

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Diagnóstico situacional del consumo de tabaco
en operarios del transporte público en la Ciudad de México,
evidencias para la Promoción de la Salud**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

JUAN LUIS SALAZAR TOLEDO

Directora de trabajo recepcional

Mtra. Blanca Patricia Arroyo Arista

México, D.F. enero 2016.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Un agradecimiento al CENFES A.C. por las facilidades que me otorgó para la realización de éste estudio llevado a cabo en el módulo "El COYOL" en el área de Coordinación de Salud.



Un agradecimientos a los Operarios del Transporte Público que de manera voluntaria participaron en la encuesta de julio del 2014.

Dedicatoria

Este estudio está dedicado a mi padre, **Sr. Hilario Fernando Salazar y Flores**, de quién nunca logré aprender lo suficiente, de quién me dio su cariño y amor hasta al último día de su muerte física, y que siempre tendré un sentimiento único en mi corazón al que me enseñó que la única solución a casi todos los males es la **Educación**.

Mi padre, el hombre que nunca conocí lo suficiente al que siempre recuerdo a cada momento, al que daría todo por volverlo a ver aunque sea un instante, un papá tolerante y conciliador, que siempre estuvo pendiente de mí y de mi madre. El presente trabajo es sólo un testimonio escrito y silencioso que dejó mi padre en mí y su certera mano que hubo de guiarme durante mi niñez y adolescencia.

Papá: No sabes cuánto te extraño.....

A mi madre la **Sra. Juana Yolanda Toledo Meda** a la que siempre ha estado a mi lado y me ha dado todo su amor y cariño por el cual me siento muy orgulloso y bendecido por la vida y juntos hemos enfrentando conflictos, enojos y alegrías, me has dado casi todo sin recibir nada a cambio y que en estos últimos años siempre has sido una guía muy importante, hoy te dedico este estudio con mucho cariño porque también eres parte de este trabajo, **Gracias por ser mi madre**.

Los amo y quiero mucho.

Juan Luis.



Agradecimientos

A la Mtra. **Blanca Patricia Arroyo Arista**: Por su apoyo incondicional, su tolerancia su paciencia y gracias por guiarme en este proceso de titulación, además una de las mejores profesoras que eh tenido y comprometida con su trabajo

Al Mtro. **Diego Juan Reyes Baza**: Por ser un profesor comprometido y dar una aportación a este estudio y sobre todo por compartir su conocimiento

Al **Dr. Israel López Reyes, Biól. Patricia Mena Colchado** y al **Mtro. Eduardo Flores Soto** por sus aportaciones y consejos

A mi amigo **Rodrigo Flores Terán**: Por su apoyo incondicional durante mi servicio social y darme motivación para titularme

A mis primas **Maritza y Patricia Ishikawa Toledo**: Por su apoyo incondicional, y a las que quiero mucho

A mis Tíos **Marilú, Alba, Ronaldo y Esteban**: Mis consejero de toda de la vida

A mis primos **Antonio y Mónica †**: A quién siempre llevaré en mi corazón

A mi amigo **José Luis Valdez**: por su apoyo ilimitado y una gran persona

A mis amigos y compañeros de licenciatura: Jorge, Martín, Alex, Luz, Paz, Alicia, Irene, Maribel, Paulina, Dalia, Katia, David, Claudia, Ana Itzel, Arturo, Gaby, Rodolfo, German y Natalia.

A **Marisol Bucio Álvarez**: Por ser parte de mi vida y llegar en el momento indicada

A mi **Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM)**: Mi alma Mater.

ÍNDICE

Contenido

Introducción.	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Justificación.	9
1.3 Marco teórico.	11
1.3.1 Historia del consumo de tabaco.	11
1.3.2 La planta del tabaco y su composición química.	13
1.3.3 La sustancia adictiva presente en el tabaco: la nicotina.	15
1.3.4 Mecanismos de acción de la nicotina.	16
1.3.5 Formas del consumo de tabaco.	17
1.3.6 Efectos en la salud física por el consumo directo o indirecto de tabaco.	18
1.3.7 Humo de Tabaco Ambiental (HTA).	22
1.3.8 Tabaquismo.	23
1.3.9 Formas de medir la dependencia a la nicotina.	23
1.3.10 La normatividad sobre el consumo de tabaco en espacios públicos de la Cd. México.	27
1.3.11 Consumo de tabaco por operarios del transporte público.....	30
1.3.12 Los riesgos de trabajo en operarios del transporte público.....	30
1.3.13 Estrés.....	32
1.3.14 Antecedentes.	34
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	39
2.1 Objetivos.....	39
2.1.1 Objetivo general.	39
2.1.2 Objetivos específicos.	39
2.2 Metodología	40
2.2.1 Aspectos generales.....	40
2.2.2 Tipo de estudio.	41
2.2.3 Población de estudio.....	42
2.2.4 Tamaño de la muestra.	42
2.2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	42
2.2.6 Cuadro de variables.	43
2.2.7 Procedimiento de recopilación de datos.....	44
2.2.8 Instrumento de medición.....	46
2.2.9 Procedimiento estadístico.	48
CAPÍTULO III. RESULTADOS	49
3.1 Análisis descriptivos de los resultados.	49
3.1.1 Características demográficas.....	49
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
4.1 Discusión.	61
4.2 Conclusiones.	69
4.3 Recomendaciones.	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXO	76

Índice de tablas

Tabla 1. Grupos de edades de los Operarios de Transporte Público.	50
Tabla 2. Grado de estudios.	51
Tabla 3. Conductores de taxi y microbús.	51
Tabla 4. Número de años trabajando en el Servicio de Transporte Público de Pasajeros de Taxi y Microbús.	52
Tabla 5. Número de horas que manejan al día, los Operarios del Transporte Público de Taxi y Microbús.	52
Tabla 6. Operarios que han consumido tabaco alguna vez en su Vida.	53
Tabla 7. Operarios del transporte que fumaron por primera vez un tabaco (edad).	54
Tabla 8. Operarios de taxi y microbús que fumaron en los últimos 12 meses.	54
Tabla 9. Operarios de taxi y microbús que fumaron en los últimos 30 días.	55
Tabla 10. Operarios de taxi y microbús que fumaron en los últimos 3 días.	55
Tabla 11. Dependencia física a la nicotina en operarios del transporte público, de acuerdo al Test de Fagerström.	56
Tabla 12. Test de Fagerström aplicado únicamente a operarios del transporte público consumidores de tabaco en los últimos 12 meses.	57
Tabla 13. La evaluación de riesgo que tienen los operarios del transporte público que fumaron en los últimos 12 meses.	60

Índice de Cuadros y Gráficos.

Cuadro 1. Definición del concepto de la Promoción de la Salud.	3
Cuadro 2. Los diferentes enfoques del estrés de acuerdo a Manso, M. y cols. 2004.	32
Cuadro 3. Cascada del úlceras pépticas estrés.	34
Cuadro 4. El concepto y definición de tipos de fumador.	35
Cuadro 5. La Comparación de la ENA-2008 y ENA-2011.	36
Gráfica 1. La prevalencia de consumo activo de acuerdo al sexo, en una población de 18 a 65 años.	37
Gráfica 2. Estado civil.	50

Introducción.

La Promoción de la Salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, así mismo un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y tratar de cambiar el entorno o adaptarse a él. Una de las acciones de la Promoción de la Salud, es reducir las diferencias en salud. Lo cual se puede lograr con acciones tales como la adopción de políticas públicas saludables, en donde los entornos insanos se vuelvan ambientes saludables, además la salud es un valor apreciado por todas las culturas, ésta tiene que ver con su entorno social, cultural y no solo con el aspecto biológico. (La Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, 1986).

Dicho lo anterior, para poder entender el problema o la situación relacionado al consumo de tabaco, partiendo del afán desmedido del supuesto progreso, los niños y jóvenes son presa fácil de los productos que ofrece la publicidad y que se especializa hábilmente, en que sus consumidores aumenten cada vez más, para obtener mayores ganancias económicas y un reconocimiento o prestigio de su marca.

A pesar de que se invierte en tiempo, dinero e investigación, para impedir el avance de las diferentes enfermedades producidas por el tabaco, la industria tabacalera también invierte en diversas estrategias para ganar mayor cantidad de consumidores, la mayoría sin una sensibilidad al problema, lo que impide detenerlo a tiempo. Simultáneamente parece ser una competencia incansable para ver quien consigue aumentar el mayor número de humanos con el mal hábito de fumar tabaco.

En el caso del hábito de fumar, la principal característica es el tener un comportamiento en general poco saludable, en donde cada individuo tiene patrones distintos. Esto podría ser, porque sus estilos de vida dependerán y se verán influidos por el entorno social y ambiental, en el que la persona se encuentra. El estilo de vida (EV) es definido por la OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales (García, G y cols. 2012). Hablar de estilos de vida, es hablar de los comportamientos de las personas; ya que éstos pueden ser hábitos saludables y no saludables, uno de los factores que influyen en los estilos de vida son los factores sociales que actúan de diversas formas de acuerdo al género.

“El hombre se asocia con roles netamente laborales que lo predisponen para llevar un estilo de vida caracterizado por comportamientos riesgoso para la salud, como lo es el consumo excesivo de alcohol y cigarro” (García, G y cols. 2012, p.171). Así entonces la salud deberá entenderse como un recurso para la vida y no como un objetivo en la vida (La Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, 1986).

Es por eso que el Promotor de Salud podría incidir en ésta problemática, para sensibilizar a una población que al parecer no tiene conciencia de la salud, sino solo de la enfermedad. Cuando el problema está encima y muchas veces avanza, se impide la curación y sólo queda al paciente invertir una gran cantidad de tiempo y dinero, para aminorar o sobre llevar la enfermedad e irónicamente ahora intentar cambiar su estilo de vida, que le permita mejorar su calidad de vida. Que vio deteriorada por un mal hábito de tabaco, que se promueve por la publicidad en los diferentes medios de comunicación.

Dicho lo anterior, también una de las habilidades del Promotor de la Salud, es la de poder identificar si existen problemas que impiden alcanzar la salud en los individuos, al mismo tiempo su papel como profesionalista es poder crear propuestas de trabajo, que permita brindar o coadyuvar a desarrollar habilidades adecuadas, para que el individuo o los individuos puedan aumentar su salud.

Ahora bien, existen diversas corrientes de pensamiento respecto de la Promoción de la Salud. Habría que decir, también que se impide presentar un marco de referencia homogéneo. Además se debe considerar que “las diferencias conceptuales e interpretativas hacia la Promoción de la Salud y sus aplicaciones están motivadas por las experiencias, los problemas y el contexto histórico de cada país de América Latina” (Arroyo, H. p. 15. 2004).

Estos son algunos de las definiciones de la Promoción de la Salud, que se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Definición del concepto de la Promoción de la Salud.

Concepto	Definición
Promoción de la Salud.	La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente de la ausencia de afecciones o enfermedades de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS).
	Dr. Carlyle Guerra de Macedo, afirma que la Promoción de la Salud como bienestar, constituye, ineludiblemente, el objetivo principal del desarrollo y la razón primordial de cualquier política social (Arroyo, H. p. 13. 2004).
	La Promoción de la Salud, considerará el desarrollo de actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad (Reglamento sobre el consumo de tabaco).

La presente investigación aborda la relación entre el ambiente laboral, el género y los estilos de vida de los operarios del transporte público. De acuerdo al género en su mayoría en este tipo de trabajo son empleados por los hombres. Respecto a su estilo de vida y el comportamiento que estos presentan, se puede pensar que esto crea factores de riesgo, ya que su labor es pasar varias horas tras el volante. Además, al estar expuestos a factores ambientales ya sean físicos o químicos, desarrollan mecanismos de compensación, para disminuir los efectos de los estresores que estimulan la ansiedad del individuo. Dicha situación podría llevar a consumir tabaco, que por consiguiente lo llevará a presentar problemas de salud física, psicológica e incluso biológica.

Es por eso que se busca encontrar el problema y darle una respuesta no solo biológica, sino una en la que se aborde el problema desde lo social y lo cultural, ésta pudiera estar entonces entrelazada y ser apreciada desde las diferentes ópticas del mismo problema. Además en nuestra sociedad el consumo de tabaco, se ha vuelto un problema prioritario, no solo de quienes son consumidores, sino también de individuos quienes están expuestos al humo de tabaco. De acuerdo a los datos registrados en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, el 27.3% de adultos reportó estar expuesto al humo de tabaco ambiental en el transporte público (ENA, 2011).

Habría que decir, además de la importancia de los ambientes favorables, que son indispensables dentro la Promoción de la Salud, “el término de ambiente favorable se refiere a los aspectos físicos y sociales de nuestro entorno. Abarca en donde viven las personas, su comunidad local, su hogar y el lugar en donde trabajan y se divierten” (Declaración de Sundsvall sobre los Ambientes Favorables a la Salud, 1991. p 3, 1991).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que un entorno o lugar de trabajo es prioritario en este siglo XXI. Un ambiente de trabajo debe ser saludable para los trabajadores, éstos deben tener aportes para una productividad positiva, motivación laboral, satisfacción y calidad de vida (Estrategias de Promoción de la Salud En LSO Lugares de Trabajo de América Latina y el Caribe, 2000). Además de que uno de los objetivos primordiales es la construcción de políticas, en donde los trabajadores que tienen diferentes puestos y jerarquías puedan aumentar el control sobre su salud y mejorarla, buscando favorecer la productividad, la competitividad de la empresa, la contribución a la economía y al desarrollo social.

Un ambiente de trabajo debe ser favorable, por eso es necesario un respaldo de las políticas públicas, que protejan y promuevan la salud de los trabajadores, esto deberá ser mediante normas, reglamentos, planes y programas de trabajo que aumenten la salud de los trabajadores. Como eje principal de un ambiente favorable de trabajo es: la disminución del riesgo, control de riesgo y por último la seguridad del entorno físico (Estrategias de Promoción de la Salud En LSO Lugares de trabajo de América Latina y el Caribe, 2000).

Resumen Capitular.

En este estudio se siguió la siguiente lógica de presentación:

En la Introducción se expone: a este estudio como un antecedente para la Promoción de la Salud y su intervención en operarios del transporte público, así como el Concepto de Salud y los estilos de vida. Además se destaca que la Promoción de la Salud tiene una gran importancia en los ambientes laborables y que éstos son prioritarios en el siglo XXI. También se mencionan que a partir de 1986 se redefinió el concepto de salud y la Promoción de la Salud como lo menciona la carta de Ottawa.

El Planteamiento del Problema, hace referencia sobre la situación del consumo de tabaco en México, ya que uno de los objetivos es identificar la prevalencia de consumo de tabaco en conductores de taxi y microbús de la Ciudad de México. El consumo de tabaco es un problema de Salud Pública, a su consumo se le contribuyen a las siguientes enfermedades; cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago, así como la enfermedad obstructiva pulmonar crónica y cardiopatía isquémica, además reduce la esperanza de vida. Una de las cuestiones a destacar en éste problema son las sustancias químicas que contiene el cigarro.

La Justificación aborda el motivo principal por el que se realiza la presente investigación y ésta pudiera obedecer al hecho de que no hay la suficiente información bibliográfica en donde se tenga conocimiento sobre el gremio de trabajadores del transporte público de la Ciudad de México y su consumo de tabaco.

En el Marco Teórico se plantea la información tal como: Historia del consumo de tabaco, aspectos sobre la planta del tabaco y su composición química, se describe la nicotina como sustancia adictiva y sus mecanismos de acción, se describen las formas de consumo de tabaco, los efectos en la salud física por su consumo directo e indirecto, el humo de tabaco ambiental y el tabaquismo. Se continúa con las formas existentes para medir la dependencia a la nicotina, se describe a profundidad el Test de Fagerström.

También se habla de la normatividad del consumo de tabaco en espacios públicos, el consumo del tabaco y por último se aborda el tema de estrés y en operarios del transporte público. Se presenta el Marco Referencial de los antecedentes sobre la prevalencia de consumo de tabaco en la población mexicana, así como los patrones de consumo.

El Capítulo II presenta los objetivos que guiaron esta investigación, el objetivo general fue diagnosticar el consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina que presentan los operarios del transporte público de la Ciudad de México, quienes acudieron al Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México, Asociación Civil (CENFES A.C.). Que fue en el módulo “El Coyol” durante el mes de julio del 2014. Se presentan los cuatro objetivos específicos planteados para esta investigación, se describe la metodología que se refiere primeramente al tipo de estudio realizado, las variables involucradas, la población de estudio y la construcción del instrumento aplicado.

El Capítulo III muestra los resultados obtenidos, a través de un análisis descriptivo, los resultados se presentan mediante gráficas y tablas que muestran las frecuencias y los porcentajes de los resultados obtenidos.

El Capítulo IV presenta la discusión y las recomendaciones, contrastando los datos obtenidos en este estudio con diferentes autores, principalmente con lo encontrado en las Encuestas Nacionales de Adicciones en México en 2011. Se presenta un listado de conclusiones y por último se cierra con un apartado de recomendaciones, dando seguimiento al cuarto objetivo específico planteados en este estudio, en el cual se plantea proponer una alternativa para tratar de minimizar el consumo de tabaco en operarios de taxi y microbús desde una perspectiva de Promoción de la Salud.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN

1.1 Planteamiento del problema.

El consumo de tabaco ha tenido diversas interpretaciones sociales a través del tiempo, en la actualidad gracias a las investigaciones sobre su composición química, y seguimientos epidemiológicos sobre su uso y la comunicación e información sobre los riesgos a la salud derivados de su utilización, se ha contribuido a bajar las tasas de su consumo.

Los estudios científicos muestran que en la adolescencia es donde se inicia el consumo y gusto por esta droga, para cuando el joven consumidor llegue a una edad adulta, posteriormente le será difícil cesar el consumo de tabaco, pues la sustancia activa de esta droga legal, que es la nicotina posee una alta capacidad adictiva. Hay que hacer notar, que el consumidor de tabaco tendrá una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades atribuidas a su uso, como son: cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago, así como la enfermedad obstructiva pulmonar crónica y cardiopatía isquémica, también reduce la esperanza de vida. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS): El consumo de tabaco es un problema global de Salud Pública al que se le han atribuido el mayor número de muertes prevenibles en el mundo.

En México, se ha monitoreado por varias décadas el consumo de tabaco en la población mexicana, estos estudios se muestran a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), donde se estima que la prevalencia de consumo activo de tabaco en la población de acuerdo a la ENA, el rango de edad que va de 12 a 65 años es de un 21.7%, lo que corresponde a que 17.3 millones de mexicanos son fumadores activos (ENA, 2011).

En el ámbito nacional, hay una mayor frecuencia de consumo de tabaco en hombres que en mujeres, en el año 2002, el consumo por hombres representó 43.2%, mientras que para las mujeres fue del 15.1%. Para el año 2008, los resultados que se obtuvieron fueron que un 30.3% en hombres que fueron fumadores, mientras que en las mujeres fue del 12.1%. Los datos que se tienen de acuerdo a la ENA-2011 sobre fumadores activos, fue que los hombres representan 31.4% y las mujeres el 12.6% (ENA, 2002; ENA, 2008; ENA, 2011).

Siguiendo con los resultados de la ENA-2011, se dice que el 8.9% de la población en este grupo de edad que va de los 12 a 65 años, se reportó ser fumador diario (7.1 millones); así entonces de acuerdo al género: el 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres fuman diariamente y el 26.4% (21 millones de personas) reportaron ser ex fumadores. A nivel regional la prevalencia más alta de consumo de tabaco se observa en el Distrito Federal con 30.8% (ENA, 2011).

La ENA-2011 reportó que los fumadores activos entre 12 y 65 años, iniciaron el consumo diario de cigarros en promedio a los 20.4 años, el consumo fue de 6.5 cigarros diarios, el 50% de los fumadores diarios fumaron menos de 4 cigarros al día, y únicamente el 1.5% fumó más de 20 cigarros al día. El patrón de consumo de los mexicanos es principalmente ocasional. Ya que el 11.4% de los fumadores activos, aproximadamente 1.5 millones de mexicanos, tienen adicción a la nicotina y pertenecen en su mayoría al sexo masculino (ENA, 2011).

La situación es preocupante, cuando quien consume tabaco o lo respira no tiene claro que el cigarro contiene alrededor de 4000 sustancias químicas, que se generan por la combustión al momento de encenderlo, de hecho se han clasificado en carcinógenos a los metales químicos que se utilizan para preparar el tabaco. La nicotina es el químico natural responsable de los efectos por los cuales se consume adictivamente el tabaco. Además, en el consumo de tabaco se involucra el aspecto psicológico y físico de los fumadores, ésta sustancia actúa alterando el sistema nervioso central lo que provoca que el fumador sienta efectos placenteros en cuestión de segundos, después de iniciar el consumirlo.

Se presupone que existe un porcentaje de trabajadores consumidores de tabaco que se emplean como operarios de transporte público en la Ciudad de México. En nuestro país y particularmente en el Distrito Federal, existe poca información científica que dé cuentas del consumo de tabaco y de la dependencia a la nicotina en este gremio de

trabajadores. Por lo que el presente estudio pretende conocer la situación actual del consumo de tabaco: determinar la prevalencia de consumo, evaluar la dependencia a la nicotina mediante el Test de Fagerström e identificar riesgos que tienen los operarios del transporte público, que acuden a realizar su Evaluación Médica Integral (EMI).

Por último, actualmente el CENFES A.C., tiene registro de las enfermedades que más padece este gremio de trabajadores, los resultados del informe que fue en el 2014, un 8.49% de los operarios presentan tabaquismo, ante los datos que presenta la institución, surgen las siguientes preguntas: ¿Cuál es la prevalencia de consumo de tabaco en los trabajadores que manejan taxi o microbús en la Ciudad de México?, ¿Consumir tabaco presenta algún riesgo laboral?, además resulta ser de gran importancia conocer si este gremio de trabajadores presentan alguna dependencia física a la nicotina, lo cual podría averiguarse empleando un instrumento llamado Test de Fagerström, ya que este test puede determinar el nivel de dependencia física a la nicotina.

1.2 Justificación.

Esta investigación surge como una propuesta derivada de impartir pláticas de tabaquismo en el área de Coordinación de Salud en el CENFES A.C., en el módulo “El Coyol”, reconociendo la necesidad de saber cuál es la prevalencia de consumo de tabaco y la dependencia física a la nicotina, en al menos un grupo de trabajadores que pasan jornadas laborales de entre 8 y 12 horas al día, ya que constantemente se exponen a riesgos biológicos, físicos, químicos y psicosociales, derivados del tipo de actividad que llevan a cabo para ganarse la vida.

Por lo que se refiere, al riesgo en la mayoría de los casos éstos pueden ser prevenibles teniendo la información suficiente, que generé cambios en el autocuidado de la salud de los sujetos o bien buscar incidir en una política pública, que ayude a amortiguar este problema de Salud Pública.

El conducir un vehículo de transporte público y al mismo tiempo fumar durante la prestación del servicio público, puede representar un riesgo no solamente hacia el operario de taxi o microbús sino también para el usuario. Debido a la poca información sobre estudios de salud laboral realizados en operarios del transporte público de la Ciudad de México, surge la necesidad de conocer la magnitud del problema del consumo de tabaco, ya que este afecta de distintas maneras y en distintos grados de intensidad a la comunidad de esta ciudad.

Existen pocos estudios que se tienen sobre la salud laboral, de este gremio de trabajadores en la Ciudad de México. Dentro de la escasa bibliografía que hay sobre los riesgos de trabajo en este tipo de empleo, se tiene un estudio llevado a cabo entre los años 1985 y 1988. Con ex conductores de la empresa Ruta 100 de la Ciudad de México, que consistió en una investigación epidemiológica en donde “a partir del estudio de las condiciones de trabajo se consideró la tarea de conductor como una labor sujeta a una elevada carga mental, una carga física moderada o intensa y una exposición continua a ruidos, vibraciones, calor y tóxicos ambientales” (Tovalín, H., y Lazcano F. p. 324).

La Secretaría de Salud a nivel Federal en 2001, indica que el tabaco es uno de los principales causantes de daños a la salud, para los consumidores y para los que están expuestos al Humo de Tabaco Ambiental (HTA). Los cambios sociales han obligado a la implementación de políticas públicas para disminuir este problema, ya que en México sigue siendo un problema prioritario en Salud Pública, pues se tienen reportes de entre 114 a 122 descensos diarios asociados al tabaquismo siendo aproximadamente al año un total de 44,000.

Ahora bien, el presente estudio de tipo exploratorio, busca ser un diagnóstico sobre el consumo de tabaco en operarios del transporte público de taxi y microbús de la Ciudad de México, que acudieron a realizar trámites al CENFES A.C., al módulo “El Coyol”, en el mes de julio de 2014.

El estudio no solo indagó si es o no consumidor de tabaco, también se buscó evaluar los patrones de dependencia física a la nicotina de esta muestra poblacional, a través de la herramienta del Test Fagerström. Desde la mirada de la Promoción de la Salud resulta interesante también conocer el riesgo, ya que este dato proporciona información sobre el nivel de riesgo que posee el sujeto, en lo que refiere al consumo de tabaco. Por último se plantean recomendaciones con el propósito de amortiguar este problema, y contribuir a mejorar la calidad de vida de los trabajadores; proponer alternativas de trabajo desde la mirada de la Promoción de Salud, y que éstas sean específicas y dirigidas a este gremio de trabajadores.

1.3 Marco teórico.

1.3.1 Historia del consumo de tabaco.

Con respecto a la historia del consumo de tabaco en primer lugar, “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” (Monteverde, H. 2009, p.2). Cabe señalar que el mismo autor dice; “El tabaco era consumido por los indígenas de América antes de la conquista Española”.

Habría que decir, que los mayas fumaban tabaco para fines religiosos, políticos, culturales y medicinales. Por otra parte los aztecas lo utilizaban como agente medicinal o embriagante y lo conocían como Yelt. Así mismo “el consumo de tabaco entre la cultura maya se extendió desde el año 2000 a.C. hasta el 987 d.C” (Pascual, F., y Vicens, S. 2004, p.14). Además se dedicaban al comercio del tabaco y otros productos como el cacao y henequén. Los lugares donde comercializaban sus productos eran el Golfo de México y Caribe, ya que también eran marinos por excelencia. Además gracias a los Olmecas fue que el tabaco se extendió hacia América del Norte (Pascual, F., y Vicens, S. 2004).

Dicho lo anterior, cabe mencionar que antes de la conquista española, los mayas pensaban que los malos espíritus eran causantes de enfermedades que habitaban dentro de sus cuerpos y el remedio utilizado para curarse era fumar un tabaco, a través de la inhalación y su exhalación del humo, salía expulsado el espíritu malo. Esta era la única forma de arrojarlo del cuerpo (Pascual, F. y Vicens, S. 2004).

El tabaco fue descubierto en el año 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la tierra de indios arahuacos, en las Antillas. Cuando vieron los españoles estas prácticas de consumo de tabaco. Según Monteverde “En Europa se dio a conocer por la descripción del libro de Fray Bartolomé de las Casas, a través del fraile Romano Pane, quién le rendía informes al rey Carlos V, en donde le describiría las virtudes medicinales de la hoja de tabaco, ya que Américo Vesputio señalaba también que era masticado por los indígenas en una isla de Venezuela” (Monteverde, H. 2009 p. 2).

Por otra parte, los autores Álvarez, Benito, Castillo, López, y Viadero, en 2007 explican que; en el siglo XVI, el tabaco se había expandido por toda Europa, en particular fueron los marinos portugueses y españoles quienes llevaron el tabaco en sus viajes a través de los siete mares; primero en África del norte y después al lejano oriente, a las Filipinas, India, y finalmente a China y Japón (Álvarez, y cols, 2007).

El tabaco tuvo una gran aceptación por la aristocracia Europea. Así mismo, quién describió sus propiedades curativas fue Jean Nicot, quién se lo recomendó a la Reina de Francia Catalina de Médicis, para aliviar los dolores de cabeza que sufría. Además, le indicó que debería ser inhalado nasalmente, poco después se hizo al hábito de tabaco. Simultáneamente se extendió rápidamente entre los nobles (Monteverde, H. 2009).

Por sus propiedades curativas el tabaco tuvo una gran difusión en el mundo. Este hecho propicio que la misma sociedad empezará a realizar sus propias plantaciones de tabaco y luego llevarla a su comercialización, dándole una popularidad entre las diferentes clases. Habría que decir también, que se restringió su consumo debido a que se pensaba, que quién exhalaba humo de tabaco era únicamente el diablo, éstas prácticas las prohibieron los Papas Vibano (Urbano) VII, Vibano VIII, Inocencio X e Inocencio XII: Las penas iban desde el arresto hasta la horca, la decapitación pasando por diversos tipos de mutilación, que eran ejercidos en países como Dinamarca, Rusia, China y Turquía. Ya que en el año 1619 Jacobo I que fue rey de Inglaterra, declaró nocivo el consumo de tabaco (Monteverde, 2009, p. 3).

España fue el primer país en fundar la primera tabacalera llamada Estancos, ésta se estableció como tienda estatal. Además “en 1687, durante el reinado de Carlos II, se fundó la primera fábrica en Sevilla, que en 1702 tuvo una producción de 1, 100,000 libras españolas en rapé” explican Álvarez, Benito, López y Viadero, en 2007. Posteriormente se amplió la producción de rapé (tabaco inhalado por la nariz), más aún se produjo una nueva variante como el tabaco picado, teniendo éste una gran popularidad entre la sociedad, además con la invención de la máquina enrolladora de cigarrillos se facilitó una mayor producción de tabaco.

Durante las guerras históricas del mundo, el cigarro se volvió quizás un hábito entre los soldados, su consumo era elevado. Los autores Álvarez y cols en 2007, mencionan que: un 80% de la población fumó en algún momento de su vida, no obstante que los pocos soldados que no fumaban les tocaba su dotación y ésta la intercambiaban a través del trueque o mediante su venta. Estos autores explican que históricamente a la mujer se le permite fumar a la par con los hombres, porque durante las guerras, las mujeres tenían ingresos económicos independientes que crearon cambios sociales, aceptando la liberación femenina. Puesto que “una mujer que fumaba afirmaba su independencia, igualdad, emancipación y patriotismo” (Monteverde, 2009, p. 4).

El primer cigarro que apareció con filtro fue en 1949, ya que hubo una respuesta y una presión por un grupo de fumadores, preocupados por los daños que pudieran generar en su salud, aunque esto nunca fue reconocido por la industria tabacalera. Por último, en 1954 se publicó un estudio epidemiológico que fue “realizado en más de 4,000 médicos británicos por Richard Doll y Austin Hill, en Inglaterra, demostrando la irrefutable asociación estadística entre el consumo de tabaco y cáncer de pulmón” (Monteverde, H. 2009, p 4).

1.3.2 La planta del tabaco y su composición química.

El nombre científico de la planta del tabaco es: *Nicotina tabacum*, tiene cuatro variantes éstas son: **brasiliensis**, **havanesis**, **virginica** y **purpúrea**. El procedimiento para obtener un cigarro consiste en recolectar la hoja de tabaco, mezclándola con sustancias aromáticas, de igual manera la exponen al aire o al calor artificial, para cuando se obtiene la hoja de tabaco se le añaden saborizantes: eugenol y mentol (Córdoba, R., y Encarnada S. 2009). Una vez que se tiene la mezcla para elaborar el tabaco, éste se envasa en forma cilíndrica, añadiéndole un filtro de celulosa de mayor o menor porosidad, porque la combustión de un cigarro de tabaco genera alrededor de 4000 sustancias químicas. Dichas sustancias se desprenden en forma de partículas sólidas y gaseosas, el tipo de filtro Cambridge impide el paso de las sólidas, debido a que el filtro tiene agujas de vidrio que son demasiado delgadas, y solo dejan pasar las partículas gaseosa (Ruiz, M., Rodríguez, I., Rubio, C., Revert, C., y Hardisson, A. 2004).

Cabe mencionar que el cigarro tiene características y variantes cuantitativas que se determinarán por el tipo de filtro, factores de producción, uso de fertilizantes y los métodos analíticos. Considerando que la Internacional Agency for Research of Cancer (IARC) clasificó como el primer grupo químico llamado carcinógenos humanos al: Berilio (Be), Benceno, Cadmio (Cd), Arsénico (As) y Cromo (Cr), son sustancias tóxicas que están presentes en el humo de tabaco en la llamada corriente principal, es la que se forma mediante una maniobra de aspiración que el fumador dirige hacia su propio aparato respiratorio, pasando de la cavidad oral directamente a los pulmones (Ruiz, M y cols. 2004).

Los mecanismos de absorción de los químicos del humo de tabaco van a depender en particular de su solubilidad, es decir, los elementos más solubles se absorberán en las vías áreas superiores, en cambio cuando es baja pasa hacia el nivel alveolar y ésta tiene una absorción a nivel cerebral y hacia los tejidos periféricos. El tipo de tabaco sea puro o cigarro tiene diferentes mecanismos de absorción y esto dependerá de la alcalinidad

del tabaco, si bien el cigarro en la cavidad bucal es mínima la absorción que se tiene, porque el fumador debe dar una inhalación profunda y así transporta sustancias tóxicas hasta los pulmones, a diferencia del puro que sólo es introducido a la cavidad bucal (Ruiz, M y cols. 2004).

La nicotina es absorbida y luego llevada a los pulmones a través de la circulación pulmonar. Posteriormente pasa a la circulación arterial, llegando en pocos segundos al cerebro y finalmente el resto se distribuye mediante la vía sanguínea llegando a los tejidos principalmente al hígado y al pulmón. El 90% de la nicotina que se encuentra en la circulación sistémica, está libre en el plasma, esto facilita su transportación hacia la célula, uniéndolas a receptores específicos y cierta parte de la nicotina es metabolizada en el hígado mediante el Citocromo P-450, que la transforma en metabolitos no adictivos como lo es cotinina y la nicotina-1-N-oxida, que es excretada a través metabolitos, la nicotina que no es metabolizada y el pH ácido del individuo pueden facilitar su eliminación de ésta a través de la orina, por último hay otras vías de eliminación como puede ser el sudor y la saliva (Ruiz, M y cols. 2004).

Una forma natural de producir monóxido de carbono es a través del catabolismo de la hemoglobina (CO), de igual modo el cigarro cuando es encendido, además de generar sustancias tóxicas, el monóxido de carbono (CO) que emana del cigarro tiene una afinidad hacia la hemoglobina mayor que a la del oxígeno, es decir 270 veces superior, con el fin desplazar al oxígeno, formando el Carboxihemoglobina que bloquea el transporte del oxígeno que va hacia los tejidos e impide la función de la respiración, por lo que “el transporte plasmático de CO parece ser el principal factor de fijación, especialmente en el sistema citocromo-oxidasa mitocondrial, responsable de la sintomatología debido a la alteración de la respiración celular” (Ruiz y cols, 2004, p.65).

El mecanismo de defensa que utiliza el aparato respiratorio es mediante la mucosa bronquial, haciendo que las células ciliares tengan movimiento, con el fin de que cuando entren partículas extrañas sean retenidas. En cambio cuando entran gases irritantes como los son: Formaldehído, Dióxido de Nitrógeno (NO₂), Acroleína, Ácido cianhídrico y Acetaldehído, detienen los mecanismo de defensa, puesto que se depositan estos gases irritantes en los alveolos pulmonares (Ruiz, M y cols. 2004).

Entre las sustancias que han sido aisladas del humo de tabaco se encuentran: los Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos (HAP) y las nitrosaminas, cuando son absorbidos un 90% son retenidos en el tracto respiratorio principalmente de los HAP, en su gran mayoría estas sustancias se activan metabólicamente formando carcinógenos, por lo

que son considerados como tales. La N-nitrosamina es un compuesto químico clasificado como un procarcinógeno que se forman cuando se elabora el tabaco, éste se metaboliza a través del P-450 microsomal, como resultado se produce alquildiazonio un producto final de un carcinógeno (Ruiz, M y cols. 2004).

Otro de los problemas encontrados son la gran cantidad de radicales libres y oxidantes, en el humo de tabaco que se generan por la combustión. En el caso del monóxido de nitrógeno (NO), cuando se encuentra dentro de alvéolos pulmonares, se activan los macrófagos formando más radicales libres de oxígeno contribuyendo a la inflamación. Por lo que, la presencia de más radicales libres en las vías áreas provocaría una broncoconstricción e hiperreactividad en las vías aéreas de los pulmones. Entre las sustancias más peligrosas por la combustión del tabaco están el Anión Superóxido, Peróxido de hidrogeno (H_2O_2) y el Hidroxilo (Ruiz, M. y cols 2004).

1.3.3 La sustancia adictiva presente en el tabaco: la nicotina.

De acuerdo con la Secretaria de Salud [SSA], 2001, la nicotina es un químico natural derivado de la hoja de tabaco, pertenece al grupo de los alcaloides, es oleoso e incoloro y su estructura química es $C_{10}H_{14}N_2$. Además, por el estímulo placentero que produce hay una activación de la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del Sistema Nervioso Central.

La nicotina como droga tiene dos efectos, actúa como un estimulante y sedante, además es responsable de crear la adicción al consumo de tabaco. “Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía administrada, produce una alteración de algún modo, del funcionamiento natural del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (Hourmiloungué, M. 1997, p.1).

Para obtener los efectos de la nicotina que se administra un individuo e impedir un malestar y obtener un placer a esto se le denomina, “dependencia psíquica” a una sustancia o droga, haciendo que el organismo se habitúe a su utilización, precisando cantidades crecientes para lograr el objetivo deseado, lo que conocemos por “tolerancia” (Jiménez, L., Bascarán, M., García, M., Sáiz, P. Bousño M., y Bobes, J. 2004).

Hay que señalar que cuando no se tiene la dosis de nicotina requerida pasa a un estado de abstinencia, que se define de acuerdo con Jiménez, L y cols en 2004, como: “el estado de adaptación del organismo que se manifiesta por la aparición de trastornos

físicos cuando se interrumpe la administración de la droga”. Un individuo que se abstiene de fumar genera un estímulo de depresión y fatiga, esto lleva al adicto a administrarse más dosis de nicotina, para obtener el efecto deseado como lo es el placer y al mismo tiempo mejorar su rendimiento. Así evita la abstinencia, que se caracteriza por la ira, la ansiedad, la necesidad del consumo, la dificultad para concentrarse, el hambre, la impaciencia y la intranquilidad. De manera que la nicotina es la principal sustancia adictiva responsable de que un individuo empiece el hábito de consumo de tabaco.

1.3.4 Mecanismo de acción de la nicotina.

El mecanismo de acción de la nicotina parte primero de la inhalación profunda del humo del cigarro para ser absorbida, “fundamentalmente a través de los pulmones (de un 79 a un 90%) y en menor medida a través de la mucosa bucal plexos sublinguales (4 a 40%)” (Jiménez L y cols. 2004, p.145). Para obtener los porcentajes de absorción de la nicotina depende de la temperatura, pH cutáneo, la humedad y la higiene, la nicotina tiene su vida media de dos horas, oscilando entre 1 a 4 horas de acuerdo a la variabilidad individual, considerando que la mayor parte se metaboliza en el hígado transformándose en uno de sus metabolitos inactivos que es la cotinina. Por lo que solamente el 7% de la nicotina sin transformarse se excreta por la vía renal junto con la cotinina” (Jiménez, L y cols 2004, p. 146).

La vía dopaminérgica contribuye a que de inmediato un fumador sienta sus efectos placenteros en pocos segundos. Una característica es que empieza a sentirse alerta y con una relajación muscular, esto se debe a la activación en el sistema de recompensas del núcleo de accumbens, al mismo tiempo se están produciendo concentraciones de glucosa sérica, liberación de catecolaminas y adrenalina (Jiménez, L y cols, 2004).

Estos mismo autores Jiménez, L y cols, en 2004 mencionan: que las altas dosis de nicotina que se consumen llegan a paralizar el sistema nervioso central, es decir que impide que los impulsos nerviosos entre el espacio intracelular, ya que en dosis mayores puede causar convulsiones e incluso la muerte. Hay que mencionar, una vez que es absorbida la nicotina inician los efectos; se activa las glándulas adrenales, puesto que hay una descarga de adrenalina produciendo una estimulación corporal y la descarga súbita de glucosa provoca un aumento de la Tensión Arterial, Frecuencia Respiratoria y Ritmo Cardíaco. Por último, otro de los efectos es la liberación de dopamina en las diferentes regiones del cerebro causando placer y bienestar, la nornicotina actúa sobre los receptores colinérgicos y nicotínicos.

1.3.5 Formas del consumo de tabaco.

Los aspectos socio-culturales llevaron a consumir tabaco en diversas formas como es: la goma de mascar (masticar tabaco), piel lesionada (percutánea), esnifar (inhalación por la nariz), beber o sorber tabaco y fumar tabaco. Quienes incurrían a éstas prácticas usuales eran individuos que trabajaban en la industria minera, puesto que en las minas se acumulan diversos gases, se les tenía prohibido fumar tabaco. Ante estas restricciones, los trabajadores masticaban tabaco en su forma de chicle colocándose en la parte interna de la mejilla de la cavidad bucal o en labio inferior, para tener una absorción rápida estomacal e intestinal, utilizaban ceniza o cal como alcalinizante para acelerar los efectos de la droga (Jiménez, L y cols 2004).

Para la tribu de Guayanas y del alto amazonas, la práctica usual de administrarse nicotina era través de sorber o beber tabaco. Los Guayanas cocinaban la hoja de tabaco mezclándolo con ceniza o sal, absorbiéndolo por la boca o nariz. La tribu de altos amazonas hervía la hoja de tabaco, para obtener un jarabe o pasta que combinaban con rapé o cigarrillo (Jiménez, L y cols 2004). Continuando con estos autores, ellos indican que la administración percutánea es de alto riesgo, porque es a través de una lesión realizada en la piel, sí por esta vía la nicotina alcanza una alta concentración sanguínea, puede causarse un envenenamiento, si la lesión es más profunda hay una mayor intensidad en la velocidad de absorción, que depende del tiempo del contacto de la hoja húmeda (Jiménez y cols, 2004).

Respecto a los individuos que inhalaban el polvo de tabaco, principalmente eran las tribus del Amazona y parte de Sudamérica, también se hizo popular en Francia a finales del siglo XVIII. Esta práctica se caracteriza por una buena absorción de la nicotina y por los niveles sanguíneos elevados que se obtienen por su inhalación directa, no obstante la mala inhalación puede dejar inconsciente a la persona por varias horas, considerando que no está acostumbrado a este tipo de tabaco. Por último quienes frecuentemente utilizaban el rapé (consumido por vía nasal) eran los trabajadores de la industria, (Jiménez y cols, 2004).

El cigarro es una manera más popular de administrarse nicotina. Esto consiste en dar inhalaciones profundas al humo de tabaco, en donde pasa directamente a los bronquios y los alvéolos pulmonares, para alcanzar niveles plasmáticos que pueden atravesar las barreras hematoencefálicas de la vía dopaminérgica del sistema nervioso central.

Dando resultados a estimulaciones rápidas y placenteras, debido a que contiene aditivos para la fácil transportación de la nicotina.

En la actualidad, el cigarro comercial tiene una mayor eficacia de óptimas concentraciones de nicotina, sólo un 10% de esta nicotina pasa al humo de cigarro que equivale de 1 a 2 miligramos, suficientes para obtener una estimulación placentera e inmediata. Por otra Jiménez, y colaboradores señalan que “la nicotina se encuentra en un porcentaje del 1 a 2 % en los cigarrillos, de manera que un cigarrillo normal de un gramo contiene 10 a 20 miligramos. (Jiménez y cols, 2004).

1.3.6 Efectos en la salud física por el consumo directo o indirecto de tabaco.

Durante décadas se han realizado estudios epidemiológicos que tienen relación con enfermedades atribuidas al tabaquismo. Pero no solamente se han hecho estudios en consumidores de tabaco, si no en personas que nunca han fumado, si bien han respirado el humo tabaco de ambiental (HTA) en diferentes espacios. Las enfermedades relacionadas con el tabaco no eran tan frecuentes antes del siglo XX, sin embargo, el aire contaminado del medio ambiente se relacionaba con cáncer de pulmón y finalmente el consumo de alimentos se relacionaba con enfermedades coronarias (Samet, J. 2002).

En el siglo pasado como antecedente histórico, se realizaron estudios relacionados con enfermedades atribuidas al tabaquismo, investigadores como Doll y Hill fueron pioneros de casos relacionados al cáncer de pulmón, que dieron a conocer mediante una valoración: que el hábito de fumar de igual manera la contaminación del aire, trae consecuencia de ésta enfermedad. Por lo que no tenían una cuantificación de casos por cáncer de pulmón y la enfermedad coronaria (Samet, J. 2002).

Samet, en 2002. Nos dice “El hábito de tabaco no se consideró de manera extendida como causa de enfermedad obstructiva del pulmón hasta los años cincuenta, sin embargo incluso en la década de 1940 hubo evidencias sustanciales que indicaban que fumar provocaba enfermedades y muertes prematuras”. Al tabaquismo se le atribuye o se le relaciona con; enfermedades coronarias, enfermedades respiratorias, cáncer de pulmón, cáncer laringe, cáncer esofágico, cáncer pancreático, cáncer oral, cáncer de riñón, cáncer de vejiga urinaria y úlceras pépticas (Samet, J. 2002).

Las principales causas de mortalidad atribuibles al consumo de tabaco en México en un periodo del año 2000 al 2010, fueron por infarto miocardio agudo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad obstructiva crónica pulmonar y cáncer de pulmón, con un ascenso de 39, 971 casos a 59, 774 (Guerrero, C y cols. 2012). Hay que hacer notar que se ha comprobado que “la evidencia epidemiológica ha mostrado también la relaciones dosis-respuestas consistentes entre el riesgos de cáncer de pulmón y el número de cigarrillos fumados al día y la duración del tabaquismo” (Samet, J 2002, p.155).

Dicho lo anterior, es muy importante mencionar que las enfermedades cardiovasculares se deben a trastornos del corazón y a los vasos sanguíneos. Cuando hay un problema en las arterias coronarias se caracteriza por un infarto miocardio, angina de pecho debido a la falta de oxígeno en el músculo cardíaco, llevando al individuo a una muerte repentina.

La aterosclerosis afecta igualmente a las arterias del cuerpo, comprometiendo el flujo sanguíneo, sus síntomas se presentan cuando éste entrega oxígeno en una cantidad insuficiente para la demanda del músculo o cuando ocurre una obstrucción completa, que origina un daño en tejidos. Hay una mayor probabilidad de sufrir un riesgo cardiovascular que va a depender del número de cigarrillos fumados por día y su hábito de consumo (Samet, J. 2002).

Según la literatura, La enfermedad relacionada con casos de mortalidad, particularmente vinculado a un infarto agudo miocardio (IAM), durante un periodo anual medio fue de 19,932 muertes. Además ésta enfermedad de igual manera es causante de muertes en hombres y mujeres, que en términos absolutos se han duplicado de 15,617 casos que había en el año 2000 a 27,306 casos en 2010. Posteriormente la enfermedad obstructiva crónica pulmonar (EPOC), en particular en hombres fue la segunda causa de mortalidad en promedio de 6,395 muertes, mientras que en mujeres era la tercera causa de un promedio de 4,956 muertes (Guerrero, C y cols. 2012).

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) en hombres ocupó el tercer lugar durante el año 2000 al 2010 con un promedio de 5,754 muertes, por el contrario en mujeres ocupó el segundo lugar en mortalidad de un promedio de 6,483 muertes. Para finalizar, el cáncer de pulmón (CP) fue en un promedio de casos de mortalidad en hombres de 2,826 muertes, de igual manera en mujeres fue de 1,381 descensos (Guerrero, C y cols. 2012).

Las enfermedad respiratoria relacionada con el tabaquismo, se caracterizan porque hay una disminución de la frecuencia respiratoria, debido a los tóxicos del humo de tabaco; esto se conoce como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la cual es la pérdida de la función pulmonar característico de los fumadores. La EPOC es “el vaciado lento del pulmón reflejando un estrechamiento implícito de las vías respiratorias del mismo modo y una pérdida de elasticidad, lo cual se expresa en el desarrollo del enfisema” (Samet, J. 2002, p.152).

De acuerdo con la American Cancer Society, en 2014, diagnosticar la EPOC es difícil a una temprana edad y cuando se detecta, ya hay un avance progresivo de la enfermedad, que se caracteriza por la falta de aliento e incluso cuando no hay actividad física, tos con mucosidad, además limita a las personas a la actividad física provocando graves daños a las salud. Una persona que respira con jadeos e incluso siente con ahogamiento puede que tenga principios de la EPOC, es por eso que un porcentaje del 80 y 90% de los casos de la EPOC se relacionan con el consumo de tabaco” (American Cancer Society, 2014. p. 8).

La bronquitis crónica se caracteriza por la excesiva producción de mucosidad, se le atribuye a las vías respiratorias, en consecuencia un fumador activo tose para expulsarlas, “Las vías respiratorias se inflaman (dilatan) y la tos se hace más crónica (larga duración), síntomas que en ocasiones parecen mejorar, pero la tos suele regresar” (American Cancer Society, 2014. p. 8).

El enfisema pulmonar se caracteriza por la disminución de la capacidad para respirar principalmente en fumadores. Cuando el oxígeno llega al flujo sanguíneo debe atravesar un área extensa en los pulmones. En un enfisema, las paredes de los sacos son eliminados y sustituidos por más grandes, cuando se tiene un menor número de sacos se tiende a tener una menor cantidad de oxígeno en el flujo sanguíneo a esto se le denomina enfisema (American Cancer Society, 2004).

Por otro lado, el tabaquismo trae consecuencias que causa cáncer de laringe, principalmente se desarrolla en las cuerdas bucales que permite generar el habla, éste padecimiento es característico por la tos, de modo que al toser hay una expulsión de sangre y hay ronquera, es por eso que “las evidencias posteriores han fortalecido esta conclusión y constatando que el riesgo del cáncer laríngeo aumenta con la duración del tabaquismo y disminuye cuando se logra librarse de él” (Samet, J 2002, p.155).

Por otra parte, la patología bucal asociada al tabaco es porque hay un daño al tejido gingival, que ocasiona un aumento de la susceptibilidad para una enfermedad periodontal. Esta se caracteriza por el retraso de la cicatrización, la pigmentación de la mucosa, por lo que puede darse una aparición de procesos premalignos y malignos en la cavidad bucal. Teniendo en cuenta que la nicotina afecta la circulación periférica, por lo cual hay una vasoconstricción que: “disminuye el aporte de elementos de reparación por parte de la sangre al tejido gingival, por consiguiente, se debilita la capacidad de cicatrización de este tejido” (Nachón, M. y cols, 2010. p. 32). Dicho lo anterior, puede estar suprimido el sistema inmune, considerando que hay una reducción de la quimiotaxis y fagocitosis por parte de los leucocitos. De acuerdo a Nachón, M. y cols, una concentración menor a 0.075% causa muerte celular, una de 0.075% causa una vacuolización de los fibroblastos y una del 0.05% inhibe la producción de fibronectina y colágeno tipo II, ocasionando una ruptura de la matriz extracelular gingival; por consiguiente, aumenta la gravedad de la enfermedad periodontal.

El cáncer de esófago se caracteriza por tumores malignos. En forma que prevalecen los carcinomas escamosos que se originan en el esófago, que conectan a la cavidad oral con el estómago provocando su obstrucción y dolor cuando se esparce en los tejidos cercanos. Por otro lado, el páncreas es un órgano secretor de enzimas digestivas, que está en la parte posterior de la cavidad abdominal. El tipo de cáncer que ocurre en éste órgano es de tipo adenocarcinoma (cáncer de las celulares glandulares), cuando el cuadro de la enfermedad es avanzado y no hay probabilidad de supervivencia. (Samet, J. 2002).

La enfermedad en el riñón a causa del cáncer, se origina en el mismo órgano propio y en la pelvis renal, a través del acúmulo de orina que se forma en los túbulos del riñón, en cuanto al cuadro clínico de acuerdo al tipo de cáncer, se va extendiendo en forma de tumores, a causa de que en la pelvis renal provoca la obstrucción de la orina y hay sangrado (Samet, J. 2002).

En el cáncer de vejiga urinaria, hay sangrado, el cual es uno de los principales síntomas, de modo que cubre la superficie de las células, además el sitio de almacenamiento de la orina contiene carcinógenos absorbidos, metabolizados, por último excretados por los riñones, en cambio en las úlceras pépticas se caracterizan por dolor abdominal y porque hay sangrado, además es muy poco común la causas de mortalidad (Samet, J 2002).

1.3.7 Humo de Tabaco Ambiental (HTA).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS): el humo de tabaco está compuesto por dos corrientes, la primera es llamada corriente principal que es inhalado por el fumador activo, la segunda corriente se le denomina lateral; porque proviene de la combustión del extremo ardiente del tabaco. Los lugares de mayor exposición al humo de tabaco ajeno, son por lo general lugares cerrados y donde a las personas se les permite fumar. Quienes están expuestos al humo son niños, jóvenes y adultos principalmente en el hogar, vehículos, centros de trabajos y espacios públicos.

Uno de los problemas que causan los tóxicos del humo de tabaco ajeno nos dice la Organización Panamericana de la Salud (OPS) son:

- Acetaldehído.-Irritación en los ojos, piel y vías respiratorias.
- Alquitrán.- Daño pulmonar y cáncer.
- Amoniaco.- Asma y daños oculares.
- Benceno.- Leucemia, Cáncer, alteraciones cromosómicas.
- Cianuro de hidrógeno.- Náuseas y vómitos, pérdida de peso, respiración rápida, mareos y debilidad, confusión, dolores de cabeza etc.
- Monóxido de carbono.- Aumento de la frecuencias respiratoria y tensión arterial, diarrea, daño a vasos sanguíneos y a la estructura del corazón.

Las investigaciones realizadas argumentan que no existe un indicador que determine si el nivel de exposición al humo de tabaco ajeno genere un riesgo. La exposición al humo de tabaco ajeno coinciden los especialistas, en el tema de las directrices de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco (COP), el Centro Internacional de Investigadores sobre el Cáncer y el Comité Científico sobre Tabaco o Salud del Reino Unido, que el humo de tabaco ajeno contribuye a una amplia gama de enfermedades entre ellas la cardiopatías y varios tipos de cáncer (Organización Panamericana de la Salud [OPS], SF. p 26).

1.3.8 Tabaquismo.

Fernando Pinto (SF), define el tabaquismo como el envenenamiento agudo o crónico por el hábito de fumar cigarrillo, pipa, o por masticar u oler tabaco (Rapé). Incide de diversas consecuencias y estas son siempre negativas. Podemos distinguir un contacto directo con el tabaco y un contacto indirecto, tratándose de personas que sin consumirlo, están expuestos a las emanaciones de los que fuman.

En México, La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de adicciones define al tabaquismo como la dependencia o la adicción al tabaco.

El tabaquismo se ha convertido en un problema de Salud Pública y epidemiológico en todo el mundo como lo ha determinado la Organización Mundial de la Salud (OMS), además menciona que es una de las enfermedades no transmisibles que mayor número de muertes causa y la más prevenible en morbi-mortalidad, como dato comparativo el número de muertes, por consumo de tabaco es todavía mayor que por enfermedades transmisibles como el SIDA. (Monteverde, H.2009).

El tabaquismo “es el freno de desarrollo, reduciendo la salud y la productividad laboral pues los efectos nocivos se presentan durante la etapa más productiva de la vida del individuo. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud: En la actualidad el tabaquismo provoca 5 millones de muertes por año, está previsto que se duplique entre 2010 y 2020 de 5 a 10 millones de personas” (Monteverde, H.2009).

1.3.9 Formas de medir la dependencia a la nicotina.

La dependencia física a la nicotina puede medirse a través de un instrumento llamado Test de Fagerström, comúnmente utilizado en individuos que desea dejar de fumar o reducir el número de cigarrillos por día. Además tiene que someterse a un proceso de conducta cognitiva, en donde se evalúa el hábito de fumar. Este instrumento o cuestionario se utiliza, para valorar la dependencia física a la nicotina. Dicho instrumento ha sido adaptado y validado en México de acuerdo al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Adicciones, además este cuestionario que se utilizó en el presente estudio es una versión validada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Los autores Becoña E. y Lorenzo M. en 2004, dicen: “Hoy disponemos de buenos instrumentos y técnicas de evaluación para los fumadores, destacando una amplia serie de escalas, para evaluar distintos constructos, que son sencillas y fáciles de utilizar,

fiables y altamente discriminativas”. Los instrumentos permiten dar un seguimiento de la evaluación del consumo de tabaco que motive a dejar de fumar con sus respectivos pros y contras, es importante tener una recopilación de información que permita facilitar la toma de decisiones para un cambio de hábito de consumo de tabaco.

Un instrumento de este tipo tiene como objetivo las siguientes intervenciones:

- Identificar las conductas que integran el problema adictivo y las variables que controlan su adicción.
- Establecer los objetivos que se quieran lograr mediante la intervención.
- Suministrar información relevante para la selección de las técnicas de tratamiento, para las más apropiadas en cada caso.
- Valorar de manera precisa los resultados de la intervención.

Hay que tener en cuenta, para evaluar la conducta del fumador es necesario realizar una entrevista, en ésta se deben tomar, las siguientes variables; la de tipo demográfico, el intento de abandono del consumo de tabaco, disminuir el número de los cigarrillos, tiempo que ha permanecido en abstinencia, razones por las que ha intentado dejar de fumar anteriormente, porque quiere dejar de fumar actualmente (Becoña E. y Lorenzo, M. 2004).

La entrevista tiene un objetivo, que es conocer la conducta del fumador. Para ello es necesario “obtener aquella información relevante que nos va permitir conocer el problema de la persona, las causas del mismo y poder planificar un adecuado plan de tratamiento” (Becoña E. y Lorenzo, M. 2004, p.204). Para este tipo de entrevista es necesario saber los antecedentes de la conducta, un análisis minucioso de ésta, la relación que existe entre las variables como lo es organismo y que consecuencias producen esas conductas. Además la información deberá ser objetiva, clara y evaluable para tener un tratamiento adecuado (Becoña E. y Lorenzo, M, 2004).

La entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1991) permite abordar la falta de motivación en aquellos sujetos en las fases de precontemplación y contemplación”, la motivación permite un buen tratamiento en el individuo, para no abandonar la sesión de terapia, sus ventajas son las siguientes: (Becoña E. y Lorenzo, M. 2004 .p. 205).

De acuerdo con los mismos autores:

- El dar información y aconsejar.- la información debe ser clara y objetiva para que el individuo deje de fumar, se debe identificar el problema básico y los riesgos que se tienen por el hábito de consumo.
- Quitar obstáculos, permitir ser flexible para acudir a los tratamientos, las intervenciones deberán ser breves en un tiempo corto, que al individuo se le facilite y pueda acudir a la aplicación del tratamiento que lo alejara del consumo de tabaco.

Hay que mencionar además, que el individuo debe tener opciones para elegir libremente, con respecto al tratamiento terapéutico para que aumente su motivación personal. Así mismo se produce en el individuo un reforzamiento en su tratamiento y más aún le dé seguimiento, donde se proponga metas de igual manera objetivos y a su vez facilitando opciones distintas para acudir al tratamiento terapéutico, además de ponerlas en práctica. Debe considerarse que cuando hay un tratamiento terapéutico, existen factores que pueden hacer deseable repetir la conducta de fumar, debe darle un sentido positivo, en donde identifique las consecuencias que lo obligan a fumar, con el objetivo de disminuirlas y de igual manera eliminarlas. En conclusión se debe promover la empatía, la reflexión y la capacidad de comprender (Becoña E. y Lorenzo, M. 2004).

1.3.9.1 Test de Fagerström.

El Psicólogo Karl Olov Fagerström especialista en la lucha contra el tabaquismo de origen sueco. Es creador de una herramienta universal conocida como el “Test de Fagerström”, es instrumento que cuantifica el grado de dependencia física a la nicotina, que al final mediante esta prueba puede determinarse si una persona es un fumador habitual u ocasional, este test contiene seis preguntas, cada una tiene un puntaje que al final se suma y se puede determinar si es dependiente o no a la nicotina (Mora, 2003).

Este instrumento es muy empleado por especialistas para medir la adicción a la nicotina, considerando que tiene la ventaja de dar un pronóstico y la indicación terapéutica para el tratamiento (Mora, 2003).

Los objetivos que buscó Fagerström fue definir a los dos tipos de fumador que existen según él: “el drogodependiente y el que comienza a fumar y puede dejarlo en cualquier momento” Por otro lado para medir la conducta del fumador se tiene que tomar en cuenta lo siguiente: variables demográficas, variables relacionadas con el consumo, el

número de veces que han intentado dejar de fumar, cuáles son los motivos por los cuales ha dejado de fumar, si ha buscado ayuda profesional. (Becoña, E. y Vázquez F. 1997).

La Escala de Dependencia Física a la Nicotina de Fagerström de acuerdo con Becoña y Vázquez en 1997, dicen que Fagerström ha elaborado por varias décadas; la escala para evaluar un nivel de adicción a la nicotina. Puesto que se pretende discriminar a los fumadores fuertes y blandos, menciona que la nicotina es la premisa principal y explica que “es el reforzamiento primario de la conducta de fumar, es decir que fumar implica eventos farmacológicos y psicosociales” (Becoña, E. y Vázquez F. 1997. p. 6).

Por un lado, el cuestionario ha tenido modificaciones, en una primera versión se componía de 8 ítems, una versión diferente que es utilizada actualmente contiene seis ítems y tiene de 2 a 4 alternativas de respuesta. Hay que mencionar además que “ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en la sangre. Por tanto permite ser utilizado para medir el grado de dependencia fisiológica” (Becoña, E y Vázquez, F. 1997. p.7).

Dicho lo anterior, se ha comprobado que el test no solamente sirve para saber la dependencia física a la nicotina, sino que tiene otra utilidad en el que “Se ha demostrado que los fumadores con una alta puntuación en el test necesitan un tratamiento farmacológico para dejar de fumar e incluso se sabe que dependiendo de la puntuación, se recomienda uno u otro tipo de fármaco para el abandono” (Jiménez, C y cols, 2002. p.148).

La puntuación del Test de Fagerström tiene una relación con el desarrollo de enfermedades asociadas al consumo de tabaco. De manera que quienes son fumadores resulta que han desarrollado cáncer de pulmón, considerando que hay una dependencia física a la nicotina de grado intenso, en ocasiones con solo saber, si la persona consume 20 cigarros durante el día o bien si fuman cuando se levanta durante la mañana y no deja pasar, los 30 minutos antes de fumar su primer cigarrillo del día, todo esto indica si hay una dependencia física a la nicotina moderada o intensa. (Jiménez, C y cols, 2002. p.148).

Por último esta prueba es muy útil, ya que determina un tipo de tratamiento para dejar de fumar. Hay quienes solamente necesitan terapia cognitiva sobre su comportamiento, puede ser individual o grupal. Por otra parte, fumadores que tienen una dependencia moderada o alta a la nicotina, se recomienda aplicar un tratamiento farmacológico que

es una Terapia Sustitutiva a la Nicotina (TSN), que consiste en disminuir las dosis paulatinamente de nicotina en el cuerpo, hasta obtener el abandono total de la adicción de la misma, sin crearle ninguna abstinencia. Para todo esto es necesario que el fumador esté preparado y tome con seriedad el asunto de cesar en el consumo de tabaco.

1.3.10 La normatividad sobre el consumo de tabaco en espacios públicos de la Cd. México.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º, habla sobre el derecho de toda persona a la protección a la salud, por lo que es una tarea fundamental que debe realizar el Estado, ya que está obligado a realizar estrategias para combatir el consumo de sustancias psicoactivas a través programas y acciones para el cumplimiento del mandato constitucional y realizar el ejercicio del derecho a la protección a la salud (Comisión Nacional de Adicciones, [CONADIC] 2011).

De acuerdo, a lo que menciona la Comisión Nacional de Adicciones, en su Programa Contra el tabaquismo: Actualización 2011-2012, los cuatro pilares que sustentan las políticas públicas para la prevención y combate a la epidemia del tabaquismo son;

- I. Promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco.
- II. Prohibición total de toda forma de publicidad, patrocinio y promoción.
- III. Incorporación de advertencias sanitarias y pictogramas a todo empaque y etiquetado de los productos del tabaco.
- IV. Política fiscal para disminuir la demanda de productos de tabaco, principalmente entre los jóvenes y otros grupos vulnerables.

La misma CONADIC a través de su Programa Contra el tabaquismo: Actualización 2011-2012, menciona que México fue el primer país de América Latina en incorporarse al CMCT/OMS, para la lucha contra al tabaquismo, por lo que era importante que este convenio se estableciera en Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), de dicha ley podemos mencionar los siguientes puntos:

- La Ley General para el Control del Tabaco fue aprobada el 14 de diciembre del 2007 por la Cámara Diputados.
- EL 26 de febrero 2008 la LGCT fue aprobada por la Cámara de Senadores. Por lo que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de Mayo de 2008, entrando en vigor el 28 de agosto del 2008.

Los puntos más importantes que se deben cumplir cuando un país firma el convenio para la lucha contra el tabaquismo, en el caso de México se enlistan abajo:

- Proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco.
- Proteger los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco.
- Espacio 100% libre de humo de tabaco: Aquella área física cerrada con acceso al público o todo lugar de trabajo interior o de transporte público, en lo que por razones de orden público e interés social queda prohibido fumar, consumir o tener o encendido cualquier producto de tabaco.

A continuación se cita en el Título tercero Sobre los Productos del Tabaco, Capítulo I en Empaquetado y Etiquetado, se menciona el:

Artículo 18.- En los paquetes de los productos del tabaco y en todo empaque y etiquetado externos de lo mismo, de conformidad con lo establecido con esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables, deberán figurar leyendas y pictogramas o imágenes de advertencias que muestran los efectos nocivos del consumo de los productos del tabaco.

Dicho lo anterior, en el artículo 18 estas imágenes deberán ser aprobadas por la Secretaría de Salud, estas se imprimirán de forma rotatoria en los empaques, tienen que ser de alto impacto preventivo, debe ser claras, visibles y legibles sin ninguna obstrucción de cualquier índole. En la cajetilla de cigarrillos deberá ocupar un área de ésta el 30% de la cara anterior, así como el 100 % de la cara posterior y el 100% de una de las caras laterales del paquete y cada una de las cajetillas.

El siguiente punto trata sobre la cara anterior de cajetilla deberá tener impresa una imagen o pictograma del 30%, en la cara posterior y lateral serán destinadas a un mensaje sanitario, tendrá un número telefónico de información para la prevención cesación y tratamiento de enfermedades o efectos derivados del consumo de tabaco.

Con Respecto al Capítulo III. Consumo y Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco.

Artículo 26.- Queda prohibido a cualquier persona consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en los espacios 100% libres de humo de tabaco, tales como escuelas, tanto públicas y privadas de educación básica y media superior.

El 29 de enero del año 2004 fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal: Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal.

De acuerdo a esta ley, la protección a los no fumadores es muy importante, pues hay que mencionar que no solamente se restringe en lugares como hospitales públicos así como privados, Oficinas bancarias, comercios o sitios de esparcimiento, sino también en el transporte público de acuerdo a esta ley;

Capítulo I Prohibiciones

Artículo 10. En el Distrito Federal queda prohibida la práctica en los siguientes lugares;

XII. En los vehículos de transporte público de pasajeros en el Distrito Federal.

Capítulo II De las Obligaciones

Artículo 18. Los propietarios, poseedores o responsables de los vehículos a que se refieren a la fracción XII del artículo 10, deberán fijar, en el interior y exterior de los mismos, letreros, logotipos o emblemas que indiquen la prohibición de fumar, en el caso que algún pasajero se niegue a cumplir con la prohibición se deberá dar aviso a la policía, a efecto de que éste sea remitido con el Juez Cívico.

Los conductores de los vehículos que no acaten las disposiciones del presente ordenamiento, deberán ser reportados en forma semanal a la Secretaria de Transporte y Vialidad, a través del Juzgado Cívico, quién será el que reciba la denuncia, para que esta implemente, las correcciones disciplinarias correspondientes, sin perjuicio de las sanciones que establece la ley.

1.3.11 Consumo de tabaco por operarios del transporte público.

El consumo de tabaco no es exclusivo solamente de ciertos sectores de la sociedad, sino que también se ha encontrado el consumo de tabaco en trabajadores que prestan el servicio de transporte de taxi y microbús en la Ciudad de México. Existe muy poca información bibliográfica sobre el consumo de tabaco en este rubro, en el reporte realizado por el CENFES A.C., en el 2014, fue que un 8.49% presentaron tabaquismo (Informe, 2014. Centro para Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México, Asociación Civil [CENFES A.C] 2014).

Hay que mencionar, además que en éstas mismas instalaciones de la Asociación Civil del módulo “La Virgen”, se llevó a cabo el estudio donde “se analizaron las características del proceso de trabajo (riesgos y experiencias), la satisfacción, bienestar y calidad de vida en el trabajo como determinantes del proceso de salud/enfermedad de los trabajadores del volante de la Ciudad México”. En cuanto a los resultados sobre el consumo de tabaco un 55.38% de la población estudiada fueron fumadores, mientras que un 44.62% no son consumidores de tabaco (Berrones, L y Rosales, R. 2011). Para finalizar estos son los registros que se tiene en cuanto al consumo de tabaco en operarios del transporte público actualmente en la Ciudad de México, como se verá entonces hay que destacar que son muy pocos estudios que se han realizado para este gremio de trabajadores.

1.3.12 Los riesgos de trabajo en operarios del transporte público.

Un riesgo de acuerdo a Leñero, M. y Solís, G. en 2008, se entiende que es la probabilidad de que un objeto material, sustancia o fenómeno que pueda potencialmente desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, así como en sus materiales y equipos. Además existen varias clasificaciones de factores de riesgo entre los que se encuentran están los físicos, los químicos, los biológicos, los ergonómicos y los psicosociales.

Un factor de riesgo de acuerdo con Hawkins, y Catalano en 1985, definen que “cualquier riesgo circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad” (Arroyo, B. 2014).

Los riesgos que están presentes en los trabajadores del servicio de transporte público en la Ciudad de México. Puesto que “a partir del estudio de las condiciones laborales se consideró la tarea del conductor como una labor sujeta a una elevada carga mental, física moderada o intensa y una exposición continua a ruidos, vibraciones, calor y tóxicos ambientales”, explican (Tovalín, H., y Lazcano, F. 1991, p. 324). Ya que están expuesto a los ruidos moderados e intensos, los gases tóxicos del medio ambiente, el calor que puede variar de moderado a intenso, al tráfico entre otros. Además de sufrir dolores de espalda, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, enfermedades de los ojo como son Ametropía y Miopía, Obesidad, Tabaquismo e Infecciones en Vías Urinarias. (Tovalín, H., y Lazcano, F. 1991 y CENFES A.C., 2014).

El estrés puede ser un factor de riesgo para los operarios del transporte público de taxi y microbús. Considerando que “el estrés y el manejo de vehículos están íntimamente vinculados, el estrés en buena medida puede modificar o determinar la forma de conducir de la persona y puede ser causa de un número considerable de accidentes, además de que puede ocasionar efectos negativos en el conductor” (Lima, C., y Juárez, A. 2008, p. 3). Para disminuir el estrés se puede incidir en el consumo de tabaco ya que este actúa como relajante y estimulante.

Los Operarios del Transporte Público del Distrito Federal tienen una gran importancia en la movilidad social y económica. Este gremio no tiene un reconocimiento por su labor a diario, es vulnerable a los elementos del ambiente físico, químico, biológico y psicosocial, que repercuten en su calidad de vida y su salud. Al mismo tiempo requieren una gran habilidad para realizar tareas simultáneas, dado que deben observar la nomenclatura vial, espejear, sostener continuamente el volante, cobrar y detener el vehículo, por último hay que hacer notar que “en promedio, en la conducción se efectúan más de 200 tareas por hora” (Chaparro, P. y Guerrero, J. 2001, p.173).

Para detectar el nivel de riesgo esto se puede graduar desde probabilidades bajas hasta altas de acuerdo con el siguiente criterio:

- Probabilidad alta: El daño ocurrirá siempre o casi siempre.
- Probabilidad moderada: El daño ocurrirá algunas veces.
- Probabilidad baja: El daño ocurrirá raras veces.

1.3.13 Estrés.

Por lo que se refiere al estrés, vale la pena decir que es uno de los asuntos de mayor interés y preocupación para diversos estudios de la conducta humana, a causa de la repercusión de sus efectos tanto en la salud física y psicológica, con respecto al rendimiento laboral y académico de los sujetos. (Manso, M., Martínez, M., Osua, C. Retegi, A., y Suarez, S. 2014). Cuando se habla del concepto de estrés, se infiere que no existe una definición universal. En cuanto a ésta varía en función de la perspectiva, con la intención de apreciar el fenómeno.

Cuadro 2. Los diferentes enfoques del estrés de acuerdo a Manso, M. y cols. 2004.

Enfoque	Significado
Fisiológico o Bioquímico	Consideran el estrés como las respuestas orgánicas que se generan en la persona cuando ésta se enfrenta a una situación percibida como amenazante.
Psicológico y Psicosociales	Entienden el estrés como un fenómeno externo focalizado en los estímulos y eventos productores de estrés.
Cognitivo	Se entiende que el estrés surge de la evaluación cognitiva que cada persona realiza de las circunstancias externas, teniendo en cuenta los aspectos internos-psicológicos y también el ambiente-externo.

Fuente: Estrés y Estrategias de Afrontamiento.

Hay que mencionar, además que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define estrés: A un conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. Se le denomina a este fenómeno Síndrome de Adaptación General (SAG), que basa en una respuesta del organismo ante una situación de estrés ambiental, en particular hay tres fases: la fase de alarma, la fase de resistencia y por último la fase de agotamiento.

La fase de alarma, en efecto da aviso de la presencia de un agente estresante. Cuando hay una posible amenaza, que simultáneamente el organismo empieza un proceso de alteraciones fisiológicas y psicológicas, para avisar o poner en alerta al individuo para enfrentar la circunstancia o al menos tome conciencia de ella, esto puede resolverse o prolongarse por lo que llevaría a la siguiente fase (Manso, M. y cols. 2004).

La fase de resistencia, se considera que quizás haya una adaptación a la situación estresante. En ella, el individuo intenta enfrentar la circunstancia, hay que destacar que se empieza a desarrollar múltiples procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales. Si el individuo consigue adaptarse, puede mostrar secuelas tales como: una disminución del rendimiento, menor tolerancia a la frustración a ciertos trastornos

fisiológicos, de lo contrario sino hay una adaptación, ésta se caracteriza por la pérdida excesiva de energía de la misma forma que su rendimiento, ya que el individuo tratará de salir adelante, pero sin encontrar la manera. En particular, en el caso del estrés se vincula con la ansiedad, cuando hay un posible fracaso pasa a un estado de agotamiento (Manso, M. y cols. 2004).

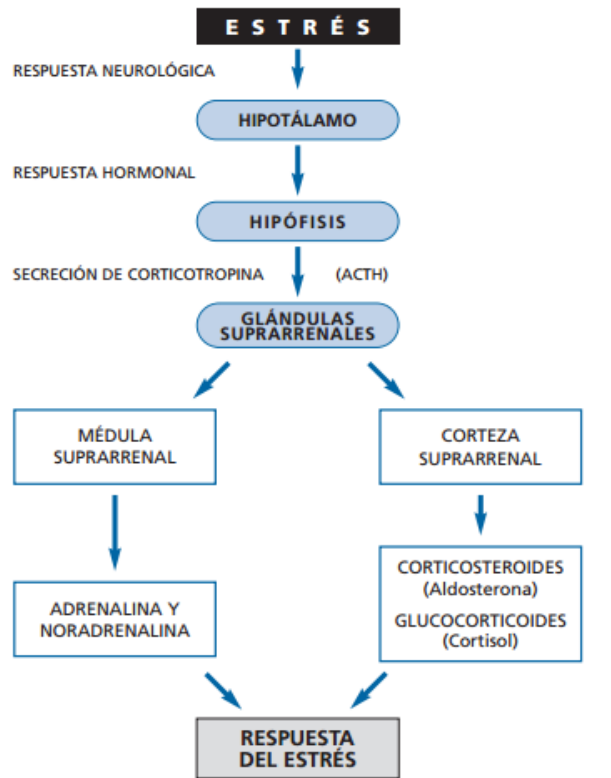
Y por último la tercera fase de agotamiento, tiene como características: la aparición de trastornos fisiológicos, psicológicos y psicosociales, pues probable que sea crónico, como lo es la ansiedad. Ahora veamos que la ansiedad es experimentada por múltiples ocasiones por el individuo, solamente se da por agentes estresantes, de igual manera en circunstancias que normalmente no habría motivos para sufrir ésta (Manso, M. y cols. 2004).

Con respecto a la ansiedad y la necesidad de consumir, se debe agregar que esto provocaría un mayor o menor grado de malestar, es el fruto de la amenaza que el individuo no puede afrontar con éxito. También la percepción que se tiene del malestar se traduce en pensamientos y sentimientos negativos que tienen una alta activación fisiológica, como resultado lleva al consumo de alimentos, al consumo de tabaco y al consumo de bebidas alcohólicas para minimiza el malestar (Cano, A. Tobal, J., González, H., y Iruarrizaga, I. 1994).

Las diferencias individuales están determinadas por las situaciones, especialmente de carácter social, están asociadas con el consumo de algunas sustancias, que cumplen la función de reducir el nivel de ansiedad y al mismo tiempo mejorar el estado de ánimo. Teniendo en cuenta que en situaciones cotidianas como: intentar dormir, trabajar o estudiar y surge la ansiedad, se debe mencionar que inicialmente el alcohol, los ansiolíticos y el consumo de tabaco, pueden reducir el nivel de ansiedad, ya que en el individuo aumenta su seguridad e igualmente cambia el estado de ánimo hacia sensaciones más agradables (Cano, A. y cols. 1994).

Para concluir sobre la ansiedad derivada del estrés y la necesidad de fumar no puede generalizarse en todos los individuos, sino en aquellos que realizan conductas consumidoras (fumar) como reacción a su estado de malestar o ansiedad, es posible que se acabe con dicho estado. Consideran que con el tiempo se incrementa el nivel de ansiedad, en lugar de una disminución. Otro punto importante es la producción del estrés que implican tres sistemas, el Endocrino, Nervioso e Inmunológico. El estrés pone en actividad a todos los componentes del cerebro en forma de cascada, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Cascada del estrés.



Fuente: El Estrés y Riesgos para la Salud

1.3.14 Antecedentes.

La prevalencia de consumo de tabaco a nivel internacional de acuerdo a la Comisión Europea. Ésta se encargó de realizar un estudio epidemiológico sobre el consumo de tabaco a través del llamado Eurobárometro, dice que: “en los últimos años se ha observado una disminución progresiva del consumo de tabaco en la Unión Europea, de modo que la actualidad el 34% de la población adulta fuma, comparando con el 40% que lo hacía en los años 80” (Alonso, B. Ortiz H. Saltó. E. y Toledo, J. 2006, p.2). Estos mismos autores mencionan que: a nivel internacional el género masculino tiene una mayor prevalencia de consumo de tabaco.

De acuerdo con Alonso, B. Ortiz H. Saltó. E. y Toledo, J. en 2006, mencionaron que en Suecia, las mujeres fuman más que los hombres y representó un 24%, mientras que los hombres fue de un 22%. En Dinamarca el porcentaje es igual de fumadores tanto de mujeres como de hombres y representó un 27% del total de la población.

De acuerdo al último Eurobárometro que realizó la Comisión Europea, sobre la proporción que habían declarado fumar cigarrillos por paquetes. “El mayor consumo es por cajetillas de cigarrillo o paquetes de cigarrillos que tuvo un descenso entre la población, ya que en el año 2002 era del 37% quienes fumaban en paquetes de cajetillas, esto se redujo en un 27% para el año del 2005” (Alonso, B. Ortiz, H. Saltó, E. y Toledo, J. 2006, p. 2). Los mismos autores también mencionan que la mitad de la población nunca ha fumado y representó el 47% y quienes dejaron de fumar fue un 25%.

En México, la prevalencia de consumo de tabaco está dentro de las 10 prioridades en Salud Pública. A través de dos instituciones de prestigio como el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) que estuvieron a cargo para coordinar y realizar la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que permitió conocer e identificar el uso y abuso de sustancias psicoactivas en la población mexicana y tener datos confiables. Uno de los objetivos fue conocer la prevalencia de consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el uso y abuso de drogas con prescripción médica y sin prescripción médica.

Las siguientes definiciones de fumador se utilizaron de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 y 2011.

Cuadro 4. El concepto y definición de tipos de fumador.

Concepto	Definición
Fumador activo	Persona que declaró haber fumado durante el último año.
Ex fumador	Persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber dejado de fumar más de un año.
Nunca ha fumado	Persona que respondió no haber fumado en la vida.

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

Por lo que se refiere, al promedio de edad que realizaron su primer consumo de cigarrillo fue de 17.1 años de acuerdo a los resultados que obtuvieron en la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, entre el rango de 12 a 65 años en la población mexicana. En cambio, la edad que inició que fue de un consumo diario de tabaco respectivamente en fumadores diarios que van de 12 a 65 años fue de un promedio de 20.4 años (ENA, 2008).

El siguiente cuadro comparativo es de acuerdo al número de cigarrillos consumidos en la población en general de 12 a 65 años de edad.

Cuadro 5. La Comparación de la ENA-2008 y ENA-2011.

Encuesta Nacional de Adicciones 2008	Encuesta Nacional de Adicciones 2011
Con respecto al ámbito nacional, los fumadores activos fuman siete cigarrillos al día en promedio.	En cambio los fumadores diarios su promedio de consumo es de 6.6 cigarrillos al día.
Los fumadores activos de acuerdo a las características sobre la adicción quienes le “dan el golpe” alguna vez o siempre principalmente en adolescentes fue del 3.2%, mientras que el 11% de los adultos fumaron su cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse.	Por el contrario, el 72.5% de los fumadores activos “le dan el golpe al cigarro”, considerando que hombres fue de un 75%, mientras que en mujeres es de 65.6%. Además uno de los indicadores más importantes en la adicción, el tiempo que el fumador tarda en encender su primer cigarrillo del día, con respecto a México un 11.4% de los fumadores activos que fumaron en el último mes, considerando que fumaron su primer cigarrillo 30 minutos después de levantarse, puesto que el nivel más alto fue en hombre de 12.6% y por último en mujeres fue del 8.6%.

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2008 y del 2011.

El siguiente cuadro muestra, los porcentajes de los resultados de acuerdo a la ENA 2008 y 2011. También se hace una comparación sobre la situación respecto al fumador activo, ex fumador y quien nunca ha fumado, con lo que respecta a una población de 12 a 65 años, por segregación están población adulta y solamente en hombre.

Cuadro 6. La Comparación respecto al fumador activo, ex fumador y quienes nunca han fumado.

Población	Fumador activo		Ex fumador		Nunca ha fumado	
	2008	2011	2008	2011	2008	2011
12 a 65 años	18.5%	21.7%	17.1%	24.60%	64.4%	51.90%
Población	Fumador activo		Ex fumador		Nunca ha fumado	
ENA	2008	2011	2008	2011	2008	2011
Población adulta general	20.6%	23.6%	19.6%	29.7%	58.9%	46.7%
Adultos (hombres)	27.8%	34.6%	21.0%	35.1%	51.2%	30.3%

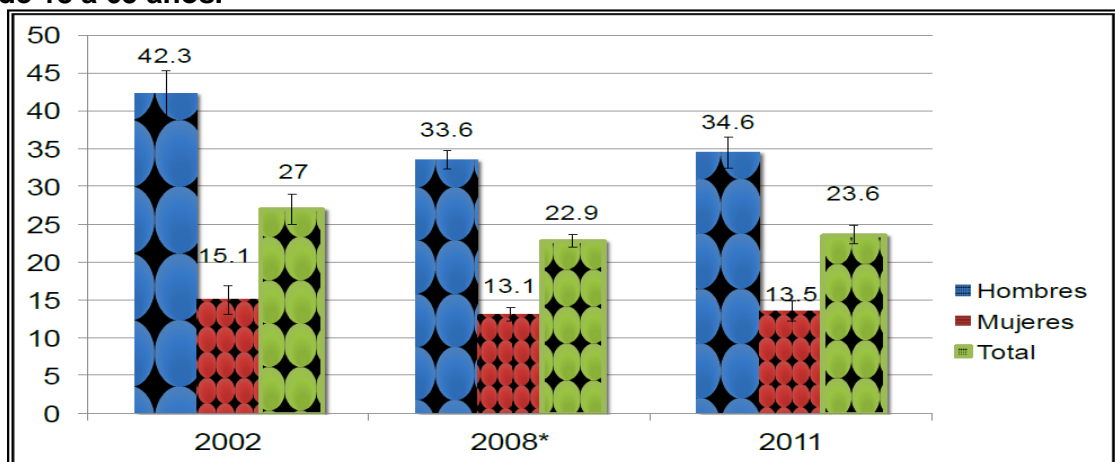
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones

La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) realizada en 2009, evaluó que un 15.9% de la población mexicana mayor de 15 años es fumadora, lo que equivale a 10.9 millones de mexicanos. Los hombres (24.8%) fuman más que las mujeres (7.8%), esto equivale a que 8 millones de hombres y 2.8 millones de mujeres fuman en México.

La misma encuesta indicó que el porcentaje de hombres y mujeres que fuman diariamente (11.8 y 3.7%, respectivamente) es muy parecido al de los fumadores ocasionales (13.0 y 4.1%, respectivamente). Esto quiere decir que 5.2 millones de mexicanos fuman diariamente.

Dato interesante resulta ser que esta encuesta indicó que la prevalencia de consumo diario fue mayor en la población de 45 años o más comparándola con los jóvenes, quienes fuman en mayor medida de manera ocasional. En general en la población mexicana el 14.6% de los adultos son exfumadores.

Gráfica 1. La prevalencia de consumo activo de acuerdo al sexo, en una población de 18 a 65 años.



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

Esta gráfica nos muestra los diferentes resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, 2008 y 2011. Por lo que respecta al género, en cuanto mujeres de 18 a 65 años, la prevalencia de consumo activo en el año 2008 y 2011 se mantuvo constante en cuanto al porcentaje de mujeres fumadoras activas, que fumaron en el último año fue del 13% por lo que no hubo una disminución significativa, por el contrario en el año 2002 fue del 15.1%. En cambio en hombres, la prevalencia de consumo activo en el año 2002, fue la más alta con un 42.3%, con respecto al 2008 fue del 33.6%, siguiéndole en 2011 que fue de un 34.6%. Hay que mencionar que si hubo una disminución en hombres consumidores activos en el 2008 y el 2011 con respecto al 2002.

El siguiente punto trata respecto a la adicción a la nicotina en la población adulta, es decir, en fumadores activos que consumieron cigarro en el último año de acuerdo a la ENA-2011, quienes dan el primer golpe al cigarro en el transcurso de la mañana, lo hace dentro de los 30 minutos después de despertarse. Esto es más frecuente en hombres que en mujeres (ENA, 2011).

Los siguientes puntos, nos muestran la adicción a la nicotina de acuerdo al porcentaje y el rango de edad en hombres adultos respecto a los resultados de la ENA-2011;

- El grupo etario de 45 a 65 años consumidores de tabaco, el 17.9% consumió tabaco durante los primeros 30 minutos después de levantarse.
- El grupo de 18 a 24 años un 5% fuma su primer cigarro inmediatamente después de levantarse.
- El grupo de 25 a 44 años sólo el 8.7%, después de levantarse.

De modo que los hombres adultos consumidores de tabaco son más propensos a presentar una adicción a la nicotina, esto lo sugiere los datos presentados por la ENA-2011.

El siguiente aspecto trata sobre el consumo de tabaco en operarios del transporte público de la Ciudad de México. Por un lado el Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México, Asociación Civil (CENFES A.C), realizó un reporte institucional durante el 2008 al 2013 donde encontraron que el 9% de los operarios del transporte público presentaron tabaquismo, ahora bien esta misma Asociación Civil en el año 2014, diagnosticaron que un 8.49% de los trabajadores presentaron también tabaquismo.

Para finalizar los antecedentes sobre la situación del consumo de tabaco, que fue desde lo más general hacia lo específico. Todavía cabe señalar que en las instalaciones del CENFES A.C., en el módulo de “La virgen” se realizó un estudio sobre “La satisfacción, bienestar y calidad de vida en el trabajo como determinantes del proceso de salud/enfermedad de los trabajadores del volante de la Ciudad de México”, en donde resulta que el 55.38% consumen tabaco, no obstante el 44.62% no consumen tabaco (Berrones, L y Rosales R. 2011).

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Objetivos.

2.1.1 Objetivo general.

Diagnosticar el consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina en los operarios del transporte público de la Ciudad de México, quienes acudieron al módulo del CENFES A.C., “El CoyoI” durante el mes de julio del 2014, con el fin de recabar evidencias que coadyuven a diseñar alternativas desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, encausadas a minimizar el consumo y los riesgos del tabaco.

2.1.2 Objetivos específicos.

1. Identificar la prevalencia del consumo de tabaco en operarios de taxi y microbús, que acudieron al módulo del CENFES A.C., “El CoyoI” durante el mes de julio del 2014.
2. Identificar a través del Test de Fagerström la dependencia a la nicotina en operarios de taxi y microbús, que acudieron al módulo del CENFES A.C., “El CoyoI” durante el mes de julio del 2014.
3. Identificar los riesgos que pueden presentarse ante el consumo de tabaco en operarios del transporte público de taxi y microbús.
4. Proponer una alternativa para tratar de minimizar el consumo y riesgos del tabaco, en operarios de taxi y microbús desde una perspectiva de la Promoción de la Salud.

2.2 Metodología.

2.2.1 Aspectos generales.

El Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México, Asociación Civil (CENFES A.C.) fue creado en el 2008 con el objetivo de profesionalizar al postulante a operario/a del transporte público concesionado del Distrito Federal, siendo el CENFES A.C., la única instancia que contribuye a la profesionalización de los operarios del transporte público que es “La Asociación Civil, figura legal que por definición no tiene fines de lucro, tiene como socios fundadores a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), quienes llevan el control y definen la líneas estratégicas de la asociación” (Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México ,Asociación Civil [CENFES A.C] 2008, p.4).

Cuando se constituye el CENFES A.C., se firma el Convenio en Colaboración con la entonces Secretaria de Transporte y Vialidad del Distrito Federal (SETRAVI), hoy Secretaria de Movilidad y Vialidad (SEMOVI) para realizar una de las tareas más importantes de orientar la profesionalización y certificación de los operarios/as (CENFES, 2008).

El CENFES A.C. tiene el respaldo de éstas dos instituciones de prestigio por lo que el operario/a tiene una atención de calidad, respeto y profesionalismo, el centro es responsable de capacitar y evaluar a los aspirantes para obtener su licencia-tarjetón de acuerdo al tipo de vehículo a operar; Licencia tipo B (transporte individual de pasajeros), Licencia tipo C (transporte colectivo), Licencia tipo D (transporte mercantil o carga) y la Licencia tipo E (transporte especial), para que posteriormente una vez terminado el proceso de evaluación médica, capacitación y prueba de manejo pueda acudir a la SEMOVI para la entrega de su licencia tarjetón.

El centro cuenta con tres módulos para la evaluación de los operarios/as del transporte público del Distrito Federal; El Módulo de Capacitación, El Módulo Coordinación de Salud y el Módulo de Pericia (CENFES, 2008).

El área de Coordinación de Salud es la encargada de realizar la Evaluación Médica Integral (EMI) de los aspirantes a obtener su licencia-tarjetón (expedición y renovación), los estudios clínicos que se les realizan a los aspirantes son: la química sanguínea de colesterol, glucosa y triglicéridos; examen de orina; peso; talla; agudeza visual; auditiva y examen toxicológico sobre el consumo de marihuana, cocaína y anfetaminas. No se

lleva a cabo ningún examen para el consumo de tabaco, puesto que no está asentado en la ley de transporte público que se retenga su trámite por su consumo o adicción al tabaco, esto podría influir en el riesgo que se tiene sobre el consumo de tabaco en operarios del transporte público.

El ser operario del transporte público no es una tarea fácil, ya que este trabajo es considerado sedentario, puesto que no se realiza ninguna actividad física moderada o intensa, y los operarios pasan largas jornadas tras el volante, las enfermedades diagnosticadas que frecuentemente este gremio de trabajadores se les ha detectado en el CENFES A.C., 2014, se muestran en la siguiente tabla:

Las patologías diagnosticadas en operarios del transporte durante el año 2014.

Enfermedad	%	Enfermedad	%
Dislipidemía	31,5%	Hipertensión arterial sistémica	4,93%
Ametropía	24,2%	Probable hipertensión	3,58%
Prediabetes	10,2%	Síndrome metabólico	3,33%
Diabetes Mellitus	9,13%	Obesidad	2,25%
Tabaquismo	8,49%	Infecciones en vías urinarias	1,37%

Fuente; Informe 2014, Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México. Asociación Civil (CENFES AC).

2.2.2 Tipo de estudio.

Este estudio es de tipo explorativo y descriptivo, de acuerdo a lo que mencionan los autores Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. en 2003. Es un estudio explorativo porque el objetivo fue examinar el consumo de tabaco en operarios del transporte público, ya que ha sido un tema poco estudiado. Además es descriptivo porque especifica las propiedades, las características y los perfiles de la comunidad de estudio.

Es también un estudio de campo pues se aplicó una encuesta. Resulta ser también descriptivo porque se aplicó en una población específica, de la cual se pretende describir de un grupo de variables. El estudio es prospectivo porque se registró información conforme fue ocurriendo el fenómeno, fue de tipo transversal pues se aplicó únicamente en el mes de julio del 2014.

2.2.3 Población de estudio.

La población de estudio son Operarios/as del transporte público concesionado principalmente de transporte individual (Taxi), también de Transporte Colectivo (Microbús) que acudieron al CENFES A.C., al módulo de “El Coyol” a realizar su Evolución Médica Integral (EMI) durante el mes de julio del 2014, quienes eran aspirantes para obtener su licencia-tarjetón ya sea expedición o renovación.

2.2.4 Tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra fue de 200 operarios de taxi y microbús, fue de tipo no probabilístico y significativo, porque fue por cuota, puesto que el cuestionario se fue llenando de acuerdo a ciertas variables demográficas, que se especifican en el cuadro de variables.

2.2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

De inclusión:

- Operarios del transporte público, que acudan al CENFES A.C., al módulo “El Coyol”, para hacer su Evaluación Médica Integral (EMI).
- Con un rango de edad 18 a 86 años.
- Operarios que manejen taxi o microbús.
- Sin distinción de trámite (expedición, renovación.)

De exclusión:

- Que no sean operarios de Taxi y Microbús, que manejen transporte de carga o servicios especiales tales como ambulancia.

De eliminación:

- Cuestionarios que estén incompletos (omisión de datos)
- Cuestionarios en los que hayan marcado más de una opción por respuesta.

2.2.6 Cuadro de variables.

VARIABLES	DESCRIPCIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
1. Características demográficas.	Es el estudio estadístico de las características sociales y demográficas de una población.	Sexo.- Es el individuo que fue entrevistado o encuestado ya sea hombre o mujer.
		Edad.- El número de años que tiene actualmente.
		Estado civil.- La situación de dos personas físicas relacionadas entre sí.
		Grado de estudios.- El último grado de estudio que cursó el operario, ya sea concluido o inconcluso a nivel básico, media superior o superior.
2. Datos laborales.	La información y características específicas realizadas, por el individuo que ofrece la prestación del servicio de transporte público.	Operador.- Individuo que conduce una unidad de transporte público de pasajeros, ya sea individual o colectivo.
		Tipo de trámite: Es el tipo de licencia-tarjetón
		No. Años trabajando en el servicio público. Son los años que lleva conduciendo un taxi o microbús.
		No. Horas que trabaja al día.- Es la jornada laboral que conducen un vehículo de transporte pública.
3. Consumo de tabaco.	Es el consumo de una sustancia psicoactiva que altera el Sistema Nervioso Central y produce una adicción.	¿Ha fumado tabaco alguna vez en su vida? Individuo que respondió Sí o No ha fumado.
		¿Cuántos años tenía usted cuando fumó por primera vez? La edad en que fumó, en caso que haya respondido la primera pregunta sí fumó alguna vez en su vida.
		¿En los últimos 12 meses ha fumado tabaco?
		¿En los últimos 30 días ha fumado tabaco?
		¿En los últimos 3 días ha fumado tabaco?
4. Dependencia a la nicotina.	Es el grado de adicción a la nicotina que se clasifica en; bajo, moderado e intenso.	¿Cuántos cigarros fuma usted al día?
		¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma su primer cigarrillo?
		¿Encuentra usted el difícil abstenerse de fumar en lugares prohibidos?
		¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?
		Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día, que durante el resto
		¿Fuma usted cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo e incluso en cama?
5. Riesgo.	Un factor de riesgo de acuerdo con Hawkins, y Catalano en 1985, se define que "cualquier riesgo circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que presente un problema determinado en una persona o comunidad (Arroyo, B. 2014).	Conoce usted las razones por las que es peligroso fumar tabaco.
		Sabe usted que quien sólo respira el humo de tabaco, es como si hubiera fumado uno o varios cigarros.
		Fumar le ha presentado a usted alguna dificultad para respirar o le ha faltado el aire.
		¿Conoce usted el artículo del reglamento de transporte público en donde se menciona: "Los conductores de vehículos del transporte público están obligados a: portar el uniforme y abstenerse de fumar durante el servicio"?
		¿Familiares, amigos o compañeros de trabajo le han aconsejado usted que deje de fumar?
		Su trabajo, es pasar varias horas detrás del volante. Considera usted necesario fumar para mantenerse alerta.
		¿Se abstiene usted de fumar durante la prestación del servicio?

2.2.7 Procedimiento de recopilación de datos.

Para el presente estudio se diseñó un instrumento de medición que consistió en un cuestionario, del cual se realizó primeramente una prueba piloto, en donde se aplicaron 20 cuestionarios para detectar errores o problemas para contestarlo, posterior a esto se hicieron los cambios pertinentes en la prueba.

Para la aplicación del Cuestionario de Riesgos del Consumo de Tabaco en Operarios del Transporte Público del Distrito Federal en Julio 2014, se procedió de la siguiente manera; se aplicó la encuesta del 14 al 31 de Julio, en dos turnos y diferente horario por día, así pues el primer turno fue de las 10:00 a.m. a 10:30 a.m., y el segundo turno fue a partir de las 11:45 a.m. a 12:15 p.m. Los dos primeros días del inicio de la aplicación del cuestionario, se realizó la dinámica en un aula que facilitó Coordinación de Salud.

La primera propuesta para la recopilación de los datos fue la siguiente: En una primera propuesta es cuando el operario/a terminará la última evaluación realizada en el área de enfermería, ellos pasarían directamente a la sala de espera para su consulta médica. Así entonces, la propuesta fue la siguiente: en enfermería les piden una ficha para que pueden empezar el proceso de la evaluación en somatometría al término de esto, esta misma ficha se le entrega al médico encargado para repartirlas entre los demás médicos, para que puedan llamar a consulta a los operarios/as que esperan sus resultados clínicos. Durante dos días proporcionaron estas fichas, que fueron 10 por día, una vez que me entregaron las fichas, el autor del presente estudio se dirigió hacia la sala de espera; los llamé por sus nombres y los invité a pasar a un aula, una vez en el aula se les explico los motivos por los cuales los habían nombrado y se presentó ante ellos.

Con respecto a la primera propuesta, este fue el primer discurso para la recopilación de los datos del trabajo de investigación:

“Buenos días mi nombre es Juan Luis Salazar Toledo, soy prestador de servicio social, el motivo por cual los mencionado por su nombre, y de forma al azar es porque gustaría que participaran en un cuestionario sobre el consumo de tabaco, es de manera voluntaria, sí alguien no desea participar no hay ningún problema con gusto puede pasar a la sala de espera, entonces les pregunté ¿Todos están de acuerdo en participar? Sí ellos estaban de acuerdo en participar, debe de quedar claro que no tiene nada que ver con su trámite que están realizando el día de hoy, solamente tiene fines académicos”.

Habría que decir, que una vez aclarado este punto, se mencionaron las instrucciones: “Este cuestionario contiene cuatro apartados, hay quienes son fumadores y quienes no son fumadores, los no fumadores sólo tendrán que contestar el apartado uno y dos, quienes son fumadores tendrán que contestar los cuatro apartados, del lado derecho hay unos cuadros blancos que deberán marcar para cada dato que se les solicita”, una vez dicho lo anterior, empezaron los operarios a contestar los cuestionarios.

Durante la aplicación de la encuesta se tomó el tiempo de inicio hasta el último voluntario que terminó de contestar el cuestionario, este método se hizo cuatro veces durante dos días, en dos turnos diferentes que fueron 10:00 a.m., y 11:45 a.m. de la mañana. Después del tercer día de trabajo de campo (encuestar) no fue posible seguir aplicando los cuestionarios en el aula.

En una segunda propuesta, fue dónde esperan los operarios del transporte para pasar al área de enfermería, aquí se les hizo mención: que si querían participar en la aplicación de un cuestionario sobre el consumo de tabaco, mientras los llamaban para continuar con su trámite, lo cual no hubo participación, por lo que se descartó este lugar.

La tercera propuesta, fue la sala de espera, donde se realizaban las pláticas de tabaquismo, donde por lo general hubo alrededor de 80 y 100 individuos aproximadamente esperando su consulta médica y sus resultados clínicos, este fue el lugar en donde se realizó la mayor parte del trabajo de campo, aquí se aplicaron el resto de los cuestionarios hasta completar los 200 de la muestra planteada.

La dinámica de trabajo era la siguiente:

1. Aplicar el cuestionario (Se registró el tiempo de inicio y final).
2. Dar la plática de tabaquismo
3. Repartir trípticos de información.

En cada sesión se realizó la siguiente dinámica:

“Buenos días, el motivo de esta visita, el día de hoy con ustedes es porque quiero realizar dos actividades una en la que podrán participar de manera voluntaria y posteriormente daré una plática de tabaquismo”.

La actividad que se realizó en la sala de espera con los operarios, consistió en contestar un cuestionario sobre el consumo de tabaco, se recalcó que en esta actividad no tenía ninguna relación con el trámite que estaban realizando el día de su Evaluación Médica Integral (EMI), y que solo tenía fines académicos. Aclarando estos dos puntos, se les pidió que levantaran su mano las personas que quisieran participar y se les dio el cuestionario. Se les explicó que hay quienes son fumadores activos y no fumadores, los fumadores deberán contestar los cuatro apartados del cuestionario, y los no fumadores solamente el apartado uno y dos. Una vez que terminaran de contestar el instrumento, ellos levantarían su mano para entregar el cuestionario. Después se realizó una revisión de los cuestionario, posteriormente se les asignó un folio, para su captura la cual se hizo en una base de datos en Excel 2013.

2.2.8 Instrumento de medición.

El instrumento de medición utilizado fue elaborado ex profeso para esta investigación, lleva por nombre “Dependencia a la Nicotina y Riesgos del Consumo de Tabaco en Operarios del Transporte Público en julio del 2014”. Para la elaboración de este cuestionario se consideró la información de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, también se utilizó el Test de Fagerström.

El cuestionario tiene un total de 25 preguntas cerradas y de opción múltiple, las variables que conforman el cuestionario son:

Apartado I. Datos demográficos.

Apartado II. Consumo de tabaco. Se divide por un determinado periodo de consumo de tabaco que van desde los últimos 12 meses, 30 días y 3 días. Si han consumido tabaco y a qué edad.

Apartado III. Test de Fagerström, que determina el nivel de dependencia física a la nicotina: leve, Moderada e Intensa.

Apartado IV. Riesgo.

Descripción de la variable I.- Se preguntó edad, sexo, estado civil, grado de terminación de estudios, tipo de vehículo que operan: taxi o microbús, el tipo de trámite que estaban realizando ya sea expedición o renovación, años trabajando en el servicio de transporte público de pasajeros y las horas que laboran por día.

Descripción de la variable II. En este apartado se buscó indagar o conocer la prevalencia de consumo de tabaco de los operarios del transporte público, únicamente de taxi y microbús en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y los últimos 3 días. La primera pregunta fue ¿Alguna vez ha fumado tabaco en su vida?, luego se indago sobre la edad en la que probó su primer cigarro, puesto que en este apartado se determinó quién es consumidor de tabaco, quiénes nunca han fumado, los consumidores de tabaco debieron contestar los apartados III y IV.

Descripción de la variable III. Sí el operario/a es consumidor de tabaco debió contestar el siguiente test de opción múltiple, las preguntas son las siguientes: ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?, ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma su primer cigarrillo?, ¿Encuentra usted difícil de abstenerse el fumar en lugares prohibidos?, ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?, Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día, qué durante el resto, y ¿Fuma usted cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo e incluso en cama?

Descripción de la variable IV. Se les cuestionó sobre riesgo que consiste en: su hábito de consumo de tabaco durante la prestación del servicio que brindan a los usuarios, así como el conocimiento de la normatividad, en las obligaciones del operario y la influencia para cesar su adicción al tabaco.

Las preguntas fueron las siguientes; ¿Conoce usted las razones por las que es peligroso fumar tabaco?, ¿Sabe usted que quién sólo respira el humo de tabaco, es como si hubiera fumado uno o varios cigarros?, ¿Fumar le ha presentado a usted alguna dificultad para respirar o le ha faltado el aire?, ¿Conoce usted el artículo del reglamento de transporte público en donde se menciona que: “los conductores de vehículos del transporte público están obligados a: portar el uniforme y abstenerse de fumar durante el servicio”?, ¿Familiares, amigos o compañeros de trabajo le han aconsejado a usted que deje de fumar?, Su trabajo, es pasar varias horas detrás del volante, ¿Considera usted necesario fumar para mantenerse alerta?, ¿Se abstiene usted de fumar durante la prestación del servicio público?.

2.2.9 Procedimiento estadístico.

Los resultados que se obtuvieron en el cuestionario: “Dependencia a la Nicotina y Riesgos del Consumo de Tabaco en Operarios del Transporte Público en Julio del 2014”, se trabajaron estadísticamente en el programa de Excel 2013, se empleó como una hoja de cálculo realizando pruebas descriptivas, en el programa SPSS versión 17 se empleó para calcular frecuencias y porcentaje y algunas medidas de tendencia central.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Se aplicaron 240 instrumentos a operarios del transporte público que acudieron al CENFES A.C., al módulo “El Coyol” a realizar su Evolución Médica Integral (EMI), en el mes de julio del 2014. Siguiendo el criterio de eliminación se anularon 40 instrumentos, quedando la muestra conformada por 200 instrumentos.

3.1 Análisis descriptivos de los resultados.

3.1.1 Características demográficas.

La muestra estudiada estuvo representada por 98.5% de individuos del sexo masculino y sólo un 1.5% fueron mujeres.

La Tabla 1, muestra el resultado de la frecuencia y porcentaje por grupo de edad de los operarios del transporte público de taxi y microbús, conformados por grupos; grupo 1 de (18 a 22 años), grupo 2 de (23 a 27 años), grupo 3 de (28 a 32 años), grupo 4 de (33 a 37 años), grupo 5 de (38 a 42 años), grupo 6 de (43 a 47 años), grupo 7 de (48 a 52 años), grupo 8 de (53 a 57 años), grupo 9 de (58 a 62) y grupo 10 (más de 63 años), el promedio de edad fue de 43.3 años.

De acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada durante el mes de julio del 2014, quienes acudieron durante éste mes a realizar su Evaluación Médica Integral (EMI), el grupo etario mayor representado fue el 7, ya que 34 individuos pertenecen a este grupo, representando el 17% de la población total, en otras palabras la edad mayormente representada fue la de 48 a 52 años. Le sigue el grupo 5 representando el 15.5% de la población total, con una edad de 38 a 42 años.

El 14.5% lo representa el grupo 8 en un rango de edad de 53 a 57 años, el siguiente grupo fue la categoría 3, que representa el 10%, edad que va de 28 a 32 años. El grupo 2 representa el 7.5% cuya edad va de 23 a 27 años, al igual que el grupo 9 cuya edad

va de 58 a 62 años. El grupo 4 representa el 7% en un rango de 33 a 37 años. El grupo 1 representa 5% con un rango de edad de 18 a 22 años, finalmente el grupo 10 con más de 63 años de edad representa el 3%.

Tabla 1. Grupos de edades de los Operarios de Transporte Público.

Grupo de edad.		N=200	
		Frecuencias	Porcentajes
Grupo 1	18 a 22	10	5%
Grupo 2	23 a 27	15	7,5%
Grupo 3	28 a 32	20	10%
Grupo 4	33 a 37	14	7%
Grupo 5	38 a 42	31	15,5%
Grupo 6	43 a 47	26	13%
Grupo 7	48 a 52	34	17%
Grupo 8	53 a 57	29	14,5%
Grupo 9	58 a 62	15	7,5%
Grupo 10	63 años o más	6	3%
Totales		200	100%

La Gráfica representa el porcentaje de la situación de acuerdo al estado civil que tienen los operarios del transporte público de taxi y microbús, el 70% de este gremio de trabajadores están casados, el segundo lugar lo ocupan quienes están solteros y representa el 18%, el tercer lugar son quienes viven en unión libre con un porcentaje del 12%.

Gráfica 2. Estado civil.



La Tabla 2, muestra la frecuencia y porcentaje del grado máximo de estudios de los operarios del transporte público de taxi y microbús, determinada por dos categorías: quienes concluyeron la primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria, licenciatura u otro tipo de estudio realizado, la segunda categoría son quienes dejaron inconclusos estos estudios. En la primera categoría indican que terminaron sus estudios de secundaria 77 personas (38.5%), que son los estudios representativos de la muestra, así mismo un 14% concluyeron el bachillerato, mientras que solo el 9.5% de los individuos indicó que tienen la primaria concluida y solamente el 5% ha concluido una licenciatura. Un individuo (1%) indicó haber concluido otros estudios.

Tabla 2. Grado de estudios.

Grado de estudios.	N=200	
	Frecuencias	Porcentajes
Primaria concluida	19	9,5%
Primaria inconclusa	15	7,5%
Secundaria concluida	77	38,5%
Secundaria inconclusa	13	6,5%
Bachillerato concluido	29	14%
Bachillerato inconcluso	25	12,5%
Licenciatura concluida	10	5%
Licenciatura inconclusa	11	5,5%
Otro	1	1%
Total	200	100%

La Tabla 3, muestra los resultados de acuerdo a la frecuencia y porcentaje del tipo de vehículo que pretenden conducir o que quieren volver a conducir, ya sea transporte individual de pasajeros (taxi) o transporte colectivo (microbús), de acuerdo a los datos registrados en la encuesta de julio del 2014, el 75.5% pretende operar el tipo de transporte que es taxi, mientras que el 24.5% desea manejar microbús, de acuerdo a la normatividad para manejar este tipo de vehículos del transporte público deberán tener la licencia tipo B (taxi) y tipo C (microbús).

Tabla 3. Conductores de taxi y microbús.

Operador de:	Frecuencias y Porcentajes N= 200	
	F	%
Taxi	151	75,5%
Microbús	49	24,5%
Total	200	100%

La Tabla 4, presenta los resultados de la frecuencia y porcentaje del número de años trabajando en el servicio de transporte público. Quienes llevan más de 10 años trabajando en la prestación del servicio público de pasajeros, representa el 56%, es decir 112 individuos, el 18.5% ha trabajado entre 5 y 10 años en el transporte público concesionado de taxi y microbús, los que llevan laborando entre 1 y 4 años en el transporte público representa el 17.5%, los individuos de recién inicio representan un 8% que corresponde a 16 operarios.

Tabla 4. Número de años trabajando en el Servicio de Transporte Público de Pasajeros de Taxi y Microbús.

Años en el Servicio del Transporte Público.	Frecuencias y Porcentajes N= 200	
	F	%
Recién Inicio	16	8%
Entre 1 y 4 años	35	17,5%
Entre 5 y 10 años	37	18,5%
Más de 10 años	112	56%
Total	200	100%

En la Tabla 5, se muestran los resultados de la frecuencia y porcentaje de la jornada laboral de los operarios del transporte público de taxi y microbús, está distribuida de la siguiente manera: el número de horas que maneja al día con una representación del 74.5% que son entre 8 y 12 horas por día, el 15% maneja más de doce horas al día, el 2.5 % tiene otro horario y el 8% son de recién inicio por lo cual no se contempla el número de horas trabajadas por día.

Tabla 5. Número de horas que manejan al día, los Operarios del Transporte Público de Taxi y Microbús.

Número de horas que manejan al día.	Frecuencias y Porcentajes N= 200	
	F	%
Entre 8 y 12 horas	149	74,5%
Más de 12 horas	30	15%
Recién Inicio	16	8%
Otro Horario	5	2,5%
Total	200	100%

La Tabla 6, muestran la frecuencia y porcentaje de los resultados obtenidos para el consumo de tabaco. Los operarios que respondieron que sí han consumido tabaco alguna vez en su vida, representan el 90.5%, mientras que 9.5% mencionó no haber fumado alguna vez en su vida.

Tabla 6. Operarios que han consumido tabaco alguna vez en su Vida.

Operarios que han consumido tabaco alguna vez en su vida.	Frecuencias y Porcentajes N= 200	
	F	%
Sí	181	90,5%
No	19	9,5%
Total	200	100%

La Tabla 7, corresponde a la edad que empezaron a fumar los encuestados. De acuerdo al análisis se obtuvieron los siguientes datos: La edad de mayor representación en los operarios de transporte de taxi y microbús, quienes probaron por primera vez tabaco fue a la edad de 15 años con un 16%, siguiendo con el 14.5%, que indicaron que fue a los 18 años, los que indicaron que a los 20 años de edad tuvo una representación del 11.5% de los operarios, el 10% fue a los 17 años, el 9% fue a los 14 años, el 7.5% fumaron su primer tabaco a los 16 años de edad, el 4% fue a los 13 años, el 3% fumó a los 12 años de edad, seguido con el 2% a los 21 años de edad, el 1.5% a los 11 años de edad, solamente un 1% a los 30 años, por último un porcentaje de 0.5% corresponde a las edades de 33,35 y 48 años de edad en cada caso.

Tabla 7. Operarios del transporte que fumaron por primera vez un tabaco (edad).

Edad que probó por primera vez un cigarrillo.	Frecuencias y porcentajes N=200	
	F	%
0(nunca han fumado)	19	9,5%
11 años	3	1,5%
12 años	6	3%
13 años	8	4%
14 años	18	9%
15 años	32	16%
16 años	15	7,5%
17 años	20	10%
18 años	29	14,5%
19 años	5	2,5%
20 años	23	11,5%
21 años	4	2%
22 años	3	1,5%
23 años	3	1,5%
25 años	7	3,5%
30 años	2	1%
33 años	1	0,5%
35 años	1	0,5%
48 años	1	0,5%
Total	200	100%

La Tabla 8, muestra los resultados de cuántos operarios han consumido tabaco en los últimos 12 meses. El 58.5% respondieron que sí habían fumado en los últimos 12 meses y esto representó a 117 individuos, mientras que 64 individuos contestaron que no habían fumado en los últimos 12 meses, lo que tiene una representación del 32%, y quienes nunca han fumado tiene una representación del 9.5%.

Tabla 8. Operarios de taxi y microbús que fumaron en los últimos 12 meses.

Los operarios que han fumado en los últimos 12 meses.	Frecuencias y Porcentajes N= 200	
	F	%
Sí	117	58,5%
No	64	32%
Nunca han Fumado	19	9,5%
Total	200	100%

La Tabla 9, presenta los resultados de los operarios que fumaron en los últimos 30 días. El 55.5% respondieron que sí fumaron durante los últimos 30 días, esto representa a 111 individuos, mientras que el 35% dijo no haber consumido tabaco en los últimos 30 días, es decir 70 individuos, por otro lado, el 9.5% nunca ha fumado y esto representó a 19 individuos.

Tabla 9. Operarios de taxi y microbús que fumaron en los últimos 30 días.

Los operarios que han fumado en los últimos 30 días.	Frecuencias y Porcentajes N= 200	
	F	%
Sí	111	55,5%
No	70	35%
Nunca han Fumado	19	9,5%
Total	200	100%

La Tabla 10, señala la frecuencia y el porcentaje de los operarios que fumaron en los últimos 3 días. El 49.5% respondieron que sí fumaron tabaco durante estos últimos tres días representando a 99 individuos de la muestra, el otro 50.5% mencionó no haber fumado durante los últimos 3 días previos a su Evolución Médica Integral (EMI).

Tabla 10. Operarios de taxi y microbús que fumaron en los últimos 3 días.

Los operarios que han fumado en los últimos 3 días.	Frecuencias y Porcentajes N= 200	
	F	%
Sí	99	49,5%
No	101	50,5%
Total	200	100%

Nota: En el cuestionario en la pregunta ¿En los últimos 3 días ha fumado tabaco? Como opción de respuesta sólo se cuestionó: **Si/No**

En la Tabla 11, se muestran los resultados de las frecuencia y porcentaje de la dependencia física a la nicotina en operarios del transporte público, que han consumido tabaco en los últimos 12 meses de acuerdo al Test de Fagerström, La mayoría de la población consumidora de tabaco fue de 117 individuos de una muestra de 200 operarios que presentaron una dependencia leve, y esto representó un 81.2% de la población, con un 16.2% mostraron una dependencia moderada, por último sólo el 2.6% de la población tiene una dependencia intensa a la nicotina, de acuerdo con el Test de Fagerström.

Tabla 11. Dependencia física a la nicotina en operarios del transporte público, de acuerdo al Test de Fagerström.

Dependencia a la Nicotina.	Frecuencias y Porcentajes n= 117	
	F	%
Leve	95	81,2%
Moderada	19	16,2%
Intensa	3	2,6%
Total	117	100%

La tabla 12, presenta las seis preguntas que constituyen el Test de Fagerström, para valorar la dependencia de los operarios a la nicotina, cada pregunta contiene varias respuestas posibles. Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio indicaron que el 83.7%, fuma menos de 10 cigarrillos, mientras que el 14.5% fumó entre de 11 a 20 cigarrillos, de 21 a 30 cigarrillos tiene una representación de fumadores del 1.7% y más de 31 cigarrillos fumados al día no estuvo representado.

En cuanto a la valoración del hábito para encender el primer cigarrillo tenemos los siguientes datos: el 75.2% representó a las personas que dejan pasar más de 60 minutos después de despertarse para fumar el primer cigarrillo del día, el 16.2% representó a la población que consumió su primer cigarrillo de los 6 a los 30 minutos después de que se despierta, el 7.6% lo hace después de haber pasado de los 31 hasta los 60 minutos, por último el 0.8% representa a la población de operarios del transporte público que dejan pasar menos de 5 minutos para fumar su primer cigarrillo del día.

Por otra parte la valoración de la prueba en cuanto a la abstinencia de fumar en lugares prohibidos muestra que: el 82% no encuentra difícil de abstenerse de fumar en lugares prohibidos, mientras que un 17.9%, sí le es difícil dejar de fumar en lugares prohibidos.

La pregunta cuatro busca averiguar qué cigarrillo le es más difícil omitir al fumador: Un 30.7% de los individuos le es más difícil omitir el primero de la mañana, mientras que el 69.2% de los operarios del transporte público indicaron omitir cualquier otro cigarrillo.

Los resultados sobre la distribución de cigarrillos que fuman los operarios del transporte público, se encontró que durante la primera parte del día, que durante del resto, un 84.6% no fuma durante la primera parte del día, mientras que el 15.3%, sí lo hace durante la primera parte de la mañana.

Por último, respecto a los resultados que se obtuvieron al indagar cuando el individuo se encuentra enfermo o indispuesto suele fumar, tenemos que un 83.7%, no fuma cuando se encuentra bien o está enfermo e incluso en cama, en cambio un 16.2% sí lo hace.

Tabla 12. Test de Fagerström aplicado únicamente a operarios del transporte público consumidores de tabaco en los últimos 12 meses.

Preguntas del Test de Fagerström	Posibles respuestas	Frecuencia n=117	Porcentaje %
1. ¿Cuántos cigarros fuma usted al día?	Menos de 10	98	83,7%
	11 a 20	17	14,5%
	21 a 31	2	1,7%
	31 o más	0	0%
	Totales	117	100%
2. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 min.	1	0,8%
	Entre 6 y 30 min.	19	16,2%
	Entre 31 y 60 min.	9	7,6%
	Más de 60 min.	88	75,2%
	Totales	117	100%
3. ¿Encuentra usted difícil el abstenerse de fumar en lugares prohibidos?	Sí	21	17,9%
	No	96	82%
	Totales	117	100%
4. ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	Al primero de la mañana	36	30,7%
	Cualquier otro	81	69,2%
	Totales	117	100%
5. Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día, que durante el resto.	Sí	18	15,3%
	No	99	84,6%
	Totales	117	100%
6. ¿Fuma usted cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo e incluso en cama?	Sí	19	16,2%
	No	98	83,7%
	Totales	117	100%

En la Tabla 13, se muestran las frecuencias y porcentajes sólo de los que son fumadores ya que se evaluó el riesgo, que tienen los operarios del transporte público de acuerdo a la información que se les solicitó. En la tabla se puede apreciar el tipo de pregunta, los indicadores utilizados en el apartado IV, y característica de cada indicador (riesgo bajo, riesgo moderado y riesgo alto).

En lo que respecta a la pregunta **a**: ¿Conoce usted las razones por las que es peligroso fumar tabaco?, el indicador con mayor porcentaje fue el 84.6% y mostró que sí conocen las razones por las que es peligroso fumar, por lo que se considera de bajo riesgo. Le sigue un 8.5% que indica que “más o menos” conoce los peligros del consumo del cigarro, por lo que su indicador es de riesgo moderado, mientras que el 6.8% indica no conocer los peligros de fumar tabaco, por lo que su indicador es entonces de riesgo alto.

En lo que se refiere a la pregunta **b**, en donde se les cuestionó si conocían o sabían que, quién sólo respira el humo de tabaco, es como si hubiera fumado uno o varios cigarros. El 91.4% mencionaron que sí lo saben, lo que corresponde a un bajo riesgo, el cual es significativo, el 7.6% respondió que no, lo sabía y es considerado de riesgo moderado. Se tiene un mínimo porcentaje de la población en riesgo alto, ya que sólo se presentó en un 0.8% de la muestra.

La pregunta **c** en donde se cuestionó sobre si han presentado alguna dificultad para respirar o les ha faltado el aire, el indicador de bajo riesgo representó el 69.2%, es decir no han presentado problemas al respirar aun cuando son consumidores de tabaco. En cambio, quienes presentaron un riesgo alto son el 26.1%, ya que mencionaron que sí han presentado problemas al respirar, por último con un riesgo moderado estuvo representado por el 4.2% que no saben si presenta dificultad para respirar aun siendo fumadores respecto a la muestra poblacional.

La pregunta **d**, que se refiere al conocimiento de la ley de transporte público, como parte de las obligaciones del conductor, ya que en dicha ley menciona que a los operarios no se les permite fumar durante la prestación del servicio que brinda a los usuarios, ya sea individual o colectivo. Se les preguntó si conocían dicha normatividad, un 63.2% no recuerda el artículo, considerado esto como un riesgo alto, el 30.7% mencionó que es el artículo 34 (VI) de la ley de transporte público que prohíbe fumar al conductor, la cual es una respuesta correcta, por lo que es considerado de bajo riesgo. Por último el 5.8% mencionó que el artículo que establece la ley de transporte público en donde se prohíbe fumar es el artículo 35(VI) el cual es incorrecto y es considerado como riesgo moderado.

La pregunta **e** que dice: ¿Familiares, amigos o compañeros de trabajo le han aconsejado a usted que deje de fumar? Un 52.9% indicó que solo algunas veces le han aconsejado dejar de fumar y esto equivale a un riesgo moderado. A quienes frecuentemente les dicen que dejen de fumar representó un 29.0% y es entonces de riesgo alto, quienes tienen bajo riesgo son aquellos a los que nunca les han dicho que cesen el consumo de tabaco y tiene una representación del 17.9%.

La pregunta **f** que dice: su trabajo es pasar varias horas detrás del volante. ¿Considera usted necesario fumar para mantenerse alerta? A esta pregunta el 69.2% indicó que no es necesario, lo que indica un riesgo bajo. El 26.4% indicó que a veces es necesario, lo que representa un riesgo moderado, por último un 4.4% indicó que si es necesario, que equivale a un riesgo alto.

La última pregunta **g** que dice: ¿Se abstiene usted de fumar durante la prestación del servicio público? A esta pregunta un 76.9% contestó que siempre se abstiene de fumar durante la prestación del servicio, lo que equivale a un riesgo bajo. Quienes presentan un riesgo moderado fue el 19.6%, ya que contestaron que a veces es necesario fumar durante la prestación del servicio público, y por último el 3.4% indicó que nunca se abstiene de fumar durante el servicio que presta, por lo que se considera de riesgo alto.

Tabla 13. La evaluación de riesgo que tienen los operarios del transporte público que fumaron en los últimos 12 meses.

PREGUNTA	Indicador	Características	Total n=117	
			F	%
a. ¿Conoce usted las razones por las que es peligroso fumar?	Sí	Riesgo bajo	99	84,6
	No	Riesgo moderado	10	8,5
	Más o menos	Riesgo alto	8	6,8
		Total	117	100
b. ¿Sabe usted que quien sólo respira el humo de tabaco, es como si hubiera fumado uno o varios cigarros?	Sí, lo sé	Riesgo bajo	107	91,4
	No, lo sabía	Riesgo moderado	9	7,6
	Eso dicen, pero es un mito	Riesgo alto	1	0,8
		Total	117	100
c. ¿Fumar le ha presentado a usted alguna dificultad para respirar o le ha faltado el aire?	No	Riesgo bajo	81	69,2
	No, no lo sé	Riesgo moderado	5	4,2
	Sí	Riesgo alto	31	26,1
		Total	117	100
d. ¿Conoce usted el artículo del reglamento de transporte público en donde se menciona: "Los conductores de vehículos del transporte público están obligados a: portar el uniforme y abstenerse de fumar durante el servicio?"	Sí es el Art. 34(VI)	Riesgo bajo	36	30,7
	Sí es el Art. 35(VI)	Riesgo moderado	7	5,8
	No lo recuerdo	Riesgo alto	74	63,2
		Total	117	100
e. ¿Familias, amigos o compañeros de trabajo le han aconsejado a usted que deje de fumar?	Nunca	Riesgo bajo	21	17,9
	A veces	Riesgo moderado	62	52,9
	Frecuentemente	Riesgo alto	34	29,0
		Total	117	100
f. Su trabajo, es pasar varias horas detrás del volante. ¿Considera usted necesario fumar para mantenerse alerta?	No, no es necesario	Riesgo bajo	81	69,2
	A veces es necesario	Riesgo moderado	31	26,4
	Sí, es necesario	Riesgo alto	5	4,4
		Total	117	100
g. ¿Se abstiene usted de fumar durante la prestación del servicio público?	Siempre	Riesgo bajo	90	76,9
	Casi siempre	Riesgo moderado	23	19,6
	Nunca	Riesgo alto	4	3,4
		Total	117	100

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Discusión.

En la siguiente discusión se realizará un contraste con los diferentes autores consultados sobre el consumo de tabaco, además es importante dar una opinión crítica desde una perspectiva de la Promoción de la Salud, para entender mejor el problema del consumo de tabaco en operarios del transporte público.

El grupo etario mayormente representado como se muestran en los resultados fue de 48 a 52 años de edad, con un promedio de 43.3 años para la muestra poblacional. “De acuerdo con el reporte titulado 5 años trabajando contigo, que es el Informe Institucional CENFES A.C. 2008-2013”, donde se reportó que el rango de edad en la acuden los operarios del transporte público que realizaron su estudio de Evaluación Médica Integral (EMI), indica que van de los 41 a 50 años de edad, vemos pues que coinciden ambos estudios, también de acuerdo con el reporte de Rosales y Berrones en 2011, en donde ellos hablan de un promedio de edad de 41 años, lo cual está muy cercano a lo encontrado en el presente estudio.

Los diversos niveles de estudios académicos que revelan tener los operarios del transporte público de acuerdo a la muestra estudiada, están principalmente representados por secundaria concluida, seguido de bachillerato. Habrá que mencionar que para este tipo de trabajo no se solicitan estudios académicos mínimos, lo que determina la normatividad o Reglamento de Transporte Público del Distrito Federal en 2003, es únicamente que los operarios deben ser mayores de 18 años, para prestar el servicio de transporte público en el Distrito Federal, sin especificar estudios mínimos. La opinión del autor de esta investigación es que sería recomendable que el Reglamento del Transporte Público del Distrito Federal pidiera estudios mínimos para poder ejercer como operario del transporte público, ya que las actividades que realiza el CENFES A.C., están iniciando el proceso de profesionalización de ésta actividad y para que este

proceso sea eficiente, sería recomendable que llevaran un nivel de estudios mínimos de al menos secundaria concluida.

Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio respecto al sexo (género), fueron que de una muestra de 200 operarios de transporte público, sólo el 1.5% estuvo representado por mujeres, mientras que el 98.5% por hombres. En el módulo del CENFES A.C., “La Virgen”, los autores Rosales, R y Berrones, L., realizaron un estudio en el mes de abril del 2010, donde ellos reportaron los siguientes datos: el 98% de la muestra estudiada estuvo representada por el género masculino, mientras que para el género femenino fue del 1.92%. Como puede apreciarse estos resultados son muy semejantes a los encontrados en el trabajo que aquí se presenta. De acuerdo con el reporte titulado “5 años trabajando contigo Informe institucional CENFES A.C. 2008-2013”, en donde se especifica que el perfil del operario atendido está representado por hombres en un 99%, y solo el 1% son mujeres. Esta es una profesión que el sexo femenino puede desarrollar y que debería tener las mismas oportunidades que los hombres. No está de más mencionar que el autor del presente estudio en su experiencia de haber participado en el CENFES como Educador en Salud, tuvo la oportunidad de constatar que son muy pocas las mujeres que asisten a esta Asociación Civil a realizar algún tipo de trámite que les permita ser operarias del transporte público.

En la presente investigación un porcentaje del 70% de la población indicó estar casado, mientras que el 18% dijo ser soltero y un 12% indicó estar en unión libre. Respecto a los resultados de Rosales y Berrones en 2011, reportan que de acuerdo al estado civil encontrado en los operarios de taxi y microbús, los que están casados representan un 57.87%, lo cual es un dato menor al encontrado en nuestro estudio. Por otro lado, los que dijeron vivir en unión libre, los mismos autores encuentran que esto corresponden a un 23.23%, mientras que en el presente estudio se encontró un resultado menor (12%). Ahora bien, Rosales y Berrones indican que respecto al porcentaje de solteros éste fue del 11.42%, en el presente estudio se obtuvo un resultado mayor, con un porcentaje del 18%, resultados que muestran lo dinámico de la población estudiada en cuanto al estado civil.

Los autores Rosales y Berrones en 2011, también mencionan que principalmente son los operarios de taxis (81.20%), los que acuden a los Módulos CENFES A.C., seguido por operarios de microbús (11.60%). En el presente estudio se encontró que los operarios de taxi representaron el 75.5% cercano a lo reportado por Rosales y Berrones. Por otra parte el porcentaje para los operarios de microbús que se encontró en este

estudio representó un 24.5%, lo que superó al reportado por Rosales y Berrones (11.60%).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, en lo que se refiriere a la edad y el tipo de transporte que manejan, se encontró que los conductores de microbús son más jóvenes que aquellos que manejan taxi. Para el autor del presente estudio considerando ésta característica, habría que decir que una intervención desde la Promoción de la Salud sería importante que se hiciera a través de dos grupos: los que manejan taxi y los que manejan microbús (jóvenes). De acuerdo con Lima y Juárez en 2008, los cinco estresores más significativos para operarios del transporte colectivo son: El tráfico, presión del tiempo que tienen para checar, exigencias que hay que completar el dinero de la cuenta, que se le atravesase un carro y el calor. Los Estresores no son los mismo que tienen los operarios de taxi, ya que ellos no checan tiempo en una base y una buena parte de la población de taxistas son dueños de sus unidades. Además sería importante y recomendable realizar una intervención por separado.

Cabe señalar que de acuerdo a las horas que laboran los operarios del transporte público se reportó que en el perfil del operario un 53.4% labora de 10 a 12 horas. Así entonces el 23.83% se encontró que trabajan doce horas al día y es el porcentaje más representativo en el estudio de Berrones y Rosales. Los resultados obtenidos en la presente encuesta muestran que el 74.5% trabaja entre 8 y 12 horas por día, superando a los resultados que se obtuvieron en el Informe Institucional del CENFES A.C., y por los de Berrones y Rosales en 2011, de acuerdo con cada estudio podemos concluir que sus jordanas laborales son largas y pueden ocasionar problemas de salud. Hay que mencionar además que un determinante del proceso de la salud-enfermedad son las condiciones de trabajo y el desgaste laboral, de acuerdo con Arredondo en 1992. Un determinante que se puede identificar en el presente estudio es el número de horas que manejan los operarios de taxi y microbús ya que trabajan entre 8 y 12 horas por día, por lo que puede haber un desgaste laboral porque deben entregar la cuanta diaria al patrón y deben sacar para la gasolina, y el resto es lo que ellos ganan.

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que el 54% llevan más de 10 años trabajando en el transporte público, superando por más de 11 puntos porcentuales a los resultados obtenidos por Rosales y Berrones en 2011, quienes indican que el 42.28% tienen más de 12 años de experiencia. De acuerdo con la OPS un entorno o lugar de trabajo es en la actualidad es prioritario que sea saludable para los trabajadores, debe haber una productividad positiva, motivación laboral, satisfacción y

calidad de vida, el reconocimiento a su experiencia laboral de los operarios del transporte público sin duda contribuiría a mejorar la salud de este gremio.

En lo que respecta a la prevalencia de consumo de tabaco en los último 12 meses, los resultados obtenidos en el presente trabajo son mayores (58.5%) que los que reporta la ENA-2011 (34.6%), para esta encuesta un fumador activo es aquel que fumó en el último año. El consumo de tabaco puede ser un factor de riesgo entre la población en general así como en grupos específicos. Considerando que hay un desconocimiento de la composición química del tabaco, el cual contiene alrededor de 4000 sustancias químicas cuando se genera la combustión del mismo, y que depende también de la intensidad del consumo de tabaco por el individuo, también depende de la frecuencia con la que fuma y los posibles daños a la salud, es por eso la importancia de la intervención de la Promoción de la Salud que pueda informar no solo en el aspecto biológico, sino que también se explique la importancia que tiene la mercadotecnia de la industria tabacalera para incitar el consumo. La Promoción de la Salud busca contribuir a hacer individuos conscientes y empoderados para decir si deben o no consumir tabaco.

El presente trabajo encontró que el 9.5% de la población estudiada indicó nunca haber fumado, mientras que la ENA-2011 reporta que el 30.1% de la población en México nunca ha consumido tabaco. Los resultados encontrados muestran un menor porcentaje de personas, en este caso de operarios del transporte público que nunca han fumado. La Ciudad de México es la identidad Federativa que más consumo tabaco en México (ENA, 2011), aunque está en vigor la Ley de Protección a los No Fumadores en esta ciudad no ha disminuido la prevalencia de consumo de tabaco. Las estrategias de publicidad que maneja la industria tabacalera han logrado persuadir la legislación que regula la venta y publicidad del tabaco en México, de tal forma que esta industria ha sostenido sus ventas a través del tiempo y no han disminuido. Como se mencionó anteriormente el papel del Promotor de la Salud es contribuir a que los individuos tengan comportamientos de consumo razonado, y que prioricen su salud al tomar sus decisiones.

Por lo que se refiere a los resultados de la ENA-2011, la edad de inicio del consumo de tabaco fue a los 14.1 años en adolescentes. El estudio que aquí presentamos muestra que la edad de inicio de acuerdo a la muestra estudiada fue de 15.7 años. Nótese que en los promedios de edad de su primer consumo fue mayor en la muestra estudiada que el reportado por la ENA-2011. El iniciarse en el consumo de tabaco a menor edad significa un mayor riesgo de adquirir una adicción. Como parte de una intervención

desde la mirada de la Promoción de la Salud y de acuerdo a los resultados obtenidos, sería importante que a una edad temprana (antes de la adolescencia) se reciba información fidedigna sobre lo que contiene el tabaco y los riesgos que conlleva a su consumo. El iniciar el consumo de tabaco a una edad temprana, hay una mayor probabilidad de crear una adicción a la nicotina que se refleja cuando se es adulto.

De acuerdo a la ENA-2011, el promedio de cigarrillos consumidos por la población mexicana fumadora se estimó en 6.6 cigarrillos por día, teniendo a la población de hombres situada con el mayor consumo de cigarrillos al día, con respecto a la población de mujeres. La ENA indica que a mayor edad se incrementa el número de cigarrillos que se consumen al día. Dicho lo anterior, los resultados del presente estudio fueron que el número de cigarrillos consumidos al día, de acuerdo al Test de Fagerström, la mayoría de la población estudiada fuma menos de 10 cigarrillos por día, y sólo un 14.5% indicó fumar entre 11 y 20 cigarrillos al día. Así entonces la población estudiada se asemeja en cuanto al consumo de cigarrillos al día, con los resultados presentados por la ENA-2011.

Por otra parte de acuerdo a los resultados de la ENA-2011, el 11.8% de los fumadores activos que fumaron su primer cigarrillo después de levantarse; en el presente estudio se encontró que es un 17%, los que consumieron su primer cigarrillo antes de los 30 minutos después de levantarse. Resulta interesante exaltar que de acuerdo a la ENA-2011 a mayor edad se incrementa el porcentaje de quienes consumen su primer cigarrillo después de despertarse. Por ejemplo en un grupo etario que va de los 18 a los 24 años solo el 5% fuma su primer cigarrillo en la primera hora después de levantarse, mientras para el grupo etario que va de los 45 a los 65 años, el porcentaje se eleva a un 17.9%. Hay que señalar, que la edad promedio de la población estudiada en la presente investigación fue de 43.3 años, de acuerdo a la ENA-2011 considerando, los rangos de edad, la muestra poblacional estudiada cae dentro del grupo etario que indica en mayor porcentaje, que consumo su primer cigarrillo dentro de la primera media hora después de levantarse.

Los resultados de las preguntas tres, cuatro, cinco y seis del Test de Fagerström, sugiere que los operarios de taxi y microbús que fuman, no muestran un patrón de consumo durante el día. Lo anterior puede explicarse a través de lo que es un hábito de consumo, es decir que los individuos comparten estilos de vida parecidos, más que por una necesidad fisiológica, lo podrían hacer por imitar comportamiento de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etcétera. Cabe mencionar que también lo anterior

puede deberse a que el Test de Fagerström no es el mejor instrumento para detallar patrones de consumo, está diseñado para evaluar dependencia física a la nicotina.

Los resultados que arrojó la aplicación del Test de Fagerström a la población de estudio, demostró que en su mayoría esta no presenta una dependencia intensa a la nicotina, sólo un 2.6% de la población mostró tener este tipo de dependencia. La Promoción de la Salud deberá trabajar tanto con la población que no muestra dependencia física a la nicotina, como la que muestra una dependencia moderada o intensa, pues lo ideal sería que la población en general disminuyera o evitará el consumo de tabaco.

En lo que refiere a la información que tienen los operarios del transporte público, sobre lo que significan los peligros de consumir tabaco, la mayoría de la población encuestada (84.6%) indicó conocer los riesgos, pero existe un porcentaje significativo que es un 15.4% que no lo sabe o que los conoce más o menos. Resulta recomendable que el CENFES A.C., se siga brindando pláticas informativas sobre el consumo de tabaco a los trabajadores del volante que asisten a la EMI, ya que se pudo constatar en este estudio, que un porcentaje significativo de la población afirmó no conocer o más o menos conocer los riesgos que conlleva el consumo de tabaco.

En relación con la siguiente pregunta ¿Sabe usted que quien sólo respira el humo de tabaco, es como si hubiera fumado uno o varios cigarros?, un 91.4% de los entrevistados indicó que si lo saben. Puesto que quienes respiran el humo de tabaco ambiental son fumadores pasivos de acuerdo a la ENA-2011, el 23.7% de la población mexicana se expone al humo de tabaco en el transporte público. Como una intervención de la Promoción de la Salud sería importante que se publicitara en las mismas unidades de transporte que estos espacios son libres de humo de tabaco, buscando que los letreros puedan llevar a la reflexión del por qué tener un espacio libre de humo de tabaco, es decir indicando los riesgos hacia los pasajeros y hacia el mismo operario del transporte público.

Con respecto a la pregunta ¿Fumar le ha presentado alguna dificultad para respirar o le ha faltado el aire?, un 26.1% de los encuestados reconoció tener dificultad para respirar. Además resulta adecuado reconocer que un operario del transporte público se expone a una alta contaminación atmosférica asociada principalmente al tránsito vehicular, ya que existen evidencias recientes sobre la exposición a largo plazo a niveles de baja contaminación ambiental al aumento de riesgo de desarrollar EPOC grave; Esta relación es significativa al tener en cuenta otros factores como es el tabaquismo (Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Los trabajadores del volante pasan más de 8 horas al día laborando, lo que lleva a este gremio de trabajadores a estar expuesto durante mucho tiempo a la elevada contaminación atmosférica situación ambiental común en la Ciudad de México, lo anterior aunado al consumo de tabaco eleva el riesgo de los trabajadores del volante a desarrollar EPOC.

La mayoría de quienes operan en el transporte público como conductores de taxi y microbús tienen un desconocimiento de la normatividad relacionada con su trabajo, y más aún de la que está por hacerse vigente, pues lo que ellos mencionan que saben que está prohibido fumar durante la prestación del servicio, pero desconocen de que normatividad emana esta información. Esto se constata con los resultados obtenidos en donde un 63.2% de los encuestados no recordó el artículo que indica que los conductores de vehículos del transporte público están obligados a: Portar el uniforme y abstenerse de fumar durante el servicio (Reglamento del Transporte del Distrito Federal, 2003). Mientras que solo un 30.7%, lo recordó correctamente. Sería conveniente que los trabajadores del volante también tuvieran conocimiento sobre la Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores del Distrito Federal, en lo que respecta al transporte público, para que tuvieran un mejor reconocimiento de los derechos y obligaciones que tienen como servidores públicos.

El riesgo está presente en la actividad diaria del individuo a través de un comportamiento que este genere, se relaciona con el aspecto social y cultural, quienes influyen en él son los amigos, familiares y compañeros de trabajo, su influencia consiste en percibir el riesgo que no detecta el fumador por su hábito de consumo. Lo que conlleva a esa influencia es a aconsejar que deje de fumar, resultando primordial que por parte del fumador se dé una aceptación del riesgo para atender a este consejo (Confederación de Empresarios de Aragón, 2010), con la finalidad de adoptar medidas preventivas para la reducción del riesgo o su control. En la población encuestada un 29% dijo que amigos, familiares o compañeros de trabajo frecuentemente: le han aconsejado que deje de fumar estos resultados sugieren, que una parte significativa de la población está teniendo patrones de consumo riesgosos.

Los operarios del transporte público de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, trabajan de 8 a 12 horas por día, y de acuerdo a Lima y Juárez en 2008 mencionan, que el estrés y la conducción de un vehículo están vinculados, ya que el estrés influye en buena medida en la forma de conducir del individuo, esto puede causar efectos negativos en el conductor, pues como lo dicen otros autores se traduce

a una ansiedad, que puede llevar al consumo de sustancias poco saludables, como lo es el tabaco, y generando un hábito de consumo (Cano y cols. 1994). El presente estudio se obtuvo que un 30.8% de la población encuestada reconoció que a veces es necesario fumar mientras se labora y un 23% de la población estudiada reconoció que nunca se abstiene de fumar cuando está prestando el servicio o que casi siempre lo hace. Para confirmar lo que se menciona en el tríptico informativo del CENFES A.C., el cual dice que: “los operarios nos comentan que fuman para activarse cuando cumplen varias jornadas tras el volante”. Por lo tanto se tiene un porcentaje significativo de individuos en riesgo, ya que existe la probabilidad que ellos consuman algún tipo de sustancias como podría ser tabaco, buscando con ello disminuir el estrés que deriva de su trabajo y de la jornada laboral que cubren.

El apartado no. IV del instrumento empleado en esta investigación fue elaborado por exprofeso para medir exposición a riesgos en los trabajadores del transporte público, los resultados obtenidos en las siete preguntas planteadas indican que la población en general se encuentra en bajo riesgo, sin embargo se debe tener presente que si existe una fracción de esta población que se encuentra en riesgo moderado y riesgo alto. La Promoción de la Salud deberá trabajar con ambas poblaciones, con la primera trabajaría buscando que esta población se mantenga saludable, y con la segunda buscaría disminuir el riesgo al que están expuestos.

4.2 Conclusiones.

- El presente estudio cumplió con el objetivo general establecido que fue: Diagnosticar el Consumo de Tabaco y la Dependencia a la Nicotina en los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México, quienes acudieron al módulo del CENFES A.C., “El Coyol” durante el mes de julio del 2014, con el fin de recabar evidencias que coadyuven a diseñar alternativas desde la perspectiva de la Promoción de la Salud encausadas a minimizar el consumo y los riesgos del tabaco.
- Más del 50% de los operarios de los operarios del transporte público en el Distrito Federal consumen tabaco, sobrepasando la media población de adultos consumidores de tabaco que de acuerdo a la ENA-2011 que es de 34.6%.
- La muestra población de operarios del transporte público consumidores de tabaco, mostró que tienen una adicción a la nicotina leve de acuerdo al Test Fagerström. Sin embargo los resultados mostraron también que hay una fracción de la población que sí presenta una dependencia física intensa.
- En lo que refiere al riesgo de la muestra población de operarios del transporte público estudiada. De manera que se mostró y de acuerdo al instrumento están en bajo riesgo.
- Es pertinente crear una intervención desde la Promoción de la Salud (preventiva), ya que existen la posibilidad de que diversos factores de riesgos se manifiesten sobre la población, lo que llevaría a una disminución de su salud física, probablemente afectando su rendimiento laboral, y sus ingresos económicos. Es importante que el CENFES A.C., contribuya de manera accesible a reducir los riesgos de los que trabajadores del volante que están expuestos al consumo de tabaco y la Promoción de la Salud contribuya a brindar los medios para que los individuos alcancen o se mantenga dentro de la salud.
- El CENFES A.C., debe continuar haciendo intervenciones educativas sobre los riesgos que lleva el consumo de tabaco en los operarios del transporte público, buscando que estas intervenciones realmente contribuyan a la reflexión de los individuos y los lleve a tomar decisiones racionales sobre el consumo del tabaco y a contribuir también a tener un ambiente saludable de trabajo.

4.3 Recomendaciones.

El CENFES A.C., brinda el servicio médico a nivel preventivo para detectar oportunamente posibles padecimientos entre los operarios del transporte público, ya que deberán ser responsables del autocuidado de su cuerpo. Es por eso que se emiten las siguientes recomendaciones que puedan minimizar su consumo o alentarlos para que no consuman durante su jornada laboral, donde se expone también al usuario al humo de tabaco ambiental.

- La primera recomendación es fortalecer las campañas de tabaquismo, se tiene muy poca difusión sobre este tema, ya que el 58.5% la población estudiada son fumadores activos. En la sala de espera se exponen temas relacionados con alcoholismo y las drogas detectadas entre los operarios como son: marihuana, anfetaminas y cocaína, esto se realiza a través de videos informativos sobre las consecuencias al conducir un vehículo. Sería importante abrir un espacio didáctico utilizando el audio visual donde se promueva la importancia de un ambiente de trabajo saludable sin consumo de tabaco, y que aprendieran técnicas o se dieran recomendaciones para evitar el estrés para que este no sea un mecanismo de ansiedad para consumir tabaco.
- Una campaña que se debe realizarse también con los operarios del transporte público, es que sea a través de logotipos o leyenda que digan “**Este vehículo de transporte público es libre de humo de tabaco ambiental**”, esto sería el inicio para fortalecer normatividad o reglamento. Es muy importante la participación de las organizaciones de este gremio de trabajadores para su apoyo y fomentar en sus agremiados ambientes de trabajo saludables.
- Otra propuesta de trabajo sería crear un manual y un video animado de técnicas para minimizar el manejo del estrés laboral en operarios del transporte público, y que sea muy específico para este gremio de trabajadores. Habría que señalar la importancia de la participación de los profesionistas comprometidos con la salud y la capacitación de los trabajadores del transporte público, que permitirá que el material didáctico como el sugerido sea efectivo, contribuyendo a propiciar la reflexión sobre los estilos de vida que llevan los operarios del transporte público en lo que refiere al consumo de tabaco.

- La siguiente propuesta de trabajo desde una perspectiva de la Promoción de la Salud, sería importante actualizar el tríptico informativo que se proporciona durante las campañas de tabaquismo en el CENFES A.C., en el módulo “El Coyal”, su contenido informativo debe ser dirigido principalmente a este gremio de trabajadores, ya que se cuenta con un estudio previo para realizar modificaciones e integrar información relevante e importante que pueda contribuir a tener mayor control de su salud.
- Sería importante darle seguimiento y mejorar esta investigación, a partir de una hipótesis relacionada con el consumo de tabaco y su posible relación al manejo del estrés, ya que esto completaría el presente estudio y se tendría más información sobre los problemas de salud de los trabajadores del transporte público. Además sería importante tomar en cuenta los factores estresantes a los cuales un operario está sometido y que lo inducirían al consumo de sustancias poco saludables, ya que esto puede llevar hacia un proceso de enfermedad física.
- Se recomienda ampliar los temas de salud, considerando la opinión de los operarios del transporte público, que los temas sean de su interés, se puede crear material audiovisual en el cual su opinión sería importante para mejorar el servicio que brinda el CENFES A.C., en atención a su salud.

El gremio de trabajadores del transporte público acude al CENFES A.C., cada dos o tres años, por lo que el CENFES no puede darle un seguimiento que sea constante. Para ellos es obligatorio realizarse exámenes médicos principalmente, ya que en esta área se les retiene el seguimiento de trámite.

Para concluir, para que se pueda lograr lo anterior es necesario la participación de los diferentes actores y que se realicen los esfuerzos necesarios, en cuanto a programas de salud y campañas informativas de temas de salud dirigidos a operarios del transporte público. Si no hay un interés de los diferentes actores involucrados, la salud la seguirían viendo como un objetivo, ya que la salud siempre está presente en el individuo por lo que se sugiere seguir trabajando esta parte tan importante e indispensable en los trabajadores del transporte público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, B., Ortiz H., Saltó. E., y Toledo, J. (2006). Epidemiología del Tabaquismo: Efectos sobre la Salud, Prevalencia de Consumo y Actitudes. Estrategias de prevención y control. 6 de agosto del 2014, de Dirección Xeral de Saúde Pública Sitio web: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/alonso.pdf>
- Arroyo, H. (2004). La Promoción de la Salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica. Perspectivas de la Promoción de la Salud en America Latina. Primera edición, Universidad de Puerto Rico.
- Álvarez, S., Benito, B., Castillo, E., López, M., y Viadero L. (2007). Formación en Tabaquismo para Personal Educativo. 6 de septiembre del 2014, de Consejería de Sanidad. Sitio web: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/drogodependencias/libro%20tabaco%20docentes.pdf>
- American Cancer Society. (2014). Preguntas Acerca del Hábito de Fumar, el Tabaco y la salud. 6 de septiembre del 2014, de American Cancer Society. Sitio web: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002973-pdf.pdf>
- Arroyo, B. (2014). Diagnóstico Situacional del Consumo de Drogas en Estudiantes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Plantel Centro Histórico, Universidad veracruzana. Instituto de Ciencias de la Salud.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal, IV Legislatura. (2004). Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal. 26 de agosto del 2015, de Gaceta Oficial del Distrito Federal Sitio web: [http://www.pgjdf.gob.mx/fedapur/DF/Leyes/Ley%20no%20fumadores%20DF%20\(dic%2009\).doc.pdf](http://www.pgjdf.gob.mx/fedapur/DF/Leyes/Ley%20no%20fumadores%20DF%20(dic%2009).doc.pdf)
- Becoña, E., y Lorenzo, M. (2004). Evaluación de la Conducta de Fumar. 6 de septiembre del 2014, de Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Sitio web: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/tabaco.pdf>
- Becoña, E., y Vázquez, F. (1997). Evaluación de la Conducta de Fumar. 6 de septiembre del 2014, de Universidad de Santiago de Compostela. Sitio web: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1997/art02.3.05.pdf>
- Berrones, L., y Rosales, R. (2011). Condiciones Laborales y de Salud de los Choferes de Taxi y Microbús del Distrito Federal. 6 de septiembre del 2014, de Artículo. Sitio web: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-555-7918lpb.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2008). Ley General para el Control del Tabaco. 15 de septiembre del 2015, de Última Reforma DOF 06-01-2010 Sitio web: <http://www.cofemer.gob.mx/documentos/marcojuridico/otros/LGCTabaco.pdf>
- Cano, A., Tobal, J., González, H., y Iruarrizaga, I. (1994). El Afrontamiento de la Ansiedad en las Drogodependencias. 15 de septiembre del 2014, de Universidad Complutense de Madrid Sitio web: http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/05-10_2.pdf

- Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México [CENFES, AC]. (2008-2013). 5 años trabajando contigo. 15 de septiembre del 2014, de CENFES AC Sitio web: http://portal.cenfesac.org.mx/pdf/historico/5_informe_cenfes.pdf
- Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México, Asociación Civil, [CENFES AC]. (2015). INFORME 2014. 15 de enero del 2015, de CENFES AC Sitio web: <http://portal.cenfesac.org.mx/pdf/informe2014.pdf>
- Chaparro, P., y Guerrero, J. (2001). Condiciones de Trabajo y Salud en Conductores de una Empresa de Transporte Público Urbano en Bogotá D.C. 15 de septiembre del 2014, de Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. Sitio web: <http://www.bdigital.unal.edu.co/22110/1/18674-60666-1-PB.pdf>
- Comin, E., Fuentes, I., Gracia A. (SF). Estrés y el riesgo para la salud. Departamento de Prevención. España. 15 de septiembre del 2014. Sitio web <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>
- Comisión Nacional contra Adicciones [CONADIC]. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, - tratamiento y control de las adicciones. 15 de Septiembre del 2014, de Norma Oficial Mexicana Sitio web: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]. (2011). Programa contra el Tabaquismo: Actualización 2011-2012. 17 de septiembre del 2014, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/taquismo.pdf>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2009). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009. 12 de Abril 2015, de Coeditado con la Organización Panamericana de la Salud, Sitio web: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/GATS_2009.pdf
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. [CONADIC. (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. 15 de septiembre del 2014, de Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Fundación Gonzalo Rio Arronte, I. A. P. Sitio web: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. [CONADIC. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. 15 de septiembre del 2014, de Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Fundación Gonzalo Rio Arronte, http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf
- Confederación de Empresarios de Aragón. (2010). Guía de Actuación de Percepción de Riesgos. 15 de Septiembre del 2014, de Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales Sitio web: [http://www.crea.es/prevencion.nsf/115d8657e25c3ec1257999002aca0d/\\$FILE/Gu%C3%ADa%20de%20Aplicaci%C3%B3n%20Pr%C3%A1ctica.pdf](http://www.crea.es/prevencion.nsf/115d8657e25c3ec1257999002aca0d/$FILE/Gu%C3%ADa%20de%20Aplicaci%C3%B3n%20Pr%C3%A1ctica.pdf)

- Consejería Jurídica y de Servicios Legales. (2003). Reglamento de Transporte del Distrito Federal. 18 de septiembre del 2014, de Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal Sitio web: <http://www.metro.df.gob.mx/transparencia/imagenes/fr1/normaplicable/2013/rtdf14012013.pdf>
- Córdoba, R., y Samitier, E. (2009). 50 Mitos del tabaco. 15 de septiembre del 2014, de Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón Sitio web: http://www.cnpt.es/doc_pdf/Libro_50_Mitos_Tabaco.pdf
- García, D., García, G., Tapiero., Y., y Ramos, D. (2012). Determinantes de los estilos de Vida y su implicación en la Salud de jóvenes Universitarios. 29 de Agosto del 2015, de Universidad de Caldas Sitio web: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826012.pdf>
- García, J. (2012). Concepto de Percepción de Riesgo y su Repercusión en las Adicciones. 15 de septiembre del 2014, de Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España Sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptistas, P. (2003). Metodología de la Investigación. México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Hourmiloungué, M. (1997). ¿Qué es una droga? *Temática del Usos Indevido de Drogas*. 1-3. Recuperado de: http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf
- Jiménez, C., Barrueco, M., Solano, S., Torrecilla, M., Domínguez, F., Díaz J., y Abengozar, R. (2002). Recomendaciones en el Abordaje Diagnóstico y Terapéutico del Fumador. Documento de consenso. 18 de septiembre del 2014, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria Sitio web: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n8/colabora.pdf>
- Jiménez, L., Bascarán, M., García, M., Sáiz, P., Bousoño, M., y Bobes, J. (2004). La nicotina como droga. 18 de septiembre del 2014, de Universidad de Oviedo Sitio web: <http://www.adicciones.es/files/4.1%29.pdf>
-
- Lima, C., y Juárez, A. (2008). Un Estudio Exploratorio sobre Estresores Laborales en Conductores de Transporte Público Colectivo en el Estado de Morelos, México. 18 de septiembre del 2014, de 2º Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales Sitio web: http://factorespsicosociales.com/segundoforo/trabajos_libres/ARANZAES-JUAREZ.pdf
- Manso, M., Martínez, M., Osua, C., Retegi, A., y Suarez, S. (2014). Estrés y Estrategias de Afrontamiento. 22 de julio del 2015, de UPV/EHU Sitio web: http://www.sc.ehu.es/ptwpefej/docencia/asesoramiento%20psicologico/trabajos/4_estres_estrategias_afrontamiento.pdf
- Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e igualdad. (SF). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). 28 de agosto del 2015, Comunidad Española. Sitio web: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_512_EPOC_Lain_Entr_compl.pdf

- Monteverde, H. (2009). Tabaquismo: Grave Problema de Salud. 18 de septiembre del 2014, de Facultad de Medicina, UNAM Sitio web: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/09_sep_2k9.pdf
- Moral, G. (2009). Karl Olov Fagerström: "El tabaquismo es la epidemia que causa más muertes en todo el mundo". 18 de septiembre del 2014, de Periódico Extremadura Sitio web: http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/extremadura/karl-olov-fagerstrom-el-tabaquismo-es-epidemia-causa-mas-muertes-todo-mundo_478092.html
- Nachón, M., García, M., Nachón, F., Hernández, T., y Hernández, G. (2010). Tabaquismo y cáncer bucal: una revisión teórica. 18 de septiembre del 2014, de Instituto de Ciencias de la Salud Sitio web: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol10_num1/articulos/tabaquismo.pdf
- Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud. 15 de septiembre del 2014, de Artículo Sitio web: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y la Organización Mundial de la Salud [OMS]. (SF). Tabaco y Salud Pública: De la Teoría a la Práctica. Módulo 1. 18 de Agosto del 2014, de Organización Panamericana de la Salud Sitio web: <http://cursos.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=57§ion=2>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y la Organización Mundial de la Salud [OMS]. (SF). Tabaco y Salud Pública: De la Teoría a la Práctica. Módulo 2 18 de Agosto del 2014, de Organización Panamericana de la Salud Sitio web: <http://cursos.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=57§ion=3>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, División de Salud y Ambiente y Programa Regional de Salud de los Trabajadores. (2000). Estrategia de Promoción de La Salud en los Lugares de Trabajo de América Latina y el Caribe. 15 de septiembre del 2014, de San José, Costa Rica, Sitio web: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf
- Pinto, F. (SF) EL Tabaquismo. 18 de septiembre del 2014, de Placer Mortal Sitio web: <http://www.drpintofloril.com/downloads/1EL%20TABAQUISMO.pdf>
- Ruiz, M., Rodríguez, I., Rubio, C., Revert, C., y Hardisson, A. (2004). Efectos Tóxicos del Tabaco. 18 de septiembre del 2014, de Asociación Española de Toxicología España Sitio web: <http://www.redalyc.org/pdf/919/91921302.pdf>
- Samet, J. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. 18 de septiembre del 2014, de salud pública de México Sitio web: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pib/riesgos_tabaq.pdf
- Tovalín, H. y Lazcano, F. (1991). Las Condiciones de Salud de los Conductores de Autotransportes Urbanos de Pasajeros de la Ciudad de México. 18 de septiembre del 2014, de Dirección General de Epidemiología de Sitio web: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v111n4p324.pdf>

ANEXO.

Anexo 1. Datos demográficos.

Dependencia a la Nicotina y Riesgos del Consumo de Tabaco en Operarios del Transporte Público en Julio del 2014.				
NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER. Este cuestionario persigue fines puramente académicos, no tiene ninguna relación con su Evaluación Médica Integral.				
Edad (años)	1) 18 a 22	4) 33 a 37	7) 48 a 52	
	2) 23 a 27	5) 38 a 42	8) 53 a 57	
	3) 28 a 32	6) 43 a 47	9) 58 a 62	
	10) 63 años o más			
Sexo	Masculino(1)			
	Femenino.....(2)			
Edo. Civil	Soltero..... (1)		Divorciado.....(3)	
	Casado.....(2)		Unión libre.....(4)	
Grado de Estudios	Primaria concluida (1)		Bachillerato concluido (5)	
	Primaria inconclusa (2)		Bachillerato inconcluso (6)	
	Secundaria concluida (3)		Licenciatura concluida (7)	
	Secundaria inconclusa (4)		Licenciatura inconclusa(8)	
	Otro anotar (cual)			
Operador de	Taxi(1)		Microbús(2)	
	Otro:			
Tipo de trámite	Expedición		Renovación	
¿Cuántos años lleva trabajando usted en el transporte público?	Recién inicio.....(1)			
	Entre 1 y 4 años.....(2)			
	Entre 5 y 10 años.....(3)			
	Más de 10 años.....(4)			
	<small>(Si eres Expedición omite la siguiente preguntas y contesta el apartado 2)</small>			
¿Cuántas horas al día maneja usted?	Entre 8 y 12 horas			
	Más de 12 horas			
	otro(anotar)			

Anexo 2. Consumo de tabaco

APARTADO Nº 2. CONSUMO DE TABACO		
Marca solamente el cuadro derecho después de cada dato.		
1. ¿Ha fumado usted tabaco alguna vez en su vida?	Sí.....(1)	
	No.....(2)	
2. ¿Cuántos años tenía usted cuando fumo tabaco por primera vez?	_____ Años (anotar)	
3. ¿En los últimos 12 meses ha fumado tabaco?	Sí.....(1)	
	No.....(2)	
	Nunca ha fumado....(3)	
4. ¿En los últimos 30 días ha fumado tabaco?	Sí.....(1)	
	No.....(2)	
	Nunca ha fumado....(3)	
5. ¿En los últimos 3 días ha fumado tabaco?	Sí.....(1)	
	No.....(2)	

Anexo 3. Dependencia a la Nicotina.

APARTADO Nº 3 DEPENDENCIA A LA NICOTINA		
1. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	Menos de 10.....(0)	
	11 a 20.....(1)	
	21 a 30.....(2)	
	31 o más.....(3)	
2. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 min.....(3)	
	Entre 6 y 30 min.....(2)	
	Entre 31 y 60 min.....(1)	
	Más de 60 min.....(0)	
3. ¿Encuentra usted difícil abstenerse de fumar en lugares prohibidos?	Sí.....(1)	
	No.....(2)	
4. ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	Al primero de la mañana.....(1)	
	Cualquier otro.....(0)	
5. Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día, que durante el resto	Sí.....(1)	
	No.....(2)	
6. ¿Fuma usted cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo e incluso en cama?	Sí.....(1)	
	No.....(2)	

Anexo 4. Riesgos.

<u>APARTADO N° 4. RIESGOS</u>		
1. Conoce usted las razones por las que es peligrosos fumar tabaco	Sí.....(1)	
	No.....(2)	
	Más o menos.....(3)	
2. Sabe usted quien sólo respira el humo de tabaco, es como si hubiera fumado uno o varios cigarros	Sí, lo sé(1)	
	No, lo sabía.....(2)	
	Eso dicen, pero es un mito.....(3)	
3. Fumar le ha presentado a usted alguna dificultad para respirar o le ha faltado el aire	Sí.....(1)	
	No.....(2)	
	No, no lo sé.....(3)	
4. d. ¿Conoce usted el artículo del reglamento de transporte público en donde se menciona: "Los conductores de vehículos del transporte público están obligados a: portar el uniforme y abstenerse de fumar durante el servicio?"	Sí es el Art. 34(VI).....(1)	
	Sí es el Art. 35(VI).....(2)	
	No lo recuerdo.....(3)	
5. ¿Familias, amigos o compañeros de trabajo le han aconsejado a usted que deje de fumar?	Frecuentemente.....(1)	
	A veces.....(2)	
	Nunca.....(3)	
6. Su trabajo, es pasar varias horas detrás del volante. Considera usted necesarios fumar para mantenerse alerta.	Sí, es necesario.....(1)	
	A veces es necesario.....(2)	
	No, no es necesario.....(3)	
¿Se abstiene usted de fumar durante la prestación del servicio público?	Siempre.....(1)	
	Casi siempre.....(2)	
	Nunca.....(3)	