

PROGRAMAS EDUCATIVOS ANTI-TABACO Y SU RELACIÓN CON EL HÁBITO DE FUMAR

Enrique Ruiz M., Leonor E. Ayala B., Jorge Burgos B.¹ y Diego Castillo H.

RESUMEN

Se analizó en exfumadores el efecto de los programas educativos anti-tabaco. Participaron 241 exfumadores, 171 hombres y 70 mujeres, con edad promedio 56,8 años. El motivo por el cual dejaron de fumar definitivamente, el 43% lo hizo por enfermedad; el 16% porque un familiar y/o amistad muy cercana enfermó; el 15% por pedido de los hijos y/o nietos. El 17% había seguido algún programa anti tabaco, pero sin éxito. El 89% aceptó que fumar es dañino para la salud y esta información fue obtenida a través de la televisión (57%), periódicos (43%) y campañas de salud (17%). El 78% sabía que el tabaco puede producir cáncer, el 45% lo relaciona a enfermedades pulmonares, pero menos de la mitad aceptó que ellos están expuestos a dichas enfermedades. Los programas educativos no determinaron para que la persona abandone el cigarrillo. Hubo un mayor conocimiento de los peligros del tabaco pero faltó aceptarlo como un riesgo personal.

Palabras clave: Programas educativos antitabaco; Hábito de fumar; Programas de control del tabaco; Campañas anti-tabaco.

ABSTRACT

We analyzed the effect of the antismoking educational programs in ex-smokers. The population was 241 ex-smokers, 171 males and 70 females, mean age 56,8 years. The principal reason 43% of participants quitted smoking permanently due to illness; while 16% because a familiar and/or friendship very close got sick, and 15% at the request their children and/or grandchildren. The 17% had followed an tobacco control program, but without success. 89% agreed that smoking is dangerous to health and this information was obtained through television (57%), newspapers (43%) and health campaigns (17%). 78% know that the tobacco can cause cancer, 45% related to lung diseases, but less than half agreed that they are exposed to such diseases. Educational programs determined no to make that the person quits smoking. There was an increased awareness of the dangers of smoking, but it was necessary accept as a personal risk.

Keywords: Anti-smoking educational programs; Smoking; Tobacco control programs, Antismoking campaigns.

1. Servicio de Cardiología INEN.
Recepción Diciembre 2012. Aceptación Diciembre 2012

INTRODUCCIÓN

En el mundo 1100 millones de personas son fumadoras y 5,4 millones mueren al año por causa del hábito de fumar. La adicción al tabaco está entre las tres primeras causas de muerte en el mundo y esto representa el 12.5% de todas las muertes. Se estima que cerca de 100 millones de personas murieron a causa del tabaquismo en el siglo XX, y esta cifra puede multiplicarse por diez en el siglo XXI.⁽¹⁻⁴⁾ En el Perú, según el estudio "Tornasol II", realizado en el año 2010 mostró una prevalencia del tabaquismo de un 35,3% en hombres y 11,5% en mujeres, generando una cifra global del 23,2%.⁽⁵⁾ El Ministerio de Salud (MINSa) atendió en el 2006 a 10,314 casos de enfermedades asociadas a la adicción del consumo de tabaco, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infarto agudo del miocardio y cáncer de pulmón; y se estima que aproximadamente 9000 personas fallecen anualmente en el Perú por causa del tabaco; en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas el 90% de los pacientes con cáncer de pulmón han sido fumadores.⁽⁶⁾

Por ello el evitar que la juventud se inicie en el tabaco y/o que los fumadores abandonen el cigarrillo es una necesidad sanitaria y la educación es la herramienta más útil para afrontar este problema. Los programas educativos antitabaco abarcan dos grandes grupos: el primero de "educación e información" hacia el público en general o masivo, y en segundo lugar los programas educativos dirigidos a una población objetivo: los fumadores.⁽⁷⁾

Sin embargo los programas educativos contra el tabaco en otros países así como en el Perú, no han mostrado resultados alentadores y pierden efectividad a mediano y largo plazo; un análisis de estos resultados muestra que el contenido de los programas no son relevantes para el público objetivo, quizás porque su metodología no es interactiva o participativa, donde no se logra promover un intercambio de ideas o experiencias adecuadas.

El objetivo del presente estudio es evaluar en exfumadores de que manera los programas educativos anti-tabaco

han influido para que ellos alcancen esta situación de "No Fumador" y si dichos programas han permitido conocer lo perjudicial que es el tabaco en su salud y poder abandonarlo.

MATERIAL Y METODO

El estudio realizado es del tipo descriptivo, transversal, observacional y prospectivo y se realizó en el servicio de cardiología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

La técnica de trabajo de campo fue la entrevista y fue aplicada por el investigador, el instrumento fue una encuesta- formulario. Tras la explicación del motivo de la encuesta se obtuvo el consentimiento, y posteriormente se procedió a la formulación de las preguntas de la entrevista.

La población fueron personas que acudieron al servicio de cardiología del INEN durante mayo de 2010 a abril 2011, por un riesgo quirúrgico y que son ex fumadores.

Los criterios de inclusión fueron:

- Edad: mayor de 18 años de edad.
- Haber sido fumador (se considera exfumador a la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses).
- Haber participado en un programa educativo estructurado o no estructurado.
- Acudir por riesgo quirúrgico al servicio de cardiología del INEN.

Se excluyeron a las personas que no mostraran seriedad para responder a las preguntas.

Procesamiento de datos: se realizó a través del programa de Excel para ordenar y resumir los datos de investigación. Se realizó un análisis descriptivo de la información a través de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas resumen (promedio y rango) para las variables cuantitativas. La prueba t se usó para comparar valores promedio de una variable cuantitativa entre las categorías de una variable cualitativa dicotómica y asociación entre dos variables cualitativas, se prueba con el test

chi-cuadrado. Un valor $p < 0.05$ se considera para una diferencia o asociación significativa. En el análisis se hizo uso del programa estadístico R.

RESULTADOS

Se encuestó a un total de 241 sujetos ex fumadores. La edad promedio de los encuestados fue 56,8 años (rango 32 a 79 años), el mayor porcentaje fue en el grupo con 50 o más años (82,2%). Participaron 171 hombres (71,0%) y 70 mujeres (29,0%). (Tabla N° 1).

El motivo por el cual dejaron de fumar definitivamente, el 43% de los encuestados respondió que lo hizo por enfermedad, entre las que detallan cáncer, hipertensión arterial, infarto cardiaco o por que le realizaron una operación; el 16% por que un familiar y/o amistad muy cercana enfermó; el 15% dejó de fumar por pedido familiar, de los hijos y/o nietos (niños entre 5 a 7 años que en los colegios recibieron charlas que el humo del tabaco es dañino para la salud y que las personas que lo hacen envenenan la naturaleza); el 8% por fatiga, cansancio al caminar y/o al hacer ejercicios; el 8% dejó de fumar después de asistir a un programa en el colegio de sus hijos; el 4% por propia voluntad, afirman que el vicio no puede dominarlos; el 4% por economía y el 2% por que en su trabajo no le permiten fumar (Gráfico N° 1).

Con respecto al intento por dejar de fumar antes que lo abandonara definitivamente, el 20% de los encuestados respondió que "SI" mientras que el 80% respondió que "NO" (Gráfico N° 2).

Del total de encuestados que respondió que intentó dejar de fumar, 21 (42,9%) intentó dejar de fumar una vez, 20 (40,8%) intentaron dejar de fumar dos veces, 6 (12,2%) intentaron dejar de fumar tres veces y 2 (4,1%) intentó dejar de fumar hasta cuatro veces (Tabla N° 2).

Se evaluó si los encuestados habían seguido algún programa anti tabaco Estructurado, el 17% de los participantes respondió que "SI", y el 83% respondió que "NO" (Gráfico N° 3).

El 44,9% de los encuestados que intentó dejar de fumar siguió algún programa anti-tabaco (Tabla N° 3), pero ninguno de ellos tuvo éxito.

Tabla N° 1
Características Epidemiológicas

	N (%)
Edad, años	
Promedio	56,8
Rango	[32-79]
< 40	2 (0,8)
40-49	41 (17,0)
50-59	99 (41,1)
≥ 60	99 (41,1)
Sexo	
Hombre	171 (71,0)
Mujer	70 (29,0)
TOTAL	241 (100,0)

Gráfico N° 1

Motivo por el que dejó de fumar definitivamente

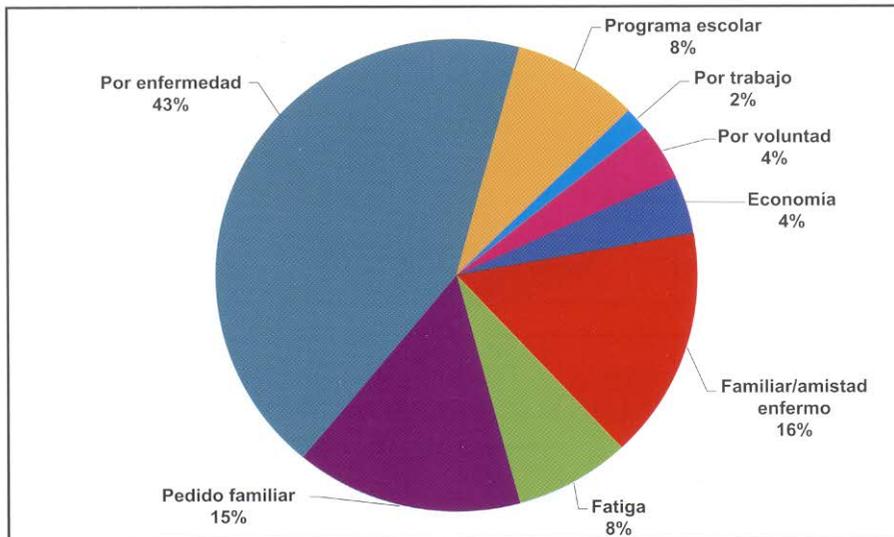
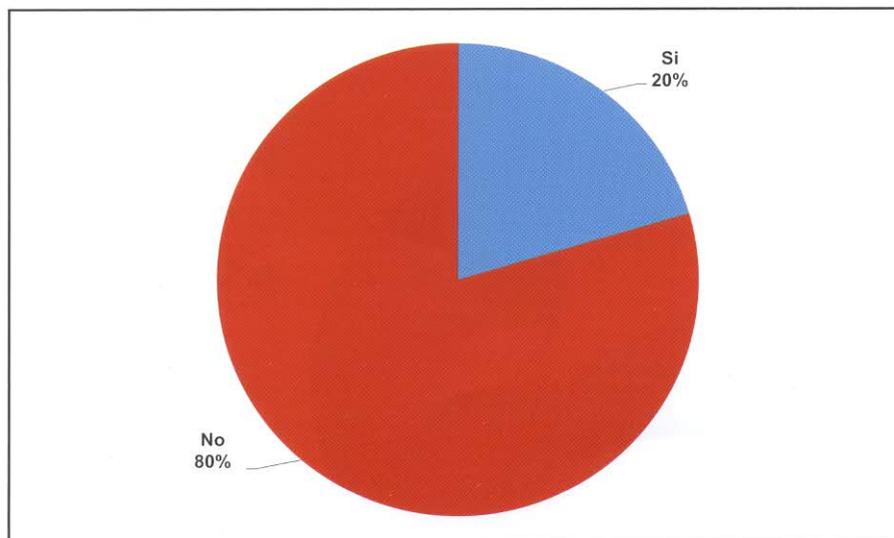


Gráfico N° 2

Intento por dejar de fumar



Ante la pregunta ¿cree que fumar es dañino para la salud?, sólo el 10% de los encuestados respondió que no y el 89% respondió que sí y un entrevistado prefirió no contestar (Gráfico N° 4).

En el grupo que cree que fumar es dañino para la salud, el 22,3% intentó dejar de fumar anteriormente y el 77,7% no lo ha intentado. En el grupo que no cree que fumar es dañino para la salud, el 4,0% intentó dejar de fumar y el 96,0% no. La proporción de los que intentaron dejar de fumar en el grupo que creen que fumar es dañino para la salud es significativamente mayor respecto a la proporción de los que lo intentaron en el grupo que no cree que fumar es dañino para su salud ($p=0.031$)(Tabla N° 4).

De los encuestados que aceptaban que fumar es dañino para la salud, el 57% respondió que se informó a través de la televisión, el 43% por los periódicos, el 29% en el colegio, el 25% a través de otros medios, el 17% se informó a través de campañas de salud, el 5% por revistas, el 2% por folletería (los porcentajes suman más del 100% por que algunos encuestados respondieron más de una fuente de información)(Gráfico N° 5).

Ante la pregunta ¿le impactó la información que "fumar es dañino para la salud"?, el 24% de los encuestados respondió que sí le impactó dicha información, mientras que el 65% respondió que no le impactó y el 11% de los encuestados no respondió esta pregunta (Gráfico N° 6).

En el grupo que cree que fumar es dañino para la salud, el 27,3% respondió que "SI" le impactó la información que fumar es dañino y el 72,7% que "NO" le impactó. No se encontró una asociación significativa entre la creencia que se tenga del daño de fumar y del impacto de la información que fumar es dañino para la salud ($p=0.394$)(Tabla N° 5).

En relación al conocimiento sobre las enfermedades que puede producir el tabaco, el 78% de todos los encuestados respondió el cáncer (mencionaban con más frecuencia cáncer de pulmón y de laringe), el 45% de todos los encuestados respondió enfermedad pulmonar (siendo asma bronquial y enfisema pulmonar los más mencionados); el 43% respondió

infarto al miocardio; el 6% de todos los encuestados respondió hipertensión arterial; el 9% otras enfermedades, como Tuberculosis y derrame cerebral (Stroke). Un 10% de todos los encuestados no respondió (los porcentajes suman más del 100% por que algunos encuestados respondieron más de un tipo de enfermedad) (Gráfico N° 7).

Para conocer en grado de convicción que el cigarrillo puede generar una enfermedad en nosotros mismos se preguntó: “¿qué enfermedades usted puede sufrir por el tabaco?”. El 31% de todos los encuestados respondió que cáncer, siendo los tipos especificados más frecuentes pulmón y laringe, el 18% de todos los encuestados respondió enfermedad pulmonar, el 15% de todos los encuestados respondió infarto al miocardio, el 2% de todos los encuestados respondió hipertensión arterial, el 20% de todos los encuestados respondió que no sufriría ninguna enfermedad por el consumo de tabaco; y el 27% de todos los encuestados no respondió (los porcentajes suman más del 100% por que algunos encuestados respondieron más de un tipo de enfermedad) (Gráfico N° 8).

En el grupo que cree que fumar es dañino para la salud, el 18,6% respondió que no sufriría ninguna enfermedad por el tabaco y el 81,4% que sufriría al menos una. En el grupo que no cree que fumar es dañino para la salud, el 32,0% respondió que no sufriría ninguna enfermedad por el tabaco y el 68,0% que sufriría al menos una. No se encontró una asociación significativa entre la creencia que se tenga del daño de fumar y de las enfermedades que pueden padecerse por el tabaco ($p=0.113$)(Tabla N° 6).

Otras características resultado de la encuesta: el tiempo promedio con el hábito de fumar fue de 32,9 años (rango 9 a 54 años). El tiempo promedio transcurrido desde que dejó de fumar definitivamente fue 7,6 años (rango 1 a 30 años).

DISCUSIÓN

Fumar cigarrillos es una conducta y abandonar su consumo supone un cambio de dicha conducta, por ello es necesario reconocer que dejar de fumar no supone para el paciente lo mismo que

Tabla N° 2
Número de veces de intento por dejar de fumar

¿Cuántas veces intentó dejar de fumar?	N (%)
1	21 (42,9)
2	20 (40,8)
3	6 (12,2)
4	2 (4,1)
TOTAL	49 (100,0)

Gráfico N° 3
Participación en programas Anti-tabaco estructurado

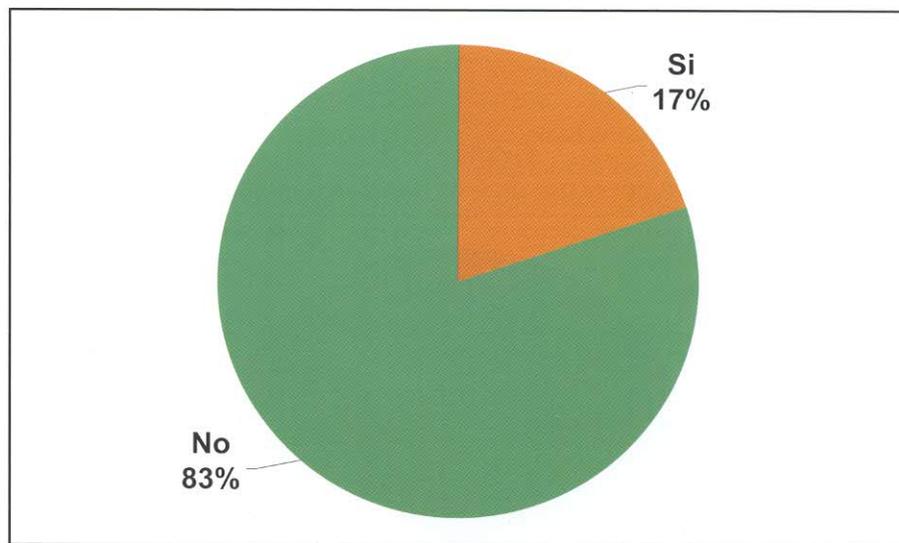


Tabla N° 3
Participación en programas anti-tabaco

¿Siguió algún programa anti tabaco Estructurado?	¿Intentó dejar de fumar antes?		p < 0.05
	Si (%)	No (%)	
Si	22 (44,9)	19 (9,9)	
No	27 (55,1)	173 (90,1)	
Total	49 (100,0)	192 (100,0)	

Gráfico N° 4
Conocimiento si fumar es dañino para la salud

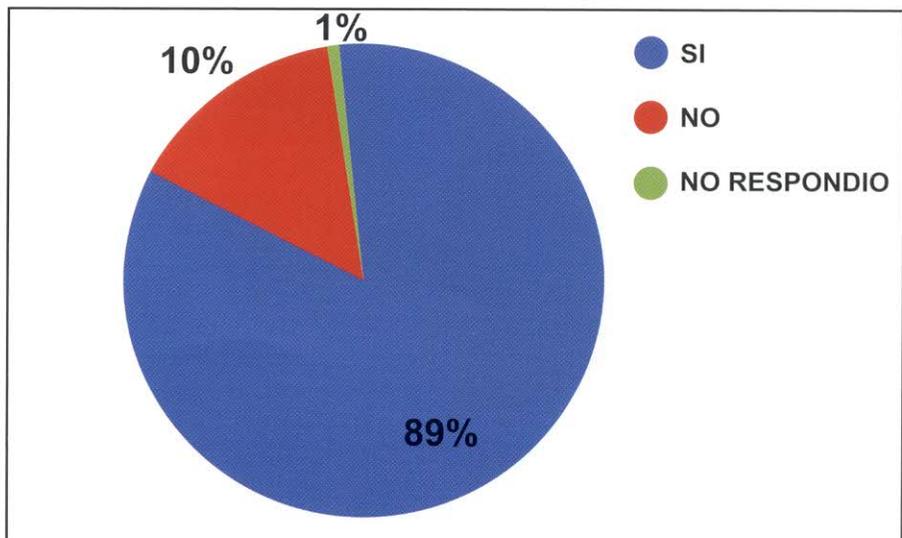


Tabla N° 4
Intento por abandonar el cigarrillo en el grupo
que cree que fumar es dañino para la salud

¿Cree que fumar es dañino para la salud?			
¿Intentó dejar de fumar antes?	Si (%)	No (%)	p
Si	48 (22,3)	1 (4,0)	0.031
No	167 (77,7)	24 (96,0)	
Total	215 (100,0)	25 (100,0)	

Gráfico N° 5
 ¿Cómo / quién le informó que fumar es dañino para la salud?

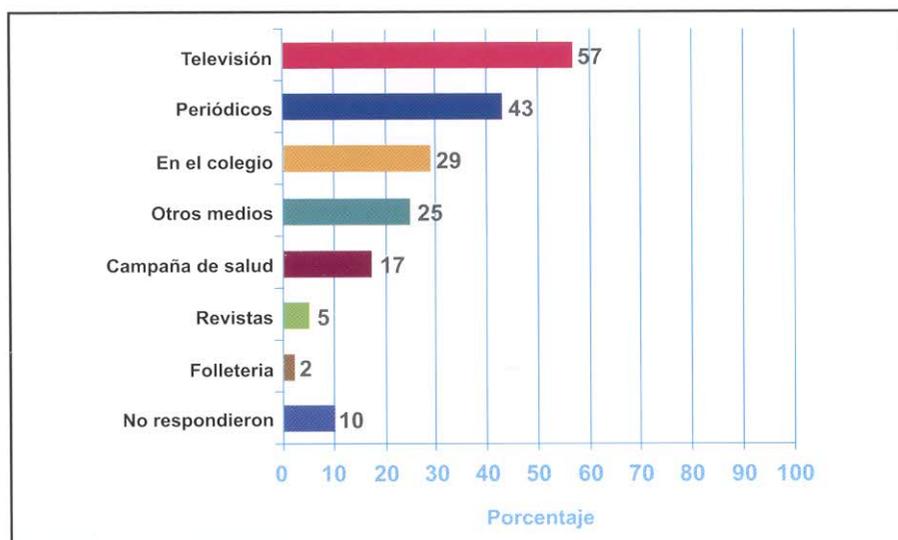
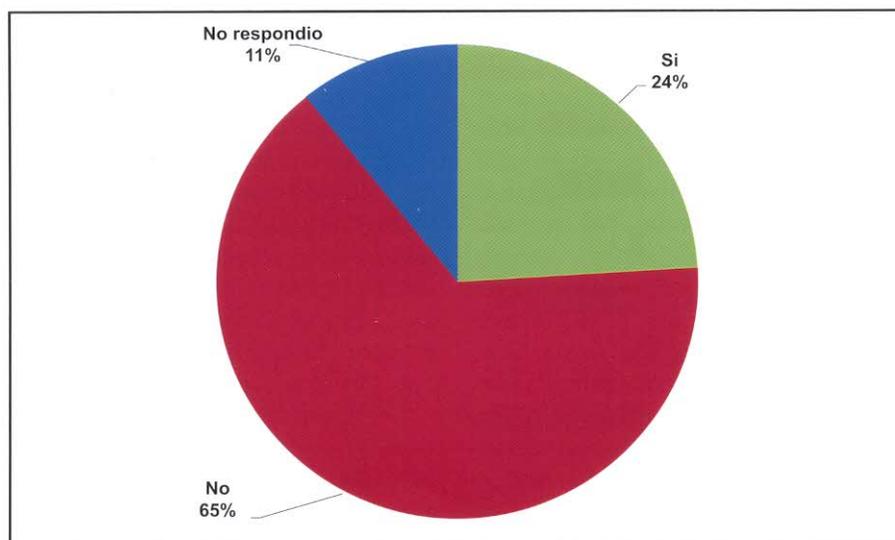


Gráfico N° 6
 Impacto sobre la información que fumar es dañino para la salud



y en realidad no se cumplen; en el Perú el 48.9% de los alumnos refieren haber recibido información sobre lo perjudicial del tabaco y un 41.4% ha discutido sobre el tema con sus profesores, observándose a la fecha que aún no se ha logrado implementar un programa de control de tabaco a nivel escolar (8 de cada 9 centros educativos abordan el tema de drogas en general, y sólo uno de ellos enfoca en forma individual el tema de tabaco).⁽⁸⁾ En el presente estudio se muestra que los programas educativos no son el principal factor para dejar la condición de fumador, el motivo más frecuente por el cual el fumador abandona el cigarrillo es producto de sufrir una enfermedad relacionada con el tabaco (43%) o cuando un familiar y/o amistad muy cercana se ve afectada su salud (16%). Esta situación desalienta con frecuencia los esfuerzos que se hacen en prevención, ya que parece ser una característica de la naturaleza humana, que para poder aceptar los peligros en este caso del cigarrillo, tiene que ser como producto de una afección que se tiene que sufrir la persona para poder tomar conciencia y abandonar el cigarrillo. Hay que considerar también que la literatura científica reporta que sólo un cincuenta por ciento de los pacientes que dejan el consumo de tabaco tras un episodio agudo permanecerán abstinentes a los tres meses del alta hospitalaria,⁽⁹⁾ lo cual hace más compleja la realidad del fumador. A través de los resultados de este trabajo se puede comprender que los programas educativos en el adolescente no logran generar la suficiente convicción de lo peligroso del tabaco, lo mismo sucede en el adulto cuando a través de programas educativos se busca que abandone el tabaquismo. Se prefiere correr el riesgo antes de dejar la adicción. Así mismo los programas educativos en los colegios en donde se desean que participen los padres de familia no se consigue una aceptación general, ya que conformen avanzan las sesiones educativas se registran deserciones. Este dato permite proponer que en los padres parece prevalecer una actitud permisiva en el consumo de tabaco de sus hijos, por un lado, porque también en ellos hay consumo y parecen subestimar la posibilidad de influir en el consumo de sus hijos, y por otro, porque tal vez no lo consideran una conducta impropia que deba corregirse. Sin embargo, los estudios reportan que la familia, y en especial el comportamiento de los

controlar el colesterol o la glucosa, exige un cambio en el fumador, por ello la necesidad de contar con la participación activa de él. Las personas cambian por muy diferentes causas y de muy diferentes formas, en función de costumbres o necesidades. Los programas educativos contra el tabaco cumplen una función muy compleja a través de la cual se busca

sensibilizar al fumador sobre los riesgos que encierra el tabaco, tratando que la persona realice un cambio por su salud, el fumador debe percibir el riesgo del cigarrillo, por ello los programas de prevención aplicados a través del currículo necesitan de sesiones de refuerzo durante varios años a fin de que sean efectivos con respecto al cambio de comportamiento

padres, influye en el consumo de tabaco de los adolescentes.⁽¹⁰⁻¹²⁾ La intervención educativa anti-tabaco es una estrategia que siempre debe estar en cambio con la modernidad para saber y poder llegar a los adolescentes.⁽¹³⁻¹⁴⁾

Es importante resaltar que en el estudio se ha encontrado un 15% de personas que dejaron el cigarrillo por la presión que ejerce la familia, más precisamente los pequeños, quienes en el colegio han recibido una educación de salud ambiental, una educación para proteger el medio ambiente y su salud, y los niños más pequeños (entre 5 a 7 años) son los que más se identifican por vivir y respirar aire sin humo, sobre todo sin humo de tabaco, este resultado del trabajo es muy valioso e importante porque está demostrando que los programas educativos dirigidos a niños para que ellos puedan exigir que en sus hogares no se fume está logrando que el fumador deje el cigarrillo, el niño cuando llega a casa y si observa que los padres fuman, advierte el peligro, y exige un hogar libre de tabaco, lo cual propicia a que los padres por presión continua y permanente de los niños, no continúen fumando. Conseguir que a través de un programa educativo para adultos se obtenga éxitos en lograr que un fumador abandone el hábito tabáquico, es muy poco probable; sin embargo en este trabajo se observa que estos programas educativos dirigidos a niños de 5 a 7 años pueden ser herramientas fundamentales para que los fumadores abandonen esta condición, y que sean los niños los principales actores en la lucha contra el tabaquismo. Sería importante hacer una mayor investigación al respecto para obtener mejores conclusiones que permitan mejorar los resultados de los programas educativos anti-tabaco.

La OMS define al tabaquismo como una toxicomanía, producto de la adición a la nicotina, cada aspiración en el fumar produce un refuerzo positivo, cada cigarrillo se aspira en promedio unas 10 veces y si se fuma una cajetilla el fumador refuerza su hábito 200 veces al día, por ello es fácil comprender que ninguna otra droga se consume tanto en un día como la nicotina. Deshabituarse del tabaco no es fácil, sin embargo existen situaciones en donde por la personalidad y fuerza de voluntad del fumador, este sujeto puede dejar el hábito del cigarrillo; en el pre-

Tabla N° 4
Impacto sobre la información que fumar es dañino para la salud

¿Cree que fumar es dañino para la salud?			
¿Le impactó la información que fumar es dañino para la salud?	SI (%)	NO (%)	p
SI	57 (27,3)	0 (0,0)	0.394
NO	152 (72,7)	5 (100,0)	
TOTAL	209 (100,0)	5 (100,0)	

Gráfico N° 7
Enfermedades que puede producir el tabaco

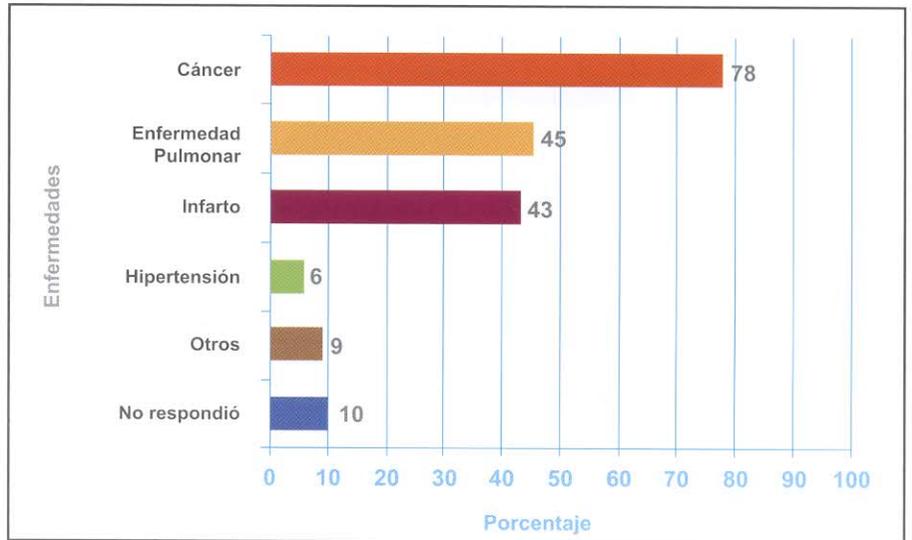


Gráfico N° 8
Enfermedades que le puede producir el tabaco

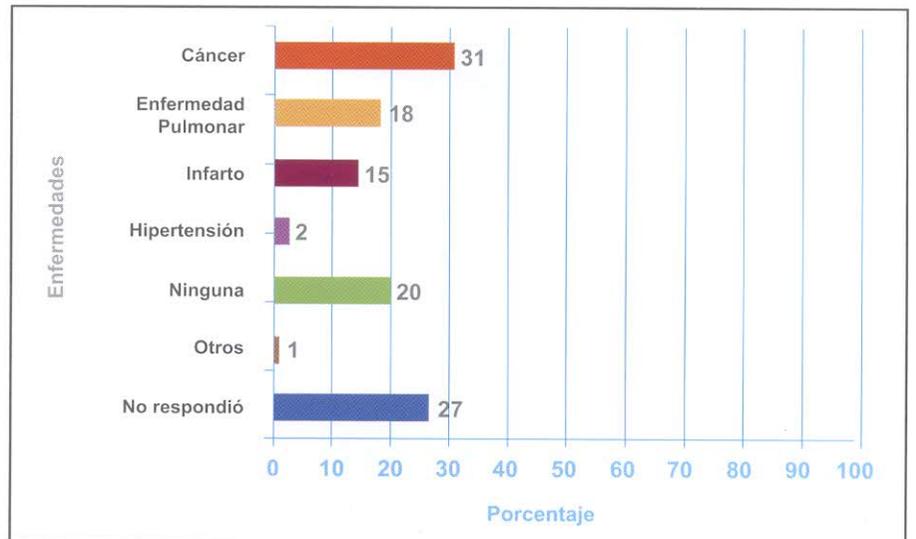


Tabla N° 6
Enfermedades que le puede producir el tabaco

¿Cree que fumar es dañino para la salud?			
¿Qué enfermedades puede usted sufrir por el tabaco?	Si (%)	No (%)	p
Ninguna	40 (18,6)	8 (32,0)	0.113
Al menos una (cáncer, enf. Pulm., hipertensión, otros)	175 (81,4)	17 (68,0)	
TOTAL	215 (100,0)	25 (100,0)	

sente trabajo hay que resaltar que sólo un 4% de los encuestados dejó el cigarrillo estrictamente por fuerza de voluntad, si bien es una cifra pequeña pero sí significativa, en donde permite reconocer que si se crea las condiciones propicias con una terapia cognitiva conductual se puede conseguir que esta cifra crezca en forma más considerable.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

En este trabajo se encontró que sólo un veinte por ciento intentó dejar de fumar en varias oportunidades. En las primeras investigaciones de Prochaska y Di-Clemente,⁽¹⁸⁾ hallaron que los fumadores giraban alrededor de una especie de rueda de intentos por dejar de fumar, unas 3 a 7 veces previo al abandono definitivo del tabaco, en el estudio el 42,9% lo intentó una vez y el 40,8% dos veces, reflejando lo difícil que es conseguir cuando se está inmerso en la adicción a la nicotina salir de ella.

No se cuenta todavía con una estructura anti-tabaco efectiva, a pesar de las leyes que se vienen dictando y los programas que cada vez más se diseñan, en los hospitales o en centros de salud no existen aún "clínicas anti-tabaco", donde pueda acudir la población en busca de ayuda.⁽¹⁹⁻²⁰⁾ Por otro lado los que han seguido los pocos programas antitabaco que existen, lamentablemente desertan y no alcanzan el éxito que se espera, en el estudio sólo el 17% participó sin éxito de estos programas, lo que obliga a seguir replanteándolos. Hay que considerar que parte del tratamiento anti-tabaco es farmacológico y no hay aún el apoyo estatal efectivo, ni de las aseguradoras privadas de salud para incluir en su petitorio dichos fármacos, falta convencer que es mejor hacer prevención que tratar a un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o con cáncer al pulmón.⁽²¹⁻²³⁾

En el trabajo se puede evidenciar que el concepto "Fumar es dañino para la salud" es aceptado y reconocido por la gran mayoría de los que participaron en el estudio (un 89%), lo cual permite comprobar que las múltiples y costosas campañas de publicidad sobre los peligros que encierran el cigarrillo, ha sido captado por la población.⁽²⁴⁻²⁵⁾ Esto es producto de las políticas y de programas anti-tabaco de utilizar sobretodo la prensa escrita, televisiva, y probablemente ahora la informática, como las herramientas

para llegar cada vez más a la población, e ir sensibilizándola de los peligros del cigarrillo. También es necesario mantener e impulsar cada vez más la educación que se imparten en los centros educativos que permitan conocer los riesgos que encierra el tabaco. Sin embargo aún hay un pequeño porcentaje (10%) que no acepta los riesgos que significa el fumar.

Evaluando el medio a través del cual se conoce lo peligroso que es el cigarrillo, la televisión ocupa el primer lugar con un 57% y en segundo lugar la prensa escrita (43%), que son los mejores medios a través de los cuales se puede educar a la población masivamente y se debe considerar la informática como el medio del futuro; en un quinto lugar (17%) se ubica las campañas de salud lo cual obliga a mejorar su estructuración y cobertura.

Si bien el medio de comunicación es importante, el mensaje o la forma de llegar con el mensaje también lo es, y en el trabajo se evidencia que sólo a un 24% de los encuestados le impactó el mensaje. Este punto es importante porque la industria tabacalera invierte mucho dinero en crear mensajes claros y de fácil aceptación para su población objetivo: niños y adolescentes.

Entre las enfermedades que el encuestado recuerda más relacionado al tabaco se encuentra el cáncer en primer lugar (sobre todo el de pulmón), luego la enfermedad pulmonar y el infarto cardíaco, permitiendo reconocer el esfuerzo educativo que se viene realizando en la población, pero lo que sí llama mucho la atención es la relación entre el conocimiento de lo peligroso del cigarrillo, de las enfermedades que puede producir el tabaco, y la aceptación que cada uno de los encuestados están expuestos a dicho peligro. Parece que hubiera un divorcio entre lo que el público menciona del cigarrillo y de aceptar que ellos están expuestos a dicho peligro. Si el 78% de los fumadores mencionan que el tabaco puede generar cáncer, y sólo un 31% de ellos aceptan que le produciría a él dicha afección, lo que muestra que casi la mitad de los encuestados que aceptan que el tabaco puede ocasionar cáncer no aceptan que ellos están expuestos a dicha enfermedad, lo mismo sucede tanto para las enfermedades pulmonares o el infarto

cardíaco. De tal forma que si bien las campañas educativas han llevado el mensaje a la población de lo peligroso que es el cigarrillo para la salud, y el fumador acepta que "Fumar es Dañino a la Salud", lo que nos falta es crear la convicción que dichas afecciones les puede afectar, es decir lo que falta aún es internalizar en el fumador este riesgo o peligro.

CONCLUSIONES

1. No se encuentra un efecto significativo de los programas educativos estructurados y no estructurados en el abandono del hábito de fumar.
2. La principal causa para que un fumador abandone el cigarrillo es haber sufrido de una enfermedad importante relacionada al tabaco, o haberlo evidenciado en algún familiar y/o amistad muy cercana.
3. Se observa una tendencia en que el adulto deja su condición de fumador por presión de sus hijos, los cuales han recibido programas educativos estructurados en los colegios en edad temprana (5 a 7 años).
4. Los programas educativos han permitido que el fumador reconozca que "fumar es dañino para la salud", pero aún falta crear la suficiente convicción de que el fumador acepte que él está expuesto a dichos peligros.

RECOMENDACIONES

- Realizar nuevas investigaciones que aborden los contenidos y metodología de los programas educativos antitabaco, a corto y largo plazo.
- Continuar y mejorar los programas educativos realizados en los colegios para los niños, especialmente entre los 5 a 7 años.
- Delinear nuevos programas educativos encaminados a desarrollar nuevas alternativas anti-tabaco a fin de crear una mayor convicción de los riesgos que encierra el tabaco en la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mackay J, Eriksen M. The tobacco Atlas. Ginebra. World Health Organization. 1° Ed. 2002.

2. Eriksen M, Ross H. The tobacco Atlas. Ginebra. World Health Organization. 4° Ed. 2012.
3. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of smoking. A report of the Surgeon General. 2004.
4. Pinillos L, Quesquén M, Bautista F. Tabaquismo, problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2005;22:64-70.
5. Segura L, Agusti R, Ruiz E. Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú. Comparación del estudio Tornasol II y Tornasol I. *Rev Per Cardiol* 2012; en prensa.
6. Colegio Médico del Perú. Guía Nacional de Abordaje al Tabaquismo Perú 2010. 1° Edición. 2010.
7. Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO). Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2001.
8. Zavaleta A. Global Youth Tobacco Survey en Huancayo, Lima, Trujillo y Tarapoto (GYTS). Tabaquismo en Escolares de Secundaria. 2003. Disponible: <http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/reports/perureport.pdf>
9. Arrellanes-Hernández J, Díaz Negrete D, Wagner-Echegaray F, Pérez- Islas V: Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis multivariado de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*. 2004;27:54-64.
10. Nuño-Gutiérrez B, Álvarez-Nemegyei J, Madrigal-de León E. Efecto de una intervención antitabaco en estudiantes de enseñanza media superior en Guadalajara, México. *Salud Mental*. 2008;31:181-188.
11. Morchon S, Blasco J, Rovira A. Efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica en pacientes con patología cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:1271-1276.
12. Valdés-Salgado R, Hernández M, Sepúlveda J. El consume de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción. *Salud Pública de México*. 2002;44:S125-S135.
13. Ariza C, Nebot M. La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*. 2004;16:359-378.
14. Acuña M, Bello S. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: un instrumento jurídico al servicio de la salud pública mundial. *Rev Chil Respir*. 2003;19:143-145.
15. World Health Organization. Policy Recommendation for Smoking Cessation and treatment of tobacco dependence. *Tools for public health*. 2003: reprinted 2004.
16. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*. 2004;328:338-339.
17. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004;328:217-219
18. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how the people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47:1102-1114.
19. Stead LF, Lancaster T. Group behavioral counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;2:CD001292.
20. Hernández M, Rodríguez CJ, García KM. Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras. *Salud Pública de México*. 2007;49:302-311.
21. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med*. 2009;169:2148-2155.
22. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009;338:1024-1028.
23. Gonzales D, Rennard SI, Nides M. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;296:47-55.
24. Lecuona I, Salcedo A, Morillas M, Umaran J. Tabaco y enfermedad arterial no coronaria. Intervenciones para el abandono del hábito tabáquico. *Rev Esp Cardiol*. 2009;09(D):39-48.
25. Niaura R. Nonpharmacologic therapy for smoking cessation: characteristics and efficacy of current approaches. *Am J Med*. 2008;121:S11-S19.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Enrique Ruiz Mori
cruiz@inen.sld.pe