

27 11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON No. 29

RELACION DE HIPERTENSION ARTERIAL Y
TABAQUISMO EN UNA POBLACION DE 358
FAMILIAS ADSCRITAS A UN CONSULTORIO
DE MEDICINA FAMILIAR EN LA CLINICA
NO. 29 DEL I.M.S.S.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A N:

DR. JAVIER E. M. CABRERA Y NIETO
DR. GENARO VEGA VEGA

ASESOR DE TESIS: DRA. REYNA MERCADO MARIN

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

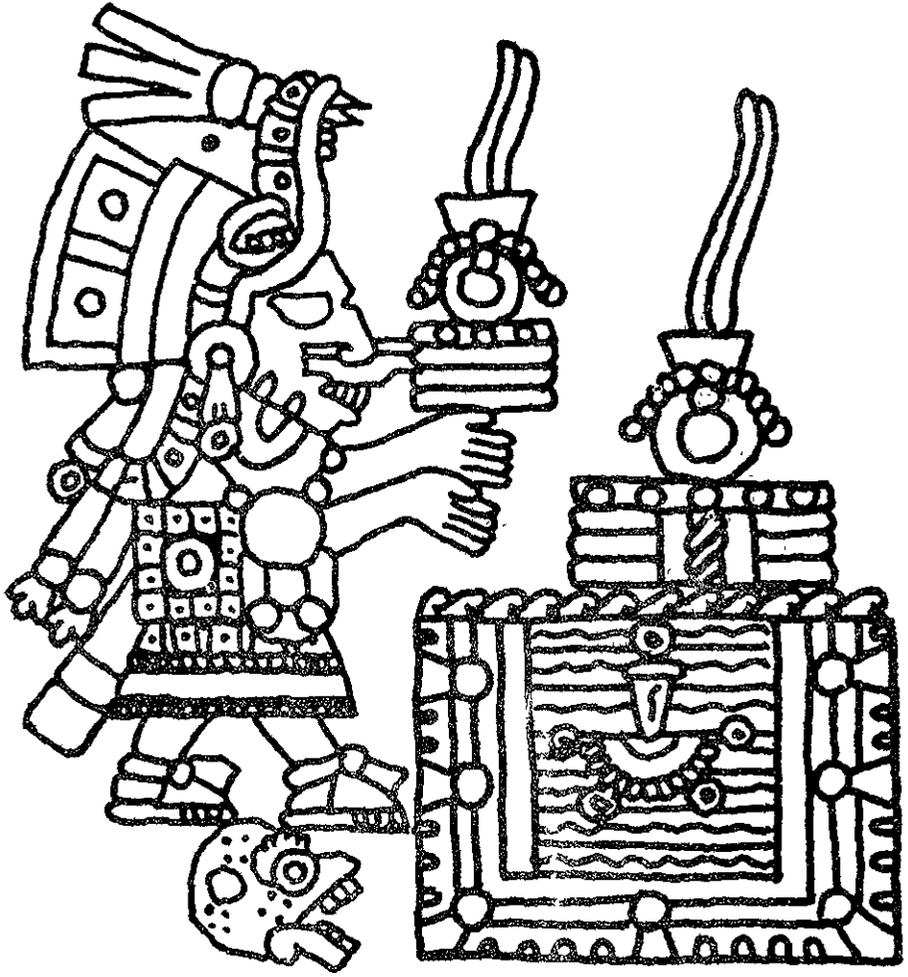


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

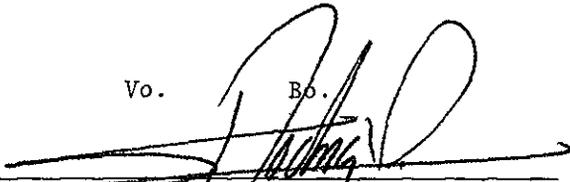


Tlazolteotl o Teteuhinán, diosa de los «hombres medicos».

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vo.

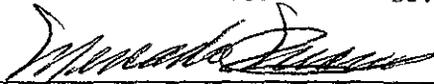
Bo.



DR. SALVADOR RODRIGUEZ PEÑAFLOR .
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON No. 29 IMSS.

Vo.

Bo.



DRA. REYNA MERCADO MARIN .
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON No. 29 IMSS.



JEFATURA DE ENSEÑANZA
CLINICA HOSPITAL No. 29

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI ESPOSA:

Con especial gratitud
por su ayuda, amor y
entereza en el trans-
curso de mi formación
profesional.

A mi mamá, abuelita y
Hermanos:

Quienes de una u otra
forma me han respaldad
do a lo largo de mi -
carrera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E .

	Pág.
O B J E T I V O S	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
DESARROLLO DEL TRABAJO	8
PROCEDIMIENTO	10
TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR	11(2)
R E S U L T A D O S	12
C O M E N T A R I O S	31
a) Pirámide de población	31
b) Escolaridad	32
c) Tipo de empleo	34
d) Ingreso "per capita mensual	35
e) Tabaquismo	35
f) Hipertensión arterial	37
C O N C L U S I O N E S	38
PUNTOS BASICOS PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA CONTRA EL TABAQUISMO	42
a) Exposición activa	42
b) Exposición pasiva	42
c) El tabaco y los niños	43

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	Pág.
d) Propaganda antitabáquica	43
e) Prohibición total de la promoción del tabaco	44
f) El tabaco, la familia y la sociedad	44
g) El Médico Familiar y el tabaquismo	45
 B I B L I O G R A F I A	 46

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCION

La familia es importante porque tiene como responsabilidades básicas, organización social, atención, afecto, reproducción y otorgamiento de un estado. Estas funciones se describen en relación a los papeles inter-relacionados de los miembros de la familia. La familia será tan sólida como los lazos sociales que la conservan unida. (1).

La familia es dinámica. Cambia con el tiempo. Hay un ciclo de vida para las familias, lo mismo que para los individuos. La familia funciona de manera distinta, según se encuentre en las fases de matrimonio, expansión, dispersión, independencia o retiro y muerte.

Buena parte de las preocupaciones actuales se enfocan en la familia desorganizada: La familia incompleta, la partida deseada o no deseada de un esposo, la familia vacía y la familia en crisis interna. El Médico Familiar afronta estos problemas puesto que cada familia está desorganizada en cierto grado durante el tiempo que dura. Sin embargo, del mismo modo que los individuos y la sociedad varían entre una cultura y otra así ocurre con la familia.

Es un privilegio ser médico, ser llamado para atender a un enfermo, recibir permiso de compartir cuidadosamente secretos, examinar cada parte del cuerpo de otra persona y que se obedezca nuestras instrucciones. Conforme el paciente va conociendo y confiando en su médico y el médico conoce a su paciente, va naciendo la relación entre médico y paciente. Conforme madura esta relación en la confianza y la preocupación mutua, se extiende hacia otros miembros de la familia dando origen a la relación entre médico y familia estableciendo el papel del Médico Familiar. La mayor sa

tisfacción de el Médico Familiar es contar con el respeto y la confianza de su paciente. En tanto la unidad natural de la vida de el hombre siga siendo la familia el Médico Familiar seguirá conservando la posición clave de la atención sanitaria de la misma y desempeñará un papel vital en nuestra sociedad.

La práctica de la medicina familiar moderna es completa integral, humana y eficiente. El especialista en medicina familiar espera ejecutar entrevista médica y exploración física completas de manera periódica en cada miembro de la familia. Los datos obtenidos le permiten identificar los problemas médicos, sociales y económicos de cada miembro de la familia y de la familia como unidad global. Está clara la importancia de una base de datos amplia y precisa y los médicos generales eficaces de las épocas pasadas obtenían esta información durante varios años, conforme atendían a los miembros de la familia por diversas enfermedades. Sin embargo, cuanto más pronto sea completa esta base de datos, más pronto recibirá la familia buena atención médica. Sólo con dichos datos el médico puede atender con amplitud y eficacia a sus enfermos.

Resulta importante entonces, que el Médico Familiar conozca los problemas y características del núcleo de población a su cargo y para ello la presente tesis se dirige a investigar uno de los principales padecimientos de consulta diaria que es la Hipertensión Arterial, además de su asociación con el hábito del tabaquismo que tanto incremento ha tenido en estas últimas fechas.

Una de las principales formas de conocer dichos problemas y características de la población es a través del diagnóstico de salud, sistema que le permite al Médico Familiar

liar conocer en forma más precisa la forma de brindar una -
mejor atención y dirigida hacia los grupos de población que
más lo necesiten.

La Epidemiología, que es la ciencia básica de la me-
dicina preventiva; es el estudio de las enfermedades infec-
ciosas sus causas y sus mecanismos de transmisión (1). Ac-
tualmente tiene gran importancia para el Médico Familiar. -
En la Epidemiología se pone especial cuidado en la historia
natural de la enfermedad; esto adquiere particular importan-
cia para establecer los períodos de exacerbación y remisión,
características de las enfermedades crónicas que siguen un
curso variable aunque por lo regular tienden a disminuir. -
Estos datos nos sirven como patrón para valorar los casos -
individuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

O B J E T I V O S

GENERAL: Conocer la relación existente entre Hipertensión - Arterial y Tabaquismo en la Población del Consultorio 29 AC de Medicina Familiar en la Clínica No. - 29 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OPERATIVOS:

- 1.- Identificar el Sexo y Grupo de Edad en la que predomina la mayoría de los fumadores en dicho consultorio.
- 2.- Identificar el número de hipertensos por edad y sexo, así como conocer cuantos de ellos fuman.
- 3.- Elaborar la Pirámide de Población y analizar su Estructura.
- 4.- Conocer los ingresos familiares, así como la Población Económicamente Activa para determinar si existe relación entre tabaquismo e ingreso.
- 5.- Identificar las principales ocupaciones (empleos) existentes en los jefes de familia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Médico Familiar del IMSS actualmente posee un método de registro familiar (RF1) que permite la obtención de las características: Socioeconómicas, escolares, de dinámica familiar, de morbilidad, aceptación de prògramas de salud y detección de la población a su cargo.

Por lo anterior conoce su universo de trabajo, no encontrando limitación para promover la salud en la población y así poder practicar una medicina integral.

Considerando entonces, que una de las condiciones crónicas más comunes en la práctica diaria del Médico Familiar es la Presión Arterial elevada, es de particular importancia su investigación y seguimiento. Sin embargo, dado que la presión arterial es una variable biológica dependiente, debe ser analizada en función de muchos factores propios del huésped y del ambiente donde éste se desarrolla. Uno de los factores que están íntimamente relacionados con la presión arterial elevada es el tabaquismo o " Enfermedad de fumar ", que en los últimos años ha pasado a ocupar un primer plano dentro de los problemas médicos. También lo encontramos relacionado con diversas enfermedades graves que cada día adquieren mayor importancia como causas de incapacidad y muerte, con serias repercusiones socioeconómicas.

Siendo entonces el hábito de fumar probablemente la principal causa evitable de mala salud en todo el mundo, es de gran importancia que el Médico Familiar conozca la relación existente entre estos dos padecimientos para un mejor control de esta primera entidad nosológica y la promoción de los riesgos de la asociación de estas dos enfermedades.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Desde 1954 (2), año en que se implantó el Sistema Médico Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, fué motivo de particular atención el asignar un determinado número de derechohabientes a un sólo Médico Familiar, con el fin de facilitar la identificación entre ambos y el conocimiento de los problemas familiares por parte del médico, para así poder utilizar los niveles de atención en el momento oportuno y además, brindar educación para la salud como medida para evitar la aparición de la enfermedad y preservar en un nivel óptimo la salud del núcleo familiar.

Como producto de la inquietud para el logro de tales metas, en 1971 (3) nació en el Instituto Mexicano del Seguro Social el Curso de Especialización en Medicina Familiar, tendiente a crear un profesional que fuera capaz de resolver del 80 al 90% de la demanda de consulta que se le presentara (1) ya que a su alrededor, gira la atención médica y la calidad de los servicios prestados así como la promoción y conservación de la salud.

La preparación de dicho profesionista es multidisciplinaria, lo que condiciona al conocimiento de múltiples ramas de la medicina, siendo una de las principales de su dominio la Epidemiología (4) que se define como: El estudio de la distribución y los determinantes de las enfermedades y lesiones en poblaciones humanas.

La Hipertensión Arterial es muy frecuente como ha sido puesto en evidencia por los estudios epidemiológicos de estos últimos 20 años. Esta enfermedad de evolución insidiosa es reconocida actualmente como una gran causa de mor-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

talidad y morbilidad. Factor de riesgo primordial de las afecciones cardiovasculares, la hipertensión arterial se ha transformado en un problema de salud pública de primera importancia.

El estudio de la distribución global de la hipertensión permite apreciar mejor la influencia de raza, sexo, edad, peso, herencia y alimentación sobre esta enfermedad. Es evidente que la incidencia de la hipertensión varía en función de varios factores y que es posible actuar sobre algunos, de entre ellos, tales como la obesidad, tabaquismo y el exceso de sal alimenticia.

El simple descenso de la presión arterial resulta en una disminución de las complicaciones cardiovasculares. Se justifica, por lo tanto usar de todos los medios para establecer un diagnóstico precoz y tratar a todo enfermo hipertenso.

En los países de alto nivel de vida, la prevalencia de hipertensión arterial es muy elevada. Para facilitar el enfoque epidemiológico, la OMS propuso, en 1959 definir los límites de la hipertensión según los siguientes criterios (5):

- Presión Arterial menor de 140/90 mm Hg. es igual a normotensión.
- Presión Arterial entre 140/90 y 160/95 mm Hg. es igual a Hipertensión límite o "borderline".
- Presión Arterial mayor de 160/95 mm de Hg. es igual a hipertensión.

Un estudio estadístico efectuado de 1960 a 1962 en

los Estados Unidos demostró que de acuerdo a estas normas, alrededor de el 20% de sujetos entre 18 y 79 años, son hipertensos (6). En la Feria de Basilea, en Suiza, 21589 visitantes se hicieron medir la presión; según los criterios de la OMS 25% tenían o bien presión arterial anormalmente elevada o bien presión normal porque estaban en tratamiento antihipertensivo (7). De 1973 hasta 1975 un millón de norteamericanos fueron examinados (8): 24.7% tenía una presión diastólica igual o superior a 95 mm de Hg.

El sistema normativo de la OMS presenta, sin embargo, un grupo inconveniente: los límites que propone para una enfermedad, que no se distingue más que cuantitativamente de la normal son de poca ayuda cuando se trata de decidir, para un sujeto determinado si un tratamiento antihipertensivo es necesario o si no lo es. Esta decisión ya es difícil de tomar, en vista de que la presión arterial medida en el consultorio o en el hospital sólo refleja imperfectamente el perfil tensional de un sujeto normo o hipertenso dedicado a sus diarias ocupaciones en su ambiente habitual.

Se sabe, desde hace mucho tiempo que el stress físico o mental, sobre todo el stress emocional puede hacer aumentar la presión arterial. Ya en 1940, Ayman y Goldshine (9) comprobaron que los pacientes con hipertensión esencial, los valores sistólicos varían según que la tensión sea medida por el paciente mismo en su domicilio o por el médico en su consultorio: 30% de los pacientes que se medían la presión, ellos mismos tenían una sistólica de 40 mm de Hg inferior a aquella medida por el médico. Esta particularidad desempeña un papel importante cuando el médico se encuentra en presencia de enfermos con hipertensión límite: En efecto, 30% de entre ellos son hipertensos, 28% son normotensos; en

cuanto a los demás son hipertensos límite si el médico toma en cuenta las cifras tensionales obtenidas en su domicilio por estos pacientes (10). Además existe una variabilidad no despreciable de la presión arterial en el transcurso de 24 horas, observándose los valores mínimos durante el sueño - (11). Tampoco debe olvidarse que los hipertensos se encuentran entre los hipertensos límite (12). O sea, el riesgo de desarrollar, en el transcurso de los años, una hipertensión definitiva esta estrechamente ligada a las diastólicas iniciales.

Estudios epidemiológicos demostraron que la morbilidad y la mortalidad debida a afecciones cardiovasculares no están influidas únicamente por la hipertensión arterial. - Existen otros factores de riesgo además de la hipertensión. El estudio de Framingham demostró que la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo se potencializan mutuamente, asociación que es particularmente peligrosa.

Respecto a los no fumadores los individuos que fuman más de 20 cigarrillos diarios corresponde un riesgo de 2 a 6 veces mayor de sufrir infarto del miocardio (13). En el estudio de Framingham los fumadores de cigarrillos tuvieron en 10 años, 1.3 veces más infartos miocárdicos que los no fumadores (14).

La incidencia cardiopática coronaria en fumadores con nivel de carboxihemoglobina superior al 5% sería 20 veces mayor a la de aquellos cuyo nivel sanguíneo es inferior a 3% (15). Según parece, el abandono del cigarrillo trae aparejada una neta disminución del riesgo de sufrir infarto del miocardio y de morir como consecuencia del mismo -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(16-17). El efecto del abandono del cigarrillo es ya evidente al cabo de un año y según evaluaciones, la mortalidad de exfumadores es comparable, al cabo de 10 años, a aquella de los no fumadores (18). Un estudio reciente demostró el hecho de que fumar cigarrillos aumenta el nivel circulante de catecolaminas, la frecuencia cardíaca y la presión arterial, siendo todos ellos importantes factores del consumo de oxígeno del miocardio (19). Se justifican pues medidas enérgicas para combatir este hábito.

El fumador padece (20) con más frecuencia de enfermedad coronaria y en las defunciones por esta causa, predomina el número de fumadores. El tabaquismo produce alta incidencia de Enfermedad Cardíaca Coronaria. Al parecer los causales son la nicotina y el monóxido de carbono. La nicotina provoca aumento de la presión arterial, taquicardia, vasoconstricción, palidez y descarga de catecolaminas suprarrenales. Los fumadores desarrollan entonces engrosamiento de las paredes arteriolas del miocardio. La acción del tabaco es independiente de la acción del colesterol. Los fumadores poseen el triple de carboxihemoglobina en sangre que los no fumadores. Los mecanismos por los que el tabaquismo produce enfermedad coronaria son:

- a) Aumenta la tensión de la pared del miocardio y con ello las demandas de oxígeno y nutrientes del corazón.
- b) Disminuye el flujo sanguíneo coronario.
- c) La carboxihemoglobina disminuye el oxígeno en el miocardio.

DESARROLLO DEL TRABAJO

Se utilizó para la elaboración de este trabajo la Tarjeta de Registro Familiar RF1 (Royal Mcbee). Entendiéndose se como registro familiar a la tarjeta que se utiliza como sistema permanente y obligatorio de recolección e información acerca de determinados hechos de las familias de la población asignada a un Médico Familiar. Constituye el primer paso en la metodología para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades en familias.

Considerando como ventajas de este sistema de registro:

- 1.- La recolección permanente de información permite el establecimiento de relaciones a través del tiempo para cada una de las variables recogidas.
- 2.- La recolección de estas fuentes no requieren de una cooperación especial de los individuos cuyos datos se buscan, a diferencia de las encuestas u otra técnica de recolección en las que es fundamental una dedicación especial de tiempo y disposición anímica del respondiente.
- 3.- Como los datos son recogidos durante el transcurso ordinario de los acontecimientos no se hacen aparentes los propósitos mismos de la investigación, por lo que suelen reducirse menos cambios en el comportamiento del respondiente que con otras técnicas de recolección de datos.
- 4.- Colecta información de toda una población (Uni-

verso) y no sólo de una muestra.

Su finalidad principal y directa es la de contribuir a la mejor atención de la familia mediante el establecimiento de un diagnóstico familiar integral y suponen entre otras cosas la anotación obligatoria continua y permanente de los hechos vitales de las familias y sus características.

El diagnóstico de salud de una familia es un proceso de exploración, investigación y análisis, de correlación de los factores determinantes de la salud de esa familia, de donde parte el estudio longitudinal de las tendencias de dichos problemas y cuyo fin último es presentar alternativas de acción.

El procesamiento y análisis de la información de los registros familiares conduce a un diagnóstico de salud de una población lo que resulta indispensable para la programación y evaluación de acciones del Médico Familiar.

P R O C E D I M I E N T O .

Se tomó de la columna correspondiente a los nombres el número de miembros que integran a esa familia o sea los que viven bajo el mismo techo, incluyendo los consanguíneos.

En la columna correspondiente a la edad se tomó la de cada uno de los integrantes, siguiendo el mismo procedimiento para la columna de sexo.

En relación a la columna de educación se anotó el número correspondiente a cada miembro de la familia dándose la siguiente interpretación a cada uno de los números:

ALFABETIZACION :

- 1.- No sabe leer ni escribir.
- 2.- Sabe leer pero no escribir.
- 3.- Sabe leer y escribir.

GRADO DE INSTRUCCION :

- 4.- Primaria incompleta.
- 5.- Primaria completa.
- 6.- Secundaria o equivalente incompleta.
- 7.- Secundaria o equivalente completa.
- 8.- Preparatoria o equivalente incompleta.
- 9.- Preparatoria o equivalente completa.
- 10.- Profesional incompleta.
- 11.- Profesional completa.

Posteriormente se tomó de la columna de toxicomanías lo relacionado a tabaquismo y anotándolo por número de cruces, interpretando éstas de acuerdo al siguiente criterio:

- X De uno a 9 cigarrillos diarios.
- XX De 10 a 19 cigarrillos diarios.
- XXX De 20 a 39 cigarrillos diarios.
- XXXX De 40 en adelante.

Se buscó tanto en la columna de consultas como diagnósticos los pacientes que quedaron catalogados previamente como hipertensos, por el médico adscrito a ese consultorio.

Del reglón correspondiente al ingreso familiar mensual, se anotó el mismo.

Finalmente, se registró la ocupación de los jefes de familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

R E S U L T A D O S .

Se obtuvo una pirámide de población formada por 2,091 personas, de éstas, 998 del sexo masculino siendo el 47.72% y 1,093 del sexo femenino representando el 52.27%. De esta pirámide el 61.92% son menores de 24 años y el 40.78 menores de 14 años, todos del sexo masculino. Por lo que respecta al sexo femenino el 60.01% y el 38.48% son menores de 24 y 14 años de edad respectivamente. El restante 38.08% y el 39.99% de hombres y mujeres corresponden a la población de mayores de 25 años de los cuales cuentan con un trabajo remunerado 381 padres de familia y 35 familias sin ocupación registradas en la tarjeta (gráfica No. 1 y Tabla No. 1).

La escolaridad de nuestra población reporta los siguientes datos: 19.99% analfabetas: 2.95% sabe leer y escribir pero no cuenta con estudios primarios; 23.72% con primaria incompleta; 16.35% con primaria completa; 10.95% con estudios incompletos de secundaria; 8.89% con estudios de secundaria completa; 6.45% con preparatoria incompleta; 4.73% con preparatoria completa; 3.15% con profesional incompleta y 2.77% con estudios profesionales completos (gráfica No. 2 y Tabla No. 2).

En cuanto al tipo de trabajo los empleados representaron el 43.83%; los obreros el 25.98%; dentro del nivel técnico se encuentra el 10.71%; los profesionistas el 10.23% comerciantes el 2.09%. En oficios el 5.51% y pensionados el 1.57%.

En relación a los ingresos se muestra primero una tabla de ingreso mensual por familia, la cual se interpreta

de la siguiente forma: 74 familias o sea el 27.92% alcanzan un ingreso de 1,000 a 10,000 pesos mensuales; 100 familias representando el 37.73% tienen de 11,000 a 20,000 pesos al mes; 42 familias que es el 15.84% tienen de 21 a 30 mil pesos mensuales; 49 familias 18.49% obtienen de 31,000 pesos en adelante mensualmente. Encontramos 93 familias sin registro de ingreso. Además se investigó el ingreso per capita encontrándose las siguientes cifras: 14 familias, el 5.28% con ingreso per capita de 0 a 999 pesos mensuales; 57 familias con 21.50% de 1,000 a 1,999 pesos al mes; 51 familias el 19.24% de 3,000 a 3,999 pesos; 26 familias con 9.81% de 4,000 a 4,999 pesos mensuales y 78 familias de 29.05% de 5,000 pesos en adelante por persona al mes (Tabla No. 4 y 5).

Las cifras obtenidas en relación al tabaquismo señalan un total de 209 personas del sexo masculino, que abarcan el 20.94% presentando tabaquismo positivo. En el sexo femenino, solamente 86 personas tienen tabaquismo positivo y este dato equivale al 7.86% de la población total femenina. La subdivisión por grupos etarios se presenta en la (Tabla No. 6).

También se tomó en cuenta la relación existente entre educación, sexo y tabaquismo. Observamos que el 2.37% del total de los fumadores es analfabeta; el 3.72% saben leer y escribir sin estudios de primaria; el 14.23% tienen primaria incompleta; el 26.10% primaria completa; el 11.18% secundaria incompleta; el 12.54% secundaria completa, el 9.49% estudios de preparatoria incompleta; el 11.18% preparatoria completa; el 5.76% profesional incompleta y el 3.05% profesional completa. (Tabla No. 7)

De la cantidad total de fumadores, el 84.40% equiva

len a fumadores que acostumbran fumar de 1 a 9 cigarrillos por día; e. 10.74% a fumadores que consumen de 10 a 19 cigarrillos diariamente; el 4.06% consumen de 20 a 39 cigarrillos por día y el 0.67% representan a personas que fuman más de 40 cigarrillos en un día. (Tabla No. 8)

Con respecto a las personas que padecen hipertensión arterial, de la población global registramos 17 personas, de las cuales 6 fueron del sexo masculino y 11 del sexo femenino. A su vez, de estas seis personas hombres, solamente dos tenían hábito tabáquico positivo y de las mujeres, únicamente una persona fumaba (Tabla No. 9).

Por lo que toca a la presión arterial elevada, educación y sexo encontramos que 5 de ellos (29.41%) eran analfabetas. Tres de ellas o sea el 17.64% sabían leer y escribir sin estudios de primaria; 4 personas, 23.52% contaban con primaria incompleta. Dos más de ellas o sea el 11.76% tenían primaria completa y las tres restantes, correspondiendo el 17.64% tenían secundaria o equivalente completa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA I

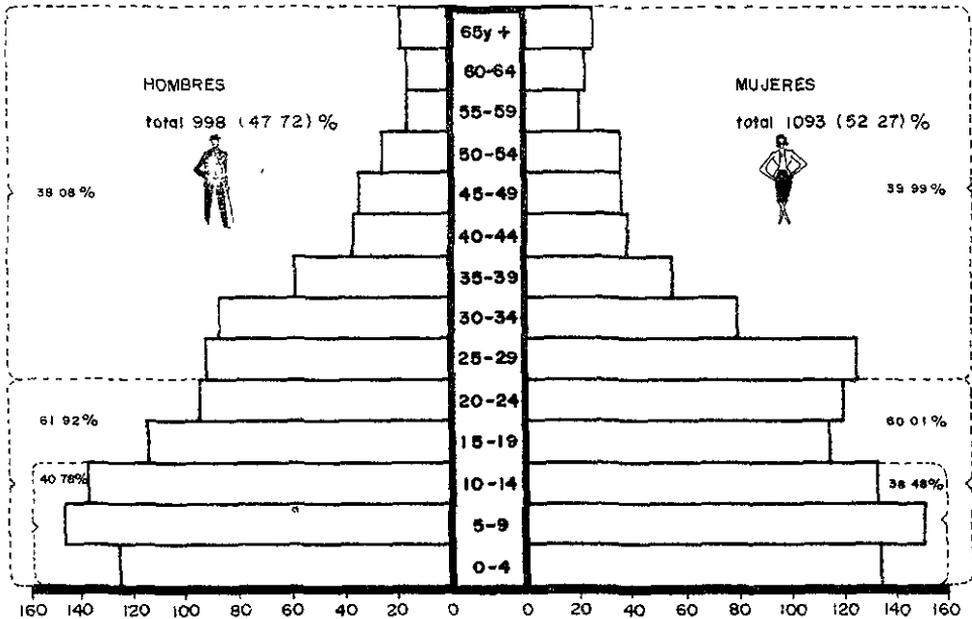
EDAD Y SEXO

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-4	125	135	260
5-9	144	152	296
10-14	138	133	271
15-19	114	115	229
20-24	95	121	216
25-29	92	126	218
30-34	87	80	167
35-39	58	55	113
40-44	35	38	73
45-49	34	36	70
50-54	25	36	61
55-59	16	20	36
60-64	16	22	38
65-mas	19	24	43
TOTAL	998	1093	2091

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (RFI)

GRAFICA 1

PIRAMIDE DE POBLACION



FUENTE TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (R.F.I.).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2

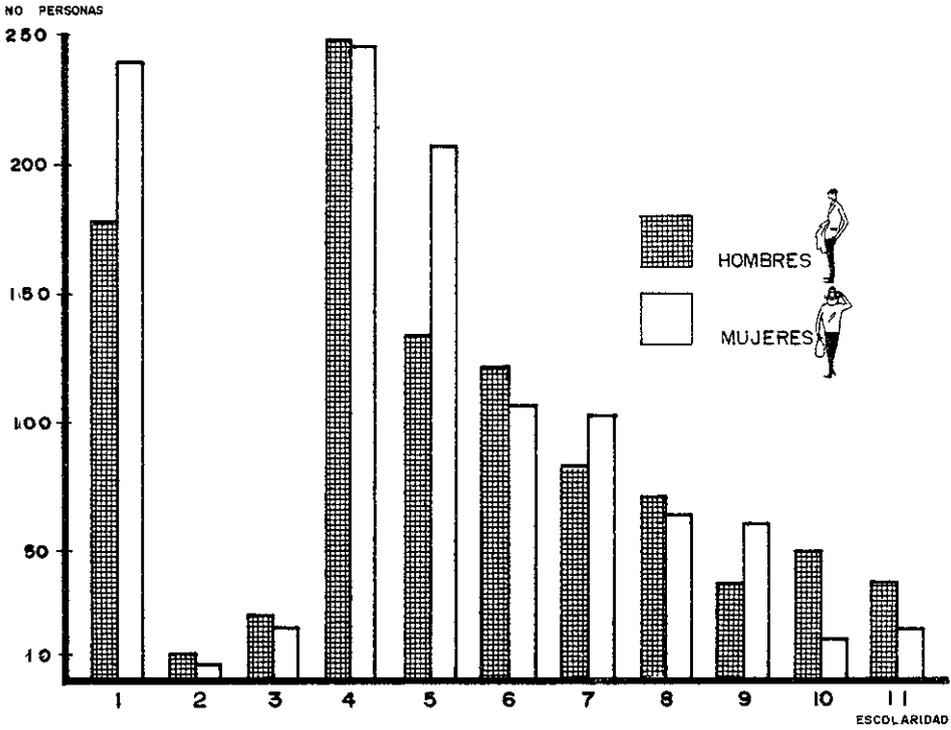
GRADO DE ESCOLARIDAD

EDUCACION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
1	178	240	418	19.99
2	10	6	16	0.76
3	25	21	46	2.19
4	249	247	496	23.72
5	134	208	342	16.35
6	122	107	229	10.95
7	83	103	186	8.89
8	71	64	135	6.45
9	38	61	99	4.73
10	50	16	66	3.15
11	38	20	58	2.77
TOTAL	998	1093	2091	100

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (RFI)

GRAFICA 2

GRADO DE ESCOLARIDAD



FUENTE TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (R.F.I)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3

TIPO DE EMPLEO

TIPO DE TRABAJO	CANTIDAD	%
EMPLEADOS	12	29.39
OBREROS	71	18.63
MECANICOS	19	4.98
CHOFER	8	1.72
SECRETARIAS	10	2.62
CONTADOR	9	2.36
COMERCIANTES	8	2.09
SUPERVISOR	7	1.83
INTENDENCIA	7	1.83
AG VENTAS	7	1.83
MESEROS	6	1.57
PENSIONADOS	6	1.57
ENFERMERAS	5	1.31
GERENTES	5	1.31
AUX. CONTADOR	4	1.04
CAJERA	4	1.04
MAESTROS	4	1.04
COSTURERAS	3	0.78
COCINEROS	3	0.78
DIBUJANTES	3	0.78
ANAQUELERO	2	0.52
AUX. COCINA	2	0.52
CARPINTERO	2	0.52
LITOGRAFO	2	0.52
LICENCIADO	2	0.52
MEC. AVIACION	2	0.52
MEC. TORNERO	2	0.52
PINTORES	2	0.52
REP. MEDICO	2	0.52
T. SOCIAL	2	0.52
TEC. AVIACION	2	0.52
VARIOS	48	12.59
TOTAL	381	100

NO REGISTRADOS 35

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (R.F.I.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4

INGRESO MENSUAL POR FAMILIA

INGRESO	NO FAMILIAS	%
DE 1,000 a 10,000	74	27.92
DE 11,000 a 20,000	100	37.73
DE 21,000 a 30,000	42	15.84
DE 31,000 en adelante	49	18.49
TOTAL	358	100

NO REGISTRADAS

93

—

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (RF1)

TABLA 5

INGRESO MENSUAL PER CAPITA

INGRESO	NO. FAMILIAS	%
DE 0 a 999	14	5.28
DE 1,000 a 1,999	57	21.50
DE 2,000 a 2,999	51	19.24
DE 3,000 a 3,999	39	14.71
DE 4,000 a 4,999	26	9.81
DE 5,000 a más	78	29.05
TOTAL	358	100

NO REGISTRADAS

93

—

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (R.F.I.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

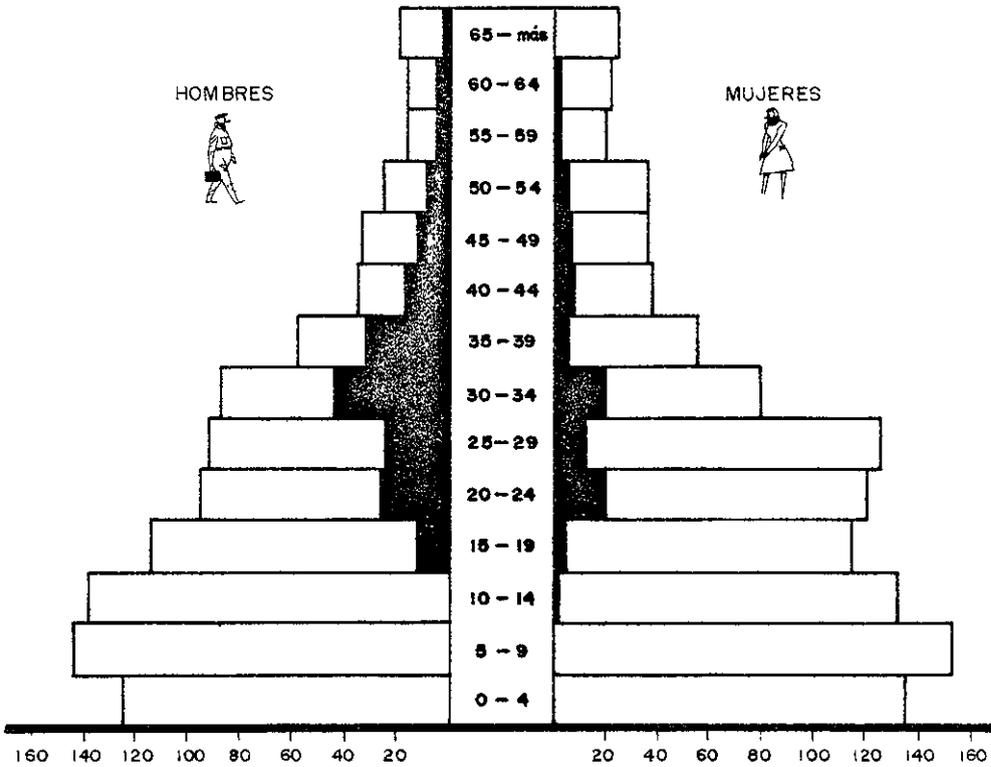
TABLA 6
 TABAQUISMO - EDAD Y SEXO

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0 - 4	0	0	0
5 - 9	0	0	0
10 - 14	0	2	2
15 - 19	12	4	16
20 - 24	36	20	56
25 - 29	35	12	47
30 - 34	44	20	64
35 - 39	32	7	39
40 - 44	17	7	24
45 - 49	12	6	18
50 - 54	9	5	14
55 - 59	5	1	6
60 - 64	5	2	7
65 y más	2	0	2
TOTAL	209	86	295

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (RFI).

GRAFICA 3

PIRAMIDE DE POBLACION Y PORCENTAJE DE LA POBLACION CON TABAQUISMO



FUENTE TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (R.F.)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

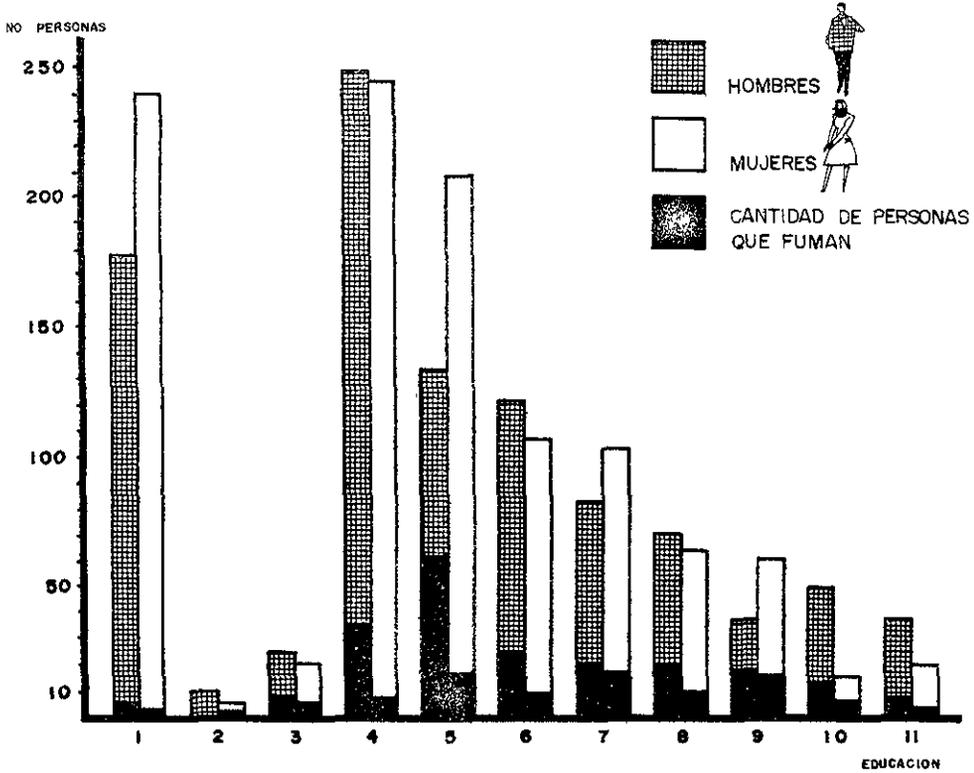
TABLA 7
 EDUCACION SEXO Y TABAQUISMO

EDUCACION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
1	5	2	7	2.37
2	0	1	1	0.33
3	7	4	11	3.72
4	35	7	42	14.23
5	61	16	77	26.10
6	25	8	33	11.18
7	20	17	37	12.54
8	19	9	28	9.49
9	18	15	33	11.18
10	12	5	17	5.76
11	7	2	9	3.05
TOTAL	209	125	295	100

FUENTE
 TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (R.F.I.)

GRAFICA 4

GRAFICA DE EDUCACION — SEXO Y TABAQUISMO



FUENTE TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (R.F.I.)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 8
 TABAQUISMO - CANTIDAD Y SEXO

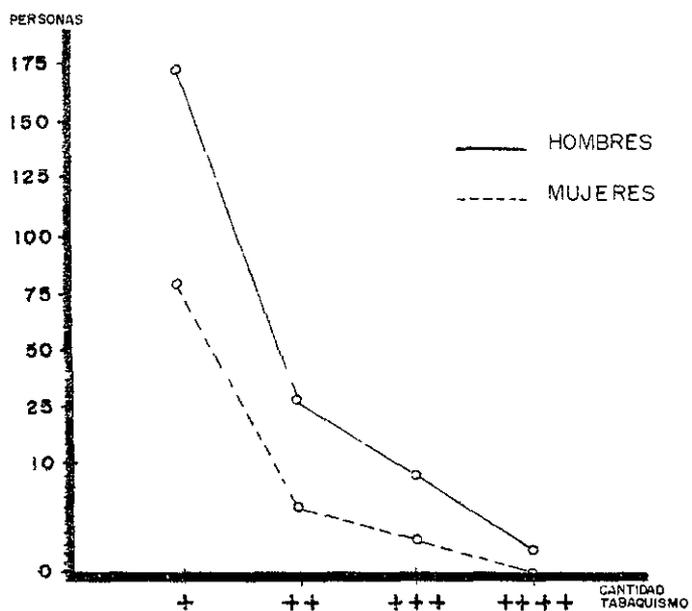
CANTIDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
+	172	77	249	84.40
+	26	6	32	10.74
+	9	3	12	4.06
+	2	0	2	0.67
TOTAL	209	86	295	100

FUENTE TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (RFI)

TESIS CON
 FALLA ES OBSCURA

GRAFICA 5

GRAFICA DE "ABAQUISMO - CANTIDAD - SEXO



FUENTE TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (RFI)

TABLA 9
HIPERTENSION Y TABAQUISMO

SEXO	SI FUMAN	NO FUMAN	TOTAL
MASCULINO	2	4	6
FEMENINO	1	10	11
TOTAL	3	14	17

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (RF1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 10
 EDUCACION - HIPERTENSION - SEXO

EDUCACION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
1	1	4	5	29.41
2	1	1	2	11.76
3	0	1	1	5.88
4	2	2	4	23.52
5	2	0	2	11.76
7	0	3	3	17.64
TOTAL	6	11	17	100

FUENTE TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (R.F.I.)

TABLA II

EDAD - HIPERTENSION - SEXO - TABAQUISMO

MASCULINO	FEMENINO
45 (-)	38 (+)
63 (-)	42 (-)
64 (+)	45 (-)
66 (+)	46 (-)
69 (-)	49 (-)
74 (-)	58 (-)
	60 (-)
	61 (-)
	62 (-)
	62 (-)
	78 (-)
(-) NO FUMAN	(+) SI FUMAN

FUENTE TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (RFI)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIOS

PIRAMIDE DE POBLACION

La pirámide obtenida en nuestro grupo etario presenta una base ancha con vértice estrecho, similar a la del país (21), donde los primeros grupos etarios para el sexo masculino fueron del 61.92% y para el sexo femenino del 60.01% cifras ligeramente menores a las reportadas para el país que son del 65% (22). Los tres primeros grupos etarios representan el 40.78% en cuanto a los hombres y para las mujeres el 38.48%. Si consideramos que estos son grupos económicamente dependientes y que del 59.22% de los hombres y del 61.75% de las mujeres restantes conocemos que solo trabajan 381 personas, lo que equivale al 18.20% de la población total o sea un poco menos de la 5a. parte de la población total de nuestro estudio, veremos que el porcentaje de económicamente dependientes se eleva hasta un 81.8% lo que da una relación de 1 por cada 5 personas dependientes. Si comparamos esta relación con la proporción de América Latina, que es de 1 a 2 y en algunos países europeos de 1 a 1 (23 y 24), nos percatamos de la escasa fuerza productiva que existe en nuestra población estudiada, lo que no se aleja de los estudios realizados en nuestro país (22).

El patrón esencialmente triangular de base ancha, refleja altos índices de natalidad y mortalidad durante largo tiempo. Sólo una pequeña proporción de personas han sobrevivido en los grupos de edad más avanzados; como resultado de ello la mediana de edad es relativamente joven; en contraste, la pirámide que podemos observar en países europeos (por ejemplo Inglaterra) tienen una base estrecha y la dos empinados. La expectativa de vida es mayor y por conse-

cuencia, una proporción mayor de la población sobrevive hasta la vejez, conduciendo a una mediana más alta de edad. En otras palabras, nuestra población de estudio, así como la del país es de un país joven. Es muy importante hacer resaltar que la pirámide triangular de nuestra población, así como la de nuestro país es típica de los países en " desarrollo " (4).

Por otra parte una de las ventajas que obtiene el Médico Familiar al conocer la pirámide por edades de su población, es el poder identificar los grupos etarios más numerosos, como en nuestro análisis quedaron representados por los tres primeros grupos de ambos sexos con un predominio bastante importante del segundo grupo (de 5 a 9 años de edad), que comprendió para los hombres el 14.42% de la población total masculina y para las mujeres el 13.90% para su población total. Como consecuencia es conveniente tenerlos en cuenta para la elaboración de planes de estudio, ya que al conocer el número (o porcentaje) de dichos grupos en forma real y no mediante deducciones subjetivas nos conducirá a la elaboración de programas basados en hechos reales y abocados a necesidades prioritarias de la población, "lo que hará más subjetiva y dirigida a la actuación de los trabajadores de la salud" (25).

ESCOLARIDAD

Al realizar una comparación de nuestros resultados con los obtenidos en relación a la escolaridad por el Dr. Castelazo Ayala y colaboradores, en un estudio realizado en aproximadamente 15,303 familias (26), distribuidas en toda la República Mexicana y derechohabientes del IMSS, se observa que en nuestro grupo los porcentajes son discretamente -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

más elevados en sentido favorable:

Nuestro Grupo de 358 familias		ESCOLARIDAD	Dr. CastelazoA. 15,303 familias.	
Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
18.83%	22.59%	ANALFABETISMO	5.80%	8.70%
24.94%	22.59%	PRIMARIA INCOMPLETA	21.96%	25.81%
13.42%	20.84%	PRIMARIA COMPLETA	43.27%	44.61%
20.53%	19.20%	EST. DE SECUNDARIA	16.57%	13.78%
10.91%	11.43%	EST. DE PREPARATORIA	6.80%	4.34%
8.81%	3.78%	EST. PROFESIONALES	5.60%	2.77%

Al observar los porcentajes anteriores se aprecia - en nuestro estudio que existe más alto porcentaje en el primer grupo debido a que en este grupo incluimos a todas las personas que no sabían leer y escribir, así como a todos los niños menores de 6 años lo que incrementó dicha cantidad.

En cuanto al nivel de estudios de primaria completa se aprecia un predominio moderado en el estudio del Dr. Castelazo. Esto puede ser debido a que dicho análisis se efectuó en toda la República Mexicana.

Otro punto que es importante hacer mención es el que se refiere a los estudios profesionales, en el que encontramos en ambos grupos, que el porcentaje obtenido en el sexo masculino rebasa por más del doble al del sexo femenino, lo que conocemos como concenso general que a últimas fechas se ha venido reduciendo debido a la cada vez mayor participación de la mujer en todos los campos profesionales.

Por lo que toca a los grupos restantes observamos - que existe un predominio en nuestro estudio, lo que probablemente puede explicarse, a que en provincia las exigencias para ingresar a cualquier tipo de empleo son más elásticas, que en el Distrito Federal, donde actualmente se exige, por lo menos nivel de estudios secundarios para ingresar a cualquier empresa o institución, dando por resultado que los padres de familia demuestren mayor interés en que sus hijos terminen como mínimo la secundaria. En cambio en provincia, para trabajar como ayudante en pequeños negocios o como peón de campo, ya sea en tierras propias o como trabajador asalariado, no se requiere mucho en cuanto a nivel de estudios. Una mejor impresión de lo antes mencionado se puede tener al observar la gráfica No. 2 y la tabla No. - - Dos.

TIPO DE EMPLEO.

De las 381 personas económicamente activas un 25.98% son obreros; 43.83% son empleados tanto de oficinas como de instituciones sin profesión específica; 10.71% de nivel técnico; comerciantes 2.09% y de oficios 5.51%. Los porcentajes anteriores suman 88.32% que extrapolados con el porcentaje de personas con estudios hasta secundaria los cuales suman 82.85% y comparados con los resultados obtenidos por el Dr. Castelazo Ayala que son: Empleos no calificados - - 88.20% y personas con estudios hasta secundaria de 89.80%, consideramos que tal similitud entre los porcentajes de ambos estudios parece guardar una relación de causa-efecto. - La tabla No. 3 muestra la gran diversidad de empleos y porcentajes encontrados en nuestro estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INGRESO PERCAPITA MENSUAL.

El 73.22% de las familias se localizó en la gama de ingresos que va desde los 2,000 hasta más de 5,000 pesos al mes por persona, lo que indica que cuentan con ingresos para satisfacer las necesidades básicas y adquirir otro tipo de satisfactores. Sólo el 26.78% de familias reportó ingresos de 0 a 1,999 pesos al mes por persona, lo que prácticamente les permite cubrir de una forma muy difícil sus necesidades más elementales.

TABAQUISMO.

En relación a tabaquismo extrapolamos la cantidad de personas con hábito tabáquico dentro de la pirámide de población y así marcar su porcentaje, encontrando una mayor frecuencia de fumadores del sexo masculino representados por 209 personas que equivalen a un 70.84% y en relación al sexo femenino encontramos 86 personas con un porcentaje del 29.16% de la población total de fumadores. Ahora, dentro de los hombres el grupo etario comprendido entre 30 y 34 años registró el mayor porcentaje de frecuencia en su población que fue del 50.57%. Por otro lado hacemos notar que el tabaquismo lo encontramos presente desde los 15 años hasta el último grupo de edad en este sexo.

En el caso de las mujeres, en ellas encontramos la mayor frecuencia en el mismo grupo de edad siendo el 25% de dicho grupo.

Es importante hacer notar que en nuestro grupo de estudio en el sexo femenino observamos positividad de tabaquismo a muy temprana edad, pues dos personas (1.5%) entre

los 10 y 14 años fuman. Y en el grupo en que se encontró tabaquismo a mayor edad fue el de 60 a 64 años. Ver tabla No. 6 y gráfica No. 3.

El hábito de fumar es en general más frecuente entre los varones que entre las mujeres. En Estados Unidos - del 42 al 51% de los hombres y 30 a 33% de mujeres son fumadores, la mayor proporción de estos se encuentra comprendida en el grupo etario de 17 a 44 años, en ambos sexos (cifras similares a las de nuestro estudio).

En una encuesta efectuada por la Oficina Sanitaria Panamericana en 1971, en ocho ciudades de Latinoamérica se estudiaron 12,332 personas, 5,608 hombres y 6,742 mujeres, tanto fumadores como no fumadores. México fué una de las - ciudades estudiadas y mostró una prevalencia de tabaquismo del 42% en los hombres y 18% en las mujeres (27).

Por lo que respecta a educación y tabaquismo registramos dentro del sexo masculino predominio de fumadores entre personas que tenían primaria completa y cuyo índice de frecuencia fué del 45.52%. En el sexo femenino dicho predominio se encontró en el grupo correspondiente a mujeres con secundaria incompleta y cuyo índice de frecuencia fue de - 16.50%. Ver tabla 7 y gráfica No. 4.

Un aspecto importante corresponde a la cantidad de cigarrillos que se consumen diariamente. Como hicimos mención en los resultados existe un mayor porcentaje en nuestro estudio de personas que fuman de 1 a 9 cigarrillos por día (una X), correspondiendo al 84.40%. De esta cifra la mayor frecuencia se observó en sexo masculino. Como también - se puede observar en la tabla No. 8, el menor número de per

sonas se encontró en los fumadores de XXXX (cuatro cruces) o sea de más de dos cajetillas de cigarros al día siendo representados únicamente por dos personas del sexo masculino. La gráfica No. 5 nos hace objetivas estas apreciaciones.

HIPERTENSION ARTERIAL.

En relación a nuestros 17 pacientes hipertensos como ya anotamos en los resultados, encontramos sólo tres personas (dos hombres y una mujer) que fumaban, lo cual representa el 21.42% del total de hipertensos.

En el análisis realizado registramos, que en relación a la educación y la hipertensión se vió un predominio de hipertensos analfabetas, encontrándose un mayor número de mujeres o sea que en el primer grado de escolaridad captamos 5 personas (29.41% del total de hipertensos) de los cuales 4 fueron mujeres y únicamente un hombre. El siguiente grupo correspondió a personas con primaria incompleta, encontrando un total de 4 personas (23.52%) de las cuales dos eran mujeres y 2 eran hombres. Los 6 restantes quedaron repartidos en los grupos de escolaridad 2,3,5, y 7. Ver tabla No. 10.

Nuestro grupo de hipertensos del sexo masculino se encontró con una fluctuación que iban desde los 45 a los 74 años con un promedio de edad de 63.5 años. Por lo que se refiere al sexo femenino las edades oscilaron entre 38 y 78 años arrojando un promedio de edad de 54.63 años. Ver tabla No. 11.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C O N C L U S I O N E S

La estructura demográfica de esta población de 358 familias es semejante a la reportada para el país en general, y un beneficio global de conocerla es identificar los grupos etarios y su morbilidad más frecuente, ya que variaciones en la estructura por edades con aumento o disminución de los más jóvenes o de los más viejos, a menudo transforman los patrones prevalentes de morbimortalidad. Nuevas modalidades de vida, mayores densidades urbanas o mayores hacinamientos, que originan migrantes o marginados, pueden entrañar problemas psicofisiológicos que actúan sobre el binómio salud-enfermedad. Podemos decir entonces que los nexos entre la salud y dinámica de población son estrechos y reales y que afectan profundamente al fenómeno salud-enfermedad, tanto cuantitativa como cualitativamente.

El grado de escolaridad de una población se refleja al parecer en el tipo de trabajo que desarrollan sus componentes. Un nivel educativo de estudios primarios se traduce casi siempre en trabajos poco remunerados, apenas suficientes para una vida de subsistencia, situación que puede extenderse a varias generaciones de una sola familia, por los escasos recursos disponibles para elevar el nivel de escolaridad hasta el grado que permita satisfacer demandas de cui dado y desarrollo, y posteriormente educativas.

Un ingreso suficiente para cubrir las necesidades elementales de la familia y una protección contra el impacto erosivo de la inflación, son objetivos nacionales cuyo logro se ve seriamente limitado debido al bajo nivel escolar de la población y por su tasa de crecimiento, que es una de las más altas del mundo y que también contribuye a -

un mayor desempleo. A ellos se suman la mecanización de la industria y la falta de la misma en el campo, que aunadas - al escaso financiamiento obscurecen el panorama de un am- - plio sector de la población. De mejorar en las áreas rura- - les las condiciones antes mencionadas se elevaría la produc- - ción, haciendo más atractivo el quedarse en el campo pues - para la tasa de crecimiento de nuestro país, se deben crear cada año 2 millones de empleos para satisfacer las deman- - das, meta prácticamente imposible.

El tabaco se viene utilizando desde hace siglos en todo el mundo pero en el siglo XX se ha tenido un considera- - ble aumento del consumo de cigarrillos elaborados sobre to- - do a base de tabacos curados al aire caliente.

Desde el punto de vista económico las enfermedades relacionadas con el tabaco constituyen una carga pesada pa- - ra los servicios de salud. En varios países este costo se - ha comparado con el valor económico del cultivo y de la ela- - boración del tabaco habiéndose demostrado de una manera in- - dudable que el gasto de la asistencia médica, la pérdida de productividad causada por las muertes prematuras y las debi- - das al ausentismo en el trabajo, relacionadas con el hábito de fumar, superan en suma el valor económico de los produc- - tos elaborados con el tabaco.

Datos similares a los encontrados en nuestro estu- - dio y como se comprueba en el mismo, revelan que existe un predominio de tabaquismo en la población del sexo masculi- - no.

La relación entre el consumo de cigarrillos y la - presencia de determinadas enfermedades han quedado claramen

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

te demostrada. El hábito de fumar aumenta el riesgo de las cardiopatías como tratamos de demostrar en nuestro estudio, así como también, infecciones respiratorias de todo tipo. De hecho, muchas de las enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco no se han vuelto comunes sino hasta las últimas generaciones al extenderse este hábito de fumar cigarrillos elaborados industrialmente.

Una acción enérgica a lograr que se fume, sobre todo a evitar que el hábito se difunda entre los niños y adolescentes sería un buen ejemplo de la forma en que los individuos pueden mejorar su propia salud, bajo la dirección y con el apoyo de las autoridades nacionales y locales, tarea que incluye al Médico Familiar como lo es en muchos padecimientos independientemente del tabaquismo, dentro de las medidas preventivas que se deben llevar a cabo en el primer nivel de atención médica.

Otro de nuestros hallazgos fue el de haber encontrado mayor frecuencia de tabaquismo en grupos de baja escolaridad, lo que hace pensar que en dicha población y dado el nivel cultural que se tiene no se alcanza a considerar el peligro que implica el hábito del tabaquismo, aún a pesar el gasto que representa el fumar. Quizás en nuestro grupo de estudio encontramos bajo nivel de fumadores en grupos de escolaridad más alta, es probable que este resultado sea dado por la poca población que existe en dichos grupos, aunque ya es de nosotros conocido el alto índice de tabaquismo entre los profesionistas.

En la búsqueda de la presente investigación y con respecto a la relación que existe entre tabaquismo e hipertensión arterial nos enfrentamos a una barrera determinada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por el hecho de no haber alcanzado una muestra significativa tanto en pacientes con hipertensión arterial, como de tabaquismo dentro de este grupo de pacientes. Consideramos que es importante hacer mención que el riesgo relativo encontrado entre tabaquismo e hipertensión fue observado en mayor cantidad en la población del sexo masculino, siendo del 1.89 a diferencia del sexo femenino que fue de 1.17 datos que son similares en estudios previamente realizados a escala mundial.

Otro punto importante que señalar es que en este consultorio se encontró una mayor frecuencia de pacientes del sexo femenino con hipertensión, mostrando una relación de 2 a 1 con respecto a los hombres.

PUNTOS BASICOS PARA
LA ELABORACION DE UN PROGRAMA CONTRA EL TABAQUISMO

EXPOSICION ACTIVA.

La importancia relativa del cigarrillo como factor etiológico de alteraciones respiratorias es de 6 a 1, mientras que la de la contaminación del aire es sólo del 1.2 a 1. Las mujeres embarazadas que fuman están expuestas a excitaciones uterinas que pueden dar lugar a partos prematuros. Es sabido que los niños prematuros nacen con menor peso que los llegados a término y presentan menor resistencia a las infecciones (28).

EXPOSICION PASIVA.

Menos conocidos son los peligros de la exposición pasiva al humo del tabaco. En el primer año de vida los hijos de padres fumadores sufren dos veces más bronquitis y de neumonías que los de los padres no fumadores. Los niños que padecen bronquitis o neumonías dentro del primer año de vida están más expuestos que los otros a tener repetidos ataques de afecciones respiratorias en los años siguientes (29). Es posible que esta asociación entre el tabaquismo de los padres y las afecciones respiratorias del niño no se deban únicamente a la inhalación pasiva del humo; hay en efecto, una relación positiva entre la frecuencia de la tos y la expectoración de los padres y la morbilidad respiratoria de los niños; y los padres que por ser fumadores tosen y expectoran con más frecuencia representan un riesgo mayor de infección para sus hijos.

EL TABACO Y LOS NIÑOS.

Es raro que los niños fumen en la escuela primaria, pero la proporción de los que se aficionan al tabaco al comenzar sus estudios secundarios va en aumento. Según el - - Real Colegio de Médicos de Londres, alrededor del 80% de los niños que fuman con regularidad siguen haciéndolo en la adolescencia y en la edad adulta y cuanto antes contrae una - persona el hábito de fumar, tanto mayor es el acortamiento previsible de su vida. Como en los países occidentalizados hay niños que empiezan a fumar a los 9 o 10 años, es importante iniciar la educación antitabáquica en la escuela primaria es decir en la edad en la que el niño es aún impresionable.

PROPAGANDA ANTITABAQUICA.

Es ampliamente conocido que los esfuerzos realizados por el sector salud en contra del tabaquismo resultan - inútiles ya que como un ejemplo podemos mencionar que en - 1975-1976 el gobierno inglés gastó aproximadamente un mi - llón de libras esterlinas en propaganda antitabáquica, pero la industria tabaquera dedicó 80 millones a promover la venta de sus productos (30).

De insistirse en las desventajas inmediatas del uso del tabaco para el niño, por ejemplo el hecho de no poder - sobresalir en algún deporte. Por lo que respecta al rápido aumento del número de fumadoras entre las niñas a partir de los 13 años, lo más eficaz sería contrarrestar la imagen de la atractiva vampiresa con el cigarrillo entre los labios - sustituyéndola por la realidad de la chica mal oliente cuyos besos apestan a tabaco.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lo mismo en el niño que en el adulto, el comportamiento en relación con el tabaco está influenciado por el medio social y una sociedad más conciente de la importancia de la salud podría crear un clima hostil al tabaco en el que el fumador resultara un individuo extravagante.

PROHIBICION TOTAL DE LA PROMOCION DEL TABACO.

Los países que prohíben todas las formas de promoción del consumo de cigarrillos son los siguientes: Afganistán, Arabia Saudita, Checoslovaquia, Finlandia, Hungría, - Noruega, Rumanía, Singapur y Yugoslavia. En Bulgaria, Italia y Kuwait la prohibición es casi total, pero se admiten algunas excepciones (29).

México se encuentra entre los países con legislación mínima sobre el tabaquismo, ya que únicamente se prohíbe la aparición de personas fumando en la publicidad por cine y televisión y la obligación de advertir la peligrosidad para la salud del consumo del tabaco en cada cajetilla de cigarros. Además se prohíbe fumar en algunos sitios y transportes públicos (31).

EL TABACO LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD.

Como en muchos países el tabaquismo es una verdadera plaga familiar, el fumador representa, por su mal ejemplo una amenaza para la salud de su familia. En las relaciones sociales y en el lugar de trabajo, la persona que fuma pone en peligro a sus amigos y a sus compañeros, pues no sólo les da un pésimo ejemplo sino que les hace más difícil abstenerse de fumar.



La necesidad social, sin embargo es clarísima: hay que reducir el consumo del tabaco hasta convertirlo en una práctica a la sólo se entreguen en privado pequeños grupos de incurables.

La medicina no tiene medios específicos para obtener modificaciones al comportamiento, ni dispone de medicamentos o métodos más eficaces que la simple persuasión para conseguir ese resultado.

Los padres suelen ser los modelos adultos más importantes para los niños, los profesores son también muy importantes, unas veces porque hacen las veces de figura paterna, otras porque contribuyen a reforzar el ejemplo de los progenitores y en todos los casos, porque están en mejores condiciones que nadie para suscitar en los niños reacciones colectivas que sí responden a una motivación bastante fuerte, pueden tener incluso un efecto muy poderoso en los padres fumadores.

EL MEDICO FAMILIAR Y EL TABAQUISMO.

Es importante entonces, en base al análisis anteriormente realizado tomar en cuenta el gran problema que se plantea al médico familiar, por lo que éste debe encontrar medios de labor educativa verdaderamente eficaces, previo conocimiento de su población. Todos los médicos tienen el deber de promover la salud y en forma muy especial el médico familiar dada su gran importancia que significa, como médico de primer contacto, ya que sería mucho más grave desaprovechar una verdadera oportunidad de disuadir a un fumador que diagnosticarle cualquier tipo de enfermedad influenciada por este hábito algunos años más tarde.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Howard F. Conn y Cols. " Medicina Familiar Teoría y -
Práctica ". Edit. Interamericana, 1974, 1a. Ed. en Es-
pañol.
- 2.- Cárdenas de la Peña, E. " Medicina Familiar en México ".
IMSS, México, 1974
- 3.- Varela Rueda Carlos. " La Especialización de Medicina
Familiar en México ". Bol. Med. del IMSS, 1972.
- 4.- Mausner S. Judith, " Epidemiología ", Edit. Interameri-
cana, 1977, 1a. Ed. en Español.
- 5.- World Health Organization, Hypertension and Coronary -
Heart Disease: Classification and criteria for epidemio-
logical studies. WHO Technical Report Series No. 168. -
Geneva, 1959.
- 6.- National Health Survey: Hypertension and hypertensive
heart disease in adults, U.S. 1960-62. Hashington. D.C.
U.S. Departament of Health, Education and Welfare, Vi-
tal and Health Statistics Series 11, No. 13, 1966.
- 7.- Buhler FR., Leche AS., Schuler G. et al.: Schweiz. med.
Wschr. 106: 99, 1976.
- 8.- Stamler J. et al.: JAMA 235: 2299, 1976.
- 9.- Ayman D., Goldshine AD.: Amer. J. Med. Sci. 200: 465,
1940.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 10.- Jules S., Ellis CN, Pascual Av, et al.: JAMA 1229: -
663, 1974.
- 11.- Millar-Craig MW., Bishop CN., Raftery EB.: Lancet I, -
795, 1978.
- 12.- Kooperstein SI., Schiffrin A., Leahy TJ.: Amer. J. Car-
diol. 10: 416, 1962.
- 13.- Doll R., Hill AB.: Nat. Cancer Inst. Monography No. 19:
205, 1965
- 14.- Kannel WB.. Hospital Practice 5: 78, 1970.
- 15.- Wald N., Howard S., Smith PG. et al.: Brit Med. J. I:
1399, 1964.
- 16.- Doll R., Hill AB.: Brit. Med. J. I.: 1399, 1964.
- 17.- Wilhelmsson C., Vedin JA., Elmfeldt D. et al.: Lancet
I: 415, 1975.
- 18.- Hammond S., Garfinkel L.: Arch. Environm. Hlth, 19: -
167, 1969.
- 19.- Cryer PE. Haymond MW., Santiago JV.: New Engl. J. Med.
295. 295. 573, 1976.
- 20.- Velarde H., " Tabaquismo ": Patol. Quir. Citol. Ex--
Fol., Vol. 7 No. 2.: 59 - 62. 1981
- 21.- De la Loza, Arnoldo MC y Rodríguez, Ma. de Lourdes, -
E.S.P.: " Principales Estadísticas de Salud en México".
Salud Pública de México, Vol. XVII, No. 1 Ene-Feb de -



1975.

- 22.- Población Calculada hasta el 30 de junio de 1981, Consejo Nacional de Población CONAPO.
- 23.- Población Calculada hasta el 30 de junio de 1972, Dirección General de Estadística S.I.C.
- 24.- Population Reference Bureau, Washington D.C.: 18 (5): 106, 1962.
- 25.- Escobar GL. " Health and Population in Bogotá, Colombia ", Bol. of Sanit. Panam., 79 (2): 112-20 Aug. 1975.
- 26.- Castelazo Ayala L. y Cols. " Investigación Clínica y Epidemiológica de los factores de riesgo perinatal en población adscrita al IMSS ". Gaceta Médica de México, Vol. 113, No. 9. 161-83. Abril 1977.
- 27.- Luna, J.L. " Tabaquismo ": Patol. Quir. Citol. Exfol. Vol. 4 No. 3. 129-31., Julio-Sept. 1978.
- 28.- Morbidity and Mortality Weekly Report, The Effects of Smoking on Health, Vol. 26., No. 18, May, 6, 1977.
- 29.- Bol. Of. Sanit. Panam., 88 (4), 1980.
- 30.- Marks L. " Polices and Postures in Smoking Control" - Br. Med. J., 1982.: 284.
- 31.- Tapia Juayek, R.: " Tabaquismo ", Sal. Pub. Méx. - - XXII: 601-15, 1980.

TESIS CON
FIRMA DE ORIGEN