

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

Edgar Navarro Lechuga¹, Rusvelt Vargas Morante², Rosa Martínez Olivo³, Bertha Padilla Reales³, Diana Ruiz López³, Belinda Thorne Gleen³

Resumen

Objetivo: Determinar los factores asociados a consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente de Barranquilla.

Métodos: Estudio analítico (145 casos y 290 controles). Personas identificadas de la base de datos del estudio de «Enfermedades crónicas no transmisibles del suroccidente de Barranquilla». La tabulación se realizó en epiinfo 6.04, con salidas a Microsoft Word y Microsoft Excel.

Resultados: 44.1% de los fumadores comenzaron a hacerlo por curiosidad. El promedio de edad de inicio fue de 17.1 años. El promedio de cigarrillos fumados por día fue de 6. Se encontró asociación entre fumar y ser hombre (OR 2.39; IC95%: 1.56 – 3.69), bajo nivel de escolaridad (OR 1.93; IC95%: 1.26 – 2.97), estar laborando (OR 2.17; IC95%: 1.41 – 3.35), tener miembros en la familia fumadores (OR: 2.7, IC95%: 1.4 – 5.3), influencia de los medios de comunicación (OR: 0.91; IC95%: 2.97 – 12.48), no pertenecer a una religión (OR: 1.62, IC95%: 1.06 – 2.49), consumir café con frecuencia (OR: 2.05, IC95%: 1.28 – 3.29), consumir alcohol (OR: 2.7, IC95%: 1.22 – 6.19) y tener disfuncionalidad familiar (OR: 2.3, IC95%: 1.17 – 4.5).

Conclusiones: Los fumadores están expuestos a variables sociodemográficas, inherentes a su ser, y del medio ambiente. Es necesario intervenir sobre los factores de riesgo modificables para disminuir el consumo de cigarrillo.

Palabras claves: Consumo cigarrillo, factores de riesgo, adultos.

Abstract

Aim: To determine risk factors associated to cigarette consumption in adults from Barranquilla's southwest.

Methods: Analytic survey (145 cases and 290 controls). People identified from the database of the «Chronic and non contagious diseases from Barranquilla's southwest» study. The tabulation was performed on epiinfo 6.04, with outputs to microsoft word and microsoft Excel.

¹ Profesor del Departamento de Salud Familiar. Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). Coordinador del Grupo de Investigaciones Proyecto UNi. Dirección: Uninorte, Km 5 vía a Puerto Colombia, A.A. 1569, Barranquilla (Colombia). enavarro@uninorte.edu.co

² Médico. Joven investigador Grupo Proyecto UNi.

³ Estudiante de Medicina. Universidad del Norte.

Results: 44.1% from smokers began to smoke by curiosity, with a beginning's mean age of 17.1 years old. The average of cigarettes smoked per day was 6. It was found association between to smoke and to be male (OR 2.39; IC95%: 1.56 – 3.69), low scholar achievement (OR 1.93; IC95%: 1.26 – 2.97), to be working (OR 2.17; IC95%: 1.41 – 3.35), to have smokers in the family (OR: 2.7, IC95%: 1.4 – 5.3), influence of mass media (OR: 0.91; IC95%: 2.97 – 12.48), not belong to a religious group (OR: 1.62, IC95%: 1.06 – 2.49), to drink coffee frequently (OR: 2.05, IC95%: 1.28 – 3.29), to drink alcohol (OR: 2.7, IC95%: 1.22 – 6.19), and to have familiar dysfunction (OR: 2.3, IC95%: 1.17 – 4.5).

Conclusions: Smokers are exposed to sociodemographic, non amendable and environmental variables. Its necessary to intervene on amendables risk factors to diminish cigarette consumption.

Key words: Cigarette consumption, risk factors, adults.

INTRODUCCIÓN

El consumo de cigarrillo (CdC) es un factor de riesgo para más de 20 grupos de enfermedades que afectan casi todo el organismo, es la primera causa de muerte evitable y anualmente provoca la muerte prematura de 5.000.000 de personas en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa un grave problema de salud pública, porque su inicio muchas veces ocurre en la adolescencia, lo cual genera morbimortalidad en la adultez. Según este organismo internacional, la prevalencia mundial en el 2000 entre hombres y mujeres mayores de 14 años fue de 35.1 y 22% respectivamente (1).

El CdC es la principal causa prevenible de muerte en Estados Unidos (2). Se calcula que causa 440.000 o casi 1 de cada 5 muertes cada año (3). Esta cifra incluye 35.000 muertes por exposición al humo secundario. En los países en desarrollo, el CdC ha sido históricamente inferior, y por ello la mortalidad debida al hábito de fumar, en comparación con los países desarrollados, es proporcionalmente más baja (4); sin embargo, su prevalencia ha aumentado en más del 70% en los últimos 25 años. De proseguir las tendencias actuales, habrá 7 millones de muerte al año por tabaquismo en los países de desarrollo en los dos o tres decenios próximos. Mientras que el CdC producirá de dos a tres millones de defunciones de tabaquismo en el decenio en 2020-2030, y alrededor de un millón de éstas se deberán a cáncer pulmonar (4).

En Colombia (5), de acuerdo con los resultados de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFREC II), se ha observado un descenso progresivo en la prevalencia de tabaquismo en adultos en los últimos treinta años. En los setenta, aproximadamente el 35% de los adultos fumaba; en los ochenta esta cifra era cercana al 30%, y en los noventa se situó alrededor del 20%, como lo han demostrado las dos últimas encuestas nacionales: la realizada por la fundación Santa Fe en 1996, que mostró que había fumado en el último año el 21.4% de las personas entre 12 y 60 años, y ENFREC II, realizada en el segundo semestre de 1998, que indicó que el 19.8% de las personas entre 18-69 años habían fumado 100 o más cigarrillos en su vida y fumaban al momento de la encuesta, y concluyó que la reducción del consumo de cigarrillos en Colombia se hace a expensas de un creciente número de jóvenes que no empiezan a fumar (5).

Según los especialistas, el tabaquismo no sólo es un claro factor de riesgo para todas las enfermedades cardiovasculares, en especial para la cardiopatía isquémica, sino que también es responsable directo del 85% de los casos de cáncer pulmonar

y más del 80% de los casos de EPOC (4). El CdC no sólo tiene efectos dañinos sobre los fumadores. Los no fumadores, o los fumadores pasivos, muchas veces se ven obligados a compartir espacios cerrados cargados de humo de tabaco. Los modernos sistemas de limpieza del aire son ineficaces frente a muchos componentes del ambiente contaminado por humo de tabaco (AHT), ya que estos sistemas retiran eficazmente las partículas del aire pero no eliminan los gases. El riesgo de padecer cáncer de pulmón se incrementa entre 20 y 50% en los que conviven con personas que fuman, en comparación con los no expuestos al AHT.

La cantidad de información respecto a las repercusiones en la salud de los fumadores activos y pasivos ha hecho que la OMS califique al tabaquismo como una pandemia (6, 7, 8); también recomienda que la lucha antitabáquica esté dentro de políticas intervencionistas de los programas de salud y en las legislaciones de los países (8).

Una revisión sistemática de la prevalencia de factores de riesgo para tabaquismo en adolescentes en América del Sur, publicada en la *Revista Panamericana de la Salud* (9), mostró que el aumento de la prevalencia del tabaquismo entre adolescentes estaba directamente asociado a la edad. Mediante este metanálisis se demostró que el Odds ratio para tabaquismo fue de 9.9 en los grupos de 14-16 años y de 28.7 en los de 17-19 años. Otro factor de riesgo para adolescentes, según este estudio, es la práctica del tabaquismo entre amigos y familiares, que demostró un OR de 2.4 en esta asociación, de 4.0 para adolescentes con dos amigos fumadores y de 17.5 para aquellos con tres o más amigos fumadores.

La asociación entre tabaquismo y nivel socioeconómico no mostró resultados consistentes, mientras que un nivel socioeconómico alto fue factor de riesgo para tabaquismo en el estudio de Ivanovic. Al contrario, un nivel socioeconómico bajo fue factor de riesgo para el hábito de fumar en el estudio de Muza en Costa Rica (9).

La escolaridad fue señalada por el estudio de Schio (9) como factor de riesgo para tabaquismo, y mostró un OR de 1.7 entre hábito de fumar y bajo rendimiento escolar. Otro estudio de Malcolm registró un OR de 3.5 para tabaquismo en adolescentes con 0-4 años de escolaridad comparado con adolescentes con 9 años o más; también demostró una prevalencia de 36.2% entre adolescentes que no frecuentaban la escuela y tabaquismo. Los que frecuentaban la escuela tuvieron una prevalencia de 7.7%.

El estudio de Meneses y cols. (9) demostró la asociación entre el hábito de fumar y bajo grado de recreación familiar ($r=-0,131$ $p<0,0001$). Además, se encontró que la práctica de deportes y la religión fueron reportados como factores protectores en los adolescentes.

Según un estudio realizado en Cuba (7), los fumadores eran principalmente hombres (61.2%); la edad promedio en que iniciaron a fumar fue de 17 años. El 46.6% de los fumadores encuestados estaban en la etapa de falta de motivación para el abandono del cigarrillo, aunque los intentos de abandonar la adicción fueron de 1.6 en promedio. Las mujeres se mostraron más dispuestas a abandonar el cigarrillo que los hombres.

En una encuesta de base del programa CARMEN realizada en Chile (8) se encontró que los hombres alcanzan el promedio mayor en el grupo etéreo de 35 a 44 años, con 11,1 cigarrillos por día. En la población hay 40,6% de fumadores regulares, 38,8% de personas que nunca han fumado y 19,6% de ex fumadores.

En un estudio realizado con adolescentes ecuatorianos, un 9% de los estudiantes se describieron como fumadores activos, 24.5% habían sido fumadores ocasionales y 61.1% no habían fumado nunca (10).

En otro estudio, realizado en Medellín, asociaron la presencia de consumo de cigarrillo con algún grado importante (moderado–severo) de ansiedad y depresión y no se encontraron resultados estadísticamente significativos ($p > 0.05$). Al valorar la funcionalidad familiar entre los consumidores de cigarrillo, se encontró que hay mayor frecuencia de disfuncionalidad (moderada y severa) entre los fumadores de estrato 1 que entre los fumadores desplazados, 55.1 y 35% respectivamente ($p < 0.05$) (11).

Con el fin de determinar los factores de riesgo asociados a consumo de cigarrillo en habitantes de la ciudad de Barranquilla se llevó a cabo este estudio en dos barrios del suroccidente, con el propósito de iniciar una línea de base en el estudio de los elementos relacionados con el consumo de cigarrillo en nuestro medio.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue analítico, de casos y controles. A través de la aplicación de una encuesta del estudio de Enfermedades Crónicas No Transmisibles se obtuvo un perfil epidemiológico de la población de fumadores de los barrios La Paz y El Pueblo, sobre un marco muestral de 1.238 personas encuestadas.

Para el cálculo muestral se consideró: nivel de confianza del 95%, poder del 80%, relación caso: control de 1: 2, prevalencia esperada del factor de riesgo –consumo de alcohol– del 8% en los controles, y un riesgo estimado (OR esperado) de 2.5, con el cual el tamaño se estimó en 141 casos y 281 controles, y teniendo en cuenta la distribución en terreno de la población de estudio se ajustó a 145 casos y 290 controles, para un total de 435 personas.

Las personas fueron contactadas utilizando la base de datos del Proyecto de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, en la cual se encontró que 161 personas (13%) son fumadores activos, de los cuales se consideraron, para ingresar al estudio, aquellos que no hubieran abandonado el hábito de fumar, con edad entre 20 y 64 años, y que hubieran fumado por lo menos cien cigarrillos a lo largo de su vida; estos fueron llamados «casos». Los controles fueron dos personas (por cada caso) de un rango de edad de +/- 2 años, tomados de la base de datos mencionada, en la misma manzana de vivienda del caso, y que nunca hubieran consumido cigarrillo.

Las macrovariables consideradas fueron: consumo de cigarrillo, características sociodemográficas, entorno tabáquico, prácticas protectoras, hábitos de consumo, funcionalidad familiar (Test de Apgar) y estrés-ansiedad (Test de Hamilton).

La tabulación de la información se realizó en una base de datos en el programa EPI INFO 6.04 para Windows, para cada uno de los formularios de recolección de información utilizando un microcomputador. El análisis se realizó en dos etapas. Inicialmente el univariado, en el que se realizó una descripción de los datos para los fumadores utilizando medidas de frecuencias relativas (proporciones) en las variables cualitativas, medidas de tendencia central (media y mediana) y su respectiva medida de dispersión (desviación estándar e intervalo intercuartilar) de acuerdo con la naturaleza de cada una de las variables. Posteriormente se realizó el análisis bivariado, en el que se analizaron los factores asociados al CdC y se usó la prueba de Chi cuadrado, el valor de p, el Odds ratio y el intervalo de confianza.

En esta investigación prevaleció el respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y el bienestar de las personas. Se protegió la privacidad del individuo y se respetó su autonomía y decisión de no participar en la encuesta. No existió ningún riesgo de que el participante sufriera daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Participaron en la investigación profesionales idóneos con conocimiento y experiencia en el trabajo en comunidades.

RESULTADOS

Tabla 1. Comparabilidad entre fumadores y no fumadores de los barrios La Paz y El Pueblo, según edad y procedencia Barranquilla, agosto a noviembre de 2005

Edad	Fumadores		No fumadores		Edad	Fumadores		No fumadores	
	N°	%	N°	%		N°	%	N°	%
20 a 29	23	15.9%	60	20.7%	Barranquilla	63	43.4%	136	46.9%
30 a 39	31	21.4%	64	20.1%	Otro Mun. Atl.	8	5.5%	21	7.2%
40 a 49	44	30.3%	88	33.3%	Otro lugar de la Costa	55	37.9%	96	33.1%
50 a 59	33	22.8%	55	19%	Resto del país	19	13.1%	37	12.8%
60 o +	14	9.7%	23	7.9%	Total	145	100%	290	100%
Total	145	100%	290	100%	Chi ²	1.34 (3 gl)			
Chi ²	2.23 (4 grados de libertad)				p:	0.854			
p:	0.694								

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador. Barrios La Paz y El Pueblo de Barranquilla, 2005.

Por grupos de edad, se observa que los porcentajes fueron similares en todas las categorías, y la diferencia en cada uno de los grupos etáreos no superó el 5%, por lo que no se encontró significancia estadística con respecto a esta variable ($p > 0.05$). De la misma manera, al comparar los promedios de edad se encontró que en los casos fue de 43 años ($DE + / - : 11.8$), similar al promedio de los no fumadores: 41 años ($DE + / - : 11.8$); esta diferencia de dos años, en el promedio general, tampoco fue estadísticamente significativa ($t: 1.66$; $p: 0.096$). De igual manera, los porcentajes de procedencia en

ambos grupos fueron similares en todas las categorías, lo cual garantiza la comparabilidad por procedencia ($p>0.05$).

Por otro lado, entre las principales razones por las que los fumadores empezaron a fumar se encuentran: por curiosidad, el 44.1%, y porque las personas de la misma edad lo hacían, el 26.9%. En contraste, la mayoría de no fumadores nunca han fumado porque no les ha llamado la atención (44.8%), un 29.7% porque es consciente de los riesgos para la salud y un 13.4% por sus principios.

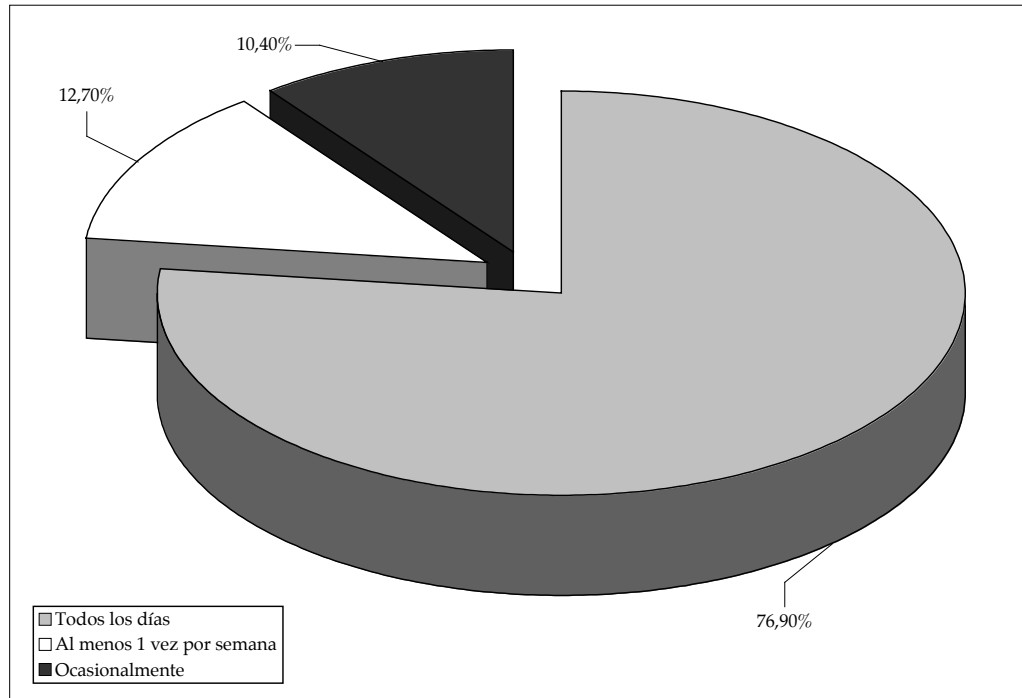
El promedio de edad de inicio en los fumadores fue de 17.1 años ($DE+/-5.2$). La mayoría (69.6%) comenzó a fumar en la adolescencia. Llama la atención que el 4.8% haya comenzado a fumar antes de los 10 años y que el 4.1% lo haya empezado a hacer después de los 29 años.

Tabla 2. Distribución de fumadores de los barrios La Paz y El Pueblo, según edad de inicio en el hábito de fumar. Barranquilla, agosto a noviembre de 2005

Edad a la que comenzó a fumar	Fumadores	
	Nº	%
De 10 a 19 años	101	69.6%
De 20 a 29 años	31	21.4%
Antes de los 10 años	7	4.8%
A los 30 años o después	6	4.1%
TOTAL	145	100%

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador. Barrios La Paz y El Pueblo de Barranquilla, 2005.

En cuanto a la frecuencia de consumo, de los 145 fumadores, 11 personas no respondieron, por lo que el análisis se centró en 134 individuos. En primera instancia se observa que 76.9% fuman todos los días, mientras que 12.7% no fuman todos los días, pero sí lo hacen por lo menos una vez a la semana, y 10.4% indicaron que sólo fuman en circunstancias especiales (gráfico 1.). Por otro lado, al mes, el promedio de cigarrillos fumados por persona fue de 180 ($EE+/-19.3$), es decir, aproximadamente 6 por día por persona. Sólo 3.7% fuman menos de 5 al mes, es decir, alrededor de 1 por semana, mientras que el 33.6% fuma más de 150 cigarrillos al mes, aproximadamente más de 5 al día.



Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador. Barrios La Paz y El Pueblo de Barranquilla, 2005.

Gráfico 1. Frecuencia de consumo de cigarrillo en habitantes de los barrios La Paz y El Pueblo. Barranquilla, agosto a noviembre de 2005

Tabla 3. Distribución de fumadores y no fumadores de los barrios La Paz y El Pueblo, según variables sociodemográficas. Barranquilla, agosto a noviembre de 2005

Variable	Fumador (n=145)	No fumador (n=390)	OR	IC95%	X ²	p
Sexo						
Masculino	83 (57.2%)	104 (37.9%)	2.39	1.56 – 3.69	17.99	0.000
Femenino	62 (42.8%)	186 (64.1%)				
Escolaridad						
Primaria o menos	72 (49.7%)	98 (33.8%)	1.93	1.26 – 2.97	10.19	0.0014
Secundaria o más	73 (50.3%)	192 (66.2%)				
Estado conyugal						
Vive solo	63 (43.8%)	99 (34.6%)	1.47	0.95 – 2.27	3.4	0.0653
Con vínculo conyugal	81 (56.3%)	187 (65.4%)				

Estar laborando						
Sí	74 (51%)	94 (32.4%)	2.17	1.41 – 3.35	14.11	0.000
No	71 (49%)	196 (67.6%)				

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador. Barrios La Paz y El Pueblo de Barranquilla, 2005.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que el riesgo de ser fumador se incrementa al ser hombre (OR 2.39; IC 95%: 1.56 – 3.69), tener un nivel de escolaridad bajo (primaria o menos) (OR 1.93; IC 95%: 1.26 – 2.97) y estar laborando (OR 2.17; IC 95%: 1.41 – 3.35).

Tabla 4. Distribución de fumadores y no fumadores de los barrios La Paz y El Pueblo, según variables relacionadas con consumo y hábitos. Barranquilla, agosto a noviembre de 2005

Variable	Fumador (n=145)	No fumador (n=390)	OR	IC95%	X ²	p
Algún miembro de la familia fumaba						
Sí	131 (90.3%)	225 (77.6%)	2.7	1.4 – 5.3	10.56	0.000
No	14 (9.7%)	65 (22.4%)				
Influencia de los medios de comunicación*						
Sí	34 (24.6%)	14 (5.1%)	6.05	2.97 – 12.48	33.74	0.000
No	104 (75.4%)	259 (94.9%)				
Practicar deporte						
Sí	36 (24.8%)	67 (23.1%)	1.1	0.67 – 1.80	0.61	0.6904
No	109 (75.2%)	223 (76.9%)				
Pertenecer y ser practicante de una religión						
No	82 (56.6%)	129 (44.5%)	1.62	1.06 – 2.49	5.62	0.0167
Sí	63 (43.4%)	161 (55.5%)				
Consumir café con frecuencia						
Sí	109 (75.2%)	173 (59.7%)	2.05	1.28 – 3.29	10.18	0.0014
No	36 (24.8%)	117 (40.3%)				
Consumir alcohol						
Sí	136 (93.8%)	246 (84.8%)	2.7	1.22-6.19	7.25	0.0070
No	9 (6.2%)	44 (15.2%)				

*Se refiere a los que han sentido ganas de fumar cuando han visto propaganda alusiva al cigarrillo (n=411).

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador. Barrios La Paz y El Pueblo de Barranquilla, 2005.

90.3% de los fumadores tenían familiares fumadores, frente a 77.6% de los no fumadores; 24.6% de los casos indicaron que se han sentido influenciado por los medios de comunicación, en comparación con un 5.1% de los no fumadores; 56.6% de los del primer grupo no pertenecen a ninguna religión y 44.5% de los del segundo grupo; un porcentaje mayor de los fumadores bebe café con frecuencia y / o consume alcohol (75.2 y 93.8%) frente a los controles (59.7 y 84.8%).

En todos estos casos las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$), y se considera que el riesgo de ser fumador se incrementa poco más de tres veces al tener miembros en la familia que fuman (OR: 2.7, IC 95%: 1.4 – 5.3), 6 veces al tener influencia de los medios de comunicación (OR: 0.91; IC 95%: 2.97 – 12.48), 1.6 veces al no pertenecer a una religión (OR: 1.62, IC 95%: 1.06 – 2.49), 2 veces al tener como hábito el consumir café con frecuencia (OR: 2.05, IC 95%: 1.28 – 3.29) y casi tres veces cuando se tiene como hábito consumir alcohol (OR: 2.7, IC 95%: 1.22 – 6.19).

Tabla 5. Distribución de fumadores y no fumadores de los barrios La Paz y El Pueblo, según variables relacionadas con el aparato emocional. Barranquilla, agosto a noviembre de 2005

Variable	Fumador (n=145)	No fumador (n=390)	OR	IC95%	X2	p
Disfuncionaliad familiar según apgar						
Sí	23 (15.9%)	22 (7.6%)	2.3	1.17 – 4.5	7.12	0.0076
No	122 (84.1%)	268 (92.4%)				
Ansiedad						
Sí	55 (37.9%)	167 (40.3%)	0.9	0.59 – 1.39	0.24	0.627
No	90 (62.1%)	173 (59.7%)				
Depresión						
Sí	19 (13.1%)	42 (14.5%)	0.89	0.47 – 1.66	0.15	0.6963
No	126 (86.9%)	268 (85.5%)				

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador. Barrios La Paz y El Pueblo de Barranquilla, 2005.

La funcionalidad familiar fue medida a través del Test de Apgar. Se clasificó en buena funcionalidad y disfuncionalidad leve, moderada y severa. Los tres últimos grupos fueron agrupados en una categoría, y se encontró que 15.9% de los fumadores tienen algún grado de disfuncionalidad, frente a 7.6% de los no fumadores. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, siendo 2.3 veces mayor el riesgo de ser fumador para los que tienen disfuncionalidad familiar.

En cuanto a depresión y ansiedad, ambas medidas a través del Test de Hamilton, no se encontraron diferencias significativas para los grupos.

DISCUSIÓN

La principal razón por las que los fumadores del estudio empezaron a hacerlo fue por curiosidad (44.1%); una categoría similar fue reportada por Navarro y cols., como razón número uno para fumar, en la ciudad de Corrientes, Argentina(12), «porque quería fumar» (31.7%). Esto llama poderosamente la atención, ya que el cigarrillo es tan adictivo como cualquier droga, y así como se comienza a fumar por curiosidad, o porque se quería hacerlo, también se puede iniciar a consumir otras sustancias psicoactivas.

En cuanto a la edad de inicio de consumo de cigarrillo, en nuestro país la mayoría comienza el hábito en la adolescencia, y se nota un incremento porcentual en las personas que inician en este rango de edad. En 1988 se encontró que los mayores de 18 años iniciaron el consumo entre los 16 y 20 años en un 53.7% (13); para 1994 este porcentaje subió a 54.3% (14). En nuestro estudio, el porcentaje de fumadores que iniciaron el consumo antes de los 18 años fue de 69.6%. El promedio de edad de inicio fue de 17.1 años (DE+/-5.2), valor muy similar al reportado por el estudio de Pinzón y Tobón, en el que el promedio fue de 17.7 años (15).

Cada persona fuma aproximadamente 6 cigarrillos por día, valor inferior al encontrado en 1998: 8 (13). Sin embargo, 67% de los encuestados fuman entre 1 y 5 cigarrillos al día, porcentaje superior al reportado por Velásquez para ese mismo rango: 40.2% (16).

En general, el consumo entre hombres es aproximadamente dos veces mayor que el de las mujeres (29% Vs 14.2%)(14). Encontramos que este porcentaje fue de 57.2 y 37.9% respectivamente.

Por otro lado, el riesgo de ser fumador se incrementa 2.39 veces al ser hombre. Así mismo, el riesgo de ser fumador se incrementa 1.93 veces al tener bajo nivel de escolaridad, valor similar al encontrado por Schio: 1.7, pero inferior al reportado por Malcolm: 3.5 (9). Adicionalmente, los niveles de consumo más altos se encuentran en trabajadores, frente a no trabajadores(14). De conformidad con esto, obtuvimos que el riesgo de consumir cigarrillo se incrementa 2.17 veces al estar laborando frente a no estarlo.

En cuanto a los antecedentes familiares, está demostrado que si algún miembro de la familia es fumador, el riesgo de llegar a serlo se incrementa en los no fumadores (OR: 2.4) (9), tal como se encontró en esta investigación (OR: 2.7). Se sabe así mismo que los fumadores, especialmente los jóvenes, reciben un mensaje claro y constante de que fumar es glamoroso, excitante, símbolo de madurez y una forma deseable de comportamiento (17). En este sentido, 24.6% de los casos indicaron que se han sentido influenciado por los medios de comunicación. El consumo de alcohol y de café también fue mayor entre los fumadores, lo cual da cuenta de conductas adictivas.

Finalmente, en cuanto a las variables relacionadas con el aparato psíquico, se encontró asociación entre disfuncionalidad familiar y hábito de fumar ($p < 0.05$), pero no con depresión y ansiedad ($p > 0.05$), tal como lo reportaron en Medellín(11). Al

respecto se recomienda para futuros estudios evaluar el impacto de estas variables, clasificándolas en categorías diferentes de sí y NO, es decir, mostrando el grado de depresión y ansiedad, para establecer la asociación.

DISCUSIÓN

La curiosidad fue la principal razón por la que los fumadores empezaron a hacerlo, con una edad promedio de inicio por debajo de la mayoría de edad legal, y la mayoría no fuma más de 5 cigarrillos por día.

Se encontró asociación entre fumar y las variables sociodemográficas: sexo (ser hombre), bajo nivel de escolaridad y ser trabajador, así como con las variables del entorno, como tener familiares fumadores y sentirse influenciado por los medios de comunicación.

Se encontró también una asociación significativa entre fumar y otras conductas adictivas como consumo de alcohol y de café. Asimismo con tener disfuncionalidad familiar.

Se recomienda intervenir sobre los factores identificados, que son susceptibles de ser modificados, para disminuir el consumo de cigarrillo en la población, ya que se trata de un problema de salud, que genera consecuencias funestas para los individuos.

Financiación

Este trabajo se llevó a cabo con el apoyo de la Dirección de Investigaciones y Proyectos de la Universidad del Norte, mediante la convocatoria 2005 para proyectos de menor cuantía.

Intereses de conflicto: Ninguno.

Referencias

1. World Health Organization. Tobacco or health, a global status report. Geneva, Switzerland; 1999.
2. United States of America. Department of Health and Human Services. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2001.
3. Centers for Disease Control. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2002; 51(14):300-303.
4. Chollat-Traquet. Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco: Experiencias y principios orientadores. Rev ESD Salud Pública 1999; 73: 413-415.

5. Grupo de Vigilancia en Salud Pública. Informe Ejecutivo Semanal. Semana Epidemiológica N° 21, 21 al 27 de mayo de 2000. Bogotá; 2000.
6. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta «Sobre la Promoción de la salud en el siglo XXI». Adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 21 al 25 de julio. Yakarta- Indonesia; 1997.
7. Varona Pérez P, Rodríguez M, Alfonso K, Bonet M, García R, Fernández N. et al. Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14(2): 119-124.
8. Caris L, Varas M, Anthony CB, Anthony JC. Behavioral problems and tobacco use among adolescents in Chile. *Rev Panam Salud Pública* 2003;14(2):84-90.
9. Malcon MC., Menezes AM, Maia, María de Fátima S. et al. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 13(4): 222-228.
10. Padgett D, Selwyn B, Kelder S. Ecuadorian adolescents and cigarette smoking: a cross-sectional survey. *Rev Panam Salud Pública* 1998; 4(2): 87-93.
11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud / Facultad Nacional de Salud Pública / Facultad de Medicina / Universidad de Antioquia. Funcionalidad familiar, ansiedad, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y otros riesgos psicosociales en población mayor de 15 años. Análisis de la Situación de Salud de la Población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2003/perfilmed12ambien57familiar.htm>
12. Navarro V, Vallejos RJ, Balbuena VA, Bonomo Alciaturi DM. Tabaquismo en adolescentes varones en la ciudad de Corrientes. 2001. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/cyt/2001/3-Medicas/M-044.pdf>
13. Rodríguez O. E., Ronderos T. M. El hábito de fumar en Colombia. Bogotá: OPS, Ministerio de Salud, INS, Instituto Nacional de Cancerología; 1988.
14. Rodríguez, E. El consumo de sustancias inhalables en Colombia. En: Ministerio de Salud. Memorias de Problemática de Inhalables. Santa Fe de Bogotá; 1994: 29-31.
15. Pinzón L., Tobón O. Prevalencia del consumo de cigarrillo y características de los estudiantes fumadores de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, Departamento de Antropología y Sociología, Línea cultura y drogas. Universidad de Caldas, tesis de grado;1999. Disponible en: <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/Documentos/Promocion/Vol45/consumocigarrillo%20.pdf>.
16. Velásquez J., Scoppeta O. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas de Santa Fe de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, D.C; 1997.
17. Nakajima H. Mensaje del director general de la Organización Mundial de la Salud para el Día Mundial de No Fumar. DSI-TOS (Edición Especial Día Mundial de No Fumar). 1997; 8: 2.