

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Luis E. Aybar
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

**GOSTO DEL TABAQUISMO DOMICILIARIO DE PADRES DE FAMILIAS
DEL BARRIO MEJORAMIENTO SOCIAL, ENERO-ABRIL, 2019.**



Tesis de pos-grado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

Dra. Ruth Esther Richard Heredia

Asesores

Dra. Carmen Beatriz Betances (Clínica)

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológica)

Los conceptos expuestos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	2
I.2. Justificación	3
II. Planteamiento del problema	4
III. Objetivos	6
III.1. General	6
III.2. Específicos	6
IV. Marco teórico	
IV.1. Tabaquismo	7
IV.1.1 Historia	8
IV.1.2. Cultivo del tabaco	11
IV.1.3. Consumo del tabaco	14
IV.1.4. Consumo en hombres y mujeres	15
IV.1.5. Consumo en niños y hombres adolescentes	15
IV.1.6. Consumo en niñas y mujeres adolescentes	16
IV.1.7. Tabaquismo en el niño	17
IV.1.8. Mecanismos de acción y formas de empleo	17
IV.1.9. Historia natural del tabaquismo	18
IV.1.10. Epidemiología	19
IV.1.11. Clasificación de fumadores	21
IV.2. Compañías tabacaleras y publicidad	21
IV.2.1. Factores que intervienen en el uso del tabaco	24
IV.2.2. Factores individuales	25
V. Hipótesis	32
VI. Operacionalización de las variables	33

VII. Material y métodos	34
VII.1. Tipo de estudio	34
VII.2. Demarcación geográfica	34
VII.3. Universo	34
VII.4. Muestra	34
VII.5. Criterios	34
VII.5.1. De inclusión	34
VII.5.2. De exclusión	34
VII.6. Instrumento de recolección de datos	35
VII.7. Procedimiento	35
VII.8. Tabulación	35
VII.9. Análisis	35
VII.10. Principios éticos	35
VIII. Resultados	36
IX. Discusión	46
X. Conclusiones	48
XI. recomendaciones	49
XII. Referencias	50
XIII. Anexos	56
XIII.1. Cronograma	56
XIII.2. Instrumento de recolección de datos	57
XIII.3. Costos y recursos	58
XIII.4. Evaluación	59

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Gracias por la vida, por el amor y la oportunidad que me ha dado de seguir adelante, por permitirme llegar hasta aquí, por darme entendimiento y sabiduría para entender y soportar las pruebas en esta carrera, por la fuerza de voluntad que pusiste en mí, por quitar todo piedra del camino. Gracias señor porque más que pedirte tengo que agradecerte.

A la Universidad Pedro Henríquez Ureña.

Por aceptar llevar a cabo el presente estudio.

Al Hospital Central de Las Fuerzas Armadas.

Por darnos los medios necesarios para alcanzar esta meta y ver realizado este sueño.

A nuestros profesores.

Gracias, porque incondicionalmente nos brindaron el pan del conocimiento, por la dedicación y el tiempo empleado para transmitirnos estos conocimientos.

A mis asesoras Dra. Carmen Beatriz Betances y Claridania Rodriguez.

Por ser las que me han ayudado a dar los últimos pasos para este largo camino.

Dra. Ruth Esther Richard Heredia

DEDICATORIA

A Dios.

Por tu amor y misericordia hacia mí, por ser mi guía y mi protector y nunca me permitió dar un paso atrás por ardua que fuera la jornada.

A mi madre Mercedes Heredia.

Por tantos sacrificios has hecho por mí para llegar a ser una profesional y una mujer de bien.

A mi padre Leocadio Richard.

Por tanto sacrificio hecho para mí, porque has sabido guiarme por el camino de trabajo, justicia y la sensatez. Gracias papi por tanto.

A mis hijos Natasha y Joshua.

Por ser el motor para seguir adelante y por soportar tantos momentos de ausencia.

A mis hermanos Sandy, Vicky, Débora y María.

Aunque muchos no están conmigo físicamente, pero fueron de gran apoyo. Gracias mis hermanos.

A mis compañeros Wilma, Rosannny, Johanny Neftalí y Zorrilla.

Gracias por darme la oportunidad de haber formado este equipo con ustedes a pesar de las dificultades ni me arrepiento, ya que has sido una bonita y maravillosa experiencia.

Dra. Ruth Esther Richard Heredia

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de determinar el costo del tabaquismo domiciliario de padres de familias del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019, enero-abril, 2019. El universo estuvo conformado por 352 jefes de familia residentes en el sector y la muestra fue de 181 que fumaban. Se reporta que el 51.4 por ciento eran consumidor de tabaco, el 55.7 por ciento correspondió al sexo masculino, el 26.4 por ciento se encontraron entre 30-39 años, un 42.6 por ciento se encontraba soltero, un 92.9 por ciento fumaba cigarrillo, el 71.0 por ciento consume cigarrillo nacional, un 74.7 por ciento consume más de 16 cigarrillos por día, el 57.5 por ciento gasta diariamente alrededor del 100-200 peso diarios en consumo de tabaco el 47.5 por ciento tiene un salario mensual menor de 10,000 pesos y un 6.6 por ciento ha tenido licencia de trabajo por enfermedad ocasionada por fumar.

Palabras clave: Jefe de familia, tabaco, costo del tabaco, entrada mensual.

ABSTRACT

It was a descriptive and prospective study was conducted with the objective of determining the cost of home-based smoking for parents of families in the Improvement Social Neighborhood, January-April, 2019, January-April, 2019. The universe consisted of 352 family heads residing in the sector and the sample was 181 who smoked. It is reported that 51.4 percent were tobacco users, 55.7 percent were male, 26.4 percent were between 30-39 years old, 42.6 percent were single, the 92.9 percent smoked cigarettes, 71.0 percent. percent consume national cigarettes, 74.7 percent consume more than 16 cigarettes per day, 57.5 percent spend daily around 100-200 pesos daily in tobacco consumption, 47.5 percent have a monthly salary less than 10,000 pesos and a 6.6 percent percent have had sick leave due to smoking.

Key words: Head of household, tobacco, cost of tobacco, monthly entry.

I. INTRODUCCIÓN

Existe evidencia científica de los graves daños a la salud relacionados con el consumo del tabaco, se demuestra una clara relación entre el tabaquismo y el aumento de la morbilidad y mortalidad. Desde los años 60 el mensaje ha ido llegando a la opinión pública con mayor intensidad. Sin embargo, la adicción al tabaco a nivel mundial se sigue incrementando sobre todo en los países en desarrollo que debemos continuar en la lucha contra el tabaquismo.¹

En efecto, el tabaquismo es un freno al desarrollo, reduce la salud y productividad de sus víctimas, pues sus efectos nocivos se expresan en el periodo más productivo de la vida. Las acciones para evitar estos daños a la salud, deben reforzarse, debemos prevenir que los niños inicien el consumo del tabaco en forma temprana y ayudar a los que ya fuman para que dejen de hacerlo, así como, crear espacios libres del humo de tabaco para proteger a los no fumadores.

Por otra parte, se estima que los costos anuales en que incurren los sistemas de salud de los países desarrollados para atender las enfermedades atribuibles al tabaco oscilan entre el 6 y el 15 por ciento de su gasto total en salud. En los países en vías de desarrollo se cree que esta cifra es menor, debido principalmente a que la epidemia de enfermedades atribuibles al tabaco (EAT) se encuentra en su etapa incipiente; sin embargo, se conjetura que estos países verán crecer en un futuro cercano su gasto en salud destinado a la atención médica de estas enfermedades.²

Diversos estudios a nivel mundial muestran que el consumo de tabaco es una enorme carga para las familias de los fumadores. Hay estudios que muestran que, en los hogares más pobres se gasta un porcentaje del dinero que podría ser usado en alimentar a la familia en cigarrillos. Si bien en nuestro país el costo del tabaco es de los más bajos del mundo, los fumadores igual gastan plata en algo que les daña la salud y la de los suyos. Es importante recordar que la mitad de los fumadores muere a causa del consumo de tabaco y que la muerte en general se produce durante los años productivos de la persona, dejando a la familia sin una fuente de ingreso.³

1.1. Antecedentes

Pimentel, *et al*, llevaron a cabo un estudio descriptivo y prospectivos con el objetivo de determinar el consumo de tabaco y sus repercusiones económicas en el jefe de familia de los hogares en la población urbana del municipio de Boca Chica, Provincia Santo Domingo Este, Republica Dominicana durante enero-mayo del 2009. Se reportó que el 16.9 por ciento de jefes fuma, la mujer representa una proporción significativamente importante de jefe de familia (47,7%) y a temprana edad < 30 años ya son jefes de familia y 36,4 por ciento no tienen pareja, el inicio en el habito de fumar en 72,7 por ciento realizo en el hogar, los jefes de familia son fumadores moderados, consumen en promedio 339 cigarrillos/día y 14,916 cigarrillos/mes, un total de 34 jefes de familias trabaja, pero 10, no trabaja, solo 6 tuvo licencia de trabajo por enfermedad ocasionada por el fumado, entre los jefes de familias que trabajaban (34), el salario promedio mensual que recibían era de RD\$ 5300,00 (rango <7000,00-20000,00), los 10 restantes no trabajaban, pero recibían un ingreso mensual promedio de RD\$6000,00, un total de 40 jefes de familia, invertía menos de 100 pesos diario en la compra de cigarrillos, los jefes de familia invierten el 28,4 por ciento de su salario en compra de cigarrillos.⁴

Sáenz, *et al*, llevaron a cabo un estudio descriptivo y prospectivo y con el objetivo de caracterizar la evolución del consumo de tabaco en los hogares mexicanos entre 1994 y 2005. Resultados. La prevalencia del consumo de tabaco en hogares se redujo de 11.2% (IC 95%: 10.4-12.1) en 1994 a 7.8% (IC 95%: 7.3-8.3) en 2005. El consumo promedio de tabaco se mantuvo estable entre 1994 y 2004. El gasto en el consumo de tabaco entre los hogares fue de 4.2 por ciento del ingreso familiar, consumiendo 4.9 cajetillas por mes, para un 95 por ciento, los de mayor ingreso, consumen un 11.2 por ciento al mes, el gasto total resultó mayor que entre los hogares de mayor ingreso, con un 2.5 por ciento de diferencia. La participación promedio del gasto en cigarros en el gasto total de los hogares fumadores de menor ingreso no presentó diferencias significativas con respecto a la participación del gasto en educación y esparcimiento.⁵

1.2. Justificación

El tabaquismo es un problema de salud pública prioritario en el plano mundial; de los 1,100 millones de fumadores en el mundo, 800 pertenecen a países en desarrollo. El consumo de tabaco supone una amplia variedad de consecuencias adversas para la sociedad, ya que se relaciona con los daños a la salud, los gastos de atención médica, las pérdidas de productividad y la muerte prematura tanto del fumador como de los expuestos al humo del tabaco.

Los efectos del tabaquismo en la salud individual y poblacional y sus consecuencias económicas están bien descritos en la bibliografía internacional; sin embargo, los efectos económicos en los países en desarrollo no se han documentado lo suficiente. Esto conduce a una carencia de información científica necesaria para promover políticas más radicales que controlen el tabaquismo y combatan la manipulación de la información que lleva a cabo la industria tabacalera.

Con el fin de caracterizar los costos en la familia que genera el consumo de tabaco, este estudio se plantea como objetivo principal cuantificar el efecto sobre la economía familiar, así como el gasto atribuible a enfermedades relacionadas con el tabaco en los moradores del sector de Villa María del Distrito Nacional, asimismo servirá para actualizar datos estadísticos que contribuyan a la toma de decisiones por parte de los organismos correspondientes.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaquismo constituye la principal causa de muerte evitable en el mundo y en República Dominicana y es, por lo tanto, uno de los principales problemas de salud pública. Está asociado a alrededor de 4 millones de muertes en todo el mundo¹ y de casi 14.000 chilenos cada año (8.888 por enfermedades cardiovasculares, 2.083 por enfermedades respiratorias y 2.917 por diversos tipos de cáncer). Además es causa importante de morbilidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad isquémica cardíaca en menores de 65 años y un alto porcentaje de cánceres.⁶

Esto se traduce en altos costos para las personas, las instituciones, el sistema de salud y la sociedad en su conjunto. Se suma a esto los daños a la salud de las personas que comparten el mismo espacio que los fumadores, los fumadores pasivos.

De acuerdo a Hernández, el tabaquismo es una adicción que afecta seriamente a la economía de las familias, agregando que de acuerdo a un estimado difundido en todo el país, los hogares donde hay personas fumadores gastan un promedio de 600 pesos al mes, pero hay casos en los que esta cantidad llega a superar los 800 pesos. Se estima que el porcentaje de personas que compran cigarrillos en el país es un 9 por ciento, de estos el 64 por ciento fuma cinco cigarrillos diarios y 9 de cada 10 fumadores, creen que pueden dejarlo en el momento en que lo deseen, pero la realidad que se tiene es una muy distinta.⁷

En los últimos años, las encuestas de gastos en los hogares se han utilizado cada vez con más frecuencia para analizar el consumo de tabaco en los países de ingresos medios y bajos. Entre otras cosas, esto ha permitido caracterizar la prevalencia e intensidad del consumo de tabaco en hogares en el contexto nacional y por estratos socioeconómicos. En el caso de Indonesia, por ejemplo, se ha documentado una mayor prevalencia en los grupos de menores ingresos, lo cual coincide con lo encontrado en los últimos años tanto en países de ingresos altos como en países de ingresos medios y bajos.⁸

Además, el análisis de encuestas a hogares ha permitido conocer el papel del gasto en tabaco dentro del presupuesto familiar. En este sentido, diversos estudios muestran que el tabaco es una carga para los usuarios más pobres que destinan una parte de sus recursos, insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas, a la adquisición de tabaco.

Partiendo de estos informes se hace la siguiente pregunta:

¿Cuál es el costo en el consumo de tabaco en los jefes de familias del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar el costo del consumo de tabaco en los jefes de familias del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

III.2. Específicos

1. Determinar el estado socio-demográficos
2. Analizar el hábito de fumar actualmente.
3. Determinar la variedad de tabaco que consumen las personas.
4. Enumerar la cantidad de tabaco consumida al día y el gasto diario en tabaco.
5. Especificar en qué ocasión visitó el médico y este lo incapacitó (licencia médica).

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Tabaquismo

No existe un acuerdo unánime sobre cuándo se considera que una persona es fumadora. No hay ningún valor de consumo que sea seguro, ni tampoco ningún tipo de consumo. Fumar un cigarrillo supone la absorción de sustancias tóxicas e irritantes, que no son inocuas en ninguna dosis. Ahora bien, el riesgo asociado está en relación con el número de cigarrillos fumados y con el tiempo que se lleva fumando.⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes, cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

En trabajos de intervenciones de profesionales sanitarios de atención primaria en estados unidos cataloga como fumador a toda persona que haya consumido tabaco, aunque sea una calada en la última semana.

En la práctica habitual, y en el contexto de la mayoría de los protocolos clínicos, fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta ¿usted fuma?.

Parte del problema del tabaquismo es la creencia de que se trata de un mal hábito, sin embargo para entender la magnitud del problema se debe de partir del concepto, el tabaquismo es una adicción.

La adicción se establece mediante la progresiva instauración de la tolerancia farmacológica (necesidad de dosis mayores para conseguir los mismos efectos) y la aparición de la dependencia psíquica y física, actualmente se tiende a la situación del término dependencia física por el de neuroadaptación.

Entendiendo como adicción al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia en este caso de la nicotina.¹⁰

Existen varias clasificaciones de las drogas desde el punto de vista de sociología de Freixa quien divide a las drogas en institucionalizadas, o legales y no institucionalizadas, o ilegales.

Entre las primeras destacan el alcohol, tabaco y café. De las más usadas por su operatividad, esta la de Nahas, elaborada con criterios farmacológicos a partir de las experiencias de autoadministración de drogas en simios. Nahas considera ocho factores: acción sobre el humor, neurotoxicidad, acción de refuerzo positivo, tolerancia, síndrome de abstinencia, patología mental, patología somática y letalidad de la sobredosis.

Lo divide en 7 grupos que son Opiáceos, Psicoestimulantes mayores, Psicodpresores, cannabis, alucinógenos, solventes y Psicoestimulantes menores; clasificando al tabaco en este último grupo junto con la cola, Khat y la cafeína.¹¹

Dando puntos de neurotoxicidad, tolerancia, síndrome de abstinencia, patología mental y sobredosis letal. La nicotina es un compuesto sumamente adictivo entendiendo como sustancia adictiva a aquella que altera funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumidas reiterativamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción.

Estos productos incluyen las sustancias estupefacientes psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, a aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas. La nicotina es la droga más difundida en el mundo, es altamente adictiva, su consumo es legal y aceptado universalmente. Es la sustancia responsable del bienestar psicológico y la dependencia biológica del fumador.

IV.1.1 Historia

La planta del tabaco es originaria de América; el hombre la ha usado para inhalar el humo de sus hojas desde hace aproximadamente 2,000 años. El componente químico principal de la hoja del tabaco y que la hace adictiva, es la nicotina, sustancia que farmacológicamente tiene un efecto doble, pues resulta estimulante y sedante a la vez.¹²

Es adictiva porque produce una sensación placentera al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central.

La nicotina es absorbida fácilmente a través de la piel, las mucosas y los pulmones; la forma más frecuente de administración es inhalada, absorbiéndose a través de las mucosas de la boca y las vías aéreas para llegar al plasma en donde alcanza niveles suficientes para atravesar la barrera hematoencefálica y llegar a los núcleos dopaminérgicos pocos segundos después de su contacto con el organismo, lo que proporciona al adicto efectos placenteros muy rápidamente. La vía inhalada proporciona efectos casi inmediatos al fumador, pues en un lapso de apenas siete segundos puede inducir una sensación de alerta, acompañada de cierta relajación muscular debida a la activación del sistema de recompensa del núcleo accumbens, con elevación de los niveles séricos de glucosa y liberación de catecolaminas.

El tabaco ya se consumía por los indígenas de América desde la época precolonial. Entre otros, los mayas lo empleaban con fines religiosos, políticos, así como medicinales. Los aztecas lo conocían como yetl y lo empleaban como agente medicinal, sustancia narcótica y embriagante.¹³

El tabaco se descubrió en 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la tierra de los indios arahuacos, en las Antillas. El conocimiento inicial en Europa se realizó por las crónicas de Fray Bartolomé de las Casas y por el informe que el fraile Romano Pane le rindió al rey Carlos V en el año de 1497, en donde describía las virtudes medicinales de las hojas de tabaco.

En 1497, Américo Vesputio lo señalaba como masticatorio por los indígenas en una de las islas de Venezuela. En 1510, los hombres de Colón llevaron las primeras semillas a España. Los indios ixoquis de Canadá lo fumaban en 1545.

Para finales del siglo XVI, el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo, principalmente gracias a que los marinos europeos lo habían llevado a los países orientales, de África, etc. Los turcos empezaron su cultivo en Tracia a mediados del siglo XVI, empleando la nicotiana rustica, originaria de México.

Socialmente, el tabaco adquirió aceptación cuando el embajador de Francia, Jean Nicot, lo recomendó en su forma de polvo inhalado nasalmente. A la reina de Francia, Catalina de Médicis, como remedio en contra de sus frecuentes e intensas cefaleas.

De hecho, la reina se hizo al hábito y la costumbre se extendió rápidamente entre los nobles de Europa, convirtiendo su uso en verdadera regla de etiqueta; en Francia, André Thevet, cosmógrafo, también tuvo que ver con la difusión de la planta y sus usos; en 1558 lo mencionaba en Brasil con el nombre local de Petún.

Para algunos, los ingleses son los responsables de que se popularizara la costumbre de fumar gracias a Sir Walter Raleigh, cortesano de Isabel I, percibiéndosele entonces como un distintivo de aristocracia.

El consumo de tabaco continuó extendiéndose; sin embargo, se adoptaron diversas políticas para penalizar y restringir su consumo; entre ellas, sobresale la excomunión dictada a los fumadores por los Papas Vibano (Urbano) VII, Vibano VIII, Inocencio X e Inocencio XII; físicamente más terribles resultaron las penas que iban desde el arresto hasta la horca y la decapitación, pasando por diversos tipos de mutilación, ejercidos en Dinamarca, Rusia, China y Turquía. Ya en 1619 Jacobo I, rey de Inglaterra, lo declaró nocivo en su documento Misocarpus; en 1635 fue prohibido por los frailes dominicos.¹⁴

En 1606 Felipe III decretó que el tabaco sólo podía cultivarse en Cuba, Santo Domingo, Puerto Rico y Venezuela y ordenó pena de muerte para los que vendieran semillas a los extranjeros.

Con el fin de dar a conocer al público los peligros que implica el consumo de tabaco, así como las prácticas de negocio que realizan las compañías tabacaleras, la OMS desde 1987 en la asamblea Mundial de la Salud acordó que el 7 de abril sea el Día Mundial sin tabaco. Posteriormente, en 1988, se estableció que la celebración de este día se realizaría cada año el 31 de mayo. A partir de entonces año con año la Organización Mundial de la Salud establece y promueve un eslogan alrededor de cual en todo el mundo se realizan actividades para fortalecer la lucha contra el tabaquismo.

Desde 1999 con la puesta en marcha del mandato de 191 ministros de salud en todo el mundo se reunieron para adoptar medidas que limiten la propagación del tabaquismo y reduzcan el número de muertes causadas por esta pandemia, dieron inicio las negociaciones del convenio Marco para el Control del tabaco de la Organización Mundial de la Salud.

IV.1.2. Cultivo del tabaco

Se conocen muchas especies de la planta del tabaco, pero las dos fuentes principales del producto comercial son la *Nicotiana tabacum* y la *N. rústica*, originarias de Centro y Sud América. Estas plantas se bautizaron con el nombre genérico de *Nicotiana*, en honor a Jean Nicot, embajador francés en Portugal, que las recomendó a la familia real francesa como sustancias curativas.¹⁵

Durante el siglo XVI, el tabaco se convirtió en un "remedio" popular para muchas dolencias, pero su historia se remonta a tiempos más lejanos, ya que los antiguos indios de América-mayas, incas y aztecas, lo emplearon en ceremonias religiosas y, algunas veces, con fines curativos. Más al Norte, los indios de las praderas acostumbraban en sus ceremonias a fumar la pipa de la paz, que llegó a constituir una parte muy importante de su civilización. A partir del 1600, el fumar como placer se extendió con rapidez, a pesar de las severas críticas que en diversos períodos se han formulado contra este hábito.

Las regiones más adecuadas para cultivar las plantas del tabaco son las subtropicales y las de clima templado. En los Estados Unidos que es, con gran diferencia, el principal país productor de tabaco, se cultiva en los estados del Sudeste. Otras regiones importantes son Canadá, Venezuela, Cuba, Argentina, Rodesia, India, las Bahamas, Brasil, Turquía, Grecia y, en general, en toda la zona antillana y de Centro América.

Estas plantas son muy sensibles al terreno en que se cultivan y al clima, por lo que una misma muestra de semillas puede dar tabacos de calidades muy distintas, cuando se cultiva en zonas diferentes. Existen, por consiguiente, muchas variedades, que difieren en el aroma, color, textura, etc. Los tabacos más claros (tabaco rubio) se emplean, en general, para cigarrillos, mientras que las variedades más oscuras y fuertes se destinan a elaborar tabaco de pipa y cigarros.

Las semillas del tabaco son muy diminutas y se siembran, generalmente, en semilleros (almácigos) tratados con gran cuidado, a fin de eliminar todas las plagas nocivas del suelo.¹⁶

Las pequeñas plantas se trasladan, disponiéndolas en hileras sobre pequeños montículos, y los detalles del cultivo varían en las distintas zonas y según el tipo de planta. Las hojas son las fábricas de nutrimento de la planta, que lo distribuyen a las partes restantes, incluido el fruto y las flores.

Como las hojas son la parte aprovechable de la planta, el agricultor tiene que eliminar las flores y los retoños laterales, a fin de obtener hojas grandes y de buena calidad, dejando, en general, de diez a veinte hojas por planta. Sin embargo, las variedades de hoja pequeña (por ejemplo, tabacos turcos) no siempre se podan. Los retoños florales aparecen uno o dos meses después del trasplante y, poco después, las hojas comienzan a madurar, siendo las más cercanas a la base de la planta las primeras que maduran, cambiando su color verde oscuro en amarillo verdosa.¹⁷

Este es el momento adecuado para la recolección. Las hojas maduras del tabaco de Virginia pueden alcanzar dimensiones mayores de 60 centímetros.

El momento exacto de la recolección depende de la variedad de la planta y del proceso de curado que se emplee; un cultivador con experiencia conoce el momento exacto de arrancar las hojas, a fin de obtener los mejores resultados. Se emplean dos métodos para la recolección.

En algunos casos, se corta el tallo entero, que puede alcanzar de 90 a 180 centímetros de altura, pero lo más corriente es arrancar las hojas a medida que maduran, método que exige como mínimo seis visitas a cada planta, pero que asegura que todas las hojas recogidas se encuentren en el mismo grado de madurez, y se obtiene, por lo tanto, un tabaco con un grado uniforme de aroma y calidad.

Cuando las hojas se recolectan, tienen un alto contenido de humedad y no son adecuadas para fumarías, por lo que la operación inmediata es el curado. El curado consiste en secar la hoja, a fin de que se conserve y sea adecuada para su manufactura ulterior, dando lugar a una serie de cambios químicos en la hoja de tabaco. El tabaco de Virginia, que es el tipo de tabaco que tiene más aceptación para cigarrillos y ciertos tabacos de pipa, se cura por el método de chimeneas o tubos, que conducen los gases calientes de la combustión.¹⁸

Las hojas recolectadas se atan en pequeños manojos y se cuelgan a unos palos largos que se fijan sobre soportes en los cobertizos de curado. Éstos están fabricados de madera o ladrillo, y el suelo está recorrido por chimeneas de hierro, a través de las que circulan los humos de grandes hogares. Así, las chimeneas calientan los cobertizos, sin que en ningún momento el humo entre en contacto con las hojas. Durante las primeras veinticuatro a treinta y seis horas, la temperatura se eleva de 27 a 50 C°.

En esta etapa, el color de la hoja es amarillo oro o anaranjado, la ventilación se aumenta considerablemente y la temperatura se eleva hasta unos 600 C°. Durante las próximas dieciocho horas, a fin de fijar el color. A continuación, con los ventiladores cerrados, la hoja se seca por completo, al elevar la temperatura hasta 7 C° en las siguientes seis horas. Este tipo de curado sólo es adecuado para tabacos seleccionados y no para curar tallos completos con las hojas en distintos grados de madurez.

El curado al aire es el método más antiguo, y se puede emplear lo mismo para hojas seleccionadas que para plantas completas. El tabaco se cuelga en cobertizos y se expone a una corriente de aire durante dos o tres meses, tomando grandes precauciones para regular el contenido en humedad del aire. Los tabacos así curados se emplean para cigarros y tienen un color pardo rojizo.¹⁹

El curado al sol también produce hojas de color pardo rojizo, y el tabaco es algo más suave que el curado al aire. Las hojas marchitas se exponen al sol hasta que están totalmente secas y curadas, proceso que dura de cuatro a seis semanas, en general. La mayoría del tabaco turco cultivado en Europa oriental se cura por este procedimiento.

El curado al fuego, en el que el humo entra en contacto directo con las hojas, no se usa en gran escala. El tabaco se dora durante unos pocos días, y después se encienden las hogueras.

El tiempo empleado depende del combustible utilizado (varios tipos de maderas) y de la cantidad de humo producido, obteniéndose un tabaco de color oscuro y fuerte aroma.

Después de un curado total, las hojas son quebradizas y se estropean con facilidad, por lo que, antes de manejarlas, es preciso exponerlas a la atmósfera o al vapor, a fin de que se humedezcan, proceso que se llama acondicionamiento. Cuando las hojas están acondicionadas y han recuperado su flexibilidad, se seleccionan y preparan para la venta.

Los sistemas comerciales varían en los diferentes países, y así Grecia vende su tabaco por tratados comerciales, pero en Rodesia y los Estados Unidos, entre otros, el tabaco se vende en subasta pública. El tabaco, una vez vendido, se seca de nuevo y se acondiciona para su envío al país comprador, donde se elabora para el consumo.

IV.1.3. Consumo del tabaco

Como lo ha señalado la FAO (*Food and Agriculture Organization*) en su informe «Previsiones de la producción, consumo y comercialización del tabaco hasta el año 2010», los cigarrillos son el modo de consumo de tabaco más difundido a nivel mundial, representando un 85 por ciento de cómo se consume el tabaco.²⁰

Se estima que hay actualmente unos 1.300 millones de fumadores en el mundo, que fuman 5,5 billones de cigarrillos al año, y se espera que para el año 2010 su número suba a 1.500 millones.

Entre los países de mayor consumo de tabaco se encuentran Afganistán con el 82 por ciento de fumadores, Rusia con el 70.1 por ciento y China con el 59.5 por ciento.

Las regiones mundiales con mayor porcentaje de consumo de tabaco son las de Asia y Australia con un 57 por ciento seguida por América con un 12 por ciento, Europa Oriental y Rusia con el 14 por ciento, Europa Occidental con el 9 por ciento y por último el Medio Este y África con el 8 por ciento.

Los cinco países con mayor consumo anual de cigarrillos son: China, Estados Unidos, Rusia, Japón e Indonesia. Durante cada día en el año 2010, doce millones de cigarrillos por minuto se fumarán alrededor del mundo.

IV.1.4. Consumo en hombres y mujeres

Casi un mil millones de hombres se encuentran en el mundo del humo. Alrededor del 35 por ciento en países de altos recursos, y el 50 por ciento de los hombres en los países en desarrollo. Las tendencias en países de bajos y medianos recursos indican la disminución lenta, pero segura. Sin embargo, esta tendencia es extremadamente lenta y avanzará durante décadas, mientras que en el interin, el tabaco mata alrededor de 5 millones de hombres cada año. China merece una mención especial debido a la enormidad del problema del tabaco y el peligro que plantea.²¹

Casi el 60 por ciento de los hombres chinos son fumadores. En cuanto al consumo en mujeres, cerca de 250 millones de mujeres en el mundo son fumadoras cotidianas, el 22 por ciento de las mujeres en países con altos recursos y el 9 por ciento de las mujeres en países de bajo y medios recursos.

El hábito de fumar está decayendo en las mujeres de países con altos recursos como Australia, Canadá, El Reino Unido y los Estados Unidos, pero en muchos países del sur, centro y este de Europa, las cifras de mujeres fumadoras están estables o en aumento.

IV.1.5. Consumo en niños y hombres adolescentes

Las diferencias en las tasas de tabaquismo entre niños y niñas no son tan grandes como se pudiera esperar, a los niños les agrada fumar más que a las niñas, pero en cerca del 60 por ciento de los países cubiertos por la Encuesta Global Jóvenes y Tabaco (GYTS), que contabiliza el tabaquismo en edad juvenil de los países participantes utilizando una metodología común y un cuestionario básico. Estudio/Escuelas, grupos de edad de 13-15 años) en 132 países. No hubo diferencia significativa entre ambos.²²

Cerca de un cuarto de la gente joven que fuma prueba su primer cigarrillo antes de la edad de 10 años. El incremento en los niños fumadores es debido a la comercialización de los productos del tabaco, la facilidad al acceso a éstos, los bajos precios, la presión y aprobación de su consumo por sus amigos fumadores, parientes y hermanos y la impresión errónea de que fumar incrementa la popularidad social.

Aunque los efectos más serios a la salud por el tabaquismo ocurren después de décadas, también causa efectos inmediatos a la juventud, tales como la reducción de estamina. Los hombres jóvenes que fuman experimentan mayores riesgos de padecer disfunción eréctil que aquellos que no fuman, y el riesgo de impotencia incrementa con cada cigarrillo fumado.

El riesgo más importante para los adolescentes es la adquisición de una adicción que les reducirá el tiempo de vida. Los fumadores que se vuelven adictos al tabaco en su juventud, encaran el mayor riesgo de contraer o sucumbir ante las enfermedades relacionadas con el tabaco como son el cáncer, enfisema, derrame cerebral y enfermedades del corazón.

A menos que el hábito de fumar disminuya drásticamente, el cigarrillo podrá matar eventualmente a 250 millones de niños y adolescentes. El 86 por ciento de los jóvenes alrededor del mundo están de acuerdo en que el fumar no hace más atractivos a los niños y adolescentes varones. Cerca de 50 millones de niños chinos eventualmente sufrirán muerte prematura relacionada con las enfermedades provocadas por el tabaquismo.

IV.1.6. Consumo en niñas y mujeres adolescentes

A nivel mundial, el tabaquismo en las niñas está en aumento. En el 14% de los países cubiertos por la (GYTS) más niñas que niños fuman cigarrillos. Así como sucede con los hombres, la gran mayoría de mujeres que se convierten en grandes fumadoras se vuelven adictas al tabaco antes de ser adultas.²³

Los factores que incrementan el riesgo del tabaquismo en las niñas son similares a los de los niños: la industria del comercio del tabaco facilita el acceso a los productos; bajos precios, por otro lado, las presiones y aprobación de los amigos y parientes; la percepción errónea de que el fumar aporta popularidad social, entre otros.

En algunas culturas en que las mujeres son sometidas a imágenes irreales sobre su cuerpo, pueden empezar a fumar y racionalizar su adicción en la creencia equivocada de que bajarán de peso al fumar, de hecho, el cigarrillo no está asociado a la reducción de índice de masa corporal en las mujeres.

Programas diseñados en cuanto a la prevención y abandono del tabaquismo para niñas y mujeres jóvenes puede ser benéfico desde la inclusión en las consultas relacionadas con la imagen corporal. El 90 por ciento de la juventud a nivel mundial está de acuerdo en que el fumar no hace a las niñas o adolescentes más atractivas.

Los motivos por los cuales las mujeres jóvenes empiezan a fumar son: La moda de emancipación de la mujer, relación con el peso, imagen corporal y moda del vestir, las campañas de comercialización enfocadas a la mujer, imágenes positivas de tabaquismo en revistas, películas y cultura de la juventud, percepción de mejor nivel económico, entre otros.²⁴

Se aprende a fumar durante la infancia o la adolescencia. En este contexto, alrededor del 20 por ciento de los fumadores han comenzado a fumar a los 13 años y más del 90 por ciento antes de los 20 años, si el inicio de fumar se retrasa hasta la madurez, la acción de convertirse en fumador será poco frecuente.

A nivel mundial, el 9.5 por ciento de los estudiantes fuman habitualmente (12.1% chicos, 6.8% chicas). Existe una mayor prevalencia en Europa; y la más baja es en la Región Mediterránea Este.

IV.1.7. Tabaquismo en el niño

Una de las metas malignas de las tabacaleras es atraer por lo menos a 5,000 niños y adolescentes diarios, para iniciarlos en el tabaquismo, a fin de reemplazar a los fumadores que han abandonado la adicción o que murieron por alguna enfermedad producida por el tabaco.²⁵

IV.1.8. Mecanismos de acción y formas de empleo

El tabaco puede ser masticado, inhalado directamente por la nariz (pulverizado en forma de rapé) o fumado en pipas, cigarros o cigarrillos. Aspirando el humo, se puede absorber hasta el 90 por ciento de la nicotina, mientras que si éste permanece únicamente en la boca, la cifra se reduce al 20 o 35 por ciento.²⁶

Aproximadamente 8 segundos después de haber entrado a los pulmones, la nicotina contenida en el tabaco alcanza el torrente sanguíneo y a más tardar en 5 minutos ha logrado traspasar la barrera hematoencefálica para llegar al cerebro.

En primera instancia estimula algunos receptores sensitivos y produce una descarga de adrenalina que acelera la frecuencia cardiaca y eleva la presión arterial; posteriormente deprime todos los ganglios autónomos del sistema nervioso periférico. La nicotina, principal alcaloide del tabaco, es una amina terciaria con acciones a nivel del sistema nervioso central (SNC) euforizantes, cognitivas, de regulación del humor, de la concentración, memoria y del apetito, entre otras, que se ejercen por intermedio de la liberación de neurotransmisores como acetilcolina, dopamina, noradrenalina, vasopresina y β endorfinas, produce un reforzamiento positivo, sensación euforizante y placentera que es probablemente el eje central de la adicción.

La vía más conocida para esta acción es la mesolímbica dopaminérgica, la misma de otras drogas adictivas; la nicotina es más adictiva que la heroína, la cocaína o el alcohol. Una vez inhalada, se absorbe con rapidez (8 segundos) y pasa directamente a la circulación, donde alcanza un pico máximo de concentración sumamente rápido, estimula a los receptores nicotínicos del cerebro en aproximadamente 10-20 segundos y genera así una respuesta casi inmediata.²⁷

Luego, la nicotemia desciende también rápidamente, debido a la difusión en los diferentes tejidos y a su vida media muy corta, de apenas 2 horas. La nicotina se metaboliza extensamente y con rapidez, en especial en el hígado y en el pulmón y se elimina por vía renal, según el pH de la orina.

IV.1.9. Historia natural del tabaquismo

Todos los estados de salud y enfermedad, comprendido el tabaquismo, se deben la interacción entre el agente causal, el huésped y el ambiente, que forman una Tríada Epidemiológica en donde tres elementos son indispensables para que ocurra la enfermedad.²⁸

Huésped: el hombre, la mujer, los jóvenes y los niños. Es decir, los receptores de la enfermedad o noxa

Ambiente: los factores que hacen que el huésped y el agente se pongan en contacto o no. En el tabaquismo son múltiples, considerando los factores físicos que corresponden al cigarrillo y la inhalación de humo en el fumador; proceso que se extiende a los no fumadores que se afectan por el humo ambiental del tabaco. Y se agregan factores sociales y culturales como son la "condición de normalidad" del fumar y la permisividad para hacerlo.

Cuando los tres elementos que constituyen la tríada (agente, huésped y ambiente) se encuentran en equilibrio es lo que se puede definir como salud, que en el tabaquismo no es completa porque desde el comienzo está ligado a procesos respiratorios.

Cuando este equilibrio se altera comienza la enfermedad, sobre todo pulmonar o cardio-circulatoria, que puede ir a la recuperación, incapacidad, cronicidad o muerte.

IV.1.10. Epidemiología

La tendencia mundial es que en los países de ingresos altos el consumo de tabaco ha venido disminuyendo paulatinamente en las últimas décadas. Por el contrario, en países de ingreso medio y bajo como todos los de la Región latinoamericana- el consumo de cigarrillos está en aumento.²⁹

Los valores de consumo entre los hombres son superiores a 40 por ciento en el Cono Sur, Argentina (46,8), Chile (47.2%), Uruguay (38%) y en la región andina, Ecuador (46.6%), Bolivia (42.7%) y Perú (41.5%); lo mismo ocurre en Cuba (48%). En general, las cifras más bajas están en Centroamérica, Costa Rica (28.6%) y el Caribe no latino. En México la prevalencia de consumo en hombres de 42.9 por ciento. El consumo en Estados Unidos y Canadá es de 27.6 y 27 por ciento, respectivamente.

Para las mujeres, generalmente, el consumo es inferior al de los hombres, pero observaciones recientes muestran una tendencia al incremento del consumo de tabaco, particularmente de las adolescentes.

Observándose los siguientes resultados: Argentina (34%), Brasil (29.3), Cuba (26.3%) y Colombia (21%) son los cuatro países latinoamericanos que registran valores por encima de 20 por ciento en el consumo de las mujeres. Otros como Chile (18.3%), Bolivia (18.1%) y México (16.3%), están cercanos a esa cifra y el resto de los países del área tienen valores inferiores a los descritos. En Canadá y Estados Unidos la prevalencia de fumadoras es de 23 y 22 por ciento respectivamente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen en el mundo más de 1.100 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos el 47 por ciento de los hombres y un 11 por ciento de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5,827 billones de cigarrillos al año.³⁰

El 74 por ciento de todos los cigarrillos se consumen en países de bajo-medio nivel de ingresos (Banco Mundial). Tanto para hombres como para mujeres, el segmento de edad en la que fuma mayor proporción es el comprendido entre 30 y 49 años. Las mayores prevalencias mundiales se encuentran en Vietnam, Corea, parte de África y República Dominicana en hombres (73, 68 y 66%, respectivamente), mientras que Dinamarca y Noruega la presentan en la población femenina (37 y 36% respectivamente). Por su elevado volumen poblacional, China, India y la Federación Rusa son las que agrupan la mayor parte de fumadores del mundo.

En la Unión Europea existe una reducción progresiva del consumo, se mantiene la mayor prevalencia en hombres que en mujeres, excepto en Suecia, donde el consumo es algo mayor en mujeres (22% hombres, 24% mujeres). La mayor proporción de fumadores se encuentra en los países mediterráneos. La prevalencia en España a todas las edades es del 36 por ciento de la población.³¹

La primera evidencia que se tiene de su relación fue sugerida en 1761 por John Hill, que describió el desarrollo de pólipos laríngeos en los consumidores de rapé; dos de los casos que describió presentaban una transformación maligna; esta asociación ha sido corroborada en multitud de ocasiones desde esa época.

En 1941 los trabajos de Yamagawa e Ichikawa, demuestran por primera vez la naturaleza carcinógena de diferentes hidrocarburos del humo de cigarrillos. Posteriormente en 1950 y 1952 los trabajos de Doll y Hill publicados en BMJ y usando metodología del tipo estudio caso-control ya sugieren que el tabaco es la principal causa de cáncer de pulmón

IV.1.11. Clasificación de fumadores

El fumador negativo: Es aquél que fuma en situaciones de crisis y utiliza al tabaco como un relajante.³²

El fumador hedonista: Es aquél que fuma de forma controlada y disfruta del placer del humo del cigarro.

El fumador habitual o crónico: Fuma constantemente sin ser consciente de ello, consume el tabaco en grandes cantidades y en la gran mayoría no sabe por qué fuma.

El fumador drogodependiente: Fuma constantemente y se siente incómodo si le faltan los cigarrillos. No puede estar sin un cigarro en la mano y enciende uno detrás del otro.

El fumador pasivo: Es aquél que no consume el tabaco pero que es afectado por el uso de los otros que lo consumen. La combustión del cigarro en personas que están cerca de los fumadores, por la expulsión de sustancias gaseosas contaminan e intoxican el organismo de las personas que no están fumando, ya que lo que los fumadores expulsan es tres veces más tóxico que lo que inhalan.

En el caso que sea un niño el fumador pasivo las consecuencias no serían las mismas sino que se verían agravadas.

IV.2. Compañías tabacaleras y publicidad

En este apartado se abordarán algunos aspectos concernientes a las compañías tabacaleras, el papel que juega la publicidad para la adquisición del hábito, especialmente en los jóvenes y la importancia que tiene esta industria para la economía de cada país.³³

Hablar de la industria tabacalera implica, subrayar los intereses económicos que se manejan como producto de la venta de tabaco. En muchas ocasiones, esta industria ejerce presión internacional muy fuerte y muchos gobiernos se sienten incapaces de enfrentarse a ella. Su establecimiento en otros países, obedece en ciertos casos a una disminución de la baja de las ventas de tabaco en sus países de origen.

Una vez que se instalan las empresas tabacaleras en otros países, se incrementa el consumo de tabaco y en muchas ocasiones las campañas publicitarias que se organizan no están reguladas en absoluto. Para cuando el gobierno de un país advierte los problemas de salud y la profesión médica se da cuenta de la rápida escalada del problema, grandes cantidades de personas están verdaderamente implicadas.

La empresa tabacalera habrá ganado un nuevo mercado de consumidores adictos. Y es que definitivamente, la industria tabacalera ha demostrado ser sumamente diestra a la hora de planificar un futuro próspero y floreciente. Ha conseguido por ejemplo, que a medida que los fumadores mayores dejan el hábito, lo adquieran los más jóvenes, lo cual desmiente también la afirmación de la asociación de publicitarios según la cual los anuncios solo inducen a los ya mayores a cambiar de marca.³⁴

En el proceso de adquisición del hábito tabáquico, la publicidad juega un papel muy importante, pues es la herramienta de la industria tabacalera que le permite lograr sus objetivos, ya que al ser un producto dañino debe dársele una publicidad muy bien preparada para lograr su aceptación.

En el análisis de los mensajes los anuncios cumplen con la función imaginaria, pues el producto se asocia con personajes y situaciones que generan sensaciones placenteras, lúdicas o que se refieren al comportamiento sexual. La forma de construcción de las imágenes, todas ellas se expresan a través de la representación de objetos o situaciones que pueden darse en la vida real, pero se valen de símbolos reconocidos socialmente, para asociar al producto cualidades que sean atractivas para la población a la que se dirige el anuncio.

La inclusión de anuncios en eventos deportivos y artísticos de gran atracción para el público permite que la marca sea vista dentro del espectáculo, acostumbrando al público a su presencia, como algo socialmente aceptado, se menciona que los fabricantes de cigarrillos gastan más de 300 millones de dólares al año no sólo promoviendo una marca particular, sino también propiciando la aceptación general del hábito de fumar.

Un examen más detallado de la publicidad de los cigarrillos nos demuestra claramente que se presentan muy pocos hechos negativos. Los anuncios se basan en las necesidades individuales y en el recuerdo de sentimientos gratos, presentando la imagen de una situación placentera y feliz.³⁵

Estos comerciales están dirigidos a reducir nuestras propias ansiedades respecto al volvernos viejos, perder la salud, estar solo o perder vigor sexual. Se invita a adaptarnos aun mundo falso, en donde la satisfacción de nuestras necesidades solamente la logramos por medios artificiales.

De hecho las campañas publicitarias se basan en estimular ciertas huellas psicológicas que hemos tenido en el transcurso de nuestra vida, a través de mensajes en los comerciales y provocar estados de ánimo. El impacto de tal publicidad sobre los fumadores potenciales es considerable y se ha demostrado que las ventas están directamente relacionadas con la inversión en publicidad.

La mayoría de los fumadores no pueden ni siquiera distinguir su marca favorita cuando tienen vendados los ojos, lo cual, en muchas ocasiones, hace el factor sabor altamente dudoso en la elección de una marca. Se elige una en particular debido a la identificación con el sentimiento representado en el anuncio o quizás con alguien que también fuma esa marca particular y muchas otras veces, esa elección se motiva también en el precio.³⁶

Hay pocos productos que poseen un sistema de distribución tan efectivo como el del tabaco, se pueden conseguir cigarrillos hasta en los lugares más apartados, desde una choza o ramaje hasta en los más elegantes clubes; y esto se debe a que la organización de las empresas tabacaleras es excelente, hecho que se ve reflejado en el éxito económico de este producto.

Las condiciones particulares que sobresalieron a principios de siglo para hacer ver el negocio del cigarro bastante promisorio, fueron el poder manufacturar en serie el cigarro, los medios de comunicación que se desarrollaron y la mercadotecnia. También se observó que podían manipularse las masas para lograr que se consumiera este producto: éstas tres cosas se juntaron y favorecieron este negocio, expresa Rodolfo Posadas Valay, director del Centro de Prevención y Rehabilitación de Enfermedades Pulmonares Crónicas, del Hospital Universitario.

Cómo no será bueno este negocio si tan sólo la empresa estadounidense Philip Morris, dueña de marcas como Marlboro y Benson & Hedges - tuvo, de acuerdo a la revista Business Week, ventas internacionales, en 1996, de un promedio de 4 mil 140 millones de dólares.

Con ésta perspectiva socioeconómica de las implicaciones del tabaco es importante reflexionar que la promoción de las drogas socialmente aceptadas como el tabaco contrasta con los objetivos de los programas preventivos de salud. No sólo porque los empeños preventivos no han resultado suficientes para erradicarlo, sino que se mantiene la contradicción de permitir que se promueva el consumo de tabaco.

IV.2.1. Factores que intervienen en el uso del tabaco

Cuando se habla de adicciones y específicamente de tabaquismo es difícil determinar su causa principal, ya que como se mencionó antes, se trata de un problema multifactorial. Sin establecer o determinar específicamente su origen, ya que éste se vincula con diversas influencias individuales, de la familia o el medio familiar y el contexto social donde se incluye la comunidad, el medio escolar, el medio laboral, etc., buscaremos estudiar el papel que juega cada uno de éstos factores para que los estudiantes universitarios adopten el hábito del tabaco.³⁷

Un elemento importante en la prevención del tabaquismo es conocer cómo se desarrolla en los diferentes grupos de la población para en base a eso diseñar las estrategias idóneas que permitan obtener resultados más efectivos.

Un aspecto interesante en este sentido es que en la etapa de adolescencia es cuando el ser humano se encuentra con mayor predisposición de adquirir adicciones por las características propias de esta edad, por tal motivo se considera, según Torres, la etapa propicia para la prevención. Esto último, nos indica la importancia de estudiar los motivos que impulsan al estudiante universitario para que adquiera o continúe con el hábito de fumar durante su educación. Y pese a que los estudios realizados indican que el momento ideal para la prevención es la etapa de la adolescencia, no hay duda de la utilidad que puede traer el implementar programas antitabaco en otras etapas de la vida.

IV.2.2. Factores individuales

Los motivos que influyen para que un individuo adquiera el hábito de fumar son variables, sin embargo se puede establecer una clasificación de aquellos factores que hay en común o coinciden para profundizar en esta adicción. La tendencia a fumar, al igual que la mayoría de las conductas, se basa en motivaciones que muchas veces provienen desde la infancia.³⁸

La necesidad de depender se presenta de diversas maneras de acuerdo con la edad y maduración de la personalidad. Asimismo en frecuentes ocasiones se sufren experiencias que dejan huella psicológica en muchos momentos de la vida; huellas que pueden provocar consciente o inconscientemente, diversos estados emocionales capaces de generar conductas diversas. Tomando en cuenta esto y la información que se tiene sobre el inicio del hábito, se considera conveniente mencionar algunos aspectos sobresalientes de la adolescencia.

La etapa de la adolescencia se caracteriza, entre otras, por la búsqueda de identidad y en ese proceso de búsqueda, en la conducta domina la lucha entre el interés de ser individual y el ser social. El adolescente tiene un conjunto de necesidades biopsíquicas y sociales que lo impulsan a actuar en busca de los satisfactores más adecuados, condicionada esta búsqueda por el medio ambiente social en el que vive. Así, motivado por sus impulsos básicos trata de integrarse y de armonizarse con el mundo que lo circunda.

De tal manera que en la adolescencia se lucha por la identidad, la orientación y la autoestima. Se buscan marcos de referencia, aunque el logro de esta búsqueda se dificulta por la inestabilidad y desconcierto que las sociedades industriales producen en el adolescente. En conclusión, la característica clave en el adolescente es la búsqueda de una plena identidad individual y social.

Entre los jóvenes se puede distinguir como uno de los motivos que impulsan a fumar la necesidad de afirmar o definir la personalidad (Instituto Nacional del Consumidor. Si bien es cierto que las teorías sobre las motivaciones psicológicas más profundas no están bien desarrolladas, los estudios sobre fumadores adolescentes sugieren una relación entre la necesidad de fumar y los sentimientos de inseguridad y poca autoestima.³⁹

En algunos niños y jóvenes el hábito se ve favorecido por la necesidad de demostrar mayor edad o como una rebelión ante lo prohibido cuando se establecen restricciones constantes.

La necesidad de afirmarse ante el mundo adulto, crear aspectos diferenciadores con la niñez, y lo que se ha dado en llamar sentimiento de «rebeldía», son otros fenómenos que actúan a favor de emprender pautas de comportamiento reservadas a los adultos. Los niños y adolescentes más rebeldes y menos coincidentes con las expectativas de sus padres o de la normativa social para con ellos, tienen más probabilidades de sentirse atraídos para fumar desde edades muy tempranas.

Así, la experimentación con tabaco les hace sentirse menos dependientes de la autoridad, más fríos, indiferentes y más «fuertes». Estas razones influyen en el porqué la edad de inicio de fumadores se encuentra a edades muy tempranas; y también explica en gran medida porque para muchos adultos es tan difícil abandonar el consumo de cigarrillos: en el interior de éstas personas se esconden experiencias muy desagradables que tratan de ocultar engañosamente a través de los efectos de la nicotina del tabaco ligada a la gratificación de un instinto oral. El modelo psicosocial de consumo de drogas tiende a poner más énfasis en el individuo como agente activo en la relación droga-individuo.

El consumo de droga y los consumidores son un complejo, una interrelación dinámica de necesidad psicológica y los efectos reales o percibidos de la droga. Los fumadores siguen fumando, principalmente debido al beneficio percibido que se deriva de fumar.

Respecto al bajo rendimiento en la escuela de algunos adolescentes que fuman, ha descubierto que ellos generalmente sienten que no cumplen las expectativas de sus padres. También se ha descubierto que los adolescentes fumadores tienden a obtener bajas calificaciones, a crear más problemas de disciplina y a participar menos en las actividades escolares que sus compañeros no fumadores.⁴⁰

En un medio social en el que fumar es aceptable, en el mundo de los adolescentes a menudo es estimulado-, el acto se convierte frecuentemente en un intento inconsciente para obtener aceptación. Algunas vivencias que no se han superado influyen en los momentos cruciales de la vida, como la pubertad y la adolescencia.

De esta manera, en muchas ocasiones los cambios normales del desarrollo del jovencito provocan ansiedades que él no alcanza a comprender, esto lo hace buscar un atenuador de su angustia e intentar equivocadamente acelerar su tránsito de niño a adulto a través de la identificación con ciertos "hábitos" y actitudes catalogadas como de adultos.

Con todo lo anterior concluimos que la etapa de la adolescencia es un factor de riesgo para que el individuo adquiera la adicción del tabaquismo, por las características que ya se han mencionado, sin embargo un aspecto que puede contrarrestar o aumentar esta vulnerabilidad es el contexto familiar con todos los elementos que lo componen y que a continuación se describirán.

Factores familiares

Los factores familiares tienen gran peso y ejercen influencia para adquirir hábitos, que la mayor parte de la vida se desenvuelve en pequeños grupos primarios, en los que la interpelación tiene lugar cara a cara en forma íntima y personal.⁴¹

La familia ha ocupado, un lugar muy importante dentro de la sociedad, de ahí que constituye una potencia para encausar los problemas que surgen en su seno. En este contexto, los padres juegan un papel trascendental en la familia, pues muchas veces con su ejemplo van marcando el futuro de sus hijos ya que con frecuencia los niños imitan sus actos y éstos últimos no están conscientes si el ejemplo es positivo o negativo, para ellos lo importante es imitar a sus mayores sean éstos padres o hermanos.

También en el sistema familiar hay diferentes niveles de autoridad que se reflejan en la injerencia de cada persona en decisiones grupales o en la influencia en la conducta de los demás.

De esta manera si algún miembro de la familia fuma representa por su ejemplo una amenaza para la salud de su familia. Los padres suelen ser modelos adultos importantes porque con su ejemplo refuerzan ciertas conductas en los demás miembros, especialmente en los hijos.⁴¹

Algunas investigaciones han demostrado que los niños cuyos padres fuman tienen estadísticamente una probabilidad del 50 por ciento de ser fumadores, se señala que el problema del consumo de drogas en los adolescentes debería abordarse en una dimensión familiar, en términos de la relación padres-hijos ya que ello permitiría instrumentar medidas de prevención reales.

El hábito de fumar, constituye una especie de drogadicción permitida dentro de la sociedad y en la familia. En ocasiones podemos darnos cuenta que un hijo puede fumar frente a sus padres sin que sea reprendido. O bien que el padre que fuma no permita el hábito en sus hijos.

De esta manera hay una serie de influencias de los diferentes contextos donde el adolescente depende de la forma como su familia le responda para la satisfacción de sus necesidades básicas; a su vez, la familia, como una unidad está subordinada a la estructura de la sociedad en que se encuentra inserta.

Es en la familia en donde muchas veces se produce el hábito tabáquico, que además se refuerza con el creciente bombardeo de publicidad a través de la televisión y en las relaciones con otras personas que fuman; sin embargo, también es cierto que dentro de la familia.

Estableciéndose fuertes lazos sentimentales y afectivos que permiten el desarrollo de hábitos y valores en cada miembro, los cuales si quedan bien definidos, les permiten obtener conciencia de sus actos y así poder evitar acciones dañinas como es el hábito de fumar.

Por lo tanto la familia es uno de los factores más importantes en el problema del tabaquismo, ya que es en ésta donde se reproducen acciones y actitudes que refuerzan o rechazan el consumo. Existen diferentes niveles de consumo sobre tabaco en las familias; que lo hace ver como un problema para la salud, dependiendo del grado de habituación o adicción que se tenga.

Generalmente la familia es consciente del problema cuando cualquiera de sus miembros tiene repercusiones en la salud, debido a alguna enfermedad causada por el tabaco y es precisamente ésta unidad quién tendrá que enfrentar en primera instancia las dificultades que ocasione el tabaco.

Factores sociales

Otro de los factores que juega un papel muy importante en la adquisición del hábito tabáquico es la influencia que ejerce el contexto social. Éste se puede manifestar de maneras muy diversas y formas variadas para invitar al consumo, en el adolescente además del medio familiar también puede presentarse en la interacción y comunicación con diferentes grupos que integran la estructura social.⁴²

En la época actual, ciertas culturas son muy favorecedoras de la utilización de drogas como formas de vida. Esto se ha atribuido en muchas ocasiones a que cada vez más nos robotizamos y tenemos la necesidad de combustibles extras y así poder continuar en carrera.

En este contexto, existen factores sociales que influyen la conducta al asociar al tabaquismo con el placer, el deporte, el éxito en la vida, entre otros. Esto lo confirma Sánchez, enfatizando que el carácter de las sociedades industriales tiende a configurar en el adolescente una personalidad muy atrofiada, al no darle los medios de un desarrollo integral en lo físico, lo psicológico y lo social.

El que se mencione en los medios de comunicación algunas enfermedades que puede ocasionar el hábito de fumar no garantiza que el receptor adquiera un verdadero conocimiento de las implicaciones que ocasiona esta adicción.

Las bases culturales que permiten codificar un estilo de vida del que emergen las diferentes conductas de consumo de drogas se correlacionan con una serie de factores de riesgo o desencadenantes y favorecedores.

Estos factores facilitan el consumo y explican las condiciones en que éste se desarrolla, pero también no se asegura que tales factores sean la causa del consumo de drogas.

En esta situación, la Organización Mundial de la Salud establece los siguientes factores: la disponibilidad, se refiere al lugar de su producción; es natural que en los sitios donde resulta difícil obtener ciertas drogas, el número de consumidores tiende a ser escaso, aunque puede suceder que muchas personas, a pesar de disponer fácilmente de drogas no las consumen, o viceversa; la *aceptación social*, existen medios culturales que facilitan la adopción de una actitud positiva hacia el consumo de drogas.⁴³

Esta culturación se efectúa por medio de presiones, que pueden surgir de irracionalismos de los grandes medios de difusión, sobre todo por parte de figuras muy conocidas y populares.

Pueden, asimismo, proceder de ciertos tipos de publicidad sobre una variedad cada vez mayor de drogas socialmente aceptables, como en este caso el tabaco, entre otros; la movilidad: para algunos sectores sociales, principalmente jóvenes; es decir, los viajes donde se relacionan con otras culturas en las que no están bajo la presión de su propia sociedad; los grupos de compañeros, la mayoría de los jóvenes consumidores de drogas, las obtienen de personas de su edad.

Adicionalmente, el deseo de integrarse a un grupo de compañeros es causa también de que el joven se inicie y mantenga dentro del campo de las drogas; la influencia de las fuentes de información regularmente la información sobre la droga llega a los jóvenes por compañeros o conocidos consumidores de ésta, aunque también los consumidores suelen informarse por los grandes sistemas de difusión.

Esta influencia puede ser negativa o positiva para su rechazo o no. Cada uno de los factores mencionados tiene repercusiones diferentes de acuerdo al individuo, a la constitución familiar y cómo está integrada la dinámica familiar con los elementos necesarios para un sano desarrollo de cada miembro y por último, pero no menos importante- se encuentra la sociedad que se entrelaza con los anteriores aspectos que permiten fomentar la adicción en las colectividades con especial énfasis en algunos grupos que se encuentran en condiciones de riesgo.⁴⁴

Por tal motivo, esta situación requiere la implementación de estrategias que impacten de una manera favorable la disminución de este problema social. Es aquí donde los profesionistas del área social debemos intervenir en los diferentes niveles. En este caso es importante el conocimiento de los fenómenos sociales a través de la investigación, para obtener un conocimiento más acertado de su manifestación y así diseñar las medidas pertinentes de prevención y rehabilitación.

V. HIPÓTESIS

El gasto del presupuesto familiar en el hábito de fumar en los moradores del Barrio Mejoramiento Social durante julio-septiembre 2015, es alto.

VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico en el centro hospitalario	Años cumplidos	Númerica
Sexo	Característica biológica que separa al macho de la hembra	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Soltero Casado Unión libre	Nominal
Jefe de familia	Hombre o mujer que trabaja y lleva su salario al hogar para mantener a su familia primaria	Padre Madre	Nominal
Fuma actualmente	Consumo de tabaco por la persona encuestada	Fuma No fuma	Nominal
Variedad de tabaco	Tipo de tabaco consumido por la persona encuestada	Cigarros Cigarrillos Pipas Puro	Nominal
Marca consumida	Tipo de cigarrillo consumido por el paciente	Marlboro Montecarlo Nacional Hilton Otros	Nominal
Cantidad consumida	Número de cigarrillos consumidos al día por el entrevistado	< 5 5-10 10-15 16 y más	Ordinal
Gasto diario en tabaco	Cantidad de dinero gastado en tabaco al día	<100 pesos 100-200 pesos 201-300 pesos 301-400 pesos ≥ 500 pesos	Ordinal
Salario mensual	Cantidad de dinero recibida por el padre de familia al mes	< 7000 pesos 7000-10000 pesos 11000-15000 pesos 16000-20000 pesos ≥ 20000 pesos	Ordinal
Licencia médica	Licencia relacionada con enfermedad por el consumo de tabaco	Sí No	Nominal

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de determinar el costo del tabaquismo domiciliario de padres de familias del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019, enero-abril, 2019.

VII.2. Demarcación geográfica

El Barrio Mejoramiento Social se encuentra delimitado al Norte, por la Av. Padre Castellano, al Sur, por la Av. 27 de Febrero, al Este, por la calle Albert Thomas y al Oeste por la Av. Duarte.

VII.3. Universo

El universo estuvo representado por 352 jefes de familia residentes en el Barrio Mejoramiento Social durante el período de estudio.

VII.4. Muestra

Estuvo constituida por 181 jefes de familia fumadores residentes en hogares en el Barrio Mejoramiento Social durante el período de estudio.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

- Jefe de familia que consuma tabaco.
- Jefe de familia que desee participar en el estudio.
- Jefe de familia que al momento de la entrevista se encuentre en el hogar.

VII.5.2. De exclusión

- Jefe de familia que tengan edades menores de 18 años.
- Jefe de familia que no ha tenido ningún consumo de tabaco.

VII.4.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, el cual se aplicará a los residentes fumadores del sector. Las preguntas contenidas en el cuestionario son de tipo cerradas.

VII.4.7. Procedimiento

Se le realizó una entrevista a las personas al momento de nuestra llegada a la vivienda, a la cual se fue de hogar en hogar, donde no se encontraron personas fumadoras, se fue la siguiente vivienda y se preguntó si alguien consume tabaco, en caso positivo se le aplicó el cuestionario previamente elaborado, en caso de que desee participar en el estudio.

VII.4.8. Tabulación de la Información

Fue procesada mediante el programa de computadora digital EPI-INFO-7.0.

VII.4.9. Análisis

Se realizaron mediante medidas relativas tales como: frecuencia simple.

VII.4.10. Principios éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki,⁴⁵ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas,⁴⁵ El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del comité de la universidad a través de la Escuela de Medicina y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como del Hospital Dr. Luis E. Aybar, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad, la identidad contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento. Finalmente toda la información fue incluida en el texto del presente estudio, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VIII. RESULTADOS

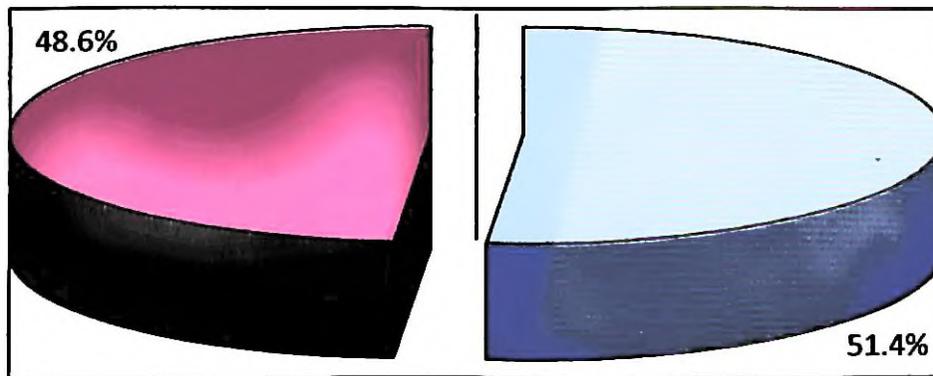
Cuadro 1. Hábito de fumar de fumar en los Jefes de familia del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Fumador	Frecuencia	%
Sí	181	51.4
No	171	48.6
Total	352	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que el 51.4 por ciento de las personas entrevistadas eran consumidores de tabaco.

Gráfico 1. Hábito de fumar de fumar en los Jefes de familia del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 1

□ Sí ■ No

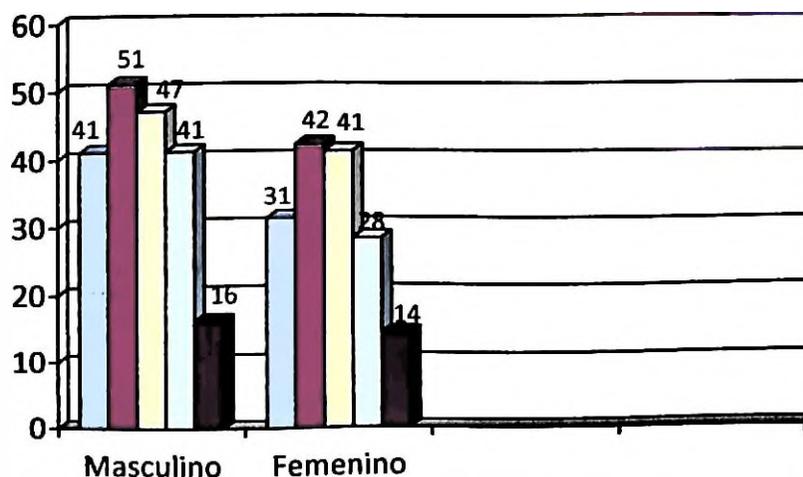
Cuadro 2. Edad y sexo de los fumadores jefes de familia del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
20 – 29	41	11.2	31	8.8	72	20.4
30 – 39	51	14.5	42	11.9	93	26.4
40 – 49	47	13.4	41	11.6	88	25.0
50 – 59	41	11.6	28	7.9	69	19.6
≥ 60	16	4.5	14	4.0	30	8.5
Total	196	55.7	156	44.3	352	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que el 55.7 por ciento de los moradores entrevistados correspondieron al sexo masculino, mientras que un 26.4 por ciento se encontraron entre 30-39 años.

Gráfico 2. Edad y sexo de los fumadores jefes de familia del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 2

□ 20 – 29 años ■ 30-39 años □ 40-49 años □ 50-59 años ■ ≥ 60 años

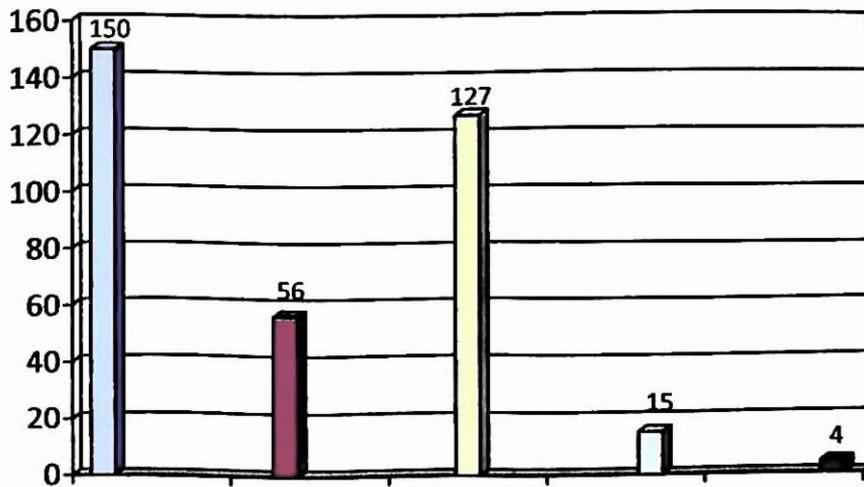
Cuadro 3. Estado civil de los Jefes de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	150	42.6
Casado	56	15.9
Unión libre	127	36.1
Divorciado	15	4.3
Viudo	4	1.1
Total	352	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que el 42.6 por ciento de las personas entrevistadas se encontraban solteros.

Gráfico 3. Estado civil de los Jefes de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 3

Soltero
 Casado
 Unión libre
 Divorciado
 Viudo

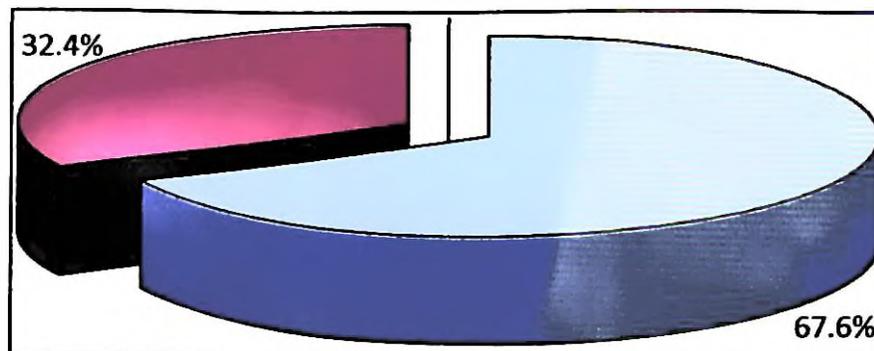
Cuadro 4. Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Jefe de familia	Frecuencia	%
Padre	238	67.6
Madre	114	32.4
Total	352	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que el 67.6 por ciento de las personas entrevistadas los padres eran los jefes de familia.

Gráfico 4. Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 4



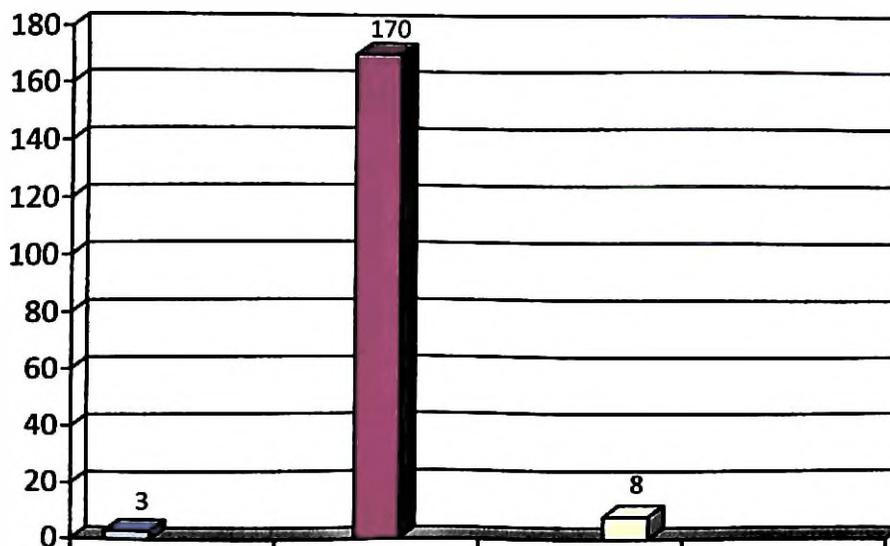
Cuadro 5. Variedad de tabaco fumado por los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Variedad	Frecuencia	%
Cigarros	3	1.7
Cigarrillos	170	92.9
Pipas	8	4.4
Total	181	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se encontró que un 92.9 por ciento de las personas entrevistadas eran fumadores de cigarrillos.

Gráfico 5. Variedad de tabaco fumado por los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 5

Cigarros
 Cigarrillos
 Pipas

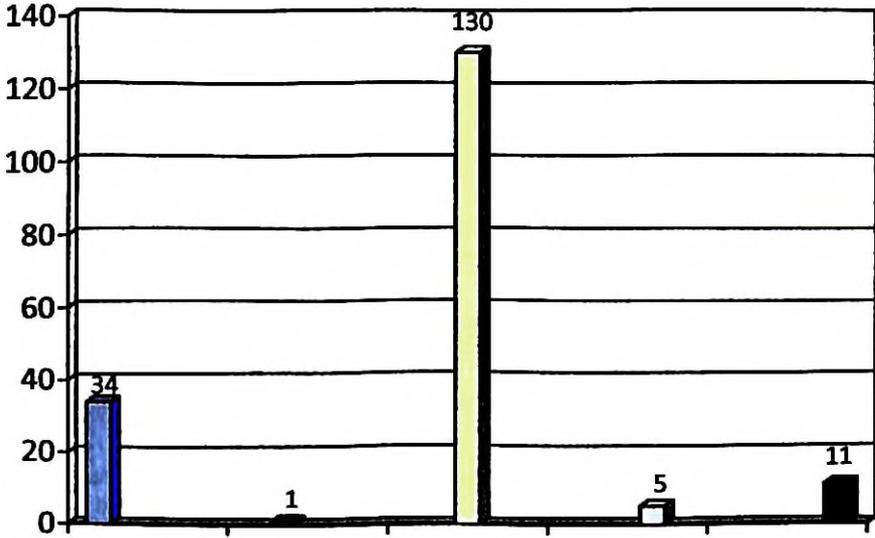
Cuadro 6. Marca consumida de cigarrillo consumida por los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Marca	Frecuencia	%
Marlboro	34	18.8
Montecarlo	1	0.5
Nacional	130	71.0
Constanza	5	2.8
Otras	11	6.1
Total	181	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se observó que el 71.0 por ciento de las personas entrevistadas consumen cigarrillo nacional.

Gráfico 6. Marca consumida de cigarrillo consumida por los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 6



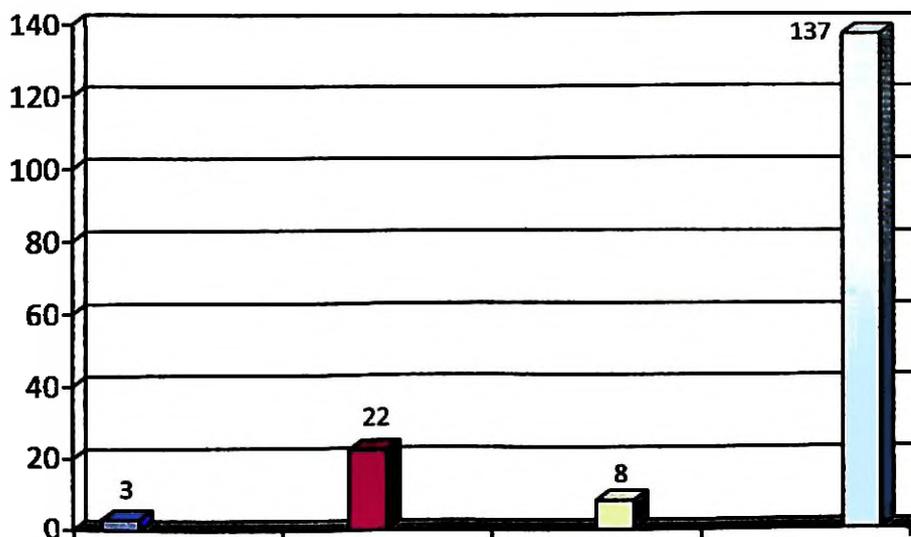
Cuadro 7. Cantidad de cigarrillos fumados por día por los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Cantidad	Frecuencia	%
< 5	3	1.7
5 – 10	22	12.1
11 – 15	8	4.4
≥ 16	137	75.7
Total	181	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se encontró que un 74.7 por ciento de las personas entrevistadas consumen más de 16 cigarrillos por día.

Gráfico 7. Cantidad de cigarrillos fumados por día por los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 7

■ < 5 cigarrillos
 ■ 5-10 cigarrillos
 ■ 11-15 cigarrillos
 ■ ≥ 16 cigarrillos

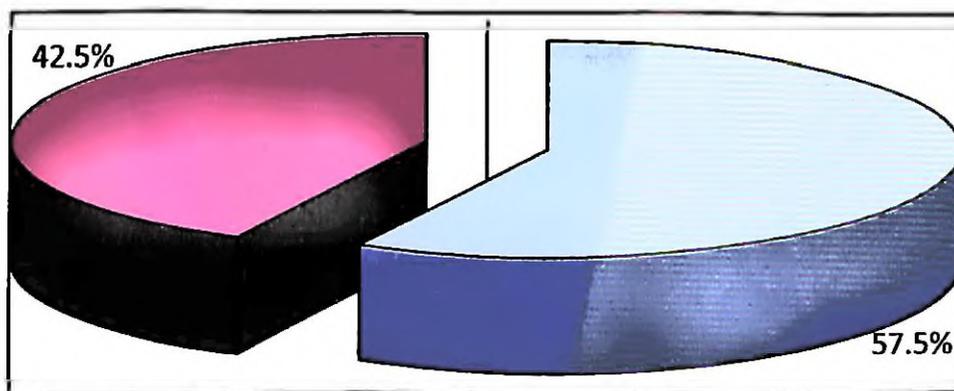
Cuadro 8. Gasto diario en tabaco por los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Gasto diario (\$)	Frecuencia	%
100 – 200	104	57.5
201 - 300	77	42.5
Total	181	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que el 57.5 por ciento de las personas entrevistadas gastan diariamente alrededor del 100-200 peso diarios en consumo de tabaco.

Gráfico 8. Gasto diario en tabaco por los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 9

□ 100-200 pesos ■ 201-300 pesos

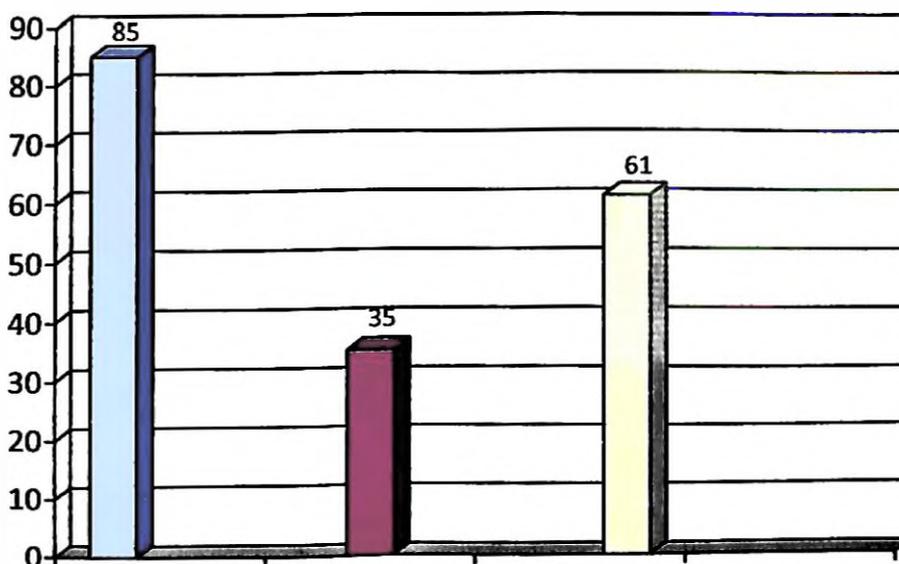
Cuadro 9. Salario mensual de los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Salario mensual (\$)	Frecuencia	%
< 10,000	85	47.0
10,000-15,000	35	19.3
≥ 16,000	61	33.7
Total	181	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que el 47.5 por ciento de las personas entrevistadas tienen un salario mensual menor de 10,000 pesos.

Gráfico 9. Salario mensual de los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 9

< 10,000 pesos
 10,000-15,000 pesos
 ≥ 16,000 pesos

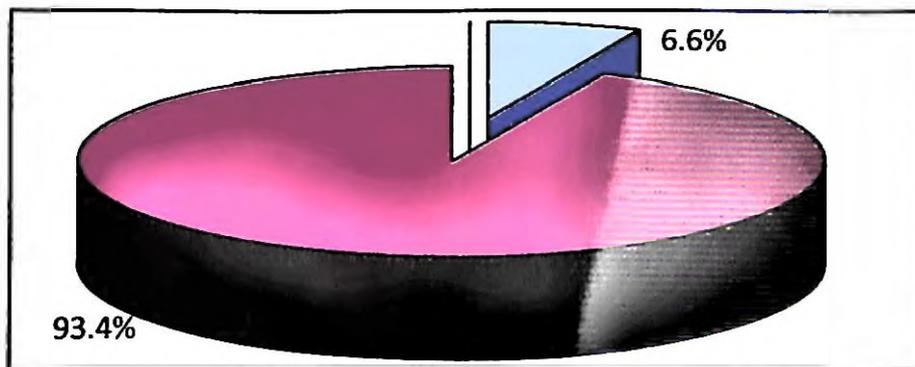
Cuadro 10. Licencia de trabajo por enfermedad ocasionada por fumar en los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Licencia de trabajo por enfermedad	Frecuencia	%
Sí	12	6.6
No	169	93.4
Total	181	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se encontró que un 6.6 por ciento de las personas entrevistadas han tenido licencia de trabajo por enfermedad ocasionada por fumar.

Gráfico 10. Licencia de trabajo por enfermedad ocasionada por fumar en los Jefe de familia fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: cuadro 10



IX. DISCUSIÓN

En este estudio se comprueba que la frecuencia del consumo de tabaco en los jefes de familia en la población de adultos que habitan en Barrio Mejoramiento Social es alta, pues un 51.4 por ciento fuman tabaco. Este hallazgo difiere de Pimentel, *et al*, quienes en su estudio la determinación del consumo de tabaco y sus repercusiones económicas en el jefe de familia de los hogares en la población urbana del municipio de Boca Chica, Provincia Santo Domingo Este, República Dominicana durante enero-mayo del 2009, reportaron que el 16.9 por ciento de jefes de familia fuma. A pesar de la disminución del tabaquismo, la frecuencia observada en los adultos de este estudio es alta lo que comprueba que esta edad constituye uno de los grupos más adherentes a este hábito y confirma que en República Dominicana continúan prevalencias altas en comparación con el resto de los países de América Latina.

La diferencia entre géneros ha sido documentada en la literatura (Rodríguez, *et al*, 2010 y Rivera, 2010). El que sean los varones los que tengan mayor prevalencia de tabaquismo confirma que son ellos el grupo a tener en consideración en la elaboración de programas antitabaco. Los niveles observados en el sexo femenino (44.3%) son una alerta ya que en ellas se suman a este riesgo, otros ya identificados (por ejemplo el que tengan mayor IMC) o que la letalidad por algunas enfermedades crónicas (como el infarto del miocardio) sean mayores en este sexo (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2012). Esto también es una amenaza, ya que en países desarrollados se ha observado un aumento del tabaquismo en mujeres y es posible que esta situación se extienda a países de menor desarrollo.

Según el estado civil de las personas fumadoras, se ve que los solteros refieren fumar en un porcentaje muy superior a los casados y divorciados, que son grupos que declaran bajos niveles de consumo. En el primer caso el porcentaje de fumadores declarado es del 42.6 por ciento, mientras que en los casados y divorciados son del 15.9 y 4.3 por ciento respectivamente. Esta variable está muy condicionada por la edad de forma que los solteros suelen ser personas jóvenes con niveles medios-altos de consumo, los divorciados suelen ser personas mayores.

Al analizar la variedad del tabaco consumido, se observó que el cigarrillo es el mayormente consumido por los jefes de los hogares, así mismo, se encontró que más de la mitad (71%) consumen cigarrillo nacional, aunque no deja llamar la atención el uso de otros en la población estudiada, el cual es tabaco con alta concentraciones de nicotina. Así mismo, se pudo observar que en la actualidad, un 75.7 por ciento consume más de 16 cigarrillos por día, Díaz en su estudio sobre el consumo de tabaco comunidad "Las Cayenas". Puerto La Cruz. Estado Anzoátegui, Venezuela en el 2010, reportó un consumo de 9-15 cigarrillos por día.

En cuanto a los gastos diarios consumidos por los jefes de familia, se evidenció que un 57.5 por ciento consumen entre 100-200 pesos diariamente y el 47.0 por ciento percibe menos de 10,000 pesos mensuales, lo que nos dice que estos jefes de familia consumen en tabaco alrededor de 4,000 pesos mensuales, lo que hace una diferencia de 6,000 pesos. Guerrero, *et al*, en su estudio sobre el costo por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en México, en el 2012, encontró que un 24.6 por ciento de las familias consumen alrededor de 3,456 pesos mensuales en tabaco.

El hábito de fumar perjudica a casi todos los órganos del cuerpo. Ha sido definitivamente vinculado a las cataratas y la neumonía (pulmonía) y ocasiona la tercera parte de las muertes relacionadas con cualquier tipo de cáncer. En general, el índice de muerte por cáncer se duplica en los fumadores y llega a ser hasta cuatro veces más en los fumadores empedernidos. El cáncer de pulmón encabeza la lista de los tipos de cáncer causados por el tabaco. El uso de cigarrillos está asociado con el 90 por ciento de todos los casos de cáncer pulmonar, el cáncer que más muertes causa tanto entre hombres como mujeres. El hábito de fumar también está asociado con el cáncer de la boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cérvix, riñones, uretra, vejiga y leucemia mieloide aguda. En este estudio se observó que un 6.6 por ciento de los jefes de familia han pedido licencia asociada al consumo de tabaco.

X. CONCLUSIONES

1. El 51.4 por ciento de las personas entrevistadas eran consumidores de tabaco.
2. El 55.7 por ciento de los moradores entrevistados correspondieron al sexo masculino, mientras que un 26.4 por ciento se encontraron entre 30-39 años.
3. Un 42.6 por ciento de las personas entrevistadas se encontraban solteros.
4. El 57.6 por ciento de las personas entrevistadas los padres eran los jefes de familia.
5. Un 92.9 por ciento de las personas entrevistadas eran fumadores de cigarrillos.
6. El 71.0 por ciento de las personas entrevistadas consumen cigarrillo nacional.
7. Un 74.7 por ciento de las personas entrevistadas consumen más de 16 cigarrillos por día.
8. El 57.5 por ciento de las personas entrevistadas gastan diariamente alrededor del 100-200 peso diarios en consumo de tabaco.
9. El 47.5 por ciento de las personas entrevistadas tienen un salario mensual menor de 10,000 pesos.
10. Un 6.6 por ciento de las personas entrevistadas han tenido . licencia de trabajo por enfermedad ocasionada por fumar.

XI. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar programas dirigidos tanto a estudiantes como a los padres e incluir el reconocimientos de la magnitud del tabaquismo, sus repercusiones, el fortalecimiento a la presión del entorno, disminución de un entorno tabáquico, mejoramiento de las relaciones intrafamiliares.
2. Hacer partícipes de los programas desarrollados a padres, escolares, educadores y otros profesionales de la salud, resaltando el papel que desempeña cada uno en el problema.
3. Tomar medidas drásticas y prohibitivas a los escolares y profesores que consuman tabaco dentro de las instalaciones de los centros educativos.
4. Que este estudio sirva de estímulo para desarrollar nuevos proyectos de investigación que profundicen cada uno de los aspectos relacionados al problema, elaborando simultáneamente los programas de intervención en base a resultados obtenidos y que deben tener una aplicación periódica.

XII. REFERENCIAS

1. Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud: Resultados en las Américas. Boletín Epidemiológico, 2010:3-5.
2. Rodríguez G, García O, Garrido M, Barriopedro M, Barakat R, Cordente C Relación entre consumo de tabaco y practica de la actividad física deportiva en una muestra de la población de Madrid, 2010:1-8.
3. Rivera H, Bentolil R, Santos M, Socorro M, Gómez D, Torres J, Hernández MF, Mujica V, Rojas-Sánchez F. Uso del Tabaco No Fumado (Tnf), Chimó en Niños y Adolescentes en el Estado Portuguesa. Acta Odontológica Venezolana 2010;48:1-10.
4. Jorán G, Ramírez H, Rodríguez J. Hábito tabáquico entre población urbana de Municipio de San Juan de La Maguana durante enero-julio del 2010. Tesis de grado, UASD, 2005:11-14.
5. Díaz R. consumo de tabaco comunidad "Las Cayenas". Puerto La Cruz. Estado Anzoátegui, Venezuela durante el 2008-2009. Universidad de Oriente Núcleo de Anzoátegui Postgrado de Medicina Familiar. 2010:12-16.
6. Sánchez A, Gutiérrez Castillo H. Significados atribuidos al consumo de tabaco entre estudiantes universitarios recién ingresados en la Universidad de Tegucigalpa, Honduras durante período académico de 2008. Tesis de grado, 2009:12-16.
7. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. México DF, México: INPRFM, 2012.:1-9.
8. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Packaged. Geneva, World Health Organization, 2008:56-59.
9. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2013:35-40.

10. Warren CW, Lea J, Lee V, et al. Evolution of the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) 1998-2008. *IUHPE – Global Health Promotion Supplement* 2009;(2) 34-37.
11. Olaíz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T. Encuesta Nacional de Salud 2012. Tomo 12. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos México. Instituto Nacional de Salud Pública 2013:23-27.
12. Olaíz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud 2006. México. Instituto Nacional de Salud Pública 2006:60-64.
13. Reynales-Shigematsu LM, Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública 2009.
14. Medina-Mora ME, Peña-Corona MP, Cravioto J. Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Publica Mex* 2012;44(1):S109-15.
15. Reynales-Shigematsu LM, Vázquez-Grameix JH, Lazcano-Ponce E. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de la Salud, México 2006. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 2:S194-S204.
16. Barrientos-Gutiérrez T, Valdés-Salgado R, Reynales-Shigematsu LM, Navas-Acien A, Lazcano-Ponce E. Exposición involuntaria al humo de tabaco en lugares públicos de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2007; 49 supl 2:S205-S212
17. Lazcano-Ponce E, Benowitz N, Sanchez-Zamorano LM, Barbosa-Sanchez L, Valdes-Salgado R, Jacob P 3rd, Diaz R, Hernandez-Avila M. Secondhand smoke exposure in Mexican discotheques. *Nicotine Res* 2007;9 (10):1021-6.
18. Barrientos-Gutiérrez T, Reynales-Shigematsu LM, Ávila-Tang E, Wipfli H, Lazcano-Ponce E. Exposición al humo de tabaco en hogares de la Ciudad de México: análisis de nicotina ambiental y en cabello de niños y mujeres *Salud Publica Mex* 2007; 49 Supl 2: S224 S232.

19. Warren C. El consumo de tabaco entre los jóvenes: Informe de vigilancia en la Encuesta Mundial sobre el tabaco y los jóvenes. Bol Ofic Mund Salud, 2013;78(7):867-876.
20. Reynales-Shigematsu LM, Rodríguez-Bolaños RA, Jiménez JA, Juárez-Márquez SA, Castro-Ríos A, Hernández-Avila M. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex 2006;48(1):48-54.
21. Valdés Salgado R. Las cifras de la epidemia. Daños a la salud y mortalidad atribuible. En: Primer informe sobre combate al tabaquismo. México ante el convenio Marco para el Control del Tabaco. México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005:29-31.
22. Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales Shigematsu LM. La Economía del Tabaco y los Impuestos al Tabaco en México. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2010.
23. Bellido J. Hábito Tabáquico en una población general: descripción de la prevalencia, grado de consolidación y fase de abandono. Arch Bronconeumol 2012;37:75-80.
24. Zuzulich MS, Cabieses B, Pedrals N, Contreras L, Martínez D, Muñoz M, et al. Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior. Invest Educ Enferm. 2010; 28(2):232-239).
25. Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud: Resultados en las Américas. Boletín Epidemiológico, 2010:3-5.
26. Guerrero-López CM, Reynales-Shigematsu LM, Jiménez-Ruiz JA, Karam-Araujo R, Maldonado-Cruz CA, Camacho-Solls R. Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. Salud Publica Mex, 2012;54(3):233-241.

27. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Septiembre de 2011. Ginebra: ONU, 2011:10-15.
28. Ruiz J, De la Cruz S. García M. M. Motivos para la práctica deportiva y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes españoles. *Revista Salud Pública México*, 2009;51(6):446-450:
29. Gisbert-Calabuig, JA. *Medicina legal y toxicología*. 5ª ed., Barcelona, Masson, SA., 2012::892-896.
30. Rivera H, Bentolil R, Santos M, Socorro M, Gómez D, Torres J, Hernández MF, Mujica V, Rojas-Sánchez F. Uso del Tabaco No Fumado (Tnf), Chimó en Niños y Adolescentes en el Estado Portuguesa. *Acta Odontológica Venezolana* 2010;48:1-10.
31. Guerrero-López CM, Reynales-Shigematsu LM, Jiménez-Ruiz JA, Karam-Araujo R, Maldonado-Cruz CA, Camacho-Solís R. Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. *Salud Publica Mex*, 2012;54(3):233-241.
32. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Septiembre de 2011. Ginebra: ONU, 2011:10-15.
33. Zuzulich MS, Cabieses B, Pedrals N, Contreras L, Martínez D, Muñoz M, et al. Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior. *Invest Educ Enferm*. 2010; 28(2):232-239).
34. Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud: Resultados en las Américas. *Boletín Epidemiológico*, 2010:3-5.
35. Guerrero C, Reynales L, Jiménez J, Karam R. Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. *Salud Publica Mex*, 2012;54(3):233-241.

36. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Septiembre de 2011. Ginebra: ONU, 2011:10-15.
37. Aguilar-Navarro SG, Reyes –Guerrero Jorge, Borgues Guilherme D. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Publica de México*, 2007;49, Suppl. 4:S467-S474
38. Fleta - Fleta JM, Benito - Ruesca J, Ruiz - Carralero M, Mendaña - Pérez L. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población anciana de la Zona Básica de Salud de Muniesa (Teruel). *Centro De Salud De Muniesa, Centro De Salud. 2012:16-20.
39. González-Cesar A, Ham-Chande R. Funcionalidad en salud: Una tipología de envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, México DF. 2007;49, (4):449-458
40. Herrera M, Wagner F, Velasco E, Borges G. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 2010;46;(2):132-140.
41. Lando HA, Hipple BJ, Muramoto M, et al. El tabaco es un problema que afecta a los niños en el mundo entero. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2010;88:2.
42. Pérez-Milena A, Leal FJ, Jiménez I, et al. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria*. 2007;39:299–304.
43. Thomas R, Perera R. Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford Update Software Ltd; 2007:23-27.
44. Kulbok PA, Rhee H, Botchwey N, et al. Factors influencing adolescents' decision not to smoke. *Public Health Nurs*. 2008;25:505–15.
45. Nilsson M, Emmelin M. Immortal but frightened - smoking adolescents' perceptions on smoking uptake and prevention. *BMC Public Health*. 2010;10:776.

46. Smith BN, Bean MK, Mitchell KS, et al. Psychosocial factors associated with nonsmoking adolescents' intentions to smoke. *Health Educ Res.* 2007;238-247.
47. García-Rodríguez O, Suárez-Vázquez R, Secades-Villa R, et al. Smoking risk factors and gender differences among Spanish high school students. *J Drug Educ.* 2010;40:143–56.
48. García P, Carrillo A. Factores de riesgo en la experimentación y el consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años, Actitudes ante el tabaco en los grupos de presión. *Aten Primaria.* 2006:392-399.

XIII. ANEXOS

XIII. 1. Cronograma

Actividad	Abril	mayo	junio	julio	agosto
Inicio de clases					
Selección del tema					
Preparación del anteproyecto					
Entrega de anteproyecto					
Aprobación del anteproyecto					
Reunión con el asesor de tesis					
Construcción del marco teórico					
Recolección, tabulación y análisis de los resultados					
presentación final					

XIII.2. Instrumento de recolección de datos

COSTO DEL TABAQUISMO DOMICILIARIO DE PADRES DE FAMILIAS DEL BARRIO MEJORAMIENTO SOCIAL, ENERO-ABRIL, 2019.

Formulario No. _____

1. Edad: _____ años

2. Sexo:

Masc _____ Fem _____

3. Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____

4. Jefe de familia: Padre _____ Madre _____

5. Hábito de fumar en el jefe de familia

Fuma usted actualmente: Sí _____ No _____

6. Variedad de tabaco fumado

Cigarros _____ Cigarrillos _____ Pipas _____ Puro _____

7. Marca consumida

Malboro _____ Montecarlo _____ Nacional _____ Constanza _____ Otros _____

8. Cantidad de cigarrillo fuma por día

< 5 _____ 5-10 _____ 11-15 _____ 16 y más _____

9. Gasto diario en tabaco

<100 pesos _____ 100-200 pesos _____ 201-300 pesos _____ 301-400 pesos _____
≥ 500 pesos _____

10. Salario mensual

< 5000 pesos _____ 5000-10000 pesos _____ 11000-15000 pesos _____
≥ 16000 pesos

11. Ha tenido licencia de trabajo por enfermedad ocasionada por fumar

Sí _____ No _____

XIII.3. Costos y recursos

Humanos			
Una médico			
Dos asesores			
Un estadígrafo			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio RD\$	Total RD\$
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	3resma	160.00	480.00
Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	300.00	300.00
Lápices	2unidades	5.00	10.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	10.00	20.00
Computador			
Impresora			
Proyector			
Cartucho HP	2 unidades	1500.00	3000.00
Calculadoras	1 unidad	150.00	150.00
Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
Económicos			
Papelería (copias)	1000 copias	2.00	2000.00
Encuadernación	8 informes	200.00	600.00
Transporte	10 pasajes x	25.00 c/u	750.00
Imprevistos	3		1000.00
Pago de tesis	1 médico	6000.00	6000.00
Tarjetas de llamada	10	60.00 c/u	600.00
Subtotal			1495.00
Imprevistos			
Total			RD\$ 16445.00

XIII.4. Evaluación

Sustentante

RUTH E. RICHARD
Dra. Ruth Esther Richard Heredia

Asesores

Dra. Carmen Beatriz Betances
Dra. Carmen Beatriz Betances
Clínica

Dra. Claridania Rodriguez
Dra. Claridania Rodriguez
Metodológica

Jurado

Wilman Cruz
Dra. Fea Alvarado
Rosmary Alvarez

Autoridades:

Dra. Gladys Sofo
Dra. Gladys Sofo
Coprodadora Residencia
RESIDENCIA DE MEDICINA
CLINICA

Dra. Isabel Diaz
Dra. Isabel Diaz
Jefa de Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Glendis Ozuna Feliciano
Dra. Glendis Ozuna Feliciano
Jefa de Enseñanza
INSTITUTO VENEZOLANO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIONES
CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS
"LUIS EGUARDO AYBARRA"

Dra. Claridania Rodriguez
Dra. Claridania Rodriguez
Coordinadora de posgrado de la
Facultad Ciencias de la Salud

Dr. William Duke
Dr. William Duke
Decano Facultad de Ciencias
de la Salud
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE LOS RIOS

Fecha presentación 95 25/9/2019

Calificación: 95