

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA
POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS, LOCALIDAD DE COROICO DEL
DEPARTAMENTO DE LA PAZ, PRIMER SEMESTRE 2016.**

POSTULANTE: Lic. Claudia Jhovana Carrizales

TUTORA: Dra. PhD. Alejandra Salas Clavijo

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER
SCIENTIARUM EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN EPIDEMIOLOGÍA**

La Paz - Bolivia

2018

DEDICATORIA

A mi madre Sofía Carrizales (+), por haberme concedido el don de vida, por fortalecer día a día mi corazón y haber puesto en mi camino a mi familia que han sido mi soporte y mi luz para seguir adelante.

A mis hijos Víctor Alejandro, Gabriela y mi amado esposo Víctor Hugo, quienes me brindan amor, cariño, apoyo y comprensión constante cada día y permitieron seguir superándome.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por permitirme la vida, por darme fortaleza todos los días.
- A esposo e hijos, porque con su amor, paciencia, comprensión y apoyo durante la realización del trabajo, me dieron fuerzas para conseguir con esta meta.
- A la Universidad Mayor de San Andrés a los docentes de la carrera de medicina del post grado por haberme acogido en sus instalaciones y compartido sus conocimientos para brindarme sabiduría.
- Al Dr. Carlos Tamayo, por el apoyo brindado en la elaboración de la tesis.
- A mis hermanos Cecilia, Federico y Daniela, por el apoyo que me dieron durante la elaboración de la tesis.
- A mis padres políticos, por brindarme confianza y paciencia durante la elaboración de mi tesis.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	ANTECEDENTE Y JUSTIFICACIÓN	5
2.1.	Antecedentes	5
2.2.	Justificación:.....	9
3.	MARCO TEÓRICO.....	12
3.1.	Definición de tabaquismo	12
3.2.	Epidemiología.....	14
3.3.	Composición del humo del Tabaco	16
3.3.1.	Tabaquismo activo y tabaquismo pasivo	19
3.4.	Enfermedades no transmisibles.....	21
3.5.1.	Enfermedades Cardiovasculares	22
3.5.2.	Enfermedades Respiratorias	23
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
5.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	36
6.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:	37
7.	HIPOTESIS.....	39
8.	OBJETIVOS.....	40
8.1.	Objetivo General	40
8.2.	Objetivos Específicos.....	40
9.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
9.1.	Contexto o lugar de intervención	41
9.2.	Mediciones.....	42
9.2.1.	Unidad de observación.....	43
9.2.1.1	Características del operativo de campo	44
9.2.2.	Marco muestral.....	44
9.2.3.	Plan de análisis.....	45
9.2.4.	Análisis estadístico	45
10.	RESULTADOS	46
11.	DISCUSIÓN.....	55

12.	IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS:	56
13.	AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS.....	57
14.	CONCLUSIONES.....	58
15.	RECOMENDACIONES.....	59
16.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
17.	ANEXOS	66
17.1.	Lugar del estudio.....	66
17.2.	Encuesta de investigación.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONSUMO RECIENTE DE TABACO	15
FIGURA 2. HÁBITO DE FUMAR AL DESPERTAR POR LA MAÑANA, EN LA POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016	53
FIGURA 3 . TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016	53

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO SEGÚN CIUDAD	9
CUADRO 2. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO SEGÚN SEXO	14
CUADRO 3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
CUADRO 4. RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016	47
CUADRO 5. RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y CONSUMO DE TABACO, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016.	47
CUADRO 6. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016.....	48
CUADRO 7. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016	50
CUADRO 8. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016	51
CUADRO 9. CONSUMO PROMEDIO DE CIGARRILLOS AL DÍA, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016.....	52
CUADRO 10. EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO CIGARRILLOS, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016.....	52
CUADRO 11. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, CON HÁBITO TABÁQUICO COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE 2016	54

LISTA DE ACRÓNIMOS

ENT	Enfermedades No Transmisibles
FR	Factores de Riesgo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión
CPE	Constitución Política del Estado
INE	Instituto Nacional de Estadística
CONALTID	Consejo Nacional de Lucha contra el tráfico ilícito de Drogas
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CdC	Consumo de cigarrillo
EPOC	La enfermedad pulmonar obstructiva crónica

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: El tabaquismo, considerado durante años un hábito, es en realidad una dependencia. La nicotina, el principio activo del tabaco es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica. La dependencia del tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV). Objetivo: Determinar la relación entre el consumo de tabaco y las características sociodemográficas en población de 18 a 60 años de la localidad de Coroico del Departamento de La Paz, durante el primer semestre del 2016. Método: Estudio transversal analítico, con un muestreo no probabilístico accidental con un total de 305 unidades de estudio. Resultados. De todas las variables sociodemográficas incluidas en el análisis de relación con el consumo de tabaco solo el género estuvo asociado ($X^2= 12,443$ $p = 0,00$). 54 % fueron mujeres, siendo la edad más frecuente en el rango de 41 a 50 años con el 42%, la mayoría estaba casado/a (42%), el nivel de instrucción más frecuente fue secundaria seguida de primaria con 42 y 31% respectivamente. Nueve de cada 10 se auto identificaron como aymaras (89,5%), el 77% católicos, gran parte tiene un trabajo independiente (65,6%), la mitad de la muestra tenía trabajo permanente y la otra mitad trabajo temporal. La tasa de exposición al tabaco activo y pasivos fue de 36 por mil habitantes, la tasa de fumadores de productos de tabaco 17.2 por mil habitantes, la tasa de expuesto al humo de tabaco 19 por mil habitantes. Gran de los fumadores consume en promedio 1 cigarrillo al día. La mayor parte de la población en estudio declaró haber iniciado con el hábito tabáquico a los 18 años, solo el 1% tenía el hábito de consumir tabaco al despertar por la mañana. Solo el 13 % de la población encuestada con hábito tabáquico refirió estar con tratamiento para dejar de fumar, pero no refieren el tipo de tratamiento que reciben. El 20% de los encuestados refirió que fumaban anteriormente. Conclusión: La única variable sociodemográfica asociada al consumo de tabaco fue el género, siendo un factor de riesgo la condición de ser varón. Los individuos de ambos sexos, femeninos y masculinos tienen tasas de prevalencia distintas para el consumo de productos de tabaco, a expensas del sexo masculino.

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: Smoking, considered a habit for years, is actually a dependency. Nicotine, the active substance of tobacco is an addictive drug and as such has the characteristics of other drugs: tolerance, physical and psychological dependence. Tobacco dependence is recognized as a mental and behavioral disorder in both the International Classification of Diseases of the World Health Organization (ICD-10) and in the Diagnostic and Statistics Manual of the American Psychiatric Association (DSM-IV). Objective: To determine the relationship between tobacco consumption and sociodemographic characteristics in a population between 18 and 60 years old in the town of Coroico of the Department of La Paz, during the first half of 2016. Method: Analytical cross-sectional study, with a non-probabilistic sampling accidental with a total of 305 units of study. Results Of all the sociodemographic variables included in the analysis of the relationship with tobacco consumption, only gender was associated ($\chi^2 = 12,443$ $p = 0.00$). 54% were women, being the most frequent age in the range of 41 to 50 years with 42%, the majority were married (42%), the most frequent level of instruction was secondary followed by elementary school with 42 and 31% respectively. Nine out of 10 identified themselves as Aymara (89.5%), 77% Catholics, a large part have independent work (65.6%), half of the sample had permanent work and the other half had temporary work. The exposure rate to active and passive tobacco was 36 per thousand inhabitants, the smoking rate of tobacco products 17.2 per thousand inhabitants, the rate of exposure to tobacco smoke 19 per thousand inhabitants. Large smokers consume an average of 1 cigarette a day. The majority of the study population declared having started smoking at age 18, only 1% had the habit of using tobacco when waking up in the morning. Only 13% of the population surveyed with smoking habit reported being treated to quit smoking, but they do not refer the type of treatment they receive. 20% of respondents reported that they smoked previously. Conclusion: The only sociodemographic variable associated with tobacco consumption was gender, being a risk factor the condition of being male. Individuals of both sexes, female and male, have different prevalence rates for the consumption of tobacco products, at the expense of the male sex.

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco o tabaquismo representa uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel de los países desarrollados y de manera emergente en los países en desarrollo por estar relacionado con las enfermedades no transmisibles, involucrando los diversos niveles de atención en salud, a pesar de ser un problema de salud pública prevenible.(1)

Las enfermedades no transmisibles no solo representan las principales causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad en los países desarrollados, sino que también contribuyen de manera significativa con la carga global de mortalidad en los países en desarrollo.

La identificación y modificación de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles; constituyendo la principal medida preventiva para controlar la pandemia de estas enfermedades. Estos factores de riesgo relacionados con los hábitos son modificables y constituyen hoy en día la estrategia principal para reducir la probabilidad de padecer estas enfermedades. Junto al tabaco, la inactividad física, la alimentación carente en frutas y verduras, el estrés y consumo de alcohol, entre otros constituyen los principales factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles. El consumo de tabaco, fundamentalmente en forma de cigarrillos, se encuentra incorporado en los hábitos de conducta de nuestra sociedad de forma extensa desde su industrialización y aparición del cigarrillo que hoy conocemos.

Paralelamente a la generalización del consumo de tabaco empezaron a aparecer las primeras pruebas sobre su nocividad. El estudio epidemiológico de Doll y Hill en los años cincuenta, en el que se evidenció la relación entre el consumo de tabaco y el exceso de mortalidad, marcó el principio de una extensa lista de

nuevos informes en los que se ha relacionado al tabaco como factor de riesgo de un gran número de problemas de salud.

En los países industrializados, el tabaquismo se ha convertido en la primera causa de morbi-mortalidad evitable. Esto, junto al alto coste sanitario y social, unido al hecho de que el tabaquismo es un factor de riesgo susceptible de prevención, ha convertido a la reducción de la prevalencia de consumo del tabaco en uno de los objetivos prioritarios de las políticas de salud de cualquier país de nuestro entorno socioeconómico.

El tabaquismo, considerado durante años un hábito, es en realidad una dependencia. La nicotina, el principio activo del tabaco es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica.

La dependencia del tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV). (2)

Por tanto, las enfermedades atribuibles al tabaco abarcan un amplio espectro como el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, entre otros, tanto en fumadores y no fumadores (o llamados también fumadores activos y pasivos, respectivamente).

El tabaco es una sustancia más usadas y causantes del mayor daño entre las comunidades indígenas en la Región de las Américas. Esta población es especialmente vulnerable dados sus niveles de pobreza y el limitado acceso a la salud, la educación y otros servicios apropiados para la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de tabaco, así como también, la

influencia de su pasado colonial. Por lo general, el consumo de alcohol está acompañado del consumo de tabaco, muchas veces sin filtro.

Las muertes atribuibles al consumo de tabaco en América Latina no muestran sistemas de registro adecuados que nos permitan valorar su verdadera magnitud, aunque debemos considerar que el 30% de su población adulta es fumadora.(1) En la población entre los 12 y 50 años existe un 31.7 % de fumadores. La cantidad de información respecto a las repercusiones en la salud de los fumadores activos y pasivos ha hecho que la Organización Mundial de la Salud califique al tabaquismo como una pandemia, también recomienda que la lucha anti tabáquica esté dentro de las políticas de intervención de los diferentes programas de salud y en las legislaciones de los países. (3)

En Bolivia el tabaquismo tiene una prevalencia del 30%, la edad de inicio de consumo es de 17 años. Es el principal responsable de las Enfermedades No Transmisibles y de 7 de las principales causas de muerte. En el país, prematuramente mueren más de 4.830 bolivianos y bolivianas al año por causa del tabaquismo (4), en la que intervienen el Estado a través del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y organizaciones no gubernamentales, elaborando políticas destinadas a reducir el consumo.

En nuestro país, se ha impulsado el Buen Vivir de las personas como eje central de la política del gobierno, relacionado con la salud, tratando de disminuir factores de riesgo promoviendo y rescatando las prácticas tradicionales desde el punto de vista natural; es decir, que a través de la cultura se identifique las formas adecuadas de llevar una vida sana para conseguir el bienestar individual y colectivo de todas las personas, sin ningún tipo de exclusión.

Sin embargo, la lucha anti tabáquica encuentra algunos obstáculos tales como no llegar a sectores étnicos como es el caso del Departamento de La Paz, identificándolos como poblaciones en riesgo de consumo, por lo cual es posible

suponer que las medidas preventivas existentes aún son ineficientes en estos sectores de la población.

La presente investigación se da con el fin de obtener datos sobre el consumo de tabaco en la población de Coroico y los efectos de este en su salud, con la idea de plantear estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación en el manejo de personas adultas relacionadas con el consumo de tabaco.

2. ANTECEDENTE Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud, instituyó su Primer Día Mundial sin Tabaco en 1988, convertido posteriormente en un acontecimiento celebrado el 31 de mayo de todos los años con temas diversos y se han otorgado medallas conmemorativas a los países que se han distinguido por su lucha contra el tabaquismo.

La década transcurrida desde la aprobación de la estrategia ha sido testigo de importantes avances de política e iniciativas estratégicas que suponen un apoyo adicional para los Estados Miembros en su lucha contra el Tabaco. Los hitos más destacables son los siguientes.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco- OMS fue adoptado por unanimidad en la 56.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2003 y entró en vigor 90 días luego de la 40.^a ratificación del Convenio, en febrero del 2005. A octubre del 2012, el CMCT- OMS contaba con 176 Partes, 29 de ellas pertenecientes a la Región de las Américas, donde sólo Argentina, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Haití y República Dominicana no lo han ratificado aún. Es uno de los tratados más respaldados en la historia de las Naciones Unidas. (5)

Sin embargo, en la actualidad el consumo de tabaco es la principal causa prevenible de defunción en todo el mundo. El tabaco mata a casi 6 millones de personas cada año, de los cuales más de 600.000 no son fumadores, que mueren por respirar humo ajeno. Si no se adoptan medidas, para 2030 el tabaco matará a más de 8 millones de personas cada año, de las cuales más del 80 % serán habitantes de países de bajos y medianos ingresos. (6)

Aumentar los impuestos sobre el tabaco en apoyo de la reducción del consumo de tabaco es un elemento básico del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), un tratado internacional vigente desde 2005 que ha sido adoptado por 178 Partes.

En septiembre de 2011, los líderes mundiales adoptaron en la Asamblea General de las Naciones Unidas una Declaración política de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles, y se comprometieron a acelerar la aplicación del CMCT de la OMS. En ese contexto, se pidió a la OMS que completara una serie de tareas globales que acelerarían los esfuerzos nacionales para hacer frente a las enfermedades no transmisibles. (7)

Desde entonces se ha establecido una agenda mundial basada en nueve metas globales concretas para 2025 relacionadas con las enfermedades no transmisibles, y organizadas en torno al plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

Ahora bien, en cuanto a la Legislación del tabaco en Bolivia establece una serie de regulaciones a su comercialización. Esta regulación se fundamenta en los daños a la salud que el cigarrillo produce tanto en fumadores como en no fumadores (fumadores pasivos).

Las tasas actuales de fumadores de tabaco varían en los países del continente americano. Las más elevadas se registran en tres países del Cono Sur: Chile (40.9%), Argentina (40.1%) y Uruguay (32%). Asimismo, en el Caribe, las tasas más elevadas se presentan en Cuba (36.8%), mientras que St. Vincent y Granadine (13.5%) registran las más bajas. Por su parte, América Central alcanza tasas de 17.6% (Costa Rica). Dentro de los países andinos, las tasas fluctúan entre 18.9% en Colombia, 27.8% en Perú y 29.8% en Bolivia. Dentro de la región de América del Norte, la prevalencia de fumadores de tabaco es de

27.7% en México y Estados Unidos de América (EUA) y de 25% en Canadá. En México, la prevalencia de fumadores en general ha permanecido estable 2-5 particularmente entre los hombres, y está creciendo entre los adolescentes.

El consumo de cigarrillo (CdC) es un factor de riesgo para más de 20 grupos de enfermedades que afectan casi todo el organismo, es la primera causa de muerte evitable y anualmente provoca la muerte prematura de 5.000.000 de personas en todo el mundo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa un grave problema de salud pública, porque su inicio muchas veces ocurre en la adolescencia, lo cual genera morbimortalidad en la adultez. Según este organismo internacional, la prevalencia mundial en el 2000 entre hombres y mujeres mayores de 14 años fue de 35.1 y 22% respectivamente. El CdC es la principal causa prevenible de muerte en Estados Unidos. Se calcula que causa 440.000 o casi 1 de cada 5 muertes cada año. Esta cifra incluye 35.000 muertes por exposición al humo secundario.

Nuestro país no queda exento de las cifras alarmantes en torno al consumo de tabaco a nivel mundial, por lo que señalamos que el fumador boliviano consume un promedio de 20 cigarros por día, presentando males comunes que origina el tabaquismo como ser la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), el asma, la cardiopatía coronaria, el aneurisma aórtico y el cáncer de pulmón, provocando también envejecimiento prematuro, ceguera, caída de cabello y caries, entre otras consecuencias, ya que el cigarrillo tiene 4.000 sustancias que producen esas enfermedades. (7).

El "*Segundo Estudio de Drogas 2014*", elaborado por el Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID), indica que la prevalencia de personas fumadoras de entre 12 y 65 años es de 25% en Bolivia. El estudio

2014 también establece que en Bolivia existen más de dos millones de bolivianos que consumen productos derivados del tabaco de forma habitual. La edad promedio de inicio del hábito son los 18 años. Se estima, que en Bolivia cada año fallecen más de 4.000 personas, es decir 12 al día, por enfermedades relacionadas al consumo del tabaco. (8)

Asimismo, mediante el informe "Radiografía del Tabaquismo" indica que Bolivia sigue siendo el segundo país de la región, después de Chile que es el primero, con más índice de prevalencia de tabaquismo. La Radiografía también revela que 500 personas al año mueren por la inhalación del humo de tabaco. El daño es más fuerte en una persona que no fuma, porque las personas se exponen a más de 4.000 sustancias tóxicas, 50% son altamente riesgosas: alquitrán, monóxido de carbono, arsénico, nicotina, benceno, plomo, amoniaco, entre otros.

De acuerdo al Ministerio de Salud, Bolivia ocupa el segundo lugar en el consumo de tabaco en América, estudio publicado por la Organización Panamericana de la Salud, revelando que paradójicamente Estados Unidos está detrás de nosotros. Las estadísticas indican que el 30% de la población boliviana de alguna u otra forma tiene el hábito de fumar, de ese 30%, el 42% son varones, el 18% son mujeres mayores de 18 años y el restante porcentaje son menores de 17 años que consumen tabaco. (9)

Por tanto, la alta prevalencia e incidencia de consumo de tabaco, es un problema de salud a nivel mundial, en Bolivia, esta patología se encuentra entre las principales causas de morbilidad, así como, de mortalidad; en el departamento de La Paz ocurre el mismo problema, por lo tanto, las población que se encuentra en este departamento son propensos a presentar el consumo de tabaco y más aún si hablamos de grupos étnicos, como es el caso de la población de estudio de la presente investigación, que durante mucho tiempo y aún en la actualidad sufren de discriminación y falta de igualdad de oportunidades.

En este sentido, un análisis por ciudad revela que el consumo de tabaco presenta prevalencias de vida mayores que el promedio nacional para las ciudades de La Paz, Oruro y Sucre; mientras que las prevalencias de año (consumo reciente) resultan mayores las ciudades de La Paz, Sucre, Oruro, Trinidad y Santa Cruz. Finalmente, las prevalencias de consumo actual (prevalencia de mes) se presentan en las mismas ciudades de prevalencia de consumo reciente. (10)

CUADRO 1. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO SEGÚN CIUDAD

CIUDAD	CONSUMO AL		SIEMPRE
	MES	AÑO	
BOLIVIA	14.81	25.05	45.31
Sucre	21.28	33.34	46.44
La Paz	20.67	39.90	59.98
Cochabamba	11.72	22.65	39.30
Oruro	16.69	29.90	59.75
Potosí	15.10	21.69	37.69
Tarija	7.02	15.33	31.00
Santa Cruz	16.80	25.67	43.27
Trinidad	19.42	25.40	43,56
Cobija	11.61	18.26	38.88
El Alto	8.25	17.87	41.96

Fuente: CONALTID-2014, Segundo Estudio de Drogas Bolivia 2014

2.2. Justificación:

El consumo de tabaco es la epidemia invisible que está en aumento en sociedades ricas y cada vez más en grupos poblacionales con menos recursos económicos, de tal manera que aumenta su vulnerabilidad no solo para hacerse adicto al tabaco, sino a los resultados de este hábito respecto a su salud.

Se ha promulgado instrumentos jurídicos para el control del tabaco en muchos de las aéreas involucradas, sin embargo; el impacto de las mismas no es contundentes como se espera en un problema de esta naturaleza.

Se han logrado muchos estudios en el ámbito internacional y nacional, estableciendo la prevalencia para grupos específicos de población, estos estudios no han logrado visibilizar la relación del consumo de tabaco con la percepción de la población del riesgo que significa fumar.

Son poco los estudios existentes respecto a la problemática del consumo de tabaco, siendo que la población en ciudades intermedias como el caso de Coroico con una dinámica urbana es altamente vulnerable.

En el país no existe una efectiva política de promoción y prevención de la salud, esta carencia se debe a que estas estrategias que debían ser horizontales a todas las intervenciones clínicas y epidemiológicas, se han convertidos en estructuras orientadas más a la formulación de la política de salud.

Para una adecuada implantación de estrategias de promoción y prevención se hace imprescindible identificar el perfil de los grupos de población a riesgo y para ello no es suficiente el grupo etareo. El presente estudio permite identificar a los grupos de población a riesgo para una adecuada implantación de estrategias de promoción y prevención del tabaquismo y de las ENTs.

Este problema se complica aún más, porque existe un gran porcentaje de personas que desconocen lo que puede llegar a provocar el consumo de tabaco. El análisis y la determinación de los factores de riesgo, ayudará a buscar estrategias para prevención, promoción y tratamiento de este problema.

Por tanto, es importante realizar la presente investigación en el departamento que presenta la incidencia más elevada a nivel nacional del consumo de tabaco, hablamos de La Paz que es un sector que aglomera diferentes etnias, por tanto, su población es vulnerable a presentar enfermedades no transmisibles; además estas etnias no han sido objeto de estudio en el que se puede evidenciar los

factores de riesgo para la aparición de enfermedades no transmisibles en relación al consumo de tabaco. De allí la importancia de la relación del consumo de tabaco con enfermedades no transmisibles en grupos etáreos de 18 a 60 años de edad, y de este modo plantear acciones de educación en salud, especialmente en los procesos de prevención que contribuyan al buen vivir de las etnias.

Siendo que también que el consumo de tabaco es un factor predisponente para la incidencia de diferentes enfermedades causando alta morbi – mortalidad en nuestra población.

Los resultados de esta investigación, podrían ser un referente para posteriores investigaciones y de allí su relevancia, de esta manera, se estaría contribuyendo, al mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores de la localidad de Coroico del departamento de La Paz, poblaciones con menor información acerca del consumo de tabaco, el cual concurriría en un importante aporte al sector de salud del departamento de La Paz y por ende de nuestro país.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Definición de tabaquismo

“El tabaquismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser una drogodependencia: la nicotina, principio activo del tabaco, es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica. La adicción a la nicotina obliga a los fumadores a mantener el consumo de tabaco y, de esta forma, suprimir o evitar los síntomas derivados del descenso de los niveles de nicotina en el organismo (síntomas de privación). Esto genera que las personas pierdan la libertad de decidir y se vean obligadas a mantener y aumentar progresivamente su consumo”. (9)

Por lo anteriormente mencionado, no existe un acuerdo unánime sobre cuándo se considera que una persona es fumadora. No hay ningún valor de consumo que sea seguro, ni tampoco ningún tipo de consumo. Fumar un cigarrillo supone la absorción de sustancias tóxicas e irritantes, que no son inocuas en ninguna dosis.

Ahora bien, el riesgo asociado está en relación con el número de cigarrillos fumados y con el tiempo que se lleva fumando. Según la OMS un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes, cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. En trabajos de intervenciones de profesionales sanitarios de atención primaria en Estados Unidos cataloga como fumador a toda persona que haya consumido tabaco, aunque sea un cigarrillo en la última semana. En la práctica habitual, y en el contexto de la mayoría de los protocolos clínicos, fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta “¿usted fuma?”.

Parte del problema del tabaquismo es la creencia de que se trata de un mal hábito, sin embargo para entender la magnitud del problema se debe de partir del concepto, *“el tabaquismo es una adicción, la adicción se establece mediante la progresiva instauración de la tolerancia farmacológica (necesidad de dosis mayores para conseguir los mismos efectos) y la aparición de la dependencia psíquica y física, actualmente se tiende a la situación del término dependencia Física por el de neuroadaptación”*. (10)

Entendiendo como adicción al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia en este caso de la nicotina. (11)

Existen varias clasificaciones de las drogas desde el punto de vista de sociología de Freixa quien divide a las drogas en institucionalizadas, o legales y no institucionalizadas, o ilegales. Entre las primeras destacan el alcohol, tabaco y café. De las más usadas por su operatividad, está la de Nahas, elaborada con criterios farmacológicos a partir de las experiencias de autoadministración de drogas en simios.

Nahas considera ocho factores: acción sobre el humor, neurotoxicidad, acción de refuerzo positivo, tolerancia, síndrome de abstinencia, patología mental, patología somática y letalidad de la sobredosis. Lo divide en 7 grupos que son Opiáceos, Psicoestimulantes mayores, Psicodepresores, cannabis, alucinógenos, solventes y Psicoestimulantes menores; clasificando al tabaco en este último grupo junto con la cola, Khat y la cafeína. Dando puntos de neurotoxicidad, tolerancia, síndrome de abstinencia, patología mental y sobredosis letal. La nicotina es un compuesto sumamente adictivo entendiendo como sustancia adictiva a aquella que altera funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumidas reiterativamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción.

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

3.2. Epidemiología

En Bolivia el tabaquismo representa que cada día mueran 12 personas, lo que significa 4.380 fallecimientos por esta causa a consecuencia de todas las enfermedades que se asocian a esta adicción. (13)

La prevalencia del tabaquismo en Bolivia principalmente basados en la II Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos de nueve Ciudades Capitales de Departamento, más la ciudad de El Alto 2014, que es la fuente de información más relevante sobre consumo de tabaco en Bolivia, muestra que el Tabaco es la segunda droga legal de preferencia de los bolivianos, en el cual un 45,31% de los consumidores de tabaco lo habrían hecho alguna vez en la vida, un 25,05% alguna vez en el último año y un 14,81% alguna vez en el último mes.

CUADRO 2. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO SEGÚN SEXO

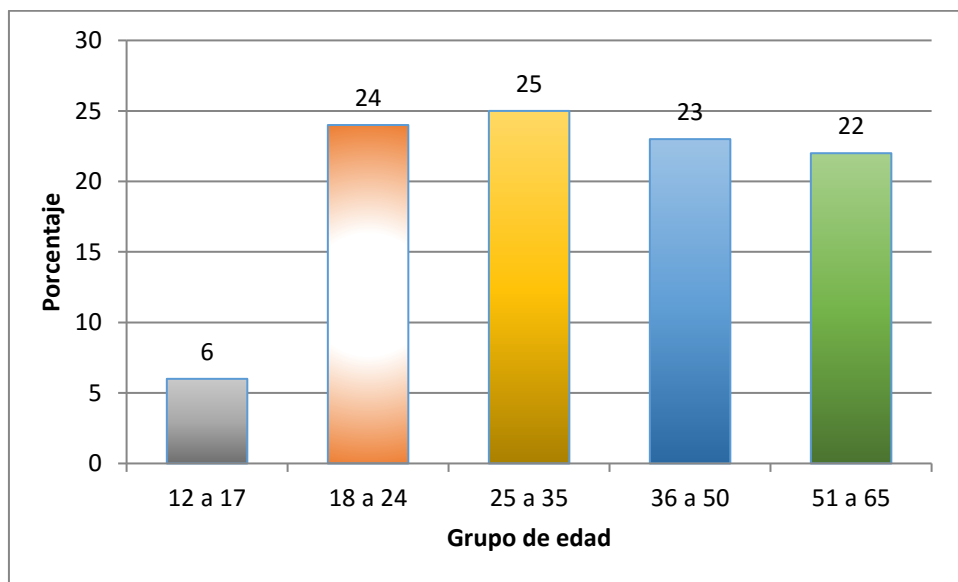
Sexo	Mes	Año	Vida
Mujer	9.13	16.97	36.23
Varón	21.94	35.20	56.71

Fuente: CONALTID-2014, Segundo Estudio de Drogas Bolivia 2014

Los varones son quienes mayoritariamente consumen esta sustancia en todos los indicadores, además para las prevalencias de año y mes, duplican los consumos de las mujeres.

Asimismo, la distribución de las tasas de prevalencia de consumo de tabaco por edad refleja que son los adolescentes (12 a 17 años) quienes comparativamente consumen menos que el resto de los grupos de edad. Nótese el pronunciado incremento de las prevalencias de mes, año y vida entre aquellos que se encuentran en la adolescencia (12 a 17) y los jóvenes adultos (18 a 24), para luego alcanzar una cima en las prevalencias entre los 25 y 50 años, para luego disminuir mínimamente en el grupo de 36 a 50 años. Por otra parte, resulta evidente que la prevalencia de consumo en edades posteriores no refleja marcados aumentos ni disminuciones entre los grupos de edad de 25 a 35 años, 36 a 50 años y de 51 a 65 años.

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONSUMO RECIENTE DE TABACO



Fuente: CONALTID-2014, Segundo Estudio de Drogas Bolivia 2014

Recurriendo a un análisis del consumo anual por grupo de edad se aprecia que la situación descrita anteriormente se corrobora en los consumos recientes. Los

más jóvenes presentan proporcionalmente menores tasas de consumo que los jóvenes adultos (18 a 24 años); los adultos jóvenes de 25 a 35 años se encuentra apenas dos puntos porcentuales por encima de los adultos (36 a 50 años), para luego descender a un 22% para el grupo de 51 a 65 años.

3.3. Composición del humo del Tabaco

La composición del humo del tabaco se desarrollará de acuerdo a los autores Rodríguez de Guzmán, Tarancón Llorente y Jiménez Ruíz, los cuales señalan que el humo es el resultado del proceso de combustión incompleta por incandescencia del tabaco presentado en todas sus formas conocidas: cigarrillo, cigarro puro y pipa. El acto de fumar es un proceso basado en la combustión del tabaco y la posterior inhalación del humo resultante.

La combustión del tabaco da lugar a dos diferentes columnas o corrientes: la corriente principal representa el conjunto de gases y partículas que el fumador inhala voluntariamente, y la corriente secundaria o lateral que se origina de forma espontánea sin que intervenga la aspiración del humo. (13)

“A pesar de la utilización de las modernas técnicas de cromatografía en fase de vapor o en fase líquida y la espectrometría de masas para el análisis del humo del tabaco, la composición química exacta del mismo aún no se conoce con exactitud. Para el correcto análisis del humo del tabaco deben diferenciarse dos fases: la fase particulada, y la fase gaseosa”. (14) Ambas fases poseen un importante papel en la formación de las corrientes principal y secundaria.

Para distinguir estas fases se utiliza un filtro tipo “Cambridge” formado por agujas de vidrio muy finas capaces de retener sustancias de tamaño inferior a 0.3 micras, (retiene el 99% de las partículas menores de 0.1 micra) mientras que permite que los gases lo atraviesen libremente. Tras hacer pasar el humo del tabaco por el

filtro Cambridge, la fase particulada queda retenida casi totalmente. Esta fase está formada prácticamente por alquitrán y nicotina. (15)

Los gases residuales del aire, así como los gases y vapores resultantes de la combustión que atraviesan el filtro, forman la fase gaseosa. La separación completa de estas dos fases resulta bastante difícil. Tras el análisis del humo, se distinguen dos componentes invariables: agua y materia seca, quedando incluidas todas las sustancias originarias, así como las sintetizadas en el momento de la combustión.

El agua, que “forma parte del 80% del tabaco verde, se presenta en dos formas distintas: la química o constitucional enlazada químicamente a las moléculas de la materia orgánica, y la forma higroscópico que se encuentra enlazada a los coloides y cristaloides y desaparece durante el curado tras el cual queda en el tabaco seco, sólo un 12-24% de agua. La materia seca está formada por componentes orgánicos y no orgánicos”.

Tras la combustión total del tabaco, se produce una evaporación completa del agua y las sustancias orgánicas de la hoja dando lugar a un material residual que se denomina ceniza, la cual está compuesta por óxidos de calcio, de potasio y de magnesio, y pequeñas cantidades de otros minerales: sodio, hierro, azufre, cloro, etc.

Las sustancias orgánicas corresponden al 75-80% de la materia seca y se han dividido a su vez en nitrogenadas: proteínas, aminoácidos, amoníaco y alcaloides como la nicotina, y no nitrogenadas entre las cuales podemos encontrar hidratos de carbono, polifenoles y glucósidos, pectinas, ácidos orgánicos, sustancias aromáticas, resinas y ciertos aceites.

Las enormes listas de sustancias procedentes del humo del tabaco, tanto originarias como sintetizadas durante su combustión, no pueden ser estudiadas en profundidad, por dificultades técnicas, sobre todo, porque muchas de ellas son sintetizadas por mecanismos desconocidos o poco explicables.

La nicotina es la sustancia más representativa y característica del tabaco. Presente en sus hojas y en el humo de su combustión. De una gran toxicidad como sustancia pura, la administración de 2 gotas de nicotina sublingual es capaz de producir la muerte de un gorrión, siendo la dosis tóxica en el hombre vía intravenosa de unos 40-60 mg. El monóxido de carbono es un gas incoloro muy venenoso, de gran toxicidad, presente en el humo del tabaco. Su concentración en el humo del cigarrillo es del 1 al 3%, en el tabaco de pipa un 2% y en el cigarro puro alcanza el 6%. Por otro lado, la utilización de filtros aumenta la cantidad de CO inhalado. (15)

Los no fumadores situados en un ambiente de humo absorben de forma pasiva una cantidad importante de CO, que incluso puede resultar más perjudicial que en el fumador que está normalmente más acostumbrado a estos ambientes cargados de humo. Después de atravesar la barrera alveolo-capilar se combina con la hemoglobina para formar la carboxihemoglobina. (15)

La afinidad del monóxido de carbono por la hemoglobina es 240 veces superior a la del oxígeno. Los gases irritantes presentes en la fase gaseosa del humo del tabaco son la acroleína, el formaldehído y el acetaldehído. Son estas sustancias las que producen una mayor irritación en la mucosa respiratoria. En especial los aldehídos son capaces de producir una disminución e incluso abolición del movimiento ciliar.

De las numerosas sustancias cancerígenas presentes en el humo del tabaco, la más conocida y estudiada es el benzopireno que se forma durante la combustión

del tabaco. Otras sustancias que han sido consideradas: benzoantracenos, arsénico, cromo, níquel, polonio, y nitrosaminas. (15)

3.3.1. Tabaquismo activo y tabaquismo pasivo

Tanto los fumadores activos como los pasivos absorben componentes del humo del tabaco a través de las vías respiratorias y los alvéolos y muchos de estos componentes, como el monóxido de carbono entran después en la circulación y se distribuyen en general, el sistema genitourinario está expuesto a las toxinas del humo del tabaco por la excreción de compuestos en la orina. El tracto gastrointestinal se expone por el depósito directo del humo en las vías respiratorias superiores y la remoción desde la tráquea a través de la glotis hacia el esófago. (15)

Algunos de los efectos en los fumadores expuestos son: Ocasionar enfermedades como cáncer de pulmón en paciente no fumadores. El tabaco fumado por otras personas es el causante de producir, 30 veces más cáncer de pulmón, que todos los contaminantes habituales del aire juntos. El riesgo de muerte por cáncer en pacientes expuestos de manera permanente al humo del tabaco. La posibilidad de padecer enfermedades cardiopulmonares, se eleva de manera importante en los fumadores pasivos, así como la frecuencia de padecer infecciones del tracto respiratorio inferior.

La exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco (tabaquismo pasivo) es un serio problema de salud pública. Esta exposición supone un riesgo considerable por la morbi- mortalidad que genera en la población no fumadora.

El impacto que el humo del tabaco tiene sobre la mortalidad humana es dos veces mayor que el impacto producido por el conjunto de todos los contaminantes ambientales reconocidos como tóxicos y que son objeto de control. Así, esta

población tiene un riesgo mayor de padecer cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias y cardiovasculares. La población infantil es más susceptible a la exposición del humo ambiental del tabaco y sufren con más frecuencia de neumonías y bronquitis, reducción de la función respiratoria, asma y otitis.

Los crecientes indicios del riesgo sanitario planteado por el consumo pasivo han motivado que muchos países prohíban fumar en zonas públicas. Esto constituye pasos importantes para proteger a las personas no fumadoras contra el peligro del humo de segunda mano, sin embargo, esto no es suficiente ya que casi la mitad de los niños del mundo están expuestos al humo del tabaco, la mayoría de ellos en el hogar.

3.3.2. Clasificación de los Fumadores

- I. Fumador regular: Persona que refiere fumar cigarrillos, tabacos o pipa, actualmente al menos una vez al día, o que ha dejado de hacerlo, pero hace menos de un año. Según el número de cigarrillos consumidos, el fumador se clasifica en:
 - Leve: hasta 5 cigarrillos al día.
 - Moderado: de 6 a 15 cigarrillos al día.
 - Grave: más de 16 cigarrillos y más día.
- II. Ex-fumador: persona que alguna vez fue fumador regular pero que ha dejado de fumar desde hace un año como mínimo.
- III. Fumador ocasional: persona que refiere fumar uno o más cigarrillos, pero no de forma diaria.
- IV. Fumador pasivo: persona que, no siendo fumadora, inhala involuntariamente el humo de productos manufacturados del tabaco que

consumen otros fumadores a su alrededor, con mayor peligro en locales cerrados (incluye hijos, cónyuges, compañeros cercanos de trabajo, entre otros).

- V. No fumador: persona que nunca ha fumado.

3.4. Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. (15)

Las ENT afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 75% de las muertes por ENT, 28 millones, afectando a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol. (15)

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 38 millones de personas cada año, casi el 75% de las defunciones por ENT -28 millones- se producen en los

países de ingresos bajos y medios, 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT, 17,5 millones cada año, seguidas del cáncer (8,2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones), y la diabetes (1,5 millones¹). El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT. (15)

3.5. Enfermedades No transmisibles ocasionadas por el Tabaquismo

Entre las enfermedades No trasmisibles ocasionadas por el tabaquismo encontramos las siguientes:

3.5.1. Enfermedades Cardiovasculares

El riesgo de desarrollar este tipo de padecimientos en fumadores es de 3 a 4 veces mayor que en los no fumadores. Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de mortalidad; más de la mitad de los casos corresponden a cardiopatía isquémica, patología asociada directamente con el tabaquismo.

El consumo de cigarrillos es uno de los principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria, junto con la hipertensión arterial y aumento de colesterol, así como de arteriosclerosis periférica o claudicación intermitente.

Desde 1993 la enfermedad vascular cerebral se encuentra como 5^a causa de mortalidad, y se ha comprobado que el tabaco origina ateromatosis de las arterias cerebrales, provoca un riesgo entre 2 y 3 veces superior a sufrir trastornos oclusivos y entre 4 y 5 veces para trastornos hemorrágicos; este peligro es

significativo en mujeres que, además de fumar, toman anticonceptivos, 22 veces más que las no fumadoras. (15)

El tabaquismo incrementa la tasa de neutrófilos en sangre periférica y, por consiguiente, los niveles de elastinas y radicales libres. Estas sustancias provocan una lesión endotelial directa y facilitan el desarrollo de arteriosclerosis. Si se abandona el consumo, el riesgo de muerte desciende a partir del segundo o tercer año, y se iguala con el de los no fumadores a los 10 años de dejar la adicción. (15)

3.5.2. Enfermedades Respiratorias

En general, los fumadores presentan una mayor prevalencia de síntomas respiratorios (tos, expectoración y disnea de esfuerzo). La *enfermedad pulmonar obstructiva crónica* (EPOC) es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en países desarrollados. (15)

El conjunto de las enfermedades bronco pulmonares un riesgo que va acelerándose siendo como causa de mortalidad, a partir de 1990 se encuentra entre el 12º y 15º lugar; sin embargo, cabe destacar que el costo social por estos problemas es elevado, ya que incluye disminución de la productividad por ausentismo escolar y laboral, gastos en atención médica y pérdida en años de vida productiva.

La EPOC es un problema médico frecuente que se estima que afecta a 16 millones de estadounidenses. Es más común en los varones que en las mujeres y los blancos se afectan más que los afroamericanos. Existe una mayor prevalencia entre las personas con nivel socioeconómico bajo y entre aquellos con antecedentes de bajo peso al nacer. La EPOC es la 4ª causa de muerte en EUA y es la única de las 10 principales que continúa aumentando.

En la actualidad, el grupo de Fibrosis Pulmonar del INER ha demostrado que al menos 3 enfermedades intersticiales del pulmón están relacionadas con fumar cigarrillos: bronquiolitis, neumonía descamativa intersticial e histiocitosis pulmonar de células de Langerhans. (15)

3.5.3. Carcinogénesis

Desde 1990, los tumores malignos se han incrementado y ocupan la 2ª causa de mortalidad, la mayoría de estos cánceres están relacionados con el tabaco; el de la cavidad oral 93%, el pulmonar 85%, el cáncer laríngeo 82%, el esofágico 80%, el cáncer en cuello uterino 30% y las leucemias en 14%. Esto es consecuencia de los más de 50 cancerígenos potenciales que se inhalan dentro del contenido del humo del tabaco, los hidrocarburos policíclicos, los alquitranes, nitrosaminas, cadmio, polonio, radón, etc. (15)

3.5.4. Leucemias

Las leucemias tienen estrecha relación con los efectos del benceno, polonio y radón.

3.5.5. Otras enfermedades

Fumar más de 25 cigarrillos al día duplica el riesgo de padecer *diabetes* no insulina-dependiente. Además, los diabéticos fumadores tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad arteriosclerótica, nefropatía diabética y resistencia a la insulina. El tabaco disminuye la secreción de *hormonas tiroideas* y bloquea su acción. De hecho, la oftalmopatía de Graves es 7 veces más frecuente entre fumadores y cursa de forma más grave.

Fumar también produce una disminución de la densidad ósea y aumenta el riesgo de fracturas. La mujer fumadora presenta una menopausia precoz y, el hombre, un deterioro del funcionamiento sexual, impotencia y alteración en la formación del esperma. La estomatitis por nicotina, la enfermedad periodontal, caries, halitosis, leucoplasia y disminución del olfato y del gusto, son otras consecuencias del consumo de tabaco.

3.6. Propuestas para tratamiento y rehabilitación

Para ampliar la cobertura de atención y facilitar el acceso a los programas de abandono del consumo de tabaco es necesario apoyar la atención médica, trabajar en la elaboración de documentos y la inclusión de medicamentos en el cuadro básico.

Atención médica. En este rubro es importante divulgar entre el personal médico los cambios en la interpretación del tabaquismo de antecedente a padecimiento actual, que requiere diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la evolución clínica para evitar caer en una práctica médica inadecuada.

También en los servicios odontológicos es importante difundir e incorporar al expediente clínico dental los datos de consumo de tabaco y la referencia para la atención especializada del tabaquismo.

Incorporar a educadores y personal de salud en programas preventivos que inicien una nueva pauta social con el lema: la moda es no fumar.

3.7. Acciones Preventivas

3.7.1. Equipo de salud. Existe la necesidad de actualizar y sensibilizar a los médicos y al personal de salud del primer nivel de atención para que

actúen como recursos efectivos en el combate al tabaquismo y para establecer mecanismos que aceleren el proceso de abandono del tabaco en grupos estratégicos: médicos, odontólogos, enfermeras y demás personal de salud, así como personal docente, para que dejen de fumar y se conviertan en líderes del combate al tabaquismo.

3.7.2. Elaboración de documentos. Es necesario trabajar en la elaboración de una Guía para el Tratamiento del Tabaquismo que contemple las recomendaciones más útiles para el abandono del tabaco, desde el consejo breve o el estructurado, el mejor uso de terapias de reemplazo de nicotina (TRN) que son de libre acceso, según las condiciones de los pacientes y sus grados de adicción; la elección de medicamentos antidepresivos u otros que sólo se deben administrar por prescripción médica, así como los criterios, beneficios y riesgos de las terapias combinadas.

3.7.3. Medicamentos. Incorporar en el tratamiento aquellos utilizados en la terapia de reemplazo de nicotina, al menos en sus dos presentaciones clásicas: gomas de mascar y parches e incorporar antidepresivos útiles en el tratamiento. En este rubro también es necesario establecer mecanismos de inscripción de medicamentos innovadores para el tratamiento eficaz del tabaquismo y exclusión en su caso de los que no resulten costos efectivos.

3.8. Publicidad y promoción del tabaco

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (2014), mencionan que la publicidad del tabaco es un intento organizado, planificado, deliberado y con frecuencia, muy estudiado, de fomentar el hábito de fumar. Es totalmente absurdo afirmar (como hace repetidamente la industria tabaquera) que la

publicidad de un tabaco se deba considerar estrictamente como promoción de la marca concreta que se anuncia.

De la misma forma, que no es posible ensalzar las virtudes de un modelo de automóvil, sin fomentar la conducción, no se puede hacer publicidad de una marca de cigarrillos sin recomendar simultáneamente que se fume.

Las imágenes empleadas en la publicidad del tabaco en todo el mundo, constituyen un catálogo de intentos de crear y reforzar asociaciones con el hábito de fumar, que sean compatibles con la continuidad y el aumento de las ventas. Todas las connotaciones del tabaco descritas anteriormente: excitación, sexualidad, compañerismo, exclusividad, relajación, etc. (la lista podría llenar muchas páginas) son connotaciones que no guardan intrínsecamente ninguna relación con el tabaco o el hábito de fumar.

Antes bien, esas asociaciones surgen porque la publicidad ha atribuido constantemente tales significados a los cigarrillos, en un esfuerzo por recurrir a emociones, esperanzas y anhelos humanos muy comunes. No son emociones que interesen exclusivamente a los fumadores.

La publicidad es el principal instrumento de la industria tabaquera para acometer la misión corporativa que le han confiado su accionista, es decir, fomentar el tabaquismo en la comunidad humana y aumentar así los beneficios. Así es como entiende la publicidad, quienes comercializan cualquier otro producto, y es perfectamente absurdo suponer que el tabaco sea, en modo alguno, la excepción. La publicidad del tabaco es básicamente incompatible con cualquier política que se proponga seriamente reducir el consumo de tabaco en una comunidad. Por ese motivo, países del mundo han prohibido totalmente la publicidad del tabaco, y otros 77 la han restringido de algún modo. No obstante, lo mismo que es imposible estar medio embarazada, carece de sentido sostener

que se deberían restringir alguna forma de publicidad del tabaco, pero que se debería permitir la continuidad de otras.

En todo el mundo, quien desee fumar puede obtener cigarrillos fácilmente en puestos callejeros, tienda suburbana, gasolineras, tabaquerías, supermercados y, un largo etcétera, de establecimientos minoristas. En contraste, el debate sobre la aplicación de las restricciones a los productos de tabaco apenas ha comenzado.

3.9. Falta de información antitabaco.

Frente a las campañas generalizadas de publicidad del tabaco y las restantes actitudes públicas favorables al tabaquismo, ya mencionadas, que fomentan el hábito de fumar, las autoridades sanitarias tienen comparativamente pocos recursos para restar atractivo al tabaco y ofrecer información sobre sus consecuencias para la salud. Si bien algunos estudios se ha considerado que la prensa es un importante vehículo para difundir reportajes sobre los peligros del tabaquismo, en otros se ha mostrado que, en el caso de las revistas, existe aparentemente una relación inversa entre la admisión de la publicidad del tabaco en sus páginas y el espacio concedido a los artículos contra el tabaquismo. (14)

Sin embargo, la falta de recurso y la prioridad que se está concediendo a la lucha contra las enfermedades de la pobreza han determinado que, de momento, sean pocos los países en desarrollo que han emprendido alguna campaña sustancial de información pública, y la mayor parte de ellos limitan sus esfuerzos a gestos publicitarios simbólicos en relación con el Día Mundial sin Tabaco. No es previsible que se produzca una toma de conciencia y una preocupación generalizada acerca de los efectos sanitarios del tabaco hasta que las principales instituciones educativas de los países den relieve al problema.

La vasta bibliografía de investigaciones sobre la adicción a la nicotina muestra que esa adicción es comparable en muchos aspectos a la dependencia de los opiáceos, y que muchos fumadores presentan todos los síntomas de ansiedad, tolerancia y abstinencia. El fumador sufre los ascensos y descensos de los niveles de nicotina, oscilando entre techos de normalidad y pisos, donde presenta una perturbación de la misma. Dado que al fumar nuevamente corrige los niveles en déficit, y desaparecen los síntomas, el fumador percibe esta situación como que ha calmado sus nervios. (14)

En las sociedades donde los medios informativos prestan poca atención al tabaquismo como riesgo sanitario, donde los productos del tabaco son baratos, donde los gobiernos no emprenden campañas de sensibilización y educación del público, donde la publicidad del tabaco próspera, donde los médicos no consideran que tabaquismo sea un problema serio ni existen restricciones al tabaquismo, los fumadores apenas encontrarán en su vida diaria motivos para dejar el tabaco. El precio de los cigarrillos guarda bastante relación con el consumo total en las comunidades.

Posiblemente, la más importante política anti tabáquica que puedan adoptar los gobiernos consiste en elevar el precio real de los productos de tabaco. Si la piedra de toque para contrastar la eficacia de las políticas anti tabáquicas es la reacción negativa de la industria tabaquera, el control del tabaquismo en el espacio público cerrados, como son el lugar de trabajo, el transporte público y los restaurantes, deberá considerarse como una política de suma importancia.

En las naciones muy pobres, una gran parte de la población no puede, sencillamente, permitirse el lujo de fumar, o puede hacerlo solo muy tarde en la tarde. Un estudio sobre la relación existente entre el producto nacional bruto (PNB) y el consumo de cigarrillos en 124 países mostró que cuando el PNB era inferior a US \$3,000 por habitante, el 54% de la variación en el consumo se podría

explicar por la variación en el PNB. Tal relación no existía en los países con un PNB de más de US \$3,000 por habitante. La principal conclusión para los planificadores sanitarios podría ser que el consumo de cigarrillos seguirá en general siendo bajo en los países pobres, quizás con algunas excepciones mientras que esos países sigan sumidos en la pobreza. (14)

3.10. Morbilidad y mortalidad asociada al consumo de tabaco

La Organización Mundial de la Salud estima que hay alrededor de 100 millones de fumadores en el mundo. Equivale a un tercio de la población mayor de 15 años. Cuando los jóvenes fumadores de hoy lleguen a la edad mediana, en los años 2020-2030, el fumar causara 10 millones de muertes por año, 7 millones de los cuales serán en el mundo menos desarrollado. Cada cigarrillo fumado hace perder cinco minutos de vida, como promedio de 5 a 8 años perdidos en los fumadores en comparación con los no fumadores. Una de cada siete muertes en EE.UU. tiene relación directa con el tabaquismo. (14)

Además del aumento de la mortalidad, el fumador debe conocer el aumento de la morbilidad y los diversos estados patológicos asociados con el tabaquismo. Los hombres que fuman pierden 33% más días de trabajo que los no fumadores; las fumadoras pierden el 45% más. Gran parte de ésta pérdida de productividad está causada por estados agudos, como las afecciones del pulmón. Las fumadoras entran en la menopausia antes que las no fumadoras y pueden ser propensas a la osteoporosis. Las que utilizan anticonceptivos orales corren un mayor riesgo de trastornos tromboembólicos. (14)

Los fumadores tienen menores niveles de HDL colesterol que los no fumadores y este puede ser uno de los mecanismos por los cuales los fumadores son propensos a la aterosclerosis. Los tabaquistas en general tienen una mayor frecuencia de enfermedades periodontal. Por eso, los costos económicos

asociados con el consumo de tabaco no solo incluyen a la invalidez y la muerte prematura, sino que también reflejan la mayor frecuencia de estados agudos y sub agudos que requieren atención médica y dental.

3.11. Enfermedades relacionadas con el hábito de fumar:

- Cardiopatía (enfermedades del corazón): Enfermedad coronaria, Vasculopatía periférica, Enfermedad cerebro vascular, Muerte súbita, Cardiomiopatía, patología que afecta al músculo cardíaco.
- Tumores de Pulmón, Laringe, Cavidad oral, Esófago, Páncreas, Vejiga, Riñón y Cérvix.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Úlcera péptica.
- Complicaciones del embarazo: - Bajo peso de nacimiento. - Retardo del crecimiento fetal. - Muerte fetal y neonatal. - Síndrome de muerte súbita de lactante.

Las defunciones en los fumadores son debidas principalmente a cáncer de pulmón, bronquitis crónica y enfermedades isquémicas de corazón. Fumar es probablemente responsable de nueve de cada diez muertes por cáncer de pulmón, tres que cada cuatro muertes por bronquitis y una de cada cuatro muertes por ataque cardíaco. El tabaco es la única sustancia legalizada que daña seriamente la salud. Si el cigarrillo se inventase hoy, con lo que se sabe del tabaco, las normativas de protección de la salud, posiblemente no permitirían su comercialización.

De igual manera, mediante el Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles enumera entre ellas a la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedades osteoarticulares, osteoporosis, cáncer e hipertensión arterial.

Siendo objetivos del Programa:

- a) Disminuir la Morbi- mortalidad causada por las Enfermedades no Transmisibles y sus Factores de Riesgo, en Bolivia.
- b) Realizar Investigación actualizada, para la determinación de la incidencia y la prevalencia de diabetes en Bolivia, también investigar la prevalencia de las otras enfermedades no transmisibles.
- c) Fortalecer el Sistema de Vigilancia de las Enfermedades no Transmisibles. Concienciar a través de los Medios de Comunicación, a la población en general sobre las Enfermedades no Transmisibles, sus factores de Riesgo y sus Complicaciones.
- d) Incursionar la educación, la información y la comunicación, en la población en general, sobre las medidas de prevención y control de estas enfermedades.

Dicho documento incluye entre los logros del programa el hecho de que se han elaborado y presentado oficialmente las normas y procedimientos para el control y prevención de las enfermedades no transmisibles.

3.12. Marco Legal

En Bolivia, el Código de Salud aprobado por Decreto Ley N° 15629 de 18 de julio de 1978, en sus Artículos 123 y 124 determina que corresponde a la autoridad de salud la regulación de:

- i) La defensa de la salud de la población, con relación al tabaco en sus diferentes formas de presentación y expendio.
- ii) La prohibición de la publicidad que incite al consumo, utilizando para dichos fines a niños y adolescentes, como la asociación a las prácticas deportivas del hogar o del trabajo.

Por otro lado, el Decreto Supremo N° 27053, 26 de mayo de 2003, tiene por objeto ampliar, precisar y complementar las disposiciones normativas referidas al Reglamento sobre el Uso del Tabaco, aprobado por Decreto Supremo N° 18886 de 15 de marzo de 1982, en cuanto concierne a la protección y prevención de la salud del individuo, la familia y la población boliviana.

En cuanto a la Constitución Política del Estado Plurinacional, la prevención de consumo de tabaco se la relaciona directamente con la:

- La presente investigación se fundamentó legalmente en el *Convenio Marco de la Organización Mundial para la Salud (OMS) para el Control del Tabaco*, hecho en Ginebra en la Cuarta sesión plenaria, A56/VR/4 56^a Asamblea Mundial de la Salud wha56.1. Punto 13 del orden del día 21 de mayo de 2003.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 19 de la Constitución de la OMS; Resuelta a proteger a las generaciones presentes y futuras del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco; observando con honda preocupación el importante aumento del número de personas que fuman o de alguna otra manera consumen tabaco en todo el mundo; reconociendo con beneplácito el informe del Presidente del Órgano de Negociación Intergubernamental (ONI) acerca de los resultados de los trabajos de dicho Órgano.

Convencida de que este convenio representa una iniciativa pionera para el progreso de la acción nacional, regional e internacional y la cooperación mundial encaminada a proteger a la salud humana de los efectos devastadores del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, y consciente de que debe prestarse una atención especial a la situación particular de los países en

desarrollo y de los países con economías en transición; subrayando la necesidad de una rápida entrada en vigor y una aplicación efectiva del Convenio.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaco es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, que involucra los diversos niveles de atención en salud y posee repercusiones en otras áreas del desarrollo humano.

También es conocido que el hábito suele adoptarse antes y durante la adolescencia, su inicio precoz precede de manera significativa al uso de otras drogas ilegales, además, el tabaco posee un efecto facilitador sobre el desarrollo de otras adicciones.

Asimismo, es uno de los factores de riesgo mejor reconocido en un amplio espectro de enfermedades que afectan tanto al consumidor como al que lo rodea. Si bien existen tentativas por reducir la morbi-mortalidad de dichas afecciones, el consumo de tabaco es cada vez más creciente y precoz, siendo posible que en los próximos años enfrentemos un perfil epidemiológico que los sistemas de atención en salud no sean capaces de satisfacer.

Pese a esto, la información disponible acerca de los factores de riesgo y su influencia para el consumo de tabaco es escasa y no muy precisa en nuestro país. Es perentoria la identificación y relación de tales factores, esto permitirá la elaboración de medidas de prevención eficaz, efectiva y eficiente.

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 6 millones de personas mueren a causa del tabaco cada año, tanto por el consumo directo como por el pasivo. Hacia 2030 esa cifra aumentará hasta los 7,5 millones, lo que representará el 10% del total de muertes. Se estima que el

tabaquismo causa aproximadamente el 71% de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y alrededor del 10% de las enfermedades cardiovasculares. La mayor incidencia de tabaquismo entre los hombres se da en los países de ingresos medios bajos; para el total de la población, la prevalencia de tabaquismo es más elevada en los países de ingresos medios altos.

En Bolivia el tabaquismo ocasiona una importante cantidad de muertes, enfermedades y costos sanitarios. El mayor peso está dado por neumonía, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las enfermedades cardíacas. El impacto del tabaquismo en la mortalidad y en la calidad de vida es responsable en forma directa de la pérdida de 113.736 años de vida cada año y explica el 8,1% de todas las muertes que se producen en el país en mayores de 35 años.

Esto representa 4.474 muertes por año que podrían ser evitadas, que representan el 25% del total de muertes por patologías asociadas al tabaquismo en un año en Bolivia.

Los efectos nocivos del tabaco sobre el sistema circulatorio lo convierten en un temible factor de riesgo cardiovascular, y en el primer problema de salud pública susceptible de prevención. Los problemas ocasionados por el tabaco no solo repercuten en la salud del propio fumador, sino que inducen numerosos problemas, en los fumadores pasivos.

Se muestran datos que el 84 por ciento de los fumadores del mundo viven en países en vías de desarrollo; incluso dentro de cada país, quienes más fuman y sufren la mayor parte de los problemas derivados del consumo de tabaco forman parte de los sectores de población más desfavorecidas.

Por tanto, en relación a nuestro país y de acuerdo al Ministerio de Salud, Bolivia ocupa el segundo lugar en el consumo de tabaco en América después de Chile,

con estadísticas que indican que el 30% de la población boliviana de alguna u otra forma tiene el hábito de fumar, de ese 30%, el 42% son varones, el 18% son mujeres mayores de 18 años y el restante porcentaje son menores de 17 años que consumen tabaco.

Lo cual determina que en nuestro país el consumo de tabaco se encuentre entre las principales causas de morbilidad, así como, de mortalidad; en el departamento de La Paz, siendo que el consumo de tabaco presenta prevalencias de porcentaje mayores en este departamento, por lo tanto, la población que se encuentra en este departamento es propensa a presentar un elevado consumo de tabaco y más aún si hablamos de grupos étnicos, como es el caso de la población de estudio de la presente investigación, que durante mucho tiempo y aún en la actualidad sufren de discriminación y falta de igualdad de oportunidades.

Un desglose de la incidencia por ciudad permite apreciar que la ciudad de La Paz presenta mayor consumo de tabaco, determinándose en primer lugar a nivel nacional. El comportamiento del consumo reciente de tabaco muestra que las ciudades de La Paz y Sucre superan la prevalencia nacional de consumo reciente. Por otra parte, se establece que entre los 18 y 50 años se fuma más, siendo que entre 25 y 35 se da el mayor consumo.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la relación entre el consumo de tabaco y las características sociodemográficas en población de 18 a 60 años de edad de la localidad de Coroico del Departamento de La Paz, durante el primer semestre del 2016?

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal:

Guimaraes G, et.al. realizó un estudio que tuvo como objetivo presentar las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y drogas médicas usadas sin prescripción en los beneficiarios del programa de pensión alimentaria del Instituto para la Atención del Adulto Mayor del Distrito Federal (IAAM-DF). Adicionalmente, se reportaron factores sociodemográficos asociados al consumo de estas sustancias. De una muestra aleatoria del padrón de usuarios del programa del IAAM-DF de 2501 personas, un total de 2098 aceptaron participar y fueron entrevistadas en sus hogares, obteniéndose una tasa de respuesta de 83.9%. Se encontró que 65.3% de la población consumió alcohol, 45.4% tabaco y 3.5% alguna droga alguna vez en la vida. En los últimos 12 meses, casi uno de cada dos varones y una de cada cuatro mujeres consumió alcohol; uno de cada 10 adultos mayores consumió tabaco; y sólo uno de cada 100 consumió alguna droga. La prevalencia de consumo de sustancias es mayor en hombres, con excepción de las drogas médicas. Los factores asociados que destacaron fueron el sexo y los mejores niveles económicos. Éste es el primer estudio realizado en el país sobre uso de sustancias en población de adultos mayores con domicilio fijo, no institucionalizado. El consumo de alcohol, incluso el consumo riesgoso, no es infrecuente; el hábito tabáquico no ha desaparecido con la edad, y el uso de drogas médicas puede ser un motivo de preocupación por su efecto en otras patologías. Se hace necesario establecer definiciones de uso riesgoso para esta población y desarrollar programas de intervención adecuados para este grupo.

Factores asociados al consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente de Barranquilla (Colombia):

Navarro Lechuga, E, et.al. con el propósito de determinar los factores asociados a consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente de Barranquilla. Mediante un estudio analítico con 145 casos y 290 controles cuyos resultados fueron 44.1%

de los fumadores comenzaron a hacerlo por curiosidad. El promedio de edad de inicio fue de 17.1 años. El promedio de cigarrillos fumados por día fue de 6. Se encontró asociación entre fumar y ser hombre (OR 2.39; IC95%: 1.56 – 3.69), bajo nivel de escolaridad (OR 1.93; IC95%: 1.26 – 2.97), estar laborando (OR 2.17; IC95%: 1.41 – 3.35), tener miembros en la familia fumadores (OR: 2.7, IC95%: 1.4 – 5.3), influencia de los medios de comunicación (OR: 0.91; IC95%: 2.97 – 12.48), no pertenecer a una religión (OR: 1.62, IC95%: 1.06 – 2.49), consumir café con frecuencia (OR: 2.05, IC95%: 1.28 – 3.29), consumir alcohol (OR: 2.7, IC95%: 1.22 – 6.19) y tener disfuncionalidad familiar (OR: 2.3, IC95%: 1.17 – 4.5). Se concluyó que los fumadores están expuestos a variables sociodemográficas, inherentes a su ser y del medio ambiente.

Consumo de tabaco en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia

Ruiz F. con el objetivo de determinar la relación entre práctica físico-deportiva y consumo de tabaco en adultos mexicanos en función de una serie de variables sociodemográficas y la influencia de la familia sobre estos hábitos. Estudió en 978 adultos mexicanos (483 varones y 495 mujeres) fueron entrevistados mediante cuestionario por rutas aleatorias. Determinó que ser hombre es un factor de riesgo en cuanto a la frecuencia y cantidad de tabaco consumido. La franja de edad en la que aumenta la probabilidad de consumir tabaco es la de 18 a 45 años, siendo el riesgo de fumar menor a medida que la edad aumenta. El riesgo de consumir tabaco se ve significativamente disminuido entre aquellos que no tienen estudios. Los que nunca han realizado ejercicio físico tienen una menor probabilidad de fumar, siendo los que la han abandonado los que con más frecuencia fuman. El contexto familiar constituye un factor de riesgo manifiesto en relación con la frecuencia de consumo de tabaco. Con respecto a la relación con el consumo de alcohol, se ha detectado que los consumidores de alcohol tienen más probabilidad de ser fumadores. Finalmente concluye que el consumo de tabaco en altas frecuencias y cantidades y la práctica de actividad física son

conductas que están inversamente relacionadas. También se ha detectado una relación directamente proporcional entre la frecuencia y la cantidad de consumo de tabaco y alcohol, así como una gran influencia de la familia en el hábito de fumar.

Prevalencia del consumo de tabaco en un grupo de adultos en la ciudad de Barranquilla. 2011.

Machado Correa N, et.al. con el objetivo de determinar la prevalencia del consumo de tabaco en un grupo de adultos en la ciudad de Barranquilla mediante un estudio descriptivo transversal en la cual se midió el consumo de tabaco en 53 adultos, además variables sociodemográficas como edad, género, nivel educativo, estado civil y estrato socioeconómico. Con resultados de frecuencia del consumo del tabaco se encontró una mínima diferencia en la población estudiada llama la atención que el 79,2% no consume actualmente tabaco, se observó que el 88,7% no consumió a diario tabaco en el pasado mientras que el 92,5% dejó de fumar años atrás. Concluyendo que es relevante el desarrollo de actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad, tales como la práctica de actividad física para la disminución del consumo de tabaco.

7. HIPOTESIS

Existe la relación entre el consumo de tabaco y las características sociodemográficas en población de 18 a 60 años de edad de la localidad de Coroico del Departamento de La Paz, durante el primer semestre del 2016

8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el consumo de tabaco y las características sociodemográficas en población de 18 a 60 años de edad de la localidad de Coroico del Departamento de La Paz, durante el primer semestre del 2016.

8.2. Objetivos Específicos

- Describir las características socio demográficas de la muestra según sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, autoidentificación étnica, religión, ocupación, tipo de trabajo y vivienda.
- Establecer la prevalencia del consumo de productos de tabaco y expuestos al humo de tabaco, a fin de establecer la magnitud del problema y su importancia en la población de Coroico.
- Describir las características del consumo de tabaco en la población de estudio
- Caracterizar a la población que consume tabaco, según género, edad, estado civil, nivel de instrucción, religión y ocupación.

9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio transversal analítico. Este tipo de estudio es útil para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo. Se recolectan simultáneamente el resultado de interés y potenciales factores de riesgo en una población definida. Luego se compara la prevalencia del resultado en aquellas personas expuestas a cada factor de riesgo con la prevalencia en aquellos no expuestos.

9.1. Contexto o lugar de intervención

Coroico es un municipio boliviano, capital de la provincia de Nor Yungas del Departamento de La Paz, siendo también la primera sección municipal de la provincia. Se encuentra ubicada al Nor-este del Departamento de La Paz, y al Este de la cordillera Oriental de los Andes, en la región de los Yungas. Tiene una extensión de 1.088 km².

La población del municipio se encuentra distribuida en las comunidades de los diferentes cantones que denominamos área dispersa o rural que a la vez cuentan con centros más poblados como Unduavi, Yolosa, Challa, Pacallo, Mururata, Suapi, Santa Rosa de Quilo - Quilo que se organizan en la actualidad como juntas de vecinos. Este municipio se caracteriza por presentar un área urbana bastante significativa como es la ciudad de Coroico.

El idioma que es el principal vínculo para relacionarse y establecer una convivencia social en el municipio se caracteriza porque presenta población aymara, en lenguaje, raza y cultura que representa una mayoría. El idioma aymara se habla mezclado con castellano y no es tan puro como el que se habla en el altiplano. También predomina el castellano y muy poco el quechua. La población en un 50% habla aymara y en un 47% castellano datos que se obtuvieron de las encuestas realizadas, por lo que la primera sección es bilingüe en su generalidad. Aunque en reuniones comunales o de carácter social del área dispersa o rural es común escuchar hablar el aymara. En cuanto a la población negra también hablan aymara aunque en poco porcentaje.

Desde sus orígenes Coroico estaba distribuida por fincas o haciendas a cuyo frente estaba un patrón con residencia en La Paz de origen criollo o mestizo, con la resolución de 1952 y la reforma agraria produjeron la deserción de los propietarios y la dotación de las tierras a los del lugar quienes la trabajaban. De

igual forma llegó nuevos grupos de poblaciones del sector altiplánico que unidos a ex colonos dieron una nueva fisonomía a la zona.

En la primera sección municipal se cuenta con el origen de la cultura afroboliviana que comprende a la raza negra, dispersa entre comunidades típicas: Tocaña, Yariza-Chijchipa y Mururata. Esta cultura rica en tradición y fundamentalmente en mantener viva las raíces de sus antepasados de origen africano. La mayor expresión es la saya afroboliviana danza típica y representativa de la cultura que participa en diferentes festivales, visitando ciudades del país y extranjeras alegrando con su ritmo contagioso.

El municipio de Coroico cuenta con uno de los Hospitales mejor equipado de la región con una excelente infraestructura y personal capacitado para la atención de diferentes enfermedades, inclusive capaz de realizar cirugías de diferente naturaleza. Es el Hospital de referencia de los Yungas porque atienden pacientes de diversas regiones como del Alto Beni, Caranavi, etc.

La Sección cuenta con 8 postas sanitarias de las cuales solamente funcionan la de Santa Rosa de Quilo-Quilo y la de Suapi, las demás utilizan la infraestructura de acuerdo a las necesidades.

9.2. Mediciones

Para la medición de las variables se tomó en cuenta el siguiente criterio para la operativización de las variables:

CUADRO 3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicador	Unidad de medida / categoría	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años	Razón discreta
Género	Características sexuales secundarias	1. Femenino. 2. masculino	Nominal dicotómico
Estado civil	Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a	Nominal politómica
Nivel de instrucción	Último curso vencido	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior	Ordinal
ocupación	Actividad remunerada declarada	1. Trabaja 2. No trabaja	Nominal dicotómico
Identidad cultural	Auto identificación étnica	1. Aymara 2. Quechua 3. Otro	Nominal politómica
Religión que practica	Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento	1. Católico 2. Cristiano 3. Otro	Nominal politómica
Hábito de fumar	Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento	1. Fumador 2. No fumador 3. Ex fumador	Nominal politómica
edad de inicio	Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento	años	Razón discreta
Cigarrillos día	Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento	número	Razón discreta
tratamiento	Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento	1.si 2.no	Nominal dicotómico
Tipo de tratamiento	Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento	1. Medico 2. tradicional	Nominal dicotómico

9.2.1. Unidad de observación

Corresponde a la población de 18 a 60 años de la localidad de Coroico del departamento de La Paz, cuya información estadística fue recolectada aplicando el instrumento de la Encuesta de Enfermedades No Transmisibles STEP de la

OMS, misma que se aplicó a la población de 18 a 60 años de edad en adelante; elegidos al azar en un número de 305 personas que participaron de la encuesta.

9.2.1.1 Características del operativo de campo

Para la realización de la encuesta se capacitó a 18 estudiantes de la maestría de Salud Pública, mención epidemiología, quienes realizaron las encuestas. El operativo de campo se realizó por fases:

Primera fase: reconocimiento y análisis de la encuesta de ENT en los días previos al inicio del trabajo de campo. Para cumplir con el trabajo de campo se coordinó con el SEDES La Paz, quienes dieron la autorización para realizar el trabajo de campo con el Hospital General de Coroico.

Segunda Fase: Para la asistencia de los pobladores de esta localidad se realizó la difusión masiva por radio y redes sociales para informar a la población sobre la actividad.

Este tipo de investigación pretende realizar una descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos de factores socioculturales y consumo de tabaco en la localidad de Coroico del departamento de La Paz estando dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales, su interés se centra en explicar, por qué ocurre un hecho y en qué condiciones se da este o porque dos o más variables están relacionadas.

9.2.2. Marco muestral

No se calculó un tamaño de muestra, se realizó una muestra por conveniencia llegando a un total de 305 unidades de estudio, para la participación de la población se invitó a la población residente de la localidad de Coroico, dos días antes por medios masivos de comunicación, en la invitación se convocó a

participar en la feria de salud programado. El día de la encuesta se tomó como muestra a las personas que asistieron a la feria de salud o que aceptaron participar de la encuesta en el mismo Hospital General de Coroico.

9.2.2.1. Criterio de inclusión y exclusión:

Criterio de inclusión:

- Población residente de la localidad de Coroico.
- Mayores de edad de 18 a 60 años.

Criterios de exclusión:

- a. Pobladores procedentes de otras localidades.
- b. Población menor a 18 años.
- c. Población que rechazo participar de la encuesta.

9.2.3. Plan de análisis

El plan de análisis se establecerá en base a las siguientes fases:

- Una primera etapa descriptiva a partir de las características de estudio de la población.
- La segunda fase analítica con el fin de encontrar relación entre las variables de estudio.

9.2.4. Análisis estadístico

La tabulación de datos se realizó en una hoja electrónica, con ayuda del programa estadístico SPSS. Se realizó el análisis descriptivo de todas las variables a fin de conocer el comportamiento de su distribución.

- Para variables Cualitativas se utilizó la frecuencia absoluta (N) y frecuencia relativa (%).

- Para variables Cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión.

Para encontrar relación entre las categorías de variables se procedió a la categorización y dicotomización de las variables numéricas y categóricas politómicas, para posteriormente asociar los factores sociodemográficos.

Para asociar variables Cualitativas se usó la prueba X^2 de Pearson en tablas 2 x 2.

10. RESULTADOS

La encuesta se realizó en una muestra cuyos límites de edad se estableció entre 18 a 60 años de edad, una vez realizado el muestreo se encuestó a 305 personas 46% hombres 54% mujeres.

El promedio de edad encontrado en la muestra fue de 43 años, siendo la muestra de mujeres más jóvenes (40 años de edad promedio), que la de los hombres (44 años de edad promedio).

La mediana de la muestra es de 44 años de edad y la moda 45 años de edad; en la muestra de mujeres la mediana encontrada es de 42 años y la moda 47 años de edad, mientras que en la muestra de hombres la mediana encontrada es de 45 años y la moda 42 años de edad.

Para determinar la relación entre el consumo de tabaco y las características sociodemográficas en la población de estudio se procedió a calcular el x^2 , que se muestra posteriormente:

CUADRO 4. RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016

VARIABLES	x2	p
GENERO	12,443	0,000
EDAD	0,743	0,389
ESTADO CIVIL	2,742	0,098
INSTRUCCIÓN	0,182	0,67
OCUPACION	0,203	0,653
IDENTIFICACION ETNICA	3,49*	0,061
RELIGION	0,39	0,532
VIVIENDA	0,028	0,867
SERVICIOS BASICOS	0,023	0,88
PERMANENCIA DE TRABAJO	0,031	0,859

*X2 de Yates

De todas las variables sociodemográficas incluidas en el análisis de relación con el consumo de tabaco solo el género tiene una asociación significativa es (P = 0.000).

CUADRO 5. RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y CONSUMO DE TABACO, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016.

GENERO	CONSUMO DE TABACO				TOTAL	
	Si		No			
	F	%	F	%	F	%
MASCULINO	58	19,0	81	26,6	139	45,6
FEMENINO	38	12,5	128	42,0	166	54,4
TOTAL	96	31,5	209	68,5	305	100,0

Del total de la muestra de estudio el 19% de la población masculina consumía tabaco, siendo esta relación significativa $X^2 = 12,443$ $p = 0,00$, siendo que la condición de ser del género masculino tiene de 2 veces más el riesgo respecto al femenino de consumir tabaco $RP = 2,41$ (1,47 – 3,95).

Con el fin de describir las características socio demográficas de la muestra según sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, autoidentificación étnica, religión, ocupación, tipo de trabajo y vivienda se realizaron los siguientes cuadros.

CUADRO 6. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016

VARIABLE	CATEGORIA	F	%
GENERO	MASCULINO	139	45,6
	FEMENINO	166	54,4
GRUPOS DE EDAD	MENOR A 20	12	3,9
	21 A 30	49	16,1
	31 A 40	54	17,7
	41 A 50	128	42
	51 A 60	62	20,3
ESTADO CIVIL	SOLTERO/A	70	23
	CASADO/A	130	42,6
	CONCUBINO/A	70	23
	DIVORCIADO/A	10	3,3
	VIUDA/O	25	8,2
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	109	35,7
	SECUNDARIA	125	41
	TÉCNICO	19	6,2
	UNIVERSIDAD	36	11,8
	NINGUNO	16	5,2
AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	AYMARA	273	89,5
	QUECHUA	13	4,3
	GUARANÍ	5	1,6
	OTRO	14	4,6
RELIGIÓN	CATÓLICO	236	77,4
	CRISTIANO	54	17,7
	OTROS	2	0,7
	NINGUNA	13	4,3
OCUPACIÓN	EMPLEADO/A DEL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO	43	14,1
	TRABAJADOR/A INDEPENDIENTE	200	65,6
	ESTUDIANTE	13	4,3
	AMA DE CASA	32	10,5
	JUBILADO	10	3,3
	DESEMPLEADO	7	2,3

TIPO DE TRABAJO	PERMANENTE	132	49,6
(n= 266)	TEMPORAL	134	50,4

De la totalidad de la muestra más el 54 % fueron mujeres, siendo la edad más frecuente en el rango de 41 a 50 años con el 42%, la mayoría estaba casado/a (42%), el nivel de instrucción con él contaba en su mayoría fue secundaria seguida de primaria con 42 y 31% respectivamente. Nueve de cada 10 se auto identificaron como aymaras (89,5%), el 77% católicos, gran parte tiene un trabajo independiente (65,6%), la mitad de la muestra tenía trabajo permanente y la otra mitad trabajo temporal.

El promedio de edad de la muestra fue de 43 años; 40 años en mujeres y 44 años en el caso de los hombres con una diferencia de 4 años. El 50% de la población tenía una edad menor a 44 años y el restante 50% una edad superior, la edad declarada más frecuente fue de 45 años de edad. En promedio las edades están dispersas de la media en 13,6 años, siendo más amplia en el caso de las mujeres (11,8 años) respecto a los varones (9,7 años).

CUADRO 7. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016

VARIABLE	CATEGORIA	F	%
VIVIENDA	PROPIA	169	55,40
	ANTICRÉTICO	27	8,90
	ALQUILER	76	24,90
	PRESTADA	33	10,80
SERVICIOS BÁSICOS	ELECTRICIDAD	4	1,30
	AGUA POTABLE	2	0,70
	ALCANTARRILLADO	3	1,00
	POZO CIEGO	1	0,30
	NINGUNO	1	0,30
	ELECTRICIDAD Y AGUA POTABLE	42	13,80
	ELECTRICIDAD Y ALCANTARRILLADO	3	1,00
	ELECTRICIDAD Y POZO CIEGO	2	0,70
	ALCANTARRILLADO Y POZO CIEGO	2	0,70
	ELECTRICIDAD, AGUA POTABLE Y ALCANTARRILLADO	187	61,30
	ELECTRICIDAD, AGUA POTABLE Y POZO CIEGO	55	18,00
	TODOS	3	1,00
	NÚMERO DE PERSONAS	0	1
1		41	13,40
2		50	16,40
3		71	23,30
4		52	17,00
5		44	14,40
6		21	6,90
7		8	2,60
8		10	3,30
9		2	0,70
10		3	1,00
11		1	0,30
12	1	0,30	
NÚMERO DE DORMITORIOS	1	100	32,80
	2	98	32,10
	3	51	16,70
	4	27	8,90
	5	13	4,30
	6	4	1,30
	7	2	0,70
	8	3	1,00
	9	2	0,70
	10	2	0,70
	12	2	0,70
	13	1	0,30

Más de la mitad de la población en estudio contaba con una vivienda propia (55,4%), el 61,3% cuenta con electricidad, agua potable y alcantarillado, siendo menor la proporción de viviendas sin alcantarillado y con pozo ciego (18%), o solo electricidad y agua potable. La mayoría declaró que 3 es el número de personas por vivienda (23%), seguida de 4 y dos personas con 17 y 16% respectivamente, fueron pocos los casos con 5 o más personas. Más del 50% de la población declaró tener entre 1 y 2 dormitorios (64%), el resto declaró un número mayor de dormitorios.

A continuación, la prevalencia del consumo de productos de tabaco y expuestos al humo de tabaco.

CUADRO 8. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016

CONSUMO DE TABACO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			L.I.	L.S.
SI	96	31,5	26,09	36,85
NO	209	68,5		
TOTAL	305	100,0		

La prevalencia de consumo de tabaco en la población de estudio fue de 31% (26,09 – 36,85). Es decir que 3 de cada 10 habitantes consume tabaco.

Para el cálculo de la prevalencia de consumo de tabaco y exposición al humo de tabaco se recurrió los siguientes indicadores:

- Consumidores de productos de tabaco, total 96 de los cuales 38 son de sexo femenino y 58 de sexo masculino.
- Expuestos al humo de tabaco, total 105 de los cuales 57 son de sexo femenino y 48 de sexo masculino.

**CUADRO 9. CONSUMO PROMEDIO DE CIGARRILLOS AL DÍA,
POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA
PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016**

NUMERO DE CIGARRILLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	4	4,2
1	32	33,3
2	20	20,8
3	20	20,8
4	5	5,2
5	3	3,1
6	5	5,2
7	1	1
8	2	2,1
10	3	3,1
35	1	1
Total	96	100

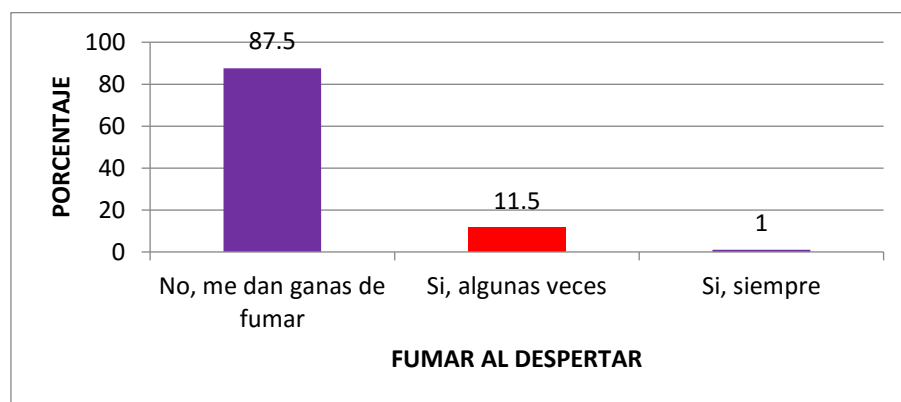
La mayor parte de la población en estudio consume en promedio 1 cigarrillo al día representando el 33,3 % de los casos y entre 2 a 3 cigarrillos por día con 20,8% cada uno respectivamente.

**CUADRO 10. EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO CIGARRILLOS,
POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA
PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	1	1,2
15	1	1,2
16	4	4,9
17	7	8,6
18	16	19,8
19	7	8,6
20	12	14,8
21	2	2,5
22	2	2,5
25	6	7,4
26	2	2,5
27	2	2,5
30	7	8,6
32	1	1,2
33	1	1,2
34	1	1,2
35	1	1,2
39	1	1,2
40	4	4,9
50	3	3,7
TOTAL	81	100

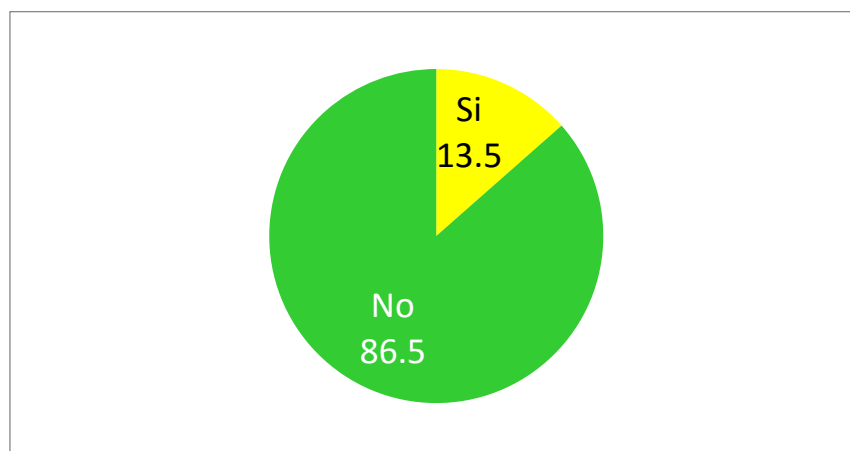
La mayor parte de la población en estudio declaró haber iniciado con el hábito tabáquico a los 18 años (19,8%), seguido de los 20 años con el 14,8%, solo un 5% no recordaba la edad de inicio del consumo.

FIGURA 2. HÁBITO DE FUMAR AL DESPERTAR POR LA MAÑANA, EN LA POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016



Como muestra la anterior figura, solo el 1% tiene el hábito de consumir tabaco al despertar por la mañana, siendo amplia la cantidad de personas que los hacen en otro horario.

FIGURA 3 . TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, LOCALIDAD DE COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE, 2016



Solo el 13 % de la población encuestada con hábito tabáquico refirió estar con tratamiento para dejar de fumar, pero no refieren el tipo de tratamiento que reciben. El 20% de los encuestados refirió que fumaban anteriormente.

CUADRO 11. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD, CON HÁBITO TABÁQUICO COROICO, LA PAZ, PRIMER SEMESTRE 2016

VARIABLE	CATEGORIA	HABITO TABÁQUICO			
		Si		No	
		F	%	F	%
GENERO	Masculino	58	41,7	81	58,3
	Femenino	38	22,9	128	77,1
GRUPOS DE EDAD	Menor a 20	3	25,0	9	75,0
	21 a 30	16	32,7	33	67,3
	31 a 40	23	42,6	31	57,4
	41 a 50	36	28,1	92	71,9
	51 a 60	18	29,0	44	71,0
	60 a mas	0	0,0	0	0,0
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	27	38,6	43	61,4
	Casado(a)	63	31,5	137	68,5
	Divorciado(a)	6	17,1	29	82,9
NIVEL DE INSTRUCCION	Primaria	35	28,0	90	72,0
	Secundaria	41	32,8	84	67,2
	Superior	20	36,4	35	63,6
RELIGION	Católico	77	32,6	159	67,4
	Cristiano	19	27,5	50	72,5
OCUPACION ACTUAL	Trabaja	86	32,3	180	67,7
	No Trabaja	10	25,6	29	74,4

Se puede apreciar que del total de los hombres el 41,7% tiene el hábito tabáquico duplicando la frecuencia respecto al sexo femenino. Respecto a la edad el 42% fuma, seguido del grupo de edad de 21 a 30 años. En relación al estado civil, los solteros son quienes más consumen tabaco. De igual manera las personas con un nivel de instrucción superior. Los católicos y personas con una fuente laboral también tienen la frecuencia alta de consumo de cigarrillo.

11. DISCUSIÓN

En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que el riesgo de ser fumador se incrementa al ser hombre (or 2.39; ic 95%: 1.56 - 3.69) en el estudio realizado por Navarro en Colombia, similar a encontrado en el presente estudio donde el género masculino tiene un riesgo de 2 veces más respecto al femenino de consumir tabaco (or 2,41 ic 95%: 1.47 - 3.95). Situación totalmente distinta en el estudio de Guimaraes en México donde el riesgo en varones fue de 5 veces más. En Monterey el riesgo fue de 2,55 para los varones, referido al consumo habitual y 2,2 veces más en el hábito esporádico.

La prevalencia de consumo de tabaco en la población de estudio fue de 31% en contraste al estudio de Navarro, la mayoría de no fumadores nunca han fumado porque no les ha llamado la atención (44.8%), es decir 66% de fumadores. En el estudio de Machado el 79,2% no consumía actualmente tabaco (prevalencia de 31%)

El consumo promedio es de 1 cigarrillo al día representando el 33,3 % de los casos, y entre 2 a 3 cigarrillos por día con 20,8%, en cambio en el estudio de Colombia se observa que 76.9% fuman todos los días, mientras que 12.7% no fuman todos los días, pero sí lo hacen por lo menos una vez a la semana, y 10.4% indicaron que sólo fuman en circunstancias especiales. En el estudio de Monterey el 75% consume de 1 a 5 cigarrillos al día.

El promedio de edad de inicio en los fumadores en el estudio de Navarro fue de 17.1 años. La mayoría (69.6%) comenzó a fumar en la adolescencia. Llama la atención que el 4.8% haya comenzado a fumar antes de los 10 años y que el 4.1% lo haya empezado a hacer después de los 29 años. En el presente estudio la población declaró haber iniciado con el hábito tabáquico a los 18 años y 20

años. En el estudio de Machado se observó que el 88,7% no consumió a diario tabaco en el pasado.

En el estudio de Machado el 92,5% dejó de fumar años atrás en el presente estudio. El 20% de los encuestados refirió que fumaban anteriormente.

El sexo que consume más cigarrillo fue el masculino con 41,7%, cifra menor al encontrado por Ruiz en un Monterrey México con 50,6%, en una población adulta. Según Machado el 41% de los hombres fuma, una cifra similar al encontrado en Coroico.

El grupo de edad de 21 a 30 años es el que más fuma 42%, en cambio en el estudio de Navarro, fue de 40 a 49 años. Ruiz reporta 41% entre los 18 a 30 años, casi similar al encontrado en Coroico.

Respecto a la religión 56,6% no pertenecían a ninguna religión, en cambio en Coroico eran católicos.

Respecto al nivel de instrucción el 22% de las personas, cuentan con instrucción superior fumaban cifra menor al encontrado en la presente tesis, con 36%, Ruiz reporta más en el grupo de secundaria con el 62,8%.

En Coroico los solteros tienden al hábito tabáquico en el 38,6% de los casos, similar al estudio de Monterrey con 44%.

12. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS:

Los resultados nos indican que el factor de riesgo identificado al igual que en otros estudios, es prevenible, pueden ser manejados por un equipo multidisciplinario por lo menos en etapas iniciales. Si bien en nuestro país el costo

del tabaco es relativamente accesible, los fumadores igual gastan plata en algo que les daña la salud y la de los suyos.

Es importante recordar que la mitad de los fumadores muere a causa del consumo de tabaco y que la muerte en general se produce durante los años productivos de la persona, dejando a la familia sin una fuente de ingreso. Además del costo de los cigarrillos es importante agregar:

- El costo de tratar las enfermedades causadas por tabaquismo.
- El costo de tratar las enfermedades causadas por la exposición al humo de tabaco en los no fumadores, particularmente los problemas respiratorios de los niños.
- La pérdida de días de trabajo debida a enfermedad y muerte prematura.
- Los mayores gastos de limpieza y mantenimiento en los hogares de fumadores (mayor recambio de cortinas y alfombras, mayor riesgo de accidentes e incendios).

13. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS

Los directos interesados en los resultados alcanzados en la presente tesis son el SEDES, el municipio de Coroico y el Ministerio de Salud.

Los resultados son de interés para el Ministerio de Salud con el programa ENT para que pueda formular las políticas de prevención y hacer hincapié en los factores de riesgo.

Al personal técnico operativo de la Red en sus distintos niveles de atención, debido a que el presente estudio se constituye en la primera investigación de consumo de tabaco que relaciona con las características sociodemográficas en la localidad de Coroico del Departamento de La Paz.

14. CONCLUSIONES

A partir de los resultados se llega a las siguientes conclusiones:

Los resultados muestran que, en el caso del consumo de tabaco, no es posible identificar el perfil sociodemográfico de la población a riesgo, ya que las variables/factores de riesgo no se asocian a los tipos de consumo de tabaco, salvo el género, siendo un factor de riesgo la condición de ser varón.

Los individuos de ambos sexos, femeninos y masculinos tienen tasas de prevalencia distintas para el consumo de productos de tabaco, a expensas del sexo masculino.

Las características sociodemográficas muestran como era de esperar, que se trata de una población que se identifica con la cultura aymara, siendo la religión católica la dominante, el estado civil más importante es de relación estable, casados en un 66%.

El tamaño de las familias de la muestra tiene como promedio 3 miembros, lo que permite relacionar con un contexto fuertemente urbano, con un nivel de instrucción mayormente de secundaria, pero una proporción importante profesional.

La ocupación laboral es esencialmente de características permanente y temporal; los que no trabajan es en pequeña proporción. La vivienda se reparte entre propia y no propia; estas condiciones permiten inferir el carácter secundario predominante de su economía, a pesar de ser una zona agrícola, la población de Coroico asienta su economía esencialmente en el turismo, ya que a lo largo del año llegan a este municipio un importante flujo de turistas nacionales y extranjeros.

Las viviendas tienen en promedio 2 dormitorios, dotadas en su mayoría de servicios básicos, ratificando el carácter urbano y con esta condición, se infiere formas de vida inductoras de hábitos que dan origen a enfermedades emergentes, como son las crónicas y degenerativas. En este contexto se estudió el consumo abusivo del alcohol, como factor de riesgo del patrón epidemiológico señalado.

El estudio del consumo de tabaco estaba orientado a definir el perfil socio demográfico de los grupos de población a riesgo de consumo de tabaco; con este propósito se identificó a los consumidores de tabaco desde tres puntos de vista:

- Actualmente consume productos de tabaco
- Consumidores de productos de tabaco el último año, se clasificaron según la cantidad de cigarrillos consumidos en tres grupos de riesgo: leve (de 1 a 5), moderado (de 6 a 15) y grave (de 16 y más)
- Expuestos a humo de tabaco el último año

Luego se calculó estas mismas Tasas por sexo, los resultados muestran una mayor prevalencia en el sexo masculino, a excepción de la exposición al humo de tabaco que se presenta mayores Tasas específicas en el sexo femenino.

15. **RECOMENDACIONES**

Se recomienda:

Formar un Comité Interinstitucional a nivel Municipal es fundamental para el trabajo operativo socializar sobre el daño que ocasiona a la salud y promover que las instituciones que se declaren como ambientes libres del humo del tabaco.

Es conocido la asociación del consumo del tabaco con el consumo de bebidas alcohólicas en este sentido la Ley 259 cuyo objetivo es regular el expendio y consumo de bebidas alcohólicas debe ser un componente inseparable al momento de acciones en el nivel de intervención poblacional.

Medidas prácticas y a un costo posible son:

- Generar espacios de protección contra la exposición al humo de tabaco
- Elaborar un reglamento referido a las prácticas cotidianas en predios hospitalarios, centros educativos, etc. respaldadas por el consentimiento de las instancias de gobierno.
- Difusión de información sobre los riesgos la salud del humo del tabaco realizando actividades informativas sobre los riesgos la salud del humo del tabaco mediante la distribución de folletería, charlas con uso de diferentes recursos didácticos (afiches, retroproyección, collage, videos, juegos interactivos).
- Generar espacios de comunicación, formación y concienciación en el nivel de cátedras que por su naturaleza incluyen en su contenido curricular.
- Ejecución de políticas sanitarias que puedan instrumentar los programas de educación y promoción que permitan diseñar un sistema de prevención basado en estrategias con el fin de disminuir los factores de riesgo

Finalmente dar a conocer los resultados del presente estudio a la población de Coroico, con el fin de concientizar a la población sobre la problemática estudiada.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cicero S R, Staines C. L, Cicero F P. *El consumo de tabaco desde los mayas al siglo XXI, algunos puntos de vista*. México. 2003.
2. Chaverri Guerrero Rodrigo. *El cultivo del Tabaco*, editorial EUNED, 1995.
3. Jiménez Ruiz. *Tabaquismo*. Grupo Aula Médica. Madrid. 1995
4. Kuri Morales P, González Roldan J, Cortés Ramírez M. *Epidemiología del tabaquismo en México*. Salud Pública de México suplemento 1 vol (48), 2006.
5. Llamas Martínez A. *Patología del consumo de Tabaco*, Editorial Glose. Barcelona.
6. Méndez TM. *El origen del tabaco y su consumo*. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Ed. Instituto Nacional de Salud Pública. 2005.
7. Notovny T Nicholls E, Restrep H. *Tabaco o Salud: Situación de las Américas*, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992.
8. Organización Mundial de la Salud. *Convenio Marco de la lucha Anti tabáquica*, Washington DC, USA, 1999.
9. OMS y Unión internacional contra la Tuberculosis y enfermedades respiratorias. *Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco: implantación de prohibiciones totales*. 2014.
10. Organización Panamericana de la salud-OPS, *Manual para desarrollar la legislación para el control del tabaco en la región de las Américas*. Washington. 2013.
11. Organización Mundial de la Salud-OMS. *Informe sobre la situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles*. 2010.
12. Perales, Rojas y Barnet. *Gana terreno el consumo de tabaco en menores de edad*. Michoacan, 2001.
13. Philip Kotler y Eduardo L. Roberto, *Marketing Social*, ediciones Díaz de Santos S.A., Madrid- España

14. Rodríguez de Guzmán y Tarancón Llorente. *Tabaco: Composición y forma. Patología del aparato respiratorio*. 1982.
15. Seminario sobre el Tabaquismo en México. Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Institute For Global Tabaco Control. 2000.
16. Vinay Kumar, Ramzi S. Cotran, Stanley L. Robbins. *Patología Humana*. Editorial ElsevierhealthSciences. 2008.
17. Notovny T, Nicholls E, Restrep H. Tabaco o Salud: Situación de las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
18. Martínez-Acitores I, Rubio J, Espiga I, Alonso-de-la-Iglesia B, Blanco J, Cortés M, et al. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:441-73.
19. Taylor AL, Bettcher DW. El Convenio Marco de la OMS para la Lucha Anti tabáquica: una baza mundial para la salud pública. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos*. 2001;4 :28-37.
20. World Health Orgazation. Tobacco or health, a global status report. Geneva, Switzerland; 1999.
21. United States of America. Department of Health and Human Services. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2001.
22. Centers for Disease Control. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51(14):300-303.
23. Chollat-Traquet. Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco: Experiencias y principios orientadores. *Rev ESD Salud Pública* 1999; 73: 413-415.
24. Grupo de Vigilancia en Salud Pública. Informe Ejecutivo Semanal. Semana Epidemiológica N° 21, 21 al 27 de mayo de 2000. Bogotá; 2000.
25. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta «Sobre la Promoción de la salud en el siglo XXI». Adoptada en la Cuarta Conferencia

Internacional sobre la Promoción de la Salud, 21 al 25 de julio. Yakarta-Indonesia; 1997.

26. Varona Pérez P, Rodríguez M, Alfonso K, Bonet M, García R, Fernández N. et al. Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. Rev Panam Salud Pública 2003; 14(2): 119-124.
27. Caris L, Varas M, Anthony CB, Anthony JC. Behavioral problems and tobacco use among adolescents in Chile. Rev Panam Salud Pública 2003;14(2):84-90.
28. Malcon MC., Menezes AM, Maia, María de Fátima S. et al. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. Rev Panam Salud Pública 2003; 13(4): 222-228.
29. Padgett D, Selwyn B, Kelder S. Ecuadorian adolescents and cigarette smoking: a crosssectional survey. Rev Panam Salud Pública 1998; 4(2): 87-93.
30. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud / Facultad Nacional de Salud Pública / Facultad de Medicina / Universidad de Antioquia. Funcionalidad familiar, ansiedad, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y otros riesgos psicosociales en población mayor de 15 años. Análisis de la Situación de Salud de la Población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002. Disponible en: <http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2003/perfilmed12ambien57familiar.htm>
31. Navarro V, Vallejos RJ, Balbuena VA, Bonomo Alciaturi DM. Tabaquismo en adolescentes varones en la ciudad de Corrientes. 2001. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/cyt/2001/3-Medicas/M-044.pdf>
32. Rodríguez O. E., Ronderos T. M. El hábito de fumar en Colombia. Bogotá: OPS, Ministerio de Salud, INS, Instituto Nacional de Cancerología; 1988.
33. Rodríguez, E. El consumo de sustancias inhalables en Colombia. En: Ministerio de Salud. Memorias de Problemática de Inhalables. Santa Fe de Bogotá; 1994: 29-31.
34. Pinzón L., Tobón O. Prevalencia del consumo de cigarrillo y características de los estudiantes fumadores de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, Departamento de Antropología y Sociología, Línea cultura y drogas. Universidad de Caldas, tesis de grado; 1999. Disponible en:

<http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/Documentos/Promocion/Vol45/consumocigarrillo%20.pdf>.

35. Velásquez J., Scoppeta O. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas de Santa Fe de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, D.C; 1997.
36. Nakajima H. Mensaje del director general de la Organización Mundial de la Salud para el Día Mundial de No Fumar. DSI-TOS (Edición Especial Día Mundial de No Fumar). 1997; 8: 2.
37. Organización Mundial de la Salud “10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco” en: http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html, obtenido el 23 de Marzo del 2013.
38. CRONICA.com.mex, Rodrigo Balam Muñoz Soto y Briscia Barrón Vivanco, “El humo del cigarrillo afecta la salud de los niños” En http://www.cronica.com.mx/especial.php?id_tema=1146&id_nota=509495 . Obtenido el 25 de Marzo del 2013.
39. De La Gálvez A, Tamayo C. Calani F. Perfil de Mortalidad en la Ciudad de La Paz 2009. Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo IINSAD, - UMSA- La Paz, Apoyo Gráfico; 2012.
40. De La Gálvez Murillo Alberto, Tamayo Caballero Carlos. Mortalidad en la ciudad de La Paz-Bolivia. Cuadernos. 2001; 47(1): 72-79.
41. Ministerio de Salud y Deportes; Encuesta Mundial de profesionales de salud: El uso de tabaco en estudiantes de tercer año de medicina y enfermería, CELIN. Center for Disease Control and Prevención; Centro Latinoamericano de Investigación Científica; La Paz , Bolivia OPS/OMS, 2006
42. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
43. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

44. National Toxicology Program. Report on Carcinogens. Eleventh Edition. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2005.
45. Cuevas Heriberto en: De La Gálvez A, Tamayo C. Calani F. Perfil de Mortalidad en la Ciudad de La Paz 2009. Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo IINSAD, -UMSA- La Paz, Apoyo Gráfico; 2012.
46. Decreto Supremo No. 29601, Bolivia: Órgano ejecutivo; 2008. en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31162.pdf>, 1 de abril del 2013; <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/Guia2008/tabaco.htm>, al 24 de abril del 2014.
47. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Centro de Prensa, Tabaco, Nota descriptiva n.º 339, Julio de 2013 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>, al 24 de abril del 2014.
48. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, Departamento de Investigación para el Control del Tabaco, “Efecto de ambientes 100% libres de humo de tabaco sobre la mortalidad y las hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio y enfermedades cerebro vasculares”: Carlos Guerrero, José Muños, Belén Sáenz de Miera, Jorge Jiménez, Luz Myriam Reynales, México Junio del 2012.

17. ANEXOS

17.1. Lugar del estudio

LOCALIDAD DE COROICO



17.2. Encuesta de investigación.



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS,
POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

Encuesta sobre prevalencia de enfermedades no transmisibles y sus factores condicionantes con un enfoque de género e interculturalidad en los municipios urbanos de La Paz y El Alto, 2014





NÚMERO DE ENCUESTA / CÓDIGO: Nº 001247

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____

Lugar y fecha de la encuesta: _____ de _____ de 20 _____

Hora de Inicio:

HORA	MIN.

Hora de Final:

HORA	MIN.

INFORMACIÓN PARA EL ENTREVISTADO:

Buenos días, Mi nombre es _____ Quiero informarle que la UMSA está realizando una investigación en la ciudades de La Paz y El Alto, sobre enfermedades no transmisibles y sus posibles causas. Los resultados de esta investigación ayudaran a mejorar la información sobre estas enfermedades y también los servicios de salud. Su participación es muy importante para la investigación por lo cual le solicitamos cordialmente su colaboración para el llenado de la presente encuesta. Asimismo le informamos, que la investigación incluye realizar a todos los participantes en el momento de la encuesta la toma de peso, talla, medición de la cintura y cadera, la presión arterial y medición de azúcar de una muestra de sangre capilar de uno de sus dedos. Por otra parte, en un establecimiento de salud se les realizaran exámenes de laboratorio para determinar los niveles de la glucosa, de colesterol y triglicéridos en la sangre de forma gratuita.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (leer en voz alta y con claridad).
Esta es una encuesta confidencial, anónima y su participación es voluntaria. Con base en la información anterior, queremos saber si comprendió la explicación o si requiere información adicional. Usted puede decidir no responder a cualquiera de las preguntas de la encuesta y también puede decidir no seguir participando en la encuesta en cualquier momento.

¿Acepta participar en la encuesta? SI NO (En el caso que la respuesta sea NO, agradecer y retirarse)

INSTRUCCIONES GENERALES
Por favor use un marcador legible.
Es posible marcar más de una opción en alguna de las preguntas.
Lea la pregunta en voz clara y alta al entrevistado, y según la respuesta, marque la opción adecuada.

DOMICILIO:

Barrio/Zona: _____ Calle: _____ No: _____

Edificio: _____ Departamento: _____

Teléfono: _____ Macrodistrito: _____ Distrito: _____

Ciudad: LA PAZ EL ALTO

Sexo: FEMENINO MASCULINO

EDAD: _____ Años cumplidos

I DETERMINANTES AMBIENTALES (SOCIOECONÓMICOS)

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
1	Estado Civil	1. <input type="checkbox"/> Soltero/a 2. <input type="checkbox"/> Casado/a 3. <input type="checkbox"/> Concubinato 4. <input type="checkbox"/> Divorciado/a 5. <input type="checkbox"/> Viudo/a
2	Nivel de instrucción (marcar solo si terminó)	1. <input type="checkbox"/> Primaria 2. <input type="checkbox"/> Secundaria 3. <input type="checkbox"/> Técnico 4. <input type="checkbox"/> Universidad (licenciatura) 5. <input type="checkbox"/> Postgrado 6. <input type="checkbox"/> Ninguno

II. DETERMINANTES BIOLÓGICOS

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
13	¿Algún médico, le diagnosticó alguna de las siguientes enfermedades? (Leer opciones)	1. <input type="checkbox"/> Cáncer 2. <input type="checkbox"/> Diabetes 3. <input type="checkbox"/> Obesidad 4. <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial 5. <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular 6. <input type="checkbox"/> Enfermedad reumática u osteoarticular 7. <input type="checkbox"/> Enfermedad digestiva crónica (colon irritable, úlcera gástrica) 8. <input type="checkbox"/> Otro trastorno crónico ¿Cuál?..... 9. <input type="checkbox"/> Ninguno (Si la respuesta es ninguno pase a la pregunta 16)
14	¿Toma o tomó usted medicamentos recetados por un médico para alguna de estas enfermedades?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
15	¿Qué medicamentos toma actualmente, para estas enfermedades?	1. <input type="checkbox"/> ¿Cuál?..... 2. <input type="checkbox"/> No sabe 3. <input type="checkbox"/> No recuerda
16	¿A alguno de sus familiares, le diagnosticó un médico, alguna de las siguientes enfermedades?	1. <input type="checkbox"/> Cáncer 2. <input type="checkbox"/> Diabetes 3. <input type="checkbox"/> Obesidad 4. <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial 5. <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular 6. <input type="checkbox"/> Enfermedad reumática u osteoarticular 7. <input type="checkbox"/> Enfermedad digestiva crónica (colon irritable, úlcera gástrica) 8. <input type="checkbox"/> Otro trastorno crónico ¿Cuál?..... 9. <input type="checkbox"/> Ninguno
17	¿Algún familiar toma o tomó algún medicamento recetado por un médico, para alguna de esas enfermedades?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO

III. DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

No.	PREGUNTA	RACIONES	FRECUENCIA				
			b)	c)	d)	e)	
		a) Número de porciones en medida casera (unidad, vaso, taza, plato) ANOTAR SOLO EL NÚMERO	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	RARA VEZ (menos de una vez por mes)	
18.1	Leche, yogurt						
18.2	Huevo						
18.3	Pescado						
18.4	Cerdo, cordero o menudencias.						
18.5	Carne de vaca						
18.6	Frutas						
18.7	Verduras crudas						
18.8	Cereales integrales						
18.9	Pan u otros de pastelería						
18.10	Agua						
18.11	Gaseosas						
18.12	Comidas Rápidas						
18.13	Desayuna (7am a 9am)						
18.14	Algún suplemento alimentario (calcio, magnesio, zinc, vitaminas, hierro, otros)						

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
19	¿Después de servido su plato, se aumenta sal en la comida?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
20	¿Consume algún sustituto de la sal?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
21	¿Cuántas horas duerme en la noche?horas
22	Con respecto a su peso, usted se considera....(leer las opciones)	1. <input type="checkbox"/> Delgado 2. <input type="checkbox"/> Normal 3. <input type="checkbox"/> Con Sobrepeso 4. <input type="checkbox"/> Obeso

No.	PREGUNTAS SOLO PARA MUJERES	CÓDIGO Y RESPUESTA
23	¿Ha usado anticonceptivos hormonales (píldoras, inyecciones, implantes)?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
24	¿Por cuánto tiempo usó?	1. <input type="checkbox"/> Semanas 2. <input type="checkbox"/> Meses 3. <input type="checkbox"/> Años

CONSUMO DE SAL YODADA

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
25	¿El recipiente en que conserva la sal, está cerrado?	1. <input type="checkbox"/> Siempre 2. <input type="checkbox"/> A veces 3. <input type="checkbox"/> Nunca
26	¿En qué lugar almacena la sal? (leer las opciones y verificar)	1. <input type="checkbox"/> Cerca de la hornilla 2. <input type="checkbox"/> Cerca de la ventana (Expuesta al sol) 3. <input type="checkbox"/> En un lugar fresco y seco 4. <input type="checkbox"/> Otro _____ Especificar
27	¿Sabe si la sal que consume en su casa es yodada? (verificar y hacer la prueba de yodo en sal)	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe 4. <input type="checkbox"/> No responde

No.	MEDIR YODO EN LA SAL	RESULTADO
28	(Sobre la parte inferior de una hoja blanca coloque una cucharilla de sal, sobre la misma exprima unas gotas de limón. Doble la hoja a la mitad presione, y espere un momento. Retire la sal: si se tiñe la hoja de color violeta es que contiene yodo; pero si no tiñe de ningún color no contiene yodo) Marca de sal yodada verificar.....	1. <input type="checkbox"/> Positivo 2. <input type="checkbox"/> Negativo

CONSUMO DE COCA

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
29	¿Consumo usted algún producto de coca?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección)
30	¿Con que frecuencia consume productos de coca?	1. <input type="checkbox"/> Cada día 2. <input type="checkbox"/> Semanalmente 3. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente
31	¿En qué forma consume la coca?	1. <input type="checkbox"/> Masticar (acullico) 2. <input type="checkbox"/> Mate en bolsitas (trimate) 3. <input type="checkbox"/> Mate de hojas 4. <input type="checkbox"/> Jarabe 5. <input type="checkbox"/> Otros.....
32	¿Aproximadamente, hace cuánto tiempo consume algún producto de coca?	1. <input type="checkbox"/>Años 2. <input type="checkbox"/>Meses 3. <input type="checkbox"/>Semanas

ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración y del ritmo cardíaco, las "actividades físicas moderadas" son aquellas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración y del ritmo cardíaco.		a) En el trabajo	b) Para desplazarse (caminar o bicicleta)	c) En el tiempo libre
33	¿Realiza una actividad física intensa durante al menos 10 minutos consecutivos?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No
34	¿En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas?	<input type="text"/> Días	<input type="text"/> Días	<input type="text"/> Días
35	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos
36	¿Realiza una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa o transportar pesos ligeros durante al menos 10 minutos consecutivos?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No
37	¿En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada?	<input type="text"/> Días	<input type="text"/> Días	<input type="text"/> Días
38	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos
39	¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado, Exceptuando las horas de sueño, en un día típico?		1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos	

CONSUMO DE TABACO

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
40	¿Fuma Usted actualmente algún producto de tabaco como cigarrillos, puro o pipa?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la pregunta 46)
41	¿Cuántos cigarrillos en promedio fuma usted en un día?	Numero de cigarrillos <input type="text"/>
42	¿Qué edad tenía Usted cuando empezó a fumar?	1. <input type="checkbox"/> Edad (en años) 2. <input type="checkbox"/> No recuerda
43	¿Usted, fuma inmediatamente después de levantarse en la mañana?	1. <input type="checkbox"/> No, no me dan ganas de fumar 2. <input type="checkbox"/> Sí, algunas veces 3. <input type="checkbox"/> Sí, siempre
44	¿Recibe algún tratamiento para dejar de fumar?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO (pase a la siguiente sección)
45	¿Qué tratamiento recibe?	1. <input type="checkbox"/> Medicina Tradicional 2. <input type="checkbox"/> Medicamentos 3. <input type="checkbox"/> Terapia psicológica 4. <input type="checkbox"/> Otros.....
46	¿Usted fumaba?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la pregunta 48)
47	¿Hace cuánto tiempo dejó Usted de fumar? (Registre solo en una de las casillas)	1. <input type="checkbox"/> Años 2. <input type="checkbox"/> Meses 3. <input type="checkbox"/> Semanas 4. <input type="checkbox"/> No recuerda
48	Durante los últimos 12 meses, ¿Usted ha estado regularmente (al menos una vez por semana) expuesto al humo del tabaco de fumadores, por lo menos 5 minutos seguidos?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
49	¿Sabe usted, que respirar el humo de los cigarrillos de otras personas o ser fumador puede causarse problemas de salud?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
50	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	1. <input type="checkbox"/>veces al mes 2. <input type="checkbox"/>veces a la semana 3. <input type="checkbox"/> Todos los días 4. <input type="checkbox"/> Nunca (pase a la siguiente sección)
51	En una ocasión que está usted bebiendo, ¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas toma durante ese día?	Número de vasos <input type="text"/>
52	¿Con qué frecuencia toma 6 o más vasos en una ocasión?	1. <input type="checkbox"/> Nunca 2. <input type="checkbox"/> Cada 2 o más meses 3. <input type="checkbox"/> Mensualmente 4. <input type="checkbox"/> Semanalmente 5. <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
53	¿Usted ha tenido algún problema, éste año, por su forma de beber? (puede marcar varias opciones)	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Familiar 3. <input type="checkbox"/> Vecinal 4. <input type="checkbox"/> Laboral 5. <input type="checkbox"/> Con los estudios 6. <input type="checkbox"/> Legal o policial 7. <input type="checkbox"/> De tránsito 8. <input type="checkbox"/> Otros
54	¿Recibe algún tratamiento o ayuda para controlar este hábito?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No
55	¿Qué tratamiento recibe?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Medicina Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Medicamentos 4. <input type="checkbox"/> Terapia Psicológica

COLESTEROL

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
56	¿Qué tipo de aceite o grasa utiliza regularmente para cocinar?	1. <input type="checkbox"/> Aceite vegetal o margarina 2. <input type="checkbox"/> Manteca de cerdo, sebo o mantequilla 3. <input type="checkbox"/> Todas 4. <input type="checkbox"/> Ninguno 5. <input type="checkbox"/> No sabe / No responde
57	¿Alguna vez le han hecho un examen de colesterol y/o triglicéridos en sangre?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe
58	¿En los últimos 12 meses, le dijo un médico u otro personal de salud que tiene usted el colesterol y/o triglicéridos elevados?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
59	¿Qué tipo de tratamiento ha recibido para el colesterol y/o triglicéridos elevado?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Medicamentos 4. <input type="checkbox"/> Dieta
60	¿Qué medicamentos recibe?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> No sabe

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
61	¿Algún familiar consanguíneo tiene o tenía presión alta (arterial)? (Padres, abuelos, hijos)	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe
62	¿Algún personal de salud le ha dicho que tiene usted presión alta?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la 62)
63	¿Se hace controlar la presión arterial, por lo menos 1 vez al mes?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
64	¿Alguno de sus familiares consanguíneos, en la juventud (menor de 40 años), tuvo un infarto cardiaco (ataque al corazón)?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe
65	¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado un infarto cardiaco (ataque al corazón) o angina de pecho?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
66	¿Recibe algún tratamiento para la presión alta o para el corazón?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno (pase a la siguiente sección) 2. <input type="checkbox"/> Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Medicamentos 4. <input type="checkbox"/> Ambos
67	¿Qué tratamiento médico recibe?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> No sabe
68	¿Qué tratamiento tradicional recibe?

DIABETES

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
69	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que usted tiene diabetes?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la 73)
70	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron diabetes?	1. <input type="checkbox"/> Años..... 2. <input type="checkbox"/> Meses..... 3. <input type="checkbox"/> Semanas.....
71	¿Recibe algún tratamiento para controlar la diabetes? (puede marcar varias opciones)	1. <input type="checkbox"/> Ninguno (pase a la siguiente sección) 2. <input type="checkbox"/> Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Medicamentos 4. <input type="checkbox"/> ambos
72	¿Qué tratamiento médico recibe para la diabetes?	1. <input type="checkbox"/> Dieta y ejercicios 2. <input type="checkbox"/> Insulina 3. <input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes orales 4. <input type="checkbox"/> Otro..... 5. <input type="checkbox"/> No sabe
73	¿Le han encontrado algunos valores altos de azúcar en la sangre (Ej.: en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No recuerda 4. <input type="checkbox"/> No sabe

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
74	¿Se le ha diagnosticado diabetes a alguno de sus familiares consanguíneos?	1. <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> Si (2do grado, abuelos, tío, primos) 3. <input type="checkbox"/> Si (1er grado, padre, hermano, hijo)

ENFERMEADES REUMATICAS

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
75	¿Alguno de sus familiares consanguíneos tuvo o tiene reumatismo? (artritis reumatoidea)	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO 3. <input type="checkbox"/> No sabe
76	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que usted tiene artritis reumática, reumatismo?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
77	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que usted tiene artrosis?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
78	¿Presenta dificultad para mover los dedos de sus manos por las mañanas, durante las últimas 6 semanas?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
79	¿Presento dolor articular o imposibilidad de mover las articulaciones durante las últimas 6 semanas?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO (pase a la siguiente sección)
80	¿Toma algún tratamiento para controlar este problema?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Farmacológico 4. <input type="checkbox"/> Ambos
81	¿Qué tipo de tratamiento médico?	1. <input type="checkbox"/> Si cual 2. <input type="checkbox"/> No recuerda 3. <input type="checkbox"/> No sabe
82	¿Qué tipo de tratamiento tradicional?	1. <input type="checkbox"/> Cual 2. <input type="checkbox"/> No recuerda 3. <input type="checkbox"/> No sabe

CÁNCER

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
83	SOLO PARA MUJERES ¿Cuándo se realizó un examen de cuello de útero (Papanicolaou o IVAA) por última vez?	1. <input type="checkbox"/> Hace semana (s) 2. <input type="checkbox"/> Hacemes(es) 3. <input type="checkbox"/> Haceaño(s) 4. <input type="checkbox"/> No sabe/ No recuerda 5. <input type="checkbox"/> Nunca
84	¿CON QUÉ RESULTADO?	1. <input type="checkbox"/> Negativo (sin lesiones) 2. <input type="checkbox"/> Positivo (lesión Pre-cancerosa o cáncer) 3. <input type="checkbox"/> No le dieron el resultado 4. <input type="checkbox"/> No recuerda
85	SOLO PARA VARONES (de 55 a 69 años) ¿Cuándo se realizó un examen de próstata por última vez?	1. <input type="checkbox"/> Hace semana (s) 2. <input type="checkbox"/> Hacemes(es) 3. <input type="checkbox"/> Haceaño(s) 4. <input type="checkbox"/> No sabe/ No recuerda 5. <input type="checkbox"/> Nunca
86	¿CON QUÉ RESULTADO?	1. <input type="checkbox"/> Negativo (sin lesiones) 2. <input type="checkbox"/> Positivo (lesión Pre-cancerosa o cáncer) 3. <input type="checkbox"/> No le dieron el resultado 4. <input type="checkbox"/> No recuerda
87	¿Le realizaron algún otro examen para detección de Cáncer?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección)
88	¿Qué tipo de cáncer?	1. <input type="checkbox"/> De cervix 2. <input type="checkbox"/> Mama 3. <input type="checkbox"/> Piel 4. <input type="checkbox"/> Próstata 5. <input type="checkbox"/> Cólon 6. <input type="checkbox"/> Digestivo 7. <input type="checkbox"/> Otro..... especifique

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
89	¿Cuándo le realizaron ese examen para detectar cáncer?	1. <input type="checkbox"/> Hace semana (s) 2. <input type="checkbox"/> Hace.....mes(es) 3. <input type="checkbox"/> Haceaño(s) 4. <input type="checkbox"/> No recuerda
90	¿Con qué resultado?	1. <input type="checkbox"/> Negativo (sin lesiones) 2. <input type="checkbox"/> Positivo (lesión Pre-cancerosa o cáncer) 3. <input type="checkbox"/> No le dieron el resultado 4. <input type="checkbox"/> No recuerda
91	¿Recibe o recibió algún tratamiento para controlar el Cáncer?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Médico occidental 4. <input type="checkbox"/> Ambos
92	¿Qué tipo de tratamiento médico?	1. <input type="checkbox"/> Quimioterapia 2. <input type="checkbox"/> Radioterapia 3. <input type="checkbox"/> Cirugía 4. <input type="checkbox"/> Otro. Especifique.....
93	¿Qué tipo de tratamiento tradicional?

VIOLENCIA

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
94	¿Sufrió los últimos 12 meses, algún tipo de daño o lesión, (agresión) ocasionado por alguna persona?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No(pase a la siguiente sección) 3. <input type="checkbox"/> No responde (pase a la siguiente sección)
95	¿Qué tipo de daño (agresión)?	1. <input type="checkbox"/> Físico 2. <input type="checkbox"/> Psicológica o emocional 3. <input type="checkbox"/> Laboral 4. <input type="checkbox"/> Económico 5. <input type="checkbox"/> Sexual
96	¿De quién recibió este tipo de maltrato?	1. <input type="checkbox"/> Espos/a o conviviente 2. <input type="checkbox"/> Otro familiar cercano 3. <input type="checkbox"/> Jefe o compañero de trabajo 4. <input type="checkbox"/> Extraño 5. <input type="checkbox"/> Otros 6. <input type="checkbox"/> No responde
97	¿Dónde estaba cuando sufrió ese maltrato?	1. <input type="checkbox"/> Hogar 2. <input type="checkbox"/> Trabajo 3. <input type="checkbox"/> Calle 4. <input type="checkbox"/> Acontecimientos sociales 5. <input type="checkbox"/> Otro

DISCAPACIDAD

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
98	¿Sufre usted, algún tipo de discapacidad?	1. <input type="checkbox"/> Física 2. <input type="checkbox"/> Intelectual 3. <input type="checkbox"/> Sensorial (si usa lentes o audifonos) 4. <input type="checkbox"/> Ninguna (pase a la siguiente sección)
99	¿Cuál es la causa de su discapacidad?	1. <input type="checkbox"/> Accidente 2. <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica 3. <input type="checkbox"/> Nacimiento 4. <input type="checkbox"/> Otro 5. <input type="checkbox"/> No sabe
100	¿En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para: Estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1. <input type="checkbox"/> Ninguna 2. <input type="checkbox"/> Leve 3. <input type="checkbox"/> Moderada 4. <input type="checkbox"/> Severa 5. <input type="checkbox"/> Extrema
101	¿En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para: Ponerse de pie cuando estaba sentado?	1. <input type="checkbox"/> Ninguna 2. <input type="checkbox"/> Leve 3. <input type="checkbox"/> Moderada 4. <input type="checkbox"/> Severa 5. <input type="checkbox"/> Extrema
102	¿En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para: Moverse dentro de su casa?	1. <input type="checkbox"/> Ninguna 2. <input type="checkbox"/> Leve 3. <input type="checkbox"/> Moderada 4. <input type="checkbox"/> Severa 5. <input type="checkbox"/> Extrema

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
103	¿En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para: Salir de su casa?	1. <input type="checkbox"/> Ninguna 2. <input type="checkbox"/> Leve 3. <input type="checkbox"/> Moderada 4. <input type="checkbox"/> Severa 5. <input type="checkbox"/> Extrema
104	¿En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para: Andar largas distancias, como un kilometro (o algo equivalente)?	1. <input type="checkbox"/> Ninguna 2. <input type="checkbox"/> Leve 3. <input type="checkbox"/> Moderada 4. <input type="checkbox"/> Severa 5. <input type="checkbox"/> Extrema

Leve	Moderada	Severa Completo	Extrema/no puede hacerlo.
¿Usted tiene malestar o dolor, lentitud o cambios en el modo de realizar la actividad?	¿Usted presenta dificultad Moderada o necesita ayuda en un 50%?	¿Usted tiene gran dificultad o necesita ayuda en un 75%?	¿Usted no puede hacerlo o necesita ayuda en un 100%?

SERVICIOS DE SALUD

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
105	¿Si usted padece una enfermedad de larga duración, dónde acude regularmente para tratamiento o control?	1. <input type="checkbox"/> Centro de salud público 2. <input type="checkbox"/> Hospital público 3. <input type="checkbox"/> Seguridad social 4. <input type="checkbox"/> Consultorio Privado 5. <input type="checkbox"/> Clínica Privada 6. <input type="checkbox"/> ONG 7. <input type="checkbox"/> Medicina tradicional 8. <input type="checkbox"/> Farmacia 9. <input type="checkbox"/> Tomó remedios caseros 10. <input type="checkbox"/> Ninguna (pasar a pregunta 117)
106	¿En este establecimiento, existe un profesional que siga su caso de forma regular (como un médico de cabecera)?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
107	¿Es el profesional que le atiende un especialista en su enfermedad?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe
108	¿El personal de salud (medico - enfermera) le brinda confianza para expresar sus problemas de salud?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> Regular
109	¿Las tarifas para la atención en el establecimiento de salud, están a su alcance?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No corresponde
110	¿El horario de atención del establecimiento de salud, le parece conveniente?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
111	¿Qué horario sugiere para la consulta?	1. <input type="checkbox"/> Mañana 2. <input type="checkbox"/> Tarde 3. <input type="checkbox"/> Noche 4. <input type="checkbox"/> Mediodía 5. <input type="checkbox"/> Fin de semana 6. <input type="checkbox"/> 24 horas 7. <input type="checkbox"/> Otro
112	¿Cuánto tiempo espera (en minutos u horas) desde el momento de su llegada al establecimiento de salud hasta la atención médica?	1.minutos 2.horas
113	Este tiempo de espera para ser atendido, le parece:	1. <input type="checkbox"/> Poco 2. <input type="checkbox"/> Adecuado 3. <input type="checkbox"/> Regular 4. <input type="checkbox"/> Mucho 5. <input type="checkbox"/> Exagerado
114	¿Que medios, que necesita para su control y tratamiento, le proporciona el establecimiento?	1. <input type="checkbox"/> Todos los medicamentos 2. <input type="checkbox"/> Algunos medicamentos 3. <input type="checkbox"/> Inyectables 4. <input type="checkbox"/> Todos los exámenes de laboratorio 5. <input type="checkbox"/> Algunos exámenes de laboratorio 6. <input type="checkbox"/> Rayos X 7. <input type="checkbox"/> Ecografía 8. <input type="checkbox"/> Otros



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS,
POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

Encuesta sobre prevalencia de enfermedades no transmisibles y sus factores condicionantes con un enfoque de género e interculturalidad en los municipios urbanos de La Paz y El Alto, 2014



COROICO

NÚMERO DE ENCUESTA / CÓDIGO:

Nº 001247

Nombre: _____

Barrio/Zona: _____ Calle: _____ No.: _____

Teléfono: _____ Macrodistricho: _____ Distrito: _____

Ciudad: LA PAZ EL ALTO

Sexo: FEMENINO MASCULINO EDAD: _____ Años cumplidos

*Datos a ser llenado por el (la) encuestador(a)

**SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO
EL EXAMEN ES TOTALMENE GRATUITO.
SE LE ENTREGARA LOS RESULTADOS.**

REALIZAREMOS PARA SU CONTROL LAS SUGUIENTES PRUEBAS DE LABORATORIO

Glucemia	Valores normales 70 -105 mg/dl	Valores ideales 70 -100 mg /dl
Colesterol total en mg/dl	Menos de 200 mg/dl	
HDL en mg/dl	V= 30-70	M=30-85 Valor ideal > 40 mg/dl > 50 mg/dl
LDL en mg/dl:	Riesgo bajo 1,29 mg/dl Riesgo moderado a elevado 1,30 a 1.09 mg/dl Riesgo muy elevado > 1,9 mg/dl	
Triglicéridos en mg/dl.	30-150 mg/dl	
Glicohemoglobina en ml	Normal 5,7 a 6,4	

POR FAVOR, CON ESTA PAPELETA RECURRA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN PARA REALIZAR SUS EXÁMENES.

Nombre del laboratorio La Paz: Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo- IINSAD- UMSA

Dirección del laboratorio: Claudio Sanjinés S/N, Complejo Hospital Miraflores, Edificio IBBA

Horario de atención: 9:00 a 13:00

Nombre del laboratorio El Alto: Clínica CIES

Dirección del laboratorio: Calle Luis Torres Nº 388 (Zona 16 de Julio) y Av. 6 de Marzo esq. C. 5 (La Caja)

Horario de atención: 9:00 a 13:00

INSTRUCCIONES: POR FAVOR ACUDIR AL EXAMEN EN AYUNAS (NO COMER NI BEBER 8 HORAS ANTES)