

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

Comportamiento del hábito de fumar en adolescentes de una población cerrada.

Dra. Darianna Anderson Ruiz.

2017

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

**Comportamiento del hábito de fumar en adolescentes de una población
cerrada.**

**“Tesis en opción al título de Especialista de 1er grado en Medicina General
Integral”**

Autora: Dra. Darianna Anderson Ruiz

Residente de 2do año de Medicina General Integral.

Tutora: MSc. Dra. Marlen Curvelo Laws.

**Especialista en 1er Grado de Medicina General Integral. Máster en
Atención Integral a la Mujer. Investigadora Agregada.**

Asesor: MSc. Dr. Israel Triana Pérez

Especialista de 1er grado en Medicina Física y Rehabilitación.

Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.

Investigador Agregado.

Policlínico Universitario Norte “Diego del Rosario Padilla”, Morón,

2017.

PENSAMIENTO

El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva..... En fin, será un Guardián de la Salud.

Fidel Castro Ruz.

DEDICATORIA

A mi familia por creer en mí y ayudarme a convertirme en la persona que soy.

A los profesores que durante toda la carrera compartieron sus conocimientos conmigo y me enseñaron en cómo convertirme en un profesional de la salud.

A cada una de las personas que contribuyeron a que esta investigación se llevara a cabo.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis profesores, por enseñarme todos los conocimientos que hoy tengo y que con gusto comparto con mis compañeros.

Gracias a mi mamá, por darme la vida, por enseñarme a ser una persona mejor cada día, por aceptarme tal y como soy y corregirme mis errores, por inculcar en mí este sentimiento humanista de tener sensibilidad para poder ayudar a los desposeídos sin esperar nada a cambio.

Gracias a mi abuela por ser tan comprensiva conmigo, por darme su apoyo y prestarme su hombro cuando los tiempos se hicieron oscuros y necesité de un hombro amigo.

Gracias a cada uno de los amigos que me dedicaron un poquito de su tiempo.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo para determinar el comportamiento del hábito de fumar en adolescentes de una población cerrada como soldados fumadores correspondientes a la Unidad Militar 2091, según variables epidemiológicas y sociales en el período comprendido desde Enero del 2016 hasta Junio del 2017. El universo estuvo constituido por los 99 soldados fumadores de ambos sexos, con un rango entre 18 y 22 años. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión, a todos se les solicitó consentimiento informado. Los datos se presentaron en tablas de simple y doble entrada, que permitieron obtener como resultados que en la población de soldados fumadores predominó el sexo masculino, el grupo de edad de 21-22 años como la mayor frecuencia, la escolaridad de técnico medio en todas las ocupaciones, el color blanco de la piel, la imitación, la depresión, los familiares fumadores, el servicio de guardia, que fumaban hasta 12 cigarrillos al día con una frecuencia mínima diaria, en los aspectos de las esferas social, psicológica, familiar y militar reportados por los soldados, concluyéndose que se logró determinar el comportamiento del hábito de fumar en adolescentes de una población cerrada.

Palabras Clave: Adolescencia, hábito de fumar, población cerrada, promoción de salud, problema de salud.

ÍNDICE

	Páginas
Introducción.....	1
Objetivos	7
Marco Teórico.....	8
Método	17
Análisis y Discusión de los Resultados	22
Conclusiones	30
Recomendaciones	31
Referencias Bibliográficas	32
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa crucial en la vida del ser humano, en la que se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales, por lo que en este período se hace importante la formación de actitudes y valores positivos que probablemente los acompañen durante toda la vida. Además, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera también de forma convencional, adolescente a toda persona cuya edad esté comprendida entre los 10 y 20 años, acorde con los cambios sexuales, las transformaciones físicas, el momento social en el cual se desarrolla y el equilibrio que se produce entre los diferentes intereses, motivaciones, objetivos y aspiraciones de este grupo, en el espacio social y el escenario cultural donde transcurren los años más importantes de su desarrollo humano ⁽¹⁻²⁾.

Entre las determinantes del estado de salud se encuentran los hábitos y estilos de vida y dentro de los mismos se hallan los hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y otros), que en muchas ocasiones son adquiridos en la etapa adolescente, por tanto, se puede decir que el tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor.

El tabaco es un producto de la agricultura originario de América y procesado a partir de las hojas de *Nicotiana tabacum*. Se consume de varias formas, siendo la principal por combustión produciendo humo. Su particular contenido en nicotina la hace muy adictiva. Para algunos autores, la nicotina crea dependencia, como suele afirmarse ⁽²⁾. Se comercializa legalmente en todo el mundo, aunque en muchos países tiene numerosas restricciones de consumo, por sus efectos adversos para la salud pública. Su composición incluye un alcaloide, la nicotina,

que se encuentra en las hojas en proporciones variables (desde menos del 1% hasta el 12%).

El género *Nicotiana* abarca más de 50 especies clasificadas en cuatro grupos principales: *N. tabacum*, *N. petunoides*, *N. rustica* y *N. glauca*. La especie *N. tabacum*, se puede clasificar en cuatro variedades: havanesis, brasilensis, virgínica y purpúrea, que son el origen de las distintas variedades usadas en la comercialización.

Los expertos en vegetales han determinado que el centro del origen del tabaco se sitúa en la zona andina entre Perú y Ecuador. Los primeros cultivos debieron de tener lugar entre cinco mil y tres mil años A.C. Cuando se coloniza América, el consumo estaba extendido por todo el continente. Fumar, (inhalar y exhalar el humo del tabaco) era una de las muchas variedades de consumo en América del Sur. Además de fumarse, el tabaco se aspiraba por la nariz, se masticaba, se comía, se bebía, se untaba sobre el cuerpo, se usaba en gotas en los ojos y se usaba en enemas. Se usaba en ritos como soplarlo sobre el rostro de guerreros antes de la lucha, se esparcía en campos antes de sembrar, se ofrecía a los dioses, se derramaba sobre las mujeres antes de una relación sexual, y tanto hombres como mujeres lo utilizaba como narcótico. El tabaco era usado por los mayas para celebraciones rituales y religiosas, fue conocido por los europeos en 1492 con ocasión de la llegada de Cristóbal Colón y sus expedicionarios. Otras versiones tomadas de cronistas españoles proponen que «tabaco» proviene de la castellanización del lugar donde la planta fue descubierta, ya sea Tobago, una isla antillana, o la localidad mexicana de Tabasco. Sin embargo, lo más verosímil es que proceda del árabe «*tabbaq*», nombre que se aplicaba en Europa desde al menos el siglo XV a diversas plantas medicinales. La variedad maya conocida como Cikar (fumar), se extendió por todo el continente gracias al comercio. Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre compañeros de Cristóbal Colón, fueron los primeros europeos en conocer su existencia. Rodrigo, a su vuelta a España, fue

encarcelado por la Inquisición acusado de brujería, ya que solo el diablo podía dar a un hombre el poder de sacar humo por la boca.

Durante el siglo XX, numerosos estudios médicos fueron demostrando los perjuicios del tabaco, y negando su posible utilidad terapéutica. Por otro lado, su consumo pasa de ser mayoritariamente masculino a un mayor equilibrio entre sexos. El tabaco no constituyó un problema de salud hasta la Revolución Industrial, momento en el que comenzó la producción masiva. La publicidad, principalmente en los niños y jóvenes, se convertía en su modelo de comportamiento, emitiendo diversos mensajes. Pero es cierto que, debido a ello, la cifra de muertos a causa del tabaquismo era de un 27,2% superior al dado actualmente según confirma la Agencia Internacional sobre el Cáncer. ⁽⁵⁾

No fue hasta los 90 cuando se empezó a hacer eco del efecto nocivo del tabaco aunque, debido a la falta de pruebas, no se tenía del todo en cuenta la gravedad de la situación. A pesar de ello, una sentencia de 1992 del Tribunal Supremo estableció que las empresas tabacaleras solo incurrían en delito si ocultaban al consumidor información sobre los efectos nocivos del tabaco, mientras que numerosas demandas presentadas contra ellas habían sido desestimadas. La Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS), intentaron prohibir en 2001 la publicidad del tabaco en todo el mundo. A partir de 2004, las empresas tabacaleras se vieron obligadas a especificar los aditivos que utilizan en la fabricación del tabaco y todas las cajetillas se empezaron a comercializar con la leyenda: «Fumar mata», «Fumar puede matar» o «Fumar daña gravemente su salud y la de las personas que están a su alrededor».

Entre los principales trastornos de salud en el adolescente se citan los trastornos en la adaptación psicosocial, dentro de los que se encuentra el hábito de fumar o tabaquismo ⁽²⁾, enfermedad crónica producida por el consumo sistemático y abusivo del tabaco. ⁽⁴⁾. El tabaco es como un veneno, siempre peligroso, y en

cualquier cantidad dañino; pues una pequeña porción consumida durante mucho tiempo también causa enfermedad ⁽⁴⁾.

En el humo de los cigarrillos se han identificado 4000 sustancias tóxicas, que incluyen algunas farmacológicamente activas, antigénicas, citotóxicas, mutágenas y carcinogénicas. Una caja de cigarrillos al día equivale a 70 000 inhalaciones al año, con exposición repetida en las mucosas de la boca, nariz, faringe y árbol traqueo bronquial. Además, con componentes absorbidos por la sangre o disueltos por la saliva y deglutidos. Las respuestas del sistema de órganos y tejidos a la inhalación del humo del cigarrillo son múltiples y complejas. La mayor parte de los estudios han identificado a la nicotina y al monóxido de carbono como los componentes de mayores riesgos para la salud. La nicotina es un alcaloide muy tóxico, estimulante y depresor ganglionar. Muchos de sus efectos están mediados por la liberación de catecolaminas. También se ha demostrado que la nicotina aumenta las concentraciones séricas de glucosa, cortisol, ácidos grasos libres, hormona antidiurética y Beta-endorfinas. El monóxido de carbono interfiere en el transporte y utilización del oxígeno. El humo del cigarrillo contiene de un 2 a un 6 % de monóxido de carbono y los fumadores inhalan hasta 400 partes por millón; además, tiene una concentración elevada de carboxihemoglobina (COHb) ⁽⁴⁻⁶⁾.

El tabaco es el único producto de venta legal que mata a la mitad de sus consumidores regulares. Constituye la principal causa de enfermedad y muerte evitable a nivel mundial. El tabaquismo es más frecuente en personas con menor nivel educativo y entre las que viven bajo la línea de la pobreza. La mayoría de los fumadores regulares inician el consumo antes de los 18 años. Los jóvenes son la población más vulnerable; asimismo, el consumo de tabaco constituye, muchas veces, la puerta de entrada a otras drogas. El tabaquismo no solo tiene un elevado costo sanitario, sino también a nivel económico, social y medioambiental. Desde el punto de vista económico, se estima que los costos sanitarios directos de los fumadores ascienden aproximadamente a 150 millones de dólares anuales. Dicha cifra se podría incrementar hasta en un 70 % por la pérdida de productividad por

muerte temprana, pérdida de jornadas laborales y otros costos. A nivel familiar, se deriva hacia la compra de tabaco buena parte de los ingresos del hogar, que podrían ser empleados en la adquisición de alimentos, medicinas o vestimenta. De este modo, el consumo de tabaco contribuye al empobrecimiento, tanto de las familias como de los países. Desde el punto de vista social, disminuye la productividad de los trabajadores, ya que los fumadores se enferman más que los no fumadores. Es además, un factor de riesgo en los accidentes laborales y de tránsito, lo cual produce, entonces, una sobrecarga de los sistemas de seguridad social por el incremento de enfermedades responsables de discapacidad o incapacidad laboral ⁽⁷⁾.

Cuba se identifica como la tierra del ron, el tabaco y la música; lo cual se deriva de una época en que la caña era el principal cultivo y la hoja de tabaco estaba catalogada como la mejor del mundo. Esta realidad cambió y hoy existen otras muchas cosas que mostrar, pero sigue siendo esa la imagen que se promueve al turismo y que, por consiguiente, se trasmite a los propios cubanos, que a la vez se convierten en emisores de esa información. Sin embargo, el conocimiento de la nocividad del tabaco para la salud y la toma de conciencia a nivel social han llevado a que en ese mismo medio social se promueva un estilo de vida sano. ⁽⁷⁾. Esto hace que el cubano, tanto niño como adulto, se mueva en un medio social donde de manera clara se manifiesta la paradójica situación de enaltecer y reprobado el acto de fumar; donde los medios de comunicación resaltan la importancia del cultivo de la planta para la economía, mientras que, casi simultáneamente, se presentan programas dedicados a promover la salud o se proyectan mensajes en los que se destaca la nocividad del tabaquismo ⁽⁸⁻¹¹⁾.

El tabaquismo es uno de los problemas más importantes de la sociedad contemporánea y el medio militar no queda exento de esto. Este fenómeno pudo observarse en la dispenzarización de la Unidad Militar 2091 del municipio Morón en la provincia de Ciego de Ávila, pues se detectaron soldados fumadores; además, este tema nunca ha sido estudiado en esta Unidad, por todo lo antes

expuesto esta situación conllevó al planteamiento de la siguiente ***Pregunta de Investigación: ¿Cómo contribuir para conocer la dimensión de la afectación del tabaquismo en la Unidad Militar 2091?***

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el comportamiento del hábito de fumar en adolescentes de una población cerrada.

Objetivos Específicos

- 1.- Identificar la población de adolescentes afectada por el hábito de fumar en la Unidad Militar.
- 2.- Caracterizar a los fumadores según edad, sexo, ocupación, escolaridad, color de la piel.
- 3.- Conocer los elementos que más influyeron según las esferas: social, psicológica, familiar y militar.
- 4.- Identificar la frecuencia y la periodicidad de los soldados al fumar.

MARCO TEÓRICO

El tabaquismo se ha convertido en una verdadera prioridad para la salud pública, ya que cada año mueren en el mundo cerca de 5 millones de personas por su causa directa: 3 millones 800 mil hombres y 1 millón de mujeres. La mitad de las muertes debidas al consumo de tabaco se producen prematuramente entre los 35 y los 69 años y cada uno de los fallecidos de mediana edad pierde más de 20 años de esperanza de vida ⁽⁶⁻⁷⁾. Representa un alto riesgo en seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo y afecta cada año a cerca de 5,4 millones de personas por cáncer de pulmón, cardiopatías y otras enfermedades relacionadas, cifra mayor que la reportada por muertes por tuberculosis, sida y malaria, juntas ⁽⁸⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen en el mundo más de 1250 millones de fumadores (2010). Por sexos, el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5827 billones de cigarrillos al año. Las mayores prevalencias mundiales se encuentran en Vietnam, Chile, parte de África y República Dominicana, en hombres, mientras que en Dinamarca y Noruega se presentan en la población femenina. Por su elevado volumen poblacional, China, India y Rusia son las que agrupan la mayor parte de fumadores del mundo. En la Unión Europea existe una reducción progresiva del consumo, aunque se mantiene la mayor prevalencia en hombres, excepto en Suecia, donde el consumo es algo mayor en mujeres (22 % hombres, 24 % mujeres). La prevalencia en España, en todas las edades (2003), es del 36 % de la población. En México se estima que mueren diariamente entre 123 y 165 personas por el consumo de tabaco ⁽⁹⁻¹⁰⁾.

En los países productores de tabaco, la situación del tabaquismo se torna más compleja, pues la aceptación social es mayor; además, a esto se une el hecho de que el tabaco es una importante fuente de empleo y sustento económico. Por su papel como producto de exportación, constituye también una fuente de ingreso en moneda convertible; lo que hace que en países como Cuba se presente la situación

paradójica de que resulte importante tanto el cultivo del tabaco como la promoción de la salud, ambos empeños asumidos por el Estado.

Cuba ocupa el tercer lugar en prevalencia de fumadores entre los países de América. En el año 2001, 3 de cada 10 cubanos de 17 o más años fumaban, 4 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres. El 75 % de los fumadores del país había comenzado a fumar antes de cumplir 20 años de edad. En el año 2004, la cuarta parte de los estudiantes de 7mo y 9no. grados habían fumado alguna vez y en el año 2006 el 18 % de los jóvenes fumaba ⁽¹¹⁾. En Cuba la exposición al humo ambiental del tabaco es alta: pues está presente en el 54 % de las familias cubanas, de modo que el 55 % de los niños, el 51 % de las embarazadas y el 60 % de los adolescentes están expuestos a este agente contaminante; lo cual ubica al país en el lugar 22 entre los países con mayor prevalencia de tabaquismo pasivo en el hogar ⁽¹²⁻¹⁴⁾. En Cuba, en el año 2007, murieron 15 083 personas por causas atribuibles al tabaquismo, lo que significó 2 fallecidos cada hora ⁽¹⁵⁾.

En estudios realizados en algunas provincias del país, la prevalencia de tabaquismo ha sido la siguiente: Pinar del Río 23,7 %, Ciego de Ávila 23,1 %, Camagüey 20,7 %, Yaguajay 25,3 % y Matanzas 24,3 %. En Santiago de Cuba existe una prevalencia de un 23,3 % y, al igual que en otras provincias del país, la diferencia entre un sexo y otro no es mucha ⁽¹⁶⁾.

Cuba se ha trazado como objetivo disminuir la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud que constituyen las principales causas de enfermedad y muerte en la población cubana, lo cual ha quedado plasmado en las proyecciones de la salud pública para el 2015, mediante la reducción de un 40 % de la reducción de fumadores y 20 % el consumo de bebidas alcohólicas en la población. Actualmente se reconoce el papel independiente de la alimentación y el consumo del tabaco en la génesis de enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas, por lo que se deduce que los estilos de vida de los adolescentes son cada vez menos saludables, el

patrón de la alimentación se va apartando de lo que consideramos la dieta mediterránea, y la vida cada vez es más sedentaria. Las encuestas nacionales indican que el 14,8% de los adolescentes son fumadores, el 40,8% no realizan actividad física, y 62,8% no sigue las recomendaciones de la dieta mediterránea. Es reconocida en la literatura científica la asociación entre los estilos de vida, en particular entre el hábito de fumar y la dieta, entre el consumo del tabaco y el ejercicio físico, y el hábito de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas. La calidad de la dieta y el ejercicio físico difieren de la población de fumadores y la de no fumadores adolescentes. Diversos estudios apuntan que la dieta de los fumadores es menos cardiosaludable por su menor contenido de frutas y verduras que la de los no fumadores, con lo cual los fumadores van aumentando su riesgo cardiovascular, no solo por el efecto del tabaco sino también por su alimentación.

Analizando los estudios realizados anteriormente por diversos científicos se observa que la mayor consumidora de cigarrillos es la población joven, fundamentalmente los adolescentes, con una edad comprendida entre los 16 y 19 años, el cual se asocia a disímiles enfermedades siendo muchas de las cuales prevenibles y curables ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

El hábito de fumar cigarrillos mata a más personas en el mundo que el alcohol, los accidentes automovilísticos, los suicidios, el SIDA, y las drogas ilegales en conjunto.

En la provincia de Ciego de Ávila, el hábito de fumar también se ha convertido en una preocupante, ya que es la adolescencia la que con mayor prevalencia se destaca en esta esfera contando con un 20,1 %; de ellos, el 13 % son varones y solo el 6 % son del sexo femenino. En el municipio de Morón, se destacan también los adolescentes como los principales promotores del consumo de cigarrillos, contando con 15% de ellos 10 % son varones y el 4 % son del sexo femenino, algunos refieren que comenzaron a fumar en fiestas o reuniones privadas motivados por sus otros compañeros que ya lo habían consumido con

anterioridad, algunos lo hacen por tal de formar parte de algún grupo en específico, otros por demostrar que ya son lo suficiente mayorcitos como para enfrentar este tipo de conducta ante la sociedad y otros simplemente tienen la aprobación de sus padres.

Clasificación según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁶⁾:

- Adolescencia temprana: 10-13 años. Existe preocupación por lo físico y emocional.
- Adolescencia media: 14-16 años. La preocupación cambia hacia la afirmación personal y social.
- Adolescencia tardía: 17-19 años. Preocupación social, búsqueda hacia una afirmación del proyecto socio-personal y una readecuación de las relaciones intrafamiliares.

Tipo de enfermedades causadas por el hábito de fumar:

El fumar cigarrillos causa por lo menos el 30% de todas las muertes por cáncer, este hábito está asociado con un riesgo aumentado para los siguientes tipos de cáncer: Pulmón; Laringe; Cavidad oral (boca, lengua y labio); Nariz y senos nasales; Faringe (garganta); Esófago (conducto que conecta la garganta con el estómago); Estómago; Páncreas; Cuello uterino; Riñón; Vejiga; Ovario (llamado cáncer mucinoso); Colon, recto o ambos y Leucemia Mieloide Aguda.

El fumar es responsable del 87% de las muertes por cáncer de pulmón en los hombres, y 70% en las mujeres, siendo este la principal causa de muerte en ambos sexos, y el más difícil de tratar. A menudo es prevenible, en el Mundo existen algunos grupos religiosos que no fumar es parte de su religión, como son los Mormones y los Adventistas del séptimo día, los cuales tienen tasas menores de cáncer de pulmón y de otros tipos de cáncer asociados al hábito de fumar.

Otros problemas de salud causados por el hábito de fumar:

Aún siendo el cáncer una enfermedad grave, se le atribuye menos de la mitad de las muertes relacionadas con el hábito de fumar que ocurren cada año. Fumar es la causa principal de muchos otros problemas de salud que pueden causar la muerte, como lo son la enfermedad cardíaca, aneurismas, bronquitis, enfisema y ataque al cerebro.

El consumo de tabaco puede causar daño al sistema reproductor femenino y afectar a los bebés, también está asociado con fertilidad reducida y un incremento en el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y parto de feto muerto, además es una causa de que los bebés presenten bajo peso al nacer. Igualmente, el cigarrillo ha sido asociado con un mayor riesgo de defectos del nacimiento y síndrome de muerte súbita infantil.

El hábito de fumar puede empeorar un caso de Neumonía o Pulmonía como también se le conoce en otros países, así como el asma, y se ha asociado con otros problemas de salud, incluyendo enfermedades en las encías, cataratas, pérdida de la densidad de los huesos, fracturas de cadera y úlcera péptica, algunos estudios también la asocian con una degeneración macular, la cual es una enfermedad de los ojos que puede causar ceguera.

El fumar puede causar o empeorar la pobre circulación de la sangre en los brazos y las piernas (enfermedad vascular periférica o PVD, por sus siglas en inglés), la cirugía dirigida a mejorar la circulación sanguínea a menudo no es efectiva en las personas que siguen fumando. Debido a esto, muchos cirujanos vasculares (que hacen cirugía en los vasos sanguíneos) se niegan a realizarlas en pacientes con PVD a menos que ellos dejen de fumar.

El humo de los cigarrillos (llamado humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental) también puede traer efectos perjudiciales a aquellos que se exponen a él, siendo los más afectados los niños y los adultos mayores que con mayor frecuencia pueden presentar problemas de salud al respirar este humo.

Fumar afecta el tiempo que usted vivirá y su calidad de vida:

Los fumadores de cigarrillos mueren más jóvenes que los no fumadores, de hecho, según un estudio realizado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades(CDC), realizados al finales de la década de los 90, el hábito de fumar acortó la vida de los hombres fumadores en un 13,2% y la vida de las mujeres en un 14,2%, en comparación con las personas que nunca han fumado, se dice que los hombres y mujeres que fuman tienen más probabilidades de morir durante una edad mediana, comprendida entre las edades de 35 a 69 años, dejar de fumar a los 40 años reduce la pérdida de vida alrededor de un 90% aunque dejar el hábito a cualquier edad puede reducir el riesgo de muerte prematura, sin embargo, no todos los problemas de salud asociados con el hábito de fumar terminan en muerte.

El hábito de fumar afecta la salud del fumador de muchas maneras, causando daños a casi todos los órganos del cuerpo y ocasionando muchas enfermedades. Entre las enfermedades que ocurren con más frecuencia se incluyen la bronquitis crónica, el enfisema, los ataques al corazón y el cáncer. Además, algunos estudios realizados, han demostrado que los hombres que fuman están más propensos de padecer impotencia funcional (disfunción eréctil) en comparación con los no fumadores.

¿Existe algún tipo de cigarrillo que sea seguro fumar?

Por supuesto que no, todos los cigarrillos causan daño, y el fumar cualquier tabaco es peligroso, todo tipo de tabaco causa adicción. Algunas personas fuman menos cigarrillos, tratando de que su hábito resulte menos dañino, lo cual es algo que a la mayoría de los fumadores les resulta difícil de lograr. Lamentablemente se ha visto en las investigaciones que incluso fumar menos cigarrillos, como entre uno y cuatro al día, puede tener consecuencias graves a la salud, incluyendo un aumento en el riesgo de enfermedad cardíaca y un mayor riesgo de morir a una edad más temprana.

Algunas personas piensan que los cigarrillos hecho a mano son una alternativa más económica y segura de fumar, pero estos cigarrillos no son menos dañinos que los de marca comerciales, de hecho, se ha visto que existe un mayor riesgo de llegar a tener cáncer de laringe, esófago, boca y faringe, entre los fumadores que han fumado mucho durante sus vidas, en comparación con los fumadores de cigarrillos empaquetados.

Se han estado vendiendo unas clases más nuevas de cigarrillos llamados “completamente naturales”, que son anunciados como cigarrillos que no contienen químicos ni adictivos y que son enrollados con filtros 100% algodón. No existe evidencia de que sean más saludables o más seguros que otros cigarrillos, ya sean naturales o de cualquier otro tipo. El humo de todos estos cigarrillos, ya sea naturales o de cualquier otro tipo contienen muchos agentes que causan cáncer (carcinógenos) y toxinas que se producen con la combustión del tabaco en sí, incluyendo alquitrán y monóxido de carbono. Incluso los cigarrillos herbarios que no contienen tabaco producen alquitrán, partículas de residuos, y monóxido de carbono, por lo que son dañinos a la salud.

¿Cuál es la opinión de que si los cigarrillos mentolados son más seguros?

Los cigarrillos mentolados no son más seguros que los cigarrillos sin saborizantes, de hecho estos podrían ser más peligrosos, estos suelen ser más fáciles de fumar, pues el mentol añadido producen una sensación refrescante en la garganta al momento de inhalar el humo, también disminuye el reflejo de la tos y cubre la sensación de sequedad en la garganta que los fumadores a menudo presentan, las personas que consumen este tipo de cigarrillos pueden inhalar más profundamente y mantienen el humo por más tiempo.

Estos cigarrillos son los más populares entre los menores de edad, los adolescentes, las personas de la raza negra, la comunidad hispana, y los fumadores pertenecientes a otros grupos minoritarios. Hay estudios que han demostrado que las personas que consumen cigarrillos mentolados suelen tener

menos probabilidades de tratar de abandonar el hábito y de tener éxito cuando tratan de hacerlo.

La mayoría de las personas no saben que muchas de las marcas de cigarrillos que no son publicitados como cigarrillos mentolados a menudo contienen una pequeña cantidad de mentol. Incluso las pequeñas cantidades de mentol que son demasiado reducidas como para poder ser detectadas por el fumador, tienen la capacidad de hacer que el cigarrillo parezca más suave de fumar y menos irritante. Estas pequeñas cantidades de mentol pueden facilitar la formación del hábito entre fumadores primerizos. Independientemente de su sabor, olor, apariencia o presentación, todos los cigarrillos son nocivos para la salud, en conclusión, no existe una manera segura de fumar.

¿Son seguros los cigarrillos electrónicos?

Los cigarrillos electrónicos están diseñados para asemejarse a los cigarrillos reales, cuando el usuario fuma un cigarrillo electrónico el sistema suministra un rocío líquido con saborizantes y nicotina que puede asemejarse un poco al humo, el fumador lo inhala y así la nicotina es absorbida por los pulmones. Algunas personas creen que se puede usar para dejar el tabaco.

Sus fabricantes indican que estos son seguros, pero inhalar una sustancia no es lo mismo que tragarla, existen algunas interrogantes sobre que tan seguro sea inhalar algunas de las sustancias del vapor que emite el cigarrillo electrónico absorbido por los pulmones. Debido a que los cigarrillos electrónicos no tienen una etiqueta que indique sus ingredientes, el usuario desconoce lo que contiene este cigarrillo, las cantidades de nicotina que contienen y otras sustancias que una persona recibe de cada cápsula, tampoco están claras.

También se encontraron otras impurezas, incluyendo una muestra con dietilenglicol (éter de glicol) la cual es una sustancia tóxica que se encuentra en los anticoagulantes de los automóviles. Los estudios han indicado que los

cigarrillos electrónicos pueden causar cambios en los pulmones a corto plazo que no son parecidos a los realizados por los cigarrillos regulares, no obstante, los daños a la salud a largo plazo aún no están claros.

MÉTODO

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio observacional descriptivo durante el período comprendido de enero de 2016 a junio de 2017 para identificar a los soldados fumadores de la Unidad Militar 2091 y determinar el comportamiento del hábito de fumar en adolescentes de una población cerrada, según variables epidemiológicas y socio demográficas.

Universo

El universo estuvo constituido por los 99 soldados fumadores tanto del sexo masculino como del femenino con un rango entre los 18 y 22 años de edad, pertenecientes a dicha Unidad Militar.

Criterios de inclusión

- Adolescentes que expresaron su consentimiento de participar en la investigación.
- Adolescentes fumadores.

Criterios de exclusión

- Adolescentes no fumadores.
- Adolescentes que no desearon entrar en la pesquisa.
- Adolescentes que por alguna razón no se encontraban en ese momento en la Unidad Militar.

Aspectos éticos.

A todos los adolescentes se les formalizó el consentimiento informado previo al desarrollo del estudio mediante un documento escrito (Anexo 1).

Se aplicaron diferentes métodos durante la investigación como fueron:

Métodos nivel empírico:

- La **observación**: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así identificar los riesgos del consumo de cigarrillos en la población adolescente de dicha unidad.
- La **encuesta**: Se utilizó como técnica de recolección de la información.

Métodos teóricos:

- **Análisis y síntesis**: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para solución del problema.
- **Análisis histórico-lógico**: en la determinación de la evolución del conocimiento sobre el riesgo del consumo de cigarrillos.
- **Inducción-deducción**: para concretar los supuestos teóricos.

Para la recogida de la información se confeccionó una planilla de vaciamiento de datos (Anexo 2), la cual fue previamente diseñada. En esta se incluyeron todos los soldados fumadores de la unidad, según los datos epidemiológicos y sociales recogidos en las mismas. De aquí se obtuvieron los datos primarios.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	18-22 años	Edad en años según carnet de identidad.	Número y por ciento

Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Según documento de identidad.	Número y por ciento
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Trabajador • Desocupado 	Persona que practica alguna de estas ocupaciones	Número y por ciento
Escolaridad	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnico Medio • Preuniversitario • Universitario 	Nivel vencido según documento oficial	Número y por ciento
Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Blanca • Mestiza • Negra 	Según documento de identidad.	Número y por ciento según color de la piel.
Esfera Social	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Imitación del grupo • Aceptación del grupo • Consumo de alcohol • Solvencia económica 	Hacer o tratar de hacer lo mismo o algo parecido a lo hecho por las personas que integran el grupo al que pertenece.	Número y por ciento
Esfera Psicológica	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Porque me gusta • Desconocimiento de los daños que produce el hábito de fumar al organismo • Por llegar a la mayoría de edad 	Condición o circunstancia psicológica que estimula el hábito de fumar, en la cual se recogió si el soldado presentaba o no.	Número y por ciento

Esfera Familiar	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de un familiar • Violencia en la familia • Familiares fumadores • Sentimiento de soledad por la lejanía del hogar 	Condición o circunstancia familiar que estimula el hábito de fumar	Número y por ciento
Esfera Militar	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Excesiva carga de trabajo • Servicios de guardia frecuente • Tedio dentro de la unidad • Empleo del tiempo libre 	Condición o circunstancia militar que estimula el hábito de fumar.	Número y por ciento
Frecuencia con la que fuma.	Cualitativa nominal dicotómica.	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de cigarrillos que consumen a diario. • Cantidad de cigarrillos que consumen semanal. • Cantidad de cigarrillos que consumen mensual. • Cantidad de cigarrillos que consumen en los días festivos. • Otras veces que consumen cigarrillos 	Periodicidad con la que se fuma uno o más cigarrillos.	Número y por ciento

Cantidad de cigarrillos que fuma por día.	Cuantitativa discreta.	<ul style="list-style-type: none"> • Un cigarro • Entre 2 y 12 cigarros • Media cajetilla • Una cajetilla • Más de una cajetilla 	Número de cigarrillos que un individuo fuma por día.	Número y por ciento
-------------------------------------------	------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	---------------------

El procesamiento estadístico

Los datos obtenidos de la encuestas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (número y por ciento), mediante los programas Microsoft Word y Excel 2007 y los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencias que fueron analizadas para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos.

Se confeccionó un informe final con los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Postgrado de la Universidad Médica de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Comportamiento del hábito de fumar en adolescentes de una población cerrada.
Morón, 2017.

Tabla 1. Distribución de los soldados fumadores según grupos de edad y sexo.

Grupos de Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
17-18	20	29,4	13	41,9	33	33,3
19-20	23	33,8	8	25,8	31	31,3
21-22	25	36,8	10	32,3	35	35,4
Total	68	68,7	31	31,3	99	100

Fuente: Encuesta

En la Tabla 1 la mayor frecuencia del grupo de edad fue en la de los 22 años con 35(35,4%) y según el sexo, la mayoría en el masculino en 68(68,7%), coincidentes con los estudios realizados por González Pino ⁽¹⁹⁾ en 2013, el argentino Pallia ⁽²⁰⁾ en 2014, el chileno Contreras ⁽²¹⁾ en el 2015; así como por los investigadores cubanos dirigidos por Gavilla González ⁽²²⁾ en 2016 en varones de mayor edad en la adolescencia.

Tabla 2. Distribución de los soldados fumadores según su escolaridad y ocupación al momento de la entrevista.

Escolaridad	Ocupación						Total	
	Estudiante		Trabajador		Desocupado			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Secundaria	2	8,3	9	31,0	6	13,0	17	17,2
Técnico Medio	13	54,2	19	65,5	21	45,7	53	53,5
Preuniversitario	9	37,5	1	3,5	19	41,3	29	29,3
Total	24	24,2	29	29,3	46	46,5	99	100

Similares resultados se pudo confrontar al consultar la investigación de Montero Ramírez ⁽²³⁾ en 2014. En cuanto a la vinculación al estudio o al trabajo, se afirma que la vinculación o no a la actividad estudiantil o laboral no influye en la aparición o mantenimiento del tabaquismo en la adolescencia, no obstante se destacaron los estudiantes de Técnico Medio en todas las ocupaciones como los de mayor prevalencia del consumo de cigarrillos, contando con un 53,5 %, debido a que en esta etapa de la adolescencia se les hace muy importante ser aceptados ante un determinado grupo social o simplemente demostrar que ya son lo suficientemente mayorcitos como para tomar este tipo de conducta ante la sociedad.

Tabla 3. Distribución de los soldados fumadores según color de la piel y sexo.

Color de la Piel	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Blanca	26	38,2	14	45,2	40	40,4
Negra	22	32,4	9	29,0	31	31,3
Mestiza	20	29,4	8	25,8	28	28,3
Total	68	68,7	31	31,3	99	100

Según la tabla 3 en correspondencia al color de la piel, se demuestra una mayor frecuencia en la piel blanca en ambos sexos contando con una cifra de 26 casos para un (38,2%) en el sexo masculino más 14(45,2%) en el femenino, lo cual totaliza 40 soldados fumadores que se asemeja al estudio de Achiong Estupiñán⁽²⁴⁾ del 2014.

Tabla 4. Distribución de los soldados fumadores según factores de la esfera social.

Factores en la Esfera Social	No.	%
Imitación	69	69,7
Tradicición	15	15,1
Consumo de alcohol	10	10,1
Aceptación	5	5,1
Total	99	100

Referente al motivo por el cual se inicia el hábito de fumar, se destacó el estado de imitación como principal motivo, debido que es muy importante para el adolescente ser aceptado en un determinado grupo de amigos, de ahí que 69 de ellos equivalente a un 69,7%, mientras que se destacó que el 15,1% lo hacían por tradición debido a que ese fue el patrón con que crecieron en su familia, mientras que solo el 10,1% lo asociaban con el consumo de alcohol; sin embargo, estos resultados difieren a lo expresado por el norteamericano Hall ⁽²⁵⁾ en 2012 refiriendo que solo lo consumían cuando salían a alguna fiesta, solo el 5,1% refirió que lo hacían por aceptación de los padres.

Tabla 5. Distribución de los soldados fumadores según aspectos de la esfera psicológica.

Aspectos Psicológicos	No.	%
Depresión	55	55,5
Por desconocimiento de los daños	17	17,2
Por llegar a la mayoría de edad	14	14,1
Ansiedad	5	5,1
Porque me gusta	6	6,1
Por experimentar qué se siente	2	2,0
Total	99	100

La mayoría de los soldados fumadores 55(55,5%) expresó tener algún tipo de depresión como justificante para iniciar y mantener el hábito de fumar, que concuerda con los estudios de Cintra ⁽²⁶⁾ en 2012, así como del chino Lai ⁽²⁷⁾ pero en 2013, además del inglés Hall ⁽²⁸⁾, el hindú Munafó ⁽²⁹⁾, la norteamericana Catley ⁽³⁰⁾, el mexicano Benjet ⁽³¹⁾, pero difieren de una investigación de la OMS ⁽³²⁾ del año 2013 consultada donde resultó que el 78 % comenzó a fumar por ansiedad, el 32.5 % por embullo o contagio social y el 10.8 % por imitación; y aunque declaran que los padres no constituyen el patrón imitativo fundamental, sino los maestros y amigos han sido descritos como tales.

Tabla 6. Distribución de los soldados con hábito de fumar según situaciones de la esfera familiar.

Situaciones de la Esfera Familiar	No.	%
Familiares fumadores	69	69,7
Sentimiento de soledad por la lejanía del hogar	25	25,3
Pérdida de un familiar	5	5,0
Total	99	100

Familiares fumadores resultó ser la situación de la Esfera Familiar (Tabla 6) que aportó la mayoría de los adolescentes soldados fumadores en 69(69,7 %) lo que está acorde a los resultados de otros investigadores cubanos, argentinos y mexicanos ⁽³³⁻³⁹⁾.

Tabla 7. Distribución de los soldados fumadores según sucesos de la esfera militar.

Sucesos de la Esfera Militar	No.	%
Servicio de guardia frecuente	69	69,7
Excesiva carga de trabajo	19	19,2
Tedio dentro de la unidad	6	6,1
Empleo del tiempo libre	3	3,0
Contradicciones con el jefe	2	2,0
Total	99	100

Para los soldados fumadores al explorar según sucesos de la Esfera Militar (Tabla 7), se obtuvo que el servicio de guardia frecuente fue el que más prevaleció (69,7 %) coincidiendo con Reyes Hernández ⁽⁴⁰⁾ y colaboradores en su estudio de la Revista Cubana de Medicina Militar del 2011.

Tabla 8. Distribución de los soldados fumadores según frecuencia de consumo y cantidad de cigarrillos.

Frecuencia con que fuman	Cantidad de cigarrillos						Total	
	Hasta 12 cigarrillos		Una cajetilla		Más de una cajetilla			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diario	63	67,7	2	50	1	50	66	66,7
Semanal	4	4,3	1	25	-	-	5	5,0
Días festivos	26	28,0	1	25	1	50	28	28,3
Total	93	94,0	4	4,0	2	2,0	99	100

La mayoría de los adolescentes-militares 66(66,7%) ofrecieron una frecuencia diaria del consumo y la gran mayoría 93(94,0%) ya llegaban hasta los 12 cigarrillos en el hábito, bien distantes de las otras opciones de respuestas tanto para unas y otras, aunque sus valores no llegaron al estudio de los soldados fumadores Pitarque ⁽⁴¹⁾ en Argentina en la investigación Tabaquismo en adolescentes escolarizados de la ciudad de Olavarría en el 2013 planteó altas frecuencias también.

CONCLUSIONES

En la población adolescente fumadora de la Unidad Militar 2091 predominó el sexo masculino, el grupo de edad de 21-22 años como la mayor frecuencia, la escolaridad de técnico medio en todas las ocupaciones, el color blanco de la piel, la imitación, la depresión, los familiares fumadores, el servicio de guardia, y fumar hasta 12 cigarrillos al día con una frecuencia mínima diaria lo que logró determinar el comportamiento del hábito de fumar en adolescentes de una población cerrada.

RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados de ésta investigación a los Directivos correspondientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gilbert Martínez C. Adolescencia y Salud. Una mirada contemporánea. Ciudad México: Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Medicina Preventiva; 2012.
2. García Nápoles JE. Atención al Adolescente. En: Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. Atención Integral de Salud. La Habana: ECIMED; 2001. p.159-60.
3. Oliva Agüero C, Clavijo Portieles A. Alcoholismo y Adicciones. Su Manejo en Atención Primaria de Salud. En: Álvarez Síntes R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Nuñez RD. Medicina General Integral. 2da Ed. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2010. p. 298.
4. Regueiro Suárez D, Morales Espinosa N, Hernández Leiva A, González Soto Y. Tabaquismo. *MediCiego* [Internet] 2012 [citado mayo 2012]; 18(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noespc_2012/pdf/T32.pdf
5. World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic. *The M power package*. [Internet]. 2012. [citado 12 enero 2014]. [12 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2012.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra; 2010.
7. Varona Pérez P, Acosta Cabrera O, Bonet Gorbea M, Safora Roma F, Carabaloso Hernández M, Suárez Lugo N. Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Cuba, 2010.
8. Martínez E, Saldarriaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. [Internet]. 2013. [citado mayo 2014]; 29(2). [18 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2013000200006&script=sci_arttext

9. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo. [Internet]. 2014. [citado 12 diciembre 2014]. [22 pantallas]. Disponible en: www.who.int/tobacco/
10. Mackay L, Eriksen M y Shafe O. El atlas del tabaco (2da. Ed.). American Cancer Society, Reino Unido: Myraid; 2013.
11. Suárez Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. [Internet]. 2013. Mar. [citado 28 de ene. de 2014]; 37(1). [14 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000100010&lng=es.
12. Suárez Lugo N, Carballoso Hernández M, Echevarría Negrín S. El tabaquismo en los profesionales de la salud en el municipio Habana Vieja. *Rev Cubana Salud Públ* [Internet]. 2014. [citado 23 sept. 2016]; 34(4): [11 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662014000400002&script=sci_arttext
13. Navarro E, Vargas R, Martínez R, Padilla B, Ruiz D, Thorne B. Factores asociados al consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente de Barranquilla (Colombia). *Rev Cient*. [Internet]. 2015. [citado 12 diciembre 2016]; 21(3-14). [24 pantallas]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/4107/2520>
14. Roldán León R, Peña B. El hábito de fumar en los adolescentes. Un estudio preliminar de su comportamiento en una comunidad rural. [Internet]. 2013. [citado 12 diciembre 2014]. [9 pantallas]. Disponible en: <http://xn--caribea-9za.eumed.net/wp-content/uploads/comportamiento-comunidad-rural.pdf>.
15. Quiroga Río CL, Naranjo Estrada L. Estrategia para disminuir el tabaquismo en los pacientes del Hospital Psiquiátrico de Manzanillo. *Multimed*. [Internet]. 2013. [citado 12 diciembre 2014]; 84(3): [24 pantallas]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v14-1/5.html>

16. Peña Laguna YC, Nápoles García AV. Intervención en el hábito de fumar en el área de salud policlínico "Manuel Fajardo Rivero". *Rev Cubana Salud Pública*. [Internet]. 2012 [citado 12 diciembre 2014]; 37(6). [12 pantallas]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/modules.php?name=News&file=article&sid=351>
17. Zuzulich Pavez MS, Cabieses Valdés B, Pedrals Gibbons N, Contreras Escudero L, Martínez Aldunate D, Muñoz Serrano M, et al. Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior. *Invest Educ Enferm*. 2016; 28(2):232-9. [citado viernes 16/Junio/2017]. [8 pantallas]. Disponible en: <http://www.google.com/search?q=C%C3%A1tabaco+factoresde+riesgo&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
18. Ferrer Arrocha M, Rodríguez Fernández C, González Pedroso MT, Díaz Dehesa MB, Núñez García M. Obesidad, hipertensión y tabaquismo: señales ateroscleróticas tempranas en adolescentes de la secundaria básica "Guido Fuentes". *Rev Cubana Invest Biomed*. [Internet]. 2014. Jun. [citado 26 de marzo de 2015]; 28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002015000200006&lng=es
19. González Pino MJ, Morales Rigau JM, Fernández Alfonso JM, Achiong Estupiñán F, Díaz Hernández O. Prevalencia del hábito de fumar y factores asociados. Municipio Matanzas 2009-2010. *Rev Méd Electrón*. [Internet]. 2013. [citado 12 diciembre 2014]. 35(6). [11 pantallas]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol6%202013/tema03.htm>
20. Pallia R. El hábito de fumar y la depresión en adolescentes. *Arch. argent. pediatr*. [Internet]. 2014. feb [citado 10 de febrero de 2016]; 105(1): 3-4. [21 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752014000100002&lng=es.

21. Contreras Camacho I, Luna Domínguez MC, Arrieta Pérez RT. Autoconcepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol. *Rev Fac Med UNAM*. [Internet]. 2015. [citado 26 de marzo de 2016]; 51(6): [8 pantallas]. Disponible en: www.medigraphic.com
22. Gavilla González BC, Trenzado Rodríguez NB, Barroso Franco Y. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. *Rev méd electrón*. [Internet]. 2016; [citado 21 junio 2016]. 31(2). [14 pantallas]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202015/vol2%202015/tema3.htm>
23. Montero Ramírez G. Hábito de fumar en adolescentes. *Educare 21*. [Internet]. 2014 dic. [citado 2 de abril de 2015]; 8(3):15-8. [8 pantallas]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/>
24. Achiong Estupiñán F. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. [Internet]. 2014; 44(1). [citado 19 septiembre 2013]. [8 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032014000100001&lng=en&nrm=iso#asterisco
25. Hall W, Lynskey M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drug. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2012; [citado 12 diciembre 2014]. 24(1): 39-48. [10 pantallas]. Disponible en: <http://www.google.com/search?q=C%C3%A1lcohol+tobacco&ie=utf8&oe=utf-8&client=firefox-b>
26. Cintra Rodríguez JA, Rodríguez Morgado A, Buchillón Games M, Cintra Rodríguez KA. Estudio de intervención en pacientes adictos al tabaquismo con técnicas tradicionales. *MEDICIEGO*. [Internet]. 2012. [citado 12 diciembre 2014]; 18(1): [24 pantallas]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noespc_2012/pdf/T22.pdf

27. Lai I, Hon Ch, Tsai S. Association study of nicotinic-receptor variants and major depressive disorder. *J Affect Disord*. [Internet]. 2013. [citado 12 agosto 2015]; 66(1):79-82. [9 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2013.pdf
28. Hall SM, Muñoz R, Reus VI. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *J Consult Clin Psychol*. 2016; 62(1):141-146. [citado viernes 16/Junio/2017]. [5 pantallas]. Disponible en: <http://www.google.com/search?q=C%C3%A2016abstinencer+depressive&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
29. Munafó MR, Hitsman B, Rende R, Metcalfe C, Niaura R. Effects of progression to cigarette smoking on depressed mood in adolescents: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction*. 2013; 103(1):162-171. [citado viernes 16/Junio/2017]. [10 pantallas]. Disponible en: <http://www.google.com/search?q=effects+cigarette&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
30. Catley D, Harris KJ, Okuyemi K, Mayo MS, Pankey E et al. The influence of depressive symptoms on smoking cessation among African Americans in a randomized trial of bupropion. *Nicotine Tob Res*. 2014; 7(6):859-870.
31. Benjet C, Borges GG, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex*. 2012; 46(5):17-24.
32. 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. [Internet]. 2013. [citado 12 diciembre 2014]. [26 pantallas]. Disponible en: <http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2013/perfil>

med12ambien57familiar.htm

33. González J, Díaz J, Alfonso K, Avalos M. Hábito de fumar en la adolescencia. *Rev Cubana de Med Gen Integr.* [Internet]. 2012. [citado 12 diciembre 2014]; 28(3): [12 pantallas]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgi07312.htm
34. Amato R. Consumo de Tabaco en la adolescencia: ¿Qué puede hacer el pediatra? *Centro Rosarino de Estudios sobre Adolescencia, Rosario.* [Internet] 2014. [citado 2 dic. 2015]. [6 pantallas]. Disponible en: <http://www.zonapediatrica.com/asmayneumonologia/tabacoenadolescentes.html>
35. Grupo Tabaquismo, Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en Argentina. *Arch Argent Pediatr.* [Internet]. 2015; 103(5): 450-475. [citado 30 de nov. de 2016]. [6 pantallas]. Disponible en: http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2015/arch05_5/A5.464-475.pdf
36. Fernández Concepción M, García Sánchez MR, Valdés Jiménez L, Martín Estévez L. Tabaquismo y adolescencia. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana.* [Internet]. 2012; 18(1). [citado 12 diciembre 2014]. [9 pantallas]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol18_1_12/hab07112.html
37. de la Rosa MV, García M, García NI, Vásquez ME, Rodríguez JA. Factores familiares, sociales y biológicos, asociados al tabaquismo en niños y adolescentes. *Arch Invest Pediatr Mex.* 2013; 9(3):17-27.
38. García Roche RG, Varona Pérez P, Hernández Sánchez M, Chang de la MR, Bonet Gorbea M, García Pérez RM. Influencia familiar en el tabaquismo de los adolescentes. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* [Internet]. 2014; 46(3). [citado 8 dic. 2016]. [16 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156130032015000300009&script=sci_arttext
39. Martínez LE, Saldarriaga RL. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* [Internet]. 2013; 29(2): 163-

169. [citado Sep. 09 2014]. [10 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X201300200006&lng=en.
40. Reyes Hernández D, García Canales M, Simón Ortega P, Pérez García K. Repercusión del hábito de fumar en la función pulmonar de fumadores activos. *Rev Cub Med Militar*. [Internet]. 2011; 40 (3-4): 24. [citado 26 de marzo de 2012]. [8 pantallas]. Disponible en: <http://www.google.com/search?q=habito+funcion%C3%B3n&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
41. Pitarque R, Bolzán A, Gatella ME, Moranga F, Bugasen S, Echaide L. Tabaquismo en adolescentes escolarizados de la ciudad de Olavarría, Buenos Aires: Prevalencia y factores asociados. *Arch. argent. pediatr*. [Internet]. 2013; 105(2): 115-121. [citado 17 de enero de 2014]. [14 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752013000200005&lng=es

ANEXOS

ANEXO 1.

Consentimiento informado

Yo _____, conozco que en la Unidad Militar 2091 del municipio Morón, se realizará una investigación sobre el Comportamiento del hábito de fumar en adolescentes de una población cerrada. Ella me ha informado que mi participación es estrictamente voluntaria y que en todo momento se respetará mi moral e integridad física. Además que los resultados serán utilizados en el bienestar de la comunidad y en beneficio de mi salud. Afirmando que los datos aportados por mí no serán revelados a personas e instituciones ajenas a la investigación sin mi consentimiento, además que puedo retirarme de la investigación si así lo deseo sin que esto afecte la relación médico- paciente.

Por todo lo anterior decido firmar el presente documento.

Firma del paciente. _____

Fecha _____ Hora _____

Firma del médico. _____

Fecha _____ Hora _____

ANEXO 2

Encuesta

Estimado paciente esta encuesta se realiza con fines investigativos. Por favor, colabore respondiendo lo más sinceramente posible todas las preguntas. Los datos tendrán carácter confidencial.

1. Marque con una X el nivel escolar alcanzado

- 1.1__ Primaria
- 1.2__ Secundaria
- 1.3__ Preuniversitario
- 1.4__ Técnico medio
- 1.5__ Universitario

2. Señale con una x en cuál de las siguientes categorías usted se incluye

- 2.1__ Estudiante
- 2.2__ Trabajador
- 2.3__ Desocupado

3. ¿Qué condición o circunstancia lo motivó a fumar?

3.1 Esfera social:

- a) __ Imitación del grupo
- b) __ Aceptación del grupo
- c) __ Tradición
- d) __ Consumo de alcohol
- e) __ Solvencia económica

3.2 Esfera psicológica:

- a) __ Ansiedad
- b) __ Depresión

- c) Porque me gusta
- d) Por experimentar qué se siente
- e) Por desconocimiento de los daños que produce el hábito de fumar al organismo
- f) Por llegar a la mayoría de edad
- m) Búsqueda de concentración

3.3 Esfera familiar:

- a) Pérdida de un familiar
- b) Familiares fumadores
- c) Violencia en la familia
- d) Serias dificultades económicas
- e) Familiar gravemente enfermo
- f) Sentimiento de soledad por la lejanía del hogar

3.4 Esfera militar:

- a) Excesiva carga de trabajo
- b) Servicios de guardia frecuentes
- c) Tedio dentro de la unidad
- d) Empleo del tiempo libre
- e) Contradicciones con el jefe

4. ¿Cuántos cigarros al día usted fuma habitualmente?

- a) Un cigarro
- b) Entre 1 y 12 cigarros
- c) Una cajetilla
- d) Más de una cajetilla

5. ¿Con qué frecuencia lo hace?

a) Diario

b) Semanal

c) Mensual

d) Días festivos

e) Otras veces

ANEXOS

ANEXO 1.

Consentimiento informado

Yo _____, conozco que en la Unidad Militar 2091 del municipio Morón, se realizará una investigación sobre el Comportamiento del hábito de fumar en adolescentes de una población cerrada. Ella me ha informado que mi participación es estrictamente voluntaria y que en todo momento se respetará mi moral e integridad física. Además que los resultados serán utilizados en el bienestar de la comunidad y en beneficio de mi salud. Afirmando que los datos aportados por mí no serán revelados a personas e instituciones ajenas a la investigación sin mi consentimiento, además que puedo retirarme de la investigación si así lo deseo sin que esto afecte la relación médico- paciente.

Por todo lo anterior decido firmar el presente documento.

Firma del paciente. _____

Fecha _____ Hora _____

Firma del médico. _____

Fecha _____ Hora _____

ANEXO 2

Encuesta

Estimado paciente esta encuesta se realiza con fines investigativos. Por favor, colabore respondiendo lo más sinceramente posible todas las preguntas. Los datos tendrán carácter confidencial.

1. Marque con una X el nivel escolar alcanzado

- 1.1__ Primaria
- 1.2__ Secundaria
- 1.3__ Preuniversitario
- 1.4__ Técnico medio
- 1.5__ Universitario

2. Señale con una x en cuál de las siguientes categorías usted se incluye

- 2.1__ Estudiante
- 2.2__ Trabajador
- 2.3__ Desocupado

3. ¿Qué condición o circunstancia lo motivó a fumar?

3.1 Esfera social:

- a) __ Imitación del grupo
- b) __ Aceptación del grupo
- c) __ Tradición
- d) __ Consumo de alcohol
- e) __ Solvencia económica

3.2 Esfera psicológica:

- a) __ Ansiedad
- b) __ Depresión

- c) Porque me gusta
- d) Por experimentar qué se siente
- e) Por desconocimiento de los daños que produce el hábito de fumar al organismo
- f) Por llegar a la mayoría de edad
- m) Búsqueda de concentración

3.3 Esfera familiar:

- a) Pérdida de un familiar
- b) Familiares fumadores
- c) Violencia en la familia
- d) Serias dificultades económicas
- e) Familiar gravemente enfermo
- f) Sentimiento de soledad por la lejanía del hogar

3.4 Esfera militar:

- a) Excesiva carga de trabajo
- b) Servicios de guardia frecuentes
- c) Tedio dentro de la unidad
- d) Empleo del tiempo libre
- e) Contradicciones con el jefe

4. ¿Cuántos cigarros al día usted fuma habitualmente?

- a) Un cigarro
- b) Entre 1 y 12 cigarros
- c) Una cajetilla
- d) Más de una cajetilla

5. ¿Con qué frecuencia lo hace?

- a) Diario
- b) Semanal
- c) Mensual
- d) Días festivos
- e) Otras veces