- ❖ Fólderres
- ❖ Escritorio
- ❖ Silla
- ❖ Computadora
- ❖ Hojas blancas
- ❖ Fotocopiadora
- ❖ Engrapadora
- ❖ Cuestionarios
- ❖ Revistas medicas

FINANCIEROS:

- ❖ Los gastos que se deriven de la investigación serán cubiertos en su totalidad por el médico residente encargado de la investigación.

ASPECTOS ETICOS:

El estudio fue sometido para su autorización por el comité de Investigación, partiendo de la premisa que el médico tiene por misión natural, la protección de la salud del hombre, función que desempeña en la plenitud de sus conocimientos médicos y de su conciencia.

Este trabajo se apegó a las Leyes Nacionales y a los Lineamientos Generales para la Realización de de Proyectos de Investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que señala:

“Toda investigación realizada en el Instituto debe poner de manifiesto un profundo respeto hacia la vida, la persona, la seguridad y todos los derechos de quienes participan en ella”.

Así mismo, solicitamos por escrito, a través de una carta de consentimiento informado, la autorización de las personas participantes a dicho estudio. (Ver anexo).

RESULTADOS:

La muestra estuvo constituida por 400 personas adultas derechohabientes usuarias de la U.M.F. #33 "El Rosario", que acudieron a consulta durante el periodo comprendido del 1º. al 31 de julio del 2005, a quienes se les aplicó el cuestionario sobre consumo del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, excluyéndose a 9 de ellos por no contener todos los datos solicitados en dicho cuestionario, de las 391 personas restantes se encontraron los siguientes resultados:

243 personas (62.15%) se ubicaron en el grupo de no fumadores y **148 personas (37.85%)** se ubicaron en el grupo de fumadores, encontrándose una **relación 1.6:1** (Cuadro y gráfica 1).

203 personas (51.91%) pertenecen al turno matutino y 188 (48.09%) pertenecen al turno vespertino.

En el grupo de no fumadores se obtuvieron los siguientes datos:

La edad promedio fue de 47.04 años, con una desviación estándar de +/- 17.21 años, con un valor mínimo de 20 años y un valor máximo de 89 años y una mediana de 46 años.

116 personas (47.7%) fueron del sexo masculino y 127 (52.3%) del sexo femenino, **con una relación 1:1.09** (Cuadro y gráfica 2).

En cuanto al estado civil, 160 (65.8%) se encuentran casados/ unión libre, 19 (7.8%) son divorciados / separados, 42 (17.3%) son solteros y 22 (9.1%) son viudos. (Cuadro y gráfica 3).

En el nivel de escolaridad encontramos que 3 (1.2%) son analfabetas, 64 (26.3%) cuentan con primaria, 65 (26.7%) cuentan con secundaria, 64 (26.3%) cuentan con preparatoria, 34 (14%) cuentan con licenciatura y sólo 13 (5.3%) cuentan con un posgrado. (Cuadro y gráfica 4).

Respecto a religión, 212 (87.2%) son católicos, 9 (3.7%) son evangélicos / protestantes, 16 (6.6%) no tienen religión y 6 (2.5%) pertenecen a otras religiones.

Por su ocupación, 126 (51.9%) son económicamente activos, mientras que 105 (43.2%) reportaron dedicarse al hogar y 12 (4.9%) ser estudiantes.

De acuerdo al patrón de consumo, 111 (45.67%) fueron ex fumadores, (de acuerdo a los criterios utilizados en la ENA 1993) y 132 (54.32%) no fumadores.

En cuanto al nivel de conocimiento que tienen sobre los efectos nocivos del tabaco, en 70 personas (28.8%) se consideró buen nivel de conocimiento, 135 (55.6%) regular y en 38 personas (15.6%) se consideró un mal nivel de conocimiento. Cuadro 5 y gráfica 5A.

En el cuadro y gráfica 6 se especifican las preguntas y el número y porcentaje de respuestas verdaderas para cada pregunta realizada.

En el grupo de fumadores se obtuvieron los siguientes datos:

La edad promedio fue de 40.04 años, con una desviación estándar de +/- 15.92 años, con un valor mínimo de 20 años y un valor máximo de 82 años, la mediana fue de 36.5 años, con una moda de 24.

96 personas (64.9%) fueron del sexo masculino y 52 (35.1%) del sexo femenino, **con una relación 1.8:1**. (Cuadro y gráfica 7)

En cuanto al estado civil, 95 (64.2%) se encuentran casados/ unión libre, 11 (7.4%) son divorciados / separados, 36 (24.3%) son solteros y 6 (4.1%) son viudos. (Cuadro y gráfica 8)

En el nivel de escolaridad encontramos que 2 (1.4%) son analfabetas, 26 (17.6%) cuentan con primaria, 45 (30.4%) cuentan con secundaria, 44 (29.4%) cuentan con preparatoria, 24 (16.2%) cuentan con licenciatura y sólo 7 (4.7%) cuentan con un posgrado. (Cuadro y gráfica 9)

Respecto a religión, 133 (89.9%) son católicos, 3 (2.0%) son evangélicos / protestantes, 11 (7.4%) no tienen religión y 1 (0.7%) pertenece a otra religión.

Por su ocupación, 106 (71.6%) son económicamente activos, mientras que 31 (20.9%) reportaron dedicarse al hogar y 11 (7.4%) ser estudiantes.

De acuerdo al patrón de consumo, (cigarros consumidos por día), 85 personas (57.4%) fueron fumadores leves, 45 personas (30.4%) fueron fumadores moderados y 18 (12.2%) fueron fumadores severos, (de acuerdo a los criterios utilizados en la ENA 1993).

(Cuadro y gráfica 10)

En cuanto al nivel de conocimiento que tienen sobre los efectos nocivos del tabaco, en 33 personas (22.3%) se consideró buen nivel de conocimiento, 102 (68.9%) regular y en 13 personas (8.8%) se consideró un mal nivel de conocimiento. Cuadro 5 y gráfica 5B.

En el cuadro y gráfica 6 se especifican las preguntas, el número y porcentaje de respuestas adecuadas para cada una de ellas.

Respecto a la edad en la que inician a fumar, se encontró que la edad promedio fue de 18.20 años, con una desviación de 5.08 años, un valor mínimo de 8 años y un valor máximo de 42 años, una mediana de 18 años; así mismo, el 75% de las personas reportaron haber fumado por primera vez antes de los 20 años de edad.

Se utilizó la **ji cuadrada** como prueba estadística no paramétrica para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas (nivel de conocimiento de los efectos adversos del uso del tabaco y el uso del mismo).

Encontrando un valor crítico de $\chi^2 = 7.5021$, siendo no significativo a un intervalo de confianza de 95%

TABLAS Y GRAFICAS:

TABLA 1
AGRUPACIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO AL USO DEL TABACO,
U.M.F. # 33, IMSS, 2005.

NO FUMADORES	FUMADORES	TOTAL
243 (62.15%)	148 (37.85%)	391 (100%)

Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 1



Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO DE NO FUMADORES DE ACUERDO A SEXO,
U.M.F. # 33, IMSS, 2005.

	HOMBRE	MUJER
NO FUMADORES	116 (47.7%)	127 (52.3%)

Fuente: Cuestionario sobre consumo del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 2



Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

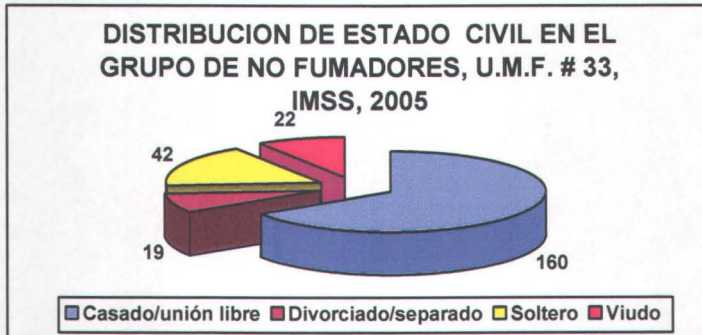
TABLA 3

DISTRIBUCION DEL ESTADO CIVIL EN EL GRUPO DE NO FUMADORES,
U.M.F. #33, IMSS. 2005

CASADO	DIVORCIADO/SEPARADO	SOLTERO	VIUDO	TOTAL
160 (65.8%)	19 (7.8%)	42 (17.3%)	22 (9.1%)	243 (100%)

Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 3



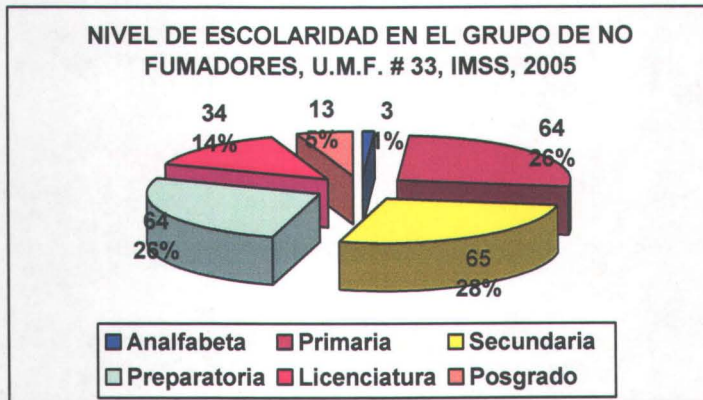
Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

CUADRO 4
NIVEL DE ESCOLARIDAD EN EL GRUPO DE NO FUMADORES,
U.M.F. # 33, IMSS, 2005

ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	LICENCIATURA	POSGRADO	TOTAL
3 (1.2%)	64 (26.3%)	65 (26.7%)	64 (26.3%)	34 (14%)	13 (5.3%)	243 (100%)

Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 4



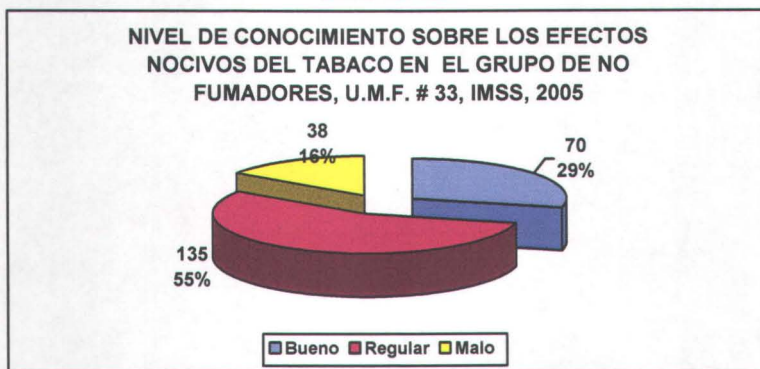
Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

TABLA 5
 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO EN EL GRUPO DE NO FUMADORES Y EL GRUPO DE FUMADORES,
 U.M.F. # 33, IMSS, 2005

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NO FUMADORES	FUMADORES
BUENO	70 (28.8%)	33 (22.3%)
REGULAR	135 (55.6%)	102 (68.9%)
MALO	38 (15.6%)	13 (8.8%)
TOTAL	243 (100%)	148 (100%)

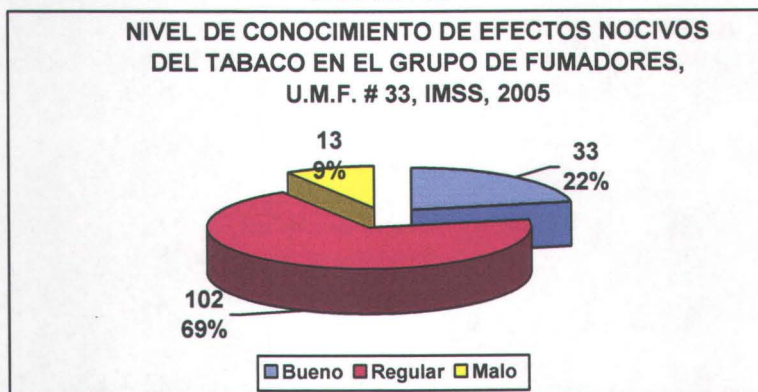
Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 5A



Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 5B



Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

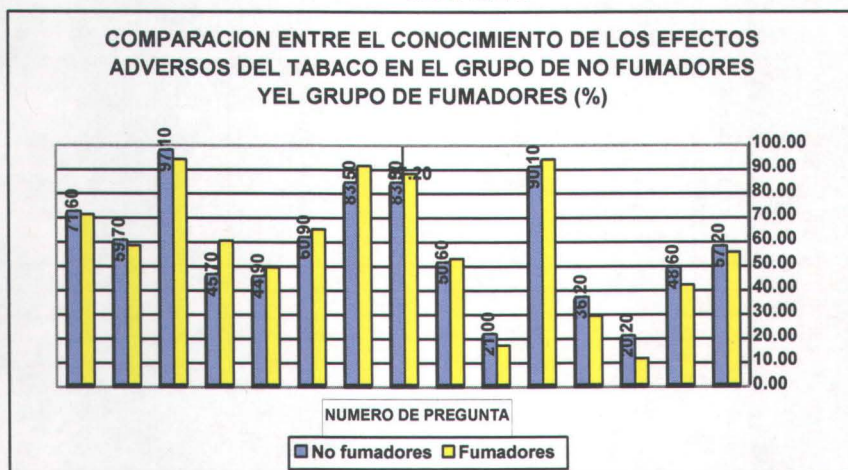
TABLA 6
 CONOCIMIENTO SOBRE EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO
 EN EL GRUPO DE FUMADORES Y EL GRUPO DE NO FUMADORES,
 U.M.F. # 33, IMSS, 2005

NUMERO DE PREGUNTA	PREGUNTA	NO FUMADORES	FUMADORES
1	Fumar causa dependencia física	174 (71.6%)	104 (70.3%)
2	Fumar causa dependencia psicológica	145 (59.7%)	85 (57.4%)
3	Fumar es causa de cáncer de pulmón	236 (97.1%)	138 (93.2%)
4	Fumar durante el embarazo provoca peso alto del producto*	111 (45.7%)	88 (59.5%)
5	Fumar causa embolias	109 (44.9%)	72 (48.6%)
6	Fumar puede causar aborto	148 (60.9%)	95 (64.2%)
7	Fumar puede causar infarto del corazón	203 (83.5%)	134 (90.5%)
8	El riesgo de enfermedades del corazón aumenta con el No. de cigarrillos fumados al día	203 (83.5%)	129 (87.2%)
9	Dejar de fumar reduce el riesgo de embolias	123 (50.6%)	77 (52.0%)
10	Fumar causa cáncer de vejiga	51 (21%)	24 (16.2%)
11	Fumar causa bronquitis crónica	219 (90.1%)	138 (93.2%)
12	Fumar es causa de cáncer de estómago	88 (36.2%)	42 (28.4%)
13	Fumar es causa de cáncer de riñón	49 (20.2%)	16 (10.8%)
14	El tabaquismo causa úlcera gástrica	118 (48.6%)	61 (41.2%)
15	El tabaquismo causa cáncer de boca	139 (57.2%)	81 (54.7%)

*Esta pregunta fue redactada en forma negativa, siendo las cantidades reportadas en los resultados, el número de personas que la contestaron adecuadamente, es decir "FALSO".

Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 6



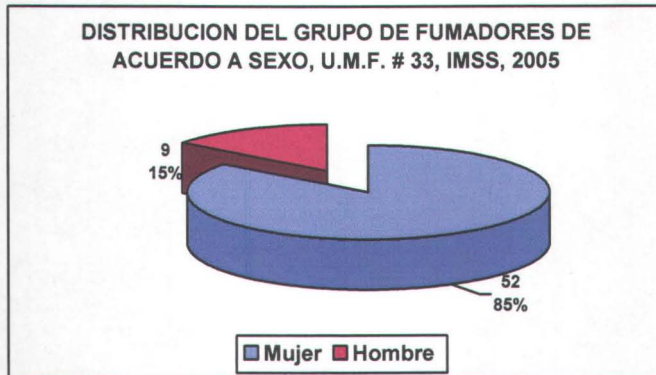
Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

CUADRO 7
DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO DE FUMADORES DE ACUERDO A SEXO,
U.M.F. # 33, IMSS, 2005

	MUJER	HOMBRE
FUMADORES	52 (35.1%)	96 (64.9%)

Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 7



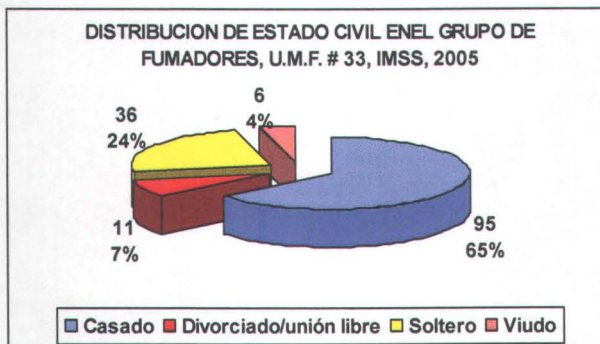
Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

CUADRO 8
DISTRIBUCION DE ESTADO CIVIL EN EL GRUPO DE FUMADORES,
U.M.F. # 33, IMSS, 2005

Casado/unión libre	Divorciado/Separado	Soltero	Viudo	Total
95 (64.2%)	11 (7.4%)	36 (24.3%)	6 (4.1%)	148 (100%)

Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 8



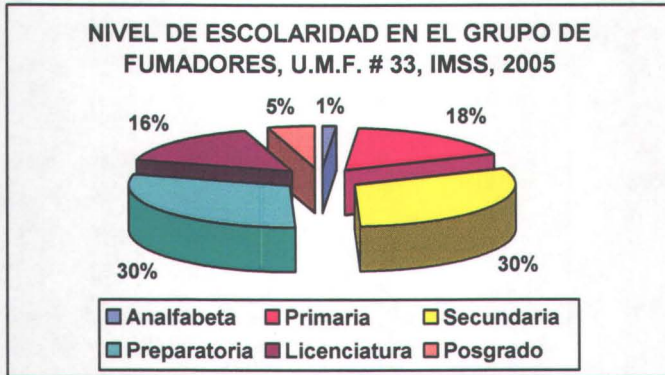
Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

CUADRO 9
NIVEL DE ESCOLARIDAD EN EL GRUPO DE FUMADORES,
U.M.F. # 33, IMSS, 2005

Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Posgrado	Total
2 (1.4%)	26 (17.6%)	45 (30.4%)	44 (29.4%)	24 (16.2%)	7 (4.7%)	148 (100%)

Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 9



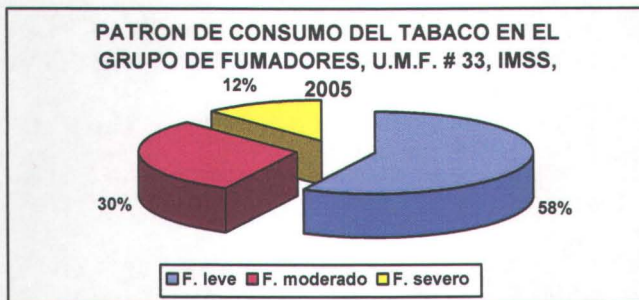
Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

CUADRO 10
PATRÓN DE CONSUMO DEL TABACO EN EL GRUPO DE FUMADORES,
U.M.F. # 33, IMSS, 2005

FUMADOR LEVE (-5 cigarros/día)	FUMADOR MODERADO (5 a 15 cigarros/día)	FUMADOR SEVERO (+ 15 cigarros/día)	TOTAL
85 (57.4%)	45 (30.4%)	18 (12.2%)	148 (100%)

Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

GRAFICA 10



Fuente: Cuestionario sobre uso del tabaco y conocimiento de los efectos nocivos del mismo, 2005

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa que la población fumadora-población no fumadora, guarda una relación 1:1.6 (**37.85%:62.15%**), cifras que rebasan la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, señalando que de la población mundial 30% de los adultos son fumadores y que en el continente americano cerca de la tercera parte de la población informa consumo cotidiano de tabaco. Además de estar por encima de la prevalencia nacional reportada por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002, para fumadores de población urbana de 12 a 65 años, que fue de 26.4%.

De acuerdo al patrón de consumo, (cigarros consumidos por día), 85 personas (57.4%) fueron fumadores leves, 45 personas (30.4%) fueron fumadores moderados y 18 (12.2%) fueron fumadores severos, lo que influye directamente en los daños originados a la salud; de los no fumadores, 111 (45.67%) fueron ex fumadores y 132 (54.32%) no fumadores, cifras que guardan relación con la ENA 1998, en donde se estima una prevalencia de no fumadores del 52.6% de la población.

En cuanto al nivel de conocimiento que tienen sobre los efectos nocivos del tabaco y el consumo del mismo, no se observó relación alguna, pues en nuestros resultados podemos observar que los conocimientos entre el grupo de fumadores y no fumadores fueron muy similares; cabe destacar que la mayoría de las personas conocen los efectos nocivos que origina el tabaco a nivel pulmonar y de aparato cardiovascular, sin embargo, se desconoce en su mayoría que estos efectos también se dan a nivel renal, de aparato digestivo y urinario, lo que nos puede llevar a pensar que estos resultados son producto de la influencia que tienen los medios masivos de comunicación, en donde se hace hincapié de los efectos nocivos del tabaco a nivel pulmonar, dejando de lado información importante sobre el daño a otros órganos.

Así mismo, de la población fumadora, el **64.9%** correspondió a población del **sexo masculino y 35.1% al sexo femenino**, información que concuerda con la proporcionada en la **ENA 1998**, que reporta una prevalencia de fumadores de más de 13 millones de mexicanos, con una proporción de **67% hombres y 33% mujeres**.

Respecto a la **edad en la que inician a fumar**, se encontró que la edad promedio **fue de 18.2 años**, llamando la atención que se reporta el inicio del consumo del tabaco a una edad de hasta 8 años, edad en la que por ley no está permitida la venta de cigarrillos, sin embargo, con todo y la normativa establecida, los niños llegan a tener acceso a los cigarrillos; así también, se reporta que el 75% de las personas han fumado por primera vez antes de los 20 años de edad; la ENA 1998 reporta un incremento del 52% en 1988 a 61.4% para 1998 de proporción de fumadores que iniciaron antes de los 18 años de edad, lo que apoya la teoría de que después de la adolescencia, si una

persona no ha comenzado a fumar, aparentemente disminuye la probabilidad de que lo haga. (En 1988 sólo 7.6% empezaron a fumar después de los 26 años de edad, en 1993, 7.4% y 5.5% en 1998). Es por esto, que es de suma importancia realizar acciones preventivas para evitar el inicio del consumo del tabaco, dirigidas hacia los adolescentes, pero también a los infantes si tomamos en cuenta que existen personas que en la niñez inician el consumo del tabaco.

En el nivel de escolaridad encontramos que de los fumadores, 2 (1.4%) son analfabetas, 26 (17.6%) cuentan con primaria, 45 (30.4%) cuentan con secundaria, 44 (29.4%) cuentan con preparatoria, 24 (16.2%) cuentan con licenciatura y sólo 7 (4.7%) cuentan con un posgrado; observándose que el nivel educativo no tiene relación con el uso del tabaco, ya que se supone que a mayor educación, existe mayor información sobre los efectos negativos del tabaco y, por ende, menor consumo; pero, por otro lado, a mayor escolaridad, mejor puesto de trabajo, más responsabilidad laboral y mayor estrés que induce a las personas a demandar tabaco. En nuestros resultados, el 71.6% de los fumadores son económicamente activos, el 20.9% se dedica al hogar y el 7.4% son estudiantes.

CONCLUSIONES:

Se concluye que no existe relación entre el nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaco y el uso del mismo en los derechohabientes adultos de la U.M.F. #33.

En cuanto al uso de tabaco, identificamos que aproximadamente un tercio de la población adulta de la U.M.F. es fumador activo, de los cuales, 57.4% son fumadores leves, 30.4% son fumadores moderados y 12.2% son fumadores severos.

Identificando que el nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaco de población derechohabiente adulta de la U.M.F. #33 del Instituto Mexicano del Seguro Social en población fumadora es regular en su mayoría (68.9%), seguido de un buen nivel (22.3%) y sólo en 8.8% existe un mal nivel de conocimiento; por lo que partiendo de estos resultados podemos concluir que debe existir algún otro motivo por el que la gente continúe el consumo de tabaco, (el cual está en ascenso en los países en vías de desarrollo) que si bien no está relacionado con el conocimiento de los efectos nocivos, si pudiera guardar relación con la concientización de los mismos, pues de acuerdo a los datos de las Encuestas Nacionales de Adicciones, el principal motivo para dejar de fumar fue tomar conciencia del daño que ocasiona el tabaco; aunque para eso es necesario realizar estudios que estimen la causa por la que las personas continúan el consumo de tabaco, por otro lado, dado que se comprueba que el conocer los efectos adversos no es suficiente para disminuir el consumo del tabaco, se sugiere que se realicen campañas antitabáquicas que logren tener el efecto de concienciar a la población, no únicamente de informar, pues esto no ayuda a combatir el consumo del tabaco y con ello, los daños que se ocasionan a la salud y gastos por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, que a últimas fechas han tenido un gran impacto sobre los servicios de salud a nivel mundial, llegándose a estimar que 45% de las enfermedades isquémicas cardíacas, 51% de las enfermedades cerebro vasculares y 84% de los enfisemas y las bronquitis crónicas son atribuibles al tabaquismo.

en el caso de México, desde 1980 las enfermedades del corazón, constituyen la primer causa de mortalidad y para 1998 representó el 15.4% de todas las defunciones; más de la mitad de estos casos (62.4%) corresponden a cardiopatía isquémica, patología asociada directamente con el tabaquismo.

Así mismo, dentro del IMSS a nivel nacional en el año 2004, dentro de los principales motivos de consulta de Medicina Familiar se situó a las enfermedades cardíacas en el 1er. Sitio con 9'993,976 consultas otorgadas, ocupando el tercer lugar de consultas de especialidades con 681,305; además de estos gastos generados por consulta y tratamiento, tenemos que en el mismo año, en el servicio de salud en el trabajo a nivel nacional, se otorgaron 544 dictámenes de invalidez por enfermedades isquémicas del corazón, 526 por enfermedades vasculares cerebrales y 1843 por tumores malignos, todas

estas, enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, por lo que debemos de insistir en crear campañas de prevención efectivas, en donde se insista en tener como blanco a la población de niños y adolescentes, en quienes, de acuerdo a estudios ya realizados, se ha comprobado que son vulnerables a iniciar el hábito del consumo del tabaco.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFÍA

0. Adlaf E, James A, Caetano r, Madrigal E, Zavaleta R. La Encuesta Nacional de Adicciones II. Dirección General de Epidemiología/ SSA. 1ª. Edición. Tomo 2. Mexico, 1994.
0. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Secretaria de Salud. México 2003. Investigación.
0. World Health Organization. The smoking epidemic A fire in the global village. 25th August, Ginebra, 1997.
0. Pan American Health Organization tobacco or health: Status in the Americas. A report of the American Health Organization PAHO Scientific Publication No. 536, 1992.
0. Branbury J. Annual tobacco-related deaths in China top the half million mark. Lancet 1997; 350: 643.
0. Corrao M, Guindon G, Cokkinides V, Sharma N. Building the evidence base for global tobacco control. Bull WHO 2000; 78: 884-90.
0. La Vecchia C, Decarli A, Pagano R. Prevalence of cigarette smoking among subsequent cohorts of italian males and females. Prev Med 1986; 15: 606-13.
0. Joossens L. La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Bruselas. European Network for Smoking Prevention, 1999.
0. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (periodo 1990-1999). 2000.
0. Tapia R y Kuri P. Hoy M. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Salud Pública de México/43 (S) Sept-Oct. 2001.

0. Polit, D. y Hungler B. Investigación en ciencias de la salud. Ed. Interamericana- McGraw Hill. 4ª. ed. México. 1994.
0. Calero J. Método epidemiológico y salud de la comunidad. Ed. Interamericana-McGraw Hill. 1a. ed. España. 1992.
0. Rowntree, D. Introducción a la estadística. Ed. Norma. 1ª. ed. Colombia. 1984.
0. www.imss.gob.mx

ANEXOS

ANEXO 1

**ESTUDIOS DONDE SE EVALUO LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO
EN MÉXICO 1971-1998**

Autor	Año	Población	Prevalencia Masc.	(% Fem.)	Total (%)
El hábito de fumar cigarrillos en America Latina. Una encuesta en ocho ciudades (OPS)	1971	Población de 15 a 74 años del D.F.	45	17	
Castro, E y cols.	1980	Estudiantes de 14 a 18 años del Area Metropolitana			49
Castro E. Y cols.	1982	Estudiantes de 14 a 18 años del Area Metropolitana			23
Lara, M. Y cols.	1982	Hospital: personal médico y paramédico. Personal administrativo Servicios generales			28.6 47.6 35.1
Lara, M. Y cols.	1984	Trabajadores de un Instituto de salud en el D.F.	48	26	35
Puente-Silva	1984	Consulta externa INER			37
Sistema de Registro de información sobre drogas	1986 1987 1988	México D.F. y área metropolitana			24 40 50
ENSA	1988	Población de 12 y más años	28.5	4.1	17
ENADIC	1988	Población urbana de 12 a 65 años	38.5	14.4	25.8
Ramírez-Casanova y cols.	1991	Trabajadores del Hospital General de México	66.8	57.6	62.1
Encuesta Nacional sobre uso de drogas entre la comunidad escolar	1991	Estudiantes de nivel medio y medio superior	38.1	20.2	29.4
Encuesta sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar	1993	Estudiantes del nivel medio y medio superior del D.F.	57.7	41.1	48.3
Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas	1993	Población urbana de 20-69 años			26
Tapia y cols.	1993	Médicos del IMSS, ISSSTE, SSA en el D.F.	29.9	20.8	26.9
ENA	1993	Población urbana de 12 a 65 años	38.3	14.2	25.1
Fernández-Garate y cols.	1993 1994	Derechohabientes del IMSS	40	17.6	28.6
Encuesta Sobre el consumo de Drogas en la Frontera Norte de México (Base de datos)	1994	Población de 12 a 65 años de 4 ciudades del norte del país.			24.7
González Villalpando y cols.	1994	Población urbana de 35 a 64 años	52.5	17.9	32.1
Encuesta en población de enseñanza media y media superior	1997	Estudiantes de nivel medio y medio superior en el D.F.	58.7	52.3	55.4
Prevalencia de fumadores en los Institutos Nacionales de Salud en México	1997	Trabajadores de 9 Institutos y del Hospital General Gea González	39.4	22.4	28
Aspirantes a residencias médicas	1998	Médicos inscritos XXX examen de Residencias Médicas			20
ENA	1998	Población urbana 12 a 65 años	42.9	16.3	27.7

ANEXO 2

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #33 DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Fecha: ____ / ____ / ____

Consultorio No: _____

Edad: _____ años

Sexo: Fem / Masc.

Estado civil:

- A. Casado / unión libre
- B. Divorciado / separado
- C. Viudo
- D. Soltero

Escolaridad:

- . Analfabeta
- . Primaria
- . Secundaria
- . Preparatoria
- . Licenciatura
- . Posgrado

Religión:

- B. Católica
- B. Protestante / evangélica
- B. Judaica
- B. Ninguna
- B. Otra

Ocupación: A. Empleado B. Hogar C. Estudiante

QUESTIONARIO SOBRE USO Y PATRON DE CONSUMO DEL TABACO

1. ¿Ha fumado alguna vez en su vida?

SI / NO

2. Si contesto afirmativamente a la anterior pregunta, ¿a que edad comenzó a fumar?

3. ¿Actualmente fuma?

SI / NO

4. Si Ud. Fuma, ¿Cuántos cigarros consume al día?

a) 5 o menos b) De 6 a 15 c) 16 o más

5. Si actualmente no fuma, ¿desde hace cuanto tiempo que no lo hace?

6. Si en el ultimo mes no ha fumado, ¿lha dejado de fumar por periodos mínimos de un mes anteriormente? SI / NO

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO

A continuación, se le realizarán una serie de afirmaciones relacionadas con los conocimientos que usted tiene sobre los efectos del tabaco en el organismo, se le pide contestar con la mayor VERACIDAD, ya que esta información es anónima y es con fines estadísticos únicamente.

12. El fumar causa dependencia física.
SI NO NO SE

12. El fumar causa dependencia psicológica.
SI NO NO SE

12. El fumar es causa de cáncer de pulmón.
SI NO NO SE

12. Fumar durante el embarazo, provoca peso alto del bebé.
SI NO NO SE

12. El fumar causa embolias.
SI NO NO SE

12. El fumar puede causar aborto.
SI NO NO SE

12. El fumar puede causar Infarto del corazón.
SI NO NO SE

12. El riesgo de enfermedades del corazón aumenta con el número de cigarrillos fumados al día.
SI NO NO SE

12. Dejar de fumar reduce el riesgo de embolias.
SI NO NO SE

12. EL fumar causa cáncer de vejiga.
SI NO NO SE

12. El fumar causa enfermedades del pulmón (bronquitis crónica).
SI NO NO SE

12. El fumar es causa de cáncer de estómago.
SI NO NO SE

12. El fumar es causa de cáncer de riñón.
SI NO NO SE

12. El tabaquismo causa ulcera en el estómago.
SI NO NO SE

12. El tabaquismo causa cáncer de boca.
SI NO NO SE