



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO

DELEGACIÓN 2 NORTE D.F.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94

**“PERFIL SOCIOCULTURAL DEL DERECHOHABIENTE  
CON HÁBITO TABÁQUICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR 94”**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER TÍTULO DE LA  
ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR.  
PRESENTA:

OMAR JUÁREZ GALLARDO  
Matrícula 99363884  
Email: omarlyo@hotmail.com

ASESOR DE TESIS:  
DR. RODOLFO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ  
Matrícula 2310643  
Email: rodolfomtzh@hotmail.com.mx

MÉXICO D.F. 2006.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AUTORIDADES

***Dra. Guadalupe Grafías Garnica***  
Coordinador Delegacional de Educación Médica

***Dra. Ma. Elena A. Vilchis Guisar***  
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

***Dra. Ana María Cortes Aguilera***  
Director de la UMF. 94

***Dra. Patricia Ocampo Barrio***  
Jefe de Educación e Investigación en Salud UMF. 94

***Dra. Lidia Bautista Samperio***  
Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar

---

***Dr. Rodolfo Martínez***  
Asesor de Tesis.

## **Gracias a Dios.**

Que me ha dado la fortaleza de seguir adelante, que me guió e ilumino el camino a seguir, y que en momentos tan difíciles de mi vida me ayudo a tomar la mejor decisión.

Cuando observo el campo sin arar, cuando los aperos de labranza están olvidados, cuando la tierra está quebrada, me pregunto... ¿Dónde estarán las manos de Dios?

Cuando observo la injusticia, la corrupción, el que explota al débil; cuando veo al prepotente pedante enriquecerse del ignorante y del pobre, del obrero y del campesino carente de recursos para defender sus derechos, me pregunto... ¿Dónde estarán las manos de Dios?

Cuando contemplo a esta anciana olvidada; cuando su mirada es nostalgia y balbucea todavía algunas palabras de amor por el hijo que la abandonó, me pregunto: ¿Dónde estarán las manos de Dios?

Cuando veo al moribundo en su agonía llena de dolor; cuando observo a su pareja y a sus hijos deseando no verle sufrir; cuando el sufrimiento es intolerable y su lecho se convierte en un grito de súplica de paz, me pregunto: ¿Dónde estarán las manos de Dios ?

Cuando miro a ese joven antes fuertes y decididos, ahora embrutecido por la droga y el alcohol, cuando veo titubeante lo que antes era una inteligencia brillante y ahora harapos sin rumbo ni destino, me pregunto... ¿Dónde estarán las manos de Dios?

Después de un largo silencio, escuché su voz que me reclamó: “No te das cuenta que tú eres mis manos, atrévete a usarlas para lo que fueron hechas, para dar amor y alcanzar estrellas”.

Y comprendí que las manos de Dios somos "TU y YO", los que tenemos la voluntad, el conocimiento y el coraje para luchar por un mundo más humano y justo, aquellos cuyos ideales sean tan altos que no puedan dejar de acudir a la llamada del destino, aquellos que desafiando el dolor, la crítica y la blasfemia se reten a sí mismos para ser las manos de Dios.

El mundo necesita esas manos, llenas de ideales y estrellas, cuya obra magna sea contribuir día a día, a forjar una nueva civilización, que busquen valores superiores, que compartan generosamente lo que Dios nos ha dado y puedan al final llegar vacías, porque entregaron todo el amor, para lo que fueron creadas.

Y Dios seguramente dirá: ¡ESAS SON MIS MANOS!

## **Gracias a mis padres y hermanos.**

Que si no estuvieran a mi lado el camino hubiese sido imposible de recorrer y que en los momentos más difíciles de mi vida me apoyaron sin condición, nunca dudaré que la familia, (mi familia) es lo más importante del mundo y en estos tres años me di cuenta, otra vez que siempre contaré con ellos y ahora, quiero que sepan que siempre contarán conmigo, los amo.

Arturo, Matilde, Jorge, Vero y Maciel.

Siempre se han alentado y ahora les digo con todo mi corazón:

Hace mucho tiempo, un rey colocó una gran roca obstaculizando un camino. Luego se escondió para ver si alguien quitaba la tremenda roca.

Algunos de los comerciantes más adinerados del reino y varios cortesanos pasaron por el camino y simplemente le dieron una vuelta; muchos culparon al rey ruidosamente de no mantener los caminos despejados, pero ninguno hizo algo para sacar la piedra grande del camino.

Entonces llegó un campesino que llevaba una carga de verduras. Al aproximarse a la roca, puso su carga en el piso y trató de mover la roca a un lado del camino. Después de empujar y fatigarse mucho, pudo lograrlo.

Mientras recogía su carga de vegetales, notó una cartera en el piso, justo donde había estado la roca. La cartera contenía muchas monedas de oro y una nota del mismo rey indicando que el oro era para la persona que removiera la piedra del camino.

El campesino sabía lo que los otros nunca entendieron: "Cada obstáculo presenta una oportunidad para mejorar tu condición".

Si alguna vez caen, levantémonos y sigamos adelante. Los amo.

Omar.

## **A Luly mi esposa adorada.**

Gracias. Por haber dejado que tus lindos ojos se abrieran y dejaran que su luz ilumine el camino, que hicimos de los dos y que deseo caminar contigo hasta los últimos momentos de mi vida.

Dios sabe por que hace las cosas y las hace bien, gracias Dios por haberte hecho para mí y a mí para ti, te amo y me siento muy orgulloso de mi esposa por quien trabajare día a día para hacerla feliz.

Siempre recuerda lo siguiente **Luly**:

No espero de ti la perfección, porque te respeto tal como eres, y no pretendo que no falles nunca, porque eres, como yo, un ser humano.

No quiero saber todos tus secretos, sé que eres una persona aparte.

Ni que cubras todas mis necesidades; porque comprendo que tienes esperanzas y sueños propios.

No pongo en duda tu fuerza, porque sé lo lejos que has llegado, pero tampoco espero que tú lleves toda la carga, pues yo estoy aquí para llevarla contigo.

No pido que conozcas todas las respuestas: sé que habrá veces que tendrás tantas dudas como yo.

Sólo te pido que me cuentes como amiga cuando necesites apoyo o alegría, como socia en los sueños y el futuro, como consuelo cuando necesites olvidar el mundo exterior.

Y te pido que recuerdes siempre lo mucho que **te amo**.

Omar.

**A mi hija. Brenda Elizabeth**

**Gracias.**

Por haberme dado mucho de tu tiempo para continuar con mi preparación, y por todas y cada una de las noches que hubiese querido velar tu sueño, quiero que sepas que siempre estaré a tu lado eres la niña más linda, inteligente, e importante de mi vida te amo.

De la misma manera quiero que sepas que a pesar de esta situación tan distinta podremos ser felices y crecer juntos te amo.

Hoy quiero decirte que mi vida no ha sido una escalera de cristal, sino todo lo contrario. Al recorrerla, he conseguido escalones falsos, partes sin barandal y hasta tramos donde no hay peldaños.

Sé que tu vida hija mía, por más que te desee lo mejor, no será una escalera de cristal y sólo puedo decirte:

\* Que cuando te pises un escalón flojo o inestable, yo estaré allí para estabilizarte y equilibrar tus penas.

\* Que cuando pases por tramos que no tengan barandales, mi mano estará allí para sostenerte y así puedas sentir seguridad.

\* Que cuando hayan tramos que no te permitan avanzar, si es necesario, yo te serviré de puente para que puedas continuar.

Cuando ya no pueda estar a tu lado y necesites de mí, cierra tus ojos!!!! Aférrate a nuestros momentos más maravillosos, y avanza al final de esa escalera yo te estaré esperando.

Hija mía, sé que tu vida no será una escalera de cristal pero recuerda que nuestro amor y el lazo que nos une, es tan hermoso, puro y transparente como el cristal y a la vez fuerte y duradero como el acero.

Omar Tú Papi.

## **Gracias a mis amigos.**

Que sin su apoyo no hubiese sido tan fácil resolver todo y salir adelante: Edgar, Daniel, Ernesto, Luís, Paco, Laura, Roberto, Memo.

Existen personas en nuestras vidas que nos hacen felices por la simple casualidad de haberse cruzado en nuestro camino. Algunas recorren el camino a nuestro lado, viendo muchas lunas pasar, mas otras a penas vemos entre un paso y otro. A todas las llamamos amigos y hay muchas clases de ellos. Tal vez cada hoja de un árbol caracteriza uno de nuestros amigos.

El primero que nace del brote es nuestro amigo papá y nuestra amiga mamá nos muestra lo que es la vida. Después vienen los amigos hermanos, con quienes dividimos nuestro espacio para que puedan florecer como nosotros. Pasamos a conocer a toda la familia de hojas a quienes respetamos y deseamos el bien.

Mas el destino nos presenta a otros amigos, los cuales no sabíamos que iban a cruzarse en nuestro camino. A muchos de ellos los denominamos amigos del alma, de corazón. Son sinceros, son verdaderos. Saben cuando no estamos bien, saben lo que nos hace feliz.

Más también hay de aquellos amigos por un tiempo, tal vez unas vacaciones o unos días o unas horas. Ellos acostumbra a colocar muchas sonrisas en nuestro rostro, durante el tiempo que estamos cerca. Hablando de cerca, no podemos olvidar a amigos distantes, aquellos que están en la punta de las ramas y que cuando el viento sopla siempre aparecen entre una hoja y otra.

El tiempo pasa, el verano se va, el otoño se aproxima y perdemos algunas de nuestras hojas, algunas nacen en otro verano y otras permanecen por muchas estaciones. Pero lo que nos hace más felices es que las que cayeron continúan cerca, alimentando nuestra raíz con recuerdos de momentos maravillosos de cuando se cruzaron en nuestro camino.

"Te deseo, hoja de mi árbol, paz, amor, salud, suerte y prosperidad".

Hoy y siempre... Simplemente porque cada persona que pasa en nuestra vida es única. Siempre deja un poco de sí y se lleva un poco de nosotros. Habrá los que se llevarán mucho, pero no habrá de los que no nos dejarán nada.

Esta es la mayor responsabilidad de nuestra vida y la prueba evidente de que dos almas no se encuentran por casualidad.

Omar

## **ÍNDICE:**

Resumen	2
Índice	4
Autoridades	5
Marco teórico	6
Planteamiento de problema	16
Pregunta de investigación	16
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Hipótesis	17
Identificación de variables	17
Cuadro de variables	18
Universo de trabajo	21
Población en estudio	21
Muestra	21
Determinación estadística del tamaño de muestra	21
Tipo de muestreo	21
Diseño del estudio	21
Procedimiento para integrar la muestra y recolectar la información	21
Criterios de selección de la muestra	22
Características y validación del instrumento	22
Análisis estadístico	22
Difusión del estudio	23
Recursos del estudio	23
Programa de trabajo	23
Consideraciones éticas del estudio	24
Resultados	25
Análisis de resultados	28
Conclusiones	29
Sugerencias	29
Bibliografía	31
Anexos	34

## “PERFIL SOCIOCULTURAL DEL PACIENTE FUMADOR”

Omar Juárez-Gallardo, \*  
Rodolfo Martínez-Hernández. \*\*

**Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).**

### **Resumen.**

**Introducción:** El tabaquismo, adicción causante de gran morbilidad y mortalidad, con alto costo social. El campo sociocultural relacionado nos aporta una visión amplia del problema en el primer nivel de atención.

**Objetivo:** Describir el perfil sociocultural del paciente fumador de la Unidad de Medicina familiar (UMF 94).

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo en 290 fumadores, de 18 a 29 años de edad, autoaplicándoles un cuestionario estructurado expofeso que identifica variables socioculturales. Se uso estadística descriptiva, para indicadores cualitativos: proporciones; para los cuantitativos: medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Dentro de las variables sociales se presento, una media de edad de 24 años,  $\pm 3.2$ ; con relación de 1 masculino:femenino, moda compartida en 25 y 29 años; el 33.1% con bachillerato; solteros en 46.5%, de ocupación obrera en 33.4%; con bajo nivel socioeconómico en 46.5% y religión católica en 86.8%. En las culturales: sedentarios (59%), de 15-17 años edad de inicio del habito (56.9%), la curiosidad como motivo de inicio (73%), fumadores activos el 82.4% y consumo leve (<5 cigarros / día) en 85% y el 53% fuma con personas que no lo hacen.

**Conclusiones:** Se obtuvo la imagen objetiva del tabaquismo en la población estudiada, con la cual se pueden iniciar y apoyar acciones encaminadas a la educación para la salud, contando con una visión general y datos epidemiológicos de grupos en riesgo.

**Palabras clave:** Perfil sociocultural, Habito tabáquico, Tabaquismo.

\*Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94. IMSS. omarlyo@hotmail.com

\*\* Medico con especialidad en medicina familiar y Jefe de departamento clínico unidad de medicina familiar 94. IMSS. UMF 94. IMSS. [rodolfomtzh@hotmail.com](mailto:rodolfomtzh@hotmail.com).

## MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas cultivándose para su comercio solo dos tipos (*Nicotina tabacum* L y *Nicotina rústica*).<sup>(1)</sup> A pesar de que existen varias formas de consumir tabaco (mascado inhalado, nasalmente o inhalado a través de la boca y de la pipa) esta investigación se centró particularmente en la forma más habitual y común: fumado en forma de cigarrillo.

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. El humo que se produce, el cual contiene numerosos gases y también partículas, incluye un sin número de componentes tóxicos capaces de provocar daños por inflamación e irritación, sofocación, carcinogénesis y otros mecanismos. Siendo los más representativos, monóxido de carbono, óxido de nitrógeno, nitrosaminas volátiles, anhídrido carbónico, amoníaco, cianuro de hidrógeno, alcoholes y aldehídos, cetonas, alquitrán, hidrocarburos volátiles, radicales libres, nicotina y agua, que con excepción del agua son tóxicos al organismo y potencialmente capaces de originar cáncer.<sup>(2)</sup>

La nicotina es un alcaloide fácil de absorber por el tracto respiratorio y gastrointestinal, metabolizado en el hígado y eliminado por la orina, siendo la sustancia con más estudios que comprueban su capacidad adictiva y por lo tanto responsable del tabaquismo. La acción de la nicotina, al cerebro es el más importante de los daños que el tabaco ocasiona al fumador, ya que este alcaloide líquido y oleaginoso, estimula y seda al sistema nervioso central y periférico creando dependencia y desarrollando tolerancia. La abstinencia y la inquietud aparecen cuando se interrumpe su administración.<sup>(2)</sup>

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 número aumentado de células inflamatorias y niveles más elevados de señales de lesiones, en comparación con los pulmones de no fumadores.<sup>(2)</sup>

Hábito, se denomina a cualquier acto adquirido por la experiencia y realizado regular y automáticamente. Conexión aprendida o condicionada, entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador.<sup>(1)</sup>

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 relacionados con mayor probabilidad de ocurrencia de muerte, invalidez, pérdida de productividad y deterioro de la calidad de vida.

El ser fumador es un mal hábito, ya que están altamente expuestos a las complicaciones y consecuencias del uso del mismo, siendo por lo tanto importante definir éstos otros conceptos para fines del estudio:

*Fumador*: La persona que dice haber fumado más de cien cigarrillos en toda su vida y continúa haciéndolo en el momento actual.

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

Fumador experimental: La persona que refiere haber consumido menos de cien cigarrillos en toda su vida. (1 a 99)

*Fumador pasivo*: La persona que inhala humo de tabaco al estar en contacto con personas que son fumadoras.

*Exfumador*: La persona que refiere haber fumado más de cien cigarrillos en toda su vida, pero que actualmente no lo hace. <sup>(3)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que de la población mundial 30% de los adultos son fumadores, y de estos fumadores 4 millones fallecen al año, lo que equivale a la muerte de 7 personas cada minuto por enfermedades relacionadas con el tabaquismo <sup>(4)(5)</sup>.

De la misma manera, al triplicarse en China el consumo de tabaco durante 20 años, aumentó considerablemente la prevalencia de tabaquismo y la mortalidad atribuible <sup>(6)</sup>.

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

Según estimaciones de la OMS en 1997 derivadas del proyecto "Tabaco o Salud", publicadas en el 2000, la prevalencia de consumo de cigarrillos en la región europea 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 metanálisis de 40 estudios que representan aproximadamente a 90% de la población de la región europea. <sup>(7)</sup>

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. <sup>(8)</sup>

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 (de Europa), 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.<sup>(8)</sup>

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.<sup>(9)</sup>

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 al 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, justo cuando se daban a conocer los primeros hallazgos relativos a los daños que ocasionaba el fumar, lo que provocó una reacción de prevalencia en fumadores obtenida en las 3 encuestas nacionales, sin embargo se ha mostrado un discreto aumento en las últimas décadas.<sup>(10)</sup>

En México la población urbana entre 12 y 65 años que fuma representa el 26.4%, es decir 14 millones de fumadores en el 2002 según Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). Hacia 1998 más de 13 millones de mexicanos eran fumadores con una proporción de 67% hombres y 33% mujeres. 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 una ambivalencia 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.<sup>(11)</sup>

El tabaquismo, constituye la enfermedad prevenible que se relaciona con más problemas de salud y causas de muerte en el mundo. En México durante el año 2000, se estimó que más de 40,000 defunciones anuales están asociadas al consumo del tabaco. El costo que este problema de salud pública tiene para nuestra sociedad se refleja en las muertes prematuras, en la invalidez de población productiva y en un deterioro de la calidad de vida de los mexicanos. Además, de que la atención a los padecimientos agudos y crónicos causados por el tabaquismo afectan severamente el presupuesto de los sistemas de atención a la salud.<sup>(12)</sup>

Las adicciones son un problema en el campo de la salud pública, que requieren de acciones amplias y coordinadas en las que deben de estar incluidos los esfuerzos de todos los sectores de la sociedad al respecto, el Sector Salud emprende acciones, por medio del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), con programas nacionales, a los cuales se conjugan muchas propuestas e ideas que emprenden infinidad de agrupaciones y organismos nacionales como internacionales.<sup>(13)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirectamente de cerca de cuatro millones de muertes al año en todo el mundo, de las cuales la tercera parte ocurre en naciones en desarrollo.<sup>(14,15)</sup>

Se reconoce que el tabaquismo es una entidad clínica definida como adicción a la nicotina del tabaco, se manifiesta a través de dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia y en el individuo, se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo; constituye una forma de dependencia como la que se evidencia en otras adicciones.<sup>(16)</sup>

En México se cuenta con diversas fuentes de información sobre la situación de las adicciones, por ejemplo, encuestas, investigaciones y sistemas de reporte, en los cuales, se argumenta la asociación entre el consumo de tabaco y alcohol, y la predisposición de usar otras drogas.<sup>(17,18, 19)</sup>

La Encuesta Nacional sobre Adicciones realizada en México en el año 2002 la población urbana entre 12 y 65 años que fuma representa el 26.4%, es decir 14 millones de fumadores. Haciendo hincapié, que el grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo fue el de 18 a 29 años. Destacando al mismo tiempo, que alrededor de un 10% de los adolescentes de la población general es fumador. Por otra parte reveló que un 61.4% de los fumadores adolescentes reportó haberse iniciado en el consumo antes de los 18 años de edad, con una distribución por rango de 15 a 17 años el 39.7%, 11 a 14 años el 19.6% y menor de los 10 años el 2.1%. Con estrecha relación si los padres o algún familiar cercano o su mejor amigo fuman.<sup>(20)</sup>

El tabaquismo en México se asocia estrechamente con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad, que atañe a enfermedades cardiovasculares, pulmonares y diversos cánceres, por lo que constituye un importante problema de salud pública en nuestro país, tanto por su aspecto invalidante como por su elevada letalidad.

Las enfermedades del corazón en 1950 ocupaban el 5to lugar en mortalidad y desde 1980 a la fecha ha ocupado el primer lugar, puede verse que tiene estrecha relación con el tabaquismo; los tumores malignos del 6to lugar en 1960 hoy día ocupan 2º lugar de mortalidad. Las enfermedades cerebro vasculares así como la hipertensión, de la misma manera han escalado posiciones encontrándose dentro

de las primeras diez causas de muerte, todas ellas relacionadas con el uso de tabaco. <sup>(20)</sup>

Tanto los informes del CONADIC y SSA nos señalan que la tasa de muerte por cáncer de pulmón ha aumentado en México, en ambos sexos durante los últimos años, siendo más elevada entre los hombres en una proporción de 2.5 hombres por 1 mujer. Pero, esta relación se está modificando, en la tendencia de suponer que la causa de este comportamiento se debe al aumento en el consumo de tabaco entre las mujeres.

En referencia a la modificación del comportamiento en el uso y consumo de tabaco entre las mujeres, estudios a nivel mundial incluyendo a México informan que entre los varones la edad de inicio para ser fumador va siendo mayor mientras en las mujeres este hábito se inicia, cada vez más precozmente. (13 y 15 años de edad). <sup>(21)</sup>

Los mismos análisis del Programa Nacional Contra las Adicciones nos reportan que a nivel mundial alrededor del 60% de fumadores ha empezado el consumo desde los 13 años y más del 90% antes de los 20 años de edad. Cifras en que los expertos infieren que si se empieza a fumar en la madurez de edad, es poco frecuente esperar el convertirse en fumador. Y destacan que es por ello que el grupo de los adolescentes es donde la industria tabacalera trata de reclutar a la mayoría de los fumadores. Llama la atención el señalamiento de que en todo el mundo, se trata de atraer, a diario, más de 5´000,000 (cinco millones) de niños y adolescentes con el propósito de remplazar a los fumadores que se han rehabilitado o han muerto prematuramente a causa de alguna enfermedad asociada con el tabaquismo. <sup>(14)</sup>

Actualmente hay suficiente conocimiento del daño económico y para la salud que representa el tabaco. Sin embargo, hay una carencia generalizada de las acciones vigorosas para erradicar su consumo, pudiéndose explicar estas paradojas por varios factores: las manifestaciones físicas se dan tras varios años de consumo, las enfermedades no son transmisibles y por lo tanto su propagación no es rápida, pero la promoción de los productos del tabaco afirman que la adicción al tabaco es de transmisión social. Finalmente, el vector de la enfermedad es una industria sumamente lucrativa y políticamente influyente, que se opone activamente a las medidas eficaces para reducir su fuerza y desafía los enfoques tradicionales de salud pública. <sup>(22)</sup>

No atender los problemas de salud, en su contexto sociocultural ha sido causa de innumerables fracasos. Comprender la función de cultura, sociedad y familia en el comportamiento individual es de vital importancia. El hombre tiene la necesidad de hacer cultura, para asegurar la existencia, controlar y dominar su entorno, físico y social proporcionando una vida digna y feliz.

Perfil Sociocultural: son aquellas características y condiciones del entorno en que se desarrolla el individuo.

Cultura: Taylor (1871) decía “es la totalidad compleja que incluye conocimientos, creencias, arte, ley, moral, costumbres y cualquier otra capacidad y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad”. El hombre es el único hacedor de cultura.

La cultura material se refiere a los objetos palpables, tangibles (casa, ropa, instrumentos) y la no material a las ideas, valores, sistemas completos, como religión, organización y arte. Es universal en la experiencia del hombre, es estable, sin embargo es dinámica y determina el curso de nuestras vidas.

El individuo, como parte integrante de la sociedad, debe compartir con los demás valores, normas, modelos y símbolos establecidos.

Desde hace varios años se ha sugerido que el bienestar de una población depende de factores clave como nutrición, escolaridad, edad, sexo, religión, trabajo, salario suficiente para cubrir necesidades básicas, acceso a servicios públicos (agua potable, drenaje) y características de una habitación, así como a los de acceso a servicios de salud, deportes y recreación.<sup>(24)</sup>

Un enfoque epidemiológico que abarque los aspectos socioculturales, es importante en el contexto de las políticas de salud actuales, ya que sería difícil sostener como metas de atención la equidad, calidad y eficiencia, sin tener como referencia el punto de vista del “otro”. Es decir, definir las necesidades y condiciones de salud-enfermedad de las comunidades desde un paradigma y una cultura ajenos a las mismas. Desde esta perspectiva, reconocer las limitaciones actuales de la epidemiología, en el ámbito cultural y el desarrollo de una epidemiología sintética permite un acercamiento real y tangible a la población, y una plataforma, más adecuado para el impulso de programas de salud con participación social.

La investigación epidemiológica desde un enfoque sociocultural, tiene limitaciones ya que las instituciones de salud por varias razones no pueden medir todas las características y condiciones del entorno como lo son: los recursos materiales y humanos disponibles, los hábitos alimentarios, nivel nutricional, y aprovechamiento de los recursos, situación sanitaria de la población, y la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes del entorno entre otras. Así los recursos locales para la atención de la salud, como parte del capital social y cultural de una comunidad, pueden ser el principio para la percepción del perfil epidemiológico sociocultural a nivel local, permitiendo tomar en consideración un conjunto de situaciones antes no detectadas.<sup>(24)</sup>

Dado que el campo de la cultura es muy complicado por sus múltiples aspectos para aproximarse al conocimiento del perfil cultural y social de un sujeto resulta

importante el objetivo que se perciba. Siendo de vital importancia para el estudio determinar los factores que se estudiarán. <sup>(25)</sup>

La ampliación del marco de observación propuesto por la epidemiología sociocultural atañe al estudio de las relaciones entre los datos biológicos, sociales y culturales que se expresan en el ámbito de la salud y la enfermedad. <sup>(1)</sup>

Por lo que el estudio sociocultural es parte fundamental de la salud del individuo y su sociedad, ya que puede modificar, aumentar, corregir, los factores de riesgo así como el comienzo o complicaciones de alguna enfermedad. <sup>(24)</sup>

A nivel mundial las enfermedades crónicas degenerativas junto con los accidentes ocasionan más del 70% de los fallecimientos, siendo las enfermedades del corazón, tumores malignos y cerebro vasculares las principales causas. La etiopatogenia de dichas enfermedades es compleja y multifactorial. Un papel importantísimo juega el estilo de vida del paciente y el medio ambiente donde se desarrolla. El ambiente repercute en el individuo por la contaminación química, física y a través de factores psicosociales y socioculturales. <sup>(16)</sup>

El consumo de tabaco constituye un problema de salud pública por su implicación y coparticipación en la génesis de estas enfermedades, su iniciación que se da en la adolescencia, culmina en la adultez con este mal hábito, y sus complicaciones deterioran la calidad de vida de todos los fumadores y no fumadores, e inclusive a las de sus familias, con repercusión social, económica y funcional de nuestro país. <sup>(16)</sup>

El campo de la atención preventiva y curativa en cuestión del tabaquismo, se tiene poca experiencia en México. Es en 1984, que por primera vez la Ley General de Salud considero las adicciones, fármacodependencia, alcoholismo y tabaquismo como un problema de salud pública. Este esquema normativo, dio lugar a la creación en la Secretaría de Salud (SSA), del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) el 8 de julio de 1986 cuyos objetivos son promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado encaminadas en prevenir y combatir los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como proponer y evaluar los Programas Nacionales contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y Fármaco dependencia. <sup>(19)</sup>

El programa contra el tabaquismo de 1986, elaborado con el consenso de los representantes de los diversos sectores que conforman el comité técnico en la materia, se orientó específicamente al análisis de los aspectos de la salud, educación, investigación y legislación en este campo, con base en las primeras aproximaciones epidemiológicas y clínicas existentes en el país. Planteó amplias líneas estratégicas orientadas a la prevención, la atención de la salud, la legislación y la investigación conforme al modelo del agente, el huésped y el medio ambiente. <sup>(13)</sup>

Para 1992, avances en estas líneas de trabajo contribuyeron, siendo el fundamento para que el programa contra el tabaquismo fuera actualizado, contando, una vez más, con la participación activa de más instituciones. Sin embargo, no se contó con mecanismos específicos para llevar a cabo el seguimiento y evaluación de los compromisos establecidos por las instituciones participantes.<sup>(19)</sup>

En 1993, la Dirección General de Epidemiología realiza la segunda Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que sirvió de base para conocer las tendencias del tabaquismo y fundamentar el establecimiento de nuevas prioridades, en cuanto a la forma de otorgar servicios de atención a este fenómeno, o situación que por sus dimensiones formaba parte, de los ya principales problemas de salud pública en el país. Sin embargo la prevalencia detectada en hogares urbanos señaló que alrededor de la cuarta parte de la población había consumido tabaco "alguna vez en su vida", lo que permitió estimar más de diez millones de usuarios. Tales resultados probaron que a pesar de las acciones emprendidas, el consumo de tabaco se mantenía elevado, particularmente entre los adolescentes, las mujeres jóvenes (sobre todo si presentan influencias de familiares o amigos cercanos con hábito tabáquico) y los grupos urbanos de ingresos estables.<sup>(12)</sup>

Es 1997 cuando la SSA, a través de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, instituyó el Programa para la Prevención y Control de Adicciones, a cargo del CONADIC, como uno de sus programas prioritarios buscando fortalecer, ampliar la cobertura y aumentar el impacto en el ámbito nacional. Todo ello con el fin de cumplimiento con el Programa de Reforma del Sector Salud 1995–2000. De igual manera se emitió el Reglamento sobre Consumo de Tabaco para hacer efectivas las disposiciones del Artículo 188 de la Ley General de Salud, que se refiere a la prohibición de fumar en instalaciones del Gobierno Federal, del Sistema Nacional de Salud y entidades que prestan servicios de nivel federal.<sup>(13, 20,23)</sup>

El hábito tabáquico tiene dos consecuencias importantes para la salud. Primero, el fumador no tarda en volverse adicto a la nicotina, cuyas propiedades adictivas, aunque bien documentadas, suelen subestimarse.

Segundo, el hábito tabáquico en definitiva provoca o esta estrechamente relacionado con discapacidades y enfermedades fatales ya mencionadas anteriormente entre las que destacan infarto al miocardio, cáncer, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cerebrovasculares, etc. Con el tiempo, la mitad de los fumadores a largo plazo mueren debido al hábito tabáquico; de ellos, la mitad fallecen durante la etapa media de su vida, la etapa productiva. Es mayor la probabilidad de que fumen los pobres, en comparación con los ricos. En los países de alto y mediano ingreso, los varones de los grupos socioeconómicos más bajos tienen una probabilidad de morir en la etapa media de su vida que puede ser hasta un 100% mayor que la de los varones de los grupos socioeconómicos más altos. Finalmente, dicho hábito afecta también a la salud de

los, no fumadores directos (fumadores pasivos) en proporción al tiempo de estar en contacto con personas fumadoras.<sup>(26)</sup>

La teoría económica moderna sostiene que los consumidores son normalmente los que están en mejores condiciones para determinar la manera de gastar su dinero en bienes y servicios. Cuando los consumidores deben absorber todos los costos de sus actividades y conocen todos los riesgos, los recursos de la sociedad se asignan, en teoría, del modo más eficiente posible. ¿Se aplica esta teoría al hábito de fumar? Los fumadores evidentemente perciben ciertos beneficios asociados a la actividad de fumar, como el placer que proporciona, o la posibilidad de evitar las molestias de dejar el hábito, y los comparan con ciertos costos privados. Definidos así, los beneficios percibidos superan a los costos percibidos; de lo contrario, los fumadores no pagarían por fumar.

No obstante, la decisión de fumar parece diferir de la opción de adquirir otros bienes de consumo, en tres aspectos importantes.

- Primero, se ha comprobado que muchos fumadores, especialmente en países de bajo y mediano ingreso, no tienen plenamente presentes los altos riesgos de contraer enfermedades y fallecer prematuramente vinculados al tabaco. En los países de alto ingreso los fumadores tienden a minimizar la importancia de esos riesgos para su persona.
- En segundo lugar, la adicción a la nicotina generalmente comienza en la adolescencia o los primeros años de la vida adulta. Inclusive cuando se les ha proporcionado información, los jóvenes no siempre tienen la perspectiva o la capacidad necesarias para adoptar decisiones sensatas.
- Tercero, el hábito de fumar impone a los no fumadores costos financieros y de otro género, incluidos perjuicios para la salud y molestias e irritación provocados por la exposición al humo de tabaco en el ambiente.<sup>(26)</sup>

En los países de alto ingreso el costo del cuidado de la salud vinculado al hábito de fumar representa entre 6% y 15% del costo anual agregado, y los no fumadores absorben una parte considerable de ese costo.<sup>(27)</sup>

Los efectos a la salud atribuidos al humo del tabaco han sido ampliamente descritos en la literatura científica. El tabaquismo se ha asociado fuertemente con los diversos tipos de cáncer particularmente de origen epitelial, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fracturas, osteoporosis, enfermedad vascular periférica. Recientemente se ha estimado que el antecedente de fumar más de 25 cigarrillos al día incrementa dos veces el riesgo de diabetes mellitus. Así mismo los daños a la salud de las mujeres son importantes, destacan esterilidad, mastitis y cáncer de mama, mayor mortalidad perinatal y el bajo peso al nacer de sus productos. Los efectos del tabaquismo pasivo, no son menos importantes como factor de riesgo. En términos de impacto, en mortalidad regional (Canadá y EUA) anualmente estiman cerca de 604 000

muerter en comparación con 168 000 del resto de los países de América. A pesar de estas cifras el consumo de tabaco ha declinado en países desarrollados y se ha incrementado en países en desarrollo principalmente Asia y Latinoamérica (entre ellos México). Constituyendo un problema de salud pública mundial. <sup>(27)</sup>

En México los resultados obtenidos a nivel nacional, en la Encuesta Nacional de Adicciones(ENA) 2002 la población urbana entre 12 y 65 años que fuma representa el 26.4%, es decir 14 millones de fumadores, (muestra ligera disminución ); en 1998 mostraron que el 27.7 % de la población entre 12 y 65 años de edad son fumadores, lo que equivale a más de 10 millones de individuos (n = 10 666 594); 14.8 % son exfumadores ( n =8 615 731); y el 57.4 % no fumadores (n = 23 143 101).

El IMSS en coordinación con la Secretaria de Salud forman parte importante del Programa Nacional de Salud en su apartado en contra de las “ Adicciones” y entre estas el tabaco es una de las prioridades y por lo tanto se esta llevando acabo en la actualidad; el personal del primer nivel de atención debe de ser piedra angular para la educación y un diagnostico temprano, así como instaurar lo más pronto posible, un tratamiento oportuno y disminuir las complicaciones por enfermedades relacionadas con el habito tabáquico y así mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo de manera importante el gasto per. cápita destinado para este rubro, sin tomar en cuenta el gasto familiar esfumado y tirado a la basura que pudiese ser utilizado en alimentación vestido, educación, etc. <sup>(28)</sup>

## "SOCIOCULTURAL PROFILE OF THE PATIENT SMOKER"

Omar Juárez-Gallardo, \*

Rodolfo Martínez-Hernández. \*\*

**Medicine unit Family (UMF) no. 94 Mexican Institute of Seguro Social (IMSS).**

### **Summary.**

**Introduction:** The tabaquismo, addiction cause of great morbidity and mortality, with high social cost. The related sociocultural field contributes an ample vision to us of the problem in the first level of attention.

**Objective:** To describe the sociocultural profile of the patient smoker of the familiar Medicine Unit (UMF 94).

**Material and methods:** observational, descriptive, cross-sectional and prolective study in 290 smokers, of 18 to 29 years of age, auto-applied to them a structured questionnaire specifically that identifies sociocultural variables. Descriptive statistical use, for qualitative indicators: proportions; for the quantitative ones: measures of central tendency and dispersion.

**Results:** Within the social variables I appear, an average of age of 24 years, +3.2; with relation of 1 men:woman, fashion shared in 25 and 29 years; the 33,1% with baccalaureate; unmarried in 46.5%, of working occupation in 33.4%; with low socioeconomic level in 46.5% and catholic religion in 86.8%. In the cultural ones: sedentary (59%), of 15-17 years age of beginning of I live (56.9%), the active curiosity like reason for beginning (73%), the 82,4% smokers and slight consumption (<of five cigarettes) in 85% and 53% do not respect the nonsmokers.

**Conclusions:** The objective image of the smoking in the studied population was obtained, with which actions directed to the education for the health can be initiated and be supported, counting on a general vision and data epidemiologists of groups in risk. Key words: Sociocultural profile, I live to smoke.

**Key words:** Sociocultural profile, I inhabit tabáquico, I live to smoke

\* Resident of the Specialization courses in Familiar Medicine UMF 94. IMSS. omarlyo@hotmail.com

\*\* Medico with specialty in familiar medicine and Head of clinical department familiar medicine unit 94. UMF 94. IMSS. rodolfomtzh@hotmail.com.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

El tabaquismo incide negativamente en el desarrollo humano y social (por sus repercusiones sanitarias, ambientales, políticas y económicas) al producir daños graves a la salud y reducir la productividad en quienes sufren sus consecuencias. Hoy día se ha convertido en la epidemia más peligrosa del mundo después de VIH SIDA. Las cifras sobre los daños a la salud son alarmantes. Según la OMS el tabaquismo es causa directa de 4 millones de muertes cada año en todo el mundo y de continuar así para el año 2020 se esperan 10 millones de muertes; el grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo fue el de 18 a 29 años. <sup>(29)</sup>

Se considera que es causa probable de más de 25 enfermedades de las que destacan la enfermedad isquémica cardiaca, diversos tipos de cáncer, enfisema, osteoporosis, eventos vasculares cerebrales, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias agudas, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) etc. que ya han sido bien estudiadas; se estima que la mitad de los fumadores crónicos morirá prematuramente (perderán de 20-25 años de vida) imponiendo un importante costo social y económico a sus familias, sistemas médicos gubernamentales, países y sociedad mundial, haciéndose más pobre. <sup>(30)</sup>

En México de las diez primeras causas de mortalidad, en seis de ellas (destacando las cardiopatías, cáncer de diferente localización, EPOC, enfermedad cerebral vascular, etc), hay relación con el tabaquismo. <sup>(28)</sup> Semejante comportamiento se ha observado en el Instituto Mexicano del Seguro y más aún en la UMF. 94, ya que sobre todo la DM, HAS, enfermedad cardiovascular y vascular cerebral, EPOC y cáncer de diferente localización, disputan en los primeros lugares de demanda de atención y de morbimortalidad.

Por lo que el estudio sociocultural es parte fundamental de la salud del individuo y su sociedad, ya que puede modificar, aumentar, corregir, los factores de riesgo así como el comienzo o complicaciones de alguna enfermedad. <sup>(25)</sup>

No se cuenta con datos del perfil sociocultural de derechohabientes, con hábito tabáquico, por lo que su registro puede iniciar y apoyar acciones encaminadas a la educación para la salud de los pacientes con dicho hábito y más aún en grupos de riesgo. La unidad cuenta con la infraestructura física y humana para realizar este tipo de estudio, sin contraponerse a las políticas institucionales, ni al código de ética.

Con los antecedentes expuestos y la falta de estudios sobre la realidad local se ha motivado a esta investigación con cuyos resultados se pretende obtener una base de datos que refleje un diagnóstico del consumo de tabaco de la población en estudio, así como identificar el perfil del fumador. Es por ello que surge la siguiente pregunta de investigación:

***¿Cuál es el perfil sociocultural de los derechohabientes con hábito tabáquico de la UMF 94?***

**“PERFIL SOCIOCULTURAL DEL DERECHOHABIENTE CON HÁBITO TABÁQUICO  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94”**

**OBJETIVO GENERAL:**

Describir el perfil sociocultural del derechohabiente con hábito tabáquico de la Unidad de Medicina Familiar. 94 del IMSS

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Identificar los parámetros sociales y culturales que tiene el paciente con hábito tabáquico atendido en la Unidad de Medicina Familiar. 94 del IMSS.

**HIPÓTESIS:**

No requiere.

### **UNIVERSO DE TRABAJO:**

Total de derechohabientes adscritos a la UMF 94 del IMSS

### **POBLACIÓN EN ESTUDIO**

Pacientes derechohabientes con hábito tabáquico entre las edades de 18 años y 29 años. (13540)

### **MUESTRA:**

Pacientes con hábito tabáquico adscritos a la UMF 94 IMSS, que fueron elegidos mediante el proceso de selección de la muestra.

### **DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA:**

Tomaremos la prevalencia resultado de la encuesta nacional de adicciones de 26.4%.

Universo: 13540

Porcentaje estimado: 26.4%. Peor esperado 21.4

Nivel de confianza 95%

En base a los datos que se introdujeron al programa EPI-info. V.6 la muestra calculada fue de:

**N = 290**

### **TIPO DE MUESTREO:**

No probabilístico por conveniencia.

### **DISEÑO DE ESTUDIO:**

Descriptivo, observacional, transversal y prolectivo.

### **PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA Y RECOLECTAR LA INFORMACIÓN:**

Se realizó invitación directa a los usuarios en la sala de espera, del área de consulta externa de la unidad, que contestaron de manera afirmativa a dos preguntas: Si su edad era entre 18 y 29 años y si habían fumado más de 100 cigarros en toda su vida. Los que contestaron afirmativamente y aceptaron participar se les entregó, hoja de consentimiento informado, previa explicación de los fines del estudio, así como el tiempo aproximado para su contestación (10

minutos), firmando de conformidad. Otorgándoles el cuestionario estructurado para la recolección de los datos, que fue hecho ex profeso ya que no se cuenta con instrumentos en la literatura para identificar variables sociales y culturales. Sociales: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico (evaluado con los salarios mínimos), religión; y variables culturales: sedentarismo, tipo de fumador, edad de inicio del hábito, motivo de inicio, respeto a no fumadores, patrón de uso del hábito tabáquico.

### ***CRITERIOS DE SELECCIÓN:***

#### **- Criterios de inclusión:**

Derechohabientes usuarios de la UMF No. 94 del IMSS con hábito tabáquico  
Que acepte participar y firme su consentimiento informado.  
Del turno matutino o vespertino.  
Con edad de 18 a 29 años  
Que sepan leer y escribir.  
Que contesten en su totalidad el cuestionario aplicado

#### **- Criterio de no inclusión:**

Pacientes portadores de alteraciones psiquiátricas y del lenguaje que impidan la aplicación del cuestionario elaborado.  
Pacientes que completen las respuestas del cuestionario de manera confusa o con doble respuesta.

#### **- Criterios de exclusión:**

Pacientes no fumadores.

### ***CARACTERÍSTICAS Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:***

No se cuenta con instrumentos en la literatura por lo se realizó cuestionario estructurado para la recolección de los datos. El cual cuenta con una primera parte en el cual se capta la fecha de realización, consultorio al que pertenece y manteniéndose anónima la identidad. Consta de 2 apartados no diferenciados para los sustentantes, de la 1 a la 7 son datos sociales y de la 8 a la 13 datos culturales dependiendo de la pregunta contamos con respuestas cerradas.

### ***ANÁLISIS ESTADÍSTICO:***

Se utilizó de estadística descriptiva, para variables de tipo cualitativa nominal como: sexo, estado civil, ocupación, religión, sedentarismo, tipo de fumador, motivo de inicio y respeto a no fumadores, así como cualitativa ordinal;

escolaridad, nivel socioeconómico y patrón de uso del hábito tabáquico, se describieron en términos de razones o proporciones.

Para el caso de la edad, así como edad de inicio del hábito como variables cuantitativas se expresó en medidas de tendencia central y dispersión. En ambos casos se muestra con cuadros y figuras reforzando los datos de mayor interés.

### ***DIFUSIÓN DEL ESTUDIO:***

Se realizará a través de sesión general de Médicos Residentes en la Unidad de Medicina Familiar No. 94.

La publicación se propuso en la Revista del IMSS.

### ***RECURSOS DEL ESTUDIO:***

Físicos: los de la unidad de medicina familiar No. 94

Humanos: investigador y asesor de tesis.

Materiales: hoja de Captación de Datos, Lápiz o pluma, computadora, impresora, tinta, hojas bond, calculadora.

Financieros: Los del investigador.

### ***PROGRAMA DE TRABAJO:***

Una vez aprobado el protocolo de Investigación por el Comité Local de Investigación, se procedió a solicitar a través de memorando, autorización y apoyo para aplicar el cuestionario, con la directora de la unidad con el fin de poder llevar a cabo el estudio.

Se identificó a los derechohabientes usuarios con hábito tabáquico, en el periodo comprendido de diciembre del 2005 a Marzo del 2006, que se encontraban en la sala de espera, considerando pacientes de ambos turnos. Se les invitó a participar, previa explicación del objetivo de estudio, aquellos usuarios que aceptaron, se les dio una hoja de consentimiento informado (anexo 1) la cuál firmaron de conformidad, posterior a ello se les entregó el cuestionario destinado a la recolección de los datos (anexo 2) el cual regresaron contestado al terminarlo.

El vaciado de los datos se realizó en una hoja de recolección elaborada expresamente para ello (anexo 3). Así como en base de datos de programa de cómputo SPSS v.13 dando codificaciones de cada indicador de la variable para poder realizar tablas de contingencias así como gráficas. Que facilitó el análisis estadístico realizando interpretación de resultados y conclusiones estableciendo el perfil sociocultural del fumador de la unidad.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Este trabajo se fundamenta desde el punto de vista ético apegado a: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

El estudio es considerado **sin riesgo** según: El reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación para la salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de febrero del 2004 (última reforma), con base al Art.17 frac. 1 (referido a los estudios considerados sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación retrospectiva en los que no se aplica ninguna intervención ni modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos que participan en el estudio, entre los instrumentos que se emplean son cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes y otros). Cumpliendo con los criterios de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Art. 13). Apegándose al los Art. 13, 14, 16 y 18. Se le solicitara su autorización (en base al Art. 21 y 22) y de acuerdo al Art. 23 se podrá dispensar del consentimiento informado al tratarse de un estudio sin riesgo, otorgándose solo que a petición del paciente este lo solicite.

La Declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989 y 2001.

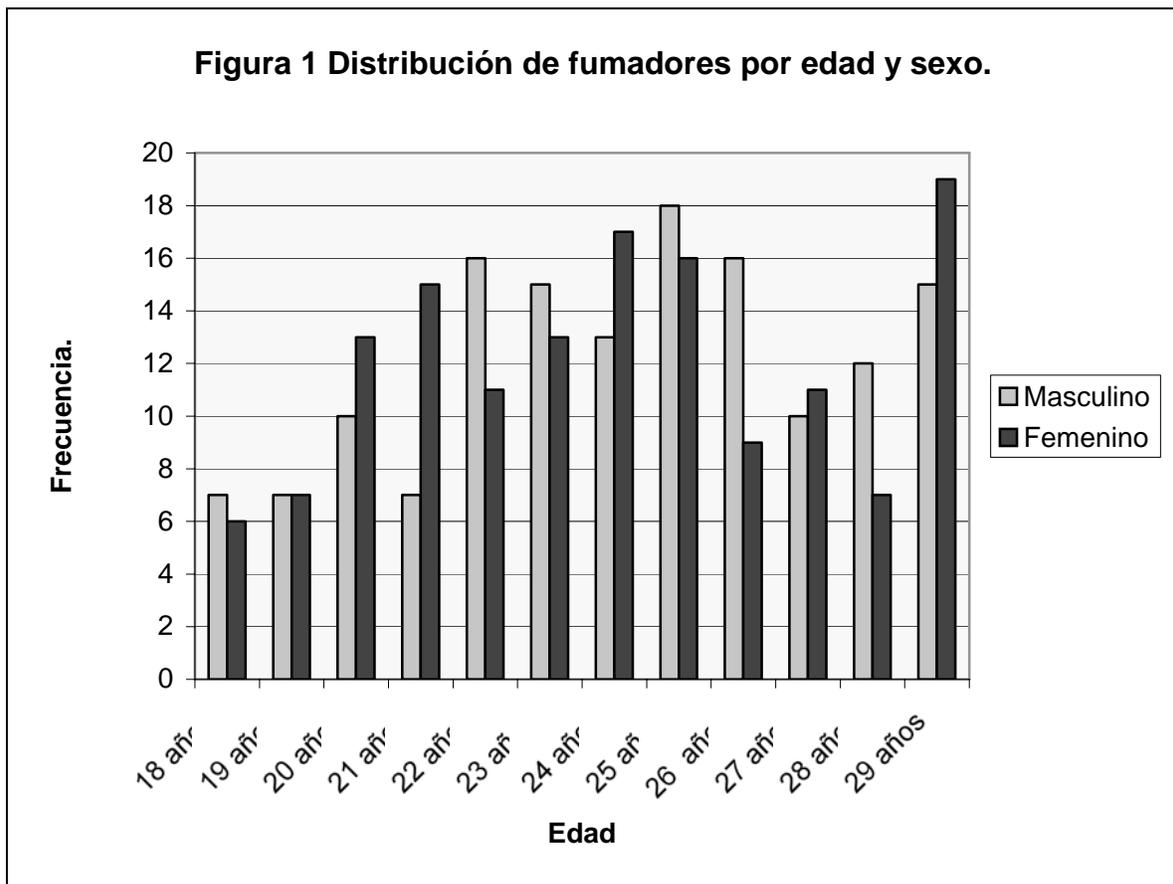
Los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1º de Enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización.

El manual de la organización de Fomento de la Investigación Médica (FOFOI) en 1999.

## RESULTADOS:

Se cuestionó a un total de 290 pacientes con hábito tabáquico, con un rango de edad de 18 a 29 años, de los cuales 146 fueron hombres (50.3%) y 144 mujeres (49.7%) con una relación de 1.01 y se identificaron sus variables sociales y culturales.

Como se observa en la figura 1, dentro de las variables sociales del grupo de estudio se presentó una media de 24 años de edad  $\pm$  3.2; la moda fue compartida en 25 y 29 años de edad, con 34 fumadores (11.72%) en cada uno. En la mujer el grupo más representativo fue el de los 29 años con 19 fumadoras y en los hombres el de los 25 años, con 18.



FUENTE: Cuestionario estructurado de perfil sociocultural de pacientes con hábito tabáquico.  
UMF 94 / 2006

La escolaridad con mayor frecuencia fue el bachillerato 33.1% (96) en segundo lugar se encontró la secundaria con el 28.9% y al final licenciatura, técnicos y primaria.

En lo que respecta al estado civil, se encontró que el 46.5% de los fumadores son solteros, con una relación de 1.07 hombre: mujer; seguido de los casados con el 33.4%.

La población obrera fumo en el 33.4 %, seguido de los dedicados al hogar con el 26.5%. El 46.5% de los fumadores presento bajo nivel socioeconómico y el 44.8% nivel medio. La religión que predomino fue la católica con el 86.8%. (252) como lo describe el cuadro 1.

**Cuadro 1 Variables sociales del paciente fumador.**

<b>Variables Sociales</b>	<b>Frecuencia No.</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Estado civil.</b>		
<b>Soltero</b>	<b>135</b>	<b>46.55</b>
Casado	97	33.44
Unión libre	51	17.58
Divorciado	7	2.413
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	6	2.06
Secundaria	84	28.96
<b>Bachillerato</b>	<b>96</b>	<b>33.10</b>
Técnico	48	16.55
Licenciatura	56	19.31
Postgrado	0	0
<b>Ocupación</b>		
Hogar o no labora	77	26.55
<b>Obrero</b>	<b>97</b>	<b>33.44</b>
Técnico	62	21.37
Profesional	54	18.61
<b>Nivel Socioeconómico</b>		
<b>Bajo.</b>	<b>135</b>	<b>46.55</b>
Medio.	130	44.82
Alto.	25	8.62
<b>Religión.</b>		
<b>Católico</b>	<b>252</b>	<b>86.89</b>
Mormón	2	0.68
Cristiano	13	4.48
Distinta a las anteriores	23	7.93

FUENTE: Cuestionario estructurado de perfil sociocultural de pacientes con habito tabáquico.  
UMF 94 / 2006.

El 59% de los fumadores (171) son sedentarios con una relación de 2:1 (mujer: hombre). Se encontró que 239 pacientes (82.4%) son fumadores activos y solo 51 (17.5%) son exfumadores. La edad de inicio del hábito tabáquico se reportó de los 15 a los 17 años en el 56.9%, seguido el rango de más de 18 años con el 26.5% de los fumadores. La causa por la cual se inicia el hábito tabáquico, en el 73% fue la curiosidad. El consumo diario de los fumadores fue leve (menor de cinco cigarros) en el 85%. De los fumadores el 53% fuman en compañía de personas que no lo hacen. Como se observa en el cuadro 2.

**Cuadro 2 Variables culturales del paciente fumador.**

<b>Variables Culturales</b>	<b>Frecuencia No.</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Sedentarismo</b>		
<b>Si</b>	<b>171</b>	<b>59.0</b>
No	119	41.0
<b>Tipo de fumador</b>		
<b>Fumador</b>	<b>239</b>	<b>82.4</b>
Exfumador	51	17.58
<b>Edad de inicio del hábito tabáquico.</b>		
Menos de 10 años	1	0.34
De 11 a 14 años	47	16.20
<b>De 15 a 17 años</b>	<b>165</b>	<b>56.89</b>
18 años o más.	77	26.55
<b>Causa de inicio del hábito</b>		
Ejemplo familiar	15	5.17
<b>Curiosidad</b>	<b>212</b>	<b>73.11</b>
Agrado de amigos	27	9.31
Estrés	36	12.41
<b>Consumo diario</b>		
<b>Menos de 5 cigarros</b>	<b>247</b>	<b>85.17</b>
De 6 a 15 cigarros al día	41	14.13
16 o mas cigarros	2	0.68
<b>Fuma en compañía de No fumadores</b>		
No	136	46.9
<b>Si</b>	<b>154</b>	<b>53.1</b>

FUENTE: Cuestionario estructurado de perfil sociocultural de pacientes con hábito tabáquico.  
UMF 94 / 2006

## ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Se tomo como grupo de estudio a los fumadores de 18 a 29 años de edad ya que fue el grupo de mayor prevalencia según la encuesta nacional de adicciones en el 2002.<sup>(20)</sup>

Se analizan en primera instancia las variables sociales.

El porcentaje encontrado entre hombres y mujeres (50.3% y 49.7% respectivamente) del estudio realizado, contrasta con lo encontrado por Corrao<sup>(7)</sup> que reporta un 23.4% en mujeres fumadoras, de manera semejante Betancourt<sup>(31)</sup> presenta que solo el 16.3 % de las mujeres fuma. Esto nos indica que el tabaquismo en las mujeres puede estar incrementándose en nuestra población, sin embargo habrá que considerar que en nuestra unidad, es la mujer la que demanda más la atención del servicio.

El estado civil soltero ocupó el primer lugar (46.5%) en los participantes en ambos sexos, esto pudiera tener relación en cuanto a la edad del grupo que se estudio. Betancourt<sup>(31)</sup> en cambio presenta a los casados en primer lugar con un 53.8%.

En cuanto a la escolaridad el bachillerato se presentó con mayor frecuencia, seguido de la educación secundaria, que en comparación con Betancourt<sup>(31)</sup> quien indica que la educación primaria es la que prevalece, nuevamente se pudiera deber a que el grupo que se estudio es de adultos jóvenes y hoy día el alcanzar una educación media se da con mayor frecuencia. La escolaridad en relación con el tabaquismo, es incierta ya que se espera que a mayor nivel educativo mayor conocimiento de los efectos negativos y por tanto menor consumo, sin embargo a mayor nivel de escolaridad mejores puestos, mayor responsabilidad e incremento del consumo de tabaco.<sup>(8,11)</sup>

La población obrera resultó ser la de mayor consumo en cuanto a la ocupación, seguida de la que no obtiene ingresos económicos (estudiantes o amas de casa).

El nivel socioeconómico bajo se presentó en el 46% de los participantes siendo similar a reportado por Prabhat J.<sup>(26)</sup> siendo los más pobres los que tienen altas posibilidades de ser fumadores.<sup>(32)</sup>

La religión católica resultó ser el dato con mayor prevalencia en nuestra población.

En cuanto a las características culturales relacionadas con el hábito tabáquico tomamos: sedentarismo, tipo de fumador, edad de inicio del hábito, motivo de inicio, respeto a no fumadores, patrón de uso del hábito tabáquico.

El sedentarismo se reportó en el 59 % de los fumadores cuestionados siendo más marcado en las mujeres.

Se observó que el 82.4% son fumadores activos, que en comparación con lo obtenido por Tapia<sup>(11)</sup> quien reportó solo el 52%, nos indica que tenemos mayor

número de fumadores en la unidad y los exfumadores presenta cifras similares a lo descrito en dicho estudio.

Los resultados corroboran que la edad de inicio se da antes de los 18 años prevaleciendo en la unidad de los 15 a los 17 años datos similares se presentaron con Tapia <sup>(11)</sup>, Belsasso <sup>(14)</sup> y Betancourt. <sup>(31)</sup> Algo muy relacionado es la curiosidad, como motivo de inicio del hábito tabáquico, en nuestros participantes, por encima de el ejemplo familiar o presión de un grupo, esto es confirmado también por Betancourt. <sup>(31)</sup>

En lo que concierne a la cantidad y frecuencia del consumo de cigarrillos en la población estudiada, se cataloga como de consumo leve en un 85%, que se correlaciona a lo reportado por Betancourt. <sup>(31)</sup> sin embargo con un menor porcentaje. Llama la atención que solo menos del 1 por ciento fuma más de 16 cigarros al día que en comparación con la literatura esta muy por debajo. <sup>(31)</sup>

En el presente estudio hasta el 53% de los fumadores lo hace en compañía de personas que no fuman, dando un parámetro estimado de los fumadores pasivos. De manera semejante a lo encontrado por Betancourt <sup>(31)</sup> y Tapia <sup>(11)</sup>

## **CONCLUSIONES:**

Con los datos obtenidos durante el presente estudio, podemos determinar que el perfil del paciente con hábito tabáquico de unidad de medicina familiar 94 con rango de edad de 18 a 29 años es el siguiente: dentro de las variables sociales puede ser hombre o mujer, con edad media de edad de  $24 \pm 3.2$ , de estado civil soltero, con escolaridad bachillerato, como ocupación el ser obrero, de nivel socioeconómico bajo y de religión católica. Dentro de las variables culturales el ser sedentarios (en 6 de cada 10), con edad de inicio del hábito tabáquico entre 15 a 17 años, condicionado por la curiosidad como motivo de inicio, fumadores activos en 8 de cada 10 participantes, con un consumo diario leve y más de la mitad de ellos no respetan a los no fumadores.

El haber identificado el perfil sociocultural de la población fumadora nos orienta con el fin de obtener una imagen objetiva del fenómeno del tabaquismo y poder actuar de forma adecuada, analizando los problemas relacionados, tomando en cuenta los factores del individuo que incluyan factores socioculturales que inclinan hacia su iniciación al tabaquismo, mantenimiento así como sus consecuencias que este produce.

## **SUGERENCIAS:**

Es importante identificar a los fumadores de manera oportuna, para concientizarlos de los daños y complicaciones, (físicas, sociales, económicas, etc.) comprometiéndolos y responsabilizándolos de su salud.

Proponemos que el tabaquismo debe de ser abordado como una adicción y no solamente como factor de riesgo para diversas patologías, enseñando que se requiere de ayuda para abandonar este hábito, fortaleciendo las campañas antitabaco enfocada al público en general, poniendo mayor énfasis a los grupos en riesgo, por lo que una educación completa, continua y con reforzamientos desde el inicio de la instrucción eleva las posibilidades de evitarlo.

El concientizar la importancia del respeto a los no fumadores (pasivos), es muy importante y es algo en el que debemos de trabajar ya que dichas complicaciones también repercuten en su calidad de vida, y de manera indirecta con la infraestructura económica del país.

Hay mucho por hacer en el primer nivel atención en lo que respecta al tabaquismo, ya que se tiene contacto con un alto número de pacientes en riesgo, siendo la investigación de vital importancia para este fenómeno.

**“PERFIL SOCIOCULTURAL DEL DERECHOHABIENTE CON HÁBITO TABÁQUICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94”**

**ANEXO 1**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94  
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **“PERFIL SOCIOCULTURAL DEL DERECHOHABIENTE CON HÁBITO TABÁQUICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94”**, registrado ante el comité local de investigación médica con el número 3115 el objetivo de este estudio es: Describir cual es el perfil sociocultural de los pacientes derechohabientes con habito tabaquico.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en proporcionar los datos que se me preguntan a través de un cuestionario elaborado específicamente para ello. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

Riesgos: **Sin riesgo**

Inconvenientes: Inversión de tiempo para contestar el cuestionario que tiene como promedio 10 minutos para ello.

Beneficios: ninguno en forma inmediata aunque existe la posibilidad de que el estudio contribuya a la mayor capacitación de los médicos que me atienden y por ello obtener un beneficio a largo plazo en una mejor atención médica.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna , así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que llevare a cabo. Para lo cual se me ha indicado que el responsable es el Dr. Juárez Gallardo Omar quien puede ser localizada en la jefatura de enseñanza de la UMF No.94 del IMSS o al teléfono 0445522575532.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte, la atención médica que recibo en esta institución.

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
Derechohabiente

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Testigo

**“PERFIL SOCIOCULTURAL DEL DERECHOHABIENTE CON HÁBITO TABÁQUICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94”**

**ANEXO 2.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94  
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD**

**PERFIL SOCIOCULTURAL DE PACIENTE CON HABITO TABAQUICO  
CUESTIONARIO.**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **CONSULTORIO:** \_\_\_\_\_ **FILIACIÓN** \_\_\_\_\_

MARQUE LA RESPUESTA QUE A SU PARECER SEA LA MÁS ADECUADA. SE LE PIDE CONTESTAR CON LA MAYOR VERACIDAD. YA QUE ESTA INFORMACIÓN ES ANÓNIMA Y CON FINES ESTADÍSTICOS ÚNICAMENTE.

**1. ¿QUÉ EDAD TIENE? (EN AÑOS CUMPLIDOS)**

A)18	B)19	C)20	D)21	E)22	F)23	G)24	H)25	I)26	J)27	L)28	LL)29
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

**2. ¿CUAL ES SU SEXO?**

A) MASCULINO	B) FEMENINO
--------------	-------------

**3. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?**

A)SOLTERO	B) CASADO	C) UNIÓN LIBRE	D)DIVORCIADO	E) VIUDO
-----------	-----------	----------------	--------------	----------

**4. ¿QUÉ ESCOLARIDAD TIENE CURSADA?**

A) PRIMARIA	B) SECUNDARIA	C) BACHILLERATO	D) TÉCNICO	E) LICENCIATURA	F) POSGRADO
----------------	------------------	--------------------	---------------	--------------------	----------------

**5. ¿QUÉ TIPO DE OCUPACIÓN DESEMPEÑA?**

A) HOGAR	B) OBRERO	C) TÉCNICO	D) PROFESIONISTA
----------	-----------	------------	---------------------

**6. ¿CUÁNTOS SALARIOS MÍNIMOS AL DÍA OBTIENEN POR SU TRABAJO (INDIVIDUAL Y / O FAMILIAR)? TOMANDO CUENTA QUE EL SALARIO MÍNIMO PARA LA REGIÓN A (INCLUYE EL D. F.) ES DE **46.80** PESOS.**

A) MENOS DE 2 SALARIOS MÍNIMOS.	B) DE 3-5 SALARIOS MÍNIMOS.	C) MÁS DE 5 SALARIOS MÍNIMOS
---------------------------------	-----------------------------	------------------------------

**“PERFIL SOCIOCULTURAL DEL DERECHOHABIENTE CON HÁBITO TABÁQUICO  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94”**

7. ¿CUÁL ES SU RELIGIÓN?

A) CATÓLICO	B) MORMÓN	C) T. DE JEHOVÁ	D) CRISTIANO	E) OTRA
-------------	-----------	-----------------	--------------	---------

8. ¿REALIZA EJERCICIO FÍSICO POR LO MENOS 30 MINUTOS POR 3 DÍAS DE LA SEMANA?

SI	NO
----	----

9. ¿QUÉ TIPO DE FUMADOR SE CONSIDERA?

A) <b>FUMADOR:</b> HABER FUMADO +100 CIGARROS EN TODA SU VIDA.	D) <b>EXFUMADOR:</b> LA PERSONA QUE EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA AFIRMA HABER CONSUMIDO MÁS DE CIENTO CIGARRILLOS EN TODA SU VIDA, PERO QUE ACTUALMENTE NO LO HACE.
--	---

10. ¿FUMA EN COMPAÑÍA DE PERSONAS QUE NO FUMAN?

SI	NO
----	----

11. ¿A QUE EDAD COMENZÓ A FUMAR? (EN AÑOS CUMPLIDOS)

A) MENOS DE 10.	B) DE 11-14	C) DE 15-17	D) MÁS 18
-----------------	-------------	-------------	-----------

12. ¿CUÁL CONSIDERA EL MOTIVO DE INICIAR EL HABITO DE FUMAR?

A) EJEMPLO FAMILIAR	B) CURIOSIDAD	C) AGRADO DE MIS AMIGOS	D) ESTRÉS.
---------------------	---------------	-------------------------	------------

13. ¿USTED CUÁNTOS CIGARROS CONSUME AL DÍA?

A) 5 O MENOS	B) DE 6 A 15	C) 16 O MAS
--------------	--------------	-------------

**GRACIAS, POR SU PARTICIPACIÓN.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hábito." Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
2. Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9a ed. México Mc Graw-Hill, Interamericana. 1996; 1: 204-205, 604-605.
3. Peña C M, Ponciano R G, Sansores M R, y col. Consejo médico ante el problema del tabaquismo en México. Rev Sanid Milit Mex May-Jun 2003; 57(3): 162-166.
4. World Health Organization. The smoking epidemic a fire in the global village. 25<sup>th</sup> August, Ginebra: 1997 Press Release WHO/61.
5. Panamerican Health Organization tobacco or health: Status in the Americas. A report of the American Health Organization PAHO Scientific Publication 1992 No. 536,.
6. Branbury J. Annual tobacco-related deaths in China top the half million mark. Lancet 1997; 350: 643.
7. Corrao M, Guindon G, Cokkinides V, Sharma N. Building the evidence base for global tobacco control. Bull WHO 2000; 78: 884-90.
8. 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.
9. Fernández E, Schiaffino A, Borrás J. Epidemia de tabaquismo en Europa. Salud Pública de Méx. Mayo 2002;44 (Suplemento 1): 11-9
10. 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.
11. Tapia R, Kuri P, Hoy M. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Salud Pública de Méx. Sep-Oct. 2001; 43 (S) : 478-84
12. Villaba J, Ramírez A, Sansores R. Costos de la atención médica. CONADIC Informa. Boletín Especial de Tabaquismo. 2001. p 3
13. Secretaria de Salud- Consejo Nacional Contra las Adicciones. Programa Nacional Contra las Adicciones. Programa Contra el Tabaquismo. 2000; 110

14. Belsasso G. El tabaquismo en México. CONADIC Informa. Boletín Especial de Tabaquismo. 2001; 6.
15. Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud. BM/OPS. La epidemia de tabaquismo: Los gobiernos y los aspectos económicos del control del Tabaco. Publicación Científica 2000; No 577: 5-9
16. Medina M, Peña C, Cravioto P, y col. Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? Salud Pública Méx. 2002; 44(1): 109-15
17. Rojas E, Fleiz C, Medina M, Morón M, Domenech M. Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca Hidalgo. Salud Pública de Méx. 1999; 41(4): 142-8
18. Villatoro J, Medina M, Berenzon F, Juárez E. Drug use pathways among high school students of México. Addiction 1998; 93(10): 1577-88
19. Gobierno de México/SSA. 2000. Reglamento Interior del Consejo Nacional Contra las Adicciones. Diario Oficial de la Federación del 20 de Julio del 2000. p 8-11
20. Gobierno de México/SSA. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación del 5 de Mayo 2002; 4-9
21. Joossens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí R. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Revista Española de Salud Pública. 1999; 73 (No.1): 3-11
22. Valdés R, Hernández M, Sepúlveda J. El consumo de tabaco en la región americana: elementos para un programa de acción. Salud pública de Méx. Mayo 2002; 44 (Suplemento 1): 125-35
23. Belsasso, G. Acciones institucionales en materia de tabaquismo. CONADIC Informa. 2002; 6
24. González Ch L, Hersch M. P. Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. Salud Pública de Méx. Julio-Agosto 1993; 35 (No 4): 22-9
25. Villoro L. "Estado plural, pluralidad de culturas" Serie Biblioteca Iberoamericana de Ensayo. Ed. Paidós/UNAM, México, 1999; No.3: 184.
26. Prabhat J, Beyery P. Muerte e impuestos. Aspectos económicos del control del tabaco. Finanzas & Desarrollo. Diciembre 1999; 22-7

27. Lazcano E, Hernández M. La epidemia del tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. Salud Pública de Méx. 2002; 44(Suplemento 1): 1-2.
28. Programa Nacional de Salud. 2001-2006
29. Frenk M. J. Presentación. (Editorial) Salud Pública de Méx. Mayo 2002; 44 (Suplemento 1): 3-4.
30. Sepúlveda J. Epidemia de tabaquismo en las Américas.(Editorial) Salud publica de Méx. Mayo 2002; 44 (Suplemento 1): 7-9
31. Betancourt L, Navarro R J. Tabaquismo. Panorama general y perspectivas. Rev Mex Cardiol 2001; 12(2): 85-93.
32. Chavez D R, López A F, Regalado P J, Espinoza M M. Consumo de tabaco, una enfermedad social. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. Jul-Sep 2004; 17 (3): 204-14.