

UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIONES

ARTICULO



**Estudio descriptivo sobre tabaquismo en la comunidad
estudiantil de la Universidad de Manizales. 2007**

Autores:

José Jaime Castaño Castrillón M.Sc.
Martha Luz Páez Cala M.Sc.
Jaime Hernán Pinzón Montes
Estefanía Rojo Bustamante
Gustavo Andrés Sánchez Castrillón
Johana Marcela Torres Ríos
Mónica Adriana Valencia Gómez
Christian David García Montoya
Carlos Andrés Gallego Giraldo.

Manizales, Diciembre 2007

Estudio descriptivo sobre tabaquismo en la comunidad estudiantil de la universidad de Manizales. 2007

José Jaime Castaño Castrillón M.Sc.[▲], Martha Luz Páez Cala M.Sc.^{▲▲}, Jaime Hernán Pinzón Montes^{▲▲▲}, Estefanía Rojo Bustamante^{▲▲▲}, Gustavo Andrés Sánchez Castrillón^{▲▲▲}, Johana Marcela Torres Ríos^{▲▲▲}, Mónica Adriana Valencia Gómez^{▲▲▲}, Christian David García Montoya^{▲▲▲}, Carlos Andrés Gallego Giraldo^{▲▲▲}.

RESUMEN

Introducción: Estudio de caracterización de la población estudiantil de la Universidad de Manizales con respecto al tabaquismo. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo correlacional en el que participaron 237 estudiantes de los semestres I a X de todas las facultades de la Universidad inscritos durante el primer periodo académico del año 2007, quienes respondieron una encuesta que incluyó además los cuestionarios de Glover Nilsson, Fagerström y de Richmond. **Resultados:** Según criterios de la Organización Mundial de la Salud se encontró que el 41% de los encuestados son fumadores (37.6% Habituales y 3.4% esporádicos) con proporciones iguales por género, el 58.2% son no fumadores y el 0.8% son exfumadores. El 38.9% fuman de 1-3 cigarrillos por día. El 86.6% de los fumadores adquirió este hábito antes de ingresar a la Universidad, la mayoría de ellos (77.9%) entre los 12 y 17 años de edad. En todas las facultades predominan los No fumadores, excepto en Comunicación Social, Educación y Medicina. El 46% cree que debería haber un área permanente de No fumadores en las cafeterías de la Universidad. La mayoría de fumadores de la UM tiene una baja o moderada motivación para abandonar este hábito. **Conclusiones:** Se requiere con urgencia la implementación de medidas que promuevan la prevención en la adquisición de este hábito y la promoción para su cesación.

Palabras Clave: *Tabaquismo, tabaco, tabaquismo en estudiantes universitarios, cese del tabaquismo, salud pública, medicina preventiva, medicina social*

Descriptive study about tobacco use in the students of The Universidad de Manizales, 2007

SUMMARY

Introduction: The aim of this study is to characterize the students of the Universidad de Manizales about the use of tobacco. **Materials and Methods:** Descriptive correlational study with a sample of 237 students enrolled from I to X semester of all faculties of de University during the first academic period of the year 2007. The 237 students where randomly assigned to answer a poll which included Glover Nilsson, Fagerström and Richmond Tests. **Results:** According to WHO criteria, 41% of the students are smokers (37.6% regular and 3.4% sporadic) with equal proportions between genre, 58.2% are non-smokers and 0.8% ex-smokers. 38.9% somek 1-3 cigarettes a day. 86.6% of smokers started this habit before getting into the University; most of them (77.9%) between 12 and 17 years of age. In most of the faculties non-smokers are majority, with exception of social Communications, education and medicine. 46% believes that there should be a permanent non smoking area in the University cafeterias. The majority of the smokers has low or moderate motivation to quit smoking. **Conclusions:** It's urgent to stablish actions to prevent the acquisition of this habit and to promote its cessation in the students.

Keywords : *Smoking, tobacco, smoking cessation, smoking on Universities students smoking areas, tobacco control campaigns, public health, preventive medicine, social medicine.*

[▲] Profesor Asociado, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales. Cra 9 # 19-03, Manizales, Caldas, teléfono 8841450. Correo : cim@umanizales.edu.co

^{▲▲} Profesora Asistente, F. de Medicina, Universidad de Manizales. Correo: marthapaez315@yahoo.es

^{▲▲▲} Estudiante 10° Semestre, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales.

INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI el tabaquismo es considerado como una Pandemia¹ para la cual hasta ahora no se han desarrollado programas de salud efectivos que la contrarresten^{2, 3}. Teniendo en cuenta que el control del tabaco es más efectivo cuando las políticas, prácticas y programas funcionan de manera integral y coordinada en los diferentes grupos etáreos y poblacionales⁴, se deben promover estrategias que modifiquen el contexto social del fumador⁵.

El humo inhalado por el fumador está constituido por un componente particulado y un componente gaseoso, el alquitrán representa el componente particulado total sin agua ni nicotina, algunas de sus sustancias se consideran carcinogénicas o están clasificadas como residuos tóxicos, obstruye los pulmones y afecta a la respiración. Existen de 300 a 3.300 millones de partículas por mm³ en el humo de los cigarrillos, así como más de 4.000 constituyentes, entre los que se incluyen 43 carcinógenos conocidos⁶.

El consumo de tabaco constituye actualmente la principal causa aislada de mortalidad evitable en los países desarrollados, y por ello precisa un enfoque colectivo desde la salud pública^{7,8,9,10,11,12,13}; esta realidad tiene en gran medida su explicación en la promoción activa del consumo de tabaco por la industria tabacalera¹⁴ (conocida como efecto Boomerang¹⁵), y el potencial adictivo de la nicotina.

El hábito de fumar tiene concomitantes sociales y personales, que a su vez pueden ser genéticas¹⁶ y/o emocionales⁸; *Dudas et al*⁸ determinó que muchos de los fumadores sufren niveles mayores de depresión y ansiedad que sus pares no fumadores. Esta correlación sugiere que la prevención de patologías afectivas puede facilitar la prevención del tabaquismo.

Según la Organización Mundial de la Salud¹⁷, el tabaquismo cobra una vida cada 6,5 segundos. Las investigaciones realizadas sugie-

ren que las personas que empiezan a fumar durante la adolescencia (como ocurre en más del 70% de los casos) y siguen haciéndolo durante 20 años o más, vivirán entre 20 y 25 años menos que quienes nunca se iniciaron en este hábito. El cáncer de pulmón y las cardiopatías no son los únicos causantes de serios problemas de salud y defunciones; aproximadamente la mitad de los fumadores muere a consecuencia de su hábito⁷.

En el Reino Unido para el 2005 se calculaban cerca de 6.62 millones de fumadores entre 35-74 años¹⁰. Si el predominio del consumo sigue siendo el mismo, cada año aproximadamente 69.049 de estos fumadores morirán; si se reduce la prevalencia del tabaquismo en el 0.4% por año, durante 10 años, se prevendrían 23.192 muertes¹⁸. Dentro de las estrategias para trabajar contra el tabaquismo se encuentra el día del no fumador¹⁸ implementado en el Reino Unido; cuando la campaña inició en 1984, la prevalencia de tabaquismo era mayor al 33% de los adultos, para el año 2003 fue del 25%.

*Tafur et al*⁹ realizaron un estudio para establecer la prevalencia y características del hábito de fumar, participaron 1998 personas que incluían docentes, personal administrativo y estudiantes de la Universidad Santiago de Cali-Colombia (USC); 14.8% manifestaron ser fumadores y 13% exfumadores. Los hombres fuman más que las mujeres con diferencias significativas (23.8 % Vs. 8.3%) y los menores de 17 años de edad presentan la menor proporción de fumadores; el grupo de edad con la mayor proporción es de 30 a 34 años

Al menos 4 millones de americanos fuman, la prevalencia del tabaquismo en americanos adultos es baja en comparación con los jóvenes, 9.6% vs. 25.9%¹⁹, lo que sugiere que la población joven es la más susceptible a adoptar este hábito, por lo cual se constituye en un grupo etáreo especial para trabajar en promoción de la salud y prevención del tabaquismo¹⁸.

Según *Willemssen*²⁰, *Siegel et al*²¹ y *Jason y Liotta*²² otros mecanismos eficientes son el uso de imágenes antitabaquismo en las cajetillas de cigarrillos, la restricción del tabaquismo en sitios públicos y/o la combinación de Señales visuales + peticiones verbales para que se respeten las áreas de NO fumadores en dichos establecimientos. Todo lo anterior con el fin de enviar el mensaje de que fumar no es socialmente aceptable y que los procesos antitabaquismo son también aquellos que buscan el respeto por las áreas en que dicho hábito está prohibido.

Para que estas actividades preventivas sean eficaces, se debe tener en consideración que los jóvenes fumadores atraviesan varias etapas: pre-contemplación, iniciación, experimentación, fumador regular, mantenimiento y cesación; a partir de las características de cada una de estas fases se deben plantear los diversos programas antitabaquismo²³.

Según *Slama*⁴ y *Abdullah*¹ dada la naturaleza adictiva del tabaco, los profesionales de la salud juegan un papel fundamental para evitar el inicio de este hábito e implementar tratamientos de apoyo para su abandono, como es el caso de los PREPS²⁴ (Productos que potencialmente reducen la exposición), dentro de los que se encuentran parches y gomas de mascar.

Ser fumador pasivo ha demostrado ser arriesgado para la salud; la exposición indirecta al humo del cigarrillo representa un factor de riesgo importante para la manifestación de enfermedades relacionadas con el tabaquismo²⁵. Esta situación debe abordarse tanto desde la ética de las relaciones humanas como desde los derechos constitucionales²⁶.

Por todo lo anterior se considera pertinente adelantar un proyecto investigativo frente al tabaquismo en la Universidad de Manizales, teniendo en cuenta la importancia de educar a los estudiantes, no solo como futuros profesionales, sino también como futuros individuos que al integrar diversos grupos sociales podrán modificar patrones de comportamien-

to preestablecidos que de una u otra forma han actuado negativamente sobre la calidad de vida del estudiantado.

MATERIALES Y METODOS

El presente es un estudio descriptivo correlacional. La población está constituida por los estudiantes regulares de la Universidad de Manizales (3600) matriculados en el primer semestre del año 2007. Teniendo en cuenta una frecuencia esperada de 23.2%⁹, una frecuencia mínima aceptable de 18%, un nivel de confianza del 95%, el tamaño muestral calculado fue de 236 estudiantes. Esta muestra fue escogida mediante un muestreo probabilístico estratificado por facultad y semestre.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, ciudad de origen, facultad (Administración, Comunicación Social, Contaduría, Derecho, Economía, Educación, Ingeniería de Sistemas, Medicina, Mercadeo, Psicología y Tecnología en Sistemas), Tipo de fumador⁹ (**Habitual:** quien fuma 1 cigarrillo por día o 5 por semana, **Esporádico:** quien fuma 4 o menos cigarrillos por semana, **Exfumador:** quien no ha fumado ningún cigarrillo durante el último año y **No fumador**), áreas de la Universidad en las que fuma cigarrillo (pasillos, cafetería, mesas al aire libre, baños, salones, Kiosco, canchas, parqueaderos), posición respecto a áreas comunes para fumadores activos y pasivos (indiferente, inconforme, conforme), semestre que actualmente cursa el estudiante, Dependencia conductual al tabaco²⁷ (Cuestionario de Glover Nilsson: Psicológica, física, social/ leve, moderada o grave), Dependencia a la Nicotina²⁷ (Cuestionario de Fargerström modificado/ poca, media, alta), Motivación para dejar de fumar²⁷ (Cuestionario de Richmond/baja, media, alta)

Con las encuestas aplicadas se elaboró una base de datos en el programa Excel 2007 (Microsoft corporation), la cual se analizó mediante el programa estadístico SPSS versión 15 (SPSS inc.). Para describir las variables razón se emplearon medidas de tendencia central (promedios) y de dispersión (desviación estándar).

dar), las variables proporción se describieron mediante tablas de frecuencia. Para desplegar la información se emplearon gráficas de barra en una y dos variables y tablas de contingencia con aplicación de la prueba de χ^2 , con un nivel de significancia de 0.05, para probar la asociación de variables proporción, y pruebas t o análisis de varianza al mismo nivel de significancia para probar la dependencia entre variables razón y proporción.

La participación de los estudiantes fue totalmente voluntaria, anónima y no influyó en las labores académicas. Todo lo consignado en la encuesta es estrictamente privado y confidencial y se ajusta completamente a la reglamentación sobre investigación médica existente en Colombia.

RESULTADOS

En el estudio participaron en total 237 estudiantes de la universidad de Manizales, cuyas características demográficas se describen en la **tabla 1**. En esta tabla se observa que el 57.4% de los encuestados fueron de género femenino y el 42.6% restante de género masculino. El promedio de edad de los encuestados fue 22.29 años, más del 80% de los participantes se encuentra entre los 16 y los 25 años, el promedio de edad de ingreso a la universidad fue de 19.73 años. El 54.4% de la población analizada procede de la ciudad de Manizales, característica asociada con el hecho de que el 57.9% de los encuestados vive con su familia nuclear.

Tabla 1. Caracterización Demográfica de los estudiantes de la UM que participaron en el presente estudio

VARIABLE	N	%
GÉNERO		
Femenino	136	57.4%
Masculino	101	42.6%
TOTAL	237	100.0%
EDAD (años)		
16-20	110	46.8%
21-25	87	37.0%
26-30	18	7.7%

30-39	15	6.4%
40-44	5	2.1%
SUBTOTAL	235	100.0%
FALTANTES	2	0.9%
TOTAL	237	100.0%

EDAD INGRESO A LA UNIVERSIDAD

16-20	183	77.9%
21-25	27	11.6%
26-30	12	5.2%
30-39	14	4.5%
40-44	2	0.8%
SUBTOTAL	235	99%
FALTANTES	2	0.8%
TOTAL	237	100%

CIUDAD DE PROCEDENCIA

Manizales	129	54.4%
Fuera de Manizales	108	45.6%
TOTAL	237	100.0%

FACULTAD

Administración de empresas	15	6.3%
Comunicación Social y Periodismo	24	10.1%
Contabilidad	27	11.4%
Derecho	40	16.9%
Economía	8	3.4%
Educación	6	2.5%
Ingeniería de Sistemas	29	12.2%
Medicina	40	16.9%
Mercadeo	29	12.2%
Psicología	19	8%
Total	237	100.0%

SEMESTRE

1	25	12.7
2	21	10.7
3	21	10.7
4	22	11.2
5	31	15.7
6	10	5.1
7	20	10.2
8	22	11.2
9	14	7.1
10	11	5.6

AÑO (para la facultad de Derecho)

1	7	17.5
2	8	20
3	11	27.5
4	7	17.5
5	7	17.5
Total	237	100.0
CON QUIEN VIVE		
Casa de Familia	25	10.5%
Compañero(s)	20	8.4%
Familia Nuclear	136	57.4%
Parte de la Familia	33	13.9%
Solo	23	9.7%
TOTAL	237	100.0%

N= Frecuencia, %=Porcentaje

La **Tabla 2** muestra la caracterización de los encuestados según criterios de la OMS para el tabaquismo y evidencia que si bien la mayoría, 58.2%, son No fumadores, le sigue en frecuencia un grupo significativo de fumadores, 41% en total, de los cuales 37.6% son fumadores habituales.

Tabla 2. Clasificación de los estudiantes encuestados según criterios de la OMS13		
	N	%
Fumador Habitual	89	37.6
Fumador Esporádico	8	3.4
TOTAL FUMADORES	97	41
Ex fumador	2	0.8
No fumador	138	58.2
Total	237	100

N= Frecuencia, %=Porcentaje

Se encontró una relación significativa entre tabaquismo y género ($p = 0.023$) como se ve en la **Figura 1**, donde se observa que la proporción de No fumadores es mayor en el género femenino.

Igualmente se encontró una relación significativa entre tabaquismo y facultad ($p=0.002$) como muestra la **figura 2**. Allí se observa que la facultad con mayor proporción de No fumadores es Ingeniería, en todas las facultades predominan los no-fumadores, excepto en Educación y en la facultad de Comunicación Social y Periodismo, y donde predominan los

fumadores habituales, en Medicina la proporción de No fumadores y fumadores habituales es prácticamente igual.

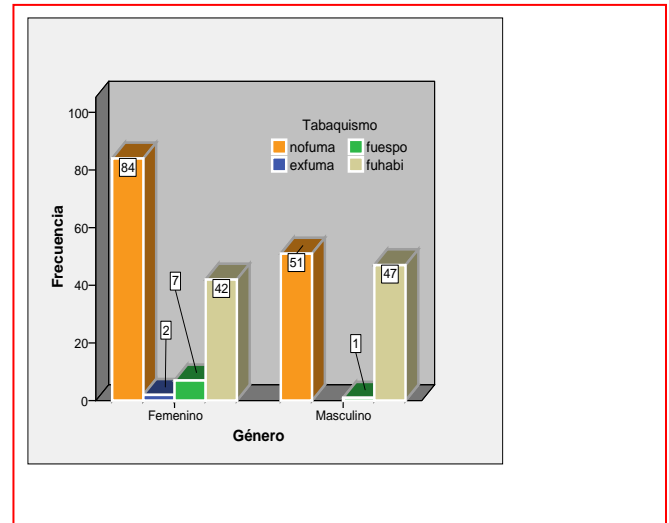


Figura 1. Relación entre tabaquismo y género en estudiantes de la Universidad de Manizales.

No se encontró relación significativa ($p > 0.05$) para ser fumador o No fumador, al analizar las variables: semestre actual (año en el caso de Derecho) y ciudad de procedencia. Al evaluar las diferentes variables que analizaban el ítem actitud frente al tabaquismo, se encontró que el 75% de los exfumadores y el 60.3% de los No fumadores permiten que se fume en su presencia, mientras que en los fumadores este porcentaje fue mayor al 95%.

Sumado a lo anterior se evidenció un conocimiento de los riesgos para la salud del fumador activo en el 97% de los encuestados y para el fumador pasivo en un 95.1%. Así mismo se encontró que el 96.2% de todos los participantes en este estudio consideraban que el tabaquismo puede generar adicción. De igual forma la mayoría de los participantes; más del 90%, consideraban el tabaquismo como un factor de riesgo de enfermedad, tanto en el fumador activo como pasivo; sin embargo, la mayoría de los estudiantes ven el tabaquismo como un vicio o un hábito pero no tanto como una forma de drogadicción (Ver tablas 3 y 4).

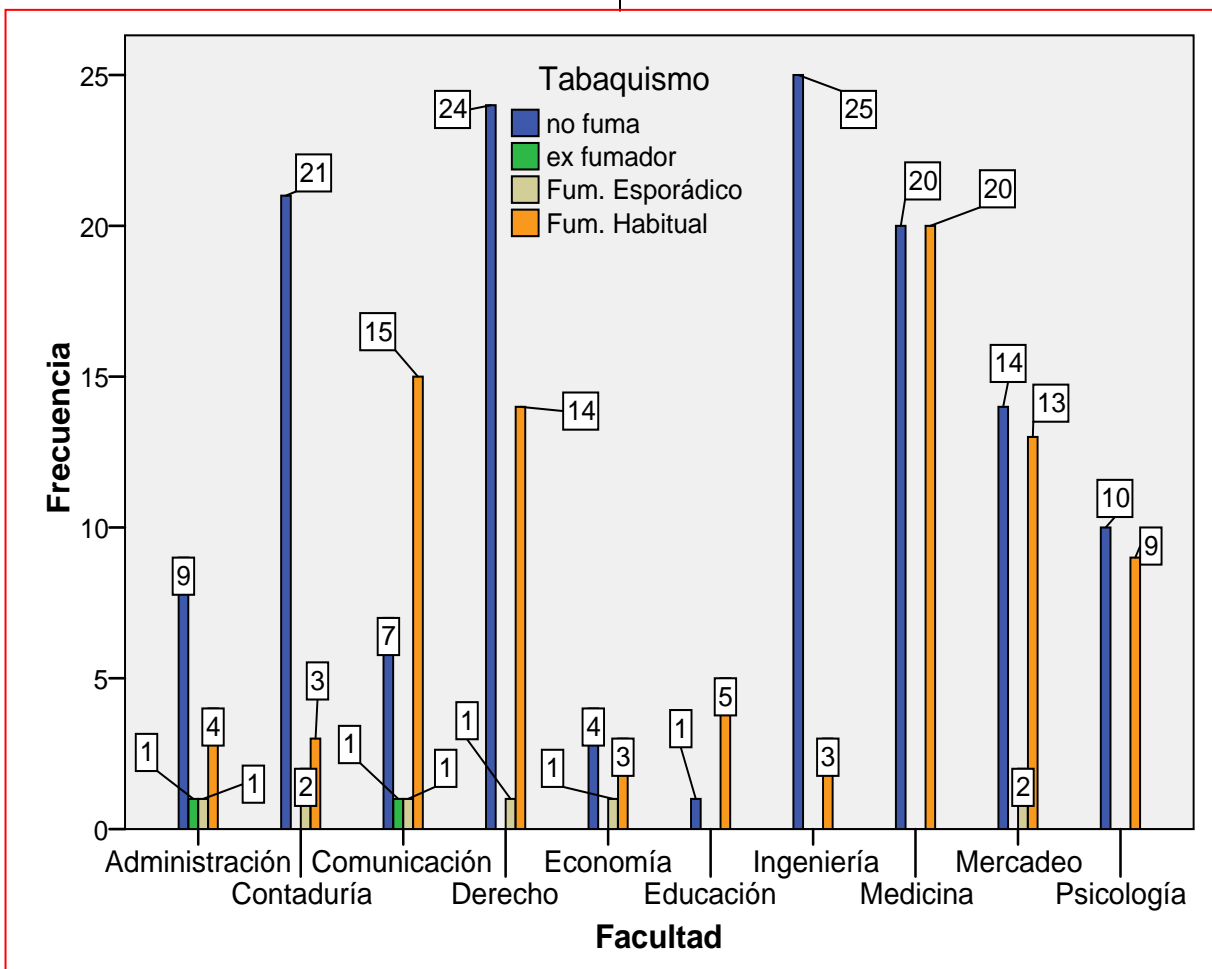


Figura 2. Relación entre Consumo de Cigarrillo y Facultad, en estudiantes de la Universidad de Manizales.

Tabla 3. Que es el tabaquismo para los estudiantes de la UM encuestados: un hábito, un vicio o una forma de Drogadicción

Considera el Tabaquismo	Fumador Habitual		Fumador Esporádico		Ex fumador		No Fumador		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Una droga	3	1.5	0	.0	0	.0	7	3.6	10	5.1
Un hábito	23	11.8	0	.0	0	.0	16	8.2	39	20
Un vicio	44	22.6	7	3.6	2	1	84	43.1	137	70.3
otros	5	2.5	0	.0	0	.0	4	2.0	9	4.6
Total	75	38.5	7	3.6	2	1	111	56.9	195	100

Tabla 4. Actitud de los estudiantes de la UM frente al tabaquismo

Pregunta	Respuesta	Fumador Habitual		Fumador Esporádico		Ex fumador		No Fumador		Total		P
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Permites que se fume en tu presencia	No	3	1.5	1	5	1	5	46	23.7	51	26.3	.000
	Si	71	36.6	6	3.1	1	5	65	33.5	143	73.7	
	Total	74	38.1	7	3.6	2	1	111	57.2	194	100	
Reconoces los riesgos para la salud del fumador Activo	No	0	.0	0	.0	0	.0	5	2.6	5	2.6	
	Si	74	38.1	7	3.6	2	1.0	106	54.6	189	97.4	
	Total	74	38.1	7	3.6	2	1.0	111	57.2	194	100	
Reconoces los Riesgos para la salud del fumador Pasivo	No	6	3.1	0	.0	0	.0	11	5.7	17	8.8	
	Si	68	35.1	7	3.6	2	1	100	51.5	177	91.2	
	Total	74	38.1	7	3.6	2	1	111	57.2	194	100	
Consideras el tabaquismo una forma de adicción	No	3	1.5	0	.0	0	.0	3	1.5	6	3.1	
	Si	71	36.6	7	3.6	2	1.0	108	55.7	188	96.9	
	Total	74	38.1	7	3.6	2	1	111	57.2	194	100	

Tabla 5. Opinión de los estudiantes de la UM (según su relación con el tabaco) sobre la reglamentación en esta Universidad para respetar las áreas comunes a fumadores activos y pasivos

Pregunta	Respuesta	Fumador Habitual		Fumador Es-porádico		Ex fuma-dor		No fuma-dor		Total		P
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Te sientes incon-forme frente a la falta de reglamen-tación sobre taba-quismo en la UM	Algunas veces	7	3.6	2	1	0	.0	18	9.2	27	13.8	.000
	Indiferente	18	9.2	0	.0	0	.0	11	5.6	29	14.9	
	No	32	16.4	4	2.1	0	.0	11	5.6	47	24.1	
	si	18	9.2	1	.5	2	1	71	36.4	92	47.2	
	Total	75	38.5	7	3.6	2	1	111	56.9	195	100	
Consideras neces-aria un área perma-nente de NO fuma-dores en las cafete-rías de la UM	Indiferente	21	10.8	0	.0	0	.0	19	9.7	40	20.5	.000
	No	17	8.7	2	1	0	.0	3	1.5	22	11.3	
	si	37	19.0	5	2.6	2	1	89	45.6	133	68.2	
	total	75	38.5	7	3.6	2	1	111	56.9	195	100	
En que otros luga-res públicos te gustaría que hubie-se restricciones para fumar	Bibliotecas	9	4.8	1	.5	0	.0	10	5.3	20	10.7	.001
	Restaurantes	5	2.7	1	.5	0	.0	15	8	21	11.2	
	Medios de trans-porte	8	4.3	0	.0	1	.5	9	4.8	18	9.6	
	Todos los anterio-res	10	5.3	1	.5	0	.0	24	12.8	35	18.7	
	Otros	39	20.9	4	2.1	1	.5	49	26.2	93	49.7	
	total	71	38	7	3.6	2	1.0	107	57.1	187	99.9	

Con respecto a la falta de reglamentación de la Universidad de Manizales para que los fumadores respeten las áreas comunes, los datos estadísticos indican que el 47.2% de los encuestados se sienten inconformes. Así mismo la tendencia de los participantes en el estudio indica que sí debería haber un área permanente de No fumadores en las cafeterías de la universidad, aunque se debe resaltar el buen número de fumadores esporádicos y habituales que se mostraron indiferentes frente a esta medida. De igual manera al 33.6% de todos los participantes le gustaría que hubiese restricciones para fumar en ciertos lugares públicos como restaurantes, medios de transporte y bibliotecas, todas las preguntas mostraron significancia respecto al tabaquismo (Tabla 5).

En la tabla 6 se describen las preguntas que únicamente debían ser diligenciadas por los fumadores activos, dentro de estas, los resultados más relevantes fueron: El 58.8% de los encuestados actualmente fuma de forma diaria, el 86.6% de los fumadores activos afirma haber adquirido su hábito antes de ingresar a la universidad, la mayoría de ellos (77.9%) entre los 12 y 17 años de edad; el 58.3% de quienes adquirieron el hábito luego de haber ingresado a la universidad lo hicieron durante su primer semestre de estudios, 38.9% de los fumadores consume entre 1 y 3 cigarrillos por día y el 49.5 % de los fumadores activos había fumado un cigarrillo o mas, tan solo minutos antes de haber diligenciado esta encuesta.

Tabla 6. Características generales de los fumadores de la UM

Pregunta	Respuesta	N	%
Actualmente fumas de forma:	Diaria	57	58.8
	Ocasional	40	41.2
	Total	97	100.0
Antes de Ingresar a la Universidad ya fumabas	Si	84	86.6
	No	13	13.4
	Total	97	100.0
Edad en la que iniciaste a fumar	12 a 15	37	38.947
	16 a 18	48	50.52
	Mas de 19	10	10.52
	Total	95	100
Si no fumabas	1	7	58.3

antes de ingresar a la Universidad; entonces en que semestre adquiriste el hábito	2	2	16.7
	3	1	8.3
	6	1	8.3
	0 a 2	24	26.66
	3 a 4	19	21.11
Cuantos cigarrillos fumas por día regularmente?	5 a 6	11	12.22
	7 a 8	12	13.33
	9 a 10	11	12.22
	11 a 15	9	10
	Mas de 15	4	4.00
	Total	90	100
Hace cuanto te fumaste el último cigarrillo?	Minutos	48	49.5
	Dias	24	24.7
	Horas	23	23.7
	Meses	2	2.1
	total	97	100.0
En fechas de parciales fumas más	Si	72	74.2
	No	25	25.8
	Total	97	100.0
Cuando tienes mayor carga académica, fumas más?	Si	69	71.9
	No	27	28.1
	Total	96	100.0
Segun tu estado de animo; fumas más cuando estás:	Alegre	13	13.4
	Deprimido	2	29.9
	Indiferente	9	56.7
	total	5	100.
	total	7	0

Se encontró una relación significativa entre las “épocas de parciales” de mayor exigencia académica y el incremento en el consumo de cigarrillo. La tasa de consumo aumenta principalmente en los fumadores habituales. El 56.7 % de los encuestados afirma que su estado de ánimo no es un condicionante para consumir más cigarrillos de lo que usualmente acostumbran.

Como se muestra en la **tabla 7** al analizar los cuestionarios sobre tabaquismo aplicados se encontró que la motivación para dejar de fumar, tanto en fumadores habituales como en esporádicos, mostraba una mayor tendencia a la calificación baja y moderada.

Los otros cuestionarios evidencian que en el nivel de dependencia conductual al tabaco la mayoría de los fumadores, tanto habituales como esporádicos, presentaron un nivel leve de dependencia social, física y psicológica frente al tabaquismo ($p=0.071$); y en el cuestionario que evaluó el nivel de Dependencia a la nicotina se encontró que el 83.3% de los fumadores habituales y el 100% de los fumadores esporádicos eran poco dependientes.

Tabla 7. Resultado de las variables analizadas según los cuestionarios de Richmond, Glover Nilsson y Fargerström en los fumadores esporádicos y habituales

TIPO DE FUMADOR						
	Fumador esporadico		Fumador habitual		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cuestionario de Richmond						
<i>Motivacion para dejar de fumar</i>						
Alta	2	2.1	1	1.1	3	3.2
Media	13	13.7	11	11.6	24	25.3
Baja	24	25.3	43	45.3	67	70.6
Total	39	41.1	55	57.5	94	99.1
Cuestionario de Glover Nilsson (dependencia conductual al tabaco)						
<i>Nivel de dependencia social</i>						
Grave	2	2.1	5	5.2	7	7.3
Moderada	10	10.4	22	22.9	32	33.3
Leve	28	29.2	28	29.2	56	58.4
Total	40	41.7	55	53.7	95	95.4
<i>Nivel de dependencia física (p=0.023)</i>						
Moderada	0	.0	7	7.4	7	7.4
Leve	38	40.4	49	52.1	87	92.6
Total	38	40.4	56	59.6	94	100.0
<i>Nivel de dependencia psicología (p=0.011)</i>						
Grave	0	.0	3	3.1	3	3.1
Moderada	0	.0	12	12.4	12	12.4
Leve	40	41.2	41	42.3	81	83.5
Total	40	41.2	56	57.7	96	98.9
Cuestionario de Fargerström						
<i>Dependencia a la nicotina (p=0.033)</i>						
Dependencia alta	0	.0	2	2.2	2	2.2

Dependencia media	0	.0	7	7.7	7	7.7
Poca dependencia	37	40.7	45	49.5	82	90.1
Total	37	40.7	54	59.3	91	100.0

N= Frecuencia, =Porcentaje, P= Nivel de significancia

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en esta investigación se pueden considerar alarmantes, dado que en la Universidad de Manizales (UM) se evidenció una alta prevalencia de tabaquismo, 41%, que duplica los resultados obtenidos en diversos estudios, incluido el realizado en la Universidad Santiago de Cali (USC) en el año 2004²⁸, donde la prevalencia de tabaquismo entre sus estudiantes fue del 23.2%; igualmente, Guillén et al.²⁹ en una investigación con estudiantes de primero de Medicina de Zaragoza encontraron una prevalencia de tabaquismo del 21%. Por otra parte, se encontró que el 86.6% de los estudiantes de la UM que fuman adquirieron el hábito entre los 12 y los 17 años de edad, lo que concuerda con Bartecchi et al.³⁰ quienes afirman que aproximadamente el 80-90% de los fumadores adquieren el hábito antes de los 21 años; en el estudio de Guillén et al. la edad media de inicio al cigarrillo fue de 15.8 años. Lo anterior también indica que estos estudiantes comenzaron a fumar antes de ingresar a la universidad, por lo cual se puede pensar que el ingreso a la educación superior y los cambios que ésta conlleva no influyen en la adquisición del hábito tabáquico.

Lo anterior es confirmado por los resultados obtenidos en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ)³¹ realizada en Bogotá, Colombia en el año 2002, en la cual se encontró que el 62% de los estudiantes de colegios públicos de Bogotá han probado alguna vez el cigarrillo. La prevalencia total de tabaquismo entre los y las jóvenes de 11 a 15 años de edad en 40 de los colegios estudiados fue de 29.8%, de los cuales 30.2% fueron del sexo masculino y 28.7% del sexo femenino, lo que indica que la mayor prevalencia de taba-

quismo en los hombres posiblemente se conserva a lo largo de la vida, aunque con porcentajes cada vez mas cercanos entre ambas poblaciones. En la Universidad de Manizales el 36% de los fumadores es de sexo femenino y el 48.5% masculino; aunque hay información contradictoria, las mujeres fuman algo menos que los hombres, pero la diferencia se hace cada vez menos significativa.

Otro dato relevante resultante de esta investigación es que la mayoría de los fumadores de la UM consume de 1 a 4 cigarrillos por día; aunque esto los hace ser fumadores ligeros, según Bjartveit et al³², hay una gran cantidad de consecuencias en el ámbito de la salud que se pueden evidenciar a largo plazo, incluso en este grupo de fumadores, dado que este hábito aunque sea “leve”, incrementa los riesgos relativos para desarrollar enfermedad cardiaca isquémica, cánceres en general y cáncer de pulmón, principalmente en mujeres.

Otro aspecto que merece analizarse son las causas por las cuales hay mayor prevalencia de tabaquismo en unas facultades en comparación con otras en la UM; si bien las características demográficas de los encuestados son similares y la tendencia en la mayoría de los estudiantes es a ser no fumador. Podría suponerse que los estudiantes del área de la salud tienen tendencia a ser no fumadores debido a sus amplios conocimientos científicos sobre las consecuencias del hábito tabáquico, lo cual no se evidencia en los encuestados de la UM, ya que la prevalencia de fumadores en la facultad de Medicina es del 50%, siendo una de las más altas dentro de la Universidad. Un punto a considerar es la posible relación causa-efecto entre las responsabilidades y exigencias académicas y el hábito de fumar en este grupo de estudiantes.

Según la EMJT en Bogotá, el 69.5% de los fumadores actuales entre los 13 y 15 años desearía dejar de fumar, mientras que el 69.8 intentaron hacerlo pero no lo han logrado³¹. Este dato hace llamativo el hecho de que a pesar de que en la UM la dependencia a la

nicotina y la dependencia conductual al tabaco son bajas, no hay una alta motivación para abandonar el hábito.

En la UM sólo al 33.6% del total de encuestados le gustaría que existieran restricciones para fumar en ciertos lugares públicos, mientras que en el estudio de la EMTJ el 90% de los no fumadores y el 63.8% de los fumadores actuales consideran la necesidad de dicha reglamentación³¹, lo que evidencia en general bajo interés y sensibilización frente a esta problemática y los efectos reales para la salud, tanto en el fumador activo como en el pasivo. Paradójicamente, aunque más del 90% de los fumadores activos y pasivos conocen los riesgos y consecuencias de su hábito, se genera la duda del por qué continúan consumiendo tabaco si éste es nocivo para su salud y la de aquellos que los rodean y a su vez la existencia de un bajo interés en la reglamentación de áreas para fumadores.

Así mismo, la mayor parte del estudiantado considera el tabaquismo como un vicio o como un hábito, mientras que Koh et al³³ resaltan la importancia de que éste sea apreciado como una forma de adicción que desafortunadamente aún sigue siendo aceptada socialmente. De igual forma estos investigadores afirman que actualmente el tabaquismo es un hábito con tendencia a la desaparición. Esto podría parecer imposible en principio, pero gracias a la implementación de “Políticas de Aire Limpio” en algunos países, 145 en total, con el fin de restringir este hábito en los lugares públicos y en sitios de trabajo se ha logrado disminuir la prevalencia de fumadores hasta en un 3.8% en un lapso de 3 años. Por esta razón se espera que otros países se unan a estas políticas estimulados por los buenos resultados obtenidos en los países que ya las han implementado. La falta de políticas antitabaco se evidencia por la baja tasa de exfumadores encontrada tanto en la Universidad de Manizales (0.8%), como en la USC (4.4%)²⁸.

Nancy A. Rigotti³⁴ plantea a manera de estrategia para dejar de fumar, el hecho de que

es muy importante que el tratamiento para abandonar este hábito incluya tanto farmacoterapia como apoyo psicológico, ya que ambos pueden llegar a ser muy útiles individualmente, pero aplicadas simultáneamente se potencian de forma exponencial. Así mismo, considera que es muy importante que el médico se tome como mínimo 3 minutos para educar al paciente y a su vez estimularlo para que abandone el hábito, sugiriendo que esta intervención podría ser efectiva incluso por vía telefónica. Se debe enfatizar que para dejar de fumar es indispensable la intención, que puede ser propia o infundada, teniendo como pilares fundamentales el apoyo de los amigos y familiares; buscar métodos que reemplacen los deseos de fumar del individuo.

Se requiere entonces un trabajo conjunto de las entidades gubernamentales y de las áreas de la salud de todos los países para facilitar la prevención en la adquisición del hábito tabáquico y la promoción para su cesación, razón por la cual se debe trabajar eficazmente con los jóvenes iniciando en los colegios, ya que la promoción que están recibiendo de las compañías tabacaleras para que adquieran el hábito supera la información ofrecida sobre sus consecuencias nocivas, por parte de los centros educativos³¹.

Según la literatura revisada durante la realización de esta investigación y con base en los resultados obtenidos en la misma, se hace indispensable buscar medios y métodos a través de los cuales se comiencen a implementar estrategias que de forma preventiva estimulen principalmente a los jóvenes para que no adquieran este hábito y de forma correctiva los invite a abandonarlo; esto con el fin de mejorar la calidad de vida de los individuos y así disminuir la morbimortalidad e impacto social que a futuro conlleva el tabaquismo.

Así mismo es alarmante el hecho de que según el boletín informativo del equipo de promoción y prevención de la salud de la Universidad de Manizales IDENTIFICATE

2006*, en las cafeterías de la UM y sus alrededores se compran en promedio 3500 cigarrillos diarios (175 cajetillas aproximadamente), si se considera que el funcionamiento de la Universidad es de 7:00 am a 10:00 pm, el promedio de cigarrillos consumidos por hora es de 233 aproximadamente.

Es por todo lo anterior que se plantea la necesidad de que procesos investigativos como el aquí descrito sean llevados a cabo en otras universidades de Colombia con el fin de conocer la prevalencia de tabaquismo en los jóvenes y así determinar cuál es el origen real de este problema que para la salud pública tiene implicaciones tanto sociales, como culturales, individuales y económicas; con el fin de crear estrategias dirigidas a la prevención en el inicio de este hábito así como también medidas para alentar y apoyar a los fumadores para que decidan abandonar el uso del cigarrillo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dilia Castrillón Directora del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la UM por su gran apoyo para con el desarrollo de nuestro trabajo y así mismo le damos las gracias al Dr. Cesar Hoyos Herrera Vicerrector académico de la UM por el interés que mostró al conocer nuestro proyecto y por la relevancia que pretende darle en un futuro con el fin de mejorar el bienestar de la comunidad universitaria.

LITERATURA CITADA

* Equipo de promoción y prevención de la salud de la Universidad de Manizales. IDENTIFICATE BOLETÍN 2006. Manizales, Caldas, 2006.

¹ Abdullah A, Simon SM, Jonathon L. Health promotion in older adults: Evidence-based smoking cessation programs for use in primary care setting. *Geriatrics* 2006; 61: 30- 35.

² Dudas RB, Hans K, Barabas K. Anxiety, depression and smoking in school children

- implications for smoking prevention, *J R Soc Health* 2005 ; 2 :87-93.
- ³ Hersey JC, Niederdeppe J, Ng Sw, Mowery P, Farrelly M, Messeri P. How state counter-industry campaigns help prime perceptions of tobacco industry practices to promote reductions in youth smoking. *Tob Control* 2005; 14: 377-383.
- ⁴ Slama, K. From evidence to practice: tobacco control effectiveness, *Tob control* 2005.; 1: 28 – 32.
- ⁵ Poland B, Fronhlich K, Haines RJ, Mykahalovsky E, Rock M, Sparks R. The social context of smoking: the next frontier in tobacco control. *Tob Control* 2006; 15: 59-63.
- ⁶ Cotran R, Kumar V, Collins T. *Patología estructural y funcional*. ed. 6. Bogotá: , 2002.
- ⁷ Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. *Salud Pública*. ed.1 . Mc Graw Hil; 1998.
- ⁸ Cameron RL. Effectiveness of a social influences Smoking prevention program as a function of provider type : training method and school risk, *Am J Public Health* 1999 ; 89: 1827-1831.
- ⁹ Tafur LA, Ordoñez GA, Millán JC, Varela JM, Rebellón P. Tabaquismo en personal de la Universidad Santiago de Cali, *Colomb Med* 2005; 36: 194-198.
- ¹⁰ Lewis S, Arnott D, Godfrey C, Britton J. Public health measures to reduce smoking prevalence in the UK: How many lives could be saved? *Tob Control*. 2005;14: 251-254.
- ¹¹ Satcher D. Editorial: With 4 million deaths per year attributable to smoking: Why we need an international agreement on tobacco control. *Am J Public Health*, 2001; 91: 191-194.
- ¹² Borland R. Evaluating comprehensive tobacco control interventions: Challenges and recommendations for future action, *Tob Control* 2002; 11: 140-145.
- ¹³ Levy D, Bauer J. Simulation modeling and tobacco control: creating more robust public health policies. *Am J Public Health* 2006; 96: 494- 499.
- ¹⁴ López ML. Impact of cigarette advertising on smoking behaviour in Spanish adolescents as measured using recognition of billboard advertising, *Eur J Public Health* 2004; 14: 428-432.
- ¹⁵ Henriksen L, Dauphinee AL, Wang Y, Fortmann SP. Industry sponsored anti-smoking ads and adolescent reactance: test of a boomerang effect. *Tob Control*. 2006; 5: 13-18.
- ¹⁶ O'Loughlin J. Genetically decreased CYP2A6 and the risk of Tobacco dependence: a prospective study of novice smokers, *Tob Control* 2004; 13:422-428
- ¹⁷ Departamento de comunicaciones de TFI. Versión actualizada de el cuerpo del fumador. Ginebra: OMS; 2004.
- ¹⁸ Owen L, Youdan B. 22 years on: the impact and relevance of the UK No Smoking. *Tob Control* 2006; 15:19-25.

- ¹⁹ Gingiss P, Boerm M, Roberts-Gray C. Follow-up comparisons of intervention and comparison schools in a state Tobacco prevention and control initiative, *J Sch Health* 2006; 76: 98-103.
- ²⁰ Willemsen M. The new EU cigarette health warnings benefit smokers who want to quit the habit: results from the Dutch continuous survey of smoking habits. *Eur J public Health* 2005; 15:389-392.
- ²¹ Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA. Effect of local restaurant smoking regulations progression to established smoking among youths. *Tob Control* 2005; 14: 300-306.
- ²² Jason LA, Liotta RF. Reduction of cigarette smoking in a university cafeteria, *J appl Behav Anal* 1982;15:537-577
- ²³ Charlton A, Moyer C, Gupta P, Hill D. Documentos informativos tabaco salud: El fumar entre los jóvenes. Manchester: OPS/OMS; 2002.
- ²⁴ Caraballo R, Pederson L, Gupta N. New Tobacco products: do smokers like them?. *Tob Control* 2006; 15:39-44.
- ²⁵ Mulcahy Ml. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tob Control* 2005; 14:384-388.
- ²⁶ Congreso de los diputados. Aprobación por la comisión con competencia legislativa plena de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Madrid: Boletín oficial de las cortes generales; 2005.
- ²⁷ Viteri SA. Diagnóstico especializado de tabaquismo. Madrid: Hospital la princesa- Unidad de tabaquismo; 2002.
- ²⁸ Tafur LA, Ordoñez G, Millán JC, Varela JM, Rebellón P. Prevalencia de tabaquismo en estudiantes recién ingresados a la Universidad Santiago de Cali. *Colomb Med* 2006; 37:126-132.
- ²⁹ Guillén D, Nerón I, Mas A, Crucelaegui A. Estudio de fiabilidad de una encuesta utilizada para valorar la prevalencia, los conocimientos y las actitudes sobre el tabaquismo en estudiantes de medicina. *Arch Bronconeumol* 2003; 39 (4): 159-166.
- ³⁰ Bartecchi CE, MacKenzie TD, Schrier W. The human costs of tobacco use- first of two parts. *N Engl J Med* 1994; 330:907-912.
- ³¹ Wiesner C, Peñaranda D. Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes- reporte de Bogotá, Colombia. *Rev Col Cancerol* 2002; 6 (4):5-13.
- ³² Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control* 2005; 14:315-320.
- ³³ Koh HK, Joossens LX, Connolly GN. Making Smoking History Worldwide. *N Engl J Med* 2007; 356(15):1496-1498.
- ³⁴ Rigotti NA, Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002; 346(7):506-512.