

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Luis E. Aybar
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

FRECUENCIA DEL HÁBITO DE FUMAR EN ADOLESCENTES A NIVEL
COMUNITARIO: BARRIO MEJORAMIENTO SOCIAL, ENERO-ABRIL, 2019



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

Dr. Ricardo Neftalí Ravelo Drullart

Asesores

Dra. Carmen Beatriz Betances (Clínica)

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológica)

Los conceptos expuestos en la presente tesis de grado son de la exclusiva responsabilidad del sustentante

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I.. Introducción	1
I.1.. Antecedentes	2
I.2. Justificación	3
II. Planteamiento del problema	4
III. Objetivos	6
III.1. General	6
III.2. Específicos	6
IV.1. Marco teórico	7
IV.1.1. La adolescencia como transición	7
IV.1.2. Adolescencia	8
IV.1.3. Cambios en el desarrollo de la adolescencia	10
IV.1.4. Cambios en el desarrollo físico/biológico	10
IV.1.5. Cambios en el desarrollo psicológico	11
IV.1.6. Cambios en el desarrollo social	12
IV.2. Orígenes del hábito de fumar	12
IV.2.1.Llegada del tabaco a Europa	13
IV.2.2. Planta del tabaco	15
IV.2.3. Consideraciones bioquímicas	15
IV.2.4. Tabaquismo	16
IV.2.5. Tipos de tabaco	17
IV.2.6. El hábito de fumar	18
IV.2.7. Tipos de fumadores habituales	18
IV.2.8. Cigarrillo y humo en el organismo	19
IV.2.9. Enfermedades vinculadas al tabaquismo	21
IV.2.10. Toxinas en el tabaco	21
VI.2.11. Efectos sobre el organismo	23

VI.2.12. Riesgos para el fumador pasivo	25
IV.2.13. Magnitud noxal del tabaquismo	26
IV.2.14. Adolescencia temprana y tabaquismo	27
IV.2.15. Tabaquismo: un problema social	28
IV.2.16. Intervenciones de tratamiento para los adolescentes fumadores	29
V. Hipótesis	33
VI. Operacionalización de las variables	34
VII. Material y métodos	36
VII.1. Tipo de estudio	36
VII.2. Demarcación geográfica	36
VII.3. Universo	36
VII.4. Muestra	36
VII.5. Criterios	36
VII.5.1. De inclusión	36
VII.5.2. De exclusión	36
VII.6. Instrumento de recolección de datos	37
VII.7. Procedimiento	37
VII.8. Tabulación	37
VII.9. Análisis	37
VII.10. Principios éticos	37
VIII. Resultados	38
IX. Discusión	53
X.1. Conclusiones	56
XI. Recomendaciones	57
XII. Referencias	58
XIII. Anexos	63
XIII.1. Cronograma	63
XIII.2. Instrumento de recolección de datos	64
XIII.3. Costos y recursos	65
XIII.4. Evaluación	66

AGRADECIMIENTO

A Dios

Gracias mi padre celestial por la vida, las fuerzas, la salud y por permitir esta bendición más de realizar una especialidad.

A la Universidad Pedro Henríquez Ureña.

Gracias a esta casa de estudios por acogerme y formarme como profesional en esta área.

A los moradores del Barrio Mejoramiento Social.

Les agradezco su cooperación a todos los moradores por permitir la realización de este trabajo.

Al personal docente.

Gracias por su ayuda, tolerancia, respuestas, orientación en este proceso de profesionalización.

A mis asesoras Dra. Carmen Beatriz Betances y Dra. Claridania Rodriguez.

Gracias por su ayuda, tolerancia, respuestas, orientación en este proceso de investigación, sin su ayuda no sería posible ver este trabajo finalizado.

Dr. Ricardo Ravelo

DEDICATORIA

A Dios.

Por ser nuestro creador y a quien le debo todo lo que soy, porque me diste la vida, la fe la perseverancia cada día hasta alcanzar esta meta. Gracias por ser la luz que me motiva a diario para seguir hacia delante, por ser el formador de mis conocimientos y prácticas. Gracias Padre Todopoderoso por guiarme en el buen camino.

A mis Padres Juana Mirtha Drullart de Ravelo y Felix Ravelo.

Por toda la dedicación, amor y cariño que me han brindado en toda mi vida, por su buena voluntad y deseo con el que me han llevado en toda mi vida. todo lo que he logrado se lo debo a las dedicaciones diarias de cada uno de ustedes desde el momento que decidí de tomar esta especialidad en la que no me han dejado solo, sacrificándose siempre que ha sido necesario para ayudarme a cumplir esta meta que también es suya, gracias los amo.

A mi esposa Marssiell Andelis Quiroz Mejía.

Gracias por estar siempre a mi lado apoyándome y dándome la fortaleza necesaria y tu sabiduría, paciencia, amor, comprensión y toda el amor que hace que mi vida tenga más sentido gracias por todo Te Amo.

A mis hermanos Felix (Chovi), Vladimir y Ruth.

Quienes me apoyaron cada día hasta ver mi superación en todos los aspectos de mi vida, este logro es también para ustedes.

A mis compañeros

Gracias por estos 4 años de trabajo arduo y vicisitudes que hemos pasado juntos, tragos amargos y felicidades, sanciones de todo gracias por su amistad y cariño.

A mis maestros Dra. Lucina Llaugel, Dra. Soto, Dra. Contreras y todas las demás maestras.

Muchas gracias por sus enseñanzas has sido de mucha fortaleza para mi formación como profesional en esta especialidad.

Y a todo aquel que contribuyó de alguna manera a ser lo que hoy soy y que no lo pude mencionar gracias, mil gracias.

Dr. Ricardo Ravelo

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de determinar la frecuencia del hábito de fumar en adolescentes a nivel comunitario del Barrio Mejoramiento Social, Distrito Nacional, enero-abril, 2019. El universo estuvo constituido por 4,018 moradores entre 10-19 años y la muestra fue de 278 adolescentes escogidos aleatoriamente. Se reporta una frecuencia de 31.7 por ciento, el 64.8 por ciento correspondió al sexo masculino, un 61.4 por ciento se encontraron entre 17-19 años, un 79.5 por ciento se encontraba soltero, el 55.7 por ciento comenzó a fumar cuando tenían entre 17-19 años, un 68.2 por ciento fuma cigarrillo, el 36.4 por ciento fuma cigarrillo nacional, un 62.5 por ciento fuma cigarrillo con filtro, el 86 por ciento aspira el humo del cigarrillo, el 61.4 por ciento aspira profundamente el humo de cigarrillo, un 44.3 por ciento consume menos de 5 cigarrillos al día, el 36.4 por ciento señaló que era su padre el consumidor de tabaco, el 47.7 por ciento comenzó a fumar por curiosidad, un 55.7 por ciento comenzó a fumar en fiestas, el 44.3 por ciento ha intentado dejar de fumar y el 57.9 por ciento continúa fumando por placer.

Palabras clave: Frecuencia, adolescente, hábito, tabaco.

ABSTRACT

It was a descriptive and prospective study was carried out with the objective of determining the frequency of smoking in adolescents at the community level of the Improvement Social District, National District, January-April, 2019. The universe consisted of 4,018 residents between 10-19 years and the sample was 278 randomly chosen adolescents. A frequency of 31.7 percent is reported, 64.8 percent corresponded to males, 61.4 percent were between 17-19 years old, 79.5 percent were single, 55.7 percent started smoking when they were between 17- 19 years old, 68.2 percent smoke cigarettes, 36.4 percent smoke domestic cigarettes, 62.5 percent smoke cigarettes with filters, 86 percent smoke cigarettes, 61.4 percent deeply smoke cigarettes, 44.3 percent percent consume less than 5 cigarettes a day, 36.4 percent said that their father was the tobacco consumer, 47.7 percent started smoking out of curiosity, 55.7 percent started smoking at parties, 44.3 percent tried stop smoking and 57.9 percent continue smoking for pleasure.

Key words: Frequency, adolescent, habit, tobacco.

I. INTRODUCCIÓN

El tabaquismo, o hábito de fumar, es definido como un trastorno causado por una sustancia capaz de producir dependencia (nicotina). Se considera una verdadera drogadicción difundida en todo el mundo. Alcanza una prevalencia mundial del 47 por ciento en la población masculina de adultos, frente al 12 por ciento en la mujer, y en los últimos años se observa un comienzo más precoz del hábito, particularmente en el inicio de la adolescencia.¹

El consumo del tabaco es una de las principales causas prevenibles de defunción en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) le atribuye al tabaco unos 4 millones de defunciones anuales, cifra que según las previsiones, habrá aumentado a 10 millones anuales para el 2030. El cáncer de pulmón ha crecido un 250 por ciento desde 1950 hasta 1992. Se le atribuyen igualmente al cigarrillo unas 40,000 muertes relacionadas con enfermedades cardiovasculares. En las personas que fuman desde la adolescencia la mortalidad es 3 veces mayor que la de los no fumadores.²

Es importante que el personal de salud conozca a profundidad las características de la etapa de la adolescencia, pues es un período de crecimiento y desarrollo donde la relación con la búsqueda del contacto íntimo con el otro es la actividad rectora, y esta característica, a su vez, hace que los grupos de adolescentes sean propensos a consumir sustancias tóxicas, a veces por curiosidad, por no perder el reconocimiento y aprobación del grupo; otras por destacarse y llamar la atención de los demás, o por evadir conflictos con los amigos, padres, maestros y ocultar sentimientos de depresión y soledad. Es decir, es la etapa de la vida del ser humano más susceptible para desarrollar una drogadicción, en la cual se suceden sistemáticos cambios en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos.³

Estudios internacionales como nacionales, han evidenciado que una cuarta parte de los adolescentes han fumado alguna vez; es por tanto, de gran importancia, investigar desde las edades tempranas de su aparición este fenómeno, qué condiciones lo favorecen, y cómo puede el Médico de Familia actuar en el entorno del adolescente en relación con este hábito.⁴

1.1. Antecedentes

Barrenechea, *et al*, llevaron a cabo un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de estimar la prevalencia del consumo de tabaco entre adolescentes de la comarca Bizkaia, España, entre enero-abril del 2007. Resultados: El 51,8 por ciento de los jóvenes habían probado el tabaco. El 29,9 por ciento de los adolescentes eran fumadores habituales, y de ellos el 50,4 por ciento fumadores diarios. Experimentaron con el tabaco por primera vez a los $13,1 \pm 1,85$ años. La prevalencia era mayor entre las mujeres y a medida que aumentaba la edad hasta los 15-16 años. Más del 90 por ciento de los fumadores habían probado el alcohol, el 86,3 por ciento cannabis y un 11 por ciento otras drogas. En el análisis multivariante la edad, sexo femenino, dinero disponible, consumo de otras drogas y que los hermanos fumaran en presencia del adolescente, se asociaron a una mayor probabilidad de fumar.⁵

Quiñónez, *et al*, realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el uso de tabaco no productor de humo en los estudiantes del nivel medio de Santiago de los Caballeros y su relación con factores etiológicos entre Agosto 2013 hasta Diciembre 2013. Resultados: La prevalencia de consumo de tabaco no productor de humo en la población de estudiantes de nivel medio es de 13 por ciento cuya edad de inicio fue más frecuente entre 12 y 15 años. De estos el 48 por ciento era además consumidor de cigarrillos y el 80 por ciento de los consumidores fueron masculinos, demostrándose asociación con el sexo. La edad no influye en la condición de consumidor. Más de la mitad de los adolescentes refirieron encontrar muchas veces publicidad sobre el tabaco en la televisión y los periódicos. Conclusiones: La prevalencia de consumo de tabaco no productor de humo en los adolescentes es alta y ha demostrado asociación con el consumo de cigarrillos y el sexo de la persona.⁶

1.2. Justificación

El tabaquismo es reconocido desde hace varios años como un problema de salud pública, debido a que los daños a la salud asociados al consumo del tabaco causan más de medio millón de muertes en el continente americano. En República Dominicana existe una masa poblacional cada vez mayor en los grupos de edad media y avanzada, en los cuales las tasas de morbimortalidad relacionadas con el inicio del tabaquismo en edades tempranas son altas.

Estos elementos introducen al tabaquismo en el escenario de las diez principales causas de mortalidad en México y los convierten en un problema prioritario de salud pública. Estudios probabilísticos basados en las pautas de consumo actuales, señalan que par el año 2025 el tabaco será causa de más de diez millones de muertes en el mundo.

Es evidente que el tabaquismo es en República Dominicana un problema de considerable magnitud y vulnerable a sufrir las repercusiones del mismo modo. Sin embargo, también es susceptible a cambios a través de medidas de prevención, divulgación, cesación y mantenimiento, las cuales al ser implementadas son de gran trascendencia, ya que logran reducir la prevalencia con el consiguiente descenso de los problemas provocados por el consumo de tabaco. Dichas medidas son factibles y viables políticamente, además son sencillas, de bajo costo y de gran beneficio.

Es por lo tanto, necesario documentar el problema por medio de estudios científicos como el presente, en el cual se busca determinar la frecuencia del hábito de fumar en adolescentes del sector Villa María del Distrito Nacional y responder al porqué de dicho fenómeno, estudiando para el efecto algunos factores personales, ambientales y socioeconómicos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que se estima que ha habido una disminución en el hábito de fumar cigarrillos en la población adulta a nivel mundial; en los últimos años el uso de productos derivados del tabaco ha estado creciendo en una proporción alarmante, especialmente entre los adolescentes y en ciertos grupos especiales de población. Es conocido que el tabaquismo tiene una relación causal con enfermedades coronarias y cáncer del pulmón. Además, la mujer fumadora es más propensa al aborto y a tener hijos con bajo peso al nacer; es también probable que contribuya a la mortalidad infantil, ya que la leche materna contiene suficiente nicotina para afectar al lactante.⁷

El consumo de cigarrillo es la causa más importante de enfermedades que podrían prevenirse. Sin embargo, un número significativo de adolescentes inicia y se mantiene en el consumo de cigarrillo. Los adolescentes, por lo general, consumen cigarrillo de manera ocasional; sin embargo, un alto número evoluciona a un patrón de consumo diario. Algunos estudios sugieren que los fumadores ocasionales muestran menores riesgos psicosociales que los fumadores diarios y mayor facilidad de abandono del consumo.

En adolescentes, la prevalencia de consumo de cigarrillo varía según la forma como se defina el mismo. Los estudios informan que el consumo de cigarrillo por lo menos un día durante el último mes (consumo ocasional) se encuentra entre 5 y 40 por ciento. En tanto que la prevalencia de consumo de cigarrillo todos los días durante el último mes (consumo diario) es significativamente menor, aproximadamente entre 5 y 25 por ciento, según la población estudiada.⁸

Los datos disponibles muestran que el consumo de cigarrillo, por lo general, es más alto en varones que en mujeres adolescentes. Sin embargo, otras investigaciones presentan frecuencias similares en mujeres y en varones y algunas informan que el consumo es mayor en mujeres que en varones. Aunque existen pocos estudios que señalen los factores asociados a consumo de cigarrillo según el género, en forma independiente en mujeres y en varones.

Fumar cigarrillos, ha sido concebido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el enemigo No.1 para la salud del hombre, es un droga comercializada legalmente, que está aumentando de manera inquietante mente peligrosa entre los adolescentes dominicanos. Las informaciones disponibles indican que la prevalencia mediana del tabaquismo (en todas las edades) en la República Dominicana es de 37 por ciento en los hombres y de 20 por ciento en las mujeres. Esta prevalencia es mayor en los núcleos urbanos de las grandes ciudades y más alta entre el sexo masculinos que entre el femenino.⁹

Pariendo de estos informes se realiza la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia del hábito de fumar en adolescentes a nivel comunitario del Barrio Mejoramiento Social, Distrito Nacional, enero-abril, 2019?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar la frecuencia del hábito de fumar en adolescentes a nivel comunitario del Barrio Mejoramiento Social, Distrito Nacional, enero-abril, 2019.

I.3.2. Específicos

1. Determinar el estado socio-demográfico.
2. Verificar la edad de inicio para fumar.
3. Establecer la variedad de tabaco consumido.
4. Describir la aspiración del humo
5. Determinar la cantidad de cigarrillo consumido al día.
6. Identificar el uso de tabaco en la familia
7. Identificar las razones por la cual comenzó a fumar.
8. Identificar los medios por los cuales conoció el cigarrillo.
9. Describir el lugar de inicio para fumar.
10. Conocer la Intensión de dejar de fumar
11. Determinar el conocimiento sobre perjuicio del tabaco

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. La adolescencia como transición

La adolescencia ha sido definida por numerosos autores como un periodo de transición que vive el individuo desde la niñez a la edad adulta. En los diferentes modelos teóricos del ciclo vital de la familia se menciona como un periodo crítico o como una de las principales transiciones de la vida familiar el momento en que uno de los hijos, habitualmente el hijo mayor- entra en la adolescencia.¹⁰

Esta etapa de la vida familiar se caracteriza porque empieza a cuestionarse el estilo familiar, el grupo de iguales se convierte en un poderoso referente para los hijos que puede llegar a desorganizar las pautas establecidas por la familia y los cambios evolutivos y necesidades del adolescente son percibidos por la familia como disruptores de su funcionamiento, requiriendo una reorganización de sus reglas de interacción.

En este estadio comienza el proceso de búsqueda de autonomía y la separación de los hijos y este cambio afecta a toda la familia. El reingreso en el hogar de los y la necesidad de emancipación de los hijos son también aspectos característicos de esta etapa de la vida familiar.

La adolescencia, definida como el periodo de cambios en el desarrollo que se producen entre la niñez y la edad adulta, como ha señalado Koops, es un descubrimiento bastante reciente.

Tenemos todavía muy próxima la representación cultural de la adolescencia como un periodo caracterizado por innumerables problemas y tensiones. La concepción de la adolescencia como un periodo de confusión normativa, tormentoso y estresante y de oscilaciones y oposiciones, iniciada por Stanley Hall en los primeros años de este siglo, ha sido la orientación teórica predominante hasta hace muy poco tiempo.

En las últimas décadas esta visión de la adolescencia ha sido reemplazada por otra que se centra más en los aspectos positivos del desarrollo, presentando la adolescencia como un periodo de desarrollo positivo durante el cual el individuo se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades.¹¹

Los mitos de la adolescencia como período tormentoso con altos niveles de estrés, el de la distancia intergeneracional o el mito de que los cambios hormonales invariablemente causan dificultades, están siendo sometidos a una reevaluación. Así, la prevalencia de psicopatologías y o la presencia de estrés no es diferente al de otros grupos de edad.

Algunos autores, incluso, han llegado a definir la adolescencia como una etapa privilegiada una idea que parece sustentarse con datos empíricos como los aportados por Coleman sobre la presencia de relaciones positivas con los padres durante este período frente a una ausencia relativa de relaciones problemáticas. **Perspectivas teóricas** La adolescencia, al igual que la niñez, es un período evolutivo que ha sufrido cambios en su grado de visibilidad social a través de la historia y de las culturas.

Al abordar un estudio sobre este momento del ciclo vital de la persona sería necesario que no olvidásemos su contextualización tanto histórica como cultural. En la cultura occidental, aunque la pubertad -entendida como ese conjunto de cambios físicos que denotan la madurez física de un individuo adulto a existido siempre, el individuo que sufría estos cambios no era considerado de igual forma a lo largo de los siglos.¹²

Así, con anterioridad al siglo XX, tanto la constitución de una familia como la incorporación al mundo laboral, y en definitiva la entrada en el mundo adulto, era muy rápida y es, por tanto, a partir del desarrollo de las sociedades industriales y los avances científicos y tecnológicos asociados, cuando comienza a requerirse otra concepción del sujeto adolescente. Puede ser por este motivo, por el que en las sociedades actuales, caracterizadas por una creciente especialización y complejidad, la etapa de la adolescencia se dilata de manera progresiva y continua.

IV.1.2. Adolescencia

La adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de los 10 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos.¹³

Aquí ocurren cambios como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el avance de la maduración sexual. El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:¹⁴

Adolescencia Temprana: (10- 13 años)

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.).

Adolescencia Media: (14-16 años)

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (pueden presentarse experiencias homosexuales y relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

Adolescencia Tardía: (17 a 19 años)

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual.

Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

A partir de lo comentado hasta este momento, se puede afirmar que la adolescencia supone una transición evolutiva en la que el individuo debe hacer frente a numerosos cambios.

A este respecto, una de las diferencias entre este periodo y otras etapas del desarrollo evolutivo es, precisamente, el número de cambios a los que el sujeto se debe enfrentar, así como la brevedad y rapidez de los mismos. Compas y colaboradores, en una excelente revisión, han seleccionado tres ejemplos actuales de modelos del desarrollo del adolescente que ilustran esta amplia perspectiva.

IV.1.3. Cambios en el desarrollo de la adolescencia

Una de las principales diferencias entre la adolescencia y otros periodos del desarrollo vital es el particular incremento de cambios que debe afrontar el individuo. Por una parte, el adolescente debe enfrentar el desarrollo de su identidad, incrementar su autonomía o la integración en el grupo de iguales. Por otra parte, este periodo se caracteriza por importantes cambios fisiológicos y por un marcado desarrollo cognitivo.¹⁵

El grado en el que la transición se experimente como estresante dependerá del impacto e interrelación entre los determinantes individuales y los determinantes situacionales (Frydenberg,). Estos cambios se articulan en tres áreas, fundamentalmente: cambios en el desarrollo físico/biológico, cambios en el desarrollo psicológico y cambios en el desarrollo social.

IV.1.4. Cambios en el desarrollo físico/biológico

En la pubertad se producen cambios biológicos que incluyen el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales así como los cambios continuos en la forma y tamaño del cuerpo. Mientras que, generalmente, se piensa que los cambios biológicos se dan por completo en el periodo de la pubertad, existe un desarrollo continuo a lo largo de la adolescencia en cuanto a madurez y crecimiento físico.¹⁶

La gran cantidad de cambios que comienzan con la pubertad continúan influyendo al individuo más allá de su inicio. Estos cambios corporales y hormonales están consistentemente relacionados con procesos psicológicos y sociales. En este sentido, la relación entre pubertad, estado de ánimo y conducta es un área muy activa de investigación.

La evidencia empírica sugiere que los cambios hormonales se encuentran relacionados con los estados de ánimo y el comportamiento, aunque estas relaciones son complejas. Estas relaciones parecen diferir en función del género, la edad, los tipos de hormonas y su interacción entre ellas y el estatus puberal.

El desarrollo biológico, además, tiene unas importantes implicaciones sociales. Así, el impacto evolutivo de los cambios hormonales en la conducta y la emoción está en parte mediado por las respuestas que los cambios puberales elicitán de los otros en el contexto social. Específicamente, parece que el comienzo temprano o tardío de la pubertad en relación con el momento en que se produce este evento para el grupo de iguales es un importante predictor del ajuste conductual y emocional.

IV.1.5. Cambios en el desarrollo psicológico

Desarrollo cognitivo. El desarrollo cognitivo es otra área de importantes cambios durante la adolescencia. Durante esta fase se desarrolla el pensamiento abstracto. Sin embargo, aunque esta forma de pensamiento aparece típicamente durante la primera adolescencia, muchos adolescentes y adultos nunca manifiestan la capacidad de pensar de forma abstracta.¹⁷

Las preocupaciones que los adolescentes expresan y el uso que hacen de sus estrategias de afrontamiento incluyen un rango de estilos cognitivos y habilidades que reflejan diferentes niveles de pensamiento concreto y abstracto. En cuanto a la adquisición del pensamiento formal, Piaget y sus seguidores consideran que en la adolescencia se culmina el desarrollo cognitivo que se inicia con el nacimiento y cuyos estadios se pueden observar en el curso del desarrollo infantil.

En este estadio el individuo desarrolla la capacidad de razonar en términos proposicionales y es capaz de tratar problemas abstractos, basarse en hipótesis, en posibilidades puramente teóricas, en relaciones lógicas, sin preocuparse por la realidad.

Es capaz de emplear la lógica formal, independientemente de todo contenido. Lo posible prevalece sobre lo real, el pensamiento está en condiciones de combinar las operaciones entre sí: una capacidad que permite integrar lo real en el ámbito de lo posible. Estrechamente asociado a la capacidad cognitiva de elaborar operaciones formales, aparece el desarrollo de la conciencia moral.

IV.1.6. Cambios en el desarrollo social

Durante la adolescencia, los individuos se desplazan desde la primordial influencia de la familia, que es clara y evidente en la infancia, a la influencia creciente de los iguales. Sin embargo, no tiene por qué haber necesariamente conflictos de influencia entre familia y grupo de iguales. En una primera fase, el adolescente encuentra apoyo en grupos de pertenencia del mismo género, donde el resto de miembros comparten desarrollos fisiológicos similares.¹⁹

Durante la adolescencia media existe con frecuencia un acercamiento a los iguales del otro género, manteniéndose la unión con grupos del mismo género. Sin embargo, a medida que la adolescencia avanza, existe un acercamiento creciente hacia las relaciones de intimidad con el género opuesto, lo cual implica a su vez un cambio en los modelos de las relaciones con el mismo género

IV.2. Orígenes del hábito de fumar

El fuego era reconocido por los antiguos habitantes de América como un transmutador y liberador del poder de ciertas sustancias. Consideraban que hacía las cosas más activas que pasivas y liberaba la esencia de las sustancias. Por eso es que quemaban y fumaban una gran variedad de sustancias. Tenían diferentes mezclas fumables dependiendo de las necesidades del ritual y de la estación.²⁰

Muchas de las variedades utilizadas se han extinguido o sus propiedades han sido olvidadas. Los indígenas del Caribe fumaban el tabaco valiéndose de una caña en forma de pipa llamada tabaco de donde deriva el nombre de la planta.

El tabaco era utilizado por sus propiedades para parar el pensamiento, enfocarse y centrarse en uno mismo, lo cual era una preparación previa para poder escuchar a los espíritus guías, a los espíritus de la naturaleza y a los seres que habitan en otras dimensiones o planos de conciencia. El tabaco servía como preparación, pero no abría las capacidades para escuchar a estos guías.

Para esto se añadían otros ingredientes, por lo que el tabaco sólo constituía entre el 5 o máximo el 10 por ciento de la mezcla para fumar. En los rituales de preparación, el tabaco y las restantes plantas eran alterados, purificados y elevados de vibración con la ayuda de las plegarias e invocaciones a los espíritus. Además, las piedras con las que tradicionalmente se manufacturaban las pipas eran, en sí mismas, transformadoras de la energía del tabaco y las demás plantas. Esto era parte del ritual y parte de lo que las hacía efectivas, ya que actuaban químicamente como liberadoras de las sustancias psicoactivas de ciertas plantas.²¹

En todo el continente americano los indígenas consumían el tabaco enrollado en forma de puro, envuelto en hojas de maíz a manera de cigarrillo o lo fumaban en pipa. También solían incluirlo en jarabes para beberlo. El tabaco era una planta mágica para los pueblos prehispánicos de México porque hacía visible el aliento.

IV.2.1. Llegada del tabaco a Europa

El 28 de octubre de 1492, Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre, dos compañeros de Cristóbal Colón, fueron los primeros occidentales que vieron a los indios fumando tabaco. Rodrigo de Jerez los imitó en seguida, sin sospechar que de regreso a su tierra habría de ser encarcelado por la Santa Inquisición acusado de brujería puesto que sólo el diablo podía dar a un hombre el poder de sacar humo por la boca. Los europeos comenzaron a incorporarlo a sus costumbres hasta el siglo XVII, a raíz de la cura que logró el médico Jean Nicot de las migrañas de Catalina de Médicis, esposa del rey Enrique II de Francia.²²

Así la planta fue denominada *Nicotinia tabacum* pero comúnmente se la conocía como hierba santa o hierba para todos los males' porque se recomendaba casi indiscriminadamente para todo tipo de padecimiento. Cuando el tabaco llega a Europa, muchos ven en él un pecado al relacionarlo con un pasaje bíblico en el que se dice que todo lo que sale de la boca del hombre le mancha.

En 1603, Jacobo 1 de Inglaterra prohíbe el tabaco cuyo humo negro y apestoso evoca el horror de un infierno lleno de pez y sin fondo. En Rusia, el zar Miguel Fedorovich hace cortar la nariz de los tomadores de petún (antigua forma de nombrar al tabaco rapé). La Iglesia actúa también y en 1621, Urbano VIII excomulga a los fumadores culpables de usar «una sustancia tan degradante para el alma como para el cuerpo».

Todas esas consideraciones pueden parecer risibles, pero expresan la importancia simbólica de la acción de fumar, y tampoco evitaron que se convirtiera en una actividad común durante aquellos tiempos. En 1732 el Papa Benedicto XIII, un fumador empedernido, revocó los edictos que prohibían su uso en tierras cristianas, pero Rusia, Turquía y China aún castigaban a los fumadores con pena de muerte.²³

El consumo del tabaco fue aumentando paulatinamente en Europa. Durante todo el siglo XVIII, el tabaco no se fumaba sino que se inhalaba por la nariz pulverizado, particularmente entre las clases altas. Fue la época dorada del llamado rapé. En Inglaterra, la reina Carlota era conocida por su adicción al rapé, y en Francia, Napoleón consumía casi cuatro kilos de rapé al mes.

Los españoles mantuvieron el monopolio del tabaco durante más de 100 años puesto que la planta provenía exclusivamente de sus colonias. Las pipas que se usaban en esos tiempos tenían cazoletas pequeñas destinadas a economizar las hojas de tabaco que literalmente valían su peso en oro.

La codicia propició que en 1610 los ingleses enviaran a John Rolfe a colonizar la región ahora conocida como Virginia, en los Estados Unidos. Rolfe sembró algunas semillas que pronto fructificaron y fue así como el tabaco pasó ser la mina de la cual se extraería la riqueza de la colonia.²⁴

Pronto se sumaron al cultivo los territorios de Maryland y Carolina, de tal manera que para 1619 en Londres se vendía tanto tabaco de Virginia como de las colonias españolas. Hacia 1864, un agricultor de Ohio obtuvo por casualidad una cepa deficiente en clorofila que recibió el nombre de burley blanco y acabó por convertirse en el ingrediente principal de las mezclas de picadura americana, sobre todo a partir de la invención en 1881 de la máquina de elaborar cigarrillos.

IV.2.2. Planta del tabaco

La planta del tabaco tiene un tallo recto que, madura, alcanza de 1 a 3 metros de altura, y entre 10 y 20 hojas anchas. Existen dos variedades principales: la *Nicotina tabacum* da flores rojizas y la *Nicotina rustica* amarillas. La rustica, como la virginia y otras variedades, se obtienen por hibridación. Pertenece a la familia de las Solanáceas. Es uno de los principales productos agrícolas no alimenticios del mundo.²⁵

La cosecha se recoge cuando las hojas comienzan a adquirir un tono azafranado. Las hojas se desecan hasta perder el 60 por ciento de su humedad y a través de un proceso de fermentación el tabaco termina adquiriendo su aroma característico, fabricándose con ellas cigarrillos y puros, tabaco de pipa y de mascar. A nivel comercial, el tabaco se vende liado en cigarrillos o en puros, aunque también se encuentra empaquetado para ser fumado en pipas o en cigarrillos hechos a mano con papel arroz.

IV.2.3. Consideraciones bioquímicas

El tabaco contiene un alcaloide, la nicotina. Es tóxica y puede producir alteraciones en el abarato circulatorio y los pulmones del ser humano. Fue aislada por Posset y Reiman en 1828. En ocasiones, se ha utilizado como insecticida. Según su variedad, el tabaco contiene entre 0.5 y 16% de nicotina. El resto es el llamado alquitrán, una sustancia oscura y resinosa compuesta por varios agentes químicos, muchos de los cuales se generan como resultado de la combustión (cianuro de hidrógeno, monóxido de carbono, dióxido de carbono, óxido de nitrógeno, amoníaco, entre otros).²⁶

Como la industria del tabaco está sometida a regulaciones de calidad y este producto es relativamente barato, no suele adulterarse. Aspirando el humo, esto es dándole el golpe, se puede absorber hasta el 90 por ciento de la nicotina, mientras que si éste permanece únicamente en la boca, la cifra se reduce al 20 o 35 por ciento.

Aproximadamente 8 segundos después de haber entrado a los pulmones, la nicotina contenida en el tabaco alcanza el torrente sanguíneo y en menos de 5 minutos traspasa la barrera hematoencefálica para llegar al cerebro. Sus efectos duran entre 5 y 10 minutos provocando fases de acción estimulante y acción depresora del sistema nervioso central. En primera instancia estimula algunos receptores sensitivos y produce una descarga de adrenalina que acelera la frecuencia cardíaca y eleva la presión arterial; posteriormente deprime todos los ganglios autónomos del sistema nervioso periférico.²⁷

El efecto de la nicotina en el cerebro consiste en la reducción de la enzima MAO-B (mono-am/no-oxidasa), responsable de regular la transmisión de la dopamina, neurotransmisor que controla entre otras alteraciones anímicas, la motivación y el placer. Por tanto, a menor cantidad de MAO-B (hasta un 40% menos en el cerebro de un adicto), mayor incremento de dopamina.

Este aumento provoca, al intervenir en el tálamo, del sentimiento irreprimible de volver a fumar otro cigarrillo (síndrome de abstinencia). Hoy en día, se usa externamente dentro de la medicina herbolaria contra la sarna, dolores reumáticos, ciertas afecciones nerviosas, la sarna, los piojos, entre otros. En forma directa o en infusión. El contenido promedio de alquitrán de un cigarro varía de 0.5 a 35 miligramos, y el de nicotina de 0.5 a 2 miligramos. La dosis letal de nicotina se calcula en 60 miligramos para un adulto de 70 kg. Un puro puede contener hasta 90 miligramos, aunque la ingestión de nicotina en los casos en los que no se da el golpe se reduce a menos de la mitad.

IV.2.4. Tabaquismo

El fumar (inhalar y exhalar los humos producidos al quemar el tabaco), conduce a una intoxicación crónica denominada tabaquismo, y es producida por el abuso del tabaco.²⁸

El tabaco es una planta solanácea originaria de las Antillas, cuyas hojas, preparadas de diversos modos, se fuman, se mascan o se aspiran en polvo por las narices: el tabaco se debe a su perfume y sus propiedades a un alcaloide muy peligroso, la nicotina. El tabaco crece en todas partes, pero las zonas más favorables para su cultivo se encuentran, sin duda, entre los trópicos.

Dejar que se sequen naturalmente las hojas, es la primera etapa de proceso que reduce el tenor de nicotina de los cigarrillos. Millones de cigarrillos son producidos y fumados por día.

El tabaco es una planta que puede alcanzar 2 metros de altura, y cuyas hojas miden hasta 60 y 70 centímetros de largo. Se cultiva hoy en día en casi todo los países, especialmente en Brasil, Cuba, México, Estados Unidos, Turquía y Asia menor.

Las hojas del tabaco se ponen a secar y se someten a una fermentación especial, luego se escogen las mas hermosas para arroyarlas (cigarrillos puros); las demás se pican de diversos modos, o se pulverizan.

IV.2.5. Tipos de tabaco

Tabaco de pipa: el cortado en hebra para fumarlo en pipa.²⁹

Tabaco negro: el que se adereza con miel y se elabora en forma de mecha retorcida y flexible.

Tabaco rubio: el que resulta de la mezcla de diversas propiedades que dan esta olor.

Hay tres componentes en el humo del tabaco que, combinados, ocasionan la mayoría de la muerte en los fumadores.

Alquitrán: partículas pegajosas que forman sustancias semejantes a resinas en los pulmones, y que no solo perjudican el funcionamiento del sistema respiratorios, sino que además, puede producir cáncer en los tejidos con los que entran en contacto.

Monóxido de carbono: que cuando se inhala pasa al torrente sanguíneo o interfiere la capacidad de los glóbulos rojos para transportar oxígeno. Nicotina: un poderoso estimulante del sistema nervioso central, altamente aditivo.

Según explica el Doctor Eduardo Sarquis, la adicción a la nicotina es el principal motivo, aunque no el único que hace tan difícil dejar el vicio. La nicotina afecta la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca, la temperatura de la piel, la producción de hormonas, la atención muscular y la sensibilidad al dolor.

IV.2.6. El hábito de fumar

Generalmente cuando una persona inicia con su hábito de fumar lo puede hacer por diferentes factores, tales como curiosidad por saber el sabor del tabaco o curiosidad por saber si los mitos del tabaco son ciertos, como es el caso del mito que la primera vez que fumas te sientes mareado y con náuseas, o simplemente porque sus padres lo hacen entonces esa persona lo empieza a hacer.³⁰

La adopción del hábito de fumar puede dividirse en tres periodos o etapas:

Iniciación: Es el periodo de los primeros contactos con el tabaco. Es la época del 'fumador que no fuma'. Se trata de encontrar qué sensación esconde el tabaco.

Afrontamiento: Es el periodo del fumador que comienza a fumar. Al principio el consumo es esporádico y generalmente superficial, o sea no traga el humo, pero las inhalaciones comienzan a ser más profundas y así va incrementándose la satisfacción física. De esta forma el fumador se convierte en habitual por el hecho de fumar.

Mantenimiento: Esta es la fase del fumador que fuma. Se manifiesta por un malestar que desemboca en la necesidad de fumar, estableciendo así un círculo vicioso cada vez más potente y de mayor frecuencia.

IV.2.7. Tipos de fumadores habituales

Los fumadores habituales o activos son los consumidores de tabaco. Entre ellos se pueden encontrar:³¹

El fumador negativo: Es aquél que fuma en situaciones de crisis y utiliza al tabaco como un relajante.

El fumador hedonista: Es aquél que fuma de forma controlada y disfruta del placer del humo del cigarrillo.

El fumador habitual o crónico: Fuma constantemente sin ser consciente de ello, consume el tabaco en grandes cantidades y en la gran mayoría no sabe por qué fuma.

El fumador drogodependiente: Fuma constantemente y se siente incómodo si le faltan los cigarrillos. No puede estar sin un cigarrillo en la mano y enciende uno detrás del otro.

El fumador pasivo: Es aquél que no consume el tabaco pero que es afectado por el uso de los otros que lo consumen. La combustión del cigarrillos en personas que están cerca de los fumadores, por la expulsión de sustancias gaseosas contaminan e intoxican el organismo de las personas que no están fumando, ya que lo que los fumadores expulsan es tres veces más tóxico que lo que tragan.

En el caso que sea un niño el fumador pasivo las consecuencias no serían las mismas sino que se verían agravadas.

IV.2.8. Cigarrillo y humo en el organismo

El aire penetra en el sistema respiratorio por la nariz y sigue un trayecto determinado hasta llegar a su destino final: los alvéolos, cuyo conjunto forman los pulmones. En la nariz atraviesa los vestíbulos y los conductos nasales. De allí pasa por la faringe y se dirige hacia la tráquea, que se divide en dos conductos más pequeños llamados bronquios.³²

Estos a su vez se subdividen en bronquiolos, que terminan en conductos más pequeños, los bronquiolillos que desembocan en sacos microscópicos llamados alvéolos. Las paredes de estos últimos son muy delgadas y están rodeadas por capilares sanguíneos.

Dada su importancia como lugares donde se produce la entrada en la sangre del oxígeno y la salida desde la sangre del dióxido de carbono resultante de la combustión biológica; existe un mecanismo de protección que purifica el aire que debe llegar a los alvéolos pulmonares.

Este mecanismo consiste en la presencia de folículos pilosos ubicados en los vestíbulos, que filtran las partículas de gran tamaño que arrastra el aire, de un epitelio mucoso, que reviste los conductos nasales, humedece y entibia el aire exterior y de cilias y mucus producido por glándulas que tapizan la tráquea y bronquios.

Las partículas extrañas que arrastra el aire se adhieren al mucus, sustancia pegajosa, ubicada sobre las cilias que, en forma sincronizada, efectúan un movimiento de barrido de mucus hacia la garganta, el que luego pasa al tubo digestivo para luego ser eliminado los movimientos de espiración bruscos, como la tos ayudan a ser barrido.³³

Cuando se fuma, las sustancias químicas tóxicas que acompañan el humo alteran este mecanismo de protección. La nicotina alcaloide presente en el humo del tabaco, paraliza la función ciliar, lo que dificulta la eliminación natural de los esputos y la consiguiente acumulación del mucus, que obstruye los bronquios. Además facilita la retención de las sustancias carcinógenas que contiene el humo, como el polonio-210

La acción específica de la nicotina sobre el sistema nervioso es el comienzo excitador, pero luego se transforma en depresora. El monóxido de carbono es un gas inorgánico, integrante del humo del cigarrillo, que atraviesa las paredes alveolares y penetra en la sangre para formar con la hemoglobina un compuesto estable.³³

Desde ese momento, la hemoglobina deja de ser apta para transportar el oxígeno a través de los vasos sanguíneos a todo el organismo. La mayor cantidad de oxígeno que reciben las células es unas de las causas contribuyen a que el fumador se fatigue más fácilmente cuándo debe realizar un esfuerzo físico.

En este caso el corazón bombea más sangre, aumenta la presión sanguínea y el número de inspiraciones, lo que permite la llegada de un mayor volumen de aire a los pulmones y una mejor oxigenación de la sangre. Sin embargo esto no se logra cuando el ambiente esta contaminado por el monóxido de carbono producido por el humo del cigarrillo.

IV.2.9. Enfermedades vinculadas al tabaquismo

Inflamaciones.³⁴

Gingivitis.

Estomatitis.

Bronquitis crónica.

Enfisema Pulmonar.

Lesiones en las arterias.

Hoy en día no cabe duda alguna de que el consumo de tabaco produce efectos perniciosos sobre la salud humana. Hacia 1950 comenzaron a aparecer en la literatura médica los primeros resultados de estudios que demostraban que el fumar iba asociado a un riesgo más elevado de padecer cáncer de pulmón.

En Estados Unidos, Canadá y Reino Unido se ha puesto en claro que dependiendo del número de cigarrillos consumidos, el fumador presenta un riesgo de contraer cáncer de pulmón de diez a treinta veces superior al no fumador. El peligro no se limita sólo al cáncer broncopulmonar.

También aumenta cinco veces el cáncer de laringe, cuatro veces el de cáncer de boca, y tres veces y medio el de cáncer de esófago. Es posible también aumente el riesgo de padecer cáncer de vejiga urinaria. No es el cáncer el único peligro que acecha a los fumadores.³⁵

Otra importante consecuencia patológica del tabaco es el aumento del riesgo de sufrir un infarto de miocardio. Este riesgo se evalúa aproximadamente en el doble del que tienen una persona no fumadora.

El estómago es otro órgano que sufre las consecuencias del fumar. La molesta y peligrosa úlcera gastroduodenal es casi tres veces más frecuente en los fumadores que en los no fumadores.

IV.2.10. Toxinas en el tabaco

El humo del cigarrillo contiene más de 3,000 sustancias químicas, y varias de ellas están conectadas con el desarrollo de ciertas enfermedades. Las sustancias más dañinas son:³⁵

1. el monóxido de carbono

2. la nicotina
3. los alquitranes (breas)
4. las partículas del humo.

El Monóxido De Carbono es un gas venenoso que interfiere con la habilidad de la sangre para llevar el oxígeno. También es factor contribuyente en la enfermedad del corazón y los males de los pulmones, y resultan cambios en los vasos sanguíneos que pueden conducir al endurecimiento de las arterias.

El monóxido de carbono por largo tiempo ha sido reconocido como un gas venenoso. Algunos de los síntomas del envenenamiento por monóxido de carbono son el dolor de cabeza, el vértigo, la disnea (dificultad de respirar), la confusión, la dilatación de las pupilas, las convulsiones, y el coma.³⁶

El monóxido de carbono, en el nivel de exposición que comúnmente alcanzan los fumadores de cigarrillos, reduce la contractilidad cardíaca en las personas que padecen de enfermedad coronaria. Se ha demostrado que ocasiona cambios parecidos a los de la arteriosclerosis incipiente en las aortas de los conejos. La nicotina estimula el sistema nervioso, el corazón, y otros órganos Internos. El efecto que tiene sobre el sistema nervioso es una de las razones porque a las personas se les hace tan difícil, abandonar el hábito de fumar. La nicotina es un veneno.

La nicotina es una sustancia química vegetal compleja de una clase conocida como alcaloide. Tiene un sabor caliente y amargo. Se encuentra en pequeñas cantidades en las hojas, las raíces y las semillas de la mata de tabaco. También se puede producir sintéticamente.

La cantidad de nicotina en la mayoría de los tabacos que se venden oscila entre el 2 y el 7 por ciento. Abunda mucho en las variedades domesticas y más baratas del tabaco. En su estado original, aun una pequeña cantidad puede producir náuseas, debilitación, el pulso rápido pero débil, el colapso, y la muerte misma.³⁷

Los alquitranes o breas contienen pequeñas cantidades de sustancias carcinógenas las cuales se cree son factores contribuyentes mayores del cáncer de los pulmones y otros tipos de cáncer que comúnmente desarrollan los fumadores.

Se han descubierto que la brea contenida en el humo del cigarrillo resulta en alteraciones malignas en la piel y en el aparato respiratorio de animales de laboratorio. Además, se ha establecido que cierto número de compuestos químicos presentes en el humo del cigarrillo son agentes carcinógenos fuertes. Se ha encontrado la enfermedad maligna llamada carcinoma en la faringe de fumadores.

Las partículas del humo pueden ser tan pequeñas como 1/170,000 de pulgada. Un fumador exhala la mayor parte de estas partículas, pero el 25 por ciento de ellas quedan atrapados en el revestimiento o forro de los pulmones. Las células del revestimiento absorben las partículas.

Esta absorción puede también ocasionar la producción de tejido cicatrizado excesivo dentro de las paredes de los pulmones. Las partículas del humo probablemente ayudan a causar la destrucción progresiva de las paredes de los alvéolos pulmonares de las personas que han fumado por mucho tiempo. Al ser inhalados, estos irritantes inmediatamente producen la tos y la constricción de los bronquios.

IV.2.11. Efectos sobre el organismo

De los principales componentes del tabaco, la nicotina es la que genera la dependencia y provoca trastornos en el organismo, ya que esta sustancia actúa sobre el receptor acetilcolina, y se observó que el receptor se halla quintuplicado en el cerebro de los fumadores a causa de los cambios bioquímicos que produce el tabaco en dicho órgano.³⁸

A nivel mental, la nicotina facilita la concentración, activa la memoria y, hasta cierto punto, controla el aumento de peso al aumentar el gasto de energía, disminuir los sentidos del olfato y el gusto, y mantener al fumador ocupado en el acto de fumar en vez de comer.

Cada persona además tiene sus consideraciones particulares respecto a las cosas que el tabaco hace por ella. Algunos creen que los inspira, otros creen que los acompaña, entre otros. A nivel físico, la nicotina aumenta la frecuencia cardíaca, el ritmo respiratorio, la presión arterial y el flujo coronario.

Durante la combustión del tabaco, algunos de sus elementos se transforman en monóxido de carbono, emisión venenosa que contribuye al surgimiento de enfermedades cardiacas. Cuando el monóxido de carbono entra al torrente sanguíneo, tiende a reemplazar el oxígeno contenido en las células rojas de la sangre formando carboxihemoglobina.

En los fumadores, hasta el 10 por ciento de la hemoglobina total puede ser carboxihemoglobina, lo cual equivale a decir que sus tejidos reciben 10 por ciento menos de oxígeno.

A largo plazo el tabaquismo tiene diversos efectos sobre el sistema broncopulmonar, cardiovascular y digestivo. Las úlceras gástricas y duodenales son doblemente más comunes entre los fumadores. Las heridas de la piel pueden tardar más en sanar debido a que la nicotina reduce los niveles de vitamina C en el organismo.³⁹

Los pulmones tienen unos diminutos sacos llamados alvéolos, donde el dióxido de carbono que procede del organismo se intercambia por oxígeno procedente del aire. Varias enfermedades que afectan a los pulmones destruyen directamente los alvéolos, caso del enfisema, o bien dañan su capacidad para intercambiar gases.

El humo del cigarrillo produce inflamación en la mucosa del aparato respiratorio y aumento de la producción de una enzima llamada elastasa, que degrada la elastina, material constitutivo del pulmón al que se debe su capacidad de expandirse y contraerse. El hábito de fumar provoca que el tejido pulmonar pierda sus propiedades elásticas, aparentemente de manera irreversible, con la consecuente disminución en la capacidad pulmonar para ingresar oxígeno a la sangre.

El alquitrán puede causar desórdenes bronquiales y contiene sustancias que se consideran cancerígenas, es por ello que al tabaco se le atribuyen el 90% de los casos de cáncer pulmonar en el mundo y también se relaciona con la aparición de cáncer en la boca y en la garganta. Reportes médicos calculan ' que en total ocasiona el 30 por ciento de todas las muertes producidas por el cáncer, el 30 por ciento de las enfermedades cardiovasculares, el 75 por ciento de las bronquitis crónicas y el 80 por ciento de los casos de enfisema.

También se asegura que las mujeres fumadoras pueden ver reducida su fertilidad, sufrir desórdenes menstruales y, en caso de usar pastillas anticonceptivas, están 39 veces más propensas a sufrir infartos que las que no fuman. Aunque no se esperan disturbios genéticos del uso del tabaco, éste puede aumentar el riesgo de partos prematuros y de bajo peso en los recién nacidos.

El consumo crónico de nicotina se acompaña de una leve tolerancia. A menos que exceda su dosis habitual, el fumador no experimenta los efectos de náusea y mareos que suelen reportar las personas que no están acostumbradas al tabaco.

La nicotina provoca una dependencia física bastante severa. El síndrome de abstinencia aparece dentro de las primeras 24 horas posteriores a la supresión y se manifiesta por: irritabilidad, inquietud, dolores de cabeza, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito, disminución de la vigilia o insomnio y dificultades de concentración.⁴⁰

En el caso de la nicotina, la dependencia psicológica juega también un papel preponderante, por lo que el síndrome de abstinencia puede durar varios días o varias semanas. La administración de nicotina en chicles o en parches puede aliviar parcialmente este síndrome.

Las intoxicaciones por nicotina son muy raras, casi nunca se dan por mascar o fumar tabaco sino por la ingestión accidental de nicotina en forma pura o por el contacto directo a través de la piel. Las manifestaciones de intoxicación incluyen náuseas, diarrea, taquicardia, aumento drástico de la presión arterial y salivación.

Con grandes dosis se presentan convulsiones, lentitud respiratoria, irregularidad cardíaca y coma, por lo que debe considerarse como urgencia médica.

IV.2.13. Riesgos para el fumador pasivo

Los hijos de padres fumadores tienen mayor frecuencia de síntomas y enfermedades respiratorias como bronquitis, neumonías y asma.⁴¹

En los adultos la exposición involuntaria se relaciona con síntomas como irritación ocular, secreción de moco nasal, dolor de cabeza y tos. En las personas alérgicas la exposición al humo de cigarrillo desencadena o empeora los síntomas de la enfermedad.

El contacto crónico disminuye en forma importante la función de las vías respiratorias pequeñas. Además, el fumador pasivo tiene probabilidad una y media veces mayor de presentar cáncer pulmonar que la persona que no se expone al humo.

Esta es una relación funesta. Los embarazos de madres fumadoras tienden a complicarse y si durante el embarazo no se suspende el cigarrillo, hay muchas probabilidades que el niño nazca con problemas de peso bajo o que lo haga antes de tiempo (pretérmino).

Así como la nicotina puede cerrar los vasos sanguíneos de la madre, esto mismo puede suceder con la circulación de la placenta y el feto no va a recibir la cantidad de oxígeno que requiere para su desarrollo intrauterino.

Y las consecuencias del cigarrillo no se quedan allí. Hay estudios y revisiones científicas sólidas que demuestran que el síndrome de muerte súbita infantil, una condición trágica en la que el niño se muere de manera súbita, se presenta con el doble de frecuencia en niños de madres fumadoras que en las no fumadoras.

IV.15. Magnitud noxal del tabaquismo

El tabaquismo es la mayor epidemia que enfrenta la humanidad y, como otras enfermedades que dependen del comportamiento humano es de alta morbimortalidad. Adicción legal, su consumo se estimula libremente, al menos en nuestro país.⁴³

Su impacto en el ser humano se entiende cuando se conoce que en Estados Unidos mueren 300.000 personas por año y en nuestro país, con una población 9 veces menor, 40.000. Se estima actualmente en 1.000 millones el número de fumadores en el mundo, es decir alrededor de un tercio de la población de 15 años en adelante. Sobre este total, 800 millones habitan en los países en desarrollo.

Según los especialistas en cardiología el tabaquismo afecta al aparato circulatorio en distintas formas: Aumenta la cantidad total de colesterol en la sangre, elevando los niveles de LDL o colesterol malo. Además, puede reducir los niveles de HDL o colesterol bueno.

La nicotina, además de tener como droga un alto poder adictivo, produce una estimulación nerviosa sobre las glándulas suprarrenales que da como resultado la producción de adrenalina.

Esta sustancia acelera la frecuencia cardiaca aumentando las necesidades de oxígeno del corazón y obligando a este órgano a trabajar más y en condiciones más desfavorables. Además, al producir vasoconstricción, aumenta la resistencia vascular periférica.

Comprendiendo que existen acciones sobre múltiples órganos, aparatos o sistemas, la nicotina y demás componentes:

- 1) Favorecen la dislipidemia (disminuyendo el HDL y aumentando el LDL y los triglicéridos);
- 2) Deterioran la vaso reactividad (por aumento del tono vascular con inducción al espasmo);
- 3) Crean un estado de hipercoagulabilidad (por aumento de la agregación de plaquetaria, y de la viscosidad de la sangre) favoreciendo la trombosis;
- 4) Conducen a la hipoxia tisular, disminuyendo el umbral isquémico;
- 5) Favorecen la producción de grasa central.

IV.16. Adolescencia temprana y tabaquismo

El consumo de tabaco ha aumentado considerablemente en todas partes del mundo durante la segunda mitad del siglo pasado, transformándose en una de las principales causas de muerte anticipada y evitable y se ha asociado a la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, laringe, boca, esófago y vejiga, accidentes cerebrovasculares y enfermedad obstructiva pulmonar crónica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) atribuye 4.9 millones de muertes anuales al tabaco. En 1,999 se estimaba que 1.100.000.000 personas eran fumadoras y si las tendencias actuales no se revierten para el año 2,025 serán más de 1,600.000.000 los fumadores.⁴⁴

Las investigaciones en el mundo normalmente han demostrado que el uso del tabaco comienza en la adolescencia temprana situación que provoca un aumento de problemas de salud futuros, pues se sabe que el 90 por ciento inició el hábito de fumar antes de los 19 años, además se han detectado problemas en niños y adolescentes que fuman con trastornos de conductas (agresivas y tímidas), interpretadas además como conductas de riesgo .sobre todo para el consumo ulterior de otras sustancias.

La edad media para el uso de tabaco es 17 años en la población general y 16 años en los varones. Se ha observado que la mujer viene adoptando los patrones de uso de los varones, con un incremento en el nivel de riesgo de dependencia y enfermedades causadas por este uso.

IV.17. Tabaquismo: un problema social

Delimitación del problema social detectado.⁴⁵

a).- ¿Qué tan Grave es el problema elegido?

El tabaquismo es un problema grave, dado que es un problema que aún y con grandes campañas y leyes más estrictas que se han legislado al respecto, es un problema que no solo no disminuye, si no que con el paso de los años ha ido creciendo de manera importante.

En el mundo el problema del consumo de tabaco y sus consecuencias tiene una evolución característica y afecta de distintas maneras y en diferentes grados de Intensidad a la población. Varían la proporción de habitantes que sufre daño, las normas y controles sociales que propician o inhiben el consumo, los problemas que éste ocasiona en el individuo, la familia y la sociedad, la percepción social frente al problema y las alternativas para su manejo.

En general y con justa razón, la sociedad está preocupada por el tabaquismo y su impacto en la salud de fumadores y de no fumadores expuestos. Situación que ha cobrado relevancia en años recientes, pero que con frecuencia es tolerada, a pesar de que por su elevada prevalencia afecta a un número importante de familias

b).- ¿Qué tan extenso es dicho problema?. Presentar datos, porcentajes, comparar con otros países y/o localidades El tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo, además de ser una sustancia adictiva, socialmente aceptada y de consumo legal. La evidencia epidemiológica en el ámbito mundial, es ilustrativa de lo que está ocurriendo con esta pandemia. Datos de la OMS señalan que del total de la población mundial, 30 por ciento de los adultos son fumadores y de éstos, 4 millones fallecen al año, lo que equivale a la muerte de casi 11 mil personas diarias por causas relacionadas con este producto.

Más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que significa al menos 147 defunciones diarias, una cada 10 minutos.

IV.17. Intervenciones de tratamiento para los adolescentes fumadores

Los programas para que dejen de fumar los adolescentes han dado muy pocos éxitos. Tanto el reclutar como retener adolescentes en programas formales de dejar de fumar, es muy difícil. Se han desarrollado varios tipos de intervenciones de tratamiento para los adolescentes fumadores, sin embargo es muy complicado dada la debilidad del diseño, la falta de una validación bioquímica, la infravaloración de la reducción media del uso del tabaco y la falta en general de grupos de control apropiados.⁴⁶

Todo ello hace que la adopción de un tratamiento conveniente y específico con modalidades específicas para el cese de fumar de los adolescentes por parte de la comunidad sanitaria sea más difícil que para los adultos. Muchos adolescentes están en el proceso de desarrollar una dependencia del tabaco, mientras que la mayoría de los adultos han sido dependientes durante un número de años ó décadas.

Los patrones del fumar son diferentes tanto en puntuación como en frecuencia, tanto en adolescentes como en adultos. En un estudio prospectivo, los porcentajes de cese son del 46 por ciento entre los fumadores ocasionales, del 12 por ciento entre fumadores de 1 a 9 cigarrillos diarios y del 6,8 por ciento entre fumadores de 10 o más cigarrillos diarios.

Dado que muchos adolescentes están en la fase de "luna de miel" de su adicción a la nicotina, el reconocimiento de la pendiente resbaladiza de la trayectoria de la adicción y sus consecuencias es muy limitada. El éxito del tratamiento depende de proyectos desarrollados individualmente.

Una vez se ha iniciado el cese, se sabe poco de las razones para volver a fumar por parte de los adolescentes. Datos recientes sugieren que las tentaciones de volver a caer están relacionadas con estados afectivos y necesidad de la nicotina. En adultos, dejar de fumar sin asistencia de intervenciones de ayuda propia, dan unos porcentajes verdaderamente bajos de cese, aunque son responsables de la mayor parte de aquellos que se abstienen para siempre.

Dentro de los factores que influyen el dejar de fumar en los jóvenes, se ha visto que no es tan importante la edad, el género o la etnia, sino más bien la frecuencia del fumar, el tiempo sin fumar de los intentos pasados de dejarlo, la propia estimación de la probabilidad de continuar fumando, el estado de fumador de la madre y síntomas depresivos.

En un estudio de 321 jóvenes de 18 años, las razones para dejar de fumar incluyen el coste (52%), la salud (52%), el estado físico (27%), una mala imagen (16%), presión social (11%), romper el hábito (10%), ninguna razón (5%).⁴⁷

Se han realizado muy pocos estudios de tratamiento de control psicosocial y educacional en adolescentes. Como se sabe que ocurre en adultos, el éxito de dejar de fumar puede ser impedido por factores sociales, como la presencia de otros fumadores en el hogar. Los comportamientos de los adolescentes siguen un patrón complejo de variación por sus pares, por sus jefes de grupo, por sus padres y otros papeles modelo.

Los adolescentes dependientes del tabaco, experimentan el mismo grado y tipo de síntomas de mono como los adultos dependientes del tabaco, y vuelven a caer en el mismo por las mismas razones que lo hacen los adultos. La terapia de sustitución de la nicotina (p.ej. parches o chicles) usados en programas formales, muestran unos porcentajes de cese que van del 9 al 44 por ciento en fumadores adultos.

La seguridad y la responsabilidad de un bajo abuso del chicle de nicotina han sido muy bien documentadas en adultos, pero no en adolescentes. Actualmente, sólo se ha publicado un estudio abierto del uso de terapia de sustitución de nicotina en adolescentes.

Esta prueba mostró una pequeña reducción en los síntomas de abstinencia dentro de las 8 semanas del uso del parche de nicotina y solamente uno de 22 adolescentes había dejado el parche bastante parecida a la administración de nicotina vía cigarrillos, y sugiere que podría ser adecuada para algunos fumadores adolescentes tal y como ha sido la medicación nicotínica preferida por aproximadamente un tercio de los fumadores adultos.

Descubrimientos recientes apoyan la eficacia del antidepresivo bupropion para realzar el dejar de fumar en adultos y para la sintomatología depresiva. De este modo, el bupropion podría ser otro agente terapéutico valioso para un subgrupo de jóvenes dependientes del tabaco con altos niveles de dependencia o diagnósticos psiquiátricos comórbidos como ADHD o depresión.

Intervenciones combinadas (biopsicosociales) que han tenido éxito en adultos pueden estar también indicadas para los jóvenes. La terapia de apoyo que puede aproximadamente doblar los porcentajes de eficacia de la farmacoterapia en adultos, ha sido limitada en estudios previos de intervenciones farmacológicas en fumadores adolescentes.⁴⁸

Hay muy pocos datos disponibles para guiar el diseño de intervenciones apropiadas para los adolescentes. Grupos focalizados y grupos facilitados por jóvenes podrían realzar el proceso de dejar de fumar. Una reciente intervención del cese del fumar basada en ordenador, mostró que había un porcentaje del 30 por ciento de adolescentes que dejaban de fumar 24 horas seguidas.

Este tipo de efecto ha sido asociado a una reducción del fumar de los adolescentes a largo plazo. A pesar del efecto limitado en el cese, en un estudio se observa que la terapia de nicotina transdérmica se asocia a un 70 por ciento de decremento del consumo de cigarrillos a la cuarta semana, que se mantiene hasta la semana 8 para todos menos para uno de los 22 adolescentes que completaron el tratamiento.

La severidad incrementada de la dependencia del tabaco, y la morbosidad asociada con una temprana edad para comenzar a fumar, subraya la importancia de no sólo reducir sino de parar la progresión del uso de tabaco ocasional hasta la dependencia. Además, los que fuman poco tienen más probabilidades de dejarlo y los que tienen historias más cortas de fumar en adolescentes comparada con los adultos, deberían resultar en comportamientos más fáciles de extinguir.

Finalmente, si se demuestra que la reducción del humo en general decrementa la morbilidad y mortalidad, entonces conseguir porcentajes de fumadores de baja cantidad podría ser un tratamiento válido transicional. Sin embargo, queda por demostrar que la aplicación sistemática de los enfoques de reducción del daño o de la exposición al tabaco no socava los esfuerzos de prevención o cese.

CAPÍTULO III

III.1. HIPÓTESIS

La frecuencia del hábito de fumar en adolescentes a nivel comunitario del Barrio Mejoramiento Social, Distrito Nacional, durante el 2015, es alta.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Frecuencia de hábito de fumar por adolescente	Número de veces que el adolescente consume tabaco	Fuma No fuma	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico en el centro hospitalario	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Característica biológica que separa al macho de la hembra	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Soltero Casado Unión libre	Nominal
Edad de inicio del uso	Tiempo cronológico en el que el paciente comenzó a fumar	Años cumplidos	Ordinal
Variedad de tabaco	Tipo de tabaco consumido por la persona encuestada	Cigarros Cigarrillos Pipas	Nominal
Marca consumida	Tipo de cigarrillo consumido por el paciente	Marlboro Montecarlo Nacional Hilton Otros	Nominal
Filtro de cigarrillo	Cigarrillo que presenta filtro al fumar	Con filtro Sin filtro	Nominal
Aspiración del humo	Aspiración del humo del cigarrillo por los pacientes	Aspira No aspira Aspiración superficial Aspiración profunda	Nominal
Cantidad consumida	Número de cigarrillos consumidos al día por el entrevistado	< 5 5-10 10-15 16 y más	Ordinal
Consumo en la familia	Hábitos del consumo de tabaco en familiares del entrevistado	Padre Madre Hermanos Abuelos	Nominal
Razón para empezar a fumar	Causa por la cual el entrevistado comenzó a fumar tabaco	Curiosidad Decepción Conflicto familiar Los amigos Otros	Nominal

Lugar de inicio de fumar	Área donde el entrevistado comenzó a fumar tabaco	Hogar Escuela Fiestas Excursión Universidad Otros	Sí No
Intención de dejar de fumar	Intento de dejar de fumar por el entrevistado	Ha intentado dejar de fumar	Sí No
Motivo de seguir fumando	Razón por la cual el entrevistado continua fumando	Placer Costumbre Fantasía Necesidad Hastío Calmante Otros	Sí No

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de determinar la frecuencia del hábito de fumar en adolescentes a nivel comunitario del Barrio Mejoramiento Social, Distrito Nacional, enero-abril, 2019 (Ver anexo, V.4.1, Cronograma).

VII.2. Demarcación geográfica

El sector Villa María se encuentra ubicado en el Barrio Mejoramiento Social del Distrito Nacional, delimitado al Norte, por la calle Padre Castellano, al Sur, por la calle Federico Velázquez, al Este, por la calle Albert Thomas y al Oeste por la Av. Duarte.

VII.3. Universo

El universo estuvo constituido por 4,018 moradores entre 10-19 años residentes en el Barrio Mejoramiento Social durante el período de estudio

VII.4. Muestra

Estuvo constituida por 278 adolescentes escogidos aleatoriamente residentes en el Barrio Mejoramiento Social durante el período de estudio.

VII.5.

VII.5.1. De inclusión

- . Adolescentes.
- . Residir de manera permanente en el sector.
- . Persona fumadora.
- . Persona que desee participar en el estudio.

VII.5.2. Criterios de exclusión

- . Personas mayores 20 años.
- . Personas con problema idiomático o con trastorno mental.

VII.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, el cual cuenta con 1 pregunta abierta y 19 cerradas, siendo aplicado a las persona fumadora, previa información sobre el tema a investigar (Ver anexo, V.4.2, Instrumento de recolección de datos).

VII.7. Procedimiento

Se le realizó una entrevista a los adolescentes al momento de la llegada a la vivienda, a la cual se fue de hogar en hogar, donde no se encontraron adolescentes fumadores, se fue la siguiente vivienda y se preguntó si alguien consume tabaco, en caso positivo se le aplicó el cuestionario previamente elaborado, en caso de que deseó participar en el estudio.

VII.8. Tabulación de la Información

Fue procesada mediante el programa de computadora digital: SPSS.

VII.9. Análisis

Se realizaron mediante medidas relativas tales como: frecuencia simple.

VII.10. Principios éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁴⁹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.⁵⁰ El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del comité de la universidad a través de la Escuela de Medicina y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como del Hospital Dr. Luis E. Aybar, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos. Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad, la identidad contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento. Finalmente toda la información fue incluida en el texto del presente estudio, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VIII. RESULTADOS

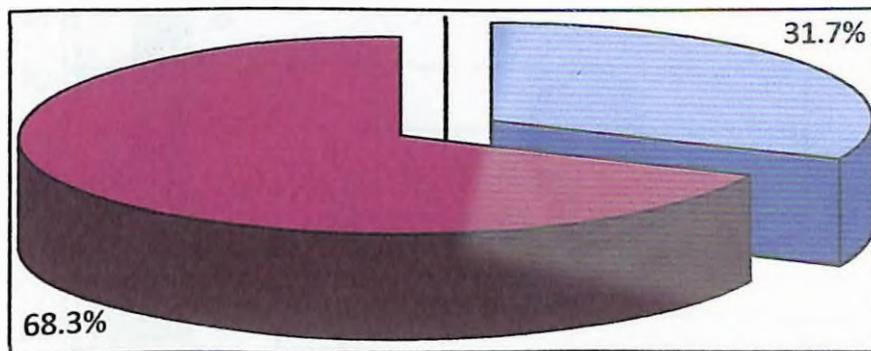
Cuadro 1. Frecuencia de hábito de fumar en los adolescentes del subsector Villa María del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Fumador	Frecuencia	%
Sí	88	31.7
No	190	68.3
Total	278	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que el 31.7 por ciento de los adolescentes entrevistados eran consumidores de tabaco.

Gráfico 1. Frecuencia de hábito de fumar en los adolescentes del subsector Villa María del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 1



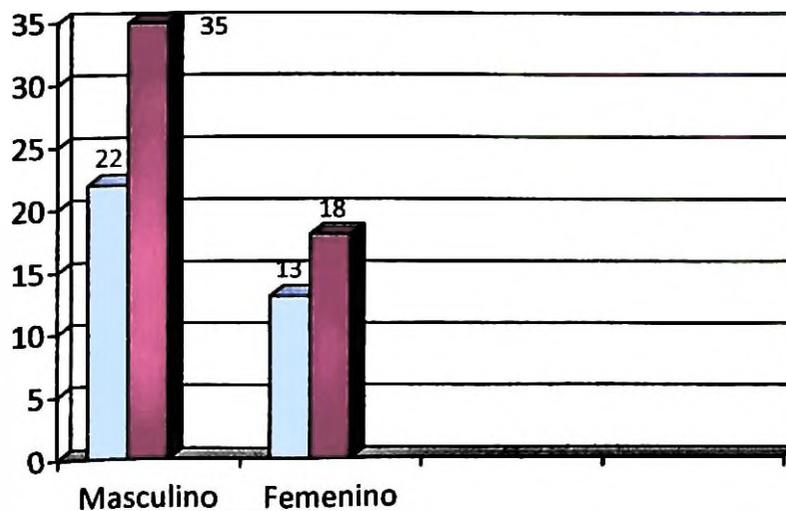
Cuadro 2. Edad y sexo de los fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
14 – 16	22	25.0	13	14.8	34	38.6
17 – 19	35	39.8	18	20.8	54	61.4
Total	57	64.8	31	35.2	88	100.0

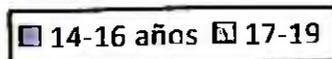
Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que el 64.8 por ciento de los adolescentes entrevistados correspondieron al sexo masculino, mientras que un 61.4 por ciento se encontraron entre 17-19 años.

Gráfico 2. Edad y sexo de los fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 2



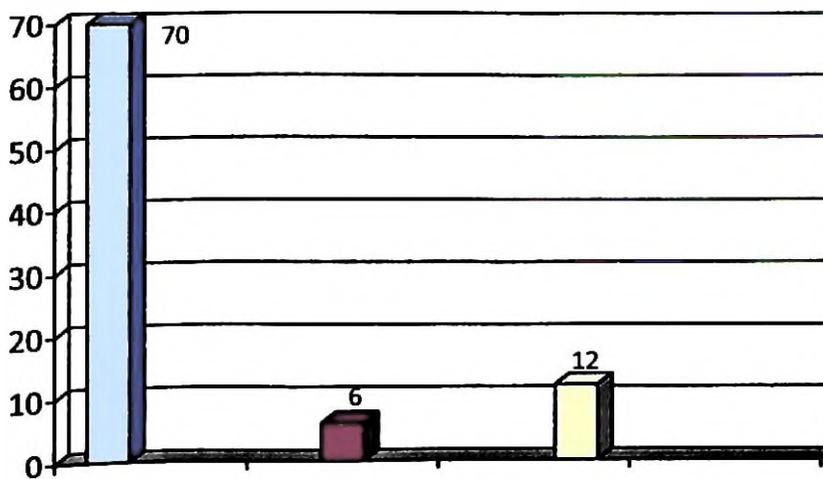
Cuadro 3. Estado civil de los adolescentes por los fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	70	79.5
Casado	6	6.8
Unido	12	13.6
Total	88	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se observó que un 79.5 por ciento de los adolescentes se encontraban solteros.

Gráfico 3. Estado civil de los adolescentes por los fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 3



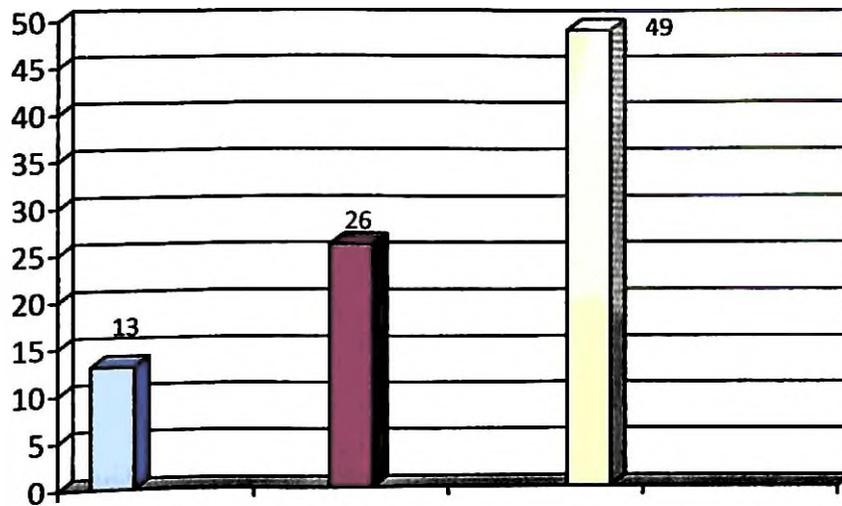
Cuadro 4. Edad de inicio de comenzar a fumar por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 14	13	14.8
14 – 16	26	29.5
17 – 19	49	55.7
Total	88	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se observó que un 55.7 por ciento de los adolescentes comenzaron a fumar cuando tenían entre 17-19 años.

Gráfico 4. Edad de inicio de comenzar a fumar por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 4

■ < 14 años ■ 14-16 años □ 17-19 años

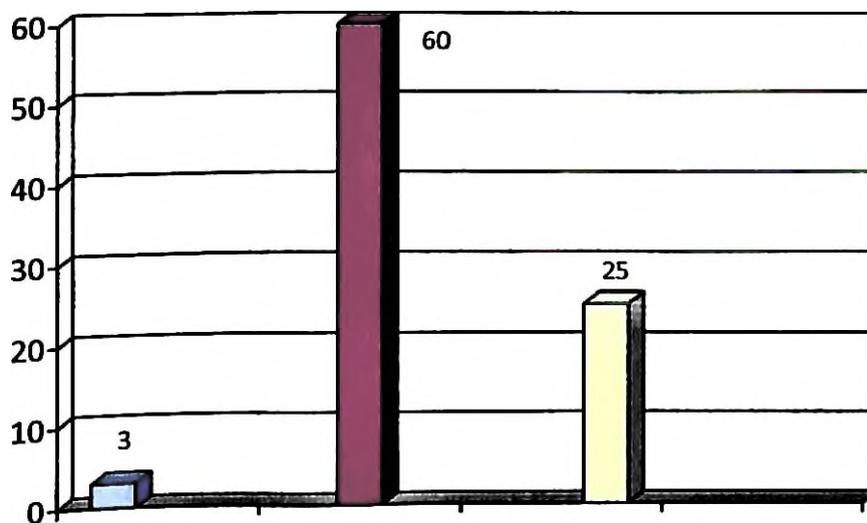
Cuadro 5. Variedad de tabaco consumido por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Variedad	Frecuencia	%
Cigarros	3	3.4
Cigarrillos	60	68.2
Pipas	25	28.4
Total	150	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se observó que un 68.2 por ciento de los adolescentes entrevistados fuman cigarrillos.

Gráfico 5. Variedad de tabaco consumido por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 5

■ Cigarros ■ Cigarrillos □ Pipas

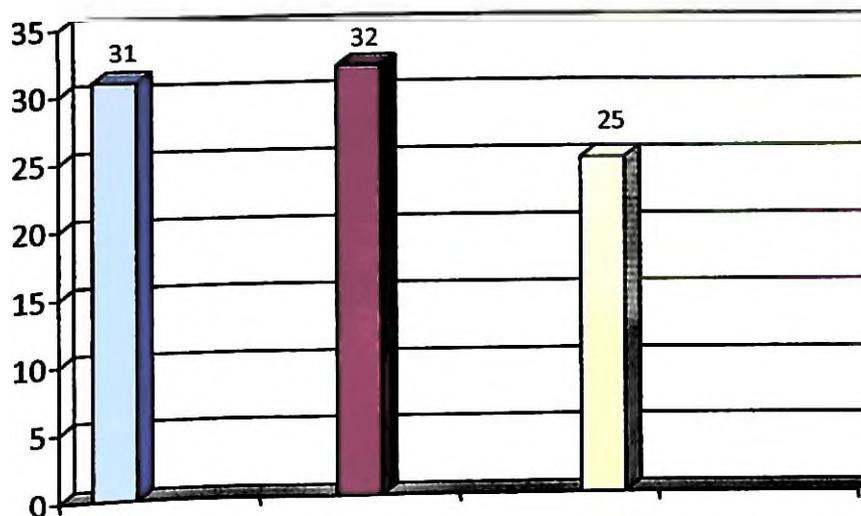
Cuadro 6. Marca consumida por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Marca consumida	Frecuencia	%
Marlboro	31	35.2
Nacional	32	36.4
Otras	25	28.4
Total	88	100.0

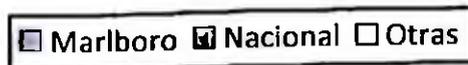
Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que el 36.4 por ciento de los adolescentes entrevistados fuman cigarrillo nacional.

Gráfico 6. Marca consumida por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 6



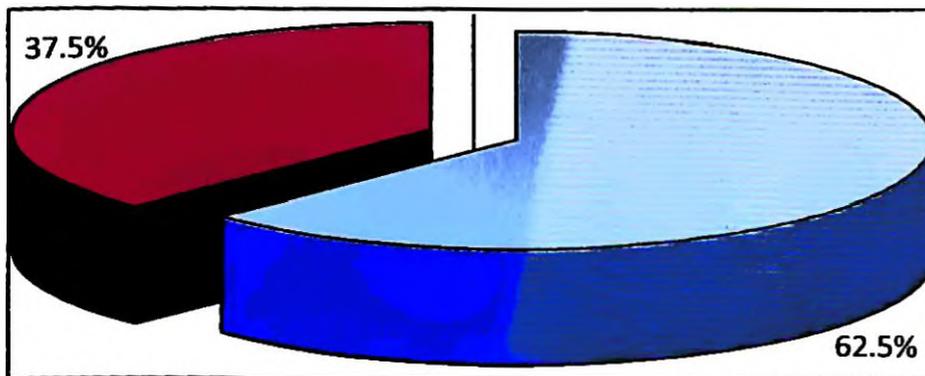
Cuadro 7. Uso de cigarrillos con filtro por los fumadores adolescentes del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Uso de filtro	Frecuencia	%
Sí	55	62.5
No	33	37.5
Total	88	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se encontró que un 62.5 por ciento de los adolescentes entrevistados fuman cigarrillo con filtro.

Gráfico 7. Uso de cigarrillos con filtro por los fumadores adolescentes del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 7



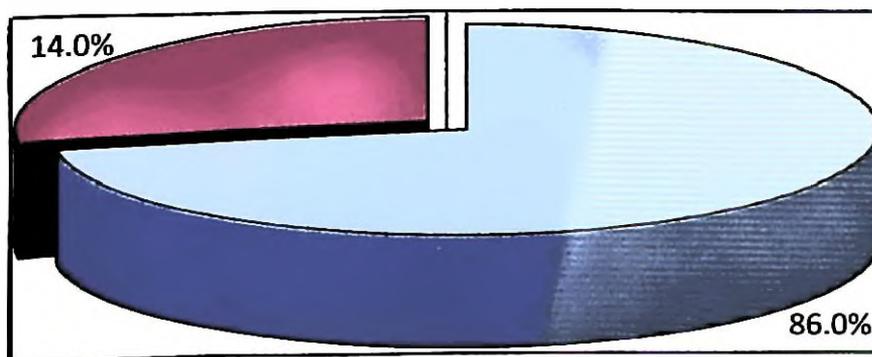
Cuadro 8. Aspiración del humo de cigarrillos por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Aspiración del humo	Frecuencia	%
Sí	64	86.0
No	24	14.0
Total	88	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se observó que el 86 por ciento de las personas entrevistadas aspiran el humo del cigarrillo.

Gráfico 8. Aspiración del humo de cigarrillos por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 8



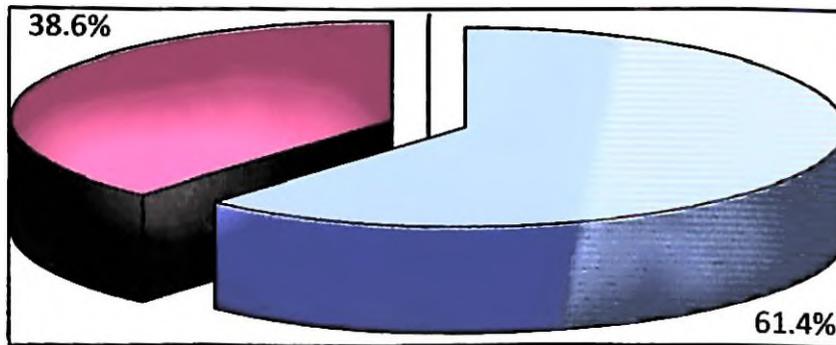
Cuadro 9. Aspiración profunda del humo de cigarrillos por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Aspiración profunda	Frecuencia	%
Sí	54	61.4
No	34	38.6
Total	88	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se observó que el 61.4 por ciento de los adolescentes entrevistados aspiran profundamente el humo de cigarrillo.

Gráfico 9. Aspiración profunda del humo de cigarrillos por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 9



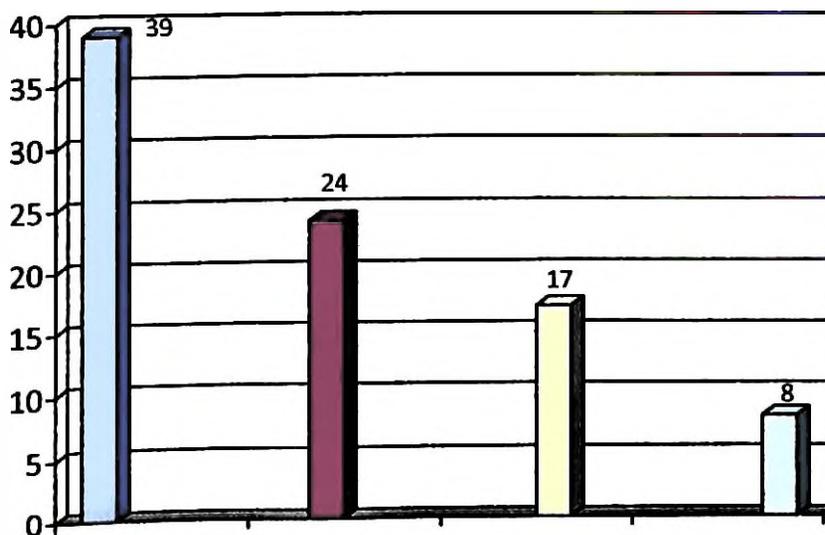
Cuadro 10. Cantidad de cigarrillos consumidos al día por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Cantidad al día	Frecuencia	%
< 5	39	44.3
5 – 10	24	27.3
11-15	17	19.3
≥ 16	8	9.1
Total	88	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que 44.3 por ciento de los adolescentes entrevistados consumen menos de 5 cigarrillos al día.

Gráfico 10. Cantidad de cigarrillos consumidos al día por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 10

■ < 5 días ■ 5-10 días □ 11-15 días □ ≥ 16 días

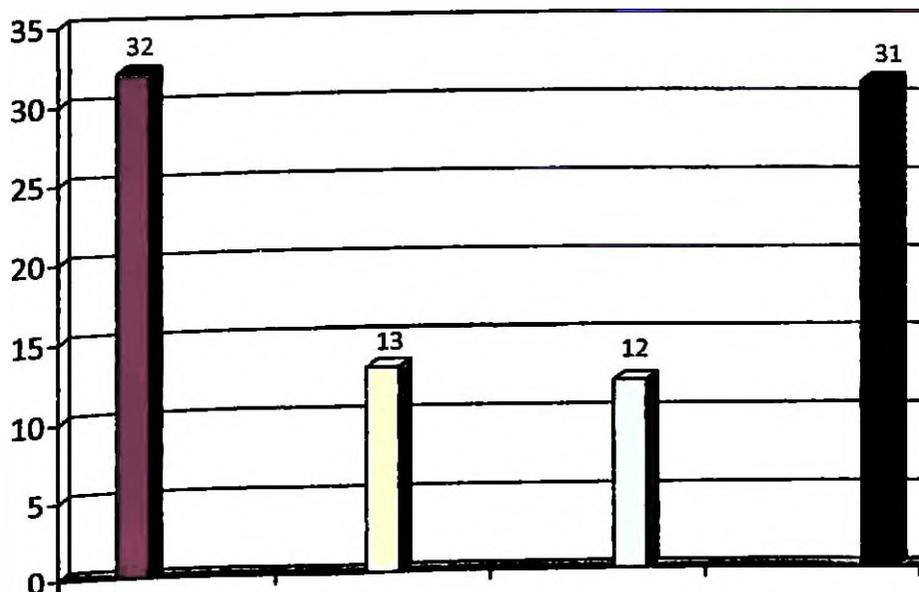
Cuadro 11. Familiar fumador en los hogares de los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Familiar fumador	Frecuencia	%
Padre	32	36.4
Madre	13	14.8
Ambos	12	13.6
Ninguno	31	35.2
Total	88	100.0

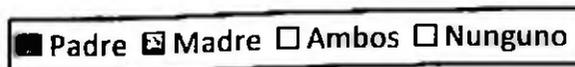
Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que el 36.4 por ciento de los adolescentes entrevistados señalaron que era su padre el consumidor de tabaco.

Gráfico 11. Familiar fumador en los hogares de los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 11



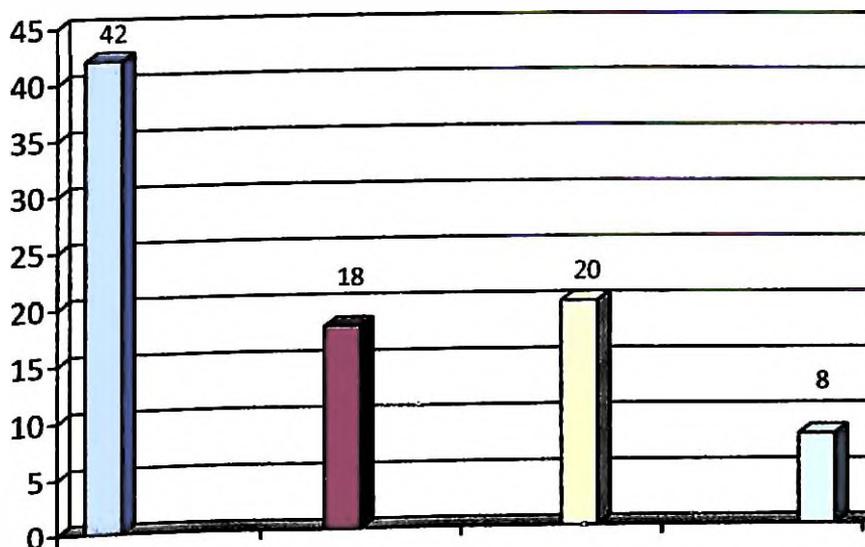
Cuadro 12. Razón por lo cual empezaron a fumar los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Razón	Frecuencia	%
Curiosidad	42	47.7
Fantasia	18	20.4
Imitación	20	22.7
Decepción	8	9.1
Total	88	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se encontró que el 47.7 por ciento de los adolescentes entrevistados comenzaron a fumar por curiosidad.

Gráfico 12. Razón por lo cual empezaron a fumar los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.



Fuente: Cuadro 12



Cuadro 13. Lugar de consumo de tabaco por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Lugar de consumo	Frecuencia	%
Hogar	15	17.0
Fiesta	49	55.7
Universidad	3	3.4
Excursión	21	23.9
Total	150	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se evidenció que un 55.7 por ciento de los adolescentes entrevistados comenzaron a fumar en las fiestas.

Cuadro 14. Intención de dejar de fumar por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Intención	Frecuencia	%
Sí	49	55.7
No	39	44.3
Total	88	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se encontró que el 44.3 por ciento de los adolescentes entrevistados han intentado dejar de fumar.

Cuadro 15. Motivos para seguir fumando por los adolescentes fumadores del Barrio Mejoramiento Social, enero-abril, 2019.

Motivos	Frecuencia	%
Placer	51	57.9
Costumbre	22	25.0
Calmante	15	17.0
Total	88	100.0

Fuente: Entrevistas personales.

Se observó que un 57.9 por ciento de los adolescentes entrevistados continúan fumando por placer.

IX. DISCUSIÓN

De los adolescentes encuestados de de 14 a 19 años, el 31.7 por ciento había probado alguna vez tabaco en cualquiera de su forma. Esta frecuencia es algo similar a la reportada por Barrenechea, *et al*, en su estudio para estimar la prevalencia del consumo de tabaco entre adolescentes de la comarca Bizkaia⁵, España, entre enero-abril del 2007, quienes reportaron que el 29.9 por ciento de los adolescentes eran fumadores habituales y de ellos el 50,4 por ciento fumadores diarios. Quiñónez, *et al*, en su estudio acerca del uso de tabaco no productor de humo en los estudiantes del nivel medio de Santiago de los Caballeros y su relación con factores etiológicos entre Agosto 2013 hasta Diciembre 2013, encontraron una prevalencia de consumo de tabaco no productor de humo en la población de estudiantes de nivel medio es de 13 por ciento. Datos de la región de América del 2013 y 2015 muestran que la prevalencia en Perú era de 20 por ciento, en Uruguay de 24 por ciento, en Ecuador de 18 por ciento y en Colombia de 28 por ciento en adolescentes de 12 a 19 años. Solo en Chile la prevalencia era mayor, con 41 por ciento de fumadores.

Al relacionar el género y uso de tabaco se observó que en los hombres fue más elevado que en las mujeres, encontrándose diferencias estadísticas significativas, lo cual coincide con otros estudios (Pinilla *et al* en el 2012 y Barrenechea *et al* en el 2007). También se determinó que el consumo de tabaco incrementa conforme a la edad, similar a lo encontrado en el estudio Torrecilla *et al*, en el 2013, el cual menciona que el consumo se incrementaba a medida que aumentaba la edad hasta los 20 años, luego disminuía (Almodovar en el 2011; pero no está en correspondencia con los resultados de otros autores que mencionan como inicio del consumo las edades de 14 a 17 años (Lewis *et al*, en el 2011).

Es importante destacar que el 14.8 por ciento de los adolescentes probó por primera vez el tabaco a edades tan tempranas como es por debajo de los 14 años. Esto reafirma que el tabaquismo puede considerarse una enfermedad pediátrica como es señalado por Fraga en el 2006 y por Granero en el 2006,

quienes señalan que las campañas de prevención deben comenzar en las escuelas primarias. Por otro lado, el porcentaje de adolescentes que fumaban a los 18 años era similar al de la población adulta, lo que puede indicar que son relativamente pocas las personas que comienzan a fumar después de esa edad en Argentina y que los esfuerzos de prevención primaria deben concentrarse y reforzarse en las escuelas secundarias.

La forma más frecuente de consumo de tabaco es a través de cigarrillos y en menor cantidad cigarros, lo que está de acuerdo a otras investigaciones que tuvieron la misma tendencia (American Cancer Society, 2015). Así mismo, se evidenció que la marca Nacional es la de mayor consumo por los adolescentes. Hallazgo coincidente con el estudio de Quiñónez *et al*, sobre el uso de tabaco no productor de humo en los estudiantes del nivel medio de Santiago de los Caballeros y su relación con factores etiológicos entre Agosto 2013 hasta Diciembre 2013. Quienes encontraron un mayor consumo de cigarrillo nacional.

Con relación al uso de cigarrillo con filtro un 62.5 por ciento de los adolescentes señalaron usarlo, mientras que el 86 por ciento dijo que aspiraba el humo del tabaco consumido, así mismo, un 61.4 por ciento señaló realizar una aspiración profunda al usar tabaco. Leclerc en su informe sobre el tabaquismo en Rep Dom, en el 2012; encontró un poco más altos estos valores, con un 35.4 por ciento, 61.2 por ciento y 58.9 por ciento respectivamente.

El número de cigarrillos fumados mostró porcentajes bajos en comparación con otros estudios, como el de Groth *et al*, en el 2011 y el de Colvin en el 2010, donde el consumo era alto, mostrando que diariamente el 44.3 por ciento fuma menos de 5 cigarrillos, 427.3 por ciento de 5-10 por día. Otro estudio menciona que la cantidad de cigarrillos usados diariamente es superior en los hombres: un 12.1 por ciento reconoce fumar más de 10 cigarros al día, frente a un 8. Por ciento de mujeres que señala esa misma cantidad.

El consumo de cigarrillos por los familiares de los estudiantes fue significativa, esto es similar con resultados obtenidos por otros investigadores que señalan que el consumo de cigarrillos por padres madres u otros familiares

de los adolescentes fumadores presentan asociación significativa (Griesler et al en el 2011 y Lyons et al, en el 2008), que mencionan que si algún miembro de la familia es fumador, el riesgo de llegar a serlo se incrementaba en los hijos no fumadores.

Entre los encuestados la curiosidad, con un 47.7 por ciento y la imitación, con un 22.7 por ciento fueron las principales razones para empezar a consumir tabaco, llama la atención estos hallazgos, debido a que en los últimos estudios que se han realizados, los conflictos familiares ocupan un lugar significativo como factor causante de inicio de fumar, Medina *et al*, en su estudio sobre del tabaco al uso de otras drogas; ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? en el 2011, encontró que los conflictos familiares y los pares fueron las razones de mayor peso para que se empezara a fumar.

Los sitios en los que los adolescentes de este estudio fumaron, fueron en su mayoría espacios públicos. De las áreas privadas, se observa un alto porcentaje en la casa. Estos datos muestran que el grupo social y el medio ambiente influyen de manera decisiva en esta adicción y específicamente coincide con los resultados reportados por Almodóvar, *et al*, en el 2011, quienes reportan que el núcleo familiar (cuando existen parientes fumadores) acepta el consumo de tabaco, siendo allí uno de los lugares donde los adolescentes obtienen los cigarrillos.

El tabaquismo en los adolescentes es un proceso que abarca varias etapas, como el deseo de experimentar, el uso intermitente, el uso regular y la adicción. Los resultados de la presente investigación demuestran que 55.7 por ciento de los adolescentes fumadores ha pensado o piensa dejar de fumar. Este dato es de suma importancia, ya que es probable que a esta edad no se haya llegado a la fase de dependencia y las intervenciones pueden ser más sencillas y eficaces, con una buena relación costo-eficacia.

X. CONCLUSIONES

1. La frecuencia del hábito de fumar por los adolescentes fue de 31.7 por ciento.
2. El 64.8 por ciento correspondió al sexo masculino
3. Un 61.4 por ciento se encontraron entre 17-19 años.
4. Un 79.5 por ciento se encontraba soltero.
5. El 55.7 por ciento comenzó a fumar cuando tenían entre 17-19 años.
6. Un 68.2 por ciento fuma cigarrillo.
7. El 36.4 por ciento fuma cigarrillo nacional.
8. Un 62.5 por ciento fuma cigarrillo con filtro.
9. El 86 por ciento aspira el humo del cigarrillo.
10. El 61.4 por ciento aspira profundamente el humo de cigarrillo.
11. Un 44.3 por ciento consume menos de 5 cigarrillos al día.
12. El 36.4 por ciento señaló que era su padre el consumidor de tabaco.
13. El 47.7 por ciento comenzó a fumar por curiosidad.
14. Un 55.7 por ciento comenzó a fumar en fiestas.
15. El 44.3 por ciento ha intentado dejar de fumar.
16. Un 57.9 por ciento continúa fumando por placer.

XI. RECOMENDACIONES

1. Rescatar del Programa de Salud Integral del Adolescente por parte de las autoridades de la SESPAS, y promover la participación de los medios de comunicación masivos para el apoyo de los programas de prevención
2. Se hace preciso que los programas e intervenciones dirigidas a la juventud amplíen su campo de acción para abarcar tanto la prevención del inicio en el hábito, como la oferta de programa de deshabitación adaptado a los jóvenes.
3. Por la alta frecuencia de consumo de tabaco entre los adolescentes, del sector Villa María, En la clínica Urbana Yolanda Guzmán se debe implementar una clínica del tabaco para atender a esta población que tengan adicción, promoviendo programas de abandono entre los consumidores.

XII. REFERENCIAS

1. Fraga S, Ramos E, Barros H. Uso de tabaco por estudiantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Rev Saude Publica* 2006; 40: 620-626.
2. Granero R, Sánchez M. Cambios en el uso de tabaco y factores relacionados en estudiantes del sexto al noveno grado, Estado Lara, Venezuela, años 2002 y 2003. *Cad Saude Publica* 2006; 22: 1893-1899.
3. Lewis PC, Harrell JS, Bradley C, Deng S. Cigarette use in adolescents: The cardiovascular health in children and youth study. *Res Nurs Health* 2011; 24: 27-37.
4. Pinilla J, González B, Barber P, Santana Y. Smoking in young adolescents: an approach multilevel discrete choice models. *J Epidemiol Community Health* 2012; 56: 227-232.
5. Barrenechea J, Rosario G, Martínez H. Prevalencia del consumo de tabaco entre adolescentes de la comarca Bizkaia, España, entre enero-abril del 2007. *An Pediatr*, 2007;66:357-366.
6. Quiñónez Z, Cruz A, Arias A. Uso de tabaco no productor de humo en los estudiantes del nivel medio de Santiago de los Caballeros y su relación con factores etiológicos entre Agosto 2013 hasta Diciembre 2013. *Anales de Medicina PUCMM*. 2014:47-52.
7. Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saude Publica* 2006; 36: 40-46.
8. Torrecilla M, Ruano R, Plaza D, Hernandez MA, Barrueco M, Alonso A. Jóvenes y tabaco: prevalencia, patrón y actitud ante el consumo de tabaco. *An Pediatr (Barc)*. 2013;60:440-449.
9. Almodovar Y, Rojas A. Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de 10 a 19 años en la comunidad de Boca Canasta, municipio Baní, provincia Peravia, República Dominicana en el período noviembre 2011-enero 2011. Instituto Tecnológico de Santo Domingo INTEC, Santo Domingo, 2011:9-14.
1. Audrain J, Rodríguez D, Kassel JD. Adolescent smoking and depression: evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction*.2009;104:1743-56

2. Groth SW, Morrison-Beedy D. Smoking, substance use, and mental health correlates in urban adolescent girls. *J Community Health*. 2011;36:552–8.
3. Colvin PJ, Mermelstein RJ. Adolescents' smoking outcome expectancies and acute emotional responses following smoking. *Nicotine Tob Res*. 2010;12:1203–10.
10. Bonn-Miller MO, Zvolensky MJ, Johnson KA. Uni-morbid and co-occurring marijuana and tobacco use: examination of concurrent associations with negative mood states. *J Addict Dis*. 2010;29:68–77.
11. Robinson M, Kendall GE, Jacoby P, et al. Lifestyle and demographic correlates of poor mental health in early adolescence. *J Paediatr Child Health*. 2011;47:54–61.
12. Griesler CP, Hu MC, Schaffran C, et al. Comorbid psychiatric disorders and nicotine dependence in adolescence. *Addiction*. 2011;106:1010–20.
13. Lyons M, Hitsman B, Xian H, et al. A twin study of smoking, nicotine dependence, and major depression in men. *Nicotine Tob Res*. 2008;10:97–108.
14. Martini S, Wagner FA, Anthony JC. The association of tobacco smoking and depression in adolescence: evidence from the United States. *Subst Use Misuse*. 2012;37:1853–67.
15. Guo HJ, McGee R, Reeder T, et al. Smoking behaviours and contextual influences on adolescent nicotine dependence. *Aust N Z J Public Health*. 2010;34:502–7.
16. Emory K, Saquib N, Gilpin EA, et al. The association between home smoking restrictions and youth smoking behaviour: a review. *Tob Control*. 2010;34:34–37.
17. Turner L, Mermelstein R, Flay B. Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Ann N Y Acad Sci*. 2012;1021:175–97.
18. O'Loughlin J, Karp I, Koulis T, et al. Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents. *Am J Epidemiol*. 2009;170:585–97.
19. Rohde P, Lewinsohn PM, Brown RA, et al. Psychiatric disorders, familial factors and cigarette smoking: I, Associations with smoking initiation. *Nicotine Tob Res*. 2013;5:85–98.

20. O'Loughlin J, Maximova K, Fraser K, et al. Does the 'healthy immigrant effect' extend to smoking in immigrant children? *J Adolesc Health*. 2010;46:299–301.
21. Martínez Á. Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimo negativos y rol de la comunicación familiar. *Gac Sanit*, 2012;26(5):421-428.
22. Medina M, Peña M, Cravioto P, Villatoro J, Kuri P. Del tabaco al uso de otras drogas; ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Revista salud pública de México*. 2011;44(1):109-124.
23. Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud: Resultados en las Américas. *Boletín Epidemiológico*, 2010:3-5.
24. Guerrero-López CM, Reynales-Shigematsu LM, Jiménez-Ruiz JA, Karam-Araujo R, Maldonado-Cruz CA, Camacho-Solís R. Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. *Salud Publica Mex*, 2012;54(3):233-241.
25. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Septiembre de 2011. Ginebra: ONU, 2011:10-15.
26. Ruiz J, De la Cruz S, García M. M. Motivos para la práctica deportiva y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes españoles. *Revista Salud Pública México*, 2009;51(6):446-450.
27. Gisbert-Calabuig, JA. *Medicina legal y toxicología*. 5ª ed., Barcelona, Masson, SA., 2012::892-896.
28. Rivera H, Bentolil R, Santos M, Socorro M, Gómez D, Torres J, Hernández MF, Mujica V, Rojas-Sánchez F. Uso del Tabaco No Fumado (Tnf), Chimó en Niños y Adolescentes en el Estado Portuguesa. *Acta Odontológica Venezolana* 2010;48:1-10.

29. Guerrero-López CM, Reynales-Shigematsu LM, Jiménez-Ruiz JA, Karam-Araujo R, Maldonado-Cruz CA, Camacho-Solis R. Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. *Salud Publica Mex*, 2012;54(3):233-241.
30. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Septiembre de 2011. Ginebra: ONU, 2011:10-15.
31. Zuzulich MS, Cabieses B, Pedrals N, Contreras L, Martínez D, Muñoz M, et al. Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior. *Invest Educ Enferm*. 2010; 28(2):232-239).
32. Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud: Resultados en las Américas. *Boletín Epidemiológico*, 2010:3-5.
33. Guerrero-López CM, Reynales-Shigematsu LM, Jiménez-Ruiz JA, Karam-Araujo R, Maldonado-Cruz CA, Camacho-Solis R. Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. *Salud Publica Mex*, 2012;54(3):233-241.
34. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Septiembre de 2011. Ginebra: ONU, 2011:10-15.
35. Aguilar-Navarro SG, Reyes –Guerrero Jorge, Borgues Guilherme D. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Publica de México*, 2007;49, Suppl. 4:S467-S474
36. Fleta - Fleta JM, Benito - Ruesca J, Ruiz - Carralero M, Mendaña - Pérez L. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población anciana de la Zona Básica de Salud de Muniesa (Teruel). *Centro De Salud De Muniesa, Centro De Salud. 2012:16-20.

37. González-Cesar A, Ham-Chande R. Funcionalidad en salud: Una tipología de envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, México DF. 2007;49, (4):449-458.
38. Herrera M, Wagner F, Velasco E, Borges G. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 2010;46;(2):132-140.
39. Lando HA, Hipple BJ, Muramoto M, et al. El tabaco es un problema que afecta a los niños en el mundo entero. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2010;88:2.
40. Pérez-Milena A, Leal FJ, Jiménez I, et al. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria*. 2007;39:299-304.
41. Thomas R, Perera R. Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford Update Software Ltd; 2007:23-27.
42. Kulbok PA, Rhee H, Botchwey N, et al. Factors influencing adolescents' decision not to smoke. *Public Health Nurs*. 2008;25:505-15.
43. Nilsson M, Emmelin M. Immortal but frightened - smoking adolescents' perceptions on smoking uptake and prevention. *BMC Public Health*. 2010;10:776.
44. Smith BN, Bean MK, Mitchell KS, et al. Psychosocial factors associated with nonsmoking adolescents' intentions to smoke. *Health Educ Res*. 2007:238-247.
45. García-Rodríguez O, Suárez-Vázquez R, Secades-Villa R, et al. Smoking risk factors and gender differences among Spanish high school students. *J Drug Educ*. 2010;40:143-56.
46. García P, Carrillo A. Factores de riesgo en la experimentación y el consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años, Actitudes ante el tabaco en los grupos de presión. *Aten Primaria*. 2006:392-399.

XIII. ANEXOS

XIII. 1. Cronograma

Actividad	Abril	mayo	junio	julio	agosto
Inicio de clases	■				
Selección del tema	■				
Preparación del anteproyecto	■	■			
Entrega de anteproyecto		■			
Aprobación del anteproyecto			■		
Reunión con el asesor de tesis				■	
Construcción del marco teórico				■	
Recolección, tabulación y análisis de los resultados				■	■
presentación final					

XIII.2. Instrumento de recolección de datos

FRECUENCIA DEL HÁBITO DE FUMAR EN ADOLESCENTES A NIVEL COMUNITARIO: BARRIO MEJORAMIENTO SOCIAL, ENERO-ABRIL, 2019.

I. Dato socio-demográfico

1. Edad: _____ años

2. Sexo: Masc _____ Fem _____

3. Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____

4. Miembro de la familia: Padre _____ Madre _____ Hijo _____ Otros _____

II. Hábito de fumar entre miembro de la familia

5. Fuma usted actualmente: Sí _____ No _____

5.1. Si la respuesta es no, ¿Fumaba usted anteriormente: Sí _____ No _____

5.2. Si la respuesta es sí ¿Cuándo dejó de fumar? Meses _____ Años _____

5.3. ¿Si fuma a que edad comenzó a fumar? _____ años

5.4. ¿Qué variedad de tabaco fuma: Cigarro _____ Cigarrillos _____ Pipa _____

5.5. ¿Qué marca de cigarrilla fuma: Marlboro _____ Montecarlo _____ Nacional _____
Constanza _____ Otros _____

5.6. Fuma usted cigarrillo: Con filtro _____ Sin filtro _____

5.7. ¿Aspira usted el humo del cigarrillo: Sí _____ No _____

5.7.1. Si aspira el humo, ¿Cómo lo hace?: superficial _____ Profundo _____

5.8. ¿Qué cantidad de cigarrillo fuma por día? _____

6.9. Fuma su: Padre _____ Madre _____ ambos _____

5.10. ¿Ha fumado usted de manera ocasional: Sí _____ No _____

5.11. Diga la razón por la cual usted empezó a fumar: Conflicto familiar _____
Curiosidad _____ Fantasía _____ Decepción _____ Imitación _____ Otras _____

5.12. Si fue por imitación, ¿Diga de quién?: Padre _____ Madre _____ Ambos _____
Amigos _____ Profesor _____ Otros _____

5.13. ¿Cuál fue el medio por el cual conoció usted el cigarrillo: Televisión _____
Radio _____ Periódico _____ Revista _____ Afiches _____ Otros _____

5.14. ¿En que lugar empezó usted a fumar: Hogar _____ Escuela _____ Fiestas _____
Excursión _____ Universidad _____ Otros _____

5.15. Si fuma actualmente, ¿Ha pensado dejar de fumar: Sí _____ No _____

5.15.1. ¿Cuántas veces lo ha intentado _____

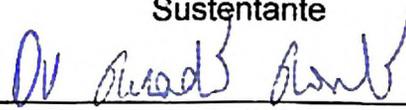
5.16. ¿Por qué continúa fumando?: Placer _____ Costumbre _____ Fantasía _____
Necesidad _____ Hastío _____ Calmante _____ Otras _____

XIII.3. Costos y recursos

Humanos			
Un médico			
Dos asesores			
Un estadígrafo			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio RD\$	Total RD\$
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	3 resma	160.00	480.00
Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	300.00	300.00
Lápices	2 unidades	5.00	10.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	10.00	20.00
Computador			
Impresora			
Proyector			
Cartucho HP	2 unidades	1500.00	3000.00
Calculadoras	1 unidad	150.00	150.00
Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
Económicos			
Papelería (copias)	1000 copias	2.00	2000.00
Encuadernación	8 informes	200.00	600.00
Transporte	10 pasajes x	25.00 c/u	750.00
Imprevistos	3		1000.00
Pago de tesis	1 médico	6000.00	6000.00
Tarjetas de llamada	10	60.00 c/u	600.00
Subtotal			
Imprevistos			1495.00
Total			RD\$ 16445.00

XIII.4. Evaluación

Sustentante

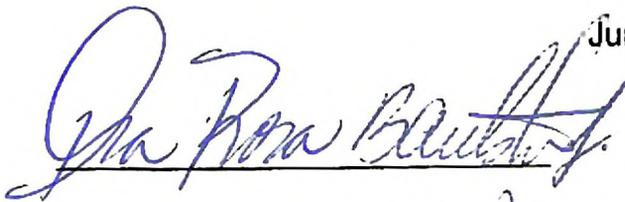

Dr. Ricardo Neftalí Ravelo Drullart

Asesores

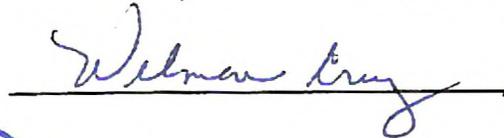

Dra. Carmen Beatriz Betances
Clínica


Dra. Claridania Rodríguez
Metodológica

Jurado


Dra. Rosa Bautista


Wilmar Cruz


Wilmar Cruz

Autoridades:


Dra. Gladys Soto
Coordinadora Residencia


Dra. Isabel Díaz
Jefa de Medicina Familiar y Comunitaria


Dra. Glendis Ozuna Feliciano
Jefa de Enseñanza


Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora de posgrado de la
Facultad Ciencias de la Salud



Dr. William Duke
Decano Facultad de Ciencias de
Ciencias de la Salud

Fecha presentación 25/9/2019

Calificación: 94