



Trabajo Original

Riesgo de adquirir el hábito de fumar. Policlínico Norte. Municipio Sancti Spíritus.

Risk of acquiring the habit of smoking. North Polyclinic. Sancti Spíritus city.

José Andrés Cabrales Escobar¹

1. Especialista de 2do grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Auxiliar. Sancti Spíritus. Policlínico Norte de Sancti Spíritus. Cuba. E-mail: investigaciones@ucm.ssp.sld.cu

RESUMEN

Con el objetivo de identificar si algunos factores personales y del ambiente social y familiar presentes, en las edades entre 12 y 17 años, estuvieron asociados con la condición de ser un fumador actual en individuos mayores de 20 años del policlínico norte de Sancti Spíritus en 1997. Se diseñó un estudio de casos y controles que incluyó 173 casos y 346 controles, estableciéndose como criterio de caso el fumador actual de 5 años o más y como controles al que nunca hubiera fumado, escogidos por un muestreo probabilístico de entre los consultorios del área referida, obteniéndose los datos por encuesta, procesándose los mismos, aplicándose un análisis y multivariado por regresión logística, utilizándose como medida de asociación el Odds Ratio (?) con intervalos de confianza de 95 % de confiabilidad y como medida de impacto el riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP %), obteniéndose un modelo multivariado final con un χ^2 198,62 con 8 g .l., que incluyó las variables hábito de fumar de la madre, de los compañeros y del novio, la permisibilidad del hábito en el hogar, los conflictos personales, la ingestión de bebidas alcohólicas, alteraciones psíquicas que necesitaron tratamiento especializado y la condición de ser trabajador, todas cuando se tenía entre 12 y 17 años. Concluyéndose que éstas pudieron haber influido en la adquisición y consolidación del hábito de fumar de los que ahora son fumadores y recomendándose que las mismas se tengan en cuenta en la prevención primaria de esta conducta.

ABSTRACT

Background: with the objective of identifying if some present personal factors and from the social and familiar environment, in ages between 12 and 17 years, were associated with the condition of being a current smoker in persons older than 20 years from the north polyclinic of Sancti Spíritus in 1997. A study of cases and controls was designed which included 173 cases and 346 controls, establishing as a criterion of case the current smoker of 5 years or more and as controls those who have never smoked, chosen by a probabilistic sample from among the consulting rooms of the referred area obtaining the data by interview, processing them, applying an analysis and multivarieted by logistic regression using as association measure the Odds Ratio () with trusting intervals of 95 % of reliability and as a measure of impact the Population Attributable Risk Percentage (PARP %), obtaining a final multivarieted model with a $\chi^2 = 198,62$ with 8 g .l., that included the variables: the habit of smoking of the mother, the partners and the boyfriend, the habit permission in the house, the personal conflicts, the ingestion of alcoholic drinking, psychic disturbances that needed specialized treatment and the condition of being a worker, all of them when they were between 12 and 17 years. Concluding that these may have influenced in the acquisition and consolidation of the habit of smoking for current smokers and are recommended that they should be taken into account in the primary prevention of this behavior.

MeSH: SMOKING.

INTRODUCCIÓN

Con respecto al hábito de fumar en la reunión de Bellagio¹ se puso de evidencia que a nivel mundial hay solamente dos causas subyacentes de muerte prematura que están aumentando considerablemente, ellas son el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y el tabaquismo. Anualmente, tres millones de muertes de adultos que ocurren en el mundo se atribuyen al consumo de tabaco y de mantenerse los patrones actuales de consumo, hacia el año 2025 esta cifra llegará hasta 10 millones de defunciones anuales de los cuales 7 millones serán en países en desarrollo.

La adicción suele comenzar¹¹ antes de la edad adulta. Los conocimientos adquiridos hasta la fecha señalan el hábito de fumar cigarrillos como responsables de un buen número de enfermedades como cáncer de pulmón², aún en el caso de que algunos estudios mal clasifiquen el estado de fumador actual y exista un sesgo en la detección del riesgo³, cáncer de la cavidad bucal⁴, faringe, de la laringe y su menor supervivencia⁵, de la lengua, esófago y vejiga urinaria, trastornos respiratorios y cardiovasculares⁶, así como la muerte por éstas⁷, infarto del miocardio, con o sin predisposición familiar⁸, así como un factor de pronóstico fatal para los casos de infartos anteriores⁹, incluso en ocasiones con mayor riesgo para las mujeres¹⁰ y contradictorio a esto también los fumadores subestiman el riesgo de morir que confiere este hábito¹¹ pero además también se ha detectado un incremento en las enfermedades coronarias cuando se es fumador pasivo¹².

Recientemente se ha detectado asociación que el iniciar el hábito de fumar en edades jóvenes puede tener una asociación independiente con el incremento del riesgo de diabetes mellitus no insulina dependiente¹³.

También se ha demostrado la asociación entre el hábito de fumar durante la gestación y el bajo peso al nacer¹⁴, así como la asociación con la poca ganancia de peso durante el primer año de vida de niños amamantados por madres fumadoras¹⁵, además de que como fumadores pasivos durante los dos primeros años de vida pueden tener mayor riesgo de obstrucción bronquial¹⁶, además se han detectados problemas de comportamiento traducidos en agresividad en niños de madres que fumaron durante el embarazo¹⁷.

Se afirma que fumar cigarrillos es probablemente la gratificación auto administrada, específica de objeto, más adictiva y productora de dependencia que conoce el hombre, se plantea además que satisface los deseos profundamente arraigados desde la niñez, es también el resultado, en el plano de la conducta, de los rasgos de personalidad que busca la sensación y novedad y constituye una de las costumbres fácilmente adquiribles que se destaca por un fuerte apego ante todo a la nicotina, conforme a las numerosas encuestas realizadas en diversos países. Pueden considerarse como factores desencadenantes del comienzo del hábito de fumar durante edades tempranas, la curiosidad, el ejemplo de adultos, específicamente de los padres¹⁸, (sobre los varones ejerce influencia el hábito de fumar del padre y sobre las niñas el de la madre) y de los amigos, la influencia del cine, de la televisión, la existencia del dinero para adquirirlo, una situación tensa en la familia, la complacencia, el deseo de no quedar rezagado por los coetáneos y el miedo ha estar fuera de moda o de época.

En edades mayores se comienza a fumar por las emociones, por la elevación de la actividad intelectual y el mejoramiento de la capacidad laboral, para eliminar las cargas estresantes o estados depresivos¹⁹, pero también se ha demostrado²⁰ que el hábito de fumar en general y la dependencia a la nicotina en particular están asociados con los estados depresivos.

En la situación del tabaquismo en Las Américas²¹ que plantean estudios de prevalencia y consumo de tabaco en Cuba se muestra que de 1959 a 1970 los cigarrillos y productos del tabaco se vendían totalmente liberados y a precios bajos y también se distribuían gratis a sectores específicos, por lo que el consumo mostró una tendencia creciente hasta alcanzar su punto máximo en los años 1967 a 1968.

Como se conoce existe una gran evidencia científica que establece de manera incuestionable, que la exposición a la combustión del tabaco está asociada con una mayor probabilidad de ocurrencia de muerte, de enfermedad, de invalidez, de pérdida de productividad+ y de deterioro de la calidad de vida, por lo que cualquier estudio que tenga la finalidad de conocer mejor el problema en nuestro medio ya sea con propósitos de prevención primaria o secundaria se justifica plenamente.

La mayoría de los estudios que se publican sobre hábito de fumar son descriptivos, de prevalencia o muchas veces solo de las características de individuos fumadores, por lo que surge un gran número de interrogantes sobre el por qué los individuos comienzan a fumar. En este estudio se trató de identificar sí, algunos factores que plantea la literatura están asociados a la condición de fumador ya sean de su ambiente familiar, social o factores personales con el objetivo de orientar adecuadamente los esfuerzos para su prevención primaria y así contribuir a la disminución del mismo que constituye uno de los "objetivos propósitos y directrices" que se ha planteado la salud cubana para el año 2000^{22,23}.

Objetivo Identificar sí algunos factores personales y del ambiente social y familiar presentes en las edades entre 12 y 17 años están asociados con la condición de ser un fumador actual en individuos que eran mayores de 20 años del área urbana del policlínico norte del municipio de Sancti Spíritus en 1998.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trató de un estudio observacional casos y controles con enfoque poblacional, basado en un estudio descriptivo realizado previamente²⁴ en el cual se determinó la prevalencia del hábito de fumar en mayores de 15 años en dicha área de estudio así como las frecuencias de algunas variables independientes escogidas.

Criterios de inclusión de los casos: todo individuo mayor de 20 años que era fumador en el momento del estudio y que hubiera iniciado su hábito en las edades comprendidas entre 12 y 17

años, fumara desde por lo menos 5 años atrás y por lo menos con una intensidad de 10 cigarrillos diarios.

Tamaño mínimo de muestra: Teniendo en cuenta que en el estudio antes mencionado (24) se determinó específicamente en esa área de salud, una prevalencia de 34 % de fumadores en mayores de 15 años, con intervalos de confianza de 95 %, de confiabilidad entre 31 % y 37 % y esperando obtener 2 como peor Odds Ratio, con Alfa=0,05 y Beta=0,05 y una razón de controles por caso de 2, suponiendo un 30 % de exposición entre los controles, se generó un tamaño mínimo de muestra de 171 casos y 342 controles, el cual se cumplió al estudiarse 173 casos y 346 controles.

Forma en que fueron incluidos los casos: Teniendo en cuenta los diagnósticos de salud de los CMF, se llegó a la conclusión de que existía un promedio de 87 fumadores mayores de 20 años por consultorios, por tanto por muestreo aleatorio simple se escogieron 5 consultorios del área con los cuales se llegó al tamaño mínimo de muestra de 171 casos, encuestándose todos los casos de los 5 consultorios seleccionados. Aquellos individuos que por su estado físico y/o mental no pudieron aportar datos confiables fueron excluidos del listado oficial de posibles casos.

Forma en que fueron seleccionados los controles: Por muestreo aleatorio simple se escogieron 2 controles por cada caso entre los que nunca habían fumado y fueran mayores de 20 años de cada consultorio de donde se hubieran escogido casos.

Obtención del dato primario: El dato primario se obtuvo por entrevista cara a cara con los casos y los controles mediante un cuestionario (Anexo 1) que incluyó las variables a estudiar. En caso de que algún individuo seleccionado no pudiera de forma transitoria ofrecer datos útiles se obtuvieron de un familiar mayor que él en condiciones mentales de aportarlos.

Procesamiento de los datos: Los datos recogidos en los cuestionarios fueron introducidos en microcomputadoras, lo cual sirvió también para el análisis crudo de los datos y la obtención de las distintas celdas para determinar la prevalencia de la exposición entre los controles lo que serviría para aplicar la fórmula del riesgo atribuible poblacional porcentual.

Medida de asociación: Como medida de asociación se utilizó el Odds Ratio (?) con intervalos de confianza de 95 % de confiabilidad, determinándose que existía asociación significativa cuando dicho intervalo no incluía la unidad como valor nulo, después del análisis multivariado.

Control de la confusión: A las variables que en el análisis crudo se les detectó un Odds Ratio (?) significativo, fueron introducidas en un modelo multivariado utilizando la regresión logística dicotómica para el control de las posibles variables que actuaran como confusoras de dicha asociación. Este análisis se realizó por el procedimiento de adición de variables hacia adelante (Wald hacia adelante) (forward stepwise regresión), utilizándose en cada paso un criterio de probabilidad de 0,05 para adicionar una variable al modelo y una probabilidad de 0,10 para eliminarla. A estas variables que quedaron incluidas en el modelo multivariado también se les obtuvo los intervalos de confianza al 95 % de confiabilidad.

Variables independientes:

- Padre fumador cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Madre fumadora cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Compañeros fumadores cuando se tenía entre 12 y 17 años.

- Convivientes fumadores cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Novio(a) fumador(a) cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Permisibilidad del hábito de fumar en la vivienda cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Castigo del hábito de fumar en la vivienda. Cuando se tenía entre 12 y 17 años
- Separación del individuo de sus familiares por algún tiempo cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Haber permanecido estudiando cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Conflictos familiares cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Conflictos personales cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Conflictos en la escuela cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Trabajar cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Ingestión de bebidas alcohólicas con cierta regularidad cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Ingestión de café con cierta regularidad cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Zona de residencia cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Practicar deportes sistemáticamente cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Asistencia a fiestas u otras actividades recreativas con regularidad cuando se tenía entre 12 y 17 años.
- Antecedentes de afecciones psíquicas que requirieran tratamiento por especialistas cuando se tenía entre 12 y 17 años.

Variable dependiente:

- Fumador
- Nunca ha fumado

Medida de impacto: como medida de impacto se utilizó el Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP %) que ofreció una medida de cuantos casos de iniciación y/o consolidación del hábito de fumar se podrían haber evitado en la población de estudio, si teóricamente se hubiera eliminado la exposición, esto se realizó con las variables que quedaron incluidas en el modelo multivariado o lo que es lo mismo que aportaron un resultado significativo del Odds Ratio después del control de las demás variables como posibles confusoras, utilizándose para ello la fórmula $RAP \% = \frac{P}{25,26} \times 100$ (25,26), sustituyéndose P por la prevalencia de la exposición entre los controles. obtenida en el análisis crudo, suponiendo que el desenlace estudiado no es frecuente²⁶.

RESULTADOS

Al finalizar el estudio fueron incluidos en el mismo 173 casos y 346 controles. Las variables identificadas como significativas en el análisis crudo (Cuadro 1)

Cuadro 1. Factores de riesgo para la iniciación y la consolidación del hábito de fumar cuando se tenía entre 12 y 17 años.

Odds Ratio (Y) crudo y sus Intervalos de Confianza al 95 % de confiabilidad.

En 173 casos y 346 controles, población mayor de 20 años, Policlínico Norte de Sancti Spiritus. Año 1997.

Factores	Casos		Controles		Odds Ratio crudo(?)	I.C. 95 % del ?
	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos	Expuestos		
Sexo masculino	131	42	246	82	0,9	0,6-1,5
Padre fumador	104	69	131	215	2,5	1,7-3,7
Madre fumadora	52	121	26	320	5,3	3,1-9,2
Compañeros o amigos fumadores	101	72	125	221	2,5	1,7-3,7
Convivientes fumadores	69	104	113	233	1,4	0,9-2,0
Novio(a) fumador(a)	53	120	37	309	3,7	2,3-6,1
Permisibilidad hábito en el hogar	63	110	7	339	27,7	12,1-73,4
Castigo del hábito en el hogar	68	113	133	213	0,9	0,6-1,3
Separación de él de sus familiares	81	92	147	199	1,2	0,8-1,8
Estudiar	78	95	184	162	0,7	0,5-1,6
Conflictos en su familia	53	120	53	293	2,4	1,5-3,9
Conflictos personales	13	160	5	341	5,5	1,8-20,1
Conflictos en la escuela	27	146	14	332	4,4	2,1-9,3
Trabajar ya a esas edades	65	108	96	250	1,6	1,0-2,4
Ing. Bebidas alcohólicas	171	102	63	283	3,1	2,0-4,8
Ingestión de café	105	68	161	185	1,8	1,2-2,6
Residencia rural	26	147	37	314	1,5	0,9-2,7
Practicar deportes	65	106	121	225	1,2	0,8-1,7
Asistir a fiestas	146	27	283	63	1,2	0,7-2,1
Afecciones psíquicas con tratamiento especializado	27	146	14	332	4,4	2,1-9,2

Fuente: encuesta realizada por el autor

Por tener Intervalos de confianza al 95 % de confiabilidad que no incluían el valor nulo, una vez introducidas en el análisis multivariado conformaron un modelo con un χ^2 final de 198,62 con 8 g .l., y una p asociada de 0,0000, así como una mejora en el último paso de adición de variables con un χ^2 de 5,494 con un g.l. y una p asociada de 0,0191, quedando incluidas en dicho modelo (Cuadro 2) las siguientes variables: madre fumadora, los compañeros fumadores, los novios(as) fumadores(as), la permisibilidad del hábito de fumar en el hogar, los conflictos personales del individuo, la ingestión de bebidas alcohólicas con cierta regularidad, las afecciones de la esfera psíquica que requirieron tratamiento especializado, así como la condición de trabajar ya.

Cuadro 2. Odds ratio ajustada y sus I.C. al 95% de la iniciación y la consolidación del hábito de fumar cuando se tenía entre 12 y 17 años para varios factores, estimada mediante un modelo multifactorial de regresión logística dicotómica (modelo final: $c^2=198,62$ con 8 g .l.), y Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP%) correspondiente. En 173 casos y 346 controles mayores de 20 años. Área Norte del Municipio Sancti Spíritus, año 1997.

Factores	Odds Ratio(?)	Estadístico de Wald	P	I. C.95 % del ?	RAP %
Madre fumadora	3,83	15,85	0,0001	1,97-7,42	16,53
Compañeros o amigos fumadores	2,07	9,25	0,0024	1,29-3,32	27,88
Novio(a) fumador(a)	3,52	17,43	0	1,94-6,37	20,15
Permisibilidad del hábito en el hogar	13,79	35,25	0	5,79-32,81	20,36
Conflictos personales	5,39	6,43	0,0112	1,46-19,88	5,79
Ingestión de bebidas alcohólicas	3	18,6	0	1,82-4,95	26,52
Afecciones psíquicas con tratamiento especializado	2,96	6,18	0,013	1,25-6,96	7,25
Trabajar ya a esas edades	1,78	5,53	0,0186	1,10-2,84	17,37

Fuente: encuesta realizada por el autor

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que la mayoría de las investigaciones observacionales revisadas, solo estudian el hábito de fumar a través del abordaje descriptivo, para determinar o bien su prevalencia en determinada población y/o la frecuencia con que se presentan algunas variables independientes entre los fumadores, que si bien sirven para orientar el trabajo en la lucha contra el mismo no llegan a establecer el contraste entre la frecuencia de estas variables independientes en individuos que son fumadores y los que nunca lo han hecho, que es a modo de ver del autor, la única forma de llegar a la conclusión de que éstas constituyen factores asociados a dicho hábito.

Es por lo anteriormente expuesto que se decidió realizar este diseño de casos y controles, como una buena vía para determinar si existe asociación entre algunos factores del ambiente social y familiar presentes durante la adolescencia y la condición de ser un fumador actual y de esa forma

identificarlos como posibles factores de riesgo para la adquisición de este hábito, de cara a la prevención primaria del mismo.

De tal forma y teniendo en cuenta lo expresado en material y método sobre el control de la confusión, solo se discutirán las variables incluidas en el modelo multivariado como las que posiblemente influyeron en la condición de ser un fumador actual entre la muestra estudiada.

Aún en el caso que es sabido que el acto de fumar es en última instancia voluntad de cada cual, existen edades en que la influencia de un familiar como la madre pueden ayudar a iniciar y/o tal vez consolidar dicho hábito y esto fue determinado en este estudio con una frecuencia casi 4 veces superior entre los casos que entre los controles, lo que concuerda con Conde Resquejo y colaboradores²⁷ que determinó que el 68 % de los fumadores tenían más de un familiar fumador.

Es conocido que durante la adolescencia los amigos pueden influir en la adquisición de hábitos, y en este estudio los que tenían compañeros fumadores durante esas edades, tuvieron una probabilidad más de dos veces mayor de ser un fumador que los que no los tenían, lo que concuerda con Lara Sepúlveda²⁸ que halló que el inicio del hábito se realizó a los 13 años y que los que ya habían fumado contaron con un porcentaje casi dos veces mayor de amigos fumadores que los que no habían iniciado el hábito, esto puede ocurrir con frecuencia cuando se imitan hábitos y costumbres sobre todo de amigos y coetáneos que son a veces dos o tres años mayores que el adolescente que imita, pues éstos desean demostrar su madurez y que se encuentran a tono con el grupo.

Un compañero especial a estas edades es el novio(a) que puede influir de manera importante, no solo al imitar sino al complacer con su conducta al otro, tratando así de ganarse su confianza y fidelidad (fumar puede ser uno de los secretos que comparten) y si este noviazgo dura tiempo puede quedar establecido el hábito y aunque en este estudio no se diferenció si el imitador era él o ella, si se determinó un riesgo aumentado de más de tres veces para los que compartían su amor con un fumador.

Las normas de conducta dentro de una familia con frecuencia se transmiten de generación en generación pero muchas veces no se puede determinar cuando éstas van cambiando y cuando se hace permisible algún acto que en generaciones anteriores era castigado o reprimido, muchas veces también es difícil asegurar qué actos son "permitidos" o más bien "ignorados" y por tanto interpretado como lo primero en el seno de una familia y es por esto se debe interpretar con reservas el término de permisibilidad del hábito de fumar en el hogar, que aunque aportó un riesgo importante en el estudio, podría haber sido admitido por el fumador como una justificación más o como una mala interpretación de lo que era "permitido" por los mayores de su hogar cuando tenía entre 12 y 17 años.

Durante la adolescencia se suelen tener conflictos personales ya sean en las relaciones con la familia, con compañeros de escuela, amigos, el novio(a), en las que algunos individuos llegan a experimentar algún grado de rechazo, o rebeldía, o depresión que muchas veces favorecen conductas no acostumbradas hasta esos momentos. Entre estos estados también se puede presentar la depresión que ha sido identificada como asociada al hábito de fumar entre adolescentes latinos en Estados Unidos¹⁹, así como en jóvenes norteamericanos, en estos últimos también unido a la dependencia a la nicotina²⁰.

Escobedo y colaboradores²⁹ identificaron entre adolescentes latinos asociación entre conductas riesgosas (riñas, borracheras, promiscuidad sexual) y hábito de fumar y precisamente una de las teorías que trata de explicar las conductas riesgosas en adolescentes plantea que el hábito de fumar y el uso de otras drogas en los adolescentes son manifestaciones de un síndrome de problemas de conducta y la ecología social de la vida adolescente brinda oportunidades socialmente organizadas de aprender a ocuparse en conductas riesgosas colectivamente³⁰,

máxime si se tiene en cuenta que otros autores³¹ han determinado que el 62 % se convirtieron en fumadores regulares entre los 15 y los 18 años.

A las bebidas alcohólicas se le identifica muchas veces como la droga portera, pues se suele comenzar por la ingestión de pequeñas cantidades, hasta que se aumentan las mismas y se acompañan de otras en las que se incluye el hábito de fumar y de tal forma se ha comprobado³², que a medida que las personas pasan a través de fases de cambio del cese del hábito de fumar, también realizan cambios en cuanto a la disminución de la ingestión de alcohol, todo lo cual es de importancia tanto para la prevención primaria, como de las estrategias de cesación del mismo.

La mayoría de los adolescentes que reciben tratamientos especializados de psicólogos o psiquiatras obedecen a trastornos transitorios que pueden estar relacionados con inadaptación a la escuela, malos resultados docentes, abandono de los estudios, o bien en el trabajo cuando ya se ha comenzado el mismo en los que en su mayoría priman la rebeldía, el rechazo y hasta la depresión, los que han sido identificados como asociados al inicio y mantenimiento del hábito de fumar por algunos autores^{19,20,29,30}, consistentes con este estudio donde se obtuvo un riesgo de ser fumador actual casi tres veces superior entre los que habían recibido alguna atención especializada en la esfera psíquica con respecto a los que no habían necesitado dicho servicio durante las edades entre 12 y 17 años.

Aun cuando se plantea al formular la hipótesis que cualquier acto (entre ellos el fumar), está determinado en definitiva por la voluntad de cualquier individuo que se encuentre en plenas facultades mentales, los resultados muestran que existió asociación entre algunos factores propios de la conducta de los adolescentes o de su entorno familiar o social y la condición de ser hoy un fumador, todo lo cual puede ser tenido en cuenta por los médicos para trazar la estrategia de prevención primaria de este hábito, aún en el caso de que hoy día abundan los estudios de intervención con el objetivo de desestimular el hábito entre los fumadores y representa una responsabilidad tanto de la atención primaria como de las sucedáneas³³⁻³⁵.

CONCLUSIONES

El hábito de fumar de la madre, de los compañeros, del novio(a) y la permisibilidad del mismo en el hogar cuando se tenía entre 12 y 17 años fueron los factores externos que estuvieron asociados con la condición de ser un fumador actual.

Los conflictos personales, la ingestión de bebidas alcohólicas, los estados psíquicos que requirieron tratamiento especializado y la condición de trabajar ya cuando se tenía entre 12 y 17 años, fueron los factores personales que estuvieron asociados con la condición de ser un fumador actual.

Las mayores proporciones de fumadores actuales en la muestra fueron explicados por el hábito de fumar de los compañeros, la ingestión de bebidas alcohólicas, la permisibilidad de dicho hábito en el hogar y el hábito de fumar del novio(a), cuando se tenía entre 12 y 17 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Declaración de Bellagio sobre tabaquismo y desarrollo sostenible. Boletín Epidemiológico. Ginebra: OPS;1995
2. Weiss W. Cigarette smoking and lung cancer trends. A light at the end of the tunnel? *Chest* 1997; 111:1414-1416.
3. Nyberg F, Isaksson I, Harris JR, Pershagen G. Misclassification of smoking status and lung cancer risk from environmental tobacco smoke in never-smokers. *Epidemiology* 1997; 8: 304-309.
4. Muscat JE, Ricuie JP, Thompson S, Wynder EL. Gender differences in smoking and risk for oral cancer. *Cancer Res.* 1996 Nov 15; 56(22):5192-7.
5. Boffetta P, Merletti F, Faggiano F, Migliaretti G, Ferro G, Zanetti R, et al. Prognostic factors and survival of laryngeal cancer patients from Turin, Italy. A population-based study. *Am J Epidemiol* 1997; 145:1100-1105.
6. Twisk JWR, Kemper HCG, van Machelen W, Post GB. Tracking of risk factors for coronary heart disease over a 14-year period: A comparison between lifestyle and biologic risk factors with data from the Amsterdam growth and health study. *Am J Epidemiol.* 1997; 145:888-898.
7. Escobedo LG, Caspersen CJ. Risk factors for sudden coronary death in the United States. *Epidemiology.* 1997 Mar; 8(2):175-80.
8. Hippe M, Vestbo J, Munch Bjerg A, Borch-Johnsen K, Appleyard M, Ole Hein H, et al. Cardiovascular risk factor profile in subjects with familial predisposition to myocardial infarction in Denmark. *J Epidemiol Community Health.* 1997 Jun; 51(3):266-71.
9. Njølstad I, Arnesen E. Preinfarction blood pressure and smoking are determinants for a fatal outcome of myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1998; 158:1326-1332.
10. Vriz O, Nesbitt S, Krause L, Majahalme S, Lu H, Julius S. Smoking is associated with higher cardiovascular risk in young women than in men: the Tecumseh blood pressure study. *J Hypertens.* 1997 Feb; 15(2):127-34.
11. Schoenbaum M. Do smokers understand the mortality effects of smoking? Evidence from the health and retirement survey. *Am J Public Health* 1997; 87:755-759.
12. Kawachi I, Colditz GA, Speizer FE, Manson JAE, Stampfer MJ, Walter C, et al. A prospective study of passive smoking and coronary heart disease. *Circulation* 1997; 95:2374-2379.
13. Kawakami N, Takatsuya N, Shimizu H, Ishibashi H. Effects of smoking on the incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. Replication and extension in a Japanese cohort of male employees. *Am J Epidemiol* 1997; 145:103-109.
14. Hellerstedt WL, Himes JH, Story M, Alton IR, Edwards LE. The effects of cigarette smoking and gestational weight change on birth outcomes in obese and normal-weight women. *Am J Public Health* 1997; 87:591-596.
15. Nafstad P, Jaakkola JJK, Hagen JA, Pedersen BS, Qvigstad E, Botten G, et al. Weight gain during the first year of life in relation to maternal smoking and breast feeding in Norway. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:261-265.
16. Nafstad P, Kongerud J, Botten G, Hagen JA, Jaakkola JJK. The role of passive smoking in the development of bronchial obstruction during the first 2 years of life. *Epidemiology.* 1997 May;8(3):293.
17. Orlebeke JF, Knol DL, Verhulst F. Increase in child behavior problems resulting from maternal smoking during pregnancy. *Arch Environ Health.* 1997 Jul-Aug; 52(4):317-21.
18. Peters J, Hedley AJ, Lam TH, Betson CL, Wong CM. A comprehensive study of smoking in primary school children in Hong Kong: implications for prevention. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:239-245.
19. Escobedo LG, Kirch DG, Anda RF. Depression and smoking initiation among US Latinos. *Addiction* 1996;91(1):113-119.
20. Son BK, Markovitz JH, Winders S, Smith D. Smoking, nicotine dependence, and depressive symptoms in the CARDIA study. Effects of educational status. *Am J Epidemiol* 1997;145:110-116.

21. Organización panamericana de la salud. Tabaco o salud: Situación en Las Américas. Un informe de la OPS , Washinton: OPS; 1992.
22. Cuba Ministerio de Salud Pública. Objetivos propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana (1992 2000). Editorial Ciencias Médicas 1992.
23. Cuba Ministerio de salud pública. Anuario Estadístico. Ciudad de la Habana : Editorial; 1996.
24. Valdéz Pérez NT, Cabrales Escobar JA. Ramos Ulloa MM, Martínez Ramírez C. Hábito de Fumar en la población mayor de 15 años del policlínico norte de Sancti Spíritus. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(2):127-134.
25. Benichou J. Methods of adjustment for estimating the attributable risk in case-control studies: a review. Stat Med 1991; 10:1753-1773.
26. Coughlin SS, Benichou J, Weed DL. Estimación del riesgo atribuible en los estudios de casos y controles. Bol Oficina Sanit Panam 1996;121(2):114.
27. Conde Resquejo C, Tirador MA, Hilton M, Carreras MV, del Castillo R. Cesación del tabaquismo en el puesto de laboral. Rev Cubana Oncol 1996; 12(1):31-36.
28. Lara Sepúlveda RD. El hábito de fumar en el estudiante de secundaria. Rev Med (MSS(Mex) 1996;34(4):287-292.
29. Escobedo G, Reddy M, Du Rant RH. Relationship between cigarette smoking and health risk and problem behaviors among US adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151:66-71.
30. Resnick MD, Chambliss SA, Blum RW. Health and risk behaviors of urban adolescent males involved in pregnancy. Fam Soc: J Contemp Hum Serv 1993; 74:366-374.
31. Stanton WR, McClelland M, Elwood C, Ferry D, Silva PA. Prevalence, reliability and bias of adolescents' reports of smoking and quitting. Addiction 1996; 11:1705-1714.
32. Jennifer B, Unger BA. Stages of changes of smoking cessation: Relationships with other health behaviors. Am J Prev Med 1996; 12:134-138.
33. American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asia Pacific Society of Respiriology, Canadian Thoracic Society, European Respiratory Society, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Smoking and health: a physician's responsibility. A statement of the joint committee on smoking and health. Eur Resp J 1995; 8:1808-1811.
34. Alciate MH. Intervention research: A model from the National Cancer Institute's Smoking and Tobacco Control Program. American Journal of Industrial Medicine 1996; 29:324-328.
35. Golstein MG, Niura R, Willey-Lessne C, DePue J, Eaton C, Rakowski W, et al. Physicians counseling smokers. A population-based survey of patients' perceptions of health care provider-delivered smoking cessation interventions. Arch Intern Med 1997; 157:1313-1319.