

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA



**DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA PREVALENCIA DEL
CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN DE LA ETNIA LENCA DEL
MUNICIPIO DE INTIBUCÁ, HONDURAS, C.A. AGOSTO 2014-JUNIO 2015.**

PRESENTADO POR:

NANCY NINOSKA ARIAS ZELAYA

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
MÁSTER EN SALUD PÚBLICA**

ASESORES:

DR. HÉCTOR ESCALANTE

DR. CARLOS MENDOZA

TEGUCIGALPA, M.D.C.

MAYO DEL 2016

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

RECTORA

MSc. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICERRECTORA ACADEMICA

Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA

VICERRECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

Abog. AYAX IRIAS COELLO

VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y POSGRADOS

MSc. LETICIA SALOMON

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO ACADEMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL DE LOS POSGRADOS DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS**

Dra. ELSA YOLANDA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

Dr. HECTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

DEDICATORIA

A mi madre, que me ha apoyado siempre en todos los momentos de mi vida, incluyendo este logro que sin su ayuda no hubiera sido posible.

A mi padre, que me motiva en cada momento difícil y por su apoyo incondicional en todo.

A mis hermanos quienes son muy importantes y gracias a su aprecio me estimulan a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por darme la vida y la oportunidad de continuar avanzando cada día, profesionalmente y en todos los aspectos.

Al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Centro de Investigación del INCAP para la Prevención de Enfermedades Crónicas, Personal Administrativo de esta Institución, al Coordinador; Dr. Manuel Ramírez, Investigador Asociado; Dr. Joaquín Barnoya, al International Development Research Centre (IDRC), por el apoyo financiero y por esta iniciativa de promover las Investigaciones en enfermedades crónicas.

A mis mentores el Dr. Héctor Escalante (UNAH), Dr. Carlos Mendoza (INCAP), ya que sin su apoyo no hubiese sido posible, también al Dr. Tomas Bustillo, Dra. Francia Ponce y Dr. Eduardo Fernández, por haber colaborado en gran manera para el logro del mismo.

ACRÓNIMOS

CEPAL Comisión Económica para América Latina y El Caribe.

CIIEPC Centro de Investigación del INCAP para la prevención de Enfermedades Crónicas.

CMCT Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

ENT Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

IDRC International Development Research Centre.

IHADFA Instituto Hondureño para la Prevención de Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia.

INCAP Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

LEPCT Ley Especial Para el Control de Tabaco

OMS Organización Mundial de la Salud.

OPS Organización Panamericana de la Salud.

I	Introducción	1
II	Objetivos	6
III	Marco teórico	
	1. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco	7
	2. Epidemiología del tabaco	18
	3. Fisiopatología del tabaquismo	22
	3.1 Neurobiología de la adicción al tabaco	26
	3.2 Farmacodinamia	27
	3.3 Farmacocinética	28
	3.4 Los efectos más comunes del tabaco	29
	3.5 Consecuencias del consumo de tabaco	33
	3.6 Daños por fumar durante el embarazo	37
	3.7 Acción nociva sobre otros órganos	38
	4. Políticas Permisivas del Tabaco	39
	5. Indicadores socioeconómicos en medición de desigualdades	40
	5.1 Desigualdades sociales en salud	43
	5.2 Que es la equidad en salud	44
	5.3 La etnia o raza como factor condicionante de la desigualdad social	53
	5.4 Factores determinantes materiales	54
	6. Contexto Nacional	56
	7. Intibucá	57
	8. Etnia Lenca	59
IV	Metodología	63

V	Hipótesis	78
VI	Resultados	79
	Tabla 1. Distribución de la población por sexo	80
	Tabla 2. Distribución del Ingreso total familiar	80
	Tabla 3. Distribución de la población por Nivel educativo	81
	Tabla 4. Distribución de la población según Profesión u oficio	81
	Tabla 5. Servicios públicos del hogar	82
	Tabla 6. Materiales de construcción de los hogares	83
	Tabla 7. Hacinamiento	83
	Tabla 8. Dependencia del fumador a la nicotina	85
	Tabla 9. Gasto mensual del fumador según nivel de dependencia	85
	Gráfico 1. Desigualdad del Ingreso entre fumadores y no fumadores	89
VII	Discusión y Análisis	93
VIII	Conclusiones	97
IX	Recomendaciones	99
X	Bibliografía	101
XI	Anexos	111

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad aproximadamente un sexto de la población mundial fuma. Dada su toxicidad y extensión, el consumo de tabaco constituye el principal problema de salud pública, un grave factor de riesgo para la salud y es la mayor causa aislada de mortalidad prevenible en el mundo. Actualmente mueren aproximadamente 5,5 millones de personas al año, de las cuales el 11 % de las muertes por cardiopatía isquémica y más del 70 % de más muertes por cáncer de pulmón y tráquea a causa del consumo de tabaco.¹

La OMS considera al consumo de tabaco una de sus líneas prioritarias de actuación, ya que, si no se consiguen cambiar las tendencias, a lo largo del siglo XXI el tabaco será responsable de la muerte prematura de unos 1000 millones de personas. El periodo de tiempo fumado ocasiona más toxicidad que la cantidad fumada. Así, por ejemplo, aunque se fume la misma cantidad total, es mucho más grave fumar diez cigarrillos diarios durante 40 años que fumar un paquete diario durante 20 años y esto a su vez es más tóxico que fumar dos paquetes diarios durante 10 años.²

En los últimos años, el tabaquismo se concentra entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, en los hogares más pobres de algunos países de bajos ingresos, los productos del tabaco representan hasta un 10%

de los gastos familiares. La prevalencia de consumo de tabaquismo en el mundo es del 24%. En la Región de las Américas la prevalencia del tabaquismo es del 22%.

En Honduras, El Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia, es la institución gubernamental responsable de la prevención del tabaquismo entre otras adicciones lo que le ha permitido hacer múltiples investigaciones en este campo, en comunidades determinadas, principalmente en poblaciones cautivas de alto riesgo, como hospitales, hogares de infantes y cárceles, así como colegios de secundaria y algunas en grupos poblacionales abiertos.

Es así como en el año 2011, el IHADFA realizó un estudio en 3,200 estudiantes entre 12 y 21 años de edad, donde el 47.6% de los estudiantes entrevistados manifestaron haber fumado cigarrillos alguna vez en su vida, el 52.1% en los varones y un 43.7% del sexo femenino. Con relación al total de estudiantes el consumo actual es de 8.7% en ambos sexos.⁵⁸

En el 2012, el IHADFA realizó otro estudio en 250 estudiantes de instituto privado en el Distrito Central, el 70.3% de los estudiantes del sexo masculino y un 57.6% del sexo femenino manifestaron haber fumado cigarrillos al menos una vez en la vida, la prevalencia mensual es del 28.8% para hombres y 20.1%

para mujeres.⁵⁹ También en ese año el IHADFA realizó otro estudio en 300 estudiantes en escuelas públicas del Distrito Central en edades entre 10 y 13 años, el 16.4% habían consumido tabaco.⁶⁰

Resultados impactantes de estos estudios, es uno de tipo explicativo, realizado en el año 2011, acerca de los pictogramas o advertencias impresas en las cajetillas, dónde, se entrevistaron 508 conductores de vehículos livianos y pesados; fumadores y no fumadores, 32 del sexo femenino y 476 del sexo masculino. La prevalencia actual del consumo de cigarrillos fue de un 24.7%. El 32.4% de las personas que fueron consultadas afirman que han continuado comprando cigarrillos a pesar de las nuevas advertencias. En relación al número de cajetillas de cigarrillos que consumía, en la actualidad un 27.7% considera que su consumo ha disminuido con la presencia de pictogramas.⁶³

En un estudio realizado en el departamento de Intibucá, donde un alto porcentaje de su población pertenece a la Etnia Lenca, población objeto de este estudios, se encontró una prevalencia de vida de consumo de tabaco (personas que consumieron por lo menos una vez en su vida), de los hombres fumadores entrevistados es de 84%, y el 16% en las mujeres. Es de tomar en cuenta que, de la población urbana entrevistada, el 83% son hombres y el 17% mujeres; y, en el área rural, el 86% son hombres y el 14% mujeres. El problema del

tabaquismo y la drogadicción que existe en este municipio se refleja en la cantidad de personas que fuman o consumen otras drogas.⁷

En el Informe de Control de Tabaco OPS 2013, se revela que un 20.4% de la población Hondureña fuma, en otro contexto, poco se sabe de prevalencia de consumo de tabaco en poblaciones vulnerables como las Etnias, lo que motivó a realizar el presente estudio, obteniéndose datos confiables y de significancia. Medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud.

Este estudio tuvo como objetivo; conocer las desigualdades socioeconómicas que determinan la prevalencia del consumo y el nivel de gasto en tabaco según la dependencia de la población de la etnia Lenca, se realizó durante el periodo de agosto del 2014 a julio del 2015, con la colaboración internacional del Centro de Investigación del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá para Prevención de Enfermedades Crónicas (CIPEC), por medio del programa de becas de tesis para posgrados en Salud Pública en Centroamérica, con el financiamiento del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo de Canadá (IDRC, por sus siglas en inglés).

Se hizo un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, donde se determinó la prevalencia de consumo de tabaco en Lencas, también se

midieron desigualdades socioeconómicas del nivel de ingreso económico entre fumadores y no fumadores por medio de la Curva de Lorenz, para la medición fue necesario elaborar dos bases de datos en Epi-info versión 7y además se calculó el gasto mensual del fumador Lenca en el consumo de tabaco categorizado por el nivel de dependencia, por medio del Test de Faguerstrom, se analizó cómo los patrones socioeconómicos inducen en la prevalencia de consumo de tabaco en la población Lenca.

Así mismo se caracterizó socioeconómicamente a fumadores y no fumadores para conocer la influencia del tabaquismo en la economía familiar. Este estudio se sometió a dictamen ético ante el Comité de Ética de Investigación Biomédica de la Facultad de Medicina-UNAH, y se obtuvo dictamen favorable en el año 2014. Los resultados, alta prevalencia de consumo 27.74% y conclusiones, donde el consumo es determinado por las condiciones socioeconómicas, del presente estudio favorece la viabilidad de propuestas para políticas públicas en salud que contribuyan de manera científica al cumplimiento de los objetivos del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) y contribuir a sustentar el propósito fundamental de la Ley Especial Para el Control del Tabaco (LEPCT) en Honduras.

II. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Conocer las desigualdades socioeconómicas que determinan la prevalencia del consumo y el nivel de gasto en tabaco según la dependencia de la población de la etnia lenca del municipio de Intibucá, Julio del 2014-Julio del 2015.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar la prevalencia de consumo de tabaco en la población Lenca del municipio de Intibucá.
- ✓ Caracterizar socioeconómicamente la población Lenca fumadora y no fumadora.
- ✓ Cuantificar el gasto mensual en el consumo de Tabaco según el nivel de dependencia en el fumador Lenca.

III. MARCO TEORICO

1. CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) adoptado por unanimidad por la 56^a Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo del 2003. El convenio entro en vigencia a los 90 días de la 40^a ratificación, el 27 de febrero del 2005, en Honduras se ratificó el 02 de 16 de febrero de 2005. Actualmente cuenta con más de 170 Estados Parte, donde los 35 países de Región de las Américas, exceptuando Argentina, Cuba, Estados Unidos de América, El Salvador, Haití y República Dominicana, 29 son parte.

Es el primer tratado negociado, es un tratado basado en pruebas científicas que reafirma el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, este tratado representa un cambio ejemplar en el desarrollo de una normativa para abordar cuestiones relativas a las sustancias adictivas.

Las principales disposiciones del CMCT OMS relativas a la reducción de la demanda figuran: medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, y medidas no relacionadas con los precios para

reducir la demanda de tabaco, protección contra la exposición al humo de tabaco; reglamentación del contenido de los productos de tabaco; reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco; empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; educación, comunicación, formación y concientización del público.

Las principales disposiciones relativas a la reducción de la oferta son: Comercio ilícito de productos de tabaco; ventas a menores y por menores; y apoyo a actividades alternativas económicamente viables. Así mismo se insta a los Estados Miembros a reconocer y contrarrestar los intentos de la industria tabacalera para minar las políticas de control de tabaco.

Para ayudar a los países a cumplir sus obligaciones dominantes del CMCT, la OMS estableció en 2008 el plan MPOWER, consistente en seis medidas de control del tabaco; Monitor (monitorear el consumo de tabaco y la aplicación de políticas de control del tabaco, Potrect (proteger a la población de la exposición al humo de tabaco, Offer (ofrecer ayuda para abandonar el tabaco), Warm (advertir sobre los problemas del tabaco), Enforce (hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio), Raise (aumentar los impuestos del tabaco).¹²

Las medidas de MPOWER ofrecen asistencia práctica a los países para que apliquen políticas eficaces para reducir la demanda de tabaco. Dichas medidas se centran en la reducción de la demanda, aunque la OMS también reconoce la importancia de las medidas que contempla el CMCT de la OMS para reducir la oferta y está comprometida con su aplicación.¹²

El objetivo de este Convenio y de sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

Cada parte formulará, aplicará, actualizará periódicamente y revisará estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco, de conformidad con las disposiciones del presente Convenio y de los protocolos a los que se haya adherido y de acuerdo a su capacidad establecerá o reforzará y financiará un mecanismo coordinador nacional o centros de coordinación para el control del tabaco; y adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y otras medidas eficaces y cooperará, según proceda, con otras partes en la elaboración de políticas

apropiadas para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco.

Cada parte, de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Asimismo medidas eficaces para que se revele al público la información relativa a los componentes tóxicos de los productos de tabaco y las emisiones que éstos pueden producir.

En cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el presente Convenio, las partes acuerdan prestar debida atención a la protección ambiental y a la salud de las personas en relación con el medio ambiente por lo que respecta al cultivo de tabaco y a la fabricación de productos de tabaco, en sus respectivos territorios. Considerarán la adopción de medidas legislativas o la promoción de sus leyes vigentes, cuando sea necesario, para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, inclusive la compensación cuando proceda.¹²

A sabiendas de que el tabaco es uno de los productos legales que mata hasta la mitad de aquellos que lo usan, así como sus fabricantes lo indican, desde la aprobación del CMCT a partir del 2005 en Honduras, para el año 2008 la OMS publicó el paquete MPOWER como punto de partida para un mejor cumplimiento del CMCT OMS, a continuación se hace referencia a algunas

medidas a nivel nacional, en primera instancia las medidas relacionadas con los precios e impuestos que surgen como una medida más eficaz para disminuir el consumo y alentar a los fumadores a abandonarlo, el precio de la marca de cigarrillos más vendida es de PPP\$ 3,11 y los impuestos comprenden el 39% del precio de venta final. El precio en PPP\$ en Honduras es más bajo que el promedio de la región (PPP% 3,93) y la porción de dicho precio que corresponde a impuestos es más baja que el promedio en la región (45%).¹¹

La segunda medida es ambientes libre de humo de tabaco, donde Honduras es uno de los países en la región donde la ley de la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los lugares de trabajo interiores y lugares públicos cerrados es aplicada.¹¹

En tercera estancia en cuanto al etiquetado y empaquetado de los productos de tabaco y como manera de excluir la promoción equívoca, falsa o engañosa, que puede de manera directa o indirectamente crear una errónea impresión de los efectos del tabaco, en nuestro país se cumple la ley de advertencias sanitarias en concordancia con los mandatos del CMCT y sus directrices, incluyendo imágenes de advertencias, la ley ha sido aprobada el 09 de junio del 2010 por el Congreso Nacional, entró en vigencia el 21 de febrero del 2011, esta ley tiene por objeto regular la producción, distribución, comercialización, importación, consumo, publicidad, promoción, patrocinio, relativos a los productos del

tabaco, la orientación, educación y prevención para advertir riesgos y daños a la salud, evitar y deshabituarse el consumo de tabaco, determinar las competencias de la autoridad para la aplicación de sus regulaciones y sanciones.¹²

La ley contiene 71 artículos que desarrollan disposiciones como prohibir fumar en espacios públicos cerrados y abiertos, establecer sanciones pecuniarias por el incumplimiento de las normas establecidas en la misma, que van desde uno (1) a diez (10) salarios mínimos, amonestación verbal, el retiro del lugar, decomiso de los productos que consuman y detención preventiva. Sobre los lugares donde no se debe fumar, especialmente en oficinas públicas, la ley define que “el sitio o lugar donde la persona presta sus servicios abarca no solamente el trabajo remunerado, sino el trabajo voluntario. Incluye todos los lugares conexos o anexos que los trabajadores suelen utilizar en el desempeño de sus labores, entre ellos los pasillos, ascensores, huecos de escalera, vestíbulos, instalaciones conjuntas, sanitarios, salones, comedores y edificaciones anexas como cobertizos y barracones.”⁶²

Sin embargo se permite la publicidad en los puntos de venta y en internet y algunas formas de promoción. Y por último la medida relacionada al abandono de tabaco, En Honduras hay acceso a servicios de cesación en algunas centros de profesionales de la salud y hospitales, por ejemplo la línea telefónica del IHADFA, además su rol es vigilar la protección de la salud, ejerciendo acciones

y medidas de control de tabaco y otras drogas, controlando así la publicidad y propaganda, venta y consumo de dichas drogas, fundado desde el año 1989 y el Centro de Atención Integral CAI Hospital Escuela Universitario. Sin embargo no hay cobertura de costos.

En un estudio realizado por el IHADFA en instituciones de educación en Choluteca, aproximadamente un 38.0% de los estudiantes varones y un poco menos de un tercio de las mujeres afirmaron haber fumado cigarrillos al menos una vez en la vida. El consumo de cigarrillos es mayor en los hombres que en las mujeres con una prevalencia anual de 17.8 % en hombres y 7.3% en mujeres. En relación al consumo de tabaco según la edad de los estudiantes considerados en el estudio, el 45.5% de los estudiantes mayores de 20 años afirman haber consumido esta droga al menos una vez en su vida, lo que baja a 34.7% en el caso de los estudiantes de 14 años y menos.

Entre los escolares de mayor edad, cerca de un 12.1% declara consumir esta droga en la actualidad. El consumo de cigarrillos también aparece mayor a medida que se avanza en los niveles escolares, lo cual está también asociado a la edad. Se observa que un 12.8% de los escolares del doceavo grado consume actualmente cigarrillos. La frecuencia con la cual los estudiantes fuman cigarrillos, un 82.5% lo hacen ocasionalmente, el 7.3% mensualmente, 1.2% un semanalmente y un 9.2% fuman diariamente.⁵⁵

En Comayagua se realizó el mismo estudio donde aproximadamente un 46.8% de los estudiantes varones y un poco menos de un tercio de las mujeres declararon haber fumado cigarrillos al menos una vez en la vida. El consumo de cigarrillos es mayor en los hombres que en las mujeres, la prevalencia anual es 23.4% para hombres y 10.4% para mujeres. En cuanto a la edad, los resultados nos indican que el consumo de cigarrillos aumenta con la edad, encontrándose que 5 de cada 10 estudiantes que tienen más de 17 años afirma haber fumado cigarrillos al menos una vez en la vida.

El 8.5% de los estudiantes entrevistados manifestaron consumir cigarrillos en la actualidad. El consumo de cigarrillos también aparece mayor a medida que se avanza en los niveles escolares, lo cual está también asociado a la edad. Se observa que un 13.1% de los escolares del décimo grado consume actualmente cigarrillos. La frecuencia con la cual los estudiantes fuman cigarrillos, un 73.0% lo hacen ocasionalmente, el 6.8% mensualmente, 7.1% un semanalmente y un 13.2% fuman diariamente.⁵⁶

También se realizó en Juticalpa donde, aproximadamente un 50.0% de los estudiantes varones y un poco más de un tercio de las mujeres declararon haber fumado cigarrillos al menos una vez en la vida. El consumo de cigarrillos es mayor en los hombres que en las mujeres, la prevalencia anual 16.5% para

hombres y 9.4% para mujeres. El consumo de cigarrillos aumenta con la edad, encontrándose que 5 de cada 10 estudiantes que tienen más de 17 años afirma haber fumado cigarrillos al menos una vez en la vida. El 12.5% de los estudiantes entrevistados manifestaron consumir cigarrillos en la actualidad.

El consumo de cigarrillos también aparece mayor a medida que se avanza en los niveles escolares, lo cual está también asociado a la edad. Se observa que un 7.3% de los escolares del décimo grado consume actualmente cigarrillos. La frecuencia con la cual los estudiantes fuman cigarrillos, un 82.5% lo hacen ocasionalmente, el 7.3% mensualmente, 1.2% un semanalmente y un 9.2% fuman diariamente.⁵⁷

Otro estudio realizado por el IHADFA en 10 institutos del Distrito Central, se entrevistaron un total de 560 estudiantes, un 41.6% de los estudiantes entrevistados manifestaron haber fumado cigarrillos alguna vez en su vida, el 48.3% en los varones y un 35.4% del sexo femenino. Con relación al total de estudiantes el consumo actual de tabaco es de 10.5%.⁵⁸

En el año 2011, el IHADFA realizó un estudio en 3,200 estudiantes entre 12 y 21 años de edad, donde el 47.6% de los estudiantes entrevistados manifestaron haber fumado cigarrillos alguna vez en su vida, el 52.1% en los varones y un 43.7% del sexo femenino. Con relación al total de estudiantes el consumo actual es de 8.7% en ambos sexos.⁵⁹ En el 2012, el IHADFA realizó un estudio

en 250 estudiantes de instituto privado en el Distrito Central, el 70.3% de los estudiantes del sexo masculino y un 57.6% del sexo femenino manifestaron haber fumado cigarrillos al menos una vez en la vida, la prevalencia mensual es del 28.8% para hombres y 20.1% para mujeres.⁶⁰

En el 2012 el IHADFA realizó un estudio en 300 estudiantes en escuelas públicas del Distrito Central en edades entre 10 y 13 años, el 16.4% habían consumido tabaco.⁶¹

En un estudio de impacto de los pictogramas entre fumadores y no, realizado por el IHADFA en el 2011, se entrevistaron 508 conductores de vehículos livianos y pesados; 32 del sexo femenino y 476 del sexo masculino. Se establecieron puntos estratégicos en Comayagua, Sabana Grande, Talanga y San Pedro Sula. Los resultados muestran que entre las personas entrevistadas existe una prevalencia actual del consumo de cigarrillos de un 24.7%.

Los resultados también indican que el 32.4% de las personas que fueron consultadas afirman que han continuado comprando cigarrillos a pesar de las nuevas advertencias. En relación al número de cajetillas de cigarrillos que consumía, en la actualidad un 27.7% considera que su consumo ha disminuido con la presencia de las imágenes o pictogramas. Un porcentaje significativo de

personas fumadoras afirman que los nuevos mensajes preventivos, imágenes o pictogramas han contribuido con la disminución de su consumo de cigarrillos.⁶³

Por otro lado la OPS decidió realizar una campaña con el objetivo único de crear conciencia en las personas que consumen tabaco, destacar los riesgos para la salud y promover políticas públicas eficaces para reducir ese consumo, con el lema de “Alto al Comercio Ilícito de Productos de Tabaco”.⁸

Sin embargo, en Honduras se concretan una serie de dificultades y conflictos que asumen los países en etapa post-ratificación del CMCT OMS, a continuación se puede mencionar lo siguiente; Ausencia de voluntad política para abordar la implementación del CMCT, priorizar las relaciones de mercado sobre las obligaciones vinculadas a los derechos a la salud, vida y ambiente sano, creciente interferencia de las tabacaleras sobre las políticas públicas de control de tabaco.¹²

Dichas tabacaleras acusan que el CMCT es un obstáculo para el libre comercio, fortalecimiento de la industria tabacalera, legislaciones débiles e insuficientes, se ha aprobado el decreto legislativo 180-2006, donde se prohíbe fumar en cualquier lugar o edificio propiedad del Estado, aunque se espera la legislación donde se prohíba fumar en espacio cerrado tanto a nivel público como privado y por último poca organización de la sociedad civil como fortalecimiento para

responder de forma organizada a los retos de una legislación acorde a las exigencias del control de tabaco.¹²

2. EPIDEMIOLOGIA DEL TABACO

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 tabaco es una planta de la familia de las solanáceas, existen 50 especies conocidas, pero sólo dos se cultivan comercialmente: Nicotina Tabacum y Nicotina Rústica. Desde el siglo IX AC el tabaco era utilizado en rituales religiosos y se le concedían poderes mágicos en el Continente Americano.⁵²

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. Las principales características de la planta de tabaco son; tallo herbáceo, hojas grandes y perfectamente aisladas, con abundante vena y en general no onduladas, su flor es hermafrodita semillas extremadamente pequeñas y muy numerosas, contenidas en una cápsula.¹³

La denominación de la planta en el lenguaje nativo era cohíba y su uso no era exclusivo del Behique (sacerdote de la tribu), sino de todos los integrantes del grupo primitivo. La forma de consumo podía ser fumada, masticado y otras

veces aspirado, y el nombre del tizón era tabaco. El primer paso dado en la lucha antitabáquica fue en 1520 cuando se publicó el primer escrito que reconoce el carácter adictivo del tabaco, realizado por el padre Bartolomé de las casas. El segundo opositor que recoge la historia es el Rey Jacobo I de Inglaterra que en 1604 aumentó los impuestos y editó su famosa “Diatriba contra el tabaco”.⁵³

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.¹⁴

El tabaco es un importante factor de riesgo de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) las cuales son actualmente responsables de casi

dos tercios de las muertes a nivel mundial. Estas enfermedades incluyen principalmente las enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes y enfermedades respiratorias. En las Américas, las ENT son responsables del 77% de todas las defunciones y dentro de ellas el tabaco es responsable del 15% de las muertes por enfermedades cardiovasculares, el 26% de las muertes por cáncer y el 51% de las muertes por enfermedades respiratorias.¹⁵

El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno continúan siendo unas de las principales causas individuales de mortalidad, morbilidad y discapacidad prevenibles. Es responsable, a nivel mundial, del 12% de todas las muertes de los adultos mayores de 30 años. Si consideramos el consumo y la exposición pasiva, el tabaco mata a casi 6 millones de personas anualmente en el mundo y alrededor de 1 millón en las Américas. Si las tendencias actuales continúan, a partir del año 2030 el tabaco matará a más de 8 millones de personas en todo el mundo. El 80% de estas muertes prematuras ocurrirán en países de ingresos bajos y medianos con las implicaciones que esto tendrá para los sistemas de salud y las economías de estos países.

La prevalencia de tabaquismo en el mundo es del 24% siendo el consumo de tabaco mayor entre los hombres (40%) que entre las mujeres (9%). En las Américas existen 145 millones de fumadores, lo que representa el 12% de los más de mil millones de fumadores del mundo. En la Región, la prevalencia del

tabaquismo en la población adulta es del 22% y ocupa el cuarto lugar entre las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁵

La prevalencia estandarizada de consumo actual de tabaco fumado en adultos varía ampliamente entre los países, desde 41% en Chile a 7% en Barbados, los datos provistos por la Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes (GYTS, por su sigla en inglés: Global Youth Tobacco Survey) muestran que la prevalencia del uso de cualquier producto de tabaco en el grupo etario de 13 a 15 años varía de 35,1% en Chile a 2,8% en Canadá. Según el informe sobre control de tabaco (con y sin humo), la prevalencia de consumo de tabaco en Honduras es de 20.4% y el consumo actual de cigarrillos es del 14.2%.¹⁶

En la Unión Europea se ha observado una disminución progresiva del consumo de tabaco, de modo que en la actualidad el 34% de la población adulta fuma frente al 40% que lo hacía en los años 80. Las cifras para el 2002 eran de 33%, mientras que para el 2005 eran de un 27%, casi la mitad de los ciudadanos declararon nunca haber fumado y un 21% declaró haber dejado el tabaco. Respecto a la frecuencia de consumo, el 84% de los europeos que fuman, lo hacen de forma habitual y no ocasionalmente (16%).

En cambio en España el consumo habitual está por encima de la media (86%), Prevalencia de consumo, en España ha sido similar a la de otros países

desarrollados, con un cierto retraso en el tiempo, debido a la situación social y política que se vivió durante cuatro décadas en el siglo pasado, la prevalencia de tabaquismo entre la población española de 16 y más años se sitúa en el 31% de fumadores actuales (diarios y ocasionales), mientras que el porcentaje de hombres fumadores se sitúa en el 37,6%, entre las mujeres está en 24,7%.¹⁷

3. FISIOPATOLOGÍA DEL TABAQUISMO

El concepto de tabaquismo ha evolucionado mucho en las últimas décadas, de hábito en los años 60, el consumo pasó a ser considerado como dependencia en los 70, a mediados de los 80 el tabaquismo fue enunciado como una adicción y durante los años 90 se instauró la clínica del fumador. En el ámbito sanitario drogadicción es un término técnico muy utilizado para definir las situaciones relacionadas con el consumo de sustancias que provoquen conductas relacionadas con la dependencia. Las drogas, en general, siempre han estado presentes en la mayoría de las civilizaciones como un factor integrante de los valores y del comportamiento humano.

En los últimos años las evidencias sobre la dependencia a la nicotina han sido siempre resaltadas, especialmente por instituciones de gran prestigio mundial. El tabaquismo es el envenenamiento agudo o crónico por el hábito de fumar cigarrillo, cigarro, pipa, o por masticar u oler tabaco (Rapé). Incide de diversas

maneras sobre los seres humanos, y sus consecuencias son siempre negativas. Podemos distinguir un contacto directo con el tabaco y un contacto indirecto, tratándose de personas que sin consumirlo, están constantemente expuestas a las emanaciones de los que fuman.¹⁸

Según Surgeon, era necesario establecer una distinción entre habituación y adicción para clasificar las drogas, el término Droga según la OMS se define cómo; toda sustancia, natural o sintética, que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

La habituación fue caracterizada por el consumo repetido de una determinada droga y caracterizada por los siguientes aspectos: (a) deseo, pero no compulsivo, de continuar tomándose la droga para mejorar la sensación de bienestar; (b) pequeña tendencia en aumentar gradualmente la dosis; (c) un cierto grado de dependencia física causado por la droga, pero con la ausencia del síndrome de abstinencia y (d) efectos que perjudican el individuo. La adicción fue caracterizada por: (a) fuerte deseo o necesidad de seguir consumiéndola; (b) obtención de la droga a través de todos los medios posibles; (c) dependencia física y psicológica provocadas por la droga y (d) efectos perjudiciales para el individuo y la sociedad.¹⁷

Los cigarrillos y otras formas de tabaco son adictivos; La nicotina es la droga del tabaco que crea adicción; los procesos farmacológicos y conductuales que determinan la adicción son similares a aquellos que determinan la adicción a drogas tales como la heroína y cocaína. Dependencia nicotínica psicológica una vez instalado el hábito, el fumador comienza a asociar una serie de estímulos ambientales al acto de fumar. Las circunstancias que provocan los estímulos ambientales pueden variar de acuerdo con el medio por donde se mueve el fumador. El primer hecho es la dependencia física y después la psicológica, desde el punto de vista fisiológico la nicotina a través de los receptores colinérgicos es la responsable de la dependencia, tolerancia y síntomas de abstinencia.¹⁸

Para entender el mecanismo del hábito de fumar debemos considerar que fumar representa mucho más que la dependencia farmacológica y conductual a la nicotina. Con el paso del tiempo el fumador pasa a recibir estímulos sociales, comportamentales o culturales que refuerzan su hábito que probablemente serán los elementos causantes del establecimiento de la dependencia psicológica. Tanto el componente psicológico como el físico de la dependencia al tabaco tienen un papel fundamental en el mantenimiento del hábito, después de inhalada la nicotina tarda aproximadamente siete segundos para atravesar la superficie alveolar de los pulmones, entrar en la corriente sanguínea y alcanzar

el cerebro, este es el tiempo necesario para que se manifiesten los efectos del tabaco a nivel cerebral, entre ellos la sensación de placer experimentada por el fumador, el supuesto aumento de la capacidad mental, el incremento de la concentración, la estabilidad del estado de ánimo y la reducción de la ansiedad.

Un fumador que consume un paquete diario de tabaco al cabo de diez años habrá repetido el movimiento de extender el cigarrillo hacia la boca 73.000 veces. Ese movimiento repetitivo constituye verdaderas conductas que después de tantos años vividas inducen el fumador a actuar por automatismo, esas dichas acciones se transforman en un ritual diario que empieza con la costumbre de encender por la mañana el primer cigarrillo antes o después de desayunar o incluso nada más antes de levantarse de la cama. El lugar que ocupa el paquete del tabaco y los mecanismos utilizados para obtenerlo, definen seguramente un estado de dependencia psicológica a la droga. Sin embargo, al igual que ocurre con otras drogas adictivas, la sintomatología varía de sujeto a sujeto, pero normalmente el primer síntoma es el físico.¹⁸

Se estima que un 50% de los fumadores puedan ser clasificados como dependientes a la nicotina por presentar tres de las siguientes características evaluadas, considerándose los últimos 12 meses de consumo: (a) tolerancia; (b) síntomas de abstinencia; (c) deseo persistente de fumar; (d) un gasto de

tiempo considerable consumiendo u obteniendo el tabaco y (e) seguir fumando a pesar de conocer los riesgos para la salud.¹⁸

3.1 Neurobiología de la adicción al tabaco

El sistema dopaminérgico en el sistema nervioso central (SNC) constituye la principal estructura neurobiológica implicada en el fenómeno de adicción a las drogas. Tal sistema está constituido por diferentes vías y núcleos de todas ellas, la vía mesolímbica es la que se ha relacionado con los procesos de adicción a la nicotina. La vía mesolímbica tiene sus cuerpos neuronales en el área tegmental ventral (ATV) y de aquí emite sus axones hacia el núcleo accumbens (NAC).

Este último, es trascendental en la adicción a la nicotina pues ha sido claramente demostrado que la nicotina aumenta el flujo de dopamina de manera específica en la zona ventromedial del NAC, este aumento de dopamina estimula la actividad de los circuitos cerebrales que regulan la sensación de placer y satisfacción, además, ejerce un efecto estimulante. De manera paralela a la hiperactividad dopaminérgica, la liberación de serotonina en fase aguda de consumo de nicotina se ha asociado al fenómeno de recompensa en el NAC.¹⁹

La exposición prolongada desensibiliza el sistema GABAérgico que interviene en la gratificación y sensibilización de las proyecciones dopaminérgicas, produciendo así la conducta de uso compulsivo de la nicotina. Por otra parte, la vía amigdalina del sistema noradrenérgico también ha sido relacionada con la adicción a la nicotina, el principal componente de tal sistema es el locus coeruleus, al dejar de fumar se descarga una gran cantidad de noradrenalina, lo cual se relaciona con situaciones de estrés y respuesta emocional (síndrome de abstinencia). Durante el consumo crónico de la nicotina se desarrolla una sensibilización a la liberación de dopamina mesolímbica, hechos que resultan de gran importancia en el establecimiento de la dependencia crónica y de la abstinencia tras el cese del consumo.¹⁹

3.2 Farmacodinamia

La iniciación del hábito de fumar guarda muy estrecha relación con factores psicológicos y sociales. En los humanos, la nicotina provoca un decremento en el tono muscular esquelético con la consecuente depresión del reflejo patelar, siendo el curso de ambos paralelo a los niveles nicotínicos encontrados en el plasma. Además, existe un modelo característico de alertamiento encontrado en el electroencefalograma y una estimulación conductual, lo cual habla claramente de la estimulación que ejerce sobre el sistema nervioso central. La nicotina estimula además la secreción salival, inhibe las contracciones

peristálticas del estomago y por ello retarda el vaciamiento gástrico. Asimismo, libera norepinefrina de las terminaciones nerviosas de los miembros periféricos, estimula la liberación de catecolaminas de la medula adrenal e incrementa los niveles plasmáticos de cortisona y de la hormona de crecimiento.²⁰

3.3 Farmacocinética

La nicotina se absorbe no solo por la mucosa oral y el tubo digestivo sino por la piel y el aparato respiratorio. Del 80-90% de la dosis se metaboliza en el hígado y en menor grado en el riñón y pulmón. El principal metabolito de la nicotina es el ácido Gama tres piridilgamaoxobutírico y se elimina fundamentalmente por vía renal, donde su velocidad de excreción depende del pH o acidificación de la orina. Puede ser excretada simultáneamente por la leche de las madres fumadoras, en cierta proporción a la dosis consumida. Una persona fumadora fuerte o pesada, puede eliminar por la leche hasta 0.5 mg por litro. La dosis de nicotina fatal media para un adulto es probablemente cercana a 60 mg, de hecho hay cigarrillos que pueden contener de 20-30 mg en total.²⁰

3.4 Los efectos del tabaco más comunes

El cigarrillo contiene más de cuatro mil sustancias químicas diferentes, de estas, por lo menos cuarenta son fuertemente cancerígenas. Algunas sustancias tóxicas del cigarrillo son monóxido de carbono, este se fija en la hemoglobina más eficazmente que el oxígeno, como sabemos la función de la hemoglobina es la de transportar oxígeno a todo el organismo, entonces el monóxido de carbono desplaza a la molécula de oxígeno, conllevando a una hipoxia de todos los tejidos, especialmente a la neurona que es la que más oxígeno consume.

Otra es el alquitrán, se descompone en pequeñas partículas las cuales se adhieren a las vías bronquiales y los pulmones, por esta razón es muy común ver en autopsias, los pulmones de los fumadores de color negro, en lugar de un color carmesí normal, estas partículas pequeñas del alquitrán al adherirse al tejido bronquial fuertemente irritan la membrana mucótica de la tráquea, causando la típica tos de fumador y el típico cáncer broncogénico, se calcula que cada kilogramo de tabaco, confeccionado en cigarrillos, da origen a unos setenta gramos de alquitrán rico en hidrocarburos.

Un fumador que consume veinte cigarrillos al día en nueve meses deposita en sus pulmones trescientos setenta y ocho gramos de alquitrán. El humo del

cigarrillo ejerce un efecto irritante en nuestro aparato respiratorio, debido a sus componentes, tales como la acreolina (doscientas veinte partes por millón) y el formaldehído (ochenta partes por millón), que son sustancias que paralizan el movimiento de los cilios vibrátiles bronquiales. Estos cilios tienen la finalidad de eliminar el moco, los residuos de carbón y las microparticulas sólidas que con la inspiración pueden llegar a dañar los bronquíolos. Su parálisis provoca obstrucción de los bronquios.

Es inevitable que el gran fumador pase de la bronquitis crónica a la atelectasia y al enfisema de diversas zonas pulmonares. El tabaco tiene un alcaloide muy tóxico que resulta de la condensación de la piridina y la metilpirrolidina, llamado nicotina, químico venenoso, sintetizada a nivel de las raíces, se acumula en las hojas, que alcanza el cerebro por vía sanguínea en menos de siete segundos después de la inhalación del humo del cigarrillo. A la nicotina se le considera una droga ya que crea adicción y esta es una de las razones por las cuales al fumador le es difícil dejar este vicio.²²

La nicotina se aisló por primera vez de las hojas del tabaco, denominada *nicotianatabacum* en 1828 por Poselt y Reiman, describiéndose sus acciones sobre los ganglios autonómicos en 1889. Se trata de uno de los pocos alcaloides naturales líquidos libres en la naturaleza cuyas principales características son ser incoloro y volátil, altamente soluble en agua salina y no

tener efecto terapéutico alguno.²² Dos o tres gotas serían suficientes para matar a una persona adulta. La dosis mortal es de 30 miligramos. Un cigarrillo suele contener de 15 a 20 mg de nicotina se calcula que, al fumar, pasan a la sangre 1,2 mg.²³

El cigarrillo es causa frecuente de enfermedades cardíacas. Una simple aspiración acelera el ritmo cardíaco, de 5 a 20 latidos por minuto. El riesgo de sufrir un infarto es tres veces mayor en los fumadores que en los no fumadores. Si una mujer además de fumar utiliza anticonceptivos, que también aumentan la producción de adrenalina, el peligro de infarto del miocardio es mayor.

El humo del tabaco puede desencadenar un ataque de asma. Úlceras, daños oculares y envejecimiento de la piel. La nicotina reduce los niveles de vitamina C y por esto las heridas tardan más en curarse. Pérdida de radicales libres lleva a envejecimiento. Problemas de fertilidad. Según un informe Holandés publicado por la revista científica británica "Human Fertility" el tabaco tiene un efecto 'devastador' en la fertilidad. El estudio se llevó a cabo entre 8,500 mujeres, el 40% de ellas no quedaron embarazadas y eran fumadoras.

El tabaco es responsable de un gran número de enfermedades, por lo cual se deben reforzar las estrategias de control y prevención, teniendo en cuenta que se ha demostrado que la industria tabacalera posee estrategias para adaptarse

a las diferentes legislaciones. Se deben impulsar y fomentar los programas de deshabituación tabáquica, seleccionando el mejor de acuerdo a las necesidades de cada persona y ventajas e inconvenientes que pueden presentar cada uno de estos programas, de forma que se preste una atención individualizada para lograr el mayor beneficio de cada paciente.

Los obstáculos encontrados en la lucha contra el tabaquismo son múltiples y creativos, por ejemplo las campañas comerciales para apalea el consumo entre los jóvenes, las que presentan el consumo de drogas como algo atractivo y natural. Su influencia es continua y persistente contrarrestando las iniciativas que buscan aminorar el porcentaje de población que es consumidora regular del tabaco. El camino por recorrer aún es arduo, ya que el hábito nocivo de fumar, encuentra nuevos seguidores de todas las edades, con resultados que pueden ser letales.²³

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha advertido sobre las trágicas consecuencias que implica la adicción al tabaco; reporta que la mitad de las personas mueren de alguna enfermedad directamente relacionada con el consumo de nicotina y otros componentes nocivos.

En el caso de Honduras, sus habitantes poco a poco van tomando conciencia acerca del daño que ocasiona, a la salud personal y a la colectiva, el uso del

tabaco. La edad de inicio es de 8 años, un tercio de los hondureños fuma regularmente. En 2005, Honduras fue incluida por la Organización Mundial de la Salud, junto a países como Canadá, México, Panamá, Perú y Trinidad y Tobago, como un país que desarrolla iniciativas para disminuir y erradicar el fenómeno de las drogas.²³

3.5 Consecuencias del consumo de tabaco

En la actualidad el consumo del tabaco es el principal problema de salud pública en los países desarrollados, no sólo por su magnitud, sino por las consecuencias sanitarias que conlleva, así como por los enormes costes económicos y sociales que genera. El tabaquismo, más que un hábito aún aceptado y admitido por una parte importante de nuestra sociedad, es una forma de drogodependencia. Se sabe que el tabaco perjudica seriamente la salud. Los investigadores lo denuncian como agente inductor, o al menos favorecedor, de multitud de trastornos y dolencias.

Más de cinco millones de personas mueren anualmente en todo el mundo por enfermedades asociadas al tabaquismo, es posible agrupar estas asociaciones en las categorías generales de cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y efectos adversos en la reproducción. En

cada una de estas asociaciones, la evidencia es extensa y se revisó ampliamente en los principales informes.

En el artículo 8 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco se reconoce que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad, y se pide a los países que adopten y apliquen medidas legislativas que protejan del humo de tabaco de segunda mano. Las complicaciones más comunes respecto al consumo de tabaco pueden ser:

- ✓ Cáncer de pulmón, y en segundo lugar de frecuencia el cáncer de laringe y esófago.
- ✓ Enfermedades cardiovasculares, como la cardiopatía coronaria (preinfarto, infarto de miocardio), arteriosclerosis y trombosis de miembros inferiores.
- ✓ EPOC (asma, enfisema, bronquitis crónica)
- ✓ Úlceras gástricas y duodenales
- ✓ Infecciones graves por la inmunodepresión, principalmente a nivel pulmonar.
- ✓ Manchas en dientes y dedos.
- ✓ Trastornos psicológicos por la dependencia, vulnerabilidad mental.
- ✓ Disfunción sexual.
- ✓ Disminución de la fertilidad
- ✓ Trastornos en la cicatrización
- ✓ Trastornos en la coagulación
- ✓ Desórdenes menstruales

- ✓ Enfermedad cerebro-vascular, infartos viscerales.
- ✓ Diabetes:
- ✓ El consumo de tabaco entre personas con
- ✓ En personas diabéticas está fuertemente asociado con un mayor aumento del riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares.
- ✓ Las investigaciones reportan un efecto negativo del tabaco sobre el metabolismo de la glucosa y los lípidos, lo cual conlleva el deterioro del control metabólico en la diabetes.
- ✓ Los efectos sobre los vasos sanguíneos del organismo, la inflamación y otros posibles factores también podrían contribuir con las muy graves y negativas consecuencias de fumar tabaco en personas con diabetes.
- ✓ Entre las complicaciones microvasculares de la diabetes se encuentra la enfermedad renal (nefropatía), las lesiones oculares (retinopatía) y las lesiones nerviosas (neuropatía). Éstas están estrechamente vinculadas al control metabólico.
- ✓ Varios estudios, en especial en personas con diabetes tipo 1, han demostrado con toda claridad los efectos negativos de fumar tabaco sobre la función renal.
- ✓ Estudios recientes han proporcionado pruebas de cambios funcionales y estructurales en la parte del riñón (el glomérulo) que está implicada activamente en la filtración de la sangre para formar la orina.

El papel de fumar cigarrillos en relación con la carcinogénesis mama no está aún definido. Algunas investigaciones epidemiológicas han subrayado que el fumar no afecta al riesgo del cáncer de mama, otros han indicado una disminución del riesgo en relación con el tabaquismo, y otros han observado un aumento del riesgo en, al menos, un subgrupo de mujeres. El tabaquismo activo y pasivo y su relación con la aparición de cáncer de mama concluye que el tabaquismo pasivo en la edad en la que aún no se ha desarrollado el tejido mamario se asocia a un alto riesgo, mientras que si la primera exposición se da en la adolescencia o en jóvenes adultas el riesgo es intermedio, y si se produce en la edad adulta el riesgo es bajo.

En cuanto al cáncer de cuello uterino el cigarrillo está asociado con un aumento al doble del riesgo en relación con las no fumadoras. Se han podido encontrar niveles de metabolitos de la nicotina y de otros constituyentes en el moco cervical de fumadoras activas y pasivas.²³

En estudios observacionales, se ha objetivado que el cáncer cervical y su precursor, la neoplasia cervical intraepitelial, están asociados al consumo de tabaco. Se han asociado cánceres hematológicos al consumo de tabaco, atribuyéndose al mismo un 14% de las leucemias linfoides o mieloides; este efecto parece estar asociado a la presencia de bencenos, nitrosaminas, polonio

(isótopo radiactivo). Se ha indicado cómo la leucemia aguda mieloblástica es la más probablemente relacionada.²³

En un estudio realizado por el Instituto de Efectividad Clínica Sanitaria IECS, determinó que en Latinoamérica al año mueren 379,145 personas, 162,028 nuevos cánceres detectados, 730,418 infartos e internaciones por enfermedad cardíaca, a consecuencia del tabaquismo. Además se estima que el costo directo en el sistema de salud atribuible al consumo de tabaco son \$33. 458. 640.699 al año.⁶⁴

3.6 Daños por fumar durante el embarazo

La duración del embarazo de las fumadoras puede ser menor y menor es el desarrollo ponderal del feto, por otro lado los abortos parecen ser más frecuentes, al igual que la prematuridad e inmadurez del feto, todo esto debido al aumento de la tasa de monóxido de carbono en la sangre materna. La vasoconstricción provocada por la nicotina en la circulación materna y la consiguiente menor aportación de sangre al feto, ocasiona una menor oxigenación y por tanto, una menor capacidad de desarrollo de todos los tejidos y órganos. Al nacer el feto tendrá menor capacidad vital, los recién nacidos de madres fumadoras presentan un índice de mortalidad más alto en la primera semana. Por otra parte existe una hipotonía muscular en las fumadoras,

particularmente evidente en el trabajo de parto, conllevando esto una mayor incidencia de muerte en el recién nacido.²³

3.7 Acción nociva sobre otros órganos

La acción nociva del cigarrillo se encuentra sobre numerosos órganos, pero es más evidente en el sistema nervioso central y sobre los órganos de los sentidos. El fumador asiduo padece un debilitamiento de las facultades psíquicas, sobre todo de la memoria y una simple menor capacidad de atención, son también conocidos las anosmias en los grandes fumadores, las percepciones gustativas alteradas, el debilitamiento del oído, las afecciones oculares tipo miosis, neuritis retrobulbares, etc., la acción depresora sobre la espermatogenesis en el sentido cuantitativo y cualitativo.

En el aparato digestivo el humo ejerce una acción irritativa sobre la mucosa gástrica, particularmente peligrosa en los portadores de ulcera gástrica y duodenal y en los que han sufrido resección gástrica; acción inhibidora de la secreción y de la motilidad gástrica, de ahí la anorexia de los fumadores; acción hipercinética sobre las vías biliares, particularmente evidente en la descarga diarreica provocada por el primer cigarrillo de la mañana. Lesiones leucoplásicas de la boca, especialmente de los fumadores de pipa y de los que tienen constantemente el cigarrillo o el cigarro entre los labios. Las leucoplasias

pueden degenerar y ocasionar neoplasias de los labios, de la lengua y del esófago.²²

4. POLÍTICAS PERMISIVAS DEL TABAQUISMO

La amplia permisibilidad ofrecida durante tantos años al tabaquismo permitió que en muchos países se haya reflejado tal punto de legislación, que sobreconsideró y subestimó a los fumadores, denominados fumadores pasivos (o de segunda mano), entendiéndose fumador pasivo como la persona que no fuma, pero está sometida a los efectos nocivos del tabaco por aspirar el humo de las personas que fuman en su entorno, que toleraron por mucho tiempo el consumo indiscriminado de tabaco, llegó a ser obvio el punto de vista de que el tabaco no podría por más tiempo pasar por hábito inocuo personal exento de repercusiones medicas y psicosociales. Sin embargo si existen restricciones apropiadas en el sentido de su consumo en áreas, lugares y zonas públicas.²⁴ Así como la Ley Especial para el Control del Tabaco que entró en vigencia en el año 2011 en el país.

5. INDICADORES SOCIOECONÓMICOS EN MEDICIÓN DE DESIGUALDADES

El término “desigualdad” hace referencia, a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado, sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si la diferencia de ocurrencia del fenómeno entre distintos grupos es justa o injusta⁴⁰. Sin embargo hablar de desigualdad, no es lo mismo que hablar de inequidad esta última hace referencia a aquellas diferencias que son innecesarias y evitables, pero que además, se consideran arbitrarias e injustas, en cambio si hablamos de equidad implica que, idealmente todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial y de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse²⁵.

La acumulación de la riqueza es dada en manos de pocos hogares, hasta el punto que excluyen a importantes sectores de su sociedad, por lo que se puede decir que la región latinoamericana se enfrenta a condiciones crecientes de desigualdad y que este tema se convierte en hemisférico, por cuanto los países más desarrollados también enfrentan estas situaciones.

La desigualdad se convierte en un fenómeno multidimensional e incompatible con nuestros ideales democráticos, cuando no es expresada solamente en la diversidad adquisitiva de los ingresos de las personas, sino que se deriva de la discriminación de clase, raza, género, origen geográfico, etc., practicadas de forma categórica entre todos o casi todos los miembros de un grupo.²⁶

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. Hace referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de distinta clase social, género, etnia o territorio, de forma que los colectivos más desfavorecidos presentan peor salud que el resto. Por lo tanto, el concepto de las desigualdades en la salud tiene también una dimensión moral y ética. Hace referencia a diferencias en salud que son innecesarias y evitables y que, además, son injustas e intolerables.

Alcanzar la equidad en salud comportaría que idealmente todo el mundo tuviera una oportunidad justa de tener el máximo desarrollo posible de su salud.

Las desigualdades en salud son enormes, causando en muchos casos un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas. También es

necesario tener presente que la evidencia científica existente señala como las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas.²⁷

Tanto en los países en desarrollo como en los países industrializados, existen desigualdades sociales inaceptables en el campo de la salud que pueden ocurrir entre grupos geopolíticos, socioeconómicos, étnicos, de sexo, edad u otros. Se sabe que los grupos con peores condiciones socioeconómicas no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que, además, presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad.

Medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud. Desigualdad no es sinónimo de inequidad. La inequidad es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas. No obstante, los términos “desigualdad” (inequality) e “inequidad” (inequity) se usan indistintamente en su sentido meramente descriptivo, sin tener en cuenta si las diferencias son injustas o no.²⁶

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para el análisis de sus determinantes y para el planteamiento de una teoría, lo cual, a su vez, es una base fundamental para la acción.²⁸

5.1 Desigualdades Sociales En Salud

Son diferencias sistemáticas en el estado de salud entre distintos grupos socioeconómicos. Existen tres rasgos distintivos que, al combinarse, convierten las meras variaciones o diferencias de salud en desigualdades sociales en salud. Estas desigualdades son sistemáticas, tienen un origen social (y por tanto son modificables) y son injustas.

El primer rasgo es la existencia de un patrón sistemático en las diferencias de salud. Estas diferencias no se distribuyen de manera aleatoria, sino que presentan un patrón que se repite en toda la población. Son especialmente llamativas las que se observan entre diferentes grupos socioeconómicos. La mortalidad y la morbilidad aumentan a medida que se desciende en la escala de la posición social, como se explica en las siguientes secciones.³⁰

El segundo rasgo es la existencia de procesos sociales que dan lugar a diferencias en salud no determinadas por factores biológicos. Por ejemplo, ninguna ley de la naturaleza dispone que los niños de familias pobres tengan

una probabilidad dos veces mayor de morir que los niños nacidos en familias ricas (Blane y cols., 1993), por lo que esa desigualdad en salud no es fija tampoco inevitable.

El tercer rasgo es que las desigualdades sociales son diferencias que la mayoría considera injustas, porque son generadas y mantenidas por lo que Evans y Peters (2001) han denominado “condiciones sociales injustas”, atentatorias contra las nociones comunes de justicia. Por supuesto, todo depende del significado que cada uno atribuya a la idea de injusticia. Ahora bien, aunque las nociones sobre lo que es injusto varíen algo de un lugar a otro, tienen mucho en común.²⁹

5.2 Equidad en Salud

El concepto está íntimamente relacionado con el hilo conceptual de derechos humanos que recorre los principales textos de la OMS, desde sus comienzos en el decenio de 1940 hasta las resoluciones del siglo XXI. La Constitución de la OMS (OMS, 1946) decía ya en 1946 que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”

Las diferencias de salud según el origen étnico o geográfico se deben relacionar con factores socioeconómicos. Los análisis de las diferencias sistemáticas de salud según el origen étnico deben relacionarse, siempre que sea posible, con factores socioeconómicos, ya que la magnitud y las causas de estas diferencias suelen variar en función de la posición social.

Deben analizarse asimismo las diferencias en salud entre unas regiones geográficas y otras, pero teniendo también debidamente en cuenta las diferencias en la estructura social. Cuando no se disponga de forma rutinaria de medidas de la situación socioeconómica individual, como la profesión o la renta de cada persona, en zonas con una población relativamente homogénea, podrá utilizarse como indicador de las desigualdades socioeconómicas en salud el estado de salud ajustado a la edad desde una perspectiva socioeconómica.²⁹

¿Qué entendemos actualmente por desigualdades sociales en salud?

La hipótesis básica (que, aunque bastante antigua, desgraciadamente todavía es necesario defender, demostrar y propagar) es que las enfermedades 'no caen del cielo', no se distribuyen por azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos.

El estudio de la distribución de la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad, según clases sociales, género, niveles de educación, ocupación, situación de

empleo, etnia, situación migratoria o áreas geográficas de residencia nos permite desvelar estos determinantes sociales de la enfermedad y poner en evidencia la debilidad científica de la ideología dominante, según la cual enfermar o morir prematuramente estaría condicionado principalmente por nuestra herencia genética, nuestros hábitos de salud libremente elegidos (no engordar, hacer ejercicio, beber con moderación, no fumar), el descubrimiento de una nueva tecnología médica o, incluso, como fruto del castigo divino o el azar.³⁰

Es decir, que la salud sería prácticamente independiente de los fenómenos sociales y colectivos. Enfermar dependería del destino (determinado por la herencia, la suerte o el designio divino) o sería fruto de una decisión individual previa (cada uno sería culpable de sus propias enfermedades por 'no haberse cuidado'). Y es comprensible que socialmente se imponga esta visión de la salud, pues la idea de que enfermaremos más, moriremos antes y con peor calidad de vida dependiendo del país o de la familia donde hemos nacido, el barrio donde crecemos y vivimos, o de las oportunidades de educación, trabajo u ocio que nos haya tocado tener, es muy dura e incluso, diríamos, que es muy desestabilizadora para el mantenimiento del status quo social y político.

Si aceptamos esta hipótesis, ya no es suficiente aspirar a tener acceso a un buen médico y a sofisticados recursos diagnósticos y terapéuticos hospitalarios,

sino que tendríamos que luchar por una sociedad más justa, si queremos mejorar la salud de todos: la salud colectiva o pública. La salud pasa, de esta manera, de ser un tema médico a convertirse en un asunto ético, social y político, en el que todos tenemos algo que decir.³⁰

Puede haber diferencias y desigualdades que no son necesariamente injustas. Si alguien decide libremente ir a esquiar y se rompe una pierna, el hecho de que tenga una fractura y su hermano, que no quiso salir a esquiar, no la tenga no convierte a esa diferencia en salud en una falta de equidad en salud. Y en términos colectivos, el hecho de que quienes practican deportes de riesgo tengan más accidentes tampoco se percibe como algo socialmente injusto.

Sin embargo, tener más posibilidades de enfermar por estar expuesto a un riesgo laboral (por ejemplo, enfermar por un tumor pleural por no quedarle más remedio que trabajar en un ambiente laboral expuesto al amianto) o tener una esperanza de vida menor por ser de clase trabajadora (como consecuencia de tener menores oportunidades de vida, peores hábitos de salud, mayor exposición a riesgos ambientales y laborales, vivir bajo una mayor tensión emocional e inseguridad, tener peores posibilidades de neutralizar las consecuencias de las situaciones críticas: en definitiva, por sufrir un mayor desgaste en salud) es una clara inequidad en salud.³⁰

Así pues, para que una diferencia o desigualdad en salud sea considerada una desigualdad social en salud, tienen que darse dos condiciones:

- ✓ Que se la considere socialmente injusta.
- ✓ Que sea potencialmente evitable (que haya instrumentos para haberla evitado).

Las desigualdades sociales en salud (inequity in health) son, por tanto, las diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud entre grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Y la investigación orientada a la equidad (equity research) es el estudio sobre la génesis y características de las desigualdades sociales en salud, con el propósito de identificar factores modificables por decisiones políticas y acciones programáticas para reducir o eliminar las desigualdades.³⁰

Desigualdad social significa que minorías ricas concentran la mayoría de los recursos del país, mientras que la gran mayoría tiene muy poco. Para disminuir estas desigualdades se requiere, lógicamente, de medidas distributivas que otorguen más ingresos a los pobres y menos a los ricos. Desafortunadamente, en la región latinoamericana los ricos no sólo concentran más recursos sino que reciben proporcionalmente más ingresos que los pobres y, como resultado, se

observa que no sólo la pobreza sino también la brecha entre ricos y pobres se han incrementado en las últimas décadas.

Los niveles de pobreza de la región latinoamericana, históricamente alarmantes, continúan en aumento en vez de disminuir. En 1980, 41% de los latinoamericanos vivían en condiciones de pobreza. En 2002, el porcentaje de pobres ya alcanzaba el 44%, 221 millones de personas; 97 millones de ellos (19,4% de la población) viviendo en la pobreza extrema o la indigencia (1). Tales niveles de pobreza están asociados la inmensa desigualdad social de la región, la mayor del mundo.

La salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales y que, por tanto, los procesos salud-enfermedad no dependen exclusivamente de las personas, sino de las interacciones entre la persona y su entorno.³¹

El análisis de los desequilibrios económicos constituye un área de gran interés, no exenta de polémica, dada la dificultad de su medición y la inevitable carga ética que lleva asociada como consecuencia de su conexión con el bienestar social. Además, el estudio de las relaciones existentes entre el crecimiento económico, la desigualdad y la pobreza resulta imprescindible para llegar a

entender los procesos de desarrollo y los efectos de diferentes políticas alternativas.³²

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de la salud en las poblaciones, dónde el análisis de los valores promedios ha dejado de ser insuficientes. Medir las desigualdades de las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud. De acuerdo a Whitehead (1991) y Schneir (2002) desigualdad no es sinónimo de inequidad, la inequidad es una desigualdad injusta.

La desigualdad no tiene una definición unívoca. Puede entenderse desde distintas realidades e interpretarse por personas disímiles o con intenciones divergentes. Asimismo, se cuestiona si la enunciación de desigualdad debe incluir conceptos éticos o si sólo se la debe considerar como diferencia en ingresos. El Banco Mundial entiende el concepto de desigualdad "como la dispersión de una distribución, sea del ingreso, como del consumo o de algún otro indicador de bienestar o atributo de una población". Tal definición permite distinguir las razones económicas (ingreso, consumo) y asumir, por ejemplo, a la desigualdad de género como el ataque a un atributo de la población.²⁹

En el primer sentido la desigualdad se relaciona generalmente con la pobreza. Cuanto más desigual es la distribución del ingreso, mayor será el porcentaje de la población pobre. Las desigualdades de estratos económicos están determinadas por la raza, es un grupo de seres humanos que se define a sí mismo o es definido por otros grupos como diferente en virtud de rasgos físicos innatos e inmutables, es un grupo que se define socialmente sobre la base de criterios físicos. Otra condicionante es la etnicidad son prácticas culturales y perspectivas de una determinada comunidad de personas que se apartan del resto.

El índice de Nivel Socio Económico se basa en indicadores de mayor importancia, como nivel de educación del principal sostén del hogar, nivel ocupacional del principal sostén del hogar y patrimonio del hogar.

Coincidiendo con un crecimiento sostenido en el ingreso per cápita y el incremento en el gasto social que se presentó en muchos países (CEPAL, 2009), durante el período 2002-2007 el número de personas en condición de pobreza en la región se redujo en 37,5 millones y el número de personas en pobreza extrema en 29,5 millones, lo que equivale a reducciones de 9,9 y 6,8 puntos porcentuales, respectivamente, en las tasas de incidencia de la pobreza y de la pobreza extrema. Las contracciones se presentaron tanto a nivel agregado como en las áreas rurales.³¹

Proporcionalmente, las reducciones más significativas se registraron en la indigencia rural, la cual se redujo en 9,8 puntos porcentuales para el total de la región, comparado con 6,8 y 5,4 puntos porcentuales de reducción en la indigencia total y en la indigencia urbana, respectivamente. Sin embargo, la incidencia de la pobreza y de la pobreza extrema continúan siendo significativamente más elevadas en las áreas rurales y la brechas con los valores nacionales no se han reducido a lo largo del tiempo. Más aún, la crisis económica de 2008-2009 parece haber tenido un efecto mayor en la pobreza rural, especialmente en la pobreza extrema. Así, las brechas entre las tasas rurales y nacionales se incrementaron a los niveles existentes a principios de los noventa.³²

La cuantificación del nivel de desigualdad existente no es una tarea sencilla, y el resultado obtenido dependerá de las decisiones adoptadas en lo que se refiere a variables y unidades de análisis, fuentes estadísticas y expresiones de cálculo. Esta última cuestión resulta especialmente relevante, ya que conviene tener presente que la selección de una medida de desigualdad, incluso en el caso de que sea planteada en términos objetivos, lleva implícito un cierto contenido normativo, asociado a la propia expresión de cálculo y los pesos que ésta asigna a las distintas rentas de la población investigada.³²

5.3 La etnia o raza como factor condicionante de la desigualdad social en salud

Pertenecer a una raza/etnia puede limitar las posibilidades de ascenso social y, consecuentemente, restringir el acceso a servicios de salud, educación, vivienda y saneamiento, entre otros beneficios sociales. Numerosas investigaciones se han realizado acerca de desigualdades en etnias en relación a los condicionantes socioeconómicos. Para Wilkinson, se ha mal interpretado el uso de la variable raza o etnia, porque, no se trata de que una persona sea blanca, negra o amerindia para ser vulnerable a determinada enfermedad, si no que las diferencias genéticas hacen vulnerables a las personas frente a los factores de riesgo que ocasionan dicha enfermedad.³⁴

La argumentación de Wilkinson, resulta particularmente apropiada para el caso latinoamericano, donde aún se insiste en el uso de esta variable para explicar las diferencias en la salud y expectativa de vida de las clases sociales en desventaja, principalmente de la población indígena de estos países, donde no se trata de ser o no de una raza u otra si no de las condiciones en que viven estos grupos de población, los que, generalmente, representan uno de los sectores más depauperados, explotados y discriminados, en otras palabras, el problema no es la herencia genética, sino la marginación o franca exclusión en la que viven los indígenas de estos países.⁴⁹

5.4 Factores determinantes materiales

- Nivel de ingreso

El nivel de ingreso de los individuos, los hogares o la familia, fue el indicador clásico utilizado en las primeras investigaciones sobre las desigualdades sociales y su efecto en la salud, sin embargo, después de cierto nivel de ingreso promedio por persona, los aumentos al ingreso parecen no mejorar el nivel de salud de la población, al menos de manera significativa.

- Educación

La educación es otro factor material ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud. El nivel educativo tiene, como mencionan algunos autores, repercusiones directas e indirectas en el estado de salud de las personas, al operar como un elemento de refuerzo y protección a lo largo de su vida. Como refuerzo, la educación contribuye a la elección de estilos de vida y comportamiento favorables a la salud y, simultáneamente, posibilita el acceso a mejores empleos y oportunidades de la vida que protegen a las personas de riesgos a la salud.

- Ocupación

El tercer factor material utilizado, es la ocupación de las personas, o sea, la posición del individuo dentro de la estructura social, lo que contribuye a

protegerlo de determinados riesgos laborales, le facilita el acceso a los recursos sanitarios, contribuye a producirle diferentes niveles de estrés psicológico y puede influir en su comportamiento o en la adopción de estilos de vida saludable. En las sociedades avanzadas, la ocupación es el principal criterio para explicar la estratificación social y la categorización de los distintos grupos socioeconómicos, donde la estima y la aprobación social dependen, en gran medida, del tipo de trabajo que tengan las personas, así como de su formación y logros profesionales.

- Estilos de vida

El comportamiento de las personas a lo largo de su vida, frente a distintos riesgos para su salud, es uno de los factores determinantes más estudiado desde la segunda mitad del siglo XX. Fumar, consumir alcohol, ingerir alimentos poco nutritivos o mantener bajos niveles de actividad física, son prácticas que producen un daño directo a la salud y perspectiva de vida de los individuos y que estos escogen libremente, de ahí la importancia de su conocimiento en la predicción del futuro estado de su salud y la implementación de políticas de prevención y curación apropiadas. Este factor suele medirse a través de indicadores como: consumo o no de cigarrillos o alcohol, el número de cigarrillos o la cantidad diaria de bebida que se consume, el nivel de consumo calórico o el tiempo que se dedica a las actividades físicas.³⁵

6. CONTEXTO NACIONAL

Honduras se encuentra dentro de los países más pobres del continente americano de acuerdo al método de la línea de la pobreza. El 60.2% de los hogares se encuentran en condiciones de pobreza, ya que sus ingresos se encuentran por debajo del costo de una canasta básica de consumo que incluye alimentos, otros bienes y servicios básicos, y se han realizado muy pocos estudios a nivel nacional sobre tabaquismo en población adulta, se realizó un estudio en el 2011 cuyo objetivo era determinar condicionantes socioeconómicos y tabaco, el promedio de edad de los padres varones fumadores fue de 38.5 años y de los no fumadores fue de 38.7, en cuanto al número de hijos, los padres fumadores tenían en promedio 3.2 hijos y los no fumadores 3.3 hijos, en relación a la escolaridad se encontraron padres no fumadores con un grado mayor de escolaridad en relación a los fumadores, lo que respecta al empleo, se encontró un mayor número de padres no fumadores con empleo fijo en comparación con los fumadores.

También se observó la relación entre el consumo de tabaco y condiciones de vida en pobreza, donde a lo largo de los años el consumo de tabaco es muy diferente en unas y otras culturas dentro de los países de ingresos bajos, el consumo de productos del tabaco, tanto tradicional como industrial, se ha agrupado en torno a las clases socioeconómicas más bajas, aún en los países

desarrollados, en base al nivel de educación y de ingresos. Por lo tanto, la mitad de las muertes causadas por el tabaco se producen en el mundo en vías de desarrollo.

La mayoría de los artículos consultados confirman que el consumo de tabaco es uno de los motivos de la desigualdad en el ámbito de la salud de las personas con estatus socioeconómico bajo y en consecuencia, los fumadores con mínimos ingresos o escaso nivel de educación tienen mayor riesgo de morir de una de las principales enfermedades crónicas, así como de tuberculosis.³⁶

7. INTIBUCÁ

El departamento de Intibucá fue creado el 16 de abril de 1883, se encuentra ubicado entre los departamentos de Lempira y La Paz, al Sur-Occidente de Honduras. Limita al norte con los Departamentos de Lempira, Santa Bárbara y Comayagua, al sur con la República de El Salvador, al este con los Departamentos de Comayagua y la paz y al oeste con el Departamento de Lempira. Los primitivos habitantes de Intibucá fueron de origen Lenca cuyo grupo fue el más numeroso y extenso en el occidente del país, este departamento cuenta con 104 aldeas y 910 caseríos.

El Municipio de Intibucá fue fundado en 1986, está situado en la parte central en la cordillera de opalaca, su extensión territorial es de 537 kilómetros cuadrados, Limita al norte con los municipios de San Francisco de Ojuera y San Pedro Zacapa, al sur con los Municipios de La Esperanza y Marcala, al oeste con los Municipios de Masaguara y Jesús de Otoro y al oeste con los Municipios de Yamaranguila y la Esperanza. Cuenta con 20 Aldeas y 125 Caseríos, el movimiento poblacional de Intibucá durante el período 1988-2001, muestra un aumento del 62%, lo que equivale a un crecimiento medio anual de aproximadamente un 4%, la tasa de aumento muestra niveles extremadamente altos, permite cuantificar una población proyectada al año 2015 de 63.600 habitantes.

Las principales actividades económicas del municipio son de tipo agrícola y, en menor proporción, la ganadería y actividades comerciales. La producción agrícola se concentra, en gran medida, en el área rural, prevaleciendo el desarrollo de actividades relativas al cultivo de maíz y frijol, y, en menor escala, algunas hortalizas y papa. Con respecto a la ganadería, predominan explotaciones de escaso desarrollo tecnológico orientadas a la producción bovina, avícola y porcina, las cuales también requerirían de un decidido apoyo para mejorar significativamente los actuales niveles productivos.³⁷

8. ETNIA LENCA

Los Lencas son los descendientes directos de los Mayas que no siguieron el éxodo que dio fin al antiguo imperio Maya, se ha estimado, en mayor o menor grado, en base a las impresiones de los conquistadores, eclesiásticos, viajeros y misioneros, los hombres de guerra involucrados en batallas durante la conquista y cifras globales sobre bautizos y conversiones en masa. La mayoría de los lencas, la etnia indígena más numerosa según los estimados contemporáneos, vive en el suroccidente de Honduras en 1998 es de 217.000 habitantes. El territorio Lenca está en una zona montañosa y es altamente discontinuo por los asentamientos hispanoladinos.³⁸

Los lencas actuales continúan viviendo en asentamientos caracterizados por patrón disperso en pequeñas aldeas y caseríos bajo condiciones de pobreza rural, principalmente en los departamentos de La Paz, Intibucá y Lempira; secundariamente, en las zonas específicas de los departamentos de Comayagua, Francisco Morazán y Santa Bárbara. La lengua lenca fue atestiguada durante el siglo pasado, pero ha caído en desuso durante el presente siglo y su extinción ha sido documentada por Herranz (1996).

El universo religioso de los campesinos de tradición lenca es el fruto del traslape-asimilación del catolicismo español colonial y las creencias

prehispánicas, que se plasman: a) una visión animista de la realidad; b) una estructuración jerárquica de las entidades espirituales; c) la realización de oraciones complejas de ritos de ofrenda, pago, enmienda etc.; y d) un shamanismo muy reducido. Según Rivas (1993:64) la religión es para los Lencas el cuerpo totalizador de su cultura, practicado en su forma tradicional. Aunque Los lencas han conservado sustanciales elementos de su cultura tradicional y colonial que ha sido descrito por Chapman (1985), han pasado por procesos de aculturación hispanoladina y de cruce de manera creciente.

Las más fuertes instituciones culturales entre los lencas lo constituyen la sobrevivencia de la estructura de gobierno y poder indígena llamada la Vara Alta, que es una especie de consejo donde predominan los ancianos, siendo los que administran los asuntos indígenas, conflictos entre personas, coordinación de actividades rituales, lo mismo que es un órgano de representación ante instituciones de fuera de la comunidad. La segunda práctica cultural viva es el baile del Guancasco, que es una fiesta en donde varias comunidades cercanas se reúnen para celebrar motivos especiales, con danzas, canciones y adoración a santos católicos, sonido de tambores y uso de máscaras y bebidas alcohólicas.

Los lencas son agricultores de subsistencia, que ejercen su actividad en tierras que son de vocación forestal, porque a causa de los procesos históricos de

ocupación del territorio, los asentamientos étnicos fueron desplazados hacia las zonas de ladera, que no son aptas para la agricultura. A pesar de este desplazamiento hacia tierras menos fértiles, debido a la existencia de una cultura de producción agrícola única, basada en el cultivo de maíz y frijol, siguieron ejerciendo la agricultura por medio de la rotación de suelos y, a pesar de la acelerada erosión, sin la aplicación de técnica de conservación.

El cultivo de hortalizas ha venido tomando creciente importancia en la economía Lenca, realizándose en pequeños lotes y en los solares alrededor de las viviendas; las más importantes hortalizas cultivadas son: el frijol, la cebolla, la zanahoria, la remolacha y el ajo. Los frutales de altura también han sido parte de la tradición productiva de la zona alta de los Lencas ubicada en los departamentos de Intibucá y La Paz; la manzana, el durazno, el membrillo, el melocotón y la fresa sobresalen como las frutas producidas en esta zona.

Otro aspecto de relativa importancia para los lencas es lo que se refiere a la producción artesanal. En muchas comunidades, sobre todo las ubicadas en las zonas bajas, los lencas también se han dedicado a algunas artesanías, principalmente la alfarería, la producción de artículos de tule y palma, lo mismo que el envasado de hortalizas y frutas, en su mayor parte como actividades colaterales a la agricultura y forestería.

El área geográfica de influencia lenca es relativamente grande, pues rebasa tres departamentos suroccidentales del país; donde, desde el punto de vista de tierra cultivada, el maíz es el cultivo dominante, aunque no tanto en lo relativo a la generación de ingresos, ya que es un cultivo básicamente de autoconsumo. El ciclo vegetativo del maíz criollo en las zonas altas llega a veces a los ocho meses. Sin embargo, la producción de café es regionalmente importante en la zona alta lenca, principalmente en los municipios de Marcala, Tutule y Florida en el Departamento de La Paz y Lepaera, La Unión y San Rafael en el Departamento de Lempira, puesto que se trata de un producto de exportación que en los últimos años ha pasado a ser el primer generador de divisas.³⁹

IV. METODOLOGÍA

Enfoque de la investigación: Cuantitativo

Tipo de estudio: Descriptivo de análisis uni-variado y bi-variado

Diseño del estudio: Corte Transversal

Universo: Población Lenca del municipio de Intibucá; en las comunidades de Intibucá, Azacualpa, El Naranjo, El Pelon de Ologosi, La Laguna de Chiligatoro, La Sorto, Manzapa, Malguara, Mixcure, Monquecagua, Pueblo Viejo, Quebrada Honda, Rio Blanco, Rio Grande o El Nance, San Pedro, San Nicolás, Santa Catarina y Togopala.

Muestra: Por medio de fórmula estadística N

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{d^2}$$

Z=1.96

P=0.5

q=0.50

d=0.03

La muestra fue de 602 habitantes del municipio de Intibucá, dónde se entrevistaron a residentes de las aldeas, en edades comprendidas entre 18-65 años de edad.

La distribución por comunidad fue la siguiente 166 residen en Azacualpa, 110 en Chiligatoro, 96 en Intibucá casco urbano, 78 en Togopala, 49 en Monquecagua, 38 en Cacao, 11 en encinos, 10 en Rio grande, 10 en Pueblo viejo, 8 en Opalaca, 7 en Santa Catarina, 5 en el Pelón de Ologosi, 4 en Malguara, 3 en Horcones, 2 en San Nicolás, 1 en Rodeo, Masaguara, Piedra menuda, Quebrada honda y Mixcure (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de Entrevistados por Lugar de Residencia

COMUNIDAD	TOTAL
Intibucá casco urbano	96
Azacualpa	166
La laguna de Chiligatoro	110
Rio Grande	10
El Cacao	38
El Pelón de Ologosi	5
El rodeo	1
Los Horcones	3
Encinos	11
Malguara	4
Masaguara	1
Mixcure	1
Monquecagua	49
Opalaca	8
Pueblo viejo	10
Piedra Menuda	1
Quebrada Honda	1
Santa Catarina	7
San Nicolás	2
Togopala	78
Sumatoria	602

Muestreo: Probabilístico al azar.

Criterios de inclusión: Personas que pertenecen a la etnia Lenca y quisieron participar en la investigación, que residen en el municipio de Intibucá, ambos sexos. Edad: 18-65 años.

Criterios de exclusión: Personas que no se encontraron en el lugar de recolecta de datos durante la entrevista, que no hablan español.

Técnicas y procedimientos para la recolección de información: Encuesta.

Instrumento: Cuestionario de preguntas estructuradas, validándose en la comunidad de Linaca, Tatumbla, Francisco Morazan, donde se aplicaron 27 encuestas, se elaboró una base de datos, por medio del programa EPI-INFO versión 7, luego se exportó al programa SPSS 18, midiéndose así el alfa de Crombach obteniendo un resultado de 6.12. A los fumadores Lencas, se les aplicó el test de Fagerström para determinar la dependencia a la nicotina.

Variables Independientes: Condición socioeconómica: tipo de trabajo que desempeña, edad, lugar de residencia, vivienda, educación, ingreso y gasto familiar.

Variable Dependiente: Consumo de tabaco.

Cuadro 1. Operacionalización de las variables

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento o a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
Tabaquismo	Enfermedad crónica sistémica que pertenece al conjunto de las adicciones y que es una de las principales causas de mortalidad evitable en todo el mundo.	Prevalencia de consumo de tabaco.	En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.	prevalencia de vida de consumo, número de fumadores por hogar entrevistado	Cuantitativa, Dependiente	Qué número de fumadores Lencas residen en el Municipio de Intibucá.	Lencas	Encuesta	Cuestionario	Porcentaje de consumidores Lencas residentes en el Municipio de Intibucá.	¿Algún miembro de su familia fuma? ¿Usted ha consumido tabaco alguna vez en su vida?
		Frecuencia de consumo de tabaco	Número de veces que se repite el consumo de tabaco periódicamente en un intervalo de tiempo determinado.	Dependencia o no al tabaco	Cuantitativa, Continua	Número de cigarrillos u otras formas de tabaco consumidos diarios, semanal o mensual.	Primarias	Encuesta	Cuestionario	Consume tabaco: a diario, semanal, mensual o esporádicamente.	¿Con que frecuencia consume tabaco?
		Uso del tabaco	Ejercicio o práctica de fumar o mascar tabaco, sin abusar de esta.	Uso del tabaco esporádicamente o no.	Cuantitativa	Frecuencia de consumo	Primarias	Encuesta	Cuestionario	Si ha consumido tabaco por lo menos una vez en su vida.	¿Usted ha consumido tabaco alguna vez en su vida?

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento o a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
		Abuso del tabaco	Adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica.	Grado mayor de dependencia al tabaco.	Cualitativa, nominal	Cantidad que consume de tabaco	Primarias	Encuesta	Cuestionario	Cantidad y frecuencia de tabaco fumada durante el día.	Cuando fue la última vez que consumió tabaco y Test de Fagerstrom
		Formas de consumo de Tabaco	Son las distintas maneras en que se puede ingerir el tabaco. Es decir todas las formas en que se presenta el Tabaco.	Presentación de tabaco	Cualitativa, ordinal	Distintas presentaciones del tabaco.	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Cigarrillos, bidis, puros, pipas, rapé seco y tabaco de mascar	¿De qué forma consumió?
		Dependencia a la nicotina	La dependencia se manifiesta cuando una persona no puede prescindir del primer cigarro de la mañana, aún antes de desayunar y tiene que consumir otro antes de dormirse.	Grado mayor de dependencia al tabaco.	Cualitativa, Nominal	Grado de dependencia	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Grado de dependencia a la nicotina	Test de Fagerstrom

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrument o a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
		Compra de cigarrillos	Es la acción de adquirir u obtener cigarrillos a cambio de un precio establecido, ya sea por unidad o cajetilla.	Forma de adquisición de tabaco	Cuantitativa, discreta	Presentación de la caja y venta individual.	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Por unidad o caja de 10 o de 20 cigarros	Como compra los cigarrillos
Condición de vida	La condición de vida es el modo en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir, se lo mide por ciertos indicadores observables.	Edad	Tiempo de vida desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Años cumplidos.	Cuantitativa, continua	Número de años cumplidos	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Rango 18-65	Qué edad tiene

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento o a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
		Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: Hombre y Mujer	Género de cada individuo	Cualitativa, nominal	Hombre o Mujer	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Ninguno	Sexo
		Procedencia	Procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. La palabra procedencia se emplea para designar el origen, el comienzo que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede.	Lugar de nacimiento	Cualitativa, ordinal	Urbano o rural	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Barrio Colonia Aldea Caserío	Lugar de procedencia

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento o a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
		Lugar de residencia	Lugar donde se vive o habita permanentemente.	Lugar donde vive	Cualitativa, ordinal	Urbano o rural	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Barrio Colonia Aldea Caserío	lugar de residencia
		Grado de educación más alto	Último año que aprobó, en el nivel de educación: primaria, básica, ciclo común, diversificado, técnico, universitaria.	Año aprobado en el nivel educativo.	Cuantitativa, ordinal.	Escolaridad.	Entrevista.	Encuesta	Cuestionario	Porcentaje o grupos de personas que se encuentren en los distintos niveles de escolaridad.	Grado o año de educación más alto que aprobó y en qué nivel.
		Ingreso económico mensual Familiar	El ingreso del hogar se define como el total de ingresos económicos en un mes aportados por todos los miembros del hogar de 15 años o más.	Aportaciones de cada miembro de la familia	Cuantitativa, Continua	Sueldo por cada miembro de la familia	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Salario neto familiar	Quiénes aportan económicamente y cuánto en el mes

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento o a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
		Tipo de trabajo remunerado o que desempeña	El trabajo es un conjunto de actividades realizadas y esfuerzo (físico o mental), remunerado, realizado por las personas, con el objetivo de alcanzar una meta, la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas.	Dedicación en la cual recibe un sueldo.	Cualitativa, Ordinal	Profesión u oficio	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Trabajadora domestica, Promotor, Agricultor, Jornalero, Albañil, Maestro(a), Comerciante individual.	Qué tipo de trabajo desempeña, cual es su profesión u oficio.
		Personas dependientes	Número de personas que no generan ningún tipo de ingreso económico a la familia, sino que dependen de otros miembros de la misma.	Persona que depende de sus familiares.	Cuantitativa, discreta.	Pertenencia económica de otros.	Entrevista.	Encuesta	Cuestionario	Número de personas que residan en el mismo grupo familiar y sean dependientes económicamente de la familia.	Número de personas dependientes.

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrument o a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
		Niños que no asistan a la escuela	Niños que se encuentren en edad escolar (7-12 años cumplidos) y que no estén asistiendo a la escuela.	Niño que no asiste a la escuela.	Cuantitativa, discreta.	La no asistencia o abandono escolar.	Entrevista.	Encuesta	Cuestionario	Cantidad de niños del hogar que se encuentren en edad escolar y no asisten a la escuela.	Hay algún niño entre 7 y 12 años que no asiste a la escuela, cantidad de niños.
		Fuente principal de abastecimiento de agua.	Lugar de donde se obtiene el agua usada por los miembros del hogar.	Fuente principal de agua en el hogar.	Cualitativa, ordinal.	De donde se obtiene el agua requerida en el hogar.	Entrevista.	Encuesta	Cuestionario	Agua de tubería servicio pública, agua de tubería servicio privado, pila pública, agua de manantial, arroyo u ojo de agua, lluvia, carro de cisterna, rio, lago o quebrada, embotellada.	Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua usada por los miembros del hogar.

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento o a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
		Donde se localiza la fuente de agua.	Lugar donde está localizada la fuente principal de abastecimiento de agua.	En que sitio está localizada la fuente de obtención de agua del hogar.	Cuali-Cuantitativa, ordinal-discreta	Localidad de la fuente y tiempo en llegar en caso de que está ubicada fuera del hogar.	Entrevista.	Encuesta	Cuestionario	Si la fuente se localiza; dentro de la vivienda, en patio o solar propio u otra localidad	Dónde se localiza la fuente y tiempo que tarda en llegar y regresar en caso de que este fuera de la vivienda.
		Tipo de servicio sanitario	Tipo de servicio que se utiliza en el hogar para deposición de excretas.	Cuál es el tipo de servicio sanitario usado en el hogar.	Cualitativa, ordinal.	De que material o tipo es el servicio sanitario	Entrevista.	Encuesta	Cuestionario	Inodoro de arrastre conectado a alcantarillado, Inodoro de arrastre conectado a pozo séptico, inodoro de arrastre que no sabe a que está conectado, letrina con cierre hidráulico, letrina abonera, letrina simple, letrina con descarga a rio o laguna, inodoro con descarga a rio o laguna, no hay servicio.	Qué tipo de servicio sanitario usan habitualmente los miembros del hogar.

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
		Fuente principal de energía	Tipo de energía usada en la casa.	Cuál es la fuente principal de energía que utilizan en el hogar.	Cualitativa, ordinal.	De donde se obtiene la energía requerida en el hogar.	Entrevista.	Encuesta	Cuestionario	Sistema de electricidad público, sistema de electricidad privada, gas (chimbo), gas de kerosene, carbón, leña, vela.	Cuál es fuente principal de energía que utilizan en su hogar.
		Tipo de vivienda	Vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas.	Características de la vivienda	Cualitativa	Tipo de techo, piso, paredes, número de habitaciones de la casa, etc.	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Paredes de madera, cartón, adobe o ladrillo. Techo de teja, zinc, advesto, Piso: tierra, cemento, cerámica. Habitaciones, cocina con estufa, fogón, agua potable (dentro o fuera de la casa), energía eléctrica. Disposición de excretas (dentro o fuera del hogar).	Algunas será por medio de la observación y las demás se incluirán en el instrumento.

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento o a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
		Hacinamiento	Cuando el número de personas por pieza es de más de tres. Número de piezas sin contar piezas ni pasillos de la vivienda, relacionado con el número de personas que en ella viven.	Número de habitantes por dormitorio del hogar	Cuantitativa, Discretas	Tres o más personas por habitación.	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Número de personas por dormitorios en la vivienda	Cuántos cuartos tiene la casa y cuántas personas residen en la vivienda
		Jefe de hogar	Miembro el hogar, hombre o mujer, que las otras personas del hogar lo consideran como Jefe, por razones de dependencia, parentesco, edad, autoridad o respeto.	Persona que lleva o ejerce potestad sobre los demás miembros del hogar	Cualitativa, nominal	Persona que es el jefe o la cabeza del hogar	Primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Parentesco del entrevistado con el jefe de hogar	Cuál es su parentesco con el jefe de hogar

Categoría	Concepto de la Categoría	Variable	Concepto de la Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento o a construir	Indicadores	Ítems o preguntas
		Gasto mensual de consumo de tabaco	Emplear el dinero en la compra de cigarrillos, puros y otras formas de consumo de tabaco.	Dinero invertido por mes en el tabaco	Cuantitativa, Discreta	Gasto en lempiras mensual invertido al tabaco.	primarias y entrevista	Encuesta	Cuestionario	Promedio diario de gasto en cigarrillos y otro tipo de formas de consumo de tabaco.	Compra por unidad o por cajetilla y porcentaje estimado en un mes de consumo de tabaco

Se obtuvieron 652 entrevistas, después de la limpieza de datos se descartaron 50 por no cumplir con los requisitos. Así mismo a cada fumador Lenca se le aplicó el test de Faguerstrom para determinar la dependencia a la nicotina este test cuenta con 6 preguntas dicotómicas. Se elaboró dos bases de datos en Epi-info versión 7 con las 602 entrevistas, haciéndose doble ingreso para descartar inconsistencias al momento de obtener datos y que estos sean lo más precisos posible, en donde se obtuvieron medidas de tendencia central, para las regresiones, OR, valor p, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 18.

Al realizarse este estudio no se generó beneficios personales en ninguna parte, conflictos éticos, siendo los intereses meramente académicos, sin embargo cada participante firmó un consentimiento informado previo a la entrevista, siendo la participación estrictamente voluntaria.

Cabe mencionar que el instrumento utilizado fue validado en la comunidad de Tatumbra D.C., el 26 de noviembre del 2014, en donde se entrevistaron 26 personas de la aldea, luego se procedió a realizar una base de datos en Epi-info 7, exportándose a SPSS 18, donde se calculó el alfa de Crombach dando un resultado de 0.71. Se le comunicó una breve reseña del estudio a cada participante o no, así mismo se le hizo firmar consentimiento informado, recalcando que no existe ninguna repercusión de ninguna forma al individuo y de manera confidencial.

V. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

- 1.** Cuanto menos sea el nivel socioeconómico de Los Lencas, mayor es la probabilidad de consumo de tabaco.
- 2.** En estudios de otros países en vías de desarrollo se ha revelado que el consumo de tabaco en poblaciones con bajos ingresos es mayor, tomando en cuenta lo anterior, se espera que la prevalencia de consumo de tabaco en la población de la etnia Lenca sea por lo menos del 15%.
- 3.** El gasto mensual que el fumador Lenca invierte en productos de tabaco, se esperaría que fuese menor o igual al 10% del ingreso mensual familiar.

VI. RESULTADOS

A continuación se presenta los resultados del estudio de desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de consumo de tabaco en la población de la etnia Lenca, Municipio de Intibucá, departamento de Intibucá, Honduras C.A. 2014-2015.

El estudio incluyó 602 personas del municipio de Intibucá; 350 pertenecieron al sexo masculino y 252 al femenino. Se identificaron 167 fumadores, lo que corresponde a una prevalencia de consumo de tabaco de 27.74%, donde la frecuencia de consumo fue el siguiente; el 31.12% fuma diario, 23.40% semanal, 16.24% mensual y 29.24% esporádicamente. También se calculó la prevalencia de vida de consumo de tabaco (Cada entrevistado tiene al menos un miembro de su familia que fuma) encontrándose un 28.74% con un frecuencia de 173. Sin embargo es importante mencionar que la mayoría de los entrevistados fueron jefes de hogar, con una frecuencia de 321 (53.30%), en segundo lugar se entrevistó al conyugue del jefe de hogar con una frecuencia de 119 (19.80%), seguido los hijos con frecuencia de 106 (17.60%), y por último la población restante relacionada con el parentesco del jefe de hogar fueron padres, nietos, hermanos y otros (nuera, suegro, yerno).

Tabla 2. Distribución de la Población por Sexo y Edad

	Total		No fumador		Fumadores		P-value
	N	%	N	%	N	%	
Género							0.0001
Mujer	252	(100)	223	(88.49)	29	(4.82)	
Hombre	350	(100)	212	(60.57)	138	(22.92)	
Grupo etario							0.3020
18-33	297	(49.34)	216	(49.66)	81	(48.50)	
34-49	194	(32.22)	144	(33.10)	50	(29.94)	
50-65	111	(18.44)	75	(17.24)	36	(21.56)	

Fuente: SPSS Versión 18.

La media de ingreso para fumadores fue de 4,074.49 Lempiras mensuales y para los no fumadores fue de 3,638.79.

Tabla 3. Distribución del Ingreso Total Familiar

	Total		No fumador		Fumadores		P-value
	N	%	N	%	N	%	
Ingreso familiar							0.3110
Mayor ingreso	30,000	-	30,000	(99.73)	26,500	(99.39)	
Menor ingreso	320.00	-	320.00	(0.27)	160	(0.61)	
Media Ingreso	3,638.79	-	3,555.65	-	4,074.49	-	

Fuente: SPSS Versión 18.

Nivel educativo de No fumadores; primaria 289 (74.87%), universitaria 9 (2.33) y analfabetismo 47 (73.44), Fumadores; primaria 113 (74.34%), universitaria 3 (1.97%) y analfabetismo 17 (26.56%).

Tabla 4. Distribución de la Población por Nivel Educativo

	Total		No fumador		Fumadores		P-value
	N	%	N	%	N	%	
Nivel educativo							0.9944
Ninguno	64	(10.64)	50	(11.49)	14	(8.38)	
Primaria completa	232	(38.54)	165	(37.93)	67	(40.12)	
Primaria incompleta	170	(28.24)	123	(28.28)	47	(28.14)	
Básica	32	(5.32)	22	(5.06)	10	(5.99)	
Ciclo Común	33	(5.48)	23	(5.29)	10	(5.99)	
Diversificado	48	(7.97)	35	(8.04)	13	(7.78)	
Técnico	9	(1.49)	7	(1.61)	2	(1.20)	
Universitaria Incompleta	4	(0.66)	1	(0.23)	3	(1.80)	
Universitaria completa	10	(1.66)	9	(2.07)	1	(0.60)	

Fuente: SPSS Versión 18.

La ocupación de no fumadores; Agricultor 201 (46.21%), comerciante individual 38 (8.74%) y Fumadores; Agricultor 122 (73.05%) y comerciante individual 7 (4.19%). Siendo la ocupación con más frecuencia la agricultura, tanto en fumadores como no fumadores.

Tabla 5. Distribución de la Población Según Profesión u Oficio

	Total		No fumador		Fumadores		P-value
	N	%	N	%	N	%	
Profesión u oficio							0.9960
Agricultor	323	(53.65)	201	(46.21)	122	(73.05)	
Ama de casa	148	(24.58)	132	(30.34)	16	(9.58)	
Albañil	13	(2.16)	5	(1.15)	8	(4.79)	
Comerciante Individual	45	(7.48)	38	(8.74)	7	(4.19)	
Jornalero	11	(1.83)	9	(2.07)	2	(1.20)	
Maestro (a)	5	(0.83)	3	(0.69)	2	(1.20)	

Trabajo doméstico	8	(1.33)	8	(1.84)	0	0
Promotor	1	(0.17)	1	(0.23)	0	0
Otro	48	(7.97)	38	(8.73)	10	(5.99)

Fuente: SPSS Versión 18.

Fuente principal de energía de no fumadores; Electricidad 72 (16.55%) y Leña 169 (38.85%) y fumadores Electricidad 23 (13.77%) y Leña 74 (44.31%). Fuente principal de abastecimiento de agua de no fumadores; Servicio público 136 (31.26%) y Servicio privado 263 (60.46%) y fumadores; Servicio público 79 (47.30%) y Servicio privado 72 (43.12%).

Tabla 6. Servicios Públicos del Hogar

	Total		No fumador		Fumadores		P-value
	N	%	N	%	N	%	
Fuente de Energía							0.4150
Leña	243	(40.37)	169	(38.85)	74	(44.31)	
Vela	135	(22.43)	96	(22.07)	39	(23.35)	
Gas de kerosene	94	(15.61)	71	(16.32)	23	(13.77)	
Electricidad	95	(15.78)	72	(16.55)	23	(13.77)	
Carbón	12	(1.99)	9	(2.07)	3	(1.80)	
Gas Cilindro	6	(1.0)	6	(1.38)	0	0	
Otro	17	(2.82)	12	(2.76)	5	(3.0)	
Fuente de Agua							0.0500
Agua de manantial	17	(2.82)	14	(3.22)	3	(1.80)	
Agua de superficie	5	(0.83)	4	(0.91)	1	(0.60)	
Lluvia	2	(0.33)	1	(0.23)	1	(0.60)	
Pila pública	4	(0.67)	3	(0.69)	1	(0.60)	
Servicio público	215	(35.71)	136	(31.26)	79	(47.30)	
Servicio privado	335	(55.65)	263	(60.46)	72	(43.11)	
Otra	24	(3.99)	14	(3.22)	10	(5.99)	

Fuente: SPSS Versión 18.

Material de piso (hogares) de los no fumadores; Tierra 206 (47.46%), Cerámica 10 (2.30%) y fumadores; Tierra 83 (49.70%) y Cerámica 3 (1.80%).

Material de techo de no fumadores; Teja de barro 175 (40.23%), Aluzin 241 (55.40%) y fumadores; Teja de barro 66 (39.52%) y Aluzin 96 (57.49%).

También se determina la no disposición de ventanas en el hogar donde los no Fumadores; no dispone 29 (82.86%) y Fumadores 6 (17.14%).

Tabla 7. Materiales de Construcción de los Hogares

	<u>Total</u>		<u>No fumador</u>		<u>Fumadores</u>		<u>P-value</u>
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	
Material de piso							0.8480
Tierra	289	(48.01)	206	(47.46)	83	(49.70)	
Plancha de Cemento	208	(34.55)	152	(34.94)	56	(33.53)	
Ladrillo de barro	2	(0.33)	2	(0.46)	0	0	
Embarrada	8	(1.33)	5	(1.15)	3	(1.80)	
Ladrillo de cemento	81	(13.45)	59	(13.56)	22	(13.17)	
Cerámica	13	(2.16)	10	(2.30)	3	(1.80)	
Otro	1	(0.17)	1	(0.22)	0	0	
Material de techo							0.420
Paja o palma	2	(0.33)	2	(0.46)	0	0	
Madera	4	(0.66)	4	(0.92)	0	0	
Aluzin	337	(55.98)	241	(55.40)	96	(57.49)	
Concreto	3	(0.50)	2	(0.46)	1	(0.60)	
Lamina de fibrocemento	6	(1.0)	4	(0.92)	2	(1.20)	
Teja de barro	241	(40.03)	175	(40.23)	66	(39.52)	
Teja de cemento	5	(0.83)	3	(0.69)	2	(1.20)	
Otro	4	(0.66)	4	(0.92)	0	0	
Material de las paredes							0.998
Caña o tronco	2	(0.33)	2	(0.46)	0	0	
Ladrillo de	1	(0.16)	1	(0.23)	0	0	

barro						
Adobe	494	(82.06)	355	(81.61)	139	(83.23)
Madera aserrada	29	(4.82)	23	(5.28)	6	(3.59)
Bahareque	39	(6.48)	26	(5.98)	13	(7.79)
Bloque cemento	27	(4.48)	22	(5.06)	5	(2.99)
Madera pulida	6	(1.0)	4	(0.92)	2	(1.20)
Piedra con cemento	1	(0.17)	1	(0.23)	0	0
Otro	3	(0.50)	1	(0.23)	2	(1.20)

Fuente: SPSS Versión 18.

Hacinamiento de no fumadores; Sin hacinamiento 296 (70.48%), en Hacinamiento crítico 4 (0.95%) y fumadores; Sin hacinamiento 136 (74.73%) y en Hacinamiento crítico 2 (1.1%).

Tabla 8. Hacinamiento

	Total		No fumador		Fumadores		P-value
	N	%	N	%	N	%	
Hacinamiento							0.612
Sin Hacinamiento	432	(71.76)	296	(70.48)	136	(74.73)	
Hacinamiento moderado	136	(22.59)	98	(23.33)	38	(20.88)	
Hacinamiento alto	28	(4.65)	22	(5.24)	6	(3.3)	
Hacinamiento crítico	6	(1.0)	4	(0.95)	2	(1.1)	

Fuente: SPSS Versión 18

Tabla 9. Dependencia del fumador a la nicotina.

Dependencia a la nicotina	Frecuencia	Porcentaje
Baja	136	93.15%
Moderada	10	6.85%
Total	146	100%

Fuente: EPI-INFO Versión 7.

Para este resultado solo se toman en cuenta los fumadores de cigarrillos, excluyéndose 21 consumidores de tabaco en forma de puros. El 93.15% tuvieron dependencia baja y apenas el 6.85% tuvo dependencia moderada a la nicotina, no se encontró dependencia alta. El 40.12% de los fumadores tiene un gasto mensual de alrededor de 2001-3000 lempiras en productos de tabaco, el 32.33% tuvo un gasto entre 0- 1000 lempiras mensuales y ninguno de los fumadores gasta más del 10% del ingreso mensual familiar.

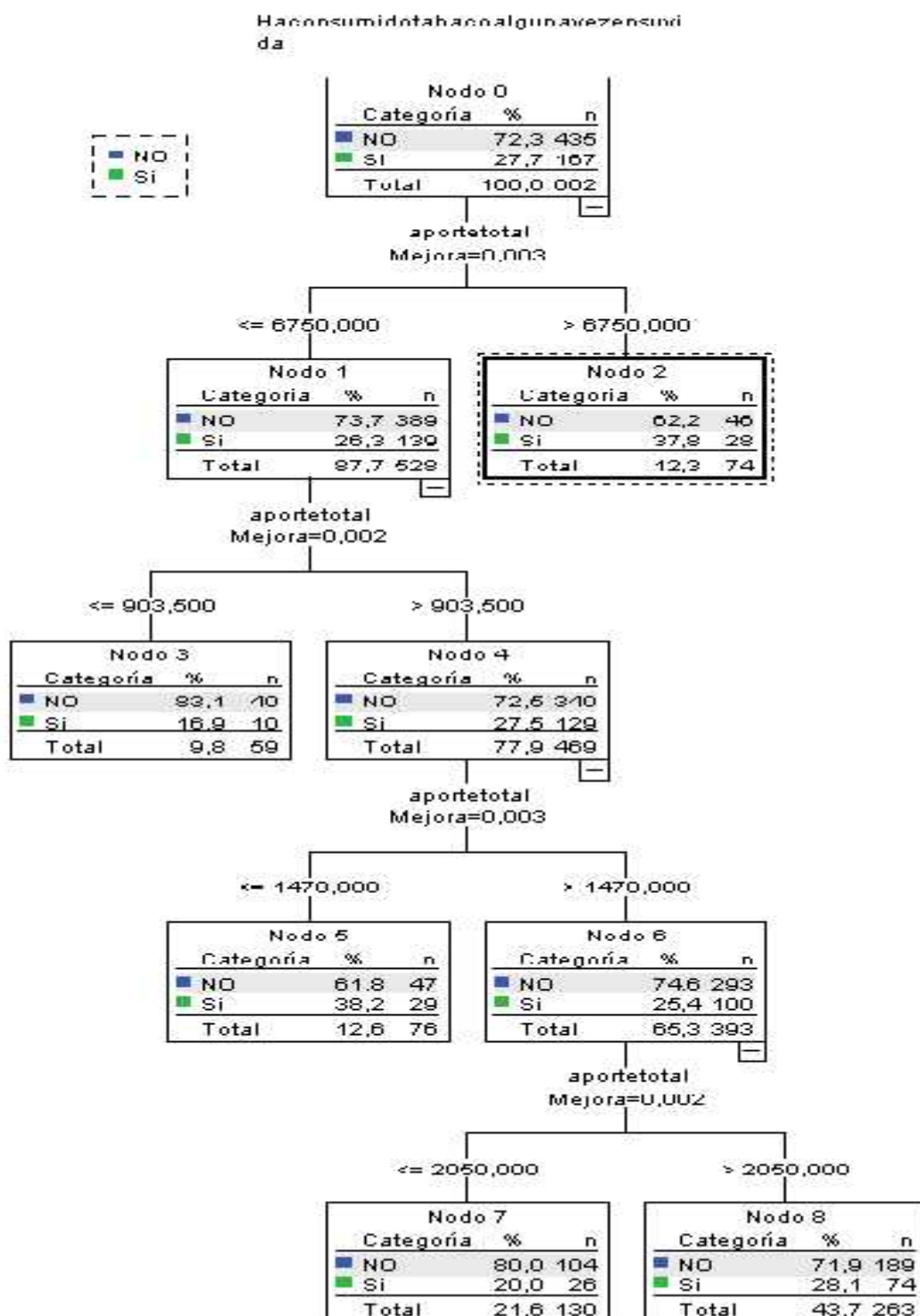
Tabla 10. Gasto mensual de consumo de cigarrillos según nivel de dependencia.

Gastos	Nivel de Dependencia						Total
	1	2	3	4	5	6	
0-1000	14	6	6	20	1	7	54 (32.33%)
1001-2000	16	5	4	3	2	0	30 (17.97%)
2001-3000	30	20	17	0	0	0	67 (40.12%)
3001-4000	1	1	2	1	1	4	10 (5.99%)
4001-5000	4	2	0	0	0	0	6 (3.59%)

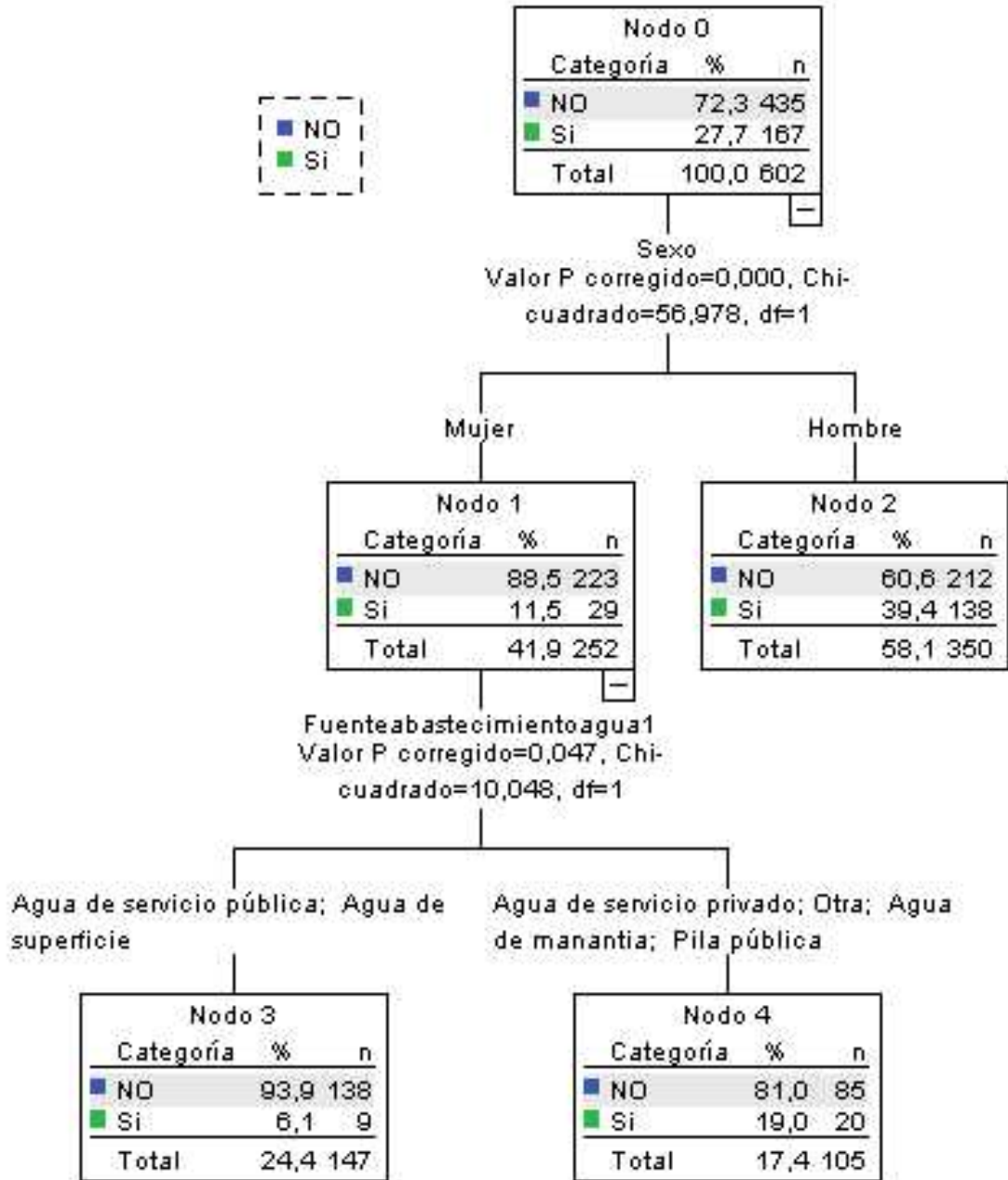
Fuente: SPSS Versión 18.

Se establece el árbol de clasificación, en este caso para medir el grado de estratificación del ingreso con la variable dependiente (consumo de tabaco), para el caso se encontró que el 26.3% de los fumadores tienen un ingreso total menor o igual que 6750 lempiras, el 37.8% tiene un ingreso total mayor que 6750 lempiras. Por otro lado también se encontró que el 16.9% de los fumadores tiene un ingreso total menor o igual que 903.50 lempiras y el 22.75% restante fue mayor a 903.50 lempiras.

Árbol de clasificación para características sociodemográficas



Ha consumido tabaco alguna vez en su vida

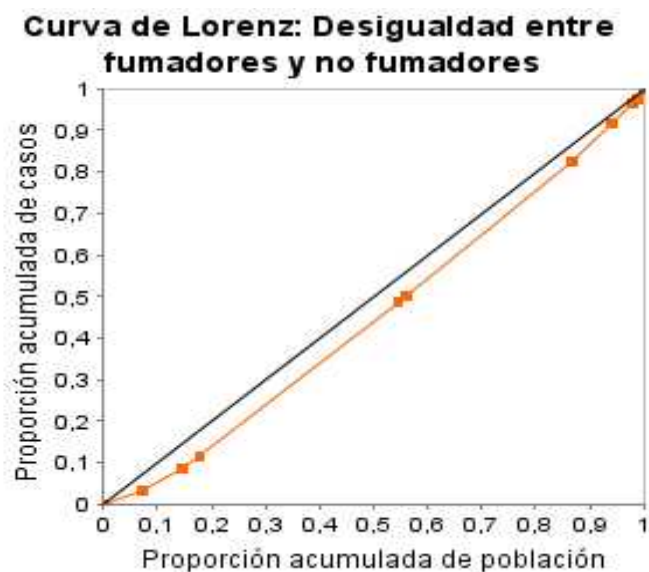


Fuente: SPSS Versión 18.

En secuencia se realiza el pronóstico en relación al sexo donde se encontró que del total de mujeres entrevistadas fuma un 11.5% y del total de hombres entrevistados fuma un 39.4%. Por otro lado se encuentra que los que tuvieron servicio de pila pública (forma de abastecimiento de agua), estaban en el grupo que más fuman, un 19% de las que tenían servicio de agua público, en comparación a un 6% de servicio privado, esto es en base al total de mujeres entrevistadas.

Las variables de características sociodemográficas, ninguna se comportó como factores predictores hacia el consumo de tabaco.

Grafico 1. Desigualdad del Ingreso Entre Fumadores y No Fumadores



La distribución del ingreso se obtuvo la curva de Lorenz donde en el 15% de las personas con menor ingreso tiene solo el 10 % del ingreso total.

Fuma	OR- Ingreso	Intervalos de Confianza (95%)
Si	0.87	0.70-1.0

Fuente: SPSS Versión 18.

También se estimó el riesgo de consumo de tabaco en relación al ingreso familiar y este último se considera como factor protector OR=0.87 (IC95%0.7-1.0).

Fuma	OR- Sabe leer y escribir	Intervalos de Confianza (95%)
Si	No (1.197)	0.714-2.006
	Si (0.978)	0.919-1.040

Fuente: SPSS Versión 18.

El saber leer no es un factor favorable o no para consumir tabaco en esta población, según lo observado en los resultados anteriores.

Comprobación de hipótesis

1. La hipótesis nula es que en cuanto mayor es el nivel socioeconómico de las personas de Intibucá, menor es el consumo de tabaco.

Hipótesis de Investigación: Cuanto menos sea el nivel socioeconómico de Los Lencas, mayor es la probabilidad de consumo de tabaco.

Variable	Valor P	Intervalos de Confianza
Ingreso total	0.312	0.01-0.005
Escolaridad	0.437	8.88-10.77
Hacinamiento	0.276	15.92-11.30
Ingreso de no fumador	-	-
Ingreso del fumador	-	-
Consumo Total	0.245	41.42-61.45

Fuente: SPSS Versión 18.

El resultado de Chi-Cuadrado (X^2) fue de 0.8664 ($P=0.455$), no rechazándose la H_0 , al comprobarse que el menor nivel socioeconómico de la población Lenca demuestra una tendencia a un mayor consumo de tabaco.

2. La hipótesis nula es que la prevalencia esperada de consumo de tabaco sea mayor al 15% de la población total entrevistada.

Hipótesis de Investigación: En estudios de otros países en vías de desarrollo se ha revelado que el consumo de tabaco en poblaciones con bajos ingresos es mayor, tomando en cuenta lo anterior, se espera que la prevalencia de consumo de tabaco en la población de la etnia Lenca sea por lo menos del 15%.

Variable	Valor P	Intervalos de Confianza
Ingreso total	0.269	0.003-0.001
Consumo Total	0.055	0.31-15.37

Fuente: SPSS Versión 18.

El resultado de Chi-Cuadrado (X^2) fue de 0.3787 (Valor $P=0.27$) y la prevalencia de consumo fue de 27.74%, por lo que no se rechaza la Hipótesis nula.

3. La hipótesis nula es que se espera que el fumador Lenca invierta más del 10% del Ingreso mensual familiar, en productos de tabaco.

Hipótesis de Investigación: El gasto mensual que el fumador Lenca invierte en productos de tabaco, se esperaría que fuese menor o igual al 10% del ingreso mensual familiar.

% COSTOS SOBRE INGRESOS	
Porcentaje	Lempiras
Promedio de gasto en productos de tabaco	360
Promedio de Ingreso familiar del fumador	4,074.49
%	8.82%

Fuente: SPSS Versión 18.

Se rechaza la H_0 , ya que el porcentaje promedio que el fumador Lenca invierte en el consumo de tabaco es de 8.82 % del ingreso mensual familiar.

VII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se encontró una alta prevalencia 27.74% de consumo de tabaco en la población estudiada, con una diferencia de 7.34% en comparación con la prevalencia nacional, según el Informe Sobre el Control de Tabaco en la Región de las Américas de la OMS 2013, que es de 20.4%, a la vez se puede afirmar que los Lencas tienen una alta prevalencia inclusive comparando con la prevalencia mundial de consumo de tabaco que es alrededor del 20%, sin embargo existe una gran diferencia de consumo por sexo, ya que el sexo femenino únicamente tiene el 4.82% de la prevalencia total y a la vez es importante mencionar que en este estudio la prevalencia fue más alta en mujeres de 50 años en adelante.⁴

En comparación con mujeres de otros países, en un estudio de prevalencia de consumo que se realizó en Karachi, Pakistán, siendo la prevalencia de 18.0% en mujeres de 15-80 años de edad (media=37.3 ± 9.8).⁴⁹ Podemos afirmar que las mujeres Lencas fuman menos.

El director del IHADFA, Dr. Rony Portillo afirmó que de 8.2 millones de habitantes en Honduras, el 35% de la población es fumadora y que anualmente mueren entre 6,000 y 8,000 personas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, de los cuales cuatro de cada diez personas que padecen

cáncer de pulmón no han sido fumadoras sino que conviven o han convivido con fumadores.

Para la OMS el gastar más del 10% del ingreso mensual familiar es una situación que antepone un riesgo en no cumplir las necesidades básicas del grupo familiar, sin embargo en esta población el gasto en productos de tabaco sobre el ingreso familiar representa un 6.7%, a la vez es imprescindible no pensar en las consecuencias que acarrea el consumo de tabaco y así mismo el gasto en atención médica que esto representaría. Aunque no hay muchas investigaciones referentes al costo de las consecuencias del tabaco, en países como Vietnam, los fumadores gastaron en tabaco 3,6 veces más que en educación y 1,9 veces más que en atención médica en 2003.⁵¹

En un estudio (IHADFA, 1989), realizado entre alumnos de 24 colegios de Tegucigalpa, se encontró que más de la mitad había tenido contacto con el cigarrillo, con una edad de inicio entre 11 y 14 años para el 57% de los sujetos; solamente el 23% consumía cigarrillos en ese momento y el 53% convivía con familiares que fumaban, Aunque el estudio se haya realizado en un rango de edad de 18 a 35 años de edad, cabe mencionar que el resultado de fumadores se dio con mayor frecuencia en población joven, edad de inicio de fumar fue de 18 años, con una moda de 20 años y una media de 36.27 años. Para el 2011 la cifra de adolescentes en edad escolar que consumen tabaco fue del 43%, en el

2012, el IHADFA realizó un estudio en 250 estudiantes de instituto privado en el Distrito Central, el 70.3% de los estudiantes del sexo masculino y un 57.6% del sexo femenino manifestaron haber fumado cigarrillos al menos una vez en la vida, la prevalencia mensual es del 28.8% para hombres y 20.1% para mujeres⁵⁹ y también se realizó un estudio en 300 estudiantes en escuelas públicas del Distrito Central en edades entre 10 y 13 años, el 16.4% habían consumido tabaco.⁶⁰ Por lo que muestra que la población estudiantil es cada vez más vulnerable.

En comparación con otros estudios de determinación de desigualdad socioeconómica en el consumo de tabaco en la población Lenca, los resultados de este estudio no hubo relación significativa entre el consumo de tabaco y el nivel educativo e ingreso socioeconómico, ya que el OR (0.87, IC=0.7-0.1), para estas variables dio una asociación negativa, tomando como base el estudio que se realizó en India donde los resultados abordan que entre menor nivel educativo e ingreso mayor consumo de tabaco.⁵

También se afirma esta asociación en un estudio realizado en México en población joven para determinar factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, se encontró que factores como educación (OR = 2.01; 95 % CI: 1.03-3.93) es un factor altamente asociado al consumo de tabaco.⁴⁸ En Níger, los

estudiantes gastaron alrededor del 40% de sus ingresos en cigarrillos en 2003, según el informe Atlas del tabaco versión 15.

En un estudio realizado en población urbana del Distrito Central, Tegucigalpa, en el año 2008, las familias de padres fumadores vivían en viviendas cuyos materiales eran de mala calidad, tenían para disposición de excretas una letrina, uno de cada seis fumadores tenía menos de siete años de escolaridad y la mayoría tenía trabajo, pero, sólo la mitad poseía un trabajo fijo. Las condiciones socioeconómicas de las familias donde el padre no era fumador eran significativamente mejores.²⁵

En estudios realizados en otros países donde se determina la dependencia a la nicotina los resultados de dependencia son elevados en comparación con la población estudiada, por ejemplo en un estudio realizado con 914 fumadores se encontró que 2/3 partes que representa el 68.70% tuvieron un alto grado de dependencia a la Nicotina⁵⁰, mientras que en la población estudiada no se encontró dependencia alta (el 93.15% tuvieron dependencia baja y apenas el 6.85% tuvo dependencia moderada a la nicotina).

VIII. CONCLUSIONES

1. El consumo de tabaco es la primera causa evitable de muerte a nivel mundial, la prevalencia de consumo de tabaco de la población Lenca fue más alta en comparación con la prevalencia de consumo nacional, y de esta población es más afectado el sexo masculino, se puede afirmar que la población Lenca presenta un grado de susceptibilidad hacia las consecuencias relacionadas con el consumo de tabaco.
2. En otros países el consumo de tabaco está relacionado con el nivel educativo e ingreso familiar, a menor ingreso y menor nivel educativo, existe mayor consumo de tabaco, sin embargo en este estudio dicha relación, que fue medida por la razón de probabilidades con esta determinación se rechaza la hipótesis, a pesar de que al caracterizar socioeconómicamente esta población, se observó mayor vulnerabilidad en los fumadores, en cuanto a las condiciones de materiales de construcción de la casa, acceso a agua potable y energía eléctrica.

3. En relación al nivel de dependencia de los fumadores se observó un nivel de dependencia baja, a pesar de existir un alto consumo, sin embargo en la proporción donde el nivel de dependencia medido por el Test de Faguerstrom, fue mayor, representando un mayor gasto mensual en consumo de tabaco.

4. Los resultados de este estudio confirman la tendencia de los demás países en vías de desarrollo, donde el consumo de tabaco es determinado por las condiciones socioeconómicas, observándose una alta prevalencia de consumo de tabaco, sin embargo no existieron diferencias significativas al momento de comparar las condiciones de vida entre los entrevistados.

5. En relación al ingreso mensual de los fumadores y no fumadores se demuestra la distribución no desigual del ingreso en la población entrevistada en relación a sus actividades laborales.

IX. RECOMENDACIONES:

1. Los resultados serán dados a conocer a la municipalidad de Intibucá, por lo que se encomendará dar seguimiento a la problemática de esta comunidad.
2. Se compartirán los resultados al Comité para la Prevención de Alcoholismo y Drogadicción de Intibucá (COPADI), por lo que se motivará a que continúen realizando intervenciones para el control de consumo de tabaco en esta población.
3. De acuerdo a las líneas de investigación; de la UNAH, incluyendo el Posgrado en Salud Pública, también a la Secretaría de Salud (Agenda de Investigación para la Salud 2015-2018, apartado 9, Enfermedades Crónicas), se insta a realizar estudios, en relación a desigualdades socioeconómicas en salud, prevalencia, consecuencias, costos del consumo de tabaco y otras adicciones.

4. El consumo de drogas es un predisponente a la violencia por lo que el Posgrado en Salud Pública y el Observatorio de Violencia y otras Instituciones Académicas como la Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC), pueden fortalecer esta línea de investigación ya que se ha comprobado que el consumo de tabaco prevalece de forma significativa en los adolescentes y cada vez en población de menor edad sin discriminación de sexo.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez L, Donate I, Ferández F, Salvadores J. Programa Marco. Consejo Antitabaco en Atención Primaria de Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción y Programas de Salud.
Consultado el 3/4/14. Disponible en:
<http://www.princast.es/salud/promociones/tab/CONSEJO%20ANTITABACO.pdf>
2. Rodríguez M, Ayesta F, Azabal M, Rodriguez F. Ayudando a dejar de fumar Guía para profesionales de la Odontología, Consejo de Colegios Oficiales de Dentistas de España. 2010.
3. De la Rosa L, Gelabert L. Por qué el consumo de tabaco es un problema Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios. 2006; 13-25.
4. Victoria G. Evolución de la prevalencia y presencia de desigualdades sociales en el consumo de tabaco. Catálogo biblioteca Vasco. [Internet] 2011 [citado 27 de julio 2014]: 4y24 Disponible en: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

5. Kuri P, González J. Porque el tabaco es una prioridad en salud pública: Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/
6. Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia, Facultad de Ciencias Médicas, Maestría en Salud Pública, “La Salud Internacional y las Drogas”, presentación de la Dra. Gertrudis Ramos Suazo
7. Escalante, H. Investigación sobre el alcoholismo y adicciones en los Municipios de Intibucá, La Esperanza y Jesús de Otoro del Departamento de Intibucá. Honduras, 2011.
8. OMS, Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. 2003; 1-43.
9. Barenger D. Tabaco y Agrotóxicos. Editorial Universitaria de Misiones; 2007.
10. Escalante, H. Investigación sobre el alcoholismo y adicciones en los Municipios de Intibucá, La Esperanza y Jesús de Otoro del Departamento de Intibucá. 2011

11. OMS, Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo.2011:1-59.
12. OMS, Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.2003; 1-43.
13. Sanchez C, Pillon S, Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. Latino-am.enfermagem. 2011; 730(7):731-737.
14. Samet J, Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. 2002; 44(1):144-147.
15. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el Control de Tabaco para la Región de las Américas.2013; 1-59
16. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el Control de Tabaco para la Región de las Américas.2011; 1-54
17. Texeira J, La evolución del concepto de tabaquismo.2005; 21(4):1-7.
18. Texeira J, La evolución del concepto de tabaquismo.2005; 21(4):1-7.

19. Perez G, Camarena A, Visión general de la neurobiología y genética en la adicción a la nicotina. *NeumolCil Tórax*.2011; 70(3):179-187.
20. Liras A, et al. Tabaquismo: Fisiopatología y prevención. *RevInvestClin*. 2007; 59 (4): 278-289.
21. Guisa V, Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos. Vol. 3. México; Centros de Investigación Juvenil; 2001.
22. Sanchez C, Pillon S, Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. *Latino-am.enfermagem*. 2011; 730(7):3.
23. Samet J, Riesgos del tabaquismo. 2005; 44: 144-159.
24. Guisa V, Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos. Vol. 3. México; Centros de Investigación Juvenil; 2001.
25. Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Salud Pública* 2008; 10(1): 73-74.

26. Organización de los Estados Americanos. Desigualdad e inclusión social en las Américas. 2011; 2:15-17.
27. Rodríguez Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA. 2006; 4.
28. Schneider MC, Castillo Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica O. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *RevPanam Salud Pública*. 2002; 12(6): 1-2.
29. Whitehead M, Dahlgren G. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud. 2006:14-16.
30. Seguro J. Las desigualdades sociales en salud: un reto para las políticas públicas. 2014:6-7.
31. Abadía Barrero CE. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioética*. 2006; 12 (1): 2.
32. Presno M, Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables. *Procura*. 2012; 2:9-10.

33. Pinto F. El tabaquismo placer mortal.2000; 1-6.
34. Enciclopedia del puro. Sumiller Maridaje. [serial online] 2009 mayo [citado 17 ago. 2014]. Disponible en: <http://www.cigarros-puros.com/index.html>
35. Thakur J, Prinja S, Bhatnagar N, Rana S, Sinha D, Singh P. Socioeconomic Inequality in the Prevalence of Smoking and Smokeless Tobacco use in India. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2013; 14(1):6965-6968.
36. Félix M. Tabaco y pobreza. Rev. Medica de Honduras.2009; 79(4): 183-6.
37. FUNIDE. Análisis potencialidades económicas y priorización de territorios para el fomento del DEL.2008.
38. Faúndez M, Valdés M. Caracterización de la población indígena y afrodescendiente de Honduras.2011.
39. Consultores financieros internacionales. Diagnóstico institucional y financiero, municipio de Intibuca, Intibuca.2005.

40. Presno M. Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables. 2012; 7-8.
41. Santos H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Revista cubana de salud pública. 2010; 4-7.
42. Reyes S, Zambrano L, Fuentes I, Sierra M, Urquia H. Estudio descriptivo de factores de riesgo cardiovascular a una muestra de la población de una comunidad indígena de Honduras. CIMEL. 2011; 16(1).
43. Gleich U, Gálvez, E. Pobreza étnica en Honduras. 1999.
44. Fagerstrom KO Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3(3-4):235-41.
45. Carrasco, TJ Luna, M Vila, J Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Rev. Esp. Drogodependencias 1994; 19(1):3-14.

46. Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. *Arch Intern Med* 1993 Ene 11; 153(1):34-48.
47. Cordoba, R Martin, C Casas, R Barbera, C Botaya, M Hernández, A Jane, C Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Aten Primaria* 2000 Ene; 25(1):32-6.
48. Martínez F. Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad/Inequidad en salud. 2006: 12-13.
49. Wilkinson AV, Koehly LM, Vandewater EA, Yu RK, Fisher-Hoch SP, Kohl HW, et al. Demographic, Psychosocial, and genetic risk associates with smokeless tobacco use among Mexican heritage youth. 2011.
50. Iqbal N, Irfan M, Ashraf N, Awan S, Khan J. Prevalence of tobacco use among women: a cross sectional survey from a squatter settlement of Karachi, Pakistan. 2015; 8: 469.
51. Belquith S, Bouanene I, Elmhamdi S, Salah B, Harizi C, Soltani ME, Salem B. Nicotine dependence and carbon monoxide intoxication among adult smokers. 2015 Apr;93(4):231-6.

52. Eriksen M, Mackay J, Ross H. El Atlas del Tabaco. Cuarta ed. Atlanta, GA: Sociedad Americana contra el Cáncer; Nueva York, NY. 2013.
53. Warren W. El consumo de tabaco entre los jóvenes. Informe de vigilancia de la encuesta mundial sobre el tabaco y jóvenes. Boletín of the world H.O. 2000: 78 (7): 868-876.
54. Lances L, Quesada A, Hadad J, Varona P, Landrore O. Informe final de la entrevista mundial de tabaquismo en jóvenes (GYTS). Cuba 2001.
55. Alvarenga E. Factores que Inciden en el Consumo de Drogas y la Violencia en Estudiantes de Educación Secundarias del Municipio de Choluteca. IHADFA; 2007: 51-53.
56. Alvarenga E. Factores que Inciden en el Consumo de Drogas y la Violencia en Estudiantes de Educación Secundarias del Municipio de Comayagua. IHADFA; 2007: 51-53.
57. Alvarenga E. Factores que Inciden en el Consumo de Drogas y la Violencia en Estudiantes de Educación Secundarias del Municipio de Juticalpa. IHADFA; 2007: 51-53.

58. IHADFA. Prevalencia del Consumo de Drogas y Violencia en Institutos Públicos del Distrito Central, Honduras. 2010: 12
59. IHADFA. Prevalencia del Consumo de Drogas en Institutos Públicos de Educación Secundaria del Distrito Central, Honduras. 2011: 48
60. IHADFA. Prevalencia del Consumo de Drogas en Institutos Privados de Educación Secundaria del Distrito Central, Honduras. 2012: 91.
61. IHADFA. Investigación sobre el Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Escuelas Públicas del Distrito Central, Honduras. 2012: 100.
62. IHADFA. Ley Especial Para el Control del Tabaco, Decreto Legislativo 92-2010. 2010
63. Impacto de los Pictogramas en Fumadores y no Fumadores de Cigarrillos. IHADFA, 2011.
64. Pichon-Riviere A, Augustovski F, Bardach A, Colantonio L. Development and Validation of a Microsimulation Economic Model to Evaluate the Disease Burden Associated with Smoking and the Cost-Effectiveness of Tobacco Control Interventions in Latin America. Value in Health 2011.

XI. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

Investigación de desigualdades socioeconómicas en la prevalencia del consumo de tabaco en la población de la etnia lenca del municipio de Intibucá, Honduras, C.A.

Fecha de llenado: Día_____Mes_____Año_____

Edad: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio es una iniciativa del Posgrado en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y surge con el fin de fomentar el cambio continuo en políticas positivas y aplicación de medidas para el control de tabaco, se ha propuesto realizar este estudio que tiene como objetivo determinar si las desigualdades socioeconómicas influyen en la prevalencia de consumo de tabaco en la comunidad Lenca del municipio de Intibucá, este estudio se está haciendo en conjunto con el Instituto de Nutrición de Centroamérica, el

cual consiste en un estudio de tipo comparativo en, si la desigualdad económica en comunidades influyen en el consumo de tabaco y si usted estima conveniente su participación en la investigación proceda a firmar este consentimiento.

Es importante enfatizar que su participación es voluntaria y que si no desea hacerlo esto no repercutirá en su bienestar, el participar no representa riesgo o daño alguno, ya que se trata de contestar un pequeño cuestionario que no le llevará más de 10 minutos y los datos obtenidos serán de total confidencialidad.

Al participar en este estudio no recibirá ningún beneficio monetario, el único beneficio será contribuir a fomentar las investigaciones en desigualdades socioeconómicas y la influencia en el consumo de tabaco y contribuir a políticas positivas para el control del mismo.

Firma o huella digital del participante

En caso de duda o pregunta sobre este estudio puede contactar a: Dra. Ninoska Arias/ correo electrónico ariasninoska23@gmail.com / Teléfono 98912978

TEST DE FAGERSTRÖM

El Test de Fagerström es un test que se utiliza para medir el grado de dependencia de la nicotina de un fumador.

En cada pregunta, se elige una respuesta y se suman los puntos correspondientes a la respuesta seleccionada. El grado de dependencia dependerá de la suma total obtenida:

1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que enciende el primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos..... 3 puntos

Entre 6 y 30 minutos..... 2 puntos

Entre 31 y 60 minutos.... 1 punto

Más de una hora..... 0 puntos

2. ¿Le resulta difícil no fumar en los lugares en que está prohibido?

Sí..... 1 punto

No..... 0 puntos

3. ¿Qué cigarrillo le resulta imprescindible?

El primero..... 1 punto

Otro..... 0 puntos

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?

10 o menos..... 0 puntos

Entre 11 y 20..... 1 punto

Entre 21 y 30 2 puntos

31 o más..... 3 puntos

5. ¿Fuma usted más en las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

Sí..... 1 punto

No..... 0 puntos

6. ¿Fuma usted incluso si una enfermedad le obliga a permanecer acostado?

Sí..... 1 punto

No..... 0 puntos

Resultado:

De 0 a 4 puntos..... Dependencia baja

De 5 a 7 puntos..... Dependencia media

De 8 a 10 puntos.....Dependencia alta

Si el resultado es mayor o igual que 5, existe dependencia física.

INSTRUMENTO DE RECOLECIÓN DE DATOS

UNAH-CIIPEC

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO DE LA POBLACIÓN LENCA DE MUNICIPIO DE INTIBUCA, INTIBUCA, HONDURAS, C.A. JULIO 2014-JULIO 2015.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con el consumo de tabaco, por favor conteste de manera veraz, ya que esta información se manejará de forma confidencial y solamente para uso de la presente investigación.

DATOS DE CONTROL

Hora de inicio ____ : ____ h

Código de encuesta _____ Número de hogar _____ Fecha ____ / ____ / ____

DATOS GENERALES

1. Lugar de residencia (Barrio, aldea, colonia, caserío) _____
2. Lugar de procedencia (Barrio, aldea, colonia, caserío) _____
3. Edad _____
4. Sexo: *Hombre / Mujer*
5. ¿Sabe leer y escribir? *Si / No*
6. ¿Cuál fue el grado o año de educación más alto que aprobó (1-9)? _____, ¿en qué nivel? *Primaria / Básica / Ciclo común / Diversificado / Técnico / Universitario*
7. ¿Cuál es su profesión u oficio? *Ama de casa / Trabajadora doméstica / Promotor / Agricultor / Jornalero / Albañil / Maestro(a) / Comerciante individual / Otro* _____

8. ¿Cuál es el parentesco con el jefe de hogar? *Jefe de hogar / Cónyuge / Hijo (a) / Nuera / Yerno / Nieto (a) / Padres / Suegros / Hermano(a) / Otro Pariente / No Pariente / Empleada (o) doméstica (o)*

9. ¿Quiénes aportan mensualmente en su hogar? Especifique cuantas personas (#) y cantidad total de dinero.

Jefe de hogar (#) Lps _____

Cónyuge (#) Lps _____

Hijos/as (#) Lps _____

Nuera (#) Lps _____

Yerno (#) Lps _____

Nietos/as (#) Lps _____

Padre s (#) Lps _____

Suegro (#) Lps _____

Hermanos/as (#) Lps _____

Otros (#) Lps _____

10. Número de personas dependientes _____

11. ¿Hay algún niño(a) entre 7 y 12 años que no asista a la escuela? Cantidad de niños(as) _____

12. Si no es posible entrevistar al jefe del hogar, pregunte: ¿Sabe leer y escribir el jefe del hogar? Si /No¿ Cuál es el nivel de escolaridad del jefe de hogar? Grado o año (1-9): _____, nivel: Primaria / Básica / Ciclo común/ Diversificado / Técnico / Universitario

DATOS DE VIVIENDA

13. ¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua usada por los miembros del hogar? *Agua de tubería servicio pública / Agua de tubería servicio privado / Pila pública / Agua de manantial, arroyo u*

- ojo de agua / Lluvia / Carro cisterna / Agua de superficie (río, lago o quebrada) / Agua embotellada / Otra _____
14. ¿Dónde está localizada la fuente? Dentro de la vivienda / En patio o solar propio / En otra parte _____
15. Si la fuente esta fuera de la vivienda ¿cuánto tiempo toma llegar allá, recoger agua y volver? Minutos _____
16. ¿Qué tipo de servicio sanitario usan habitualmente los miembros del hogar? Inodoro de arrastre conectado a alcantarillado / Inodoro de arrastre conectado a pozo séptico / Inodoro de arrastre que no sabe a qué está conectado / Letrina con cierre hidráulico / Letrina abonera / Letrina simple o con pozo negro / Letrina con descarga a río o laguna / Inodoro con descarga a río, laguna / No hay servicio / Otro _____
17. ¿En su hogar, principalmente, cómo eliminan la basura? La tiran a la calle, río o quebrada / La recoge el carro de la basura / La lleva al depósito o contenedor / La quema o la entierra / Paga particulares para que la boten / Otro _____
18. ¿Cuál es la fuente principal de energía que utilizan en su hogar? Sistema de electricidad público / Sistema de electricidad privado / Gas (cilindro o chimbo) / Gas de kerosene / Carbón / Leña / Vela / Otro _____
19. ¿Cuántas personas habitan en su hogar? Número de personas _____
20. ¿Cuántas piezas del hogar se usan para dormir? Número de piezas _____
21. Principal material de construcción del piso (por observación). Tierra / Madera aserrada / Plancha de cemento / Ladrillo de barro / Embarrada / Madera pulida / Ladrillo de cemento o mosaico / Granito / Cerámica / Otro _____
22. Principal material de construcción del techo (por observación). Sin techo / Paja o palma / Madera / Material de desecho / Lámina de zinc o alucin / Concreto / Lámina de fibrocemento o asbesto / Teja de barro / Teja de cemento / Otra _____

23. Principal material de construcción de las paredes (por observación). Sin paredes / Caña o troncos / Palma o bambú / Piedra cantera / Adobe / Madera aserrada / Bahareque o vara / Material de desecho / Bloque de cemento / Madera pulida / Piedra con cemento / Ladrillo de barro / Material prefabricado / Otra _____

24. Vivienda con ventanas: Si / No

DATOS DEL TABACO

25. ¿Algún miembro de su familia fuma? Si / No

26. ¿Usted ha consumido tabaco alguna vez en su vida? Si / No (Si, su respuesta es afirmativa, continúe con las siguientes preguntas)

27. ¿Cuándo fue la última vez que lo hizo? Fecha _____

28. ¿De qué forma consumió? Cigarrillos/ Bidis / Puros / Pipas / Tabaco de mascar / El rapé seco/ Otros _____

29. ¿En caso de ser puros preguntar ¿qué usos o beneficios obtiene del puro?

30. ¿Con que frecuencia consume tabaco? Diario / Semanal/ Mensual / Esporádico

31. ¿Qué cantidad consume según pregunta #29? Cantidad _____

32. ¿Cómo compra los cigarrillos? Unidad / Cajetilla de 10 / Cajetilla de 20 / Otros _____

33. ¿Qué porcentaje de sus ingresos familiares invierte mensualmente usted en el consumo de tabaco? Porcentaje _____

Hora de finalización ____:____ h

	Supervisor de campo	Codificador	Digitalizador
Nombre	_____	_____	_____
Fecha	_____	_____	_____

PILOTAJE EN LINACA (TATUMBLA) NOVIEMBRE DEL 2014





**RECOLECTA DE INFORMACIÓN MUNICIPIO DE INTIBUCÁ (FEBRERO DEL
2015)**







