
Estudio Comparativo sobre la Prevalencia del Tabaquismo en Personas de 15 a 30 Años, Área Urbana y Rural Catacamas, Olancho

Dras. Silvia Yaneth Hernández G. y Gloria E. Gaidámez Santacruz

INTRODUCCIÓN:

El tabaquismo es una causa de morbimortalidad que puede ser prevenible (5, 12, 10). Es un hábito que se adquiere generalmente en la adolescencia (4, 7,8). Los médicos y demás profesionales de la salud juegan un rol importante por medio del ejemplo (1).

En relación a importaciones y exportaciones de tabaco en Honduras, según datos de 1987, registrados en la Dirección General de Estadísticas y Censo, éstas son las mostradas en el cuadro No. 1.

CUADRO No. 1

| IMPORTACIONES Y EXPORTACIONES DE TABACO EN HONDURAS EN 1987 | | | | |
|---|-------------|------------|---------------|---------------|
| | Importación | VL en Lps. | Exportación | VL en Lps. |
| Tabaco en rama | 11.237 kg | 141.874.22 | 1.260.465 kg. | 81.322.767.56 |
| Puro | 10 kg | 627.50 | 277.458 kg. | 4.925.728.02 |
| Cigarrillo | 8.500 kg | 277.722.98 | 2.041 kg. | 57.747.80 |

CUADRO No. 2

PRODUCCION DE CIGARRILLOS EN HONDURAS

| AÑO | MILLONES DE CAJETILLAS |
|------|------------------------|
| 1986 | 71.459 |
| 1987 | 70.527 |
| 1988 | 78.817 |

Fuente: Banco Central de Honduras.

Además en Honduras se observa un aumento en la producción de Cigarrillos (Cuadro No. 2).

La presente investigación se efectuó con el propósito de conocer la prevalencia del tabaquismo en el área urbana y rural en personas de 15 a 30 años en Catacamas, Olancho; además:

- Enumerar los factores condicionantes por los cuales los jóvenes de Catacamas comienzan a fumar.
- Identificar en que estrato de residencia existe mayor tabaquismo.
- Determinar el conocimiento que esta población tiene sobre los problemas de salud relacionados al tabaquismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado en 1989. Se tomó una muestra de mil personas por área, de 15 a 30 años. Se entrevistaron fumadores, no fumadores y exfumadores, sin importar el nivel educativo y no controlándose la muestra por sexo. El muestreo usado fue probabilístico por conglomerado, seleccionándose 10 barrios en el área urbana y 10 aldeas o caseríos en la rural. Los datos se recopilaron en base a una encuesta constituida por 40 preguntas.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

En cuanto a la definición de fumador, se dividieron dos grupos de edad: (15 a 19 años) y (20 a 30 años) siguiendo

las recomendaciones de la Unión Interamericana Contra el Cáncer. Así se consideró fumador en el caso del primer grupo de edad, aquel que consume uno o más cigarrillos a la semana por lo menos durante tres meses; y en el segundo grupo al que consume un cigarrillo o más por día.

No fumador. Aquel que nunca ha fumado.

Exfumador. Al que fumó durante tres meses pero que tiene más de un año de no fumar.

RESULTADOS

1) Distribución de la muestra por sexo. Debido a que la muestra no se controló por sexo, la población masculina entrevistado es mayor que la femenina (Tabla 1).

TABLA 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA MUESTRA POR SEXO Y AREA DE RESIDENCIA

| SEXO | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|-----------|-----------------------|-----------------|
| | URBANO | RURAL |
| Masculino | 67.0 | 61.3 |
| Femenino | 33.0 | 38.7 |
| TOTAL | 100.0 (1000) | 100.0 (1000) |

2) Prevalencia del hábito. El porcentaje de fumadores es mayor en el área urbana que en la rural, siendo en la primera área de más de la mitad y en la segunda de un tercio. En relación a los exfumadores, éstos representan un mínimo porcentaje (Tabla No. 2).

DISTRIBUCION URBANA Y RURAL SEGUN LA CLASIFICACION DE ANTECEDENTE DE TABAQUISMO

| ANTECEDENTE TABAQUISMO | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|------------------------|-----------------------|-----------------|
| | URBANO | RURAL |
| Fumador Actual | 55.7 | 35.2 |
| No fumador | 42.8 | 64.4 |
| Ex fumador | 1.5 | 0.4 |
| TOTAL | 100.0 (1000) | 100.0 (1000) |

$$\chi^2 = 96.1$$

$$P < 0.05$$

3) Distribución del hábito por sexo. En el sexo masculino hay un mayor porcentaje de fumadores en ambos estratos, encontrándose 20 puntos más en el urbano (Tabla No. 3).

TABLA 3
CLASIFICACION DE ANTECEDENTE DE FUMADO POR SEXO Y ESTRATO DE RESIDENCIA

| ESTRATO DE RESIDENCIA ANTECEDENTE FUMADO | SEXO | |
|--|----------------|----------------|
| | MASCULINO | FEMENINO |
| URBANO* | | |
| Fumadores | 76.0 | 14.5 |
| No Fumadores | 24.0 | 85.5 |
| TOTAL | 100.0 (670) | 100.0 (330) |
| RURAL** | | |
| Fumadores | 56.6 | 1.3 |
| No Fumadores | 43.4 | 98.7 |
| TOTAL | 100.0 (613) | 100.0 (387) |

• En no fumadores se incluyen a los exfumadores

• $\chi^1 = 355.8$ $P < 0.05$

* $\chi^* = 320.2$ $P < 0.05$

4) Antecedente de tabaquismo en padres y hermanos. Aproximadamente dos de cada cinco personas en el área urbana y uno de cada tres en la rural refirieron tener algún padre fumador (Tabla 4); apreciándose una proporción importante en ambas áreas con este

TABLA 4

ANTECEDENTE DE TABAQUISMO EN ALGUN PADRE AREA URBANA Y RURAL

| ALGUNOS DE SUS PADRES FUMA | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------|
| | URBANO | RURAL |
| Sí | 40.9 | 37.8 |
| No | 59.1 | 62.2 |
| TOTAL | 100.0 (1000) | 100.0 (1000) |

antecedente positivo en hermanos, con significancia mayor en los urbanos que en los rurales (46.6% vrs 40.8%) (Tabla 5).

5) Edad de inicio del hábito. En ambos estratos de residencia el mayor porcentaje de fumadores se inició a la edad de 14 a 16 años, con mayor porcentaje en

TABLA 5

ANTECEDENTE DE TABAQUISMO EN ALGUN HERMANO AREA URBANA Y RURAL

| ALGUN HERMANO FUMA | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|--------------------|-----------------------|-----------------|
| | URBANO | RURAL |
| Sí | 46.6 | 40.8 |
| No | 53.4 | 59.2 |
| TOTAL | 100.0 (1000) | 100.0 (1000) |

$$\chi^2 = 6.8 \text{ P} < 0.05$$

las rurales. Y la mayoría comenzó antes de los 20 años, representando un 88.4% en el área urbana con seis puntos más en la rural (Tabla 6).

TABLA 6

EDAD DE COMIENZO DEL HABITO: AREA URBANA Y RURAL

| EDAD EN QUE INICIO A FUMAR (AÑOS) | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------|
| | URBANO | RURAL |
| 8-10 | 2.3 | 0.9 |
| 11-13 | 16.2 | 15.1 |
| 14-16 | 41.5 | 54.3 |
| 17-19 | 28.4 | 23.9 |
| 20-22 | 8.6 | 4.8 |
| 23-25 | 2.3 | 0.6 |
| 26 y más | 0.7 | 0.6 |
| TOTAL | 100.0 (557) | 100.0 (352) |

$$\chi^2 = 20.6 \text{ P} < 0.05$$

- 6) Factores condicionantes para el inicio del tabaquismo. En ambas áreas la mayoría de fumadores manifestó que se inició por influencia de sus amigos y compañeros, proporción que se eleva en un 13.2% para la rural (Tabla 7).
- 7) Cantidad de cigarrillos consumidos. Se observa que el grupo de 15 a 19 años alrededor de un 25%, para ambas áreas de residencia, está fumando más de un paquete de cigarrillos por semana (Tabla 8); y en el de 20 a 30 años existe ya un 37.9% de urbanos consu-

TABLA 7

RAZON DE HABER INICIADO EL HABITO AREA URBANA Y RURAL

| RAZON DE HABER INICIADO A FUMAR | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|--|-----------------------|----------------|
| | URBANO | RURAL |
| Porque sus amigos y compañeros lo hacían | 38.8 | 52.0 |
| Diversión | 22.1 | 16.8 |
| Curiosidad | 21.9 | 15.6 |
| Imitación | 15.1 | 15.6 |
| Rebeldía | 1.6 | 0.0 |
| Otro | 0.5 | 0.0 |
| TOTAL | 100.0 (557) | 100.0 (352) |

$$\chi^2 = 23.6 \text{ P} < 0.05$$

TABLA 8

A.) TABAQUISMO EN LA POBLACION DE 15-19 AÑOS
NUMERO DE CIGARRILLO QUE CONSUMEN POR SEMANA
SEGUN ESTRATO DE RESIDENCIA

| NUMERO DE CIGARRILLOS QUE FUMA POR SEMANA | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|---|-----------------------|----------------|
| | URBANO | RURAL |
| 1-5 | 17.7 | 22.5 |
| 6-10 | 21.5 | 28.3 |
| 11-15 | 20.9 | 8.3 |
| 16-20 | 14.6 | 17.5 |
| 21-30 | 8.2 | 14.2 |
| 31-40 | 12.0 | 5.0 |
| 41 y más | 5.1 | 4.2 |
| TOTAL | 100.0 (158) | 100.0 (120) |

$$\chi^2 = 15.5 \text{ P} < 0.05$$

miendo más de 10 cigarrillos por día, que se eleva medio punto en los rurales (Tabla 9).

- 8) Deseo e intención de abandonar el hábito. Aproximadamente tres de cada cuatro urbanos y dos de cada tres rurales desean dejarlo (Tabla 10); sin

TABLA 9

B. TABAQUISMO EN LA POBLACION DE 20-30 AÑOS
 NUMERO DE CIGARRILLOS QUE CONSUMEN POR DIA
 SEGUN ESTRATO DE RESIDENCIA

| NUMERO DE CIGARRILLOS QUE FUMA POR DIA | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|--|-----------------------|----------------|
| | URBANO | RURAL |
| 1-5 | 34.1 | 33.2 |
| 6-10 | 28.1 | 28.4 |
| 11-15 | 15.3 | 9.9 |
| 16-20 | 12.3 | 14.7 |
| 21-30 | 6.5 | 8.6 |
| 31-40 | 2.0 | 3.0 |
| 41 y más | 1.8 | 2.2 |
| TOTAL | 100.0 (399) | 100.0 (232) |

TABLA 10

DISTRIBUCION URBANA Y RURAL
 SEGUN SI EL MEDICO LE HA ACONSEJADO DEJAR DE
 FUMAR

| CONSEJO DEL MEDICO DEJAR DE FUMAR | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|---|-----------------------|----------------|
| | URBANO | RURAL |
| Sí | 18.9 | 9.7 |
| No | 81.1 | 90.3 |
| TOTAL | 100.0 (557) | 100.0 (352) |

$\chi^2 = 14.1$ $P < 0.05$

embargo menos de la mitad del área urbana y casi dos tercios de la rural no lo ha intentado (Tabla 11).

9) Consejos médicos recibidos y problemas económicos ocasionados. La gran mayoría manifestó que ningún médico les ha recomendado dejar de fumar (Tabla 12). Además en los fumadores se investigó si este hábito les ocasiona problemas económicos, la mayor proporción respondió afirmativamente, siendo alrededor de dos tercios en los urbanos y cuatro quintos en los rurales (Tabla 13).

10) Conocimiento sobre problemas de salud relacionados con el hábito. A todos los entrevistados se les

TABLA 11

DISTRIBUCION URBANA Y RURAL SEGUN SI EL
 FUMAR
 LES OCASIONA PROBLEMAS ECONOMICOS

| OCASIONA PROBLEMAS ECONOMICOS | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|-------------------------------------|-----------------------|----------------|
| | URBANO | RURAL |
| Sí | 69.3 | 83.8 |
| No | 30.7 | 16.2 |
| TOTAL | 100.0 (557) | 100.0 (352) |

$\chi^2 = 24.1$ $P < 0.05$

TABLA 12

DISTRIBUCION PRO ESTRATO DE RESIDENCIA SEGUN
 SI QUIEREN DEJAR DE FUMAR

| QUISIERA DEJAR DE FUMAR | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|----------------------------|-----------------------|----------------|
| | URBANO | RURAL |
| Sí | 76.8 | 63.1 |
| No | 23.2 | 36.9 |
| TOTAL | 100.0 (557) | 100.0 (352) |

$\chi^2 = 20.1$ $P < 0.05$

TABLA 13

DISTRIBUCION POR ESTRATO DE RESIDENCIA
 SEGUN SI HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR

| HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|--------------------------------|-----------------------|----------------|
| | URBANO | RURAL |
| Sí | 58.2 | 36.6 |
| No | 41.8 | 63.4 |
| TOTAL | 100.0 (557) | 100.0 (352) |

$\chi^2 = 39.9$ $P < 0.05$

preguntó si consideraban que fumar ocasiona problemas de salud, aproximadamente 84% en ambas áreas contestó en forma afirmativa (Tabla 14). Al desagregar la información por sexo no se encontraron diferencias significativas en ambos estratos de

TABLA 14

DISTRIBUCION URBANA Y RURAL SEGUN SU OPINION SOBRE SI EL FUMAR OCASIONA PROBLEMAS DE SALUD

| OPINION DE ENTREVISTADO | ESTRATO DE RESIDENCIA | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|
| | URBANO | RURAL |
| Sí | 84.6 | 83.9 |
| No | 15.4 | 16.1 |
| TOTAL | 100.0 (1000) | 100.0 (1000) |

residencia (Tabla 15). Además se apreció que a medida aumenta la edad, existe mayor reconocimiento sobre los problemas de salud relacionados con el tabaquismo.

TABLA 15

DISTRIBUCION URBANA Y RURAL SEGUN SI CONOCE SOBRE PROBLEMAS DE SALUD QUE OCASIONA EL FUMAR POR SEXO

| ESTRATO DE RESIDENCIA SABE PROBLEMAS | SEXO | |
|---|----------------|----------------|
| | MASCULINO | FEMENINO |
| URBANO | | |
| Sabe Problemas | 86.1 | 81.5 |
| No Sabe | 13.9 | 18.5 |
| TOTAL | 100.0 (670) | 100.0 (330) |
| RURAL | | |
| Sabe Problemas | 85.5 | 81.4 |
| No Sabe | 14.5 | 18.6 |
| TOTAL | 100.0 (613) | 100.0 (387) |

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el fin de comparar la prevalencia del tabaquismo entre el área urbana y rural de Catacamas, encontrándose una mayor prevalencia en los urbanos (55.7%) que en los rurales (35.2%). Datos comparables a los descritos por el Doctor Pertuzey Cois. (10) en 1986, quienes encontraron que los residentes urbanos fuman más que los rurales (41.6% vrs 31.2%).

En nuestro estudio la diferencia de prevalencia entre ambas áreas puede verse influida por la mayor accesibilidad de cigarrillo, los medios de comunicación, el antecedente de tabaquismo en padres y hermanos. En relación a este último factor, puede notarse un mayor porcentaje en la población urbana de que algún padre o hermano fume. El Doctor Martínez y Cois (9) en el estudio sobre factores psicosociales relacionados con el hábito de fumar indica como significativo el que algún hermano fume; además Lara y Cois (8) describen en la población fumadora un mayor porcentaje de padres y hermanos fumadores.

Al investigar la edad de inicio en este hábito se encontró que ocurre a tempranas edades, similar a otros estudios (4,7,8). Así los Doctores Greiber y Vargas (7) apreciaron en su estudio que la mayoría inicia a fumar por influencia de compañeros y amigos.

En relación a la cantidad de cigarrillos consumidos se pudo observar que las personas de 20 a 30 años son quienes consumen mayor cantidad, encontrándose que a medida incrementa la edad hay un mayor consumo, similar a lo referido en otros países (6).

Es interesante destacar que a pesar de existir una gran proporción de fumadores con deseo de abandonar el hábito de mayoría no lo ha intentado, comparable a estudios en México (11).

En una encuesta realizada en 1983 en 495 médicos de siete hospitales de México (11) el 85% aceptaba como parte de su responsabilidad convencer al paciente de abandonar el tabaquismo. En el presente trabajo la gran mayoría de fumadores no ha recibido consejo médico sobre esto, lo cual podría ser por falta de conciencia en los profesionales de salud en relación a este problema de salud pública.

Es importante notar que la mayoría de fumadores considera que el tabaquismo les ocasiona problemas económicos. En boletín informativo del Comité Latinoamericano y del Caribe Coordinador del Control del Tabaquismo (2) menciona que los fumadores gastan alrededor de 100 mil millones de dólares anuales con lo cual compran cinco billones de cigarrillos.

Para concluir la mayor parte de los entrevistados expresaron tener conocimiento sobre los problemas de salud relacionados con el tabaquismo observándose que a mayor edad mayor conocimiento al respecto.

CONCLUSIONES

La prevalencia del tabaquismo en el municipio de Catacamas es mayor en el área urbana que en la rural, siendo el sexo masculino el que más fuma en ambas áreas. La mayoría se inició en este hábito a edades por debajo de los veinte años, observándose como la causa más frecuente la influencia de amigos y compañeros. La mayoría opinó que el tabaquismo se relaciona con problemas de salud, a pesar de ello la prevalencia es elevada. Y casi todos manifestaron que el fumar les ocasiona problemas económicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ball, K. El Tabaquismo: epidemia mortal. Foro mundial de la salud, 1986; 7 (3): 1229-1243.
- 2) Comité Latinoamericano y del Caribe Coordinador del Control del Tabaquismo. Boletín Informativo No. 4, 1988.
- 3) Crofton, E. La Mujer y el Tabaco. Salud Mundial. 1987 (Oct.) 28-29.
- 4) Cruz E., Lisboa C, Aguirre C, Pertuze J. Estudio Longitudinal del Hábito de Fumar en Estudiantes de la Universidad Católica. Rev. Med. Chile. 1985; 113 (12): 1231-1239.
- 5) El Hábito de Fumar en Países Menos Desarrollados: un importante problema de salud pública. Rev. Med. Chile. 1988; 116(3): 280-281.
- 6) El Tabaco Contra la Juventud: advertencias internacionales crónicas de la OMS, 1982; 36 (2): 79-81.
- 7) Greiber R. y Vargas N.A. Hábito de Fumar en Estudiantes profesionales de salud. Rev. Med. Chile. 1982; 110(5): 473-478.
- 8) Lara M.A., Balzaretto M., Oñate M.G., Gómez P. Opiniones, actitudes y consumo de tabaco en una institución de salud pública. Salud Pública de México. 1984; 26 (2): 122-129.
- 9) Martínez L., Molina O., Morales M., Moya C, Paredes R., Factores Psicosociales Relacionados con el Hábito de Fumar. Rev. Med. Chile. 1987; 155 (2): 167-171.
- 10) Pertuze J., y Cois. Síntomas respiratorios, función pulmonar y hábito tabáquico en un área urbana y rural de Chile. Rev. Med. Chile. 1986; 114 (10): 993-999.
- 11) Puente S., F., Tabaquismo en México, Bol. Off. Sanit. Panam., 1986; 101 (3): 234-243.
- 12) Tapia J, R. Tabaquismo. Salud Pública México. 1980; 22 (6): 601-615.