



Centros de
Integración
Juvenil, A.C.

Tabaco y MUJERES



DIRECTORIO

DR. ROBERTO TAPIA CONYER
Presidente del Patronato Nacional

SRA. KENA MORENO
Fundadora de CIJ y
Vicepresidenta Vitalicia del Patronato Nacional
Coordinadora de la obra

DRA. CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES
Directora General

MTRO. BRUNO DIAZ NEGRETE
Director Normativo

DR. ÁNGEL PRADO GARCÍA
Director Operativo y de Patronatos

LIC. IVÁN RUBÉN RÉTIZ MÁRQUEZ
Director Administrativo

COMPILADORA
Dra. Carmen Fernández Cáceres

AUTORES
Dr. Lino Díaz-Barriga Salgado, Psic. Monserrat Lovaco Sánchez, Edith Chávez Vizuet; Dra. Carmen Fernández Cáceres, Dra. Patricia Gómez Martínez; Dr. Horacio Rubio Monteverde, Patricia Fuentes; Psic. Ma. Angélica Ocampo Ocampo, Psic. Blanca Mónica Leal Bravo, Psic. Dulce Yazmín Pájaro Galicia; Andrea Cataño; Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez, Psic. América Morales Ruiz.

COLABORADORES:
Lic. Silvia Cruz, Psic. Esther Huidobro Catalán,
Pd. Angélica Ruiz Aparicio.

EDICIÓN
Patricia Fuentes, Andrea Cataño

CUIDADO DE LA EDICIÓN
Martha Mayagoitia Talamante

CORRECCIÓN
Elena Cuevas Blancas, Ana Cristina González Díaz,
Andrea Pérez Orozco

DISEÑO GRÁFICO
Lic. Víctor Gerardo Gutiérrez Campos

CÓMO CITAR ESTA OBRA
Centros de Integración Juvenil, A. C. (2006).
Tabaco y mujeres (2.^a ed.). CIJ.



Tabaco y MUJERES

D.R. © 2006 Centros de Integración Juvenil, A.C.
ISBN 968-5217-05X
Tlaxcala 208, Col. Hipódromo Condesa
06100, México, D.F.
Sitio WEB: www.cij.gob.mx

PRESENTACIÓN

Históricamente el consumo de drogas es una de las situaciones en las que las mujeres han sido más estigmatizadas. Ya desde tiempos antiguos a las mujeres se les prohibía tomar vino, a través de una ley romana, al llegar a casa, el marido la obligaba a exhalar su aliento, mientras acercaba sus labios a los de ella, para cerciorarse de que no hubiera bebido. En caso de que oliera a alcohol, la mujer era castigada con penas tan severas como las reservadas a las adúlteras, pues se consideraba que las mujeres perdían la decencia y la compostura.

Este pensamiento ha permanecido a lo largo de la historia hasta nuestros días, aunque con algunas particularidades. Por ese motivo, hasta hace pocos años las mujeres consumían tratando de pasar desapercibidas por miedo al rechazo de la sociedad en general y de su grupo familiar en lo particular. La imagen tradicional de las mujeres está orientada a una imagen de protectora de la armonía familiar, por lo que en materia de adicciones su papel se relaciona con el cuidado de la salud de las demás personas.

Sin embargo, el consumo de tabaco por parte de las mujeres es una de las prácticas que socialmente ha tenido cierta permisividad que está relacionada con el estatus social, aun cuando se sabe de las consecuencias que puede tener para la salud. Actualmente es uno de los consumos más cotidianos por parte de las mujeres y cada vez se reduce más la edad de inicio. Entre las adolescentes se percibe un incremento del consumo de tabaco que puede estar relacionado con los ritos de aceptación de sus pares, para sentir que están a la moda, o bien como se ha visto en mujeres de mayor edad, puede tener relación con estados depresivos.

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 señala que en la población entre 12 y 65 años de edad cerca de 27 millones de personas habían probado un cigarrillo alguna vez en su vida, las cuales 48% son hombres y 23.4 mujeres. La edad de inicio de la población adolescente fue de 13.7 años, mientras que para la población adulta fue de 17.4 años.

En particular se resalta que la razón más importante para el inicio del consumo de tabaco en el caso de las mujeres fue por convivencia familiar, con amistades o compañeros. Este motivo es similar al que reportan otros grupos de población. Sin embargo, es importante profundizar en las dinámicas que tienen las mujeres respecto al consumo de tabaco, que sin duda parte de lo que refleja también se relaciona con los roles tradicionales

de género. Por ejemplo, de acuerdo con la experiencia en las Clínicas para Dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil, una de las razones que las mujeres argumentan cotidianamente es que su deseo de dejar de fumar obedece al sentido de responsabilidad que tienen para su familia, es decir, ingresan a los tratamientos y los terminan no por un sentido de cuidado de salud personal, sino más bien para proteger a su grupo familiar. Por lo tanto, es indispensable continuar profundizando en esta problemática para tener elementos con mayor precisión para intervenir.

Para responder a esta problemática, el área de Equidad y Género de Centros de Integración Juvenil tiene diferentes acciones orientadas a la prevención y el tratamiento del tabaquismo basadas en las características de los diferentes grupos de población.

Entre estas acciones se inscribe esta publicación: *Tabaco y mujeres*, que integra y comparte información, conocimiento y experiencias de especialistas en prevención y tratamiento para dejar de fumar dirigidos a las mujeres mexicanas.

Dra. Carmen Fernández Cáceres

Directora General de CIJ

Índice

Introducción	1
Modelo de atención al tabaquismo en Centros de Integración Juvenil; tratamiento a mujeres trabajadoras en una unidad móvil <i>Dr. Lino Díaz–Barriga Salgado; Psic. Monserrat Lovaco Sánchez; Edith Chávez Vizuet</i>	7
Factores asociados al consumo de tabaco en mujeres adolescentes, jóvenes y adultas <i>Psic. Carmen Fernández Cáceres; Dra. Patricia Gómez Martínez.....</i>	33
Tabaquismo y su repercusión en la salud Los profesionales de la salud como líderes en la lucha contra el tabaquismo <i>Horacio Rubio Monteverde; Patricia Fuentes</i>	53
Tratamiento a fumadoras en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México <i>Psic. Ma. Angélica Ocampo Ocampo; Psic. Blanca Mónica Leal Bravo; Psic. Dulce Yasmín Pájaro Galicia</i>	67
Campañas para desalentar el consumo de tabaco <i>Patricia Fuentes; Andrea Cataño</i>	77
Servicios de tratamiento para mujeres en la Clínica para dejar de Fumar de la Facultad de Medicina de la UNAM <i>Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez; Psic. América Morales Ruiz</i>	89

Introducción

Según cifras de la OMS, aproximadamente el 22% de las mujeres en los países industrializados fuma, mientras que en los países en vías de desarrollo fuma cerca de un 9% de mujeres. En México, la ENA 2002 indica que la prevalencia de fumadoras en la población urbana fue de 16.1%, esto es, más de 4 millones de fumadoras (4,686,744).

De acuerdo con la OMS, entre los efectos perjudiciales del consumo de tabaco en la mujer se encuentran las enfermedades cardiovasculares; los tumores malignos en pulmón, esófago, boca, faringe, vejiga, páncreas, riñón y cuello uterino; las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, como bronquitis y enfisema; las complicaciones durante el embarazo, los problemas de infertilidad primaria y secundaria, y la fractura de cadera (Ernster, 2001).

Un problema de esta magnitud requiere de estrategias integrales y eficaces que abarquen tanto la prevención, como el tratamiento en las diferentes etapas de la vida de la mujer. Estas estrategias deben fundamentarse en estudios epidemiológicos, lo mismo que en estudios clínicos y psicosociales sobre el consumo de tabaco con perspectiva de género, a fin de disponer de elementos suficientes para abordar esta problemática.

En este contexto se inscribe esta publicación, *Tabaco y Mujeres*, cuyos trabajos reflejan los esfuerzos de los diversos sectores de la sociedad mexicana relacionados con las medidas de reducción de la demanda de tabaco establecidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. Entre las medidas relativas al abandono del tabaco, se presentan los resultados y las experiencias de las Clínicas para Dejar de Fumar de los Centros de Integración Juvenil, el Hospital General de México y la Facultad de Medicina de la UNAM. Respecto a las relacionadas con la educación, la comunicación, la formación y la sensibilización de la población, se inscriben los trabajos sobre el liderazgo de los profesionales de la salud en la lucha contra el tabaquismo, los factores asociados al consumo de tabaco en las mujeres y las campañas para desalentar el consumo de tabaco en jóvenes y mujeres.

El trabajo sobre el liderazgo de los profesionales de la salud nos lleva a la reflexión del papel prominente de éstos, dada la confianza que la sociedad les ha otorgado, colocándolos desde cualquier nivel en una posición que les permite participar en la formulación de políticas públicas; en la práctica clínica, pueden prevenir enfermedades asociadas al consumo de tabaco, dar consejo breve para dejar de fumar y brindar tratamiento para el tabaquismo, además de incorporar información sobre el tema en los programas de formación y educación continua de los profesionales de la salud.

El estudio sobre factores asociados al consumo de tabaco en mujeres adolescentes, jóvenes y adultas contribuye al conocimiento sobre los motivos de inicio en el consumo de tabaco y las circunstancias que lo favorecen, la influencia de pares en las adolescentes, y la relación del uso de tabaco con estados afectivos como depresión y estrés en las adultas. Estos estudios son muy útiles porque aportan elementos para orientar programas de prevención a fin de que estos grupos de población no se inicien en el consumo de tabaco.

Los resultados de la evaluación de las campañas para desalentar el consumo de tabaco entre los adolescentes y los jóvenes, contribuyen al conocimiento de los mensajes que tienen impacto en la población más vulnerable y reiteran la necesidad de apoyar la producción y difusión de mensajes efectivos tanto para adolescentes, como para mujeres.

Los resultados y las experiencias de las Clínicas para Dejar de Fumar de los Centros de Integración Juvenil, del Hospital General de México y de la Facultad de Medicina de la UNAM que atienden a la población mexicana, contribuyen al conocimiento tanto de las características de las fumadoras, como de su respuesta a las diferentes modalidades de tratamiento. Algunos de los datos relevantes de estos estudios se exponen a continuación:

Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México

De acuerdo con los resultados de 2005 de la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General, la edad promedio de las mujeres que asistieron a tratamiento fue de 48 años, el 42.5% son mujeres casadas, la ocupación que predomina es la de ama de casa y el 30% reporta un nivel escolar de carrera técnica.

La edad promedio de inicio en el uso de tabaco es de 15 años, han fumado en promedio 30 años y su consumo diario es de 20 cigarrillos. El 60% presenta dependencia física a la nicotina.

En cuanto a comorbilidad, se encontró que la población femenina presentó con más frecuencia diagnósticos de enfermedad respiratoria, principalmente Bronquitis Crónica y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), además de niveles altos de colesterol y triglicéridos. También destacan los elevados niveles de ansiedad y depresión que presentaron la mayoría de las mujeres que solicitaron tratamiento.

Clínica para Dejar de Fumar de la Facultad de Medicina de la UNAM

Los hallazgos de la Clínica para Dejar de Fumar de la Facultad de Medicina de la UNAM de 2001 a 2004 indican que 240 pacientes fueron atendidos en 29 grupos de terapia grupal y 46 pacientes mediante terapia individual. La edad promedio de los pacientes de ambos sexos fue de 41 años, mientras que la edad de las mujeres fue de 57 años. El nivel de escolaridad que predomina es licenciatura, seguido de posgrado. La edad de inicio en el consumo es de 17 años; el nivel de dependencia física es moderado con riesgo significativo de padecer enfermedades asociadas al consumo de tabaco; el promedio diario de consumo de las mujeres fue de 17 cigarrillos. Los niveles de ansiedad y depresión fueron más elevados en las mujeres al inicio del tratamiento.

Los resultados de este estudio arrojan evidencia de las diferencias sustanciales entre los hombres y las mujeres fumadoras, las cuales se observan desde los motivos de inicio en el consumo de tabaco, el desarrollo de la adicción y la comorbilidad, hasta la respuesta a los diferentes tratamientos psicológicos y farmacológicos.

Clínicas para Dejar de fumar de Centros de Integración Juvenil

Los resultados de las Clínicas para Dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil se dividen en dos vertientes: 1) Las pacientes monousuarias y poli-usuarias atendidas en las unidades operativas y 2) Las pacientes atendidas en la Unidad Móvil ubicada en una empresa.

Monousuarias y poliusuarias

Los principales resultados del tratamiento para dejar de fumar proporcionado en las unidades operativas de la red de atención de Centros de Integración Juvenil, en torno a las características del consumo en mujeres monousuarias y poliusuarias y la respuesta al tratamiento son los siguientes:

El mayor porcentaje procedía de zonas de alto riesgo y del nivel socioeconómico medio bajo. La mayoría de las monousuarias que acudieron reportó nivel de primaria y las poliusuarias nivel bachillerato o técnico. Acudió un mayor porcentaje de casadas y de mujeres que trabaja; las poliusuarias registraron un mayor índice en la categoría de estudiantes respecto a las monousuarias.

La mayor parte de las poliusuarias tenía de 50 a 54 años, entre las monousuarias un 39% tenía entre 40 y 49 años. La mayoría de las mujeres inició el consumo entre los 10 y 19 años, 62% de poliusuarias contra 78% de monousuarias. El nivel de dependencia física fue bajo en ambos grupos. Alrededor del 35% fumó más de 30 años antes de buscar tratamiento. Acudió un mayor porcentaje de mujeres casadas y de mujeres que trabajan; las poliusuarias registraron un mayor índice en la categoría de estudiantes, respecto a las monousuarias.

Las mujeres mostraron un mayor porcentaje de fases de cambio favorables para iniciar el tratamiento. El 88% de poliusuarias y el 74% de monousuarias requirieron apoyo farmacológico.

Las monousuarias alcanzaron un porcentaje mayor de conclusión del tratamiento, 83% y 32%. Las poliusuarias lograron un mayor porcentaje de efectividad, 90% contra 62% de las monousuarias. Recayeron más las monousuarias, 11% contra 2.5% de las poliusuarias y se recuperaron más rápidamente.

Unidad Móvil

Por otra parte, los resultados obtenidos en la Unidad Móvil para dar atención a personas que quieren dejar de fumar permitieron analizar el perfil de los fumadores y la respuesta al tratamiento en pacientes monousuarios con diferentes características sociales y económicas.

La mayoría de las mujeres que asistieron a tratamiento fluctuó en un rango de edad de 45 a 49 años. La edad de inicio del consumo de tabaco fue de 15 a 19 años. El 50% fuma cigarros de tipo normal, seguido de un 40% que consume de tipo *light*. El 97% suele dar el “golpe” al cigarro y al 75% le preocupa su peso corporal.

El 81% refirió que buscó tratamiento por iniciativa propia. El 58% registró dependencia baja a la nicotina. El 94% presentó niveles de ansiedad y el 92%, síntomas de depresión. En cuanto a padecimientos en el sistema respiratorio, se encontró que el 39% tiene disnea, seguido del 14% que presenta tos o irritación en garganta, con secreción.

En relación con las enfermedades familiares el 50% reporta algún tipo de cáncer, el 28% diabetes mellitus, un 8% EPOC y el 3% gastritis o úlcera.

Al indagar sobre el uso de sustancias en la familia, el 31% aceptó usar otras sustancias además del tabaco, entre las que destaca el alcohol, seguido de la marihuana.

Conclusiones

Los trabajos integrados en esta publicación arrojan información y conocimiento sobre el tabaquismo en la población mexicana con perspectiva de género, que permite no sólo comprender mejor los factores que favorecen el consumo de tabaco, los factores de riesgo asociados, la comorbilidad y la respuesta al tratamiento, sino orientar las acciones de prevención para desalentar su consumo, adecuar las estrategias de tratamiento y mejorar los servicios de salud.

Los estudios epidemiológicos indican que tanto la depresión, como la ansiedad aparecen con mayor frecuencia en las mujeres. Los resultados obtenidos de las Clínicas comprueban que los mayores índices de depresión y ansiedad los presentan las mujeres tanto al inicio, como al final del tratamiento.

Los resultados obtenidos de estas experiencias confirman la importancia y la efectividad de aplicar modelos integrales para la atención del tabaquismo que abarquen tanto el diagnóstico, como la combinación de terapias cognitivo-conductuales y terapias de reemplazo y supresión a la nicotina, el seguimiento y la evaluación de los pacientes.

Modelo de atención al tabaquismo en Centros de Integración Juvenil; tratamiento a mujeres trabajadoras en una unidad móvil

Dr. Lino Díaz–Barriga Salgado¹
Psic. Monserrat Lovaco Sánchez²
Edith Chávez Vizuet³

Introducción

Cuando una niña o una adolescente fuma por primera ocasión seguramente lo hace por curiosidad o imitación, para ser aceptada en un grupo de pares, como un intento de demostrar que se es libre, independiente y rebelde; más adelante el fumar la hará sentirse atractiva, sexy y con ello creará que está preparada para desenvolverse en ambientes en los que es preeminente el dominio masculino.

Al encender sus primeros cigarros, estas mujeres buscan ser consideradas chicas “actuales”, reconocidas como iguales ante los hombres; entre sus planes no se encuentra el desarrollar un hábito, una adicción a la nicotina, ni tampoco el incrementar significativamente los riesgos de padecer una de las veinticinco enfermedades asociadas al consumo de tabaco. La percepción de riesgo está sumamente disminuida; tanto así que, últimamente, se ha observado que las adolescentes están fumando con fines estéticos para mantenerse esbeltas. No perdamos de vista que los casos de bulimia y anorexia se están incrementando.

Un alto porcentaje de mujeres que fuma conoce los daños que el tabaco ocasiona en su organismo, entonces ¿a qué se debe que continúen fumando? ¿Por qué no les interesa iniciar un tratamiento? ¿Por qué cuando lo intentan

¹ Director General Adjunto de Normatividad de Centros de Integración Juvenil, A.C.

² Subdirectora de Consulta Externa de Centros de Integración Juvenil, A.C.

³ Técnico Normativo del Departamento de Consulta Externa de Centros de Integración Juvenil, A.C.

fracasan? Muchos de nosotros hemos sido testigos de los esfuerzos que han hecho compañeros, familiares y amigos para dejar de fumar; algunos de ellos lo lograron sólo por cortos periodos, otros ni siquiera alcanzaron las 24 horas de abstinencia.

El consumo continuo de tabaco se convierte en un hábito, se asocia a situaciones cotidianas, en las que el fumar proporciona una sensación placentera, lo que es conocido como dependencia psicológica. Posteriormente, se desarrolla la dependencia física a la nicotina.

La nicotina es la principal sustancia del tabaco, actúa como sedante y estimulante, es altamente adictiva; su ingestión produce una descarga de epinefrina de la corteza suprarrenal, estimulando el SNC y algunas glándulas endocrinas, lo que causa una liberación repentina de glucosa, el estímulo va seguido de depresión y fatiga, situación que lleva a la persona a consumir más nicotina.

Las investigaciones recientes han demostrado que la corticosterona –hormona producida por la tensión– reduce los efectos de la nicotina, siendo necesario aumentar las dosis para obtener el mismo efecto, lo que genera una mayor tolerancia y dependencia. La tensión puede ser causa directa de recaídas después de un periodo de abstinencia.

Frecuentemente se dice que las personas que cursan una depresión fuman para tratar de aliviar de alguna forma su estado de ánimo; sin embargo, un estudio publicado en la revista *Pediatrics*, señala que el cigarro aumenta hasta cuatro veces el riesgo de sufrir depresión.

La depresión, uno de los principales problemas de salud mental en el mundo occidental, se presenta con mayor frecuencia en la población de mujeres y se tiende a minimizar la importancia de sus síntomas, favoreciendo con ello su cronicidad.

El tabaquismo es considerado el principal problema de salud pública debido a la gran cantidad de enfermedades crónicas, progresivas e incapacitantes que provoca.

El panorama que estamos presenciando no es favorable, estamos ante dos de las epidemias de principios del siglo XXI: depresión y tabaquismo.

Revisemos algunos datos significativos acerca del tabaquismo, las enfermedades asociadas a su consumo -destacando las específicas de la mujer fumadora- los factores de riesgo detectados, las diferencias en el consumo y en el proceso de recuperación. Finalmente daremos a conocer a ustedes los resultados que hemos alcanzado en el tratamiento del tabaquismo con población de monousuarias y poliusuarias.

El tabaquismo, la pandemia del siglo XXI

Las cifras demuestran que el consumo de tabaco ha alcanzado la proporción de una epidemia global. Cada año, el tabaco es la causa de 3.5 millones de muertes alrededor del mundo, lo que significa que se registren diariamente diez mil defunciones por enfermedades asociadas a su consumo.

Basándose en las tendencias actuales, las cifras aumentarán a diez millones de muertes anuales entre el 2020 y 2030, de las cuales siete millones tendrán lugar en países en desarrollo como el nuestro. Con base en los patrones actuales de consumo se predice que más de 500 millones de personas morirán a causa del tabaquismo.

En los países desarrollados, en los que este hábito tomó auge durante los años 40 y 50, el efecto de las tendencias del pasado ya se puede apreciar: un 20% de todas las muertes actuales están asociadas al consumo de tabaco.

Para el 2020, se predice que el tabaquismo será la causa de más del 12% de las muertes; originará más muertes que el VIH, la tuberculosis, la mortalidad materna, los accidentes de vehículos, el suicidio y el homicidio combinados. De estas muertes, cerca de la mitad ocurrirán a una edad media, entre los 40 y 60 años, con una pérdida de 20 años de esperanza de vida normal.

Se calcula que un tercio de la población mundial de 15 años o más fuma; lo que significa que existen 1,100 millones de fumadores en todo el mundo. Para el 2025, llegaran a 1,600 millones.

A nivel mundial fuman el 47% de los hombres y el 12% de mujeres. En México, esta cifra es mayor en la población de mujeres.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA), señalan que aproximadamente 14 millones de personas de población urbana entre 12 y 65 años de edad son fumadores; en 1988 eran 9.2 millones. La prevalencia en población masculina en el 2002 era de 39.1%, en 1988 del 38.3%; en el caso de las mujeres fue de 16.1% y en 1988 del 14.4%.

El 47.6% de los jóvenes iniciaron el consumo de tabaco entre los 15 y 17 años. Uno de cada diez varones inició el consumo de tabaco antes de los 11 años. Asimismo, se señala que en 2002, de los jóvenes que fuman diario el 86.5% consumió de 1 a 5 cigarros. En el año de 1998 era de 57.2%, en 1993 fue del 48.9%; y en 1988 fue del 48.8%. En relación con la distribución de fumadores por edad actual, el 40.8% se ubicó entre 18 y 29 años, 25.1% en el grupo de 30 a 39 años y disminuyen las proporciones a mayor edad.

Las cifras anteriores, aunadas a varias investigaciones realizadas en otros países, indican un ascenso en las tasas de consumo de tabaco principalmente en la población adolescente y de mujeres, de igual manera señalan la disminución en la edad de inicio en el consumo.

Enfermedades asociadas al consumo de tabaco

Es necesario tener presente que un cigarro contiene más de 4 mil compuestos químicos, incluyendo 43 que causan cáncer, y muchos otros que son tóxicos, venenosos o que dañan los genes.

Cada cigarro normal de 1 gramo contiene entre 10 y 20 mg de nicotina, al fumar incorporan a los pulmones 1 o 2 mg de nicotina.

Una persona que tuviera un promedio de 45 años y hubiese comenzado a fumar siendo adolescente, y actualmente fumara una cajetilla al día, tomaría 200 aspiraciones de humo diariamente, 6 mil al mes, 72 mil al año y más de 2 millones en su vida.

No perdamos de vista que el cigarro posee una intensa actividad radioactiva, producida por las radiaciones alfa emitidas por los isótopos polonio-210 y plomo-210 que se encuentran en las hojas y el humo. Un fumador de 30 cigarros diarios recibe en los bronquios 400 rads de radiaciones alfa por año, lo equivale a 300 radiografías de toráx.

En México se atribuyen al tabaquismo el 45% de las muertes por enfermedad isquémica del corazón; el 51% por enfermedad cerebrovascular; el 84% por enfisema y bronquitis crónica y, el 90% por cáncer pulmonar.

Para la población de mujeres se reporta que las fumadoras tienen tres veces más probabilidades de ser infértiles. El efecto antiestrogénico en el ovario puede provocar alteraciones menstruales, sobre todo dismenorrea, falta de ovulación, además de problemas en las Trompas de Falopio. Puede llevar a una menopausia temprana de 1.5 a 2 años antes que las no fumadoras, por ello, la osteoporosis se presentaría con la misma diferencia. Además, el efecto antiestrogénico priva de un mecanismo de defensa contra el desarrollo de arterioesclerosis, lo que aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica.

En mujeres el tabaquismo es una de las causa principales del cáncer de orofaringe y vejiga; aumenta el riesgo de padecer cáncer de hígado, colón, cuello del útero, páncreas y riñón. Hay mayor riesgo de sufrir un derrame ce-

rebral y una hemorragia subaracnoidea; y de morir como consecuencia de una ruptura de aneurisma de la arteria abdominal. En las adolescentes se reduce el índice de crecimiento del pulmón. También está asociado al cáncer de mama. Hay estudios que señalan el tabaquismo como factor de riesgo para la embolia cuando se asocia con uso de anticonceptivos.

Durante el embarazo, las sustancias tóxicas atraviesan la placenta produciendo efectos en el producto de la gestación, entre ellos: organogénesis más lenta de lo normal, y en general retraso en el crecimiento intrauterino, con disminución de longitud y peso del producto, mayor riesgo de malformaciones congénitas como paladar hendido y anomalías del corazón.

Los recién nacidos de madre fumadora presentan con mayor frecuencia muerte súbita y son más susceptibles a infecciones respiratorias, neumonías, asma, tos y sibilancias que los hijos de madre no fumadora. Cuando la madre fuma durante la lactancia la nicotina pasa por la leche y es absorbida por el niño, las concentraciones de nicotina están relacionadas con el número de cigarrillos que fuma la madre, se pueden detectar siete u ocho horas después de fumar.

Estudios refieren que los hijos de madre fumadora reportan coeficiente de inteligencia menor y aumenta el riesgo de que las hijas comiencen a fumar.

En mujeres posmenopáusicas se presenta una menor densidad ósea y aumenta el riesgo de sufrir fractura de cadera.

Indudablemente todo un mosaico de complicaciones médicas. Recuerde, no sólo el que enferma padece, también se ve afectada la familia y la comunidad. El tabaquismo no está asociado únicamente a la tasa de mortalidad, sino también a la de morbilidad.

El Enfisema Pulmonar Obstructivo Crónico (EPOC) salió de las escenas de cine en las que veíamos a un señor enfermo quitándose la mascarilla para fumar un cigarro, ahora está presente en los hogares de fumadores crónicos, provocando sufrimiento y desequilibrio en la dinámica familiar.

¿Por qué fuman las mujeres?

Los estilos de vida actuales, en los que la mujer adquiere nuevos papeles, mayor grado de autonomía, acceso a nuevas fuentes de trabajo y en general,

mayor participación en actividades fuera del hogar, han generado fuertes cambios en la mujer, lo que también ha influido en su salud. Los hábitos y conductas de riesgo hacen que con mayor frecuencia la mujer tenga que enfrentarse a problemas de salud como el tabaquismo, alcoholismo o adicción a medicamentos o drogas ilegales.

La dependencia del tipo subordinación a un compañero o protector es bien vista; pero, al mismo tiempo la familia también depende de la mujer, y esta dependencia no sólo implica mayormente relegar sus propias necesidades, sino que a la vez supone más trabajo para ella, lo cual muchas veces repercute en su salud.

Las expectativas sociales sobre el papel femenino son muy rígidas; esto conlleva a que la sociedad tolere más el uso de sustancias de diversa índole en el hombre que en la mujer.

Factores de riesgo

Para hablar de factores de riesgo en la mujer debemos partir de reconocer las características de la identidad femenina, principalmente las diferencias biológicas y de género, las cuales se van configurando a través de los roles que desempeña.

Como categoría de análisis, el concepto de género permite examinar las características particulares de crianza, autoridad, límites, responsabilidad y poder para varones y mujeres.

Valoradas positivamente las cualidades del varón en detrimento de las de la mujer, se legitima un orden jerárquico de relaciones hombre-mujer, con predominio de lo masculino.

Es por ello que las condiciones sociales y psicológicas en las que se desarrolla la mujer, son factores importantes en el establecimiento de actitudes y conductas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

Diferentes investigaciones indican que los factores de riesgo que pueden predisponer a la mujer al consumo de sustancias psicoactivas se relacionan más directamente con el aspecto emocional y afectivo. Entre los más comunes se encuentran:

El trabajo como ama de casa, asumido muchas veces por obligación y no como una opción personal, limitándole la posibilidad de desarrollarse en otros aspectos de su vida; matrimonio tradicional, donde la relación es

vertical sin posibilidad de comunicación efectiva y afectiva; conflictos continuos con la pareja por dificultades de relación, dependencia económica o puntos de vista diferentes; separación o divorcio; la doble jornada de trabajo que agota física y emocionalmente a la mujer; ser jefa de hogar, sin posibilidad de interactuar con otro adulto en el hogar y, en muchos casos, también sin el soporte emocional de familiares y amigos; ausencia de redes de soporte; buscar soluciones basándose sólo en el poder de los afectos sin hacer una evaluación objetiva y racional de los hechos; el estrés, producto de un mundo en cambio, en el que la mujer asume nuevos roles sin contar, en muchos casos, con el soporte social necesario; la crisis de identidad y sensación de vacío que siente la mujer cuando los hijos se van haciendo más independientes; la presión que ejerce el varón para consumir drogas en pareja, en una aparente situación de igualdad; relaciones sexuales no satisfactorias; el uso inadecuado del tiempo libre.

También la falta de posibilidades para estudiar o trabajar; la presión de la pareja para que no trabaje y carecer de información sobre los efectos y consecuencias del consumo de drogas.

En el caso específico del tabaco: Autoestima negativa, creer que podrá controlar su nerviosismo, mejorar su estado de ánimo y mostrarse más sexy; asumir el acto de fumar como un signo de emancipación; crecer al lado de padre y/o madre que fuma, con lo cual se aprende la “dinámica” del fumador, sus posturas, los lugares donde fumar y en caso de ser fumadora pasiva, acostumbrarse al olor y a la presencia del cigarrillo y la aceptabilidad de la fumadora en determinados grupos.

En el caso de las adolescentes se pueden citar dos aspectos característicos de esta edad como situaciones de riesgo: la construcción de la propia identidad y la pertenencia al grupo de pares.

La imagen corporal está estrechamente ligada al logro de la identidad en la adolescencia. Poseer un “cuerpo perfecto” como los patrones que la “cultura *light*” exige, puede llevar a las adolescentes al consumo de psicofármacos que les permiten, por ejemplo, bajar de peso.

Cuando la adolescente no se siente aceptada en determinados grupos o cuando se ve presionada a seguir ciertas conductas para permanecer en el grupo, surgen sentimientos de angustia y frustración, frente a ello, en muchos casos, la alternativa es el consumo de drogas.

Además, los y las adolescentes se encuentran inmersos en una realidad que los expone a estilos de vida cada vez más intensos, donde los

umbrales de sensación son tan amplios que “se hace necesario” el consumo de alguna sustancia para “sentir”.

También por características propias de su edad, muchas adolescentes consumen tabaco para imitar el mundo adulto.

Se puede agregar que el placer y el poder están muy ligados, principalmente en aquellos que se encuentran en una posición social de subordinación, como es el caso de las mujeres. Esto se traduciría en que algunas mujeres consumen drogas para obtener experiencias agradables. Por ello, es importante que la mujer desarrolle formas de enfrentar y superar patrones patriarcales y pueda conocer y afirmarse en aquello que la complace y le otorga poder.

Diferencias en el consumo de tabaco y en el tratamiento

Existen diversas investigaciones que muestran que los hombres y las mujeres difieren en el consumo de tabaco; las diferencias en sensibilidad a la nicotina pueden ser la causa fundamental. Al parecer las mujeres fuman menos cigarrillos por día, tienden a comprar los que tienen menos nicotina y no inhalan tan profundamente como los hombres; las mujeres pueden ser más afectadas por otros factores que por la propia nicotina, como los aspectos sensoriales del humo o los sociales.

Una investigación publicada en el National Institute of Drug Abuse (NIDA), denominada *Mujeres y abuso de drogas*, refiere que las mujeres tienen mayor dificultad para dejar de fumar con respecto a los hombres, porque para ellas son más importantes los factores sensoriales del cigarrillo: vista, olfato y el gusto. Fuman ante situaciones sociales, lo relacionan con el beber café y tomar alcohol; principalmente por sentirse estresadas. En una encuesta de la Asociación Pulmonar Estadounidense se reporta que las mujeres recaen en el consumo porque extrañan el confort de agarrar algo, por no tener algo en las manos.

Los estudios también señalan que es menos probable que intenten abandonar el consumo y si lo hacen tienen mayor probabilidad de recaer. En los tratamientos en que emplean terapia de reemplazo se reporta que la nicotina no reduce en las mujeres la apetencia por la sustancia; adicionalmente también se evidencia que el síndrome de abstinencia en ellas es más intenso y más probable el aumento de peso al abandonar el hábito.

Modelo terapéutico de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Centros de Integración Juvenil ha estructurado un modelo de atención profesional integral e interdisciplinario. Sus equipos terapéuticos están conformados por médicos psiquiatras, médicos generales, psicólogos y trabajadores sociales. Cuenta con una amplia red de servicios y pasantes en servicio social de diferentes campos que apoyan en acciones de prevención, detección oportuna e intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de consumo, abuso y dependencia a sustancias.

Actualmente se dispone de una infraestructura integrada por 95 centros que proporcionan prevención, tratamiento y rehabilitación –de ellos 5 son unidades de internamiento y 1 clínica de metadona– los cuales ofrecen un sistema integrado de estrategias terapéuticas que permiten atender a cerca de 33 mil pacientes al año.

El Programa de Tratamiento de Centros de Integración Juvenil tiene como objetivos principales:

- ◆ Reducir o suprimir el uso de sustancias adictivas.
- ◆ Acortar el curso y evolución del proceso adictivo.
- ◆ Identificar y tratar los padecimientos y disfunciones asociadas.

Los esquemas de tratamiento se ajustan a las necesidades de cada caso, se aplican en dos modalidades: consulta externa y tratamiento residencial. Se estructuran en un conjunto de servicios que se proporcionan en diferentes fases, las cuales tienen una continuidad: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Cada una de ellas tiene objetivos específicos y diferenciados; al paciente le permiten observar y evaluar los avances de su recuperación.

Las actividades terapéuticas que se proporcionan en la fase de tratamiento y rehabilitación son terapia individual, grupal, familiar, farmacoterapia, sesiones de orientación para los familiares y actividades de rehabilitación y reinserción social.

La multitud de factores que interviene en el origen del consumo de sustancias en cada persona, así como los efectos que la droga le haya causado, hacen necesario diversificar las intervenciones terapéuticas. Por ello, Centros de Integración Juvenil decidió diseñar esquemas de tratamientos

para atender a poblaciones específicas como adolescentes en alto riesgo, mujeres con antecedentes de violencia intrafamiliar, personas con problemas en su forma de beber; y también ha desarrollado esquemas específicos por sustancias, tales como: alcohol, heroína y tabaco.

Para el tratamiento específico de tabaco, CIJ decidió sumarse a los esfuerzos del sector salud y colaborar en la prevención y el tratamiento, debido, entre otras razones, a que existe un mayor riesgo de que los adolescentes que fuman tabaco lleguen a experimentar con otras drogas. Los resultados de estudios epidemiológicos de pacientes que asistieron a solicitar tratamiento en CIJ en 2004, indica que el 52% reportan al tabaco como droga de inicio; y el 79% lo consumieron alguna vez en la vida.

Son varios los factores que intervienen en la problemática del consumo de tabaco, pero el interés del presente escrito es compartir la información sobre las características de pacientes mujeres, atendidas en unidades móviles que proporcionan tratamiento para dejar de fumar.

Tratamiento para dejar de fumar

El objetivo del tratamiento es que las personas consumidoras de tabaco logren la supresión de su consumo. Los objetivos específicos son:

- a. Motivar a las personas que fuman a avanzar en el proceso de cambio para dejar de fumar y mantener la abstinencia.
- b. Identificar y analizar los motivos por los que la conducta adictiva se ha mantenido.
- c. Desarrollar habilidades cognitivo-conductuales para dejar de fumar.
- d. Identificar los factores de riesgo que propician las recaídas en el consumo de tabaco.
- e. Identificar la comorbilidad y las complicaciones secundarias al consumo de tabaco.

Proceso de atención

El proceso de atención está dividido en tres grandes fases: 1) Fase diagnóstica, 2) Fase de tratamiento y rehabilitación, y 3) Fase de seguimiento.

1) Fase diagnóstica

Al paciente se le entrega una cédula autoaplicable, “Cédula: Tratamiento para dejar de fumar” que contempla el “Cuestionario de Fagerström”, estas preguntas permiten determinar el grado de dependencia que el paciente ha desarrollado a la nicotina, así como la realización de un cuestionario motivacional que determina la etapa de cambio en que se encuentra el paciente; a partir de ello se determina el tipo de intervención específica para cada caso.

Si el paciente se encuentra en la fase de Precontemplación o Contemplación, de acuerdo con las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente, se le realiza la “Intervención Básica o Breve”, la cual consiste en desarrollar acciones específicas de consejería para promover en el individuo una percepción diferente del consumo de tabaco, motivarlo en el cambio de la conducta adictiva, que se traduzca en la decisión de participar en un tratamiento que le permita abandonar el consumo. Cuando se logra motivarlo para iniciar el cambio se le deriva a la “Intervención Avanzada”, es decir, al Programa Cognitivo-Conductual.

Si el paciente se encuentra en la fase de Preparación, Acción o Mantenimiento se le deriva a la “Intervención Avanzada”, previa valoración integral.

Se cuenta con una historia clínica diseñada específicamente para el tabaquismo. El médico realiza la valoración; se busca corroborar y ampliar la información proporcionada por el paciente en la cédula autoaplicable. El médico valora el empleo de alguna terapia de supresión o sustitución y con base en la historia y evaluación médica se indican los estudios de laboratorio y gabinete, que pueden ser: electrocardiograma, biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos, papanicolau de expectoración y espirometría, de acuerdo con las necesidades de cada caso. Se hace la integración diagnóstica y se deriva al Programa Cognitivo-Conductual, valorando previamente si se requerirá de tratamiento farmacológico.

2) Fase de tratamiento y rehabilitación

Se inicia el programa, de corte multimodal, que incluye terapia cognitivo-conductual. De manera selectiva se recurre a: terapia de sustitución de nicotina y de supresión, así como intervenciones psicoterapéuticas individuales y familiares.

El Programa Cognitivo-Conductual o “Intervención Avanzada” consta de diez sesiones en grupo con una duración de 90 minutos, dos veces por semana. Cada sesión, dependiendo de la temática, es coordinada por un médico o psicólogo, quienes propician la participación de los integrantes del grupo.

3) Fase de seguimiento

Concluido el Programa Cognitivo-Conductual, los pacientes continúan asistiendo mensualmente a las sesiones de seguimiento, cuyo objetivo es reforzar el mantenimiento de la abstinencia y, en caso de ser necesario, elaborar recomendaciones para recuperarla. También se realizan diferentes eventos comunitarios de salud y reuniones anuales donde los pacientes participan activamente.

En caso de que no puedan asistir a las sesiones de seguimiento, personal de Trabajo Social realiza un seguimiento vía telefónica, con la finalidad de reforzar la abstinencia, en caso de recaída se dan indicaciones que permitan nuevamente que el paciente se habilite para alcanzar la abstinencia. Se valora la reincorporación al grupo terapéutico.

Resultados

Se presentan los resultados de pacientes que recibieron tratamiento para dejar de fumar en las unidades móviles durante el periodo de enero a diciembre de 2005.

Los resultados se presentarán en tres fases: 1) Global: Hombres y mujeres; 2) Mujeres, y 3) Diferencias entre mujeres y hombres.

1) Global

De los datos obtenidos por la unidad móvil se observa que la población estudiada se conformó por 88 casos, siendo el 59% varones y el 41% mujeres.

La mayoría fluctúa en un rango de Edad Actual entre 45 y 49 años, le corresponde el 24%.

En la variable del Estado Civil se observó que más de la mitad, el 53%, reporta estar casado.

Al indagar sobre el Nivel de Estudios se observó que el 41% cuenta con estudios de Nivel Superior; sobre la Situación Escolar se observa que el 55% ha concluido los estudios. El 81% reporta contar con una Estabilidad Laboral mayor a seis meses.

Se buscó explorar las Expectativas Ante el Tratamiento, encontrando que el 98% marcó como primera opción dejar de fumar, un 18% considero una segunda expectativa, que es conocer los daños ocasionados por el tabaquismo y un 3% consideró en tercer lugar otros motivos.

Se indagó sobre los motivos para solicitar tratamiento: 90% planteó hacerlo por iniciativa propia; seguido por un 4% que lo solicita por recomendación de algún amigo. El 15% planteó tener un segundo motivo, donde se considero la sugerencia familiar.

El 99% reportó consumo de tabaco en el transcurso del último año.

En el Nivel de Dependencia Física, con base en el "Cuestionario de Fagerström", se encontró que el 48% califica con una Dependencia Baja a la nicotina.

Considerando que la Ansiedad y la Depresión se ven relacionados con el consumo de tabaco se indagó si estos síntomas se presentan o no en la población, encontrando que la ansiedad fue reportada por el 92% de los pacientes contra 84% de depresión.

Sobre si habían realizado Intentos Previos para Dejar de Fumar se registró que el 78% lo había intentado; sobre el Número de Intentos el 51% de la población ha realizado de uno a tres.

Se aplicó un Cuestionario Motivacional, encontrando que nuestra población se ubica en un nivel de motivación moderada con el 52%.

El 72% reportó que también suele consumir alcohol y un 3% ha consumido alguna droga, cocaína o *crack*.

Al indagar sobre la Exposición con Fumadores se encontró que el 42% convive con fumadores; en el Ámbito laboral el 89% respondió que sí tiene compañeros que fuman.

En lo que respecta a la convivencia con fumadores pasivos –niños, adolescentes o mujeres embarazadas– el 67% reporta hacerlo con niños, un 2% con mujeres embarazadas y sólo el 1% con adolescentes. El 45% señaló que su familia No Acepta el consumo de tabaco.

Al llegar a la exploración del padecimiento actual que presentan se observa que el 22% refiere dolor o inflamación en la garganta caracterizado por la presencia de tos; seguido por un 16% que plantea el querer dejar el consumo de

tabaco; el 13% reporta tener cansancio y dolor de cabeza o cuerpo. El 7% un segundo padecimiento, mientras que el 1% hasta un tercer padecimiento.

En relación con los antecedentes patológicos el 22% reportó cuestiones de tipo traumáticas, seguidas por un 13% de otorrinolaringología, el 11% corresponde a gastrointestinales, un 10% a cardíacas, el 8% infecciosas, 7% congénitas, 3% respiratorias y un 2% psiquiátricas. Un 38% reporta un segundo antecedente; el 9% cuenta con un tercer antecedente y un 3% hasta un cuarto antecedente.

Al momento de indagar la edad de inicio en el consumo la población fluctuó en mayor porcentaje en el rango de 15 a 19 años, con un 57%.

El 26% de la población manifestó que fumaba cinco o más cigarrillos, principalmente el grupo etéreo de 16 a 20 años (Gráfica 25). El 32% reporta fumar de 6 a 10 cigarrillos por día, seguido por un 20% que fuma de 16 a 20.

El 29% lleva de uno a cinco años fumando dicha cantidad, seguido por el 24% que lleva de seis a diez años.

El 17% considera que su consumo está entre uno y cinco paquetes fumados por año.

El 62% fuma cigarrillos de tipo normal, seguido de un 27% que consume el cigarrillo *light*.

El 92% manifestó que suele darle el “golpe” al cigarrillo.

El 66% se preocupa por el peso corporal.

Entre los diferentes métodos que han utilizado para intentar dejar de fumar: el 44% reportó que ha utilizado alguno. El 16% ha intentado con parches de nicotina, un 3% con goma de mascar, el 2% ha estado en psicoterapia de grupo y el 1% con bupropión o bien retardando la fumada, el 21% comentó que ha utilizado otros métodos.

El 7% ha llegado a utilizar dos métodos y un 2% hasta un tercero, donde se consideraron el enjuague bucal y las gotas de orozú.

Respecto a las Enfermedades Familiares el 34% reporta casos de cáncer, seguido del 31% con diabetes mellitus, el 5% con gastritis o úlcera, así como infarto agudo al miocardio, un 3% con EPOC, el 2% con enfermedades pulmonares y reumáticas y el 1% con insuficiencia vascular periférica; el 17% restante no reporta enfermedad alguna.

Un 53% reportó una segunda enfermedad en la familia, el 31% una tercera; el 11% una cuarta, un 6% una quinta y finalmente sólo el 1% reporta una sexta enfermedad familiar.

El 26% reporta haber tenido algún accidente por el consumo de tabaco, donde se pueden considerar leves quemaduras en los dedos, colchas, sábanas, tapiz del automóvil y sillón; contra el 74% que manifestó no haber tenido ningún tipo de percance.

Al preguntarle si en la familia se da algún tipo de consumo el 75% respondió que no, contra un 25% que respondió que sí; en su mayoría consideraron al alcohol como sustancia de consumo, seguido por mariguana, cocaína e incluso el mismo tabaco.

Al momento de hacer la exploración por aparatos y sistemas, encontramos que referente al digestivo el 24% reportó agruras, seguido del 15% con una mala digestión o flatulencias y un 10% con estreñimiento. El 22% presenta una segunda molestia digestiva y un 2% llega a tener hasta una tercera molestia.

Al explorar sobre los padecimientos cardiovasculares el mayor porcentaje presenta taquicardia, 15%, seguido por un 6% correspondiente a varices; encontrando que una segunda y hasta tercera enfermedad cardiaca se reporta por el 1%, siendo éstas la hipertensión y bradicardia.

Respecto al sistema respiratorio encontramos que el 36% tiene disnea, seguido del 18% que presenta tos o irritación en garganta con secreción. El 11% presentan un segundo malestar, y sólo el 1% hasta una tercera molestia.

En el sistema endocrino la baja de peso y el incremento del mismo son los que presentan los porcentajes más altos, siendo éstos del 10% y 7%, respectivamente (Gráfica 39), el 1% tiene un segundo padecimiento.

A nivel neurológico el 29% reporta insomnio, el 5% migraña, el 2% corresponde al vértigo (Gráfica 40); sólo el 3% manifestó una segunda molestia.

En aspectos renales el 4% reporta cálculos renales y el 2% cistitis.

En la exploración musculoesquelética el 24% presenta dolor en articulaciones, seguido por un 23% con dolor muscular.

En cuanto a las Etapas de Cambio que proponen DiClemente y Prochaska, se observa que el 67% se ubica en la de Preparación, seguido con el 17% en la de Precontemplación.

Acerca de los estudios que se les indicaron a los pacientes se encontró que a un 77% se le solicitó la radiografía de tórax; al 81% la biometría hemática; un 77% química sanguínea y espirometría al 51%.

Al momento de establecer la impresión diagnóstica se registró que el 57% presenta una Dependencia Leve o Baja a la nicotina; seguida del 18% que corresponde a Dependencia Moderada.

Mujeres

La muestra de mujeres se conformó por 36 casos, donde la mayoría fluctúa en un rango de Edad entre 45 y 49 años con un 30%.

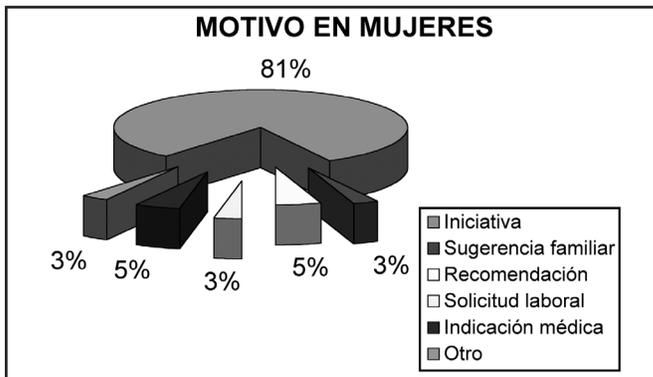
Al explorar la situación en el Estado Civil se observó que el mayor porcentaje lo obtuvieron las solteras con un 25%, seguido por un 22% de casadas. En cuanto a la Escolaridad el 36% tiene formación superior.

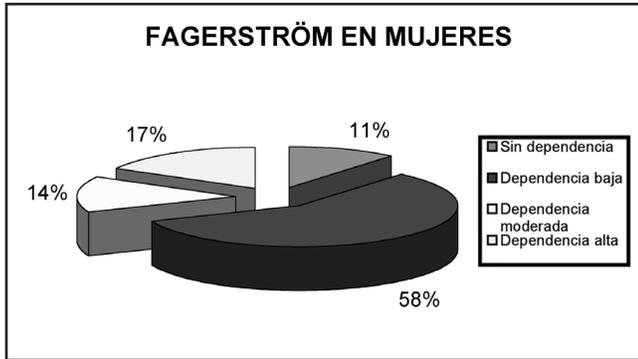
Al indagar sobre la Situación Escolar se observa que el 67% ha concluido los estudios. Sobre la Ocupación se registró que el 72% reportó contar con una estabilidad laboral mayor a los seis meses.

El 100% tiene como primera expectativa dejar de fumar; el 17% tiene considerada como segunda expectativa conocer los daños ocasionados por el consumo del tabaco; un 6% consideró una tercera expectativa, donde se plantearon otros motivos.

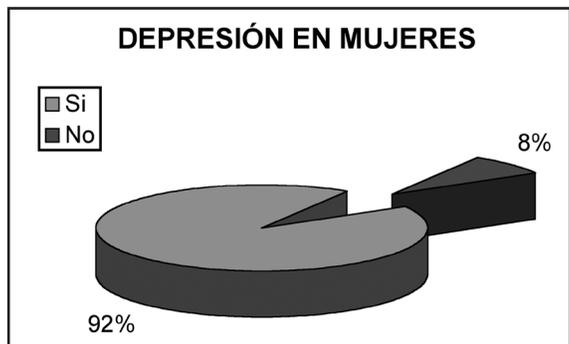
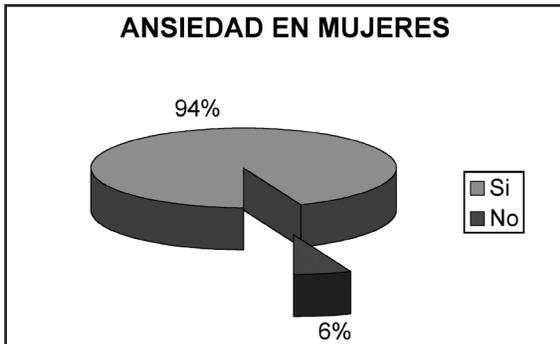
Cuando se indagó sobre los motivos por los que acudían a tratamiento se observó que 81% lo estaba haciendo por iniciativa propia, seguido del 5% que lo hace por recomendación de algún amigo o por indicación médica (Gráfica); el 14% planteó tener un segundo motivo, donde se considero la sugerencia familiar. El 100% reportó consumo durante el último año.

En el nivel de dependencia física, con base en el "Cuestionario de Fagerström" se encontró que el 58% reporta una Dependencia Baja a la nicotina.





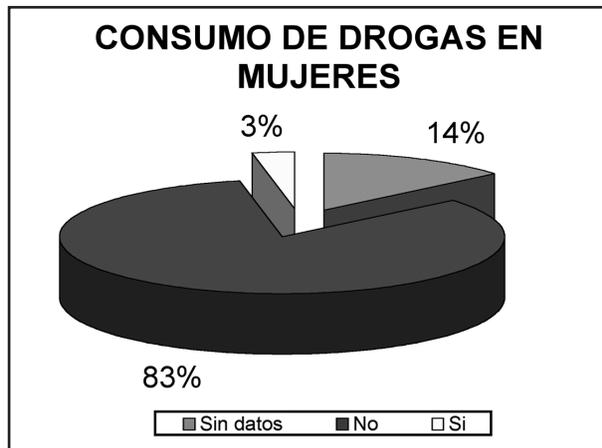
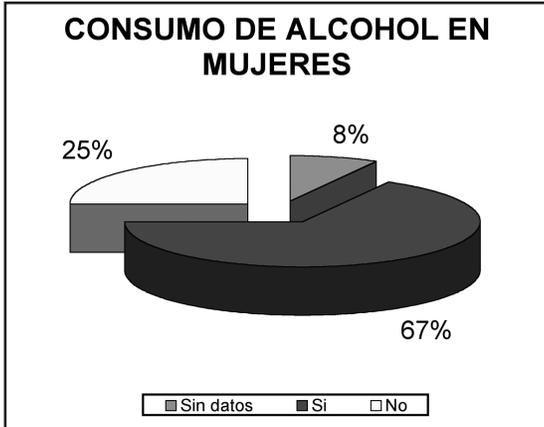
Se preguntó si fuman cuando sienten Ansiedad o Depresión y se encontró que el 94% lo hacía ante la ansiedad y el 92% ante síntomas de depresión. (Gráficas)



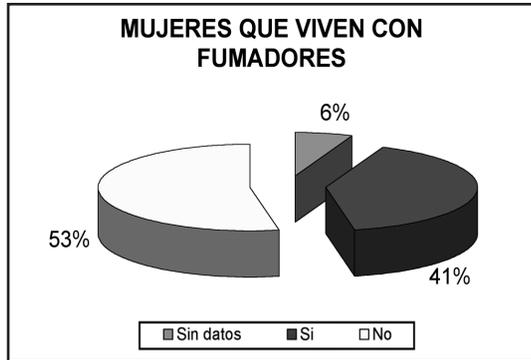
El 81% ha hecho intentos para dejar de fumar. El 53% ha realizado de uno a tres intentos.

Se encontró que el nivel de motivación más frecuente fue el Moderado con el 61%.

Al rastrear si se reporta consumo de alcohol encontramos que el 67% reportó que sí (Gráfica); en cuanto al consumo de otras drogas sólo el 3% respondió afirmativamente, aunque no se especificó. (Gráfica)



En cuanto a la convivencia con fumadores se encontró que un 41% vive con otro fumador (Gráfica). En el ámbito laboral el 77% respondió que sí tiene compañeros que fuman. Finalmente al explorar si existe convivencia con niños, adolescentes o mujeres embarazadas sólo el 53% reporta hacerlo con niños.



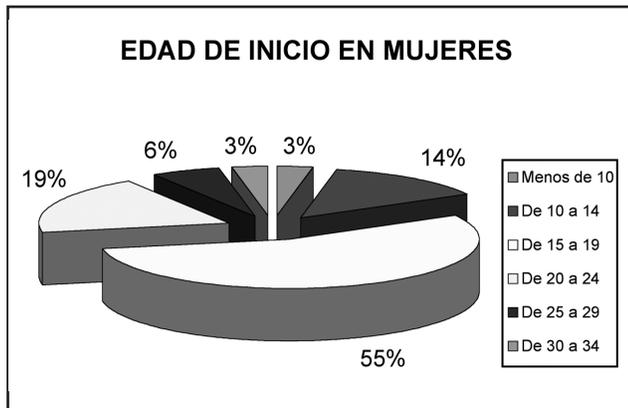
El 47% reportó que su familia no está de acuerdo con el consumo de tabaco.

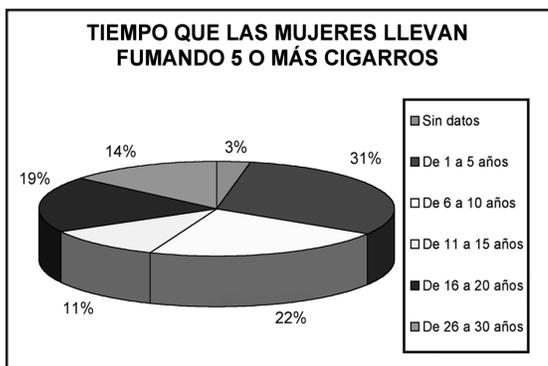
Sobre el padecimiento actual se encontró que el 22% reportó tener cansancio y presentar dolor de cabeza o cuerpo; seguido de un 19% que presenta dolor o inflamación en la garganta caracterizado por la presencia de tos.

En relación con los antecedentes patológicos el 22% correspondió a traumáticos, 19% de otorrinolaringología, 17% gastrointestinales, 11% cardiacos, 6% psiquiátricos y respiratorios, 3% infecciosos y congénitos . El 44% reporta un segundo antecedente, el 6% un tercer antecedente; un 3% presentó hasta un cuarto antecedente.

Sobre la edad de inicio en el consumo se registró el mayor porcentaje en el rango de 15 a 19 años con un 55%. (Gráfica)

El 25% se percató después de los 30 años que fumaba cinco o más cigarros, seguido del 22% que lo detectó entre los 16 y 20 años. (Gráfica)

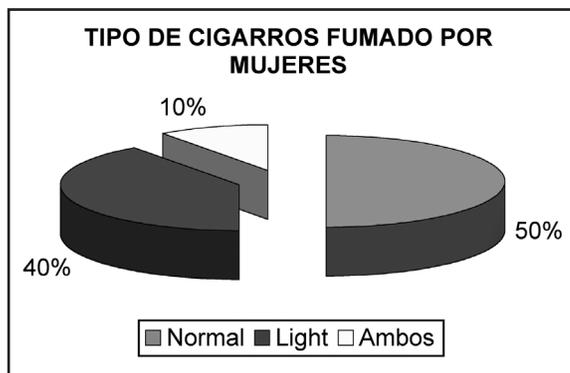




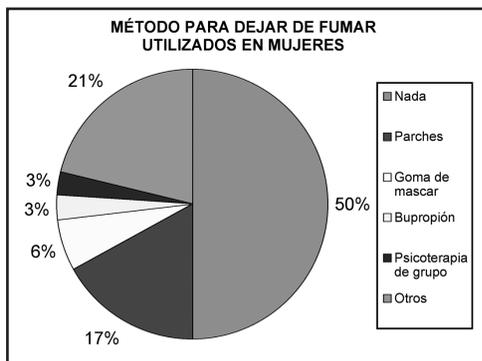
El 36% reporta fumar de 6 a 10 cigarrillos por día, seguido con un 19% que llega a fumar de 11 a 20.

El 31% reportó que lleva de uno a cinco años fumando dicha cantidad, seguido por el 22% que lleva de seis a diez años. El 19% llega a consumir de once a quince paquetes por año.

El 50% fuma cigarrillos de tipo normal, seguido de un 40% que consume de tipo *light*. (Gráfica). El 97% suele dar el “golpe” al cigarrillo cuando fuma. Al 75% le preocupa su peso corporal.



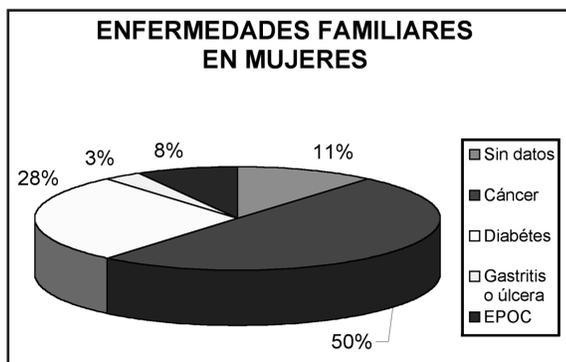
Sobre los métodos que han utilizado para intentar dejar de fumar se encontró que el 50% ha utilizado alguno: el 17% parches de nicotina, 6% goma de mascar, el 3% bupropión o psicoterapia de grupo y el 21% otras formas (Gráfica). El 11% ha llegado a utilizar dos métodos, un 3% hasta un tercero, donde se consideraron las gotas de orozú.



Dentro de los datos ginecológicos recabados se observó que el 50% de las mujeres tuvo su menarca entre los 13 y 15 años, seguida del 36% que la tuvo entre los 10 y 12 años. Respecto a la vida sexual activa el 39% reportó haber iniciado entre los 15 y 18 años, mientras que un 25% entre los 19 y 21 años.

El 41% ha tenido de uno a tres partos (19% tres partos, 14% uno y 8% dos), mientras que en el caso de cesáreas se observa el 55% (una cesárea 28%, dos 19% y tres 8%). Referente a los abortos se registró el 39% (31% con un aborto, 8% con dos). Por último sólo el 8% reporto tener alguna infección por transmisión sexual.

En relación con las enfermedades familiares el 50% reporta algún tipo de cáncer, el 28% diabetes mellitus, un 8% EPOC, el 3% gastritis o úlcera, y sólo el 11% ninguna (Gráfica). El 72% reportó una segunda enfermedad en la familia; una tercera lo reporta el 41%, el 17% una cuarta; una quinta el 11%; finalmente el 3% hasta una sexta enfermedad familiar.



Al momento de sondear si se ha tenido algún tipo de accidente por el consumo de tabaco se registró que el 33% sí los ha tenido, donde se pudo considerar leves quemaduras en los dedos, colchas, sábanas, tapiz del automóvil y sillón.

Se indagó si en la familia se da algún tipo de consumo, el 31% que respondió que sí, en su mayoría consideraron el alcohol como sustancia de consumo, seguida del consumo de marihuana.

Al momento de hacer la exploración por aparatos y sistemas encontramos que en lo que respecta al digestivo el 19% presenta agruras, un 13% estreñimiento y el 8% mala digestión o flatulencias. Sin embargo, un 25% presenta una segunda molestia y un 3% llega a tener hasta una tercera.

En cuanto a padecimientos cardiovasculares se registró que el 22% presentaba taquicardia; seguido por un 11% con varices ; e incluso llegan a presentar una segunda y tercera enfermedad en sistema cardiaco, representando el 3% respectivamente, siendo éstas la hipertensión y bradicardia.

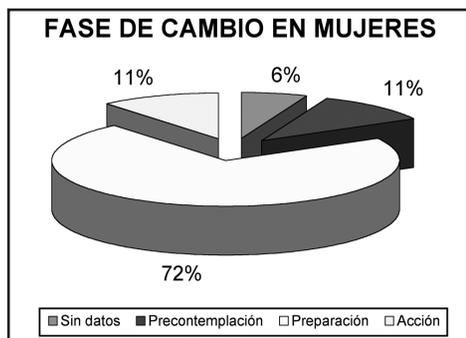
Respecto al sistema respiratorio se encontró que el 39% tiene disnea, seguido del 14% que presenta tos o irritación en garganta con secreción . El 11% presentan un segundo malestar.

En el sistema endocrino el 11% presenta peso bajo, mientras que el 8% ha tenido incremento del mismo; el 3% tiene un segundo padecimiento.

En lo neurológico el 30% reporta insomnio, el 5% migraña y sólo el 6% manifestó una segunda molestia.

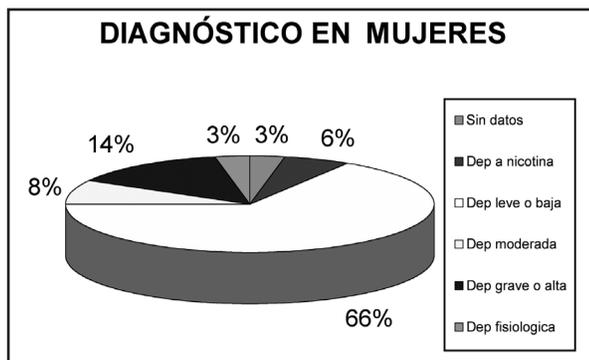
En aspectos renales el 6% reportó cistitis. A nivel musculoesquelético el 31% presenta dolor en articulaciones, seguido por un 25% en dolor muscular.

Sobre la etapa de cambio se observa que el 72% se ubica en el de Preparación, seguido con el 11% en la fase de Acción; y un 11% en la fase de Precontemplación. (Gráfica)



Sobre los estudios que se indicaron se encontró que al 86% se le solicitó la radiografía de tórax; al 89% la biometría hemática; al 86% la química sanguínea; y en un 58% se registró la espirometría.

La impresión diagnóstica que se estableció muestra que al 66% se le considera con una Dependencia Leve o Baja a la nicotina; mientras que el 14% se reporta con una Dependencia Grave o Alta. (Gráfica)



Conclusiones

Las características en el consumo de tabaco entre varones y mujeres no son iguales, existen similitudes y diferencias:

En ambos casos el rango de edad actual fluctúa entre los 45 y 49 años, es mayor el porcentaje en las mujeres (30%) que en los varones (19%).

Respecto a la escolaridad, se encontró que el 44% de los varones cuenta con preparación superior contra 36% de mujeres. Al interrogar sobre la conclusión de estudios se observa que el 67% de las mujeres contra el 46% de los varones los ha concluido.

En cuanto a estabilidad laboral los varones tienen un mayor porcentaje: 86% contra 72% de las mujeres.

Sobre la motivación para asistir predominó la de por iniciativa propia: 94% varones, 81% mujeres.

Ambos grupos manifiestan tener una dependencia baja a la nicotina, siendo el 58% en las mujeres y el 40% entre los varones.

Al indagar si consumen cuando se sienten ansiosos (94% mujeres y 90% varones) o deprimidos (92% mujeres y 79% varones), se pudo observar que es más frecuente que se fume ante la ansiedad, aunque independien-

temente de ello en las mujeres se presenta cualquiera de los dos síntomas con mayor frecuencia.

Ambos grupos han hecho intentos por dejar de fumar con anterioridad, 81% mujeres contra 77% varones; más de la mitad lo ha intentado de una a tres veces, 57% varones, 53% mujeres.

Los hombres acuden más motivados al tratamiento.

El 75% de los varones ingiere alcohol cuando fuma contra el 67% de las mujeres.

El 42% de los varones reportó vivir con fumadores, así como el 41% de las mujeres.

La convivencia en el ámbito laboral con otros fumadores es más alta para los varones con el 96% en comparación con el 77% de mujeres.

De acuerdo con la información que se rastreó sobre la convivencia que se tiene con niños, adolescentes y mujeres embarazadas se encontró 77% de los varones y un 53% mujeres.

El padecimiento actual más frecuente en los varones es dolor o inflamación en garganta caracterizada por presencia de tos (23%), el 22% de cansancio con dolor de cabeza o todo el cuerpo en las mujeres.

En ambos grupos dentro de los antecedentes patológicos se tienen los de tipo traumático, donde no se observa gran diferencia entre mujeres y varones (22% y 21% respectivamente). No así en las enfermedades de tipo familiar, ya que se observa que casi la tercera parte de los varones (33%) reporta la presencia de diabetes mellitus, mientras que la mitad de las mujeres (50%) reporta algún tipo de cáncer.

Al momento de sondear a qué edad se iniciaron en el consumo, se detectó que éste fue entre los 15 y 19 años (58% varones, 55% mujeres), lo que nos lleva a pensar que en promedio tienen un consumo de tabaco de 30 años.

El 29% de los varones consideró que entre los 16 y 20 años comenzó a consumir cinco o más cigarrillos, en tanto que el 25% de las mujeres considera que fue después de los 30 años cuando dicha situación se presentó.

Actualmente el 36% de las mujeres y el 29% de los varones plantea fumar de 6 a 10 cigarrillos por día, indicando que dicho consumo lleva de uno a cinco años, 31% mujeres, 27% varones.

El cigarrillo de tipo normal es el que se consume con mayor frecuencia: 70% varones y 50% mujeres.

Un 97% de mujeres suele dar el “golpe” cuando fuma, en el caso de los varones sólo es el 88%; el fumar también se ha relacionado con el peso

corporal, por lo que 75% de las mujeres les preocupa dicha situación en comparación con el 60% que corresponde a los varones.

Entre los métodos que han utilizado para intentar dejar de fumar se encuentra la utilización del parche de nicotina, con un 17% entre las mujeres y 15% entre los varones.

Respecto a los accidentes que han tenido por el consumo de cigarro se mencionan quemaduras en dedos, haberse quedado dormido con un cigarro encendido quemando sábanas o colcha, que se le cayera el cigarro en el asiento del automóvil llegando incluso a tener leves quemaduras en la ropa, de la misma forma en los sillones, siendo más alto el porcentaje en mujeres (33%) que en los varones (21%).

Referente a la exploración por aparatos y sistemas se observa que las molestias son prácticamente las mismas para ambos grupos, de esta manera en lo digestivo las agruras suelen presentarse con mayor frecuencia (27% varones y 19% mujeres), la taquicardia es más frecuente entre mujeres (22%), quienes duplican el porcentaje ante los varones (10%). Al realizar la exploración en el sistema respiratorio se pudo observar que ambos grupos presentan con mayor frecuencia la disnea (mujeres con un 39% y varones con el 32%). Con respecto a la baja de peso (mujeres 11%, varones 10%), los porcentajes quizá guarden relación con la preocupación del peso corporal, ya que se tiene la idea de que cuando una persona deja de fumar tiende a ganar peso; dentro del aspecto neurológico el insomnio obtuvo los mayores porcentajes, siendo estos entre las mujeres el 30% y entre los varones un 27%.

Entre las molestias renales que se presentan se puede observar que los varones reportan el 6% con cálculos renales, mientras que en las mujeres es la cistitis con el mismo porcentaje (6%); en tanto que las molestias musculoesqueléticas en el caso de los varones tienden a presentar más el dolor muscular (21%) y por parte de las mujeres es el dolor articular con el 31%.

Entre los resultados que se encontraron se observa que la mayoría de ambos grupos se ubica en la etapa de Preparación, es decir en aquella donde ya se consideraron las ventajas para cambiar y por ende se empiezan a realizar algunas acciones que permitan generar el cambio, siendo las mujeres quienes presentan el 72% contra el 63% de los varones; mientras que en la etapa de Precontemplación, que es aquella donde no se considera el problema como tal y por lo tanto no se tiene la mínima intención de generar

un cambio en el comportamiento porque las circunstancias que le rodean son asignadas a otros aspectos, encontramos que son más varones los que se ubican en dicha etapa a diferencia de las mujeres (21% y 11%, respectivamente). Además de que las mujeres con el mismo porcentaje 11% se ubican en la etapa de Acción.

Entre los estudios que se les solicitan se encuentran la radiografía de tórax, electrocardiograma, perfil de lípidos, papanicolau en expectoración, biometría hemática, química sanguínea y la espirometría, el promedio en la solicitud de los mismos corresponde al 80% en mujeres y el 65% en varones.

La dependencia leve o baja a la nicotina se registra con los mayores porcentajes (66% mujeres y 50% varones), en segundo lugar se observó que el 23% de los varones tiene una dependencia moderada y las mujeres reportan en un 14% una dependencia grave o alta.

Con los resultados obtenidos de esta experiencia se confirma que la utilización de métodos de contacto directo con los pacientes fumadores y la combinación de terapias cognitivo–conductuales con terapias de reemplazo y supresión a la nicotina, son alternativas terapéuticas efectivas en el tratamiento para dejar de fumar.

En relación con los resultados obtenidos podemos observar que llevar el tratamiento hasta el lugar de trabajo trajo consigo la ventaja de atender un mayor número de pacientes monousuarios.

Al brindar atención en el consumo de tabaco se busca fortalecer los aspectos motivacionales, a través de una intervención breve y avanzada para que se decidan a dejar de fumar. Se corrobora la utilidad de la aplicación del modelo de las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente.

Síndrome de Muerte Súbita Infantil. El índice de muerte por el Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SIDS, siglas en inglés) se ha reducido a la mitad desde que la campaña “Back to Sleep” que empezó en los años 90. Ésta recuerda a los padres que deben acostar a los bebés sobre sus espaldas mientras duermen. Cabe resaltar que los bebés que están expuestos al humo ambiental de cigarrillos después de nacer tienen el doble de probabilidad de sufrir de una Muerte Súbita Infantil. Bebés cuyas madres fumaron antes y después de su nacimiento tienen de tres a cuatro veces más probabilidad de morir del SIDS.

Factores asociados al consumo de tabaco en mujeres adolescentes, jóvenes y adultas

Psic. Carmen Fernández Cáceres¹

Dra. Patricia Gómez Martínez²

Resumen

El tabaquismo es un problema de salud pública, su consumo es una de las principales causas de enfermedades crónico degenerativas como el cáncer de bronquios, pulmón, laringe, cuello de útero, además de enfermedades respiratorias como la bronquitis, el enfisema, la EPOC, la neumonía y la gripe, entre otras; la población fumadora muere en promedio entre 15 y 20 años antes que la población no fumadora. No sólo perjudica a quienes fuman sino también a las personas que están expuestas al aire contaminado por humo del tabaco. En los últimos años, el consumo de tabaco se ha incrementado entre las mujeres, por ello, la presente investigación tuvo por objetivo identificar los factores asociados en mujeres adolescentes, jóvenes y adultas, con la finalidad de tener un acercamiento a los factores de riesgo relacionados al inicio en el consumo y estar en la posibilidad de realizar propuestas preventivas, así como identificar las circunstancias que favorecen que las mujeres soliciten servicios para dejar de fumar. Entre los resultados se encontró que algunos de los motivos por los que inician el consumo de tabaco son similares entre los grupos de edad, (imitación, influencia de los medios que publicitan el tabaco, y el control de peso). Sin embargo, los factores asociados al mantenimiento de la conducta adictiva son distintos: en las adolescentes y las jóvenes se relaciona con la convivencia con

¹Directora General Adjunta de Operación y Patronatos de Centros de Integración Juvenil, A.C.

²Subdirectora de la Dirección General Adjunta de Operación y Patronatos de Centros de Integración Juvenil, A.C.

el grupo de pares y el tratar de ocupar un lugar de “igualdad” con los hombres; mientras que en el caso de las adultas se asocia con estados afectivos, como depresión, soledad, y estrés. En cuanto a las mujeres adultas que asisten a las Clínicas para dejar de fumar de CIJ, algunas lo hacen porque sufren rechazo por parte de su pareja o los miembros no fumadores de su familia y/o para no afectar la salud de sus hijos o nietos.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud prevé que para el 2025, el 20% de los hombres y el 20% de las mujeres (532 millones de mujeres) serán fumadores. En la actualidad, fumar ya no es considerada una conducta exclusiva de los hombres y socialmente desaprobada para las mujeres; los patrones de consumo se han modificado de forma paulatina, observando incremento en algunos grupos, específicamente en mujeres; por ejemplo, en 1991 los varones cuadruplicaban al sexo femenino en cuanto al uso de esta sustancia, en el año 2002 se registra una fumadora por cada dos fumadores; para el 2004 la proporción es de uno a uno entre estudiantes de nivel medio y medio superior.

El hábito de utilizar tabaco se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a quienes fuman y también a quienes de forma involuntaria están expuestos al humo del cigarro; es una de las drogas legales más utilizada y aceptada socialmente en el mundo y constituye la primera causa de muerte prematura y evitable.

La nicotina es la sustancia activa del tabaco y su nivel adictivo puede ser equiparable al de otras drogas de uso ilegal como la cocaína y la heroína, por lo que el desarrollo de la adicción al tabaco es poco controlable, por ser un producto psicoactivo que afecta los procesos químicos del cerebro y del sistema nervioso.

Entre las consecuencias del uso y abuso de tabaco para la salud de la mujer, se encuentra que el riesgo anual de muerte se incrementa más del doble entre las fumadoras, en el grupo de edad comprendido entre los 45 y 74 años de edad. Asimismo el riesgo de contraer cáncer de pulmón es 20 veces más frecuente entre las que fuman dos o más cajetillas de cigarros al día que entre las que no fuman.

Dado que el tabaquismo es un problema que cada vez afecta a más mujeres, es necesario crear estrategias preventivas y de tratamiento dirigidas a ellas, a fin de evitar que inicien o continúen el consumo. Una de las principales tareas para los profesionales de la salud, es hacer atractiva la imagen de no fumar, promover la elección de un estilo de vida saludable que incluya una alimentación adecuada, el autocuidado y la salud sexual entre otros.

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas afecta más a las mujeres, quienes presentan mayor vulnerabilidad biológica que los hombres. En el caso de las *mujeres jóvenes* y de *mediana edad* se enfrentan a un sinnúmero de expectativas asumidas desde lo *individual*, (por ejemplo los valores estéticos y corporales), *familiar* (el papel que “deben” cumplir como mujeres), y *laboral* (discriminación), que las puede poner en una condición de mayor estrés, situación que las hace más propensas a fumar o a recaer en esta conducta.

El conocimiento y la comprensión de los factores asociados al consumo de tabaco en las mujeres (adolescentes, jóvenes y adultas) es indispensable para llevar a cabo intervenciones específicas, basadas en la evidencia científica en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de tabaco, desde una perspectiva de género.

Con este fin, se realizó un estudio con 26 mujeres que asistieron a clínicas para dejar de fumar en CIJ.

Marco teórico

La adquisición: prueba inicial y experimentación con el tabaco

La prueba inicial y experimentación con el tabaco, se refiere al primer contacto que tiene el individuo con la droga. De acuerdo con la evidencia científica, existen ocho tipos de factores implicados en el consumo inicial de esta sustancia (Becoña): a) factores de predisposición; b) características sociodemográficas; c) disponibilidad; d) costo económico; e) publicidad y presión social para el consumo; f) factores cognitivos y de expectativas ante el consumo; g) carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y el control de peso corporal, y h) efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarros. La mayoría de estos factores son previos al consumo experimental del tabaco y es necesaria su identificación para

implementar intervenciones que puedan prevenir el paso del uso al abuso de esta droga.

La consolidación del consumo: su uso regular

Los **efectos psicofarmacológicos de la nicotina**, son determinantes en el uso regular del tabaco, ya que el poder reforzante de la sustancia activa provoca rápidamente en el Sistema Nervioso Central efectos eufóricos y sedativos modulados por la dosis consumida; además, su uso continuo provoca tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia, lo que contribuye a que su consumo se vuelva regular.

Las **asociaciones condicionadas con el acto de fumar** resultan de gran importancia, una vez que la persona se ha convertido en fumador regular, porque minimiza o no reconoce los daños a la salud provocados por el tabaco y considera que no le afecta, lo que contribuye a la negación del problema.

El consumo regular del tabaco también se presenta porque se utiliza como **herramienta** psicológica para la reducción del estrés, afrontamiento de situaciones negativas y controlar el peso corporal. Con la habituación, se le atribuyen ciertos “beneficios” al consumo. En este periodo los usuarios regulares de tabaco van aprendiendo que fumar es “útil” para funcionar “mejor socialmente”, al menos de forma “subjetiva”.

Dentro de estos “funcionamientos”, uno de los más importantes es el control de peso, especialmente en mujeres, quienes creen que fumando pueden regular su peso corporal y permanecer delgadas, de acuerdo con los estereotipos de moda. Con el tiempo, esto será un obstáculo para abandonar el consumo y favorecerá las recaídas. Además, si el consumo habitual de cigarrillos se presenta en la niñez y/o la adolescencia, impide la adquisición de otras estrategias de afrontamiento ante eventos difíciles.

En la consolidación del consumo también tienen un papel importante procesos como la aceptación, facilitación y potenciación del consumo en el contexto del fumador. Si los padres fuman, es más factible que el adolescente lo haga. Los familiares y los grupos de pares en la mayoría de los casos contribuyen tanto en el inicio como en el consumo regular del tabaco.

Por otra parte, los medios de comunicación también ejercen gran influencia sobre los adolescentes, ya que incluyen mensajes e imágenes que les interesan y que permiten que se identifiquen con escenarios y símbolos que los llevan a elegir una marca específica de cigarrillos y se convierten en

clientes potenciales; además, numerosos eventos deportivos, culturales o recreativos son patrocinados por la industria tabacalera, lo cual favorece que el consumo de tabaco se asocie con estilos de vida saludables.

El paso del consumo experimental al uso regular corresponde, en muchas ocasiones, con la etapa de transición de la adolescencia a la vida adulta; con ello se adquieren mayores responsabilidades pero también mayor libertad, por lo tanto, la influencia de los modelos conductuales (provenientes principalmente de la familia, la escuela, los pares y la publicidad) tienen gran relevancia en el uso y dependencia al tabaco.

Es importante mencionar que cualquier conducta transcurre en un continuo temporal donde la persona puede seguir varias direcciones: repetirla, incrementarla, disminuirla o dejar de hacerla, cuando se valora que sus consecuencias son más negativas que positivas. En el caso del tabaco, la decisión de abandonarlo no resulta tan sencilla, ya que la gente que fuma y presenta una dependencia a la nicotina tiene serias dificultades para lograrlo.

En el abandono del consumo de tabaco actúan una serie de factores psicosociales, entre los que destacan la revaloración o urgencia de recuperar la salud, los costos económicos que representa la compra de cigarros, el apoyo social de la familia y otros grupos cercanos a la persona que desea o es presionada para que deje de fumar, así como el autodomínio y autocontrol personal sobre la abstinencia del tabaco, lo que requiere un proceso estructurado para su mayor eficacia.

El abandono del hábito tabáquico se concibe como un proceso que puede incluir una serie de recaídas, o conseguir la abstinencia; este proceso representa las fases clásicas de tratamiento y de rehabilitación.

Objetivo general del estudio

Identificar los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en mujeres adolescentes, jóvenes y adultas y, con ello, apoyar la creación de estrategias preventivas, de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género, que permitan evitar el inicio en el consumo; y/o en los casos de usuarias de tabaco, orientarlas para que acudan a las *Clínicas para dejar de fumar*, de Centros de Integración Juvenil, A. C.

Objetivos específicos

- ◆ Identificar las creencias, percepción de riesgo y actitudes que poseen las mujeres en relación con el consumo de tabaco.
- ◆ Explorar la información que poseen acerca del tabaco y los daños que pueden causar a la salud.
- ◆ Identificar los motivos por los que asisten las mujeres adultas a las clínicas para dejar de fumar de CIJ.
- ◆ Conocer las reacciones de las mujeres que no consumen tabaco ante las y los fumadores, cuando frecuentan espacios en común.

Metodología

Se realizaron 6 grupos focales: 2 grupos de 10 mujeres que cursaban nivel escolar medio y medio superior y 4 grupos de mujeres adultas que asistían a las Clínicas para dejar de fumar de CIJ.

Preguntas temáticas

Cuadro 1. Mujeres adolescentes y jóvenes

Preguntas-temáticas estímulos	Indicador
¿Fumar perjudica la salud?	Percepción de riesgo
¿Consideran que fumar les ayuda a bajar de peso? o ¿les ayuda a no subir de peso?	Creencias/ control de peso/ estereotipos
¿Fumar reduce el estrés?	Creencias/estrés
¿Hace daño si se fuman un cigarro?	Percepción de riesgo
¿Por qué creen que las mujeres fuman? (¿Por qué fumas?)	Motivos/ creencias/mitos
¿Qué opinión tienen acerca de quienes fuman?	Actitudes
¿Creen que influyen los mensajes de los medios de comunicación para fumar?	Publicidad/ estereotipos femenino
¿Consideran que el tabaco es una droga?	Percepción de riesgo/información

Cuadro 2. Mujeres adultas

Preguntas-temáticas estímulos	Indicador
¿Por qué comenzaron a fumar?	Motivos del consumo de tabaco
¿Creen que fumar provoque daños a su salud?	Percepción de riesgo ante el consumo de tabaco
¿Consideran que el cigarro es una droga?	Percepción de riesgo ante el consumo de tabaco
¿Cantidad de cigarrillos que fumaban al día y con qué frecuencia?	Dependencia del consumo de tabaco
¿Les ha ocasionado algún tipo de problema el fumar?	Consecuencias del consumo de tabaco
¿Cuáles son los motivos por los que quieren dejar de fumar?	Motivos de asistencia a la Clínica para dejar de fumar de CIJ
Pregunta exploratoria: ¿Tiene hijos menores de 18 años?	

Evaluación

La evaluación es de corte cualitativo, con base en el análisis de datos obtenidos en cada uno de los grupos focales, a partir de la grabación, transcripción de los mismos y las notas realizadas por las observadoras. Concluidos los análisis por grupo focal, se realizó la comparación y análisis por grupos de edad (el grupo de mujeres adolescentes y jóvenes y el de mujeres adultas), considerando los contrastes presentados en los consensos y disensos de cada uno en los temas centrales de la investigación: factores asociados al consumo de tabaco y motivos para dejar de fumar.

Finalmente, se llevó a cabo la discusión a partir de los resultados obtenidos de cada grupo de edad, a fin de identificar los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en mujeres adolescentes, jóvenes y adultas, lo cual, brindará la posibilidad de crear estrategias preventivas, de tratamiento y rehabilitación, con perspectiva de género, que les permita evitar el consumo de tabaco.

Resultados

Grupos focales con mujeres adolescentes y jóvenes

La investigación se realizó con dos grupos focales, de un total de 23 mujeres: 16 adolescentes y 7 jóvenes con edades que oscilan entre los 13 y 26 años, siendo la edad promedio 16 años; 21 solteras y 2 casadas. El 69.50% cursan el tercero de secundaria y el 26% el nivel medio superior. De ellas el 65.2% ha consumido tabaco.

En cuanto a los riesgos asociados al consumo de tabaco las opiniones se encuentran divididas; en general tienen conocimiento de los daños a la salud que les puede ocasionar el consumo, tanto a fumadoras activas como a pasivas. Consideran que el tabaco les perjudica “porque no es un producto natural, y que el cuerpo no lo requiere”, “además crea adicción y dependencia”. Identifican los daños que les provoca a su cuerpo, en este caso, el cáncer, las enfermedades de las vías respiratorias y enfermedades cardiovasculares, en tanto que “el cigarro “taponea” las arterias y además causa enfermedades crónicas que requieren tratamientos prolongados”.

Las mujeres jóvenes puntualizan que como los daños del consumo de tabaco son a largo plazo, esto no es algo que esté muy presente en ellas; es decir aunque están conscientes e informadas del grave daño que les provoca fumar, no lo viven como algo cercano, porque no es en lo inmediato. Al preguntarles si fumar sólo un cigarro, les hará daño, refieren que “únicamente se les ponen los dientes amarillos y la boca tiene mal olor”.

Comentan que poseen bastante información acerca de los daños que provoca el consumo de tabaco e identifican el “bombardeo” de mensajes publicitarios que promueven el consumo y que aun cuando ya no se anuncian en la televisión y en la radio, “en las calles, comercios y en las paradas de autobús, hay carteles en los que se promueven los cigarros”.

En cuanto a los motivos para el consumo de tabaco, se muestran diferencias; las mujeres jóvenes no asocian el consumo con la idea de bajar de peso, ya que para algunas “o les da más hambre, o se fuman el cigarro y además comen”. En ocasiones, “pueden estar en una situación de estrés y fumarse un cigarro”, pero esto no elimina las presiones, o la carga de trabajo escolar; consideran que disminuye el estrés y ansiedad, y aún

así se debe cumplir con las obligaciones o las tareas. "Puede que el estrés te provoque bajar de peso, pero no el tabaco". "Un caso similar es cuando las personas dejan de fumar y suben de peso, aquí lo que sucede es que por dejar de fumar se siente mayor ansiedad y eso ocasiona que comas más, es decir, sustituyes el tabaco por alimentos, llenando el vacío que les ha dejado el tabaco con comida". Consideran que "es más fácil fumar que comer", "en casos en los que tienes exceso de trabajo, o cuando vas en el coche, o estás en una reunión" y "si tienes hambre, te fumas un cigarro". Las adolescentes, tienen la percepción de que fumar sí les ayuda a bajar de peso o a no subir, pues las fumadoras, afirman que desde que iniciaron este hábito, "se sienten más delgadas y se ven bien". En algunos otros casos han visto o saben de personas que llegan a sustituir el alimento por el cigarro, al grado de llegar a la ultra delgadez.

Cuando están en una situación de estrés, las mujeres jóvenes suelen fumar, pues consideran que les ayuda a disminuirlo; es decir, asocian más el consumo de tabaco por gusto, placer y sobre todo por la convivencia con su grupo de pares.

La imagen corporal es un aspecto importante para las adolescentes; refieren que los medios de comunicación influyen constantemente en ellas, a través de mensajes tanto de la televisión como de los espectaculares en los que se muestran modelos como gente "importante", "son mujeres bonitas", "hombres guapos" y con esto te dicen que "si fumas te verás como ellos", por eso los imitan. Consideran que los mensajes a través de los anuncios son de mujeres sensuales, atrevidas, en situaciones de riesgo y esto repercute en gran medida en el inicio del consumo, pues les "venden" la idea de que fumar es símbolo de madurez e independencia; además, las hacen ver "atractivas" ante los ojos de los y las demás. Agregan que el fumar es elitista, pues si no fumas cierta marca "no eres nadie".

Tanto para las mujeres adolescentes como para las jóvenes, el proceso de iniciación en el hábito de fumar fue por curiosidad con su grupo de pares, y en algunos casos porque algún familiar cercano fumaba (hermanos mayores o sus padres) y esto lo hicieron para imitarlos, porque tenían la idea de que se iban a ver más grandes, sofisticadas y para "abrirse las puertas" en su entorno. Manifiestan que reciben una serie de mensajes en los que se promueve el consumo de tabaco; aparecen chicas y chicos que se la están pasando "hiperbien" y no se quejan del cigarro, aunque no necesariamente les guste. Asimismo, se en-

cuentran en un ambiente en el que “no necesitan nada”: está el chavo en el coche, con una chica “hiperguapa” o la modelo con vestido largo y negro, con el cabello recogido y con “joyas finas”. Un menor número de participantes comenta que experimentaron su primer cigarro a solas y a escondidas.

Las adolescentes y las jóvenes detectan que los comerciales están dirigidos para cierto sector de la población: los que muestran a un vaquero guapo, fuerte y varonil, para los hombres y jóvenes; los del “camello”, para la población más joven ya que muestran fiestas o bares en donde la gente se la pasa bien; los cigarros extra largos de cajetilla verde con sabor a mentol, para las mujeres adultas; los cigarros *light* para las adolescentes, y los cigarros que son extra delgados, blancos de cajetilla rosa, que están dirigidos a las mujeres porque no son fuertes. Finalmente que la industria tabacalera ha inventado cigarros únicamente “para ti”, es decir ya existen cigarros hechos para las mujeres, puesto que tienen una menor concentración de nicotina, “un sabor que te refresca y no te hace tener mal aliento”, situación muy importante aparte de los dientes manchados y el mal olor en la ropa.

Cabe destacar que para algunas jóvenes, lo importante es el “ritual de fumar” ya que no les agrada sentir la sustancia o el sabor, por ello prefieren un tabaco más suave aunque les haga el mismo daño; no obstante se encuentran diversos gustos, las que prefieren el tabaco suave o fuerte. Añaden que fumar les da un cierto “estatus” o “caché” y “las hace sentir más adultas”.

Para el grupo de mujeres de menor edad, se inicia el consumo en gran parte por una baja autoestima para llegar a ser populares y ser consideradas dentro de un grupo. Cabe señalar que en el caso de ser de las mayores en casa, y por ser “mujeres”, les son asignadas una serie de responsabilidades del hogar (como el cuidado de los hermanos menores), y que en caso de no cumplirlas son vistas como las “culpables” y el fumar es una forma de encontrar una salida a sus preocupaciones.

Para las jóvenes el tabaco es una droga porque crea dependencia y adicción, ya que al principio sólo se fumaban un cigarro esporádicamente, pero como lo han asociado con situaciones placenteras, para la convivencia con su grupo de pares (porque solas no lo hacen), han incrementado su consumo, volviéndose un hábito, y en algunos casos “buscan” los momentos para poder fumar un cigarro. Puntualizan que es una “droga

permitida y legal” y que, depende de la persona si se hace dependiente o no; pues finalmente tiene la capacidad de elegir si quiere o no fumar. En los casos en los que sus amigos fuman y ellas no, prefieren retirarse o expresarles abiertamente “que se vayan con su cigarro a otro lado y que respeten los espacios”. También refieren que no tienen una mala opinión de quienes fuman; pero emplean una serie de estrategias para “evitar” el humo de cigarro. En cuanto a las participantes que fuman, refieren que tratan de respetar al no fumador, y que en caso de que ellas no quieran fumar y otro lo haga, saben que no les pueden decir nada, o, si están con alguien que fuma menos que ellas les causa una especie de “admiración”, pero si fuman más lo ven como “pobrecito”.

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, el discurso de las adolescentes es variado; para algunas las mujeres fuman una mayor cantidad cigarros que los hombres, aunque éstos como grupo lo hagan más. Asocian el consumo de tabaco con las mujeres adultas y no lo ven como una conducta exclusiva de los hombres; argumentan que “en las familias por lo regular la que fuma es la mujer” y lo asocian a la cantidad de problemas que tienen que enfrentar en su vida cotidiana, o para olvidarse de éstos, “ya que las mujeres se sienten solas, son más débiles y sensibles”. Sin embargo les parece absurda la idea de que fumar les ayude a controlar su estrés.

Por otro lado, manifiestan que no existen diferencias entre hombres y mujeres pues ambos inician su consumo por curiosidad. Cabe señalar que las jóvenes que no fumaban, percibían que ahora las mujeres fuman para considerarse “iguales” a los hombres. Inclusive que antes a las mujeres que fumaban, las asociaban con una “mujer de la calle” o una “prostituta” y eran muy mal vistas, pero esta es una opinión de personas con ideas “machistas”, y que el fumar provoca los mismos daños tanto para hombres como para mujeres.

Algo que también influye es la disponibilidad, pues es muy fácil comprar cigarros aun en edades más tempranas y porque están en un momento en el que parte de su vida, la desarrollan fuera del hogar.

Finalmente, el grupo de las adolescentes reflexionó acerca del supuesto “beneficio” de fumar, ya que a ellas les venden los cigarros sin ninguna restricción y siendo menores de edad; con esto las “incitan y les facilitan” fumar; normalizando algo que es ilegal y fomentando el consumo en las adolescentes. Para ellas los comerciantes obtienen beneficios económicos

igual que la industria tabacalera, sin querer reconocer el daño que causan a las y los consumidores.

Grupos focales con mujeres adultas

La investigación se realizó con 20 mujeres adultas, en edades que oscilan entre 23 y 62 años, siendo 47 años la edad promedio, en cuatro grupos focales. De ellas 15 son casadas, una divorciada, una separada y dos solteras. En promedio iniciaron el consumo a los 16 años. Del total de participantes cinco se encuentran en la fase de diagnóstico, cuatro en la fase de tratamiento y once en la fase de seguimiento.

Las mujeres adultas manifiestan que gran parte de los factores asociados al consumo de tabaco, por los cuales comenzaron a fumar, se generó desde la familia, en la etapa de la adolescencia, dándose esta conducta principalmente por imitar a otros, (papá, mamá, o hermanas y hermanos mayores) y por querer pertenecer al “mundo de los adultos”, estar en la misma condición de “libertad” y “sentirse grandes”.

La necesidad de pertenecer y ser aceptadas por el grupo de amigos en la adolescencia, fue un factor que influyó en sus primeras experiencias con el tabaco. En lo individual, la mayoría lo hizo por curiosidad y “como un apoyo emocional”. Algunas participantes refieren que les fue “muy fácil tener acceso al cigarro” ya que siempre hubo alguien que les regalara uno.

Identifican que su consumo se intensificaba cuando se enfrentaban a situaciones difíciles o problemas graves, como el cuidado de algún enfermo, como su pareja, y otras fumaron más después de contraer matrimonio, tomándole una especie de “estima” viéndolo hasta con “cariño”. Quienes tienen más tiempo consumiendo tabaco, refieren que establecieron una “relación especial” con el cigarro, convirtiéndolo en su “compañero o pareja”, afirman “si estás triste, si estás enojada, en ocasiones negativas y positivas”, siempre te acompañaba.

Puntualizan que en su familia de origen, sí fumaban todos o gran parte de los miembros, pero que en su familia actual (esposo, hijos, hijas), sólo ellas lo hacen, situación que les causa un poco de “culpa” y “vergüenza”.

Comentan que en su adolescencia no tuvieron información acerca de los daños que causa a la salud fumar e inclusive, consideran que "de haber sabido que era una droga adictiva no hubieran iniciado su consumo".

Las participantes señalan que fumaban de una cajetilla (20 cigarros) hasta dos cajetillas de cigarros al día (40 cigarros), y la que menos fumaba eran 10 cigarros diarios, lo que les provocó daños a la salud que van desde los vistos como "normales": garganta irritada, tos, gripas, afección del estado de ánimo y del carácter o dolor de cabeza, para ellas "nada grave", así como otros más "serios" como son las afectaciones bucales: encías y el aflojamiento de los dientes; hasta los más graves, como: enfisema pulmonar y cáncer de boca. Cabe señalar que cuando se refieren a "problemas graves de salud" pareciera que los minimizan, por ejemplo, el que con regularidad tuvieran afecciones como tos, gripa, flemas, dolor de cabeza, etcétera.

Las razones por las que han decidido dejar de fumar, se deben principalmente a la toma de conciencia del daño que se están causando a sí mismas, considerándolo como una "muerte lenta". En algunos casos, fue debido a problemas de salud. Ocupa un lugar importante, el olor del tabaco que despiden al hablar y al impregnarse éste en la ropa y en sus accesorios personales; asimismo, el olor que se impregna en su casa y el color que queda en las telas de las cortinas y sillones, son factores que también repercutieron en su decisión para dejar de fumar.

De forma reiterada, manifiestan que no se sintieron apoyadas para dejar de fumar, por parte de su pareja, hijos o familia en general, aun cuando éstos sí las criticaban por su consumo de tabaco, aunque se observa que al participar en el proceso terapéutico, les resulta suficiente el apoyo y motivación que reciben por parte de su terapeuta y sus compañeras y compañeros, "descubriendo" fortalezas que ellas mismas desconocían. Algunas, acudieron a tratamiento, sin comentarlo con sus familiares, porque tenían miedo de "no poder" o de "no tener suficiente fuerza de voluntad" y abandonar el proceso".

Cuando tienen recaídas, uno de los motivos que señalan las mujeres adultas que se encuentran en la fase de seguimiento es que se debió principalmente a problemas familiares, porque se sentían solas, y a la falta de apoyo por parte de su pareja e hijas y/o hijos.

Las participantes señalan que fumar les ha traído problemas sobre todo en la familia, y en especial con su esposo o pareja, ya que las “rechazan” por el olor a cigarro, pues debido a que ellos no fuman, manifiestan “molestia” y “se enojan”. Esta situación las ha orillado a fumar a “escondidas”, haciendo todo lo posible para que sus familiares más cercanos no se den cuenta; lo hacen en lugares ventilados como “la azotea”, la “zotehuela” y se sujetan el cabello para que no se les impregne el olor, y después de haber fumado se cambian de ropa y “aromatizan el ambiente” y/o “prenden una veladora”; es decir, llevan a cabo todo un “ritual” para que no huela el lugar donde fumaron y con ello evitar ser rechazadas. Por otro lado, la situación que se presenta ante los hijos e hijas (aunque también fumen) las hace sentir “culpables” y “avergonzadas” de que ellos también tengan ese hábito, puesto que ellas son “el ejemplo” y han depositado en sus hijas/os “la conducta aprendida de fumar”. Otro de los espacios que utilizan para fumar es la cocina, porque la mayor parte de su tiempo lo pasan ahí; además creen que se mezcla el olor con los diversos alimentos que se preparan.

Las participantes fumaban o fuman (quienes se encuentran en la fase de diagnóstico), de diversas marcas de cigarro desde los que “huelen menos” y saben “menos fuertes”, como los “mentolados o *light*” o los nuevos que sacaron al mercado como los de la “boquilla rosita que tienen menos nicotina”, y cuando quieren dejar de fumar, consumen “de los más fuertes y saben bien feo” porque dicen que es un “buen truco”.

Consideran que el tabaco sí es una droga adictiva, ya que causa dependencia y cuando una persona inicia el consumo, creen que “puede dejarlo cuando quieran y no es así, no es fácil”. Algunas mencionan que han sido usuarias de alcohol, pero que les resultó más sencillo dejar de beber que dejar de fumar, además, refieren “te facilitan el consumo de cigarro” ya que lo pueden hacer casi en cualquier lugar, y tomar alcohol no.

Las mujeres adultas sugieren que se haga una promoción mayor de los servicios que brinda CIJ a edades más tempranas, que se oriente a los niños acerca de los problemas que pueden tener si consumen cualquier tipo de droga.

Discusión

A partir del análisis del discurso de las participantes de los 6 grupos focales, se encontraron similitudes en cuanto al género y diferencias respecto al grupo de edad; en este caso con las adolescentes, jóvenes y adultas.

Los motivos por los que las mujeres comenzaron a fumar son similares; manifiestan que fundamentalmente fue por imitación y por la necesidad de convivir y ser aceptadas por su grupo social; además, porque las hacía ver más “grandes” y les significaba ser “adultas”. También lo asocian con la idea de “madurez” e “independencia”.

Para las adolescentes, las mujeres comienzan a fumar por tener baja autoestima y para ser “populares”; mantienen su consumo porque tienen problemas con su pareja e hijos, y esto les provoca vivir en un constante estrés. También como hijas de familia, tienen más responsabilidades porque tienen que “cuidar” a los hermanos menores. Argumentan que la mujer es “más débil y sentimental” y sus principales actividades están enfocadas al hogar y a los hijos. Además, en la mayoría de los casos los problemas los tienen que “enfrentar” solas, lo que resulta relevante, ya que cuando las mujeres adultas hablan del cigarro, y lo significan como el “compañero” que ha estado en sus momentos de soledad, aburrimiento y depresión, con el que han establecido una “relación especial”, reflejan mayor propensión a estados depresivos. Tanto adolescentes como jóvenes y adultas, asocian los estados de estrés con el fumar, “porque ayuda a disminuirlos un poco”.

Los jóvenes, hombres y mujeres, fuman por las mismas causas; primero por curiosidad y convivencia, luego por el placer y gusto de fumar. Las no fumadoras consideran que quienes lo hacen es para demostrar que ellas “también pueden” como los hombres, y que la idea de asociar a las mujeres que fuman con mujeres “de la calle” ya no es vigente. En este sentido, las mujeres fuman por “competir” con los hombres, aunque a ambos les haga el mismo daño.

En el caso de las mujeres adultas que asisten a las clínicas para dejar de fumar, su discurso dependerá de la fase del proceso terapéutico en el que se encuentren; es decir, si se ubican en la fase diagnóstica todavía le atribuyen una serie de mitos al tabaco (por ejemplo que les ayude a controlar su peso, que hacen menos daño los cigarros *light* o mentolados). Al parecer, en algunos casos asisten por la presión de terceras personas,

principalmente de su pareja e hijos; aunque mencionan que asisten por motivos de salud, durante la discusión del grupo focal, mencionan los constantes rechazos y reclamos por parte de sus familiares, por el hecho de ser fumadoras activas.

En este sentido, una de las dificultades que tuvieron en los múltiples intentos por dejar de fumar, fue el escaso o nulo apoyo de su familia y las constantes críticas a su posible “falta de fuerza de voluntad”, situación que les hizo sentirse enojadas, tristes, apenadas, frustradas y temerosas de solicitar ayuda. Algunas asistieron a tratamiento sin comentárselo a su familia; por “temor” a no poder. Se puede inferir que la falta de apoyo por parte de la familia y el temor a aumentar de peso corporal son dos razones para no iniciar el tratamiento.

Cabe hacer mención que entre las principales razones que tuvieron para dejar de fumar, fueron las constantes discusiones e inclusive alejamiento o rechazo por parte de sus parejas no fumadoras y, en algunos casos, esta separación abarcó el plano íntimo de pareja.

Las mujeres adultas que están en fases más avanzadas del tratamiento dejaron de fumar por motivos de salud, para prevenir enfermedades graves o en su defecto porque ya las padecían (por ejemplo enfisema pulmonar), y porque el humo del tabaco les hacía daño a sus hijos, sobre todo a los más chicos. En el caso de tener hijos mayores y si estos fumaban, las mujeres adultas se sentían culpables porque de alguna forma habían influido para que ellos fumaran.

Las mujeres jóvenes han asociado el fumar con situaciones en las que se divierten con su grupo de pares. El consumo suele incrementarse los fines de semana cuando acuden a fiestas o “antros” y aunque no les “agrade” del todo el sabor del tabaco, fuman por el “placer” de disfrutar el momento. Por ello, algunas prefieren los cigarros suaves y que no “huelan mucho”, aunque provoque los mismos daños que los cigarros fuertes. No consideran dejar de fumar porque lo hacen “poco” en comparación con las adultas y sobre todo porque los daños son a “largo plazo”, por lo tanto no los viven como si a ellas les fuera a suceder.

También las mujeres adultas fuman más en los momentos de convivencia social, refieren que en las reuniones familiares se han perdido de cosas “importantes”, por querer fumar. Los lugares en los que habitualmente fumaban eran la cocina, el lavadero y la zotehuela, pues en los espacios que se compartían con la familia, les estaba “negado” fumar. Además, el consu-

mo lo hacían “a escondidas” por los problemas que les ocasionaba; de igual forma las adolescentes y jóvenes lo hacían fuera del hogar y buscaban un “pretexto” para salir.

Por otra parte, la mayoría de las mujeres adultas que participaron, refieren que cuando iniciaron su consumo de tabaco, no contaban con ningún tipo de información, no sabían que se trataba de una droga, y que durante su periodo de consumo conocían o suponían una serie de enfermedades asociadas, pero que la información clara la obtuvieron hasta que estuvieron en el tratamiento, situación que no se da en las adolescentes y jóvenes, ya que declaran que poseen “bastante” información sobre los daños que provoca a la salud.

En relación con la publicidad, el impacto que se tiene sobre las mujeres es distinto; las adolescentes y las jóvenes identifican las marcas de cigarros que están dirigidas a ellas, y son precisamente los cigarros que consumen. En caso de fumar tabaco fuerte, lo asocian con los jóvenes que están en fiestas muy divertidos y no les hace falta nada. Además muestran a modelos que refuerzan el estereotipo de “belleza”; son chicas guapas, delgadas, que portan vestidos y joyas que las hacen ver elegantes y, además, si no fuman de esa marca de cigarros “no son nadie”.

Las mujeres adultas ya no son tan susceptibles a la publicidad, pues una vez que han adquirido el hábito del tabaco, consumen el que sea. No obstante tienen una marca preferida y cuando existe la posibilidad económica los compran; además reconocen que invierten fuertes cantidades de dinero en la adquisición de sus cigarros.

Finalmente, la idea de que fumar ayuda a bajar de peso, es una constante en el discurso de las mujeres adolescentes y las adultas; pero en el caso de las jóvenes no lo creen, pues el consumo del tabaco no les quita el hambre, ni las ha ayudado a bajar de peso; más bien consideran que es el estrés, lo que provoca un mayor consumo de tabaco, y la pérdida de peso. Cuando se deja de fumar, se incrementa el peso, porque se llena el “vacío” que les deja el tabaco.

Conclusiones

En el desarrollo y mantenimiento del proceso adictivo existen diferencias claramente delimitadas entre hombres y mujeres. Entre las variables dife-

renciales que se encontraron en esta investigación de corte cualitativo y que coinciden con la literatura especializada, se observa que las redes socio-familiares son distintas; muestra de ello, es el índice del fracaso terapéutico en la mujer, en parte, porque suelen acudir solas a tratamiento por falta de apoyo o desconocimiento de la familia y porque ellas consideran que deben afrontar el tratamiento solas. Es decir, tanto su consumo como su proceso de recuperación lo viven solas, a diferencia de los hombres que casi siempre acuden acompañados a solicitar tratamiento.

Por otro lado, algunas de las mujeres adultas participantes que asisten a las *Clínicas para dejar de fumar de CIJ*, lo hacen por el rechazo que ejerce la familia hacia ellas y para no afectar la salud de sus hijos o nietos.

Esto significa que no deciden dejar de fumar porque afecta su salud, sino porque perjudica a quienes le rodean, repitiendo así, creencias y actitudes socialmente aceptadas y establecidas en donde la mujer es “la cuidadora” de los demás, pero no de sí misma.

En este sentido, resulta fundamental tomar en cuenta la condición individual, familiar y social que la mujer vive actualmente, para la creación de mecanismos de intervención preventivos y terapéuticos.

Cabe señalar que una constante en el discurso de las mujeres adultas, es que el “cigarro” les ha funcionado como su “compañero” con el que han establecido una relación “especial”, de acompañamiento, a lo largo de las distintas etapas de su vida; sobre todo, cuando enfrentan problemas, de pareja y familiares. Es probable que esta situación sea consecuencia del sentimiento de soledad en la que algunas viven en el ámbito familiar y que esté asociada a una comunicación inadecuada entre los miembros, además de que sienten que fumar les reduce el estrés y la ansiedad.

En el caso de las mujeres adolescentes y jóvenes, se considera necesario hacer una intervención que posibilite la *toma de conciencia* acerca de los efectos del consumo de tabaco, la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de su identidad de género, y la no repetición de patrones y estereotipos, como el ideal de belleza relacionado a la ultra-delgadez; o en los que el tabaco está asociado a la diversión, convivencia y a que los mensajes que les resultan significativos, promueven este tipo de conductas.

Por lo anterior, es necesario que las intervenciones tanto de prevención como de tratamiento, consideren el enfoque de género como una estrategia indispensable.

Bibliografía

- ◆ Ayesta, L (2001). "¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres?", en *Prevención del Tabaquismo*, 3(3), septiembre.
- ◆ Becoña (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención*. España, Universidad de Santiago de Compostela.
- ◆ *Encuesta Nacional de Adicciones 2002* (2003). Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, México, p. 48.
- ◆ Gritz, Ellen (1986). "Género y adolescentes fumadoras", en *NIDA Research Monograph Series. Women and drugs a new era for research*, 65.
- ◆ Hawkins, J; Catalano, D y Miller, J (1992). "Risk and Protective Factors for Alcohol and other Drug Problems in Adolescents and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention", en *Psychological Bulletin*, 112 (1) 64 -105.
- ◆ *Las mujeres y el tabaquismo*. Informe de la Dirección General de Salud Pública. Disponible en <http://www.cdc.gov/spanish/tabaco/tab-mujeres.htm>
- ◆ Planchuelo, S (2001). "Mujer y Tabaco", en *Prevención del Tabaquismo*, 3(3), septiembre.
- ◆ Raich, Rosa (2001). "Las chicas ya fuman más que lo chicos", en Cerdá, Hugo, *El País*, Salud, 10 de abril de 2001. Disponible en <http://www.Tabacoasunto.htm>
- ◆ USDHHS (1988). *Tobacco Bulletin Board System*. Disponible en <http://www.tobacco.org>. Junio.
- ◆ Villatoro, J *et al.*, (2004). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF*. Medición otoño 2003, Reporte Global. México, Instituto Nacional de Psiquiatría y Secretaría de Educación Pública.

¿Por qué es importante dejar de fumar?

Las mujeres fuman por distintas razones. Algunas mujeres fuman para afrontar el estrés o controlar su peso. Las mujeres jóvenes pueden comenzar a fumar como una forma de rebelarse, ser independientes, o aceptadas entre sus pares; sin embargo, nunca existe una buena razón para fumar.

Fumar causa problemas graves de salud:

- ❖ Cáncer de pulmón y otras enfermedades pulmonares, tales como el enfisema y la bronquitis crónica.
- ❖ Cáncer de garganta, boca, laringe, pulmón, esófago, páncreas, riñones, vejiga, cuello uterino y estómago.
- ❖ Leucemia.
- ❖ Aneurismas aórticos, que ocurren cuando una arteria cercana al estómago se debilita y se hincha.
- ❖ Bronquitis y pulmonía más a menudo que en aquellos que no fuman.
- ❖ Enfermedades periodontales.
- ❖ Aumenta el riesgo de padecer cataratas, que causan ceguera.
- ❖ Aterosclerosis o endurecimiento y constricción de las arterias.
- ❖ Aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardíacas y derrame cerebral.
- ❖ Aumenta el riesgo de morir de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- ❖ Menopausia prematura.
- ❖ Aumenta el riesgo de sufrir una fractura de cadera.
- ❖ Aumenta la tendencia del organismo a formar coágulos sanguíneos.
- ❖ Empeora los problemas de diabetes.
- ❖ Dificulta quedar embarazada.
- ❖ Mancha los dientes, dedos y uñas.
- ❖ Mal aliento.
- ❖ Arrugas en la piel.

Fuente: **¿Por qué es importante dejar de fumar?** ¡Una Bocanada de aire fresco! Independencia del tabaco. Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer. Departamento de salud y Servicios Humanos de los EE UU. 2006

Tabaquismo y su repercusión en la salud Los profesionales de la salud como líderes en la lucha contra el tabaquismo

Horacio Rubio Monteverde¹

Patricia Fuentes²

El problema del tabaquismo

Para reemplazar a los fumadores que han abandonado la adicción o que murieron por alguna enfermedad producida por el tabaco, la industria tabacalera se propone atraer diariamente por lo menos a cinco mil niños y adolescentes para que se inicien en el tabaquismo. Esto se debe a que se aprende a fumar durante la infancia o la adolescencia. El 20% de los fumadores empieza a fumar alrededor de los 13 años y más de 90%, antes de los 20. La necesidad de fumar puede retrasarse hasta la madurez, sin embargo, en esta etapa disminuye la posibilidad de convertirse en fumador. Dado que únicamente el 10% de los fumadores empieza a fumar en la edad adulta, en el grupo de los adolescentes es donde se recluta a la mayoría de los fumadores.

Por otra parte, la exposición involuntaria al humo del tabaco ambiental (el tabaquismo pasivo), está provocando un serio problema de salud pública. Esta exposición supone un riesgo considerable por la morbilidad y mortalidad que generan en la población no fumadora. El impacto que el humo del tabaco ambiental tiene sobre la mortalidad humana es dos veces mayor que el impacto producido por el conjunto de todos los contaminantes ambientales reconocidos como tóxicos y que son objeto de control.

Los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto los efectos nocivos que el humo de tabaco ambiental tiene para la salud de la población no fumadora. Así, esta población tiene un riesgo mayor de padecer cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias y cardiovasculares. La población

¹*Instituto Mexicano del Seguro Social.*

²*Promoción Institucional de Centros de Integración Juvenil, A.C.*

infantil acusa ostensiblemente la exposición al humo ambiental del tabaco, sufriendo con más frecuencia padecimientos de tipo respiratorio como neumonías y bronquitis, reducción significativa de la función respiratoria, asma y otitis. Asimismo, durante el embarazo y la lactancia se han evidenciado los efectos nocivos del tabaquismo pasivo en la descendencia de madres no fumadoras.

Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirecta de cerca de 13 mil 500 muertes por día y 4.9 millones al año, de las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo.

Las tendencias actuales indican que para el año 2020 más de 10 millones de personas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas durante la madurez productiva, con una pérdida individual de 10 a 20 años de vida. Para el 2030, siete de cada 10 de las defunciones ocurrirán en países en vías de desarrollo.

En virtud de que algunos especialistas consideran al tabaquismo como la epidemia del siglo, se juzgó trascendental reunir a un grupo de trabajo con representantes de los países miembros de la OMS para llevar a cabo un convenio mundial.

Después de una serie de reuniones, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, se concluyó durante la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, el 21 de marzo de 2003 y fue ratificado por unanimidad; se trató de un evento histórico para la medicina mundial, ya que el objetivo fue dar prioridad al derecho de proteger la salud. La ratificación de los 192 países participantes demostró la más amplia cooperación internacional para dar respuesta eficaz a este problema mundial de graves consecuencias para la salud pública.

En la sede de la OMS donde se discutió el Convenio Marco, existía el denominado reloj de la muerte, que desde octubre de 1999 hasta mayo de 2004 registró más de 15 millones de personas fallecidas por enfermedades ocasionadas por el tabaquismo, cifras alarmantes. También en este espacio aparecían personajes destacados que habían perecido a causa de enfermedades asociadas con el tabaquismo.

La delegación mexicana que participó tuvo la fortuna de ser testigo de ese importante suceso encabezado por la doctora Harlem Brundtland, exdirectora de la OMS, cuya presencia y liderazgo fueron determinantes para la ratificación del texto por parte de los ministros de Salud. México fue el primer país de América en refrendar este valioso Convenio, mismo que fue ratificado por decisión unánime en la Cámara de Senadores; hecho que mereció el reconocimiento de la Organización Panamericana de la Salud.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer instrumento jurídico concebido para reducir en el planeta la mortalidad y morbilidad atribuibles al tabaquismo. Sus disposiciones establecen normas internacionales para el control del tabaco: publicidad, promoción, patrocinio, adopción de medidas fiscales, precio, empaquetado y etiquetado, el tráfico ilícito y la protección del humo de tabaco en el ambiente. Los gobiernos signatarios representan a 4,500 millones de personas e intentan convertirse en partes del convenio y proteger así a sus poblaciones frente a las consecuencias sanitarias, económicas y sociales atribuibles al consumo de tabaco.

Este convenio proporciona un marco para las medidas nacionales de control integral del tabaco que habrán de aplicar los gobiernos a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo y la exposición al humo del tabaco. Mediante la implementación del CMCT se busca crear un sistema de regulación sanitaria que estimule, organice y complemente la política sanitaria nacional y se convierta en un régimen multinacional para el manejo integrado del consumo de tabaco, estableciendo a su vez las bases para fomentar la cooperación internacional y la acción nacional.

Situación nacional

- ◆ 48 millones de personas afectadas por el humo del tabaco (13 activos y 35 pasivos).
- ◆ Cada día se presentan 147 muertes relacionadas con el tabaquismo, suman 53 mil al año.
- ◆ En 10 años (1988-1998) la cifra de fumadores aumentó de 9.2 a 13 millones.

- ◆ Existe un incremento significativo de mujeres fumadoras.
- ◆ Cada año el gobierno federal eroga entre 25 y 30 mil millones de pesos en la atención de distintas enfermedades ocasionadas por el tabaquismo.

De acuerdo con la OMS, en los últimos cincuenta años el consumo mundial de tabaco se ha multiplicado siete veces, arrojando ganancias extraordinarias a las compañías tabacaleras; tan sólo en México se producen 46 mil 500 millones de cigarros. Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002, el 26.4% de la población fuma (42.3% hombres y 15.1% mujeres), el 20.3% es exfumador, el 53.3% nunca ha fumado y el 25.6% es fumador pasivo; por grupo de edad, fuman el 10.1% de los adolescentes y el 40.0% del grupo de 18 a 29 años. La Encuesta Nacional sobre Tabaquismo en Jóvenes de 2003 reportó que 51.1% de jóvenes en edades de 12 a 15 años de edad fumó alguna vez y el 19.9% son fumadores actuales.

Entre los profesionales de la salud, el tabaquismo es un problema significativo. Diversos estudios de varios países han documentado que el consumo de tabaco entre los profesionales de la salud es mayor que en la población general y puede llegar a más del 50%. El Atlas del Tabaco (OMS) muestra que en China hay una prevalencia de tabaquismo de un 61.3% para los médicos varones, en tanto que el porcentaje de la población total masculina que fuma es de 66.9%, mientras que la prevalencia de las mujeres fumadoras que practican la medicina es de 12.2%, en comparación con 4.2% de la población total femenina. En Rusia, la prevalencia de las fumadoras que practican la medicina es de 13%, en tanto que la relacionada con la población femenina que fuma en general es de 9.7%. En México, las cifras varían entre 14 y 31%, dependiendo de la institución, el área geográfica y las características del grupo de profesionales de la salud que ha sido estudiado.

Respecto a la publicidad, antes de la entrada en vigor del CMCT, mediante el esfuerzo del gobierno federal, se limitaron los espacios de publicidad de las empresas tabacaleras, desapareciendo la publicidad en radio y televisión de sus productos y la difusión de su consumo en Internet, videos y formatos DVD a partir del mes de enero de 2003. También se impuso a estas empresas la obligación de insertar en la cara trasera de las cajetillas de cigarros una leyenda precautoria, que debe incorporar mensajes para encauzar al fumador hacia algún tratamiento para el tabaquismo. Asimismo, se prohibió a estas empresas tanto el patrocinio de actividades para jóvenes, como la promoción en los espacios de portada y contraportada en medios

impresos. Tampoco podrán utilizar los logotipos de cigarros en material deportivo, juguetes, muñecas, réplicas de miniatura de vehículos, dulces y videojuegos.

Lo que se ha expuesto pone en evidencia los esfuerzos que desde hace muchos años se están realizando en el país en la lucha contra el tabaquismo, dirigiendo la tarea hacia la prevención, la disuasión y la ayuda a los fumadores para que abandonen la adicción, a fin de que la población en general tome conciencia de los efectos nocivos del consumo de tabaco para la salud. Esta tarea titánica, sin duda, requiere de la participación activa de todos los sectores sociales.

Acciones contra el tabaquismo

a) Modelo para la Prestación de Servicios en contra del Tabaquismo en México

Con el propósito de que los servicios de atención en materia de tabaquismo del Programa Nacional de Salud estén al alcance de todos los individuos, familias y comunidades con base en criterios de calidad y calidez y logrando costos que sean accesibles para toda la población, se ha propuesto un Modelo de Atención basado en la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial para la incorporación de métodos y técnicas apropiados para cada uno de los tres niveles de atención que conforman el Sistema Nacional de Salud. La propuesta de este modelo está orientada a beneficiar con estos servicios, tanto a la población abierta como a los derechohabientes y al sector privado.

Este Modelo contempla la atención de los siguientes aspectos: 1) promoción de la salud en población abierta y derechohabiente y 2) prevención primaria en grupos de alto riesgo. El segundo y tercer nivel de atención deben asegurar tanto la prevención primaria, como la prevención secundaria en usuarios de tabaco con daños moderados en su salud, así como la atención especializada de acuerdo con modelos certificados de tratamiento y rehabilitación en tabaquismo (Figura 1).

Aunque más del 70% de los fumadores ha intentado en más de una ocasión dejar de fumar, ha fracasado. Para reducir y eventualmente eliminar el tabaquismo en México, se requiere por una parte, desalentar el consumo de

tabaco entre los jóvenes y por otra, coadyuvar para que los actuales fumadores dejen de fumar, en concordancia con las diversas estrategias para la atención de los problemas de salud plasmadas en el Programa Nacional de Salud.

Figura 1



Figura 1

Fuente: Rubio, Oviedo Castrejón, Vélez, Sanso ms. 2001.

En este sentido, el papel de los médicos es fundamental y crítico; demanda un programa de educación y capacitación para el tratamiento del tabaquismo. Este programa debe abarcar desde las facultades y escuelas de medicina y llegar hasta la práctica clínica de los médicos generales de todo el país.

La base piramidal del modelo obedece a la necesidad de realizar acciones de información y sensibilización tanto en población abierta, como entre grupos específicos, ampliando en esa forma los alcances y características de los servicios de primero y segundo niveles de atención en la tarea de atenuar o disminuir las condiciones de riesgo para el inicio en el consumo del tabaco. Consecuentemente, los servicios del segundo y tercer nivel estarán en condiciones de ofrecer a sectores más reducidos de la población un servicio eficiente y de calidad para el tratamiento y la rehabilitación de fumadores.

Este servicio organizado se ha denominado Clínica de Tabaquismo o de Ayuda para Dejar de Fumar. Su propósito fundamental es apoyar a todos los individuos interesados en dejar de fumar y disminuir los daños en su salud ocasionados por el tabaquismo.

b) Avances legislativos

Sin duda, la Ley es uno de los mejores instrumentos para la prevención y el control del tabaquismo. El gobierno de México ha adoptado de manera progresiva algunas medidas no sólo vinculadas a garantizar el derecho de los no fumadores a tener un ambiente libre de humo de tabaco, sino a regular otros aspectos vinculados con el proceso de etiquetado, comercialización y distribución de cigarrillos.

En el año 2000 se decretó una modificación a la Fracción II del Artículo 188 de la Ley General de Salud, que estableció la obligación de orientar a la población para que se abstenga de fumar en el interior de edificios públicos propiedad del gobierno federal.

En México, particularmente en el Distrito Federal, se instauró a principios del año 2004 la *Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores*, que obliga, entre otras cosas, a no fumar en transporte público, locales cerrados, espacios de atención como bancos, oficinas de gobierno, comerciales o de servicios, auditorios, bibliotecas, instituciones médicas y de enseñanza, así como la asignación de un 40% de las mesas de restaurantes y bares como zonas de no fumar y un número determinado de habitaciones de hoteles.

También existe un Programa Interinstitucional de Educación Saludable coordinado por las secretarías de Salud y de Educación Pública que lleva a cabo actividades de capacitación de personal docente de los diferentes grados de educación primaria, secundaria, preparatoria, profesional y de posgrado.

Formación de líderes en el primer y segundo nivel de atención

Los profesionales de la salud ocupan posiciones de liderazgo en diferentes niveles y ámbitos; en cualquiera de estas posiciones tienen la oportunidad

de participar en el proceso de formulación de políticas, de apoyar medidas integrales de control del tabaco, de promover la creación de lugares de trabajo libres de humo de tabaco y de brindar consejo médico, tratamiento y, en general, servicios clínicos para dejar de fumar.

Médicos y profesionales de salud líderes contra el tabaquismo

Inicia con el médico general, quien se apoya en especialistas pediatras, internistas, ginecólogos, epidemiólogos y otros profesionales de la salud, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, etcétera.

La importancia del tabaquismo como problema prioritario de salud en el mundo, coloca al médico, promotor y depositario de la salud integral del humano, en una perspectiva muy comprometida en la batalla por lograr disminuir esta adicción.

Los epidemiólogos dimensionan el tamaño y el impacto del tabaquismo. En un informe realizado en 1999 sobre exposición ambiental al humo de tabaco y la salud de los niños, la OMS afirmó: *La mayoría de los niños expuestos al humo del tabaco no escogen esta situación. La exposición de los niños es involuntaria y generalmente por humo generado por adultos, en lugares donde los niños viven, estudian y juegan.* Casi la mitad de los niños del mundo está expuesta a la contaminación del humo de tabaco que ocasiona daños a la salud.

Los *especialistas en ginecobstetricia* deben informar a las mujeres embarazadas los efectos en la salud del feto expuesto al humo de tabaco inhalado por la madre. Los hijos de madres fumadoras tienen 250 gramos menos de peso al nacer, en ellos es más frecuente la mortalidad neonatal y las alteraciones congénitas. Una madre fumadora de más de 10 cigarrillos al día, incrementa estos riesgos en 70 veces.

Los *pediatras* deben educar al niño y al joven para evitar que inicien el consumo de tabaco; es más importante la prevención que la curación. Deben informar a los padres de sus pacientes que son más frecuentes las enfermedades de vías respiratorias superiores y del oído, la bronquitis y las neumonías en niños menores de dos años. Las crisis asmáticas en niños expuestos a tabaquismo pasivo son de mayor frecuencia e intensidad.

Los *neumólogos* deben advertir a los pacientes que fumar aumenta el riesgo de desarrollar bronquitis crónica, hiperreactividad bronquial y enfisema

pulmonar. Los neumólogos interpretan radiografías y estudios funcionales y pueden detectar alteraciones tempranas en el aparato respiratorio. El riesgo de desarrollar EPOC es nueve veces superior en un fumador que en un no fumador; es la cuarta causa de muerte a nivel mundial.

Los *neumólogos*, los *otorrinolaringólogos* y otros especialistas cuentan con los conocimientos para detectar las neoplasias.

Los *cardiólogos* deben informar que esta adicción es el factor de riesgo de mayor importancia para la presentación del infarto. El 50% de los infartos de miocardio se debe al tabaquismo.

El papel de los *odontólogos* es muy importante en el diagnóstico y el tratamiento de lesiones de cavidad oral entre las que destacan: halitosis, xerostomía, estomatitis nicotínica, hiperqueratosis, tinción dentaria, parodontitis, melonisis del fumador, leucoplasias, eritroplasias y cáncer de lengua. Su intervención es esencial también en la prevención de todas estas alteraciones, mediante el consejo profesional que advierta sobre los daños que ocasiona el consumo de tabaco, lo cual implica su participación en la promoción de la salud.

Los *psicólogos* también desempeñan un papel muy importante tanto en programas preventivos, como de detección e intervención cognitivo-conductual para dejar de fumar.

La *enfermera* es la parte más humanista del equipo de salud en la asistencia de los enfermos y desempeña un papel primordial en beneficio de los pacientes; extiende sus servicios hacia la vigilancia clínica y combina sus tareas con el equipo integrado por médicos generales, especialistas, expertos en salud mental, epidemiólogos, trabajadoras sociales y nutriólogos.

La *trabajadora social*, como parte del equipo multidisciplinario, ejecuta acciones de educación para la salud con el fin de modificar hábitos, actitudes y conductas que se relacionen con esta adicción y durante la entrevista al paciente fumador realiza su clasificación.

Los programas educativos deben adecuarse al ámbito social y cultural del tipo de población, y encaminarse principalmente a grupos de alto riesgo.

Otro líder importante es el *profesional de la comunicación en salud* ya que traduce el conocimiento científico a un lenguaje de divulgación para diseñar, producir y transmitir a la población los mensajes proactivos orientados a desalentar el consumo de tabaco entre los adolescentes y los

jóvenes, a proteger la salud de los no fumadores y a sensibilizar a la población respecto a las consecuencias que produce el consumo de tabaco.

Conclusiones y exhorto

Es de la mayor relevancia incorporar a la currícula de las escuelas de educación básica, media y superior, información sobre el tabaquismo, ya que siempre será mejor prevenir que curar. Tanto médicos como maestros deben tomar conciencia y asumir su papel como líderes y modelos sociales que contribuyan a la lucha contra el tabaquismo. Los médicos gozan de oportunidades únicas y de medios eficaces para promover el abandono del tabaco. El 70 % de los fumadores consulta a un médico por lo menos una vez al año. Algunas de estas consultas se producen cuando el paciente está asintomático. En este contexto, los pacientes pueden ser especialmente receptivos a los mensajes para dejar el hábito y pueden mejorarse sustancialmente las tasas de abandono.

Inclusive, los mensajes breves por parte del médico en cuanto a que se deje el tabaco, pueden duplicar la tasa de abandonos espontáneos. El tratamiento de la adicción a la nicotina tiene una relación costo-eficacia, por lo menos tan alta como la de tratar otros problemas médicos comunes, como la hipertensión arterial. La adicción a la nicotina debe considerarse un problema médico crónico que tiene una implicación a largo plazo y requiere técnicas para su tratamiento.

En el primer nivel de atención, tanto en el sector público, como en el privado, se soluciona el 85% de los problemas de salud, en centros que cuentan con un médico, pasante de medicina o enfermera, en puestos de salud o servicios médicos dentro de las fábricas o en la Unidad de Medicina Familiar que cuenta con un servicio de promoción de la salud y/o medicina preventiva; aquí es donde se debe realizar promoción primaria ya que, son los servicios que están en contacto directo con la comunidad y los grupos de alto riesgo.

En este primer nivel se debe proporcionar:

1. Consejo médico claro: La evidencia científica es contundente en relación con los daños que el tabaquismo ocasiona a la salud.

2. Consejo médico positivo: Para convencer al paciente de tomar una decisión favorable para su salud.
3. Consejo médico personalizado: En la atención primaria, el médico conoce los antecedentes familiares y personales del paciente, los cuales ayudan a personalizar el consejo para el abandono del tabaco.
4. Consejo médico adecuado: Al momento del proceso de cambio en que se encuentra el paciente.
5. Consejo médico específico: Para destacar los daños a mediano y largo plazo especialmente entre los adolescentes y las mujeres embarazadas.
6. Consejo médico intensivo: Se ha demostrado en algunas unidades de salud que se logra el 23% de éxito con los mensajes reiterados.

Con el seguimiento clínico se mejoran los resultados y se puede influir para canalizar al paciente al segundo o tercer nivel de atención, a fin de concluir el diagnóstico de los daños ocasionados por la adicción e implementar la terapéutica adecuada.

El objetivo fundamental de cada consulta debería ser ayudar al fumador a acercarse un paso más al abandono. Las tres fases esenciales del tratamiento a cargo del médico son la valoración, la intervención y el seguimiento. Durante la fase de valoración se recogen datos sobre el estado de salud, la adicción a la nicotina, los intentos previos de abandono y el interés por sí mismo. La mayoría de los pacientes están interesados en dejarlo y progresan hasta la fase de intervención. Se instruye a los fumadores acerca de las ventajas del abandono y del proceso cíclico del mismo. Se aconseja al fumador que elija una fecha para dejarlo y que corte radicalmente la adicción. Se elige un método de abandono y se pone en práctica. Los médicos con frecuencia facilitan material educativo, consejo y, recientemente, tratamiento de sustitución nicotínica. Tanto el chicle de nicotina como los parches transdérmicos mejoran las tasas de abandono cuando se combinan con otras intervenciones, al impedir el deseo urgente de fumar.

Los profesionales de la salud deben tener muy presente que la reducción del tabaquismo aportará grandes beneficios en la esfera sanitaria, al disminuir la mortalidad y la morbilidad, y en la económica, al reducir el ausentismo laboral y las pensiones por invalidez derivadas de afecciones cardiorrespiratorias. Es importante precisar que los beneficios obtenidos al reducir la incidencia del tabaquismo serán importantes, pero tardarán en apreciarse.

Dejar de fumar genera beneficios inmediatos para la salud, como es la reducción de 300% en el riesgo de sufrir un infarto cardiaco y de 200% de desarrollar enfermedades cerebrovasculares. Además, el 95% de las personas entre 15 y 29 años de edad que abandone el tabaquismo, evitará la muerte por esta causa y agregará ocho años a su esperanza de vida. De lo contrario, si continúan las tendencias actuales, para el año 2010 se habrán acumulado en nuestro país medio millón de muertes vinculadas al consumo de tabaco.

- ❖ **El fumar causa infertilidad en las mujeres.**
- ❖ **Los bebés de mujeres que fuman tienen más probabilidad de nacer antes de tiempo.**

El fumar afecta cada fase de la reproducción. Mujeres que fuman tienen más dificultad para embarazarse y un mayor riesgo de nunca embarazarse. Mujeres que fuman durante el embarazo tienen mayor probabilidad de complicaciones, de nacimientos prematuros, de bebés de bajo peso al nacer, de nacimientos de niños muertos, y de mortalidad infantil.

Nacimientos de bajo peso es la causa primordial de muertes infantiles. Más de 300 mil niños mueren cada año en los Estados Unidos por esta causa. Muchas de esas muertes están asociadas con fumar. Aun cuando hoy en día se conoce el peligro de fumar durante el embarazo, menos de una de cada cuatro mujeres dejan de fumar una vez que están embarazadas.

Bibliografía

- ◆ Auerbach, Oscar; Garfinkel, L y Parks, VR (1975). "Histologic type of lung cancer in relation to smoking habits, years of diagnosis and sites of metastases", en *Chest*. :67:382.
- ◆ Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud (2000). *La epidemia de Tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del Tabaco*. Publicación científica, 577.
- ◆ Belt, W y MD Thomas (1990). "Tobacco smoking, hipertensión, stroke and coronary heart disease: the importance of smoking cessation", en *Sem Respir Med*, 11:1, 36-49.
- ◆ Benowitz NL y Gourlay SG. (1997). "Cardiovascular toxicity of nicotine: implication for nicotine replacement therapy", en *J. AM Coll Cardiol*; 29:1422-31.
- ◆ Cicero Sabido et al., (2003). "El Consumo del Tabaco. Desde los mayas al siglo XXI. Algunos puntos de vista", en *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 16(2), abril-junio, 103-107.
- ◆ Doll, R y Peto, R (1976). "Mortality in relation to smoking: 20 years observation on male British doctors", en *Brit Med J*, 2:1525-1536.
- ◆ Environmental Protection Agency (1992). *Respiratory Health Effects of Passive Smoking*. Washington, DC, EPA, diciembre de 1992.
- ◆ Fernández-Ruiz ML y Sánchez-Bayle M (2003). "Evolución de la prevención de tabaquismo entre médicos y enfermeras de la comunidad de Madrid", en *Gac Sanit*; 17(1):5-10.
- ◆ Fletcher, C y Peto, R (1997). "The Natural History of chronic airflow obstruction", en *Br. Med. J.*, 1:1645.
- ◆ Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Pública (2001). *Guía para la organización de grupos de ayuda para dejar de fumar*. México.
- ◆ Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2003). *Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes*. México.
- ◆ Jha P y Chaloupka F (2000). *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press.
- ◆ Jiménez Ruiz CA et al., (1999). "Nasal nicotine spray in smoking cessation. Results of a multicenter study", en *Arch Bronconeumol*, diciembre, 35 (11):535-8.
- ◆ Lowell CD et al., (2000). "Treatment of nicotine dependence", en *Clin Proc*, mayo, 75: 1311-16.

- ◆ Medina-Mora, ME et al., (2002). "Del Tabaco al uso de las drogas. ¿El uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?", en *Salud Pública de México*, 44(1):109-115.
- ◆ Nelson DE et al., (1994). "Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses", en *JAMA*;271(16):1273-1275.
- ◆ Organización Mundial de la Salud (1995). *Acción Legislativa contra la Epidemia Mundial del Tabaquismo*. WHO, Ginebra.
- ◆ Organización Mundial de la Salud (2004). *Convenio Marco para el control del Tabaco*. Ginebra, Suiza 2003, 6 de junio 2004. Disponible en <http://www.who.int./gb/ebwha/pdf-files/WHA56/sa56r1.pdf>
- ◆ Pérez-Stable et al., (1998). "Nicotine metabolism and intake in black and white smokers", en *JAMA*, 280:152-156.
- ◆ Prochaska AV (2000). "New developments in smoking cessation", en *Chest*, 117(1), abril.
- ◆ Rubio Monteverde, Horacio (2003). "Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México", en *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 16(2), abril-junio.
- ◆ Secretaría de Salud y Consejo Nacional contra las Adicciones (2000). *Programa Nacional Contra las Adicciones. Programa contra el Tabaquismo*.
- ◆ Secretaría de Salud (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México.
- ◆ Secretaría de Salud (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México.
- ◆ Sesma-Vázquez et al., (2002). "El comportamiento de la demanda del tabaco en México: 1992-1998", en *Salud Pública de México*; 44(1):S82-S92.
- ◆ Tapia Conyer, Roberto (1994). *Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*. El Manual Moderno, México.
- ◆ Tiffany ST; Cox LS y Elash CA (2000). "Effects of transdermal nicotine patches on abstinence-induced and cue-elicited craving I cigarette smokers", en *J. Consult Clin Psychol*, abril, 68(2):233-40.
- ◆ Valdés Salgado R et al., (2004). *Encuesta sobre tabaquismo en jóvenes*. México, Instituto Nacional de Salud Pública 2003, Cuernavaca.
- ◆ WK Lam; N.W.White y MN Chan-Yeung (2004). "Lung cancer epidemiology and risk factors in Asia and Africa", en *Rev. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 8(9), septiembre.
- ◆ World Health Organization (2005). *Role of health professionals in tobacco control*. Geneve, WHO.

Tratamiento a fumadoras en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México

Psic. Ma. Angélica Ocampo Ocampo

Psic. Blanca Mónica Leal Bravo

Psic. Dulce Yazmín Pájaro Galicia

Los movimientos de emancipación de la mujer han jugado un papel muy importante para que el llamado “sexo débil” se iniciara en una conducta tan nociva como fumar. Las compañías tabacaleras han aprovechado este movimiento para seguir dominándola, pues mientras la mujer supone que con el acto de fumar gana estatus y libertad, al mismo tiempo es sometida y atrapada, ya que al iniciarse en esta adicción, queda nuevamente cautiva.

La incorporación de la mujer en el terreno de la producción cambió su actitud frente a la vida. La remuneración económica si no le dio igualdad, le otorgó la oportunidad de adquirir ciertos roles que modificaron tanto su forma de vestir, como sus conductas hacia su principal objetivo, el poder de decisión.

Durante siglos, las mujeres han buscado igualdad con el varón, pero han manejado una doble tarea en la cual son libres para ganar dinero, pero culturalmente continúan con una gran carga de responsabilidades como el cuidado de los hijos y las labores domésticas, quedando la familia a su cargo. El desgaste físico y emocional que ha provocado la contradicción de la mujer “libre-sometida”, la lleva a desplazar su abatimiento personal en el consumo de tabaco y alcohol como estímulos en los que se refugia.

Marcela Lagarde en su tesis titulada *Los cautiverios de las mujeres* señala que “existe una concepción genérica del mundo que parte de la concepción dominante en la cultura patriarcal histórica para las mujeres”.

La mujer se concibe, por herencia cultural, “como un ser de otros”, “un ser para otros”, “las mujeres existen en el mundo para acoger material y terrenalmente a los otros, no para acogerse, acunarse o protegerse a ella misma”, de esta forma la mujer construye su autoestima y autoconcepto sobre los otros. Así se observa que en los motivos de dejar de fumar destacan: “por mis hijos”, “por mis nietos”, “por no dar un mal ejemplo”, etcétera.

Aquí es donde las campañas publicitarias de la industria tabacalera juegan un papel muy importante, ya que la personalidad femenina, sensible y emotiva, hará todo y comprará todo para simplemente Ser. El tabaco ha sido uno de los productos que más ha explotado estas carencias y ha dirigido fuertemente toda su empresa para que las mujeres compren este producto utilizándolo como símbolo de libertad. A través de la historia, las tabacaleras han abarcado nuevos rubros en su publicidad como el que ser mujer va acompañado de *glamour*, sofisticación y sexualidad, sin olvidar el más importante, la imagen agresiva de poder.

A la fecha no existe una contrapublicidad que pueda de la misma manera hacer llegar a la población la realidad letal de lo que es este producto. Entre las poblaciones más vulnerables están los niños y las mujeres, ya que se ha enfocado a ellos la venta de cigarrillos.

Diversos estudios han mencionado que el tabaco es dañino para la salud del ser humano; en el mundo hay *mil cien millones de fumadores* (un tercio de la población mundial) y se prevé que en el año 2025 habrá más de mil 600. En el mundo fuma el 12% de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que el número de mujeres fumadoras se triplicará en la próxima generación, superando los 500 millones. Los mayores incrementos de consumo de tabaco se producirán en los países menos desarrollados.

En el informe de la Dirección General de Salud Pública de Estados Unidos de 2001, el Cirujano General David Satcher, menciona:

No debemos equivocarnos en el uso de la palabra epidemia al abordar los problemas de la salud pública. Sin embargo, no existe mejor palabra que esta para describir el aumento de un 600 por ciento en cáncer del pulmón que se ha registrado en las mujeres desde el año 1950. Se trata de una enfermedad cuya causa principal es el consumo de cigarrillos. Sin lugar a dudas, las enfermedades relacionadas con el tabaquismo en la mujer constituyen una auténtica epidemia.

Asimismo, destaca: El cáncer de pulmón constituye la causa principal de muerte por cáncer entre las mujeres estadounidenses: En 1987 superó el número de muertes por cáncer de seno. Alrededor de 90% de todas las muertes por cáncer de pulmón entre las mujeres es atribuible al hábito de fumar.

Los daños que produce el tabaco en las mujeres son similares a los que padecen los hombres, como son: Enfermedad Pulmonar Obstruc-tiva Crónica (enfisema pulmonar y bronquitis crónica), enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto al miocardio o accidente cerebro vascular) y cáncer (boca, lengua, faringe, laringe, esófago, estómago, mama, próstata, hígado, riñón, vejiga, pulmón, etcétera).

Pero en la mujer se agregan perjuicios mayores por sus caracterís-ticas especiales, no solamente en la gestación, sino también en sistemas u órganos más predispuestos por su delicadeza y sensibilidad, como la piel, el sistema óseo y la boca.

- ◆ Estéticamente, el cigarro afecta la piel y la boca, destruyendo en el caso de la piel, las fibras elásticas y favoreciendo la aparición prematura de arrugas sobre todo en el rostro. En la boca se afectan encías, mucosas y dientes, y provocando halitosis, desde un principio.
- ◆ El sistema óseo, donde se producen las lesiones más devastadoras por la acción antiestrogénica de la nicotina y que se manifiestan en forma acelerada cuando disminuyen los estrógenos en la menopausia y la osteopenia se transforma en osteoporosis.
- ◆ La infertilidad, los embarazos ectópicos y los abortos espontáneos.
- ◆ Trastornos de la menstruación, como reglas irregulares, tensión premens-trual y dismenorrea (menstruación dolorosa).
- ◆ Adelanto de la menopausia de dos a tres años respecto a las mujeres no fumadoras, pudiendo aumentar por esta causa tanto el riesgo de osteopo-rosis (disminución de la consistencia de los huesos), como de fracturas en las mujeres menopáusicas.

La problemática de la mujer fumadora es difícil y la falta de información la hace más vulnerable, por ello, es prioritario crear programas preventivos y accesibles en el primer y segundo nivel de atención para fomentar que las nuevas generaciones no se inicien en el consumo de tabaco.

Desde 1980, en México existen programas preventivos en el tercer nivel de atención para el abandono del tabaco, los cuales se han conformado con equipos multidisciplinarios para abordar de forma integral esta adicción. Debido a los daños a la salud que provoca el fumar, es esencial la revisión médica que consiste en una serie de estudios clínicos para detectar oportunamente enfermedades y brindar el tratamiento y el seguimiento adecuados.

La intervención psicológica se aborda desde un enfoque cognitivo-conductual, cuya premisa parte del conocimiento integral de la persona a través de cuestionarios y pruebas que evalúan la personalidad y el grado de adicción del paciente. Después de esta fase, se le entrena tanto con herramientas para la modificación de la conducta, como con técnicas de motivación, asertividad y relajación para crear respuestas saludables de afrontamiento a fin de que los pacientes abandonen y se mantengan sin consumir tabaco.

Desde su inicio, los programas para dejar de fumar han dado prioridad a la atención de la mujer fumadora. En el Instituto Nacional de Perinatología se creó un programa de prevención para mujeres embarazadas, el cual se enfocó en los daños a la salud que provoca el tabaquismo en la madre y en el producto, durante el embarazo y después de éste, ya que se convierte al recién nacido en fumador pasivo. Los resultados de las investigaciones realizadas en el marco de este programa mostraron que las mujeres abandonaban el tabaco en el primer mes de embarazo y se mantenían durante toda la gestación, sin embargo, la mayoría reanudó el consumo entre la segunda y la cuarta semana después del parto.

En la Clínica Contra el Tabaquismo (CCT) del Hospital General de México (HGM) se ha observado un mayor porcentaje de mujeres que acude a este tipo de tratamientos. Inicialmente, se atribuyó a que el horario de servicio era únicamente matutino, ya que en su mayoría asistían amas de casa. Sin embargo, se debe puntualizar que la población femenina, debido a su rol cultural, tiene mayor facilidad de acudir a este tipo de servicios. Por una parte, en la mujer está depositada la responsabilidad de formar y educar a las futuras generaciones, lo cual hace que sea más consciente de la repercusión de sus propias acciones y, al mismo tiempo, la facilidad para pedir ayuda, ya que al ser denominadas como “sexo débil” esta conducta es más aceptada que en el hombre.

Modelo de Tratamiento de la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México

La Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México tiene como objetivo brindar servicios para la atención del tabaquismo en tres niveles y constituirse en un centro de referencia para todos los programas de tabaquismo en México.

En el primer nivel se proporciona información sobre los daños a la salud producidos por el tabaquismo, tanto a los fumadores activos, como a los pasivos, especialmente a los grupos de población más vulnerable (niños, mujeres y ancianos). En el segundo nivel se atiende y orienta tanto a fumadores activos, como a todos aquellos que conviven a su alrededor y que asisten a los centros hospitalarios.

En el tercer nivel se detectan oportunamente los padecimientos crónico-degenerativos de los fumadores activos y pasivos, proporcionando herramientas cognitivas para el abandono del tabaquismo. En este nivel, la Clínica brinda un servicio integral para la atención del tabaquismo, mediante su tratamiento médico y psicológico para dejar de fumar.

El tratamiento médico va encaminado a la detección oportuna de cualquier enfermedad relacionada con el tabaquismo. El tratamiento psicológico tiene como objetivo lograr una cesación absoluta del consumo de tabaco, ofreciendo un entrenamiento completo para el abandono de esta adicción, en donde se conjugan diversas técnicas.

De acuerdo con el modelo de cambio de *Prochaska y DiClementi*, el fumador pasa por diversas etapas cuando empieza a plantearse el objetivo de dejar de fumar:

- ◆ Precontemplación: Comienza a pensarlo pero duda de sus habilidades para lograrlo.
- ◆ Contemplación: Lo considera seriamente en los siguientes seis meses, revisa pros y contras.
- ◆ Preparación: Lo intenta en los siguientes 30 días y comienza a reducir su consumo.
- ◆ Acción: Los seis meses posteriores a dejar de fumar, altas probabilidades de recaída.
- ◆ Mantenimiento: El exfumador trabaja continuamente por llevar un estilo de vida saludable y evitar la recaída.

Con el propósito de facilitar al paciente el paso por estas etapas, se le ofrece entrenamiento en las siguientes técnicas de motivación:

Modificación de la conducta: Va encaminada a generar un nuevo repertorio de conductas que beneficien la calidad de vida del paciente, como realizar ejercicio físico, tomar agua, tener una dieta equilibrada, etcétera.

Reestructuración cognoscitiva: Por medio de las técnicas de reestructuración cognoscitiva el paciente identifica las creencias que mantienen su conducta de fumar, las debate y las modifica obteniendo nuevas que le ayuden a alcanzar su objetivo de dejar de fumar.

Técnicas de control de emociones: El fumar en muchas ocasiones es una forma de contener y manejar emociones tales como el enojo, la tristeza, la alegría, etcétera, y se ha observado que el dejar de fumar provoca ansiedad. Por esta razón, se emplean diversas técnicas para entrenar al paciente en el manejo adecuado de esas emociones, poniendo especial énfasis en aquéllas que para cada paciente son un factor de riesgo para una recaída.

Entrenamiento en habilidades sociales: Dado que el consumo de tabaco puede usarse como una manera de establecer relaciones sociales, se entrena al paciente para que genere conductas asertivas que mejoren su relación con los demás y logre los objetivos de su comunicación.

De esta manera se logra que el paciente deje de fumar y, en su lugar, establezca conductas que mejoren su calidad de vida.

Características de las mujeres que asisten a tratamiento para dejar de fumar

Con el propósito de compartir información y experiencia sobre el tratamiento que se brinda a las mujeres que quieren dejar de fumar en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México, en este trabajo se presentan los resultados de 250 pacientes mujeres que asistieron a tratamiento durante el año 2005. En la Tabla 1 se pueden observar tanto las características sociodemográficas, como de consumo de tabaco de este grupo de población.

Tabla 1

Características sociodemográficas		Características de consumo de tabaco	
<i>Edad promedio</i>	48 años	<i>Edad de inicio promedio</i>	15 años
<i>Mayor porcentaje de Ocupación</i>	52.5 % amas de casa	<i>Años fumando promedio</i>	30 años
<i>Mayor porcentaje de Estado Civil</i>	42.7% casadas	<i>Cigarrillos que se fuman</i>	20 cigarros
<i>Mayor porcentaje de Escolaridad</i>	30% carrera técnica	<i>Cuestionario Fagerström</i>	60% tiene dependencia física a la nicotina

Como se puede observar, la edad promedio es de cuarenta y ocho años, el 42.5% son mujeres casadas y la ocupación que predomina es la de ama de casa, en cuanto al nivel de escolaridad, el 30% reporta una carrera técnica.

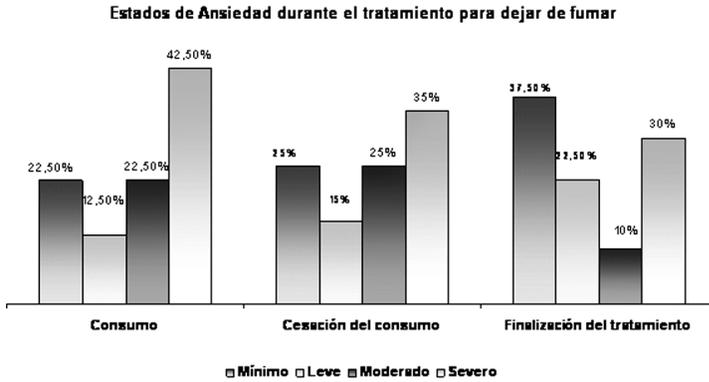
En cuanto al consumo de tabaco se observa que la edad promedio de inicio es de 15 años y cerca de 30 años con el hábito, con un consumo de 20 cigarrillos diarios. La mayoría de ellas presenta dependencia física a la nicotina.

Para fines de evaluación psicológica, se aplicaron las siguientes pruebas: Para ansiedad, el Inventario de Ansiedad de *Beck*. Para depresión, el Inventario de Depresión de *Beck* y el Cuestionario de Motivos de Fumar de *Russell*.

En el caso de la escala de ansiedad, como se observa en la Gráfica 1, el 42.5% de las mujeres que asisten a tratamiento inició con un estado de ansiedad severo, el 22.5% presentó un estado de ansiedad moderado, el 12.50% un estado de ansiedad leve y el 22.5% un estado de ansiedad mínimo.

Sin embargo, durante la cesación, el número de casos de ansiedad severa disminuyó a un 35%; el porcentaje de ansiedad moderada fue de 25%; el de ansiedad leve, de 15% y el de ansiedad mínima, de 25%. Al finalizar el tratamiento se observó una gran disminución del porcentaje de ansiedad severa, que disminuyó hasta un 30%, la moderada bajó a un 10%, la leve aumentó a un 22.5% y la mínima, un 37.5%.

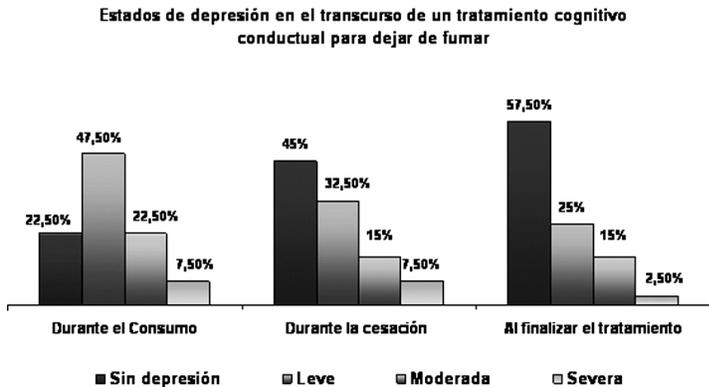
Gráfica 1



En cuanto a la depresión, se observó, como lo muestra la Gráfica 2, que durante el consumo de cigarro, la población femenina presentó un porcentaje de 7.5% de depresión severa, un 22.5% de depresión moderada, un 37.5% de depresión leve y un 22.5% sin depresión. En el momento de la cesación se conservó el porcentaje en la depresión severa siendo un 7.50%, la depresión moderada descendió a un 15%, la depresión leve presentó un 32.50% y el 45% no tuvo depresión.

Al finalizar el tratamiento el porcentaje que presentó depresión severa fue mucho menor, un 2.5% de la población; la depresión moderada conservó el porcentaje de 15%, la depresión leve disminuyó a un 25%, mientras que las pacientes que no padecieron depresión aumentaron al 57.5%.

Gráfica 2



En el caso del Cuestionario de Motivos de Fumar de *Russell*, los motivos con mayor porcentaje fueron: reducir la tensión y necesidad de consumir tabaco.

En la evaluación médica se encontró que la población femenina presentó con más frecuencia diagnósticos de enfermedad respiratoria como: Bronquitis Crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica (EPOC), así como de dislipidemia, es decir, presentan niveles altos de colesterol y triglicéridos en la sangre. Dichos hallazgos reiteran una vez más que el consumo de tabaco es dañino y que las mujeres presentan enfermedades crónico-degenerativas a más temprana edad, como consecuencia de su edad inicio, años de consumo y número de cigarros fumados por día.

Los programas de tabaquismo en el Hospital General de México desde su inicio, han estado basados en el desarrollo de la adherencia terapéutica que consiste en el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, esto es, cumple con las prescripciones recibidas, creando un ambiente cordial en el cual el paciente encuentra un espacio que no es agresivo y que le facilita la toma de decisiones respecto a su padecimiento y la cesación del tabaquismo.

Es importante reconocer que la problemática del consumo de tabaco en México va en aumento y no estamos distantes de las cifras internacionales que se manejan con respecto a esta adicción. La mujer es el blanco perfecto para que las campañas publicitarias continúen con gran éxito la venta del tabaco, por ello, es urgente reconocer que en México, como en el mundo, se necesitan:

Programas de orientación respecto a los daños a la salud causados por el consumo y las diferencias de género.

Proyectos de contrapublicidad orientada tanto a destacar los beneficios de dejar de fumar, desde la belleza física hasta el logro de calidad de vida; como a abordar dos premisas muy importantes, la primera hacer hincapié en los daños a la salud que produce el tabaquismo en el organismo de la mujer y la segunda en las secuelas que tiene el tabaquismo en la gestación.

Formular políticas públicas para que el concepto de la mujer no siga explotando como artículo de lujo.

Bibliografía

- ◆ David Satcher (2001). Informe de la Dirección General de Salud Pública. Estados Unidos.
- ◆ Evans MD *et al.*, (1992). "Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression" en *Archives of General Psychiatry*, 49:802-808.
- ◆ Hollon SD (1992). "Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination", en *Archives of General Psychiatry*, 49:774-781.
- ◆ Kovacs M *et al.*, (1981). "Depressed outpatients treated with cognitive therapy or phramacotherapy: a oneyearm follow-up", en *Archives of General Psychiatry*, 38: 33-39.
- ◆ Lagarde M (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas, locas*. Coordinación General de Estudios de Posgrado, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.
- ◆ Murphy GE *et al.*, (1984). "Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression", en *Archives of General Psychiatry*, 41:33-41.
- ◆ Ocampo Ocampo MA, *Programa de la Clínica Contra el Tabaquismo*. Hospital General de México. O.D.
- ◆ Organización Panamericana de la Salud (1998). *El tabaquismo en la mujer augura aumento de enfermedad coronaria*. Comunicado de Prensa.
- ◆ Puente Silva F (1984). *Adherencia terapéutica*. Compilación del Simposium "Adherencia terapéutica. Implicaciones para México", Acapulco, Gro.
- ◆ Puente Silva F *et al.*, (1989). "Programas de educación para la salud y de reestructuración cognoscitiva en el abandono del habito de fumar (resultados a corto plazo)", en *Psiquiatría*, 3:149-160.
- ◆ Rush AJ *et al.*, (1977). "Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients", en *Cognitive Therapy and Research*, 1,17-37.
- ◆ Simons AD *et al.*, (1986). "Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over". Disponible en <http://www.uata.org.ar/medica/informacion/mujerytabaco.html>
<http://www.cnjaen.es/tabaco/mujer/tabymuj.htm>
<http://www.tabaquismo.free>

Campañas para desalentar el consumo de tabaco

Patricia Fuentes¹

Andrea Cataño²

Introducción

El fumar daña a cualquier edad, causa cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, afecta la reproducción y aumenta el riesgo de sufrir fracturas, enfermedades dentales, enfermedades de la vista (Informe del Cirujano General, 2004); sin embargo, hay más de mil 300 millones de fumadores en el mundo (OMS). En México, los estudios epidemiológicos (ENA, 2002, Observatorio, 2002, CIJ, 2004) reportan que ha aumentado el consumo de tabaco tanto en los adolescentes, como en las mujeres.

La literatura indica que existen diversos factores que favorecen el consumo de tabaco, los cuales pueden agruparse en socioculturales, personales y ambientales. Entre los factores socioculturales destaca la influencia de los padres y de pares en el inicio del consumo de tabaco. En los factores personales y psicológicos característicos del género femenino se encuentran la autoestima, la preocupación y la predisposición al estrés. Como parte de los factores ambientales se ubican las estrategias agresivas de la mercadotecnia y la publicidad de la industria tabacalera dirigidas a los adolescentes y a las mujeres (Checa, 2004).

Ambos grupos de población son especialmente vulnerables, dado que la publicidad de las tabacaleras influye en el inicio del uso de tabaco a edades cada vez más tempranas y se enfoca en el público femenino en torno a conceptos de poder, independencia y *glamour*. Estos conceptos se reflejan en anuncios que muestran modelos atractivas, elegantes y de porte delgado, imágenes totalmente opuestas a los graves daños que ocasiona el tabaco en la salud de las fumadoras (CDC, 2001).

¹Promoción Institucional de Centros de Integración Juvenil, A.C.

²Subdirectora de Promoción Institucional de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Ante esta situación, se han puesto en práctica diversas estrategias de prevención orientadas a desalentar el consumo de tabaco, entre las cuales destacan las campañas de comunicación social, cuyo objetivo es informar, persuadir o motivar cambios de conducta en determinados grupos, a través de mensajes transmitidos en diversos medios de comunicación colectiva durante determinado periodo de tiempo (Rogers, 2, Rice, 487).

Dado que la comunicación permite al ser humano crear, transmitir y compartir información a fin de alcanzar entendimientos mutuos (Rogers, 17), es muy importante la planeación, el diseño, la producción y la evaluación de los mensajes difundidos en las campañas.

1. Fundamentos de la comunicación persuasión para el análisis de mensajes

Los fundamentos de la comunicación persuasión de *Hovland y McGuire* establecen la relación causal entre los componentes de la comunicación y sus efectos –atención, comprensión y retención– en el receptor expuesto al mensaje. Bajo este encuadre se presentan los resultados de la evaluación de la campaña *¿Quién consume a quién?* en tres vertientes: 1) el análisis del *mensaje* de la campaña en términos de su argumento, naturaleza, organización y conclusión; 2) la evaluación del mensaje en grupos focales 3) su impacto en el receptor en términos de atención, comprensión y retención.

2. La campaña de comunicación *¿Quién consume a quién?*

La campaña de comunicación *¿Quién consume a quién?* se desarrolló con base en un plan de comunicación que abarcó el contexto del tabaquismo como problema de salud pública, la determinación de la población objetivo –adolescentes y jóvenes–, los objetivos de comunicación; el concepto rector y los elementos persuasivos; el plan de medios y la evaluación de la campaña tanto en grupos focales antes de la producción, como mediante encuesta después de su exposición en medios.

Los objetivos de campaña fueron: Desalentar el consumo de tabaco entre los adolescentes y los jóvenes y aumentar la percepción de riesgo sobre las consecuencias que produce el consumo de tabaco.

Este trabajo tiene como propósito compartir los resultados tanto del análisis del mensaje, como de su evaluación en grupos focales y mediante encuesta después de la exposición.

2.1 Análisis del mensaje

El mensaje de la campaña utilizó como elementos persuasivos cifras y frases sencillas para aumentar la percepción del riesgo que causa el consumo de tabaco.

En México 53 mil personas mueren al año por causa del tabaco.
Esto significa que mueren 4 mil 410 al mes; mil 29 a la semana;
147 al día y seis personas cada hora
¿Quién consume a quién?

El concepto rector del mensaje fue: *El consumo de tabaco está asociado a las principales causas de enfermedad y muerte*, detonando la reflexión *¿Quién consume a quién?*

Los mensajes, de acuerdo con su contenido y estructura, se clasifican bajo los siguientes criterios: *por su naturaleza* racionales o emotivos; *por su argumentación*, unilaterales o bilaterales; *por la información que presentan*, ya sea cifras o ejemplos. Con base en estos criterios se analiza el mensaje de esta campaña.

2.1.1 Argumento

Los estudios comparativos de mensajes de salud difundidos en medios de comunicación, indican que los mensajes se orientan al autocuidado, la prevención, la promoción de estilos de vida y el tratamiento (Alcalay, 14). Los argumentos de los mensajes sobre tabaquismo se han dirigido a la prevención, la sensibilización, la percepción de riesgo, la protección al no fumador y el abandono del consumo de tabaco.

El argumento del mensaje *¿Quién consume a quien?* se orientó a desalentar el consumo de tabaco, reconociendo que el tabaquismo está asociado a enfermedad y muerte.

2.1.2 *Por su naturaleza se trata de un mensaje emotivo*

Este mensaje es emotivo porque induce a la reflexión. Los *mensajes que suscitan emociones* en el receptor, como en este caso, un interés por reducir los daños a la salud; aumentan la probabilidad de que el receptor tenga una respuesta deseada ante situaciones similares a las planteadas en el mensaje (McGuire).

2.1.3 *Por su argumentación, los mensajes pueden ser unilaterales o bilaterales*

Este mensaje es unilateral, ya que expresa únicamente argumentos sobre los daños causados por fumar.

2.1.4 *Por la información que contienen, hay mensajes con cifras o con ejemplos*

Este mensaje contiene cifras significativas y fáciles de recordar que motivan la reflexión del receptor; además, representa ejemplos de fuerte impacto sobre el problema.

2.1.5 *Por orden de argumentos los mensajes pueden tener efectos de primacía o de recencia*

Este mensaje tiene efecto de **recencia**, esto indica una mayor influencia del argumento en la parte final del mensaje, dado que el receptor está familiarizado con las situaciones mostradas.

2.1.6 *La conclusión de los mensajes puede ser implícita o explícita*

La investigación indica que la conclusión incide en los procesos de comprensión y retención del mensaje y muestra la eficacia de que sean los propios

receptores quienes extraigan sus conclusiones, siempre y cuando estén motivados y el mensaje sea lo suficientemente comprensible (Moya:276).

La conclusión del mensaje es implícita porque el receptor es motivado a reflexionar y a obtener sus propias conclusiones.

De acuerdo con estos elementos, se presentan los objetivos, argumento y atributos del mensaje *¿Quién consume a quién?* en el cuadro siguiente:

De acuerdo con el perfil de la población a la que se pretendía impactar, en la construcción de los mensajes de esta campaña se utilizaron como elementos persuasivos cifras contundentes y frases sencillas para aumentar la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco y el concepto rector del mensaje asoció el *consumo de tabaco con enfermedad y muerte*, tanto en texto, como en imágenes, motivando a la audiencia a la reflexión.

2.2 Evaluación en grupos focales

La evaluación del mensaje *¿Quién consume a quién?* en grupos focales tuvo como objetivos:

- ◆ Determinar el nivel de comprensión, retención y recordación del mensaje, así como su impacto (relevancia, credibilidad y originalidad).
- ◆ Evaluar las frases y las imágenes utilizadas en los mensajes (a nivel de comprensión y recordación).

Se llevó a cabo un estudio cualitativo, mediante la técnica de grupos de enfoque con adolescentes y jóvenes de secundaria y preparatoria en el Distrito Federal. Se integraron tres grupos: 2 con la participación de 20 adolescentes, 10 hombres y 10 mujeres entre 13 y 15 años, de niveles socioeconómico C y D. El estudio se llevó a cabo en una escuela secundaria ubicada en la Col. Merced Gómez. En el tercer grupo participaron 9 adolescentes, 5 hombres y 4 mujeres, estudiantes de preparatoria, de 15 años, de nivel socioeconómico "B", en una escuela privada ubicada en la Col. Del Valle.

Se evaluó el mensaje *¿Quién consume a quién?* integrado por imágenes de rostros en un cigarro consumiéndose; además de un feto y de una pareja, con el texto siguiente: *En México 53 mil personas mueren al año por causa del*

tabaco. Esto significa que mueren 4 mil 410 al mes, mil 29 a la semana, 147 al día y seis personas cada hora ¿Quién consume a quién?

Este estudio arrojó los siguientes resultados: En cuanto a la comprensión, el mensaje *¿Quién consume a quién?* Tiene un elevado nivel de comprensión, los participantes de los tres grupos comprendieron con exactitud tanto el texto, como las imágenes del feto y la pareja. Entre las adolescentes causó fuerte impacto tanto el texto, como la imagen del feto. La comprensión fue muy buena se entendieron muy bien tanto las cifras, como las imágenes, esto es, el concepto del mensaje.

Respecto a la credibilidad, el mensaje se considera creíble, sin embargo, los adolescentes no entienden por qué un producto tan dañino que provoca muerte, se sigue anunciando, vendiendo y consumiendo.

En cuanto a la recordación, el *slogan ¿Quién consume a quién?* fue recordado en primer lugar, aún antes de terminar de formular la pregunta en los grupos. La segunda frase recordada fue "cada hora mueren seis persona por fumar". Las imágenes más recordadas fueron el feto y la pareja. La recordación fue excelente. El mensaje tuvo gran posicionamiento en imágenes y *slogan*.

El impacto tanto en imágenes, como en texto del mensaje fue muy bueno en los tres grupos. Los participantes consideran difícil que un sólo mensaje contra el tabaquismo puede hacer que los fumadores dejen el cigarro, pero consideran que puede ser efectiva como campaña preventiva para aquellos que no han fumado.

El 80% de los participantes señaló que la mención de cifras de muerte causadas por el tabaquismo lograba impactar y crear conciencia. Los jóvenes confunden los mensajes de las cajetillas de cigarros *fumar causa cáncer* con los mensajes preventivos de las campañas, ésta frase la recuerdan muy bien, pero no los impacta.

En general el mensaje *¿Quién consume a quién?* tuvo un alto nivel de comprensión y un excelente nivel de recordación de las frases, el texto más recordado en los tres grupos resultó ser *¿Quién consume a quién?* y en segundo término, la frase *Cada hora seis personas mueren por efectos relacionados con el tabaquismo*.

El análisis de los elementos de la construcción del mensaje indicó que éste era consistente y permitió definir los ejes tanto para la creatividad, como para la producción. El resultado de los grupos focales identificó una

buena respuesta por parte de adolescentes y jóvenes en términos de comprensión y recordación.

2.3. Evaluación después de la exposición en medios

Bajo el encuadre del *modelo de comunicación persuasión de McGuire* para que un mensaje produzca cierto efecto en el receptor, éste debe haber estado expuesto al mensaje (radio y televisión); mismo que debe haber llamado su atención y generado interés.

La campaña *¿Quién consume a quién?* se difundió a nivel nacional a través de dos *spots* de radio y dos de televisión que se transmitieron en 60 radiodifusoras en el Distrito Federal y 800 en las 31 entidades de la república mexicana, así como en nueve televisoras del Distrito Federal y 90 en el resto del país. La vigencia de la campaña fue del 26 de mayo al 29 de junio de 2003, con cinco impactos diarios en televisión y seis impactos diarios en radio. Esta exposición en los medios permitió llevar a cabo un ejercicio de evaluación con el propósito de conocer los efectos del mensaje en la población blanco.

El objetivo de la evaluación fue identificar los porcentajes de penetración, comprensión, recordación y sensibilización del mensaje en la población objetivo.

Para tal efecto CIJ realizó un estudio, cuyo diseño es descriptivo, transversal y *ex post facto*. Se seleccionó una muestra de tipo *no probabilístico por cuotas*. El tamaño de la muestra fue determinado por conveniencia y distribuido entre las unidades operativas de CIJ en el país. La muestra de sujetos fue realizada de forma teórica, de acuerdo con criterios de exclusión.

El estudio utilizó un cuestionario y una guía para el encuestador a fin de obtener información para medir las variables siguientes:

- ◆ Penetración de la campaña.
- ◆ Comprensión del mensaje.
- ◆ Recordación del mensaje entre quienes recibieron algún impacto.
- ◆ Memorización del lema.

El cuestionario se aplicó en 81 unidades operativas de CIJ en el país. Se encuestó a 447 personas, 59% mujeres y 40% hombres, cuya edad promedio

fue de 17 años de edad en lugares de afluencia recreativa de jóvenes, no en las unidades operativas ni a pacientes de CIJ. En cuanto a la escolaridad, el 45% correspondió a bachillerato, el 32% a secundaria y el 15% a nivel de licenciatura.

La encuesta fue aplicada a 447 personas en 30 entidades del país y el Distrito Federal por Centros de Integración Juvenil. Cabe mencionar que en entidades como Sinaloa, Jalisco, Nuevo León, Estado de México y el Distrito Federal se concentró la mitad de los encuestados, debido al número de unidades operativas de CIJ en esas entidades.

En la encuesta se agruparon cinco preguntas para identificar el impacto de la campaña en la población:

- ¿Durante los últimos días ha visto en la televisión algún anuncio sobre los daños causados por fumar?
- ¿Durante los últimos días ha escuchado en el radio algún anuncio sobre los daños causados por fumar?
- ¿Recuerda el lema de la campaña?
- ¿Recuerda algunos de los daños a la salud causados por fumar que se mencionan en el anuncio?
- ¿Considera que fumar afecta a la salud?

El 65% de los encuestados fue menor de 18 años y el resto mayores de edad, por lo tanto, el promedio se ubicó en 17 años. El 59% correspondió a mujeres y el 41% a hombres. Respecto a la escolaridad, el mayor porcentaje se concentró en el nivel bachillerato con el 45%, seguido por secundaria, 32% y el nivel universitario, el 15%.

Los resultados de la evaluación fueron los siguientes: El 60% de los entrevistados afirmó haber visto en los últimos días un anuncio en la televisión sobre los daños causados por fumar. En radio, el 33% indicó que sí había escuchado en los últimos días un anuncio sobre los daños causados por fumar. De acuerdo con estas cifras, el *spot* transmitido por televisión fue más recordado por la población.

Respecto a la recordación del *slogan*, el 35% recordó la frase ¿Quién consume a quién? el 11% mencionó otra frase y el 47% no supo o no contestó. Como respuesta a la pregunta qué le viene a la mente cuando escucha la frase ¿Quién consume a quién? el 63% refirió que el tabaco es el que va consumiendo la salud y la vida del fumador. Esto indica la comprensión del mensaje.

El 73% recordó los daños a la salud causados por fumar, mencionados en el *spot*, el 19% no recordó ninguno. Entre quienes mencionaron los daños ocasionados por el tabaco, el 78% indicó el cáncer, seguido por el enfisema pulmonar con un 20%. También señalaron entre otras consecuencias, las enfermedades pulmonares. El 99.6% de los encuestados contestó que fumar sí afecta la salud.

De la muestra total (n = 447), el 21% sí fuma y el 79% no lo hace. Después de conocer los daños que causa el consumo de tabaco, el 64% de los fumadores manifiesta que sí quiere dejar de fumar; el 16% no quiere y el 17% no sabe o no contestó. A la pregunta de qué tan dañino creen que es fumar tabaco, el 60% del total de la muestra lo consideró extremadamente dañino; 34% muy dañino y sólo el 4.3% poco dañino.

Respecto a la percepción de riesgo, el 59% de encuestados, menores de edad, consideró que fumar es extremadamente dañino, mientras que en los mayores de edad el porcentaje con esta percepción fue de 63%. Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, el resultado indica la necesidad de dirigir con mayor intensidad los mensajes preventivos hacia los menores de edad para aumentar su percepción de riesgo.

Un indicador que también permite evaluar el impacto de las campañas es el registro de llamadas a las líneas de ayuda, en Centros de Integración Juvenil este servicio registró un ligero aumento en las llamadas que tuvieron como referencia los spots transmitidos por radio y televisión.

Conclusiones

Los resultados de la evaluación tanto en grupos focales, como después de la transmisión de los mensajes en los medios, reiteran la utilidad de planear las campañas de comunicación abarcando los procesos de construcción, producción, transmisión y evaluación de mensajes para lograr impacto en la población.

Los argumentos de la campaña *¿Quién consume a quién?* traducidos en cifras indiscutibles e imágenes impactantes con la intención de motivar a los adolescentes y a los jóvenes a la reflexión obtuvieron muy buena respuesta en términos de comprensión y recordación.

La campaña *¿Quién consume a quién?* cumplió con sus objetivos porque el mensaje fue comprendido debido a que es claro, contundente y breve. Sin embargo, los resultados de esta evaluación reiteran la necesidad de tener mayor permanencia en los medios para lograr impacto en la población.

Los resultados de este estudio permiten enriquecer los mensajes, orientar las acciones de comunicación y contribuir al conocimiento de los mensajes en términos de su atención, comprensión y recordación para apoyar programas de prevención en materia de tabaquismo en una población, principalmente de jóvenes y mujeres, que ha tenido como antecedente una amplia exposición a la publicidad de la industria tabacalera.

Se hace evidente la necesidad de apoyar campañas de comunicación con mensajes dirigidos a mujeres en sus diferentes etapas de vida para coadyuvar a crear conciencia sobre los efectos del tabaquismo en la salud de la mujer y a contrarrestar las campañas publicitarias que tienen como población blanco al público femenino.

- ❖ El fumar reduce el crecimiento del feto y causa bajo peso al nacer.
- ❖ La nicotina del humo del cigarrillo reduce la cantidad de oxígeno que llega al feto.

Bebés con bajo peso de nacimiento. Bebés de madres que fumaron durante su embarazo tienen más bajo peso al nacer, a menudo pesan menos de 2,5 kilogramos. Bebés con bajo peso de nacimiento tienen un mayor riesgo de enfermedades y hasta de muerte durante su niñez y su vida adulta. Los niños de fumadoras tienen menos masa muscular y más grasa que los niños de no fumadoras. La nicotina causa que los vasos sanguíneos se estrechen en el cordón umbilical y la matriz. Esto le disminuye la cantidad de oxígeno al feto y lo lleva al nacimiento de bajo peso. Además, reduce la cantidad de sangre en el sistema del bebé. Las embarazadas que fuman en realidad comen más que las que no fuman, pero sus bebés pesan menos. Si usted deja de fumar antes del tercer trimestre (los últimos 3 meses), su bebé tendrá más probabilidad de estar cerca de un peso normal.

Bibliografía

- ◆ Aladro, Eva. *El humor como medio cognitivo*. Cuadernos de Información y Comunicación. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p.9.
- ◆ Alcalay, Rina y Mendoza, Carmen T (2000). *Proyecto COMSALUD: Un estudio comparativo de mensajes relacionados con salud en los medios masivos latinoamericanos*. OPS, UNESCO y Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social, p.35.
- ◆ Bandura, Albert (1996). *Teoría social cognitiva de la comunicación de masas. Los efectos de los medios de comunicación: investigaciones y teorías*. Barcelona, Paidós, pp. 89-126.
- ◆ Brown, Jane D y Kim Walsh-Childers (1996). *Los efectos de los medios de comunicación: investigaciones y teorías*. Barcelona, Paidós, pp. 517-554.
- ◆ Bryant, Jennings y Dolf Zillmann (compiladores) (1996). *Los efectos de los medios de comunicación: investigaciones y teorías*. Barcelona, Paidós, p. 670.
- ◆ Centres for Disease Control and Prevention (2001). *Las mujeres y el tabaquismo. Conclusiones principales del informe de la Dirección General de Salud Pública*. CDC.
- ◆ Centros de Integración Juvenil, A.C. (2003). *Evaluación de la campaña de comunicación social ¿Quién consume a quién?*, México, CIJ.
- ◆ Checa, MJ (2004). “Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género”, en *Adicciones*, 16(2):115-123.
- ◆ Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (2003). Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, México, p. 48.
- ◆ Ernster, V Kaufman y N Samet, J (2001). “Las mujeres y el tabaco: de la política a la acción”, en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, (4):9-18.
- ◆ Fishbein, Martin (1990). “Factores que influyen en la intención de estudiantes”, en *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6(1-2):1-16.
- ◆ Martínez Higuera, Isabel (2000). *Medios de comunicación y drogodependencias*. Madrid, Ministerio del Interior, p. 175.
- ◆ Morales, J Francisco y Miguel Olza (1998). *Psicología social y trabajo social*. Madrid, McGraw-Hill.
- ◆ Moya, Miguel (1988). “Mensajes persuasivos y cambio de actitudes; enfoques teóricos en el estudio de la persuasión”, en *Psicología social y trabajo social*. Madrid, McGraw-Hill, pp. 259-281.

- ◆ Ordoñana Martín; Juan Ramón y Jesús Gómez Amor (2002). “Amenaza y persuasión en mensajes de salud sobre consumo de alcohol: de la teoría a la práctica”, en *Revista de Adicciones*, 14(2).
- ◆ Organización Mundial de la Salud (2004). *Tobacco and poverty: a vicious circle*. France, World Health Organization, p.12.
- ◆ Pérez Sainz, Pilar (2003). *Informe de grupos focales de la campaña de comunicación social ¿Quién consume a quién?*, México.
- ◆ Petty, Richard E y Cacioppo, JT (1981). *Attitudes and persuasion: classic and contemporary approaches*. William C. Brown, Co Dobuque, IA.
- ◆ Petty, Richard E y Joseph R Priester (1996). *Los efectos de los medios de comunicación: investigaciones y teorías*. Barcelona, Paidós, pp.127-168.
- ◆ Rodríguez, Arnoldo (1997). *Cambio de actitudes en la psicología social en el mundo de hoy*. México, Trillas, pp. 237-264.
- ◆ Rogers, Everett M y Karyn L Scout (1997). *The diffusion of innovations model and outreach from the National Network of Libraries of Medicine to Native American Communities*. Department of Communication and Journalism, University of New Mexico.

Servicios de tratamiento para mujeres en la Clínica para dejar de Fumar de la Facultad de Medicina de la UNAM

Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez¹

Psic. América Morales Ruiz¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de los principales objetivos de desarrollo del tercer milenio es “promover la igualdad de géneros y el empoderamiento de las mujeres”. Desde el punto de vista de la salud, resulta claro que lograr la igualdad entre hombres y mujeres es un factor indispensable para poder alcanzar dicho objetivo, sin embargo debemos luchar contra desigualdades evidentes: en el mundo 530 mil mujeres mueren cada año en el embarazo y parto, la mitad de los adultos con HIV/Sida son mujeres, 75% de las nuevas infecciones por HIV que ocurren en el grupo etario de 15-24 años corresponden al sexo femenino, que también representan dos terceras partes de los analfabetas de todo el mundo. La violencia junto con el estatus que se les concede a las mujeres en muchas sociedades del mundo contribuye a un menor acceso a los servicios de salud y educación. En muchos países, las mujeres enfrentan un círculo vicioso de enfermedad, pobreza e ignorancia (OMS, 2005).

El consumo de tabaco enfatiza todavía más estas desigualdades, en 2002 a nivel global fumaban cuatro hombres por cada mujer, sin embargo actualmente hay cada vez más mujeres que se inician en el tabaquismo, con el consecuente incremento de padecimientos y muertes asociados con esta adicción. Si las tendencias continúan como hasta ahora, se prevé un incremento de la prevalencia de tabaquismo de 20% para el

¹*Coordinación de Servicios a la Comunidad-Clínica Contra el Tabaquismo- Facultad de Medicina, UNAM.*

2025 en el nivel mundial, lo que representará un aumento de 187 a 532 millones de fumadoras. Mientras que la epidemia de tabaquismo ha empezado a declinar entre los hombres, en las mujeres se calcula que alcanzará su nivel más elevado hasta mediados del siglo XXI (Mackay, 2001).

La vulnerabilidad de las mujeres a iniciarse en el tabaquismo ha sido aprovechada, desde principios del siglo XX han sido el grupo blanco de las compañías tabacaleras que ofrecen a las fumadoras seductoras imágenes de delgadez, belleza, libertad y emancipación, paradójicamente la imagen de la mujer ha sido literalmente “usada” para atraer a más mujeres. Ante esta situación, es necesario que enfoquemos nuestra atención y nuestros esfuerzos en la prevención y el tratamiento del tabaquismo en este grupo.

En este trabajo se presentan los resultados del tratamiento de la Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM.

1. Modelo de la Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

De acuerdo con el modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo propuesto por el Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic) (2003), la Clínica de la Facultad de Medicina se ubica en el primer nivel de atención, en el cual se da énfasis a la importancia de realizar diagnóstico oportuno y proporcionar consejo médico para la cesación del tabaquismo en grupos vulnerables. Sin embargo, al proporcionar también servicios a la población general así como a los profesores y trabajadores universitarios fumadores con mayor riesgo de adquirir enfermedades causadas por el tabaquismo, además se le puede situar en el segundo nivel de atención.

Este modelo cataloga al tabaquismo como una dependencia multifactorial en la que intervienen los siguientes elementos (Carreras, 2003):

- ◆ Socioeconómicos. Presión social, personajes modélicos, publicidad, disponibilidad y aceptación social.

- ◆ Psicológicos-comportamentales. Creencias, expectativas y situaciones asociadas al consumo de tabaco, al automatismo, la oralidad y la manualidad.
- ◆ Farmacológico. Terapias de reemplazo de nicotina y no nicotínicas.

Los programas de Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo (TMT) consideran como algo fundamental la interacción de los aspectos antes mencionados al abordar al paciente que desea o necesita dejar de fumar, diversos estudios demuestran que este tipo de programas son los que tienen mayor éxito en la cesación así como en el mantenimiento. Generalmente estos programas combinan diversas técnicas, lo que permite responder a las necesidades de un mayor número de fumadores: se pueden aplicar a todos los fumadores sin diferencias de edad y género, tengan o no patología asociada con el tabaco.

Los programas de TMT son recomendados como tratamiento especializado del tabaquismo por las más prestigiosas instituciones científicas (American Psychiatric Association, 1996; Fiore, 2000) y además muestran una excelente relación costo-eficacia (Cromwell, 1997).

El Modelo de la Clínica es un programa de TMT que brinda atención a los dos tipos de dependencia ocasionadas por la nicotina. Para el tratamiento de la *dependencia física* se utilizan TRN (chicle, inhalador y parches) así como tratamiento no-nicotínico (bupropión), estos medicamentos se proporcionan de acuerdo con el número de cigarrillos que la persona fuma por día, grado de adicción fisiológica a la nicotina, años que lleva fumando, tratamientos farmacológicos que haya utilizado anteriormente para dejar de fumar, así como medicamentos que utiliza actualmente y padecimientos concomitantes.

Para el manejo de la dependencia psicológica y bajo un Programa Cognitivo-Conductual, se tiene como objetivo ayudar al paciente a vencer la adicción psicológica al tabaco y mantenerse sin fumar, mediante el conocimiento de los efectos nocivos de la droga que consume, así como de estrategias para resolver el *estrés* y otras emociones negativas sin *necesidad del tabaco*, es decir se busca sensibilizar a los pacientes sobre el daño que se ocasionan ellos mismos y que le ocasionan a las personas que lo rodean. Asimismo se les ayuda a desechar las creencias erróneas que tienen sobre el tabaco, por ejemplo su supuesto papel en la resolución de problemas o como un apoyo emocional. Esta terapia considera que así como el paciente aprendió a fumar, puede aprender a vivir sin depender del tabaco.

1.1. Objetivo General

A través de las actividades de un grupo multidisciplinario, brindar ayuda profesional de alta calidad para promover y facilitar el abandono de la adicción al tabaco, a través de tratamientos farmacológicos y psicológicos, previniendo mediante el diagnóstico oportuno los daños a la salud asociados con esta adicción.

El modelo que se aplica en la Clínica se ha desarrollado para optimizar recursos tanto humanos como económicos y se basa en el trabajo de tres personas: un coordinador, un psicólogo y un médico. Se hace énfasis en la capacitación intensiva y de alta calidad del personal, ayudándolo a adquirir los conocimientos, aptitudes y actitudes que le permitan realizar una tarea eficaz en la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

El coordinador: busca financiamiento para las actividades de la Clínica, supervisa y planea actividades del equipo, asigna tratamientos y supervisa su aplicación, se encarga del control de calidad de los estudios clínicos (buenas prácticas clínicas), compila la información relacionada con la eficacia del tratamiento, realiza actividades de docencia, difusión e investigación relacionadas con la clínica y evalúa y retroalimenta el modelo.

El psicólogo: realiza la evaluación psicológica de cada paciente y los asigna a terapia grupal o individual, integra los grupos, conduce las sesiones de terapia grupal, aplica los instrumentos del modelo (cuestionarios, escalas, etcétera), brinda terapia individual, se encarga del seguimiento de los pacientes y lleva a cabo labores de investigación relacionadas con el modelo.

El médico: realiza la historia clínica de cada paciente, evalúa exámenes de laboratorio y gabinete, en caso necesario vigila y/o modifica el tratamiento farmacológico y canaliza al paciente al especialista o servicio de salud adecuado.

Las actividades coordinadas del equipo de trabajo permiten que los integrantes puedan llevar a cabo otro tipo de labores, por ejemplo, el médico únicamente se presenta en la Clínica cuando se citan a los pacientes para la realización de historias clínicas y la evaluación de exámenes de laboratorio. El coordinador y el psicólogo se distribuyen el trabajo de tal manera que puedan realizar otras actividades además de atender la Clínica. El modelo para el tratamiento del tabaquismo se basa en tres etapas (Figura 1).

1.2. Pretratamiento

La Clínica brinda atención principalmente a la comunidad universitaria, pero también a la población general. A través de una llamada telefónica el público interesado en el tratamiento, recibe información sobre los servicios que se brindan en la Clínica y puede inscribirse proporcionando su nombre, número telefónico, edad, años que lleva fumando y número de cigarrillos que consume por día. Todas las llamadas que se reciben son registradas.

Posteriormente, el personal de la Clínica se pone en contacto con cada paciente y se acuerda una cita para la realización de una entrevista individual que se lleva a cabo antes de incluirlo en terapia grupal o individual, de acuerdo con sus necesidades. La duración de esta entrevista es de aproximadamente 60 minutos y abarca aspectos de salud física y mental, así como características de la dependencia a la nicotina e incluye los siguientes puntos:

- ◆ Familiograma del paciente.
- ◆ Motivos por los que acude a la Clínica.
- ◆ Historia personal.
- ◆ Desarrollo sexual.
- ◆ Evaluación socioeconómica.
- ◆ Antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica.
- ◆ Enfermedades presentes.
- ◆ Consumo actual de medicamentos.
- ◆ Antecedentes de alcoholismo y/o otras adicciones.
- ◆ Inicio del tabaquismo (edad, motivos).
- ◆ Forma de consumo de tabaco.
- ◆ Dependencia física a la nicotina (Prueba de Fagërstrom).
- ◆ Intentos anteriores de cesación.
- ◆ Terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo ya utilizadas.
- ◆ Actividades relacionadas con el tabaquismo.
- ◆ Sintomatología respiratoria asociada con el tabaquismo.
- ◆ En las mujeres, evaluación de tabaquismo en el embarazo.

Figura 1
Etapas del Modelo de Tratamientos del Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM



Con esta información se toma la decisión de aceptar o no al paciente en la Clínica, de acuerdo con los siguientes **criterios de inclusión**: edad mínima de 16 años, ambos sexos, haber fumado en promedio un mínimo de cinco cigarrillos diarios durante el año anterior, estar en buenas condiciones generales de salud para acudir a las sesiones de la Clínica, no tener enfermedades psiquiátricas o crónico degenerativas descompensadas o sin tratamiento médico, estar disponible para participar en el tratamiento durante al menos un año y aceptar participar voluntariamente en el programa

Criterios de exclusión: psicopatología grave, alcoholismo, alcohólicos rehabilitados con menos de un año de abstinencia consolidada a través de un tratamiento reconocido, coexistencia del tabaquismo con otras adicciones como consumo de marihuana, cocaína, anfetaminas, éxtasis, heroína, hongos alucinógenos, disolventes y/o fármacos de abuso, tener un grado de deterioro físico-psíquico que reduzca su nivel de entendimiento y comprensión para llevar a cabo el tratamiento y tener un trastorno médico inestable.

En el caso de tratamiento con bupropión:

- ◆ Que tengan predisposición a convulsiones, por ejemplo quienes tengan historial o evidencia de trastorno convulsivo incluyendo convulsiones

febriles durante la infancia, tumor cerebral o trauma craneo-encefálico grave, historia familiar de trastorno convulsivo idiopático o que estén recibiendo tratamiento con medicamentos o regímenes de tratamiento que hagan descender el umbral para convulsiones.

- ◆ Tengan historia o diagnóstico actual de anorexia o bulimia.
- ◆ Mujeres embarazadas o lactando.
- ◆ Utilicen otros fármacos psicoactivos como antidepresivos, ansiolíticos y/o tranquilizantes mayores.

En el caso de pacientes con enfermedades psiquiátricas como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia, que son las que con más frecuencia se observan en la Clínica, el psicólogo realiza una evaluación a mayor profundidad que le permite determinar la factibilidad de integrar a este paciente al tratamiento, generalmente se busca tener contacto directo con el médico tratante para trabajar de manera coordinada en el tratamiento del paciente. En la mayoría de estos casos se recurre a las sesiones de terapia individual.

Por otra parte, en el caso de pacientes alcohólicos o con otro tipo de adicciones, se canaliza al paciente al grupo de Alcohólicos Anónimos que le corresponda o bien a los Centros de Integración Juvenil, a través de contacto directo con el Conadic. En este tipo de pacientes es conveniente resolver primero las otras adicciones y posteriormente iniciar el tratamiento contra el tabaquismo.

1.3. Tratamiento

Los llamados programas de TMT consideran de manera fundamental la interacción de los factores socioeconómicos, psicológicos-comportamentales y farmacológicos que intervienen en la dependencia a la nicotina (Carreras, 2004). Las características que debe reunir un programa de TMT según (Kottke, 1988) son:

- ◆ Programa intensivo.
- ◆ Intervención de diferentes profesionales clínicos (multidisciplinario).
- ◆ Evaluación y asistencia personalizada.
- ◆ Soporte social.

- ◆ Entrenamiento de habilidades y de resolución de problemas.
- ◆ Calendario con especificación clara del día de dejar de fumar.
- ◆ Programa de prevención de recaídas y seguimiento.
- ◆ Terapia sustitutiva de nicotina.
- ◆ Tratamiento farmacológico.

El modelo de tratamiento de la Clínica es un programa que integra aspectos de los TMT y atiende la dependencia física y psicológica a la nicotina. En lo que se refiere a la primera, se administra al paciente terapias de reemplazo de nicotina (TRN): goma de mascar, inhalador o parches o bien antidepresivos como el bupropión.

En cuanto a la dependencia psicológica, el programa cognitivo-conductual de la Clínica se basa en la terapia racional emotiva que ayuda al paciente a dejar la adicción al tabaco y a mantenerse sin fumar, al brindarle el conocimiento de los efectos nocivos de la droga que consume, así como estrategias para resolver el estrés y otras emociones negativas sin necesidad del tabaco.

Dentro de la Clínica actualmente se manejan dos modalidades:

GRUPAL. Conformado cada grupo por un máximo de 15 personas y un mínimo de 10, las características o criterios para la formación de éstos se basa en la disponibilidad del paciente para asistir en los horarios de la sesión, lo cual está ligado de manera importante con el nivel de dependencia física a la nicotina y el tipo de tratamiento farmacológico indicado. Dichos grupos se reúnen una vez por semana en sesiones de dos horas durante las 10 primeras semanas del tratamiento. Cada sesión está dirigida por un terapeuta especializado en terapia de grupo y supervisada por el coordinador de la Clínica; el hecho de que dos personas participen siempre en las sesiones, ayuda a no focalizar la atención de los pacientes en un solo personaje.

La terapia de grupo favorece el intercambio de experiencias, de forma que cada miembro del grupo puede verse reflejado en el resto y relativizar o reajustar su situación de forma que reduce su angustia sintiéndose sumamente aliviados. El grupo favorece la comunicación y el aporte de informaciones multidireccionales, contribuye al cambio de

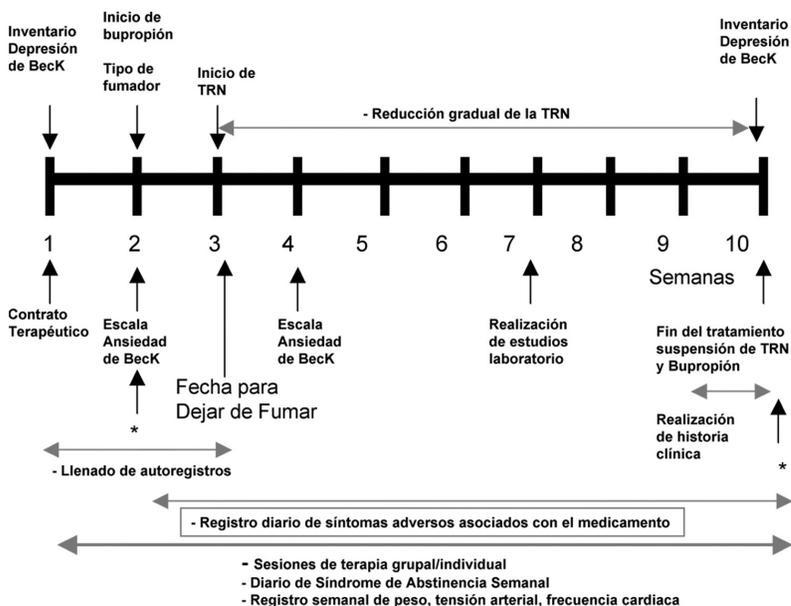
actitudes y posibilita una mayor riqueza en la búsqueda de alternativas (García, 2004).

INDIVIDUAL. Esta modalidad se lleva a cabo cuando el paciente tiene problemas de horario y no puede acudir a las sesiones grupales, o bien cuando refiere tener algún padecimiento psiquiátrico controlado y no es conveniente incorporarlos a la terapia grupal. Las sesiones tienen una duración de una hora una vez a la semana durante 10 semanas y el contenido es similar al de las sesiones de terapia grupal. Posteriormente se incorpora al paciente a la reunión de seguimiento que se lleva a cabo de manera grupal, durante los siguientes doce meses.

1.4 Descripción del Programa

El modelo de la Clínica Contra el Tabaquismo está conformado por 10 sesiones, en la Figura 2 se muestra el esquema de la Fase de Tratamiento.

Figura 2
Esquema de la Fase de Tratamiento



1.4.1. Estudios o pruebas psicológicas

En la Clínica se aplican diferentes pruebas de evaluación psicológica. En el caso de las pruebas para evaluar la depresión y la ansiedad, se repiten dos veces durante el tratamiento de tal manera que permitan evaluar la evolución del estado emocional del paciente. La Prueba de Fagerstrom es la única que se aplica en la Fase de Pretratamiento.

Prueba de Fagerström: Se utiliza para determinar el grado de dependencia física y como un apoyo para definir el tipo de tratamiento farmacológico más adecuado para cada paciente (Fagerström, 1989). Esta prueba ha demostrado ser la herramienta más útil en este aspecto, ha sido universalmente utilizada y es la que mejores parámetros de calidad ha demostrado tener.

Inventario de depresión de Beck: Se utiliza para conocer el estado de ánimo del paciente, particularmente si éste presenta un cuadro de depresión y la magnitud de ésta (leve, moderada y grave); el resultado de la escala brindará además un indicador de la eficacia del tratamiento en relación al manejo de la dependencia psicológica (Beck,1999).

Prueba de ansiedad de Beck: Esta prueba se utiliza para evaluar la ansiedad del paciente a lo largo del tratamiento, especialmente en momentos en que es necesario controlar este parámetro como es el establecimiento de la fecha para dejar de fumar (Beck, 1999). Se aplica dos veces a lo largo del tratamiento, en la segunda y en la cuarta sesiones.

Diferentes tipos de fumadores: Se utiliza para conocer los motivos o situaciones más frecuentes que asocia el fumador con el consumo de tabaco, permite establecer de qué tipo de fumador se trata.

1.4.2. Tratamiento farmacológico

La asignación de la dosis de los medicamentos de reemplazo de nicotina depende de las siguientes variables: Edad (en menores de 20 años no se utiliza bupropión), dependencia física a la nicotina de acuerdo con la Prueba de Fagerström, número de cigarrillos consumidos al día, forma de consumo de tabaco, antecedentes de utilización de terapias de reemplazo de nicotina, antecedentes de utilización de bupropión, utilización de me-

dicamentos como ansiolíticos, tranquilizantes mayores y antidepresivos, presencia de hipertensión arterial y cardiopatías y apego del paciente al tratamiento.

Para la asignación de medicamentos a los pacientes, se realiza una reunión con los tres integrantes del modelo, el coordinador, el médico y el terapeuta, y se lleva a cabo la revisión de la entrevista inicial del paciente, así como de los autoregistros de la primera semana con el propósito de administrar el mejor tratamiento de acuerdo con las características de cada paciente. En la Clínica de la Facultad de Medicina es también frecuente la utilización de terapias combinadas.

2. Monitorización de parámetros biológicos

El fumador absorbe la nicotina en el lecho capilar vascular pulmonar. Esto facilita que la absorción de la droga sea máxima y alcance los centros nerviosos en sólo siete segundos después de la inhalación del humo. Como consecuencia del consumo de cigarrillos se mantienen unos niveles de nicotina en sangre periférica superiores a 10 ng/ml (Hughes, 1984). Debido a que la nicotina se metaboliza rápidamente en el hígado (la vida media de la nicotina sérica es de dos horas), el fumador necesita consumir de manera periódica cigarrillos con el fin de mantener esos niveles medios de nicotina.

En la Clínica se realiza la determinación de cotinina en la orina de los pacientes, a través de la utilización de un radioinmunoensayo de fase líquida en el cual la cotinina marcada con ^{125}I compete por un tiempo fijo con la cotinina de la muestra de orina del paciente, por los sitios expuestos del anticuerpo. Se han realizado algunas modificaciones a esta técnica (Ponciano, 1997) y el punto de corte utilizado es el propuesto para separar fumadores activos de pasivos de 500 ng/ml (Langone, 1973).

La colección de muestras de orina para la determinación de nicotina se realiza al finalizar la primera semana del tratamiento, con el objetivo de poder contar con la información del autorregistro diario de cigarrillos, posteriormente se vuelven a tomar muestras al finalizar el tratamiento para confirmar la abstinencia y por último en las reuniones mensuales a los seis y doce meses de abstinencia.

3. Realización de estudios clínicos y de laboratorio

Además de una exploración física general, dirigida especialmente a investigar la presencia de signos en relación con patologías asociadas con el tabaco, de manera semanal se registran las constantes que se pueden modificar al dejar de fumar como frecuencia cardiaca, tensión arterial y peso.

Después de un mes de que los pacientes han dejado de fumar, se realizan los siguientes estudios: electrocardiograma, placa de tórax, espirometrías (se realiza una al inicio del tratamiento, la segunda a los seis meses de abstinencia y la última a los doce meses), biometría hemática, química sanguínea, citología nasal y examen general de orina.

Asimismo, el médico realiza la historia clínica de cada paciente en sesiones individuales, la cual comprende los parámetros clásicos de este documento, pero además se han agregado algunos de los propuestos por Solano (2000), para conformar una historia clínica del fumador.

En el caso de encontrar alteraciones importantes en los resultados de los estudios realizados, los pacientes se canalizan al especialista correspondiente. En la Clínica no se brinda tratamiento al paciente, únicamente se realizan los estudios y se canaliza al paciente a un especialista.

4. Fase de Seguimiento

En la última sesión del tratamiento se le proporciona al paciente un calendario en el cual se consignan las fechas de las sesiones mensuales a las que debe acudir como parte de su seguimiento de 12 meses. Se trata de sesiones de entre 90-120 minutos de duración en las cuales se desarrollan diferentes aspectos de interés para el paciente, sin incluir temas relacionados con el tabaquismo. Una semana antes de cada sesión de seguimiento se localiza telefónicamente al paciente para recordarle la fecha de la reunión.

También durante las sesiones se celebran los aniversarios de los pacientes que cumplen un año o más de abstinencia y se propicia el intercambio de experiencias entre los asistentes. Asimismo, de manera aleatoria se toman muestras de orina a los asistentes para la determinación de cotinina urinaria y confirmar la abstinencia.

5. Resultados–Validación del modelo

En esta sección describiremos los resultados obtenidos con la aplicación del modelo descrito con anterioridad. Durante el periodo comprendido de junio de 2001 a marzo de 2004 se atendieron un total de **286 pacientes**, 240 incluidos en 29 grupos de terapia grupal y 46 pacientes atendidos mediante terapia individual. Las características basales de los pacientes se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1
Características basales de los pacientes incluidos en el estudio

Característica	
1.n	286
2.Edad	41 ± 15
3.Sexo femenino (%)	57.91
4.Sexo masculino (%)	42.0
5.Número de cigarrillos/día	20.4 ± 13
Mujeres	17.7 ± 9.89
Hombres	23.8 ± 15.4
•Edad de inicio del tabaquismo	17.8 ± 6.13
•Dependencia a la nicotina (Fagerström)	5.27 ± 2.37
Mujeres	5.09 ± 2.43
Hombres	5.50 ± 2.27
1.Intentos de cesación anteriores	2.04 ± 1.70
2.Inventario Beck de depression	1.8 ± 7.77
Mujeres	12.9 ± 7.79
Hombres	10.61 ± 7.63
•Prueba de ansiedad de Beck	13.8 ± 11.2
Mujeres	15.7 ± 11.8
Hombres	11.6 ± 10
•Peso (kg)	69.6 ± 14.2
Mujeres	63.3 ± 11.2
Hombres	78.3 ± 13.1
1.Estado Civil (%)	
Casados	50.18
Solteros	28.5
1.Escolaridad (%)	
Posgrado	16.84
Licenciatura	47.25
Primaria	1.4
1.Consumo drogas ilícitas (%)	
Nunca	69.23
Marihuana	16.11
Cocaína	4.02

Es importante hacer algunos comentarios respecto a algunas variables que se consignan en la Tabla, la edad promedio de los pacientes fue de 41 (±15) años,

sin embargo por la ubicación de la Clínica en la Facultad de Medicina también se ha dado atención a estudiantes con un rango de edad de 17 a 25 años. En lo que respecta al consumo de drogas, es importante mencionar que estos datos corresponden a la utilización de estas drogas o prueba de las mismas antes de iniciar el tratamiento, ya que uno de los criterios de exclusión implica que los pacientes que se incluyen en la Clínica no sean consumidores actuales de ninguna droga ilegal ni alcohólicos.

Las modalidades de tratamiento farmacológico utilizadas fueron: Wellbutrin®, Terapias de Reemplazo de Nicotina: inhalador, parches y goma de mascar, así como tratamientos combinados: inhalador + parche, Wellbutrin®+parche+inhalador y Wellbutrin®+inhalador. Asimismo, es importante mencionar que 21 pacientes (8.10%), por decisión propia o por efectos colaterales de alguno de los medicamentos utilizados, no tomaron ningún tratamiento farmacológico y únicamente se les trató mediante las sesiones de terapia cognitivo-conductual.

Se consideraron abstinentes aquellos sujetos que en la sesión 10 del tratamiento declararon no haber fumado y tenían una concentración de cotinina en orina menor a 500 ng/ml. Para el análisis de los datos se consideraron todos los sujetos que acudieron al menos a seis sesiones del tratamiento.

En la (Tabla 3) se observan los puntajes obtenidos al aplicar la Prueba de Fagerström para evaluar dependencia física a la nicotina en la Fase de Pretratamiento, en ella la población total mostró un promedio de 5.27 ± 2.37 , lo que los ubica con un grado moderado de dependencia física por la nicotina y un riesgo significativo de padecer enfermedades asociadas al consumo de tabaco (Jiménez, 2003). Al realizar el análisis por género no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p=0.288$).

Un parámetro que resulta interesante de comparar con los resultados de la Prueba de Fagerström es el número de cigarrillos consumidos diariamente, que incluso constituye una de las preguntas de esta prueba (Tabla 3). Como era de esperarse en pacientes que acuden a una Clínica Contra el Tabaquismo, la mayoría son fumadores severos, siendo el promedio de consumo encontrado de 20.4 ± 13 , es decir alrededor de una cajetilla diariamente. Cuando se analizaron estos datos por género, se encontró que los hombres son quienes consumen un mayor número de cigarrillos de manera cotidiana, 23.8 ± 15.4 vs 17.7 ± 9.89 que consumen las mujeres, lo que da una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0001$).

Al correlacionar ambas variables: número de cigarrillos consumidos diariamente y puntajes de la Prueba de Fagerström, en la población general y por género, se encontraron correlaciones positivas, esto es más evidente en los sujetos del sexo masculino ($r=0.65$, $p=0.001$) (Tabla 3).

En el tratamiento del tabaquismo no sólo es importante evaluar el tipo de medicamento que será utilizado, sino también el estado anímico del paciente, por esto se aplica el Inventario de Depresión de Beck al inicio y al final del tratamiento, ya que este factor puede influir de manera determinante en el éxito o fracaso del tratamiento. En la Tabla 3 se observan los valores obtenidos con la población estudiada, es interesante hacer notar que éstos son estadísticamente mayores ($p=0.0001$) al iniciar el tratamiento, pareciera que el hecho de dejar de fumar mejorara anímicamente a los pacientes (Tabla 3).

Debido a que estamos utilizando un antidepresivo como el bupropión de liberación prolongada para el tratamiento de pacientes que ingresan a la Clínica, es importante evaluar el probable efecto que puede tener éste en los valores del Inventario de Depresión de Beck. En la Tabla 3 se observa el análisis de estos valores pero separándolos de acuerdo con el tratamiento farmacológico recibido, se incluyen datos encontrados en pacientes que únicamente acudieron a las sesiones de terapia grupal pero no tomaron ningún medicamento. En el caso de bupropión e inhalador de nicotina, al comparar los valores encontrados al inicio y al final del tratamiento se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.0001$), lo que no ocurre en el grupo que no recibió medicamento ($p=0.376$). La terapia mejora considerablemente el ánimo de los pacientes independientemente del tratamiento.

Al comparar los valores iniciales y finales del Inventario de Depresión de Beck de cada tratamiento (bupropión vs inhalador vs sin tratamiento) no se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.72$), por lo que podemos inferir que la utilización de un antidepresivo en la cesación del tabaquismo no modifica de manera importante esta variable.

Por otra parte, es sabido por estudios epidemiológicos que la depresión es una entidad clínica que se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres, en la Tabla 3 se pueden apreciar los valores del Inventario de Depresión de Beck por género, y se observa que los mayores índices de depresión los presentan las mujeres, tanto al inicio del tratamiento (12.9 ± 7.79) como al final (9.31 ± 7.78), comparativamente con 10.6 ± 7.63 y 5.28 ± 5.61 que pre-

sentaron los sujetos del sexo masculino. En ambos sexos el estado de ánimo evaluado a través de este Inventario mejora al finalizar el tratamiento. Se encontraron diferencias significativas al comparar por género, tanto en la primera ($p=0.038$) como en la segunda ($p=0.0001$) evaluación.

De acuerdo con este Inventario de Depresión, la población total al inicio no presentaba depresión (0-13) ya que mostró un promedio de 11.8 ± 7.77 , el siguiente rango que va de 14-20 e indica depresión leve a moderada se presentó sólo en algunos de los pacientes incluidos en el tratamiento, es importante recordar que los casos de depresión severa (+ de 20) constituían un criterio de exclusión y debían ser evaluados cuidadosamente por el terapeuta para determinar la factibilidad de su tratamiento (Beck, 1999).

En lo que respecta a la Prueba de Ansiedad de Beck, ésta se aplicó en la segunda y cuarta sesiones del tratamiento, es decir una semana antes y una después de la fecha establecida para la cesación abrupta del tabaquismo. El propósito de contar con este parámetro es tener una variable que permita detectar y cuantificar la ansiedad que provoca la cesación del tabaquismo en cada paciente. De esta manera se pueden detectar los casos de sensibilidad extrema, en los cuales generalmente interviene el terapeuta para tratar de mejorarlos. En la Tabla 3 se puede observar que estos valores mejoran notablemente en la cuarta semana del tratamiento, a pesar de que los pacientes llevan en ese momento ya una semana de abstinencia ($p=0.0001$).

Los valores de esta prueba van de 0-7 normal, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad severa. Los pacientes estudiados en este trabajo presentaron un valor promedio de 13.8 ± 11.2 en la primera evaluación, lo que los sitúa en el rango de ansiedad leve, en la cuarta semana mostraron un promedio de 10.4 ± 8.19 , que aunque es menor los sigue manteniendo en esa categoría.

Al realizar el análisis por género (Tabla 3), se observa que los valores de ansiedad encontrados son mayores en las mujeres que en los hombres en la primera evaluación ($p=0.01$), sin embargo al comparar los valores encontrados en ambos sexos, en la segunda no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.45$). Tanto en hombres como mujeres el dejar de fumar mejora sustancialmente los índices de ansiedad.

Existen evidencias de que el consumo de tabaco, a través de diversos mecanismos, reduce el peso corporal de los fumadores (Benowitz, 1996). En la Tabla 3 se observan las diferencias de peso encontradas en la población total,

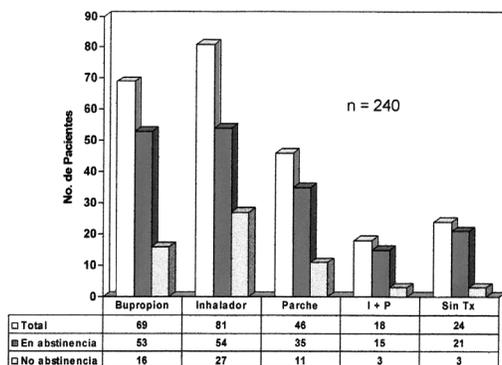
en mujeres y en hombres. En todos los casos hay un ligero incremento al final del tratamiento ($p=0.001-0.0001$). La ganancia promedio es de alrededor de 2 kg a lo largo de las diez semanas de tratamiento. Al realizar el análisis de esta variable de acuerdo con el tratamiento recibido, encontramos que la ganancia promedio en el grupo de Bupropión fue de 1.8 kg, para inhalador de nicotina de 2 kg y para el grupo que no tomó ningún medicamento de 0.6 kg.

Respecto a las fluctuaciones semanales de peso a lo largo del tratamiento en diez sujetos elegidos al azar, cinco hombres y cinco mujeres, al analizar los datos notamos que no hay una semana en la que en todos se presente un incremento que nos permita generalizar, en contraste se observan variaciones a lo largo de las diez semanas.

Por último, se analizó el desarrollo del síndrome de abstinencia en dos pacientes, el primero no logró la cesación exitosa del tabaquismo y el segundo sí. Los parámetros de los que se compone la evaluación del síndrome de abstinencia son ocho: ansiedad por un cigarrillo, depresión, dificultad para conciliar el sueño, ansiedad, dificultad para concentrarse, inquietud y aumento del apetito. El paciente debe llenar un diario semanal de estos parámetros, que pueden tener cinco opciones por día: 0 sin síntoma, 1 ligero, 2 leve, 3 moderado y 4 intenso. De esta manera la máxima puntuación por semana puede ser 28. En el caso de los datos que corresponden a una mujer, se pudo observar que aunque los síntomas muestran una tendencia a reducción en la última semana del tratamiento, las fluctuaciones que se presentan a lo largo del tratamiento son muy importantes, en especial las del aumento del apetito, el que no cede, al contrario incrementa, motivo por el que la paciente, que ya contaba con problemas de sobrepeso, nunca logró dejar de fumar.

La eficacia global encontrada al finalizar el tratamiento en los pacientes que se sometieron a terapia grupal fue de **74.07%** y en el caso de los pacientes que se incluyeron en un esquema de terapia individual de **75.47%**. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos valores ($p>0.05$). Sin embargo, al realizar el análisis de eficacia por tratamiento (Gráficas 1 y 2), ésta varía, siendo la más alta la correspondiente a los pacientes que no consumieron ningún medicamento (87.5%), seguida del inhalador de nicotina + parche (83.3%) y bupropión (76.81%), en el caso de terapia grupal. En contraste en los pacientes individuales, el bupropión mostró la eficacia más alta (100%) seguido por el inhalador de nicotina (82.6%).

Gráfica 1
Eficacia de los diferentes tratamientos médicos-terapia grupal

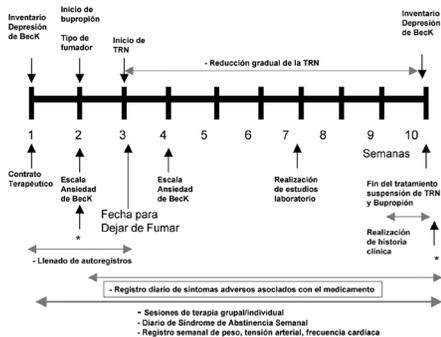


Tratamiento	Eficacia (%)
Bupropión	76.8
Inhalador	66.6
Parche	76.08
I + P	85.3
Sin Tx	87.5
Total	74.07

Nota.- I+P= Inhalador de nicotina + parche de nicotina. Sin Tx= el paciente no recibió ningún medicamento pero sí asistió a todas las sesiones de terapia grupal del tratamiento.

En la gráfica se puede observar la eficacia encontrada con los diferentes tratamientos. Se muestra el número total de pacientes incluidos, los que dejaron de fumar después de las diez sesiones del tratamiento y, por último, los que no lograron la cesación.

Gráfica 2
Eficacia de los diferentes tratamientos médicos-terapia individual



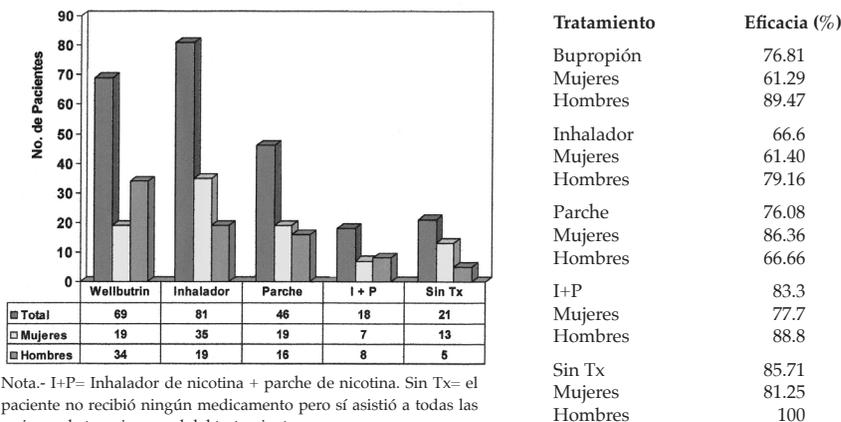
Tratamiento	Eficacia (%)
Bupropión	100
Inhalador	82.6
Parche	60
I + P	20
Otros	100
Total	75.47

Nota.- I+P= Inhalador de nicotina + parche de nicotina. Otros- incluye goma de mascar de Polacrilex (2), y Sin Tx=(3) el paciente no recibió ningún medicamento pero sí asistió a todas las sesiones de terapia individual del tratamiento.

En esta gráfica se muestran los datos obtenidos en los pacientes que se incluyeron en la terapia individual. La primera columna representa el total de pacientes incluidos en cada tratamiento, la segunda los que lograron dejar de fumar, y, por último, se muestra el número de pacientes que no lograron la cesación. Estos datos de eficacia se obtuvieron al finalizar el tratamiento.

En la Gráfica 3 se analiza la eficacia de los diferentes tratamientos por género, en todos los casos, excepto con parche de nicotina, la eficacia es menor en mujeres. Esto podría tener relación con los mayores índices de ansiedad y depresión mostrados por los sujetos del sexo femenino.

Gráfica 3
Eficacia de los diferentes tratamientos médicos analizados por género



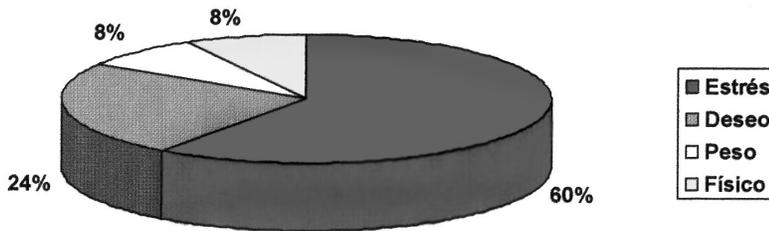
En esta gráfica se puede observar el número de pacientes de ambos sexos que dejaron de fumar al final del tratamiento y en la primera barra el total de pacientes incluidos en los diferentes tratamientos médicos. Solamente se incluyeron los pacientes de terapia grupal. Es importante enfatizar que en todos los casos, excepto con parche de nicotina, los porcentajes de eficacia son menores en sujetos del sexo femenino.

En la evaluación del modelo de tratamiento de la Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina, se realizan “cortes” transversales para determinar cuántos pacientes se han mantenido en abstinencia después de 12, 24 y 36 meses de haber terminado su tratamiento en grupo de terapia grupal. Este seguimiento se realizó tanto de manera telefónica como a través de la asistencia a las reuniones de la Fase de Seguimiento en las cuales se confirmó la abstinencia mediante la determinación de cotinina en orina. En el caso de los seguimientos telefónicos, los pacientes que después de tres llamadas no se encontraban o no se comunicaban a la Clínica se

consideró que habían recaído. El porcentaje de abstinencia a 12 meses fue de 53.65%, a dos años 48.21% y finalmente a tres años de 28.1%.

Es muy importante evaluar cuáles son los principales motivos de recaída de la población estudiada. En la Gráfica 4 se presentan los porcentajes de dichos motivos. Es importante enfatizar que la principal causa por la que un exfumador de la población estudiada reincide en la adicción es básicamente porque relaciona al tabaquismo como un excelente factor de reducción de estrés (60% de los casos), seguido por su asociación con el *craving* (24%) y, especialmente en las mujeres, como un factor que ayuda al control del apetito y consecuentemente del peso corporal (8%).

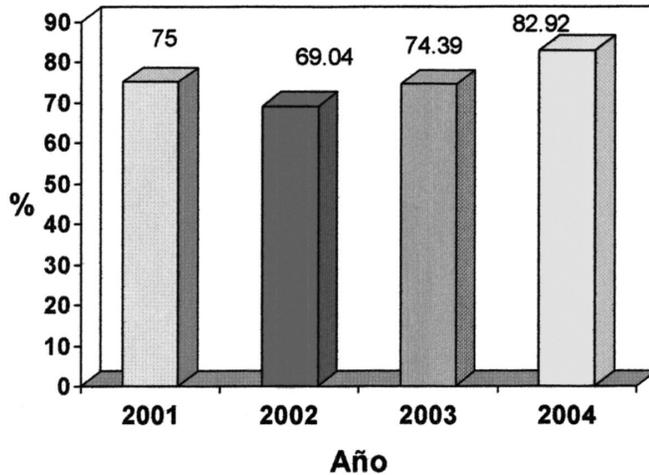
Gráfica 4
Principales motivos de recaída en la población estudiada



En esta gráfica se muestran los porcentajes de los principales motivos de recaída de la población estudiada. La reducción del estrés y la ansiedad resultó ser el más importante, seguido por el deseo irrefrenable de fumar un cigarrillo, del control de peso (especialmente en mujeres) y del deseo de aliviar molestias físicas.

Como una forma indirecta de evaluar el desempeño del personal involucrado en la aplicación del modelo de la Clínica Contra el Tabaquismo y el funcionamiento de éste, se analizaron de manera global los porcentajes de eficacia obtenidos anualmente. Esta información se muestra en la Gráfica 5, en la que se puede apreciar que aunque éstos se mantienen bastante homogéneos en el último año se presenta una mejoría. El objetivo es que este modelo se retroalimente con la experiencia obtenida y cada vez se incremente su eficacia.

Gráfica 5
Porcentaje de eficacia global al finalizar el tratamiento, por año



En la gráfica se muestra el porcentaje de eficacia global por año al finalizar las diez sesiones de tratamiento. Se incluyen únicamente datos obtenidos de pacientes que ingresaron a las sesiones de terapia grupal.

También se analizó la concentración de cotinina urinaria obtenida al inicio del tratamiento (cuando los pacientes todavía fuman y al final del programa), como una manera de confirmar la abstinencia de los participantes en el estudio; es evidente que los pacientes han dejado de fumar, presentándose una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0001$) entre ambos valores: al inicio 3112.7 ± 2747.6 vs 75.8 ± 18.4 al final.

Como resultado de los análisis realizados, las patologías encontradas (como un hallazgo de esos estudios) se muestran en la Tabla 2.

En la Tabla 3 se muestra la comparación de los valores basales de diversas variables con los datos obtenidos en la segunda medición del mismo parámetro.

Tabla 2
Hallazgos encontrados a través de los estudios realizados

Patología	Frecuencia (%)
Hipercolesterolemia	
Hiperglucemia	52.74
EPOC	9.89
Cardiomegalia	6.5
Esclerosis aórtica	3.29
Nódulo pulmonar solitario	3.29
ECG:	2.74
Normal	75.5
Arritmia sinusal	7.7
Bradicardia	3.3
Extrasístoles	2.2
Bloqueo rama derecha	2.2
Espirometría:	88.07
Normal	17.8
Obstrucción leve	23
Obstrucción moderada	2.64
Restricción moderada	2.64
Restricción severa	

Tabla 3
Comparación de variables al inicio y al final del tratamiento

Variable	Medición inicial	Medición final	Valor de p
Cigarros/día			
Población total	20.4 ± 13		0.0001
Mujeres	17.7 ± 9.89		
Hombres	23.8 ± 15.4		
Peso			
Población Total	69.7 ± 14.2	71.3 ± 14.7	0.0001
Mujeres	63.3 ± 11.2	64.7 ± 11.9	0.0001
Hombres	78.3 ± 13.1	80.2 ± 13.3	0.001
Depresión (Beck)			
Población total	11.8 ± 7.77	7.39 ± 7.10	0.0001
Mujeres	12.9 ± 7.79	9.31 ± 7.78	0.0005
Hombres	10.6 ± 7.63	5.28 ± 5.61	0.0001
Ansiedad (Beck)			
Población total	13.8 ± 11.2	10.4 ± 8.19	0.0001
Mujeres	15.7 ± 11.8	11.6 ± 7.35	0.0001
Hombres	11.6 ± 10	9.69 ± 7.35	0.02
Fagerström*			
Población total	5.27 ± 2.7		0.288
Mujeres	5.09 ± 2.43		
Hombres	5.50 ± 2.27		
Cotina			
Población total	3112.7 ± 2747.6	75.8 ± 18.4	0.0001

*Sin significancia estadística.

6. Conclusiones

De acuerdo con los resultados presentados, es evidente que hay diferencias sustanciales entre los hombres y las mujeres fumadoras. Dichas diferencias se presentan desde los motivos de inicio, mantenimiento y recaída en el consumo de tabaco hasta en la respuesta a los diferentes tratamientos psicológicos y farmacológicos. Es entonces de trascendental importancia realizar análisis minuciosos, tomando en consideración las diferencias de género y de las principales variables que inciden en el éxito de los tratamientos que actualmente se ofrecen para la cesación del tabaquismo.

Sin lugar a dudas, es preocupante el incremento del tabaquismo entre las mujeres mexicanas, cada vez a edades más tempranas. El tabaquismo se ha transformado en un problema emergente de salud pública para este grupo que incrementa su morbilidad y mortalidad, y que sin lugar a dudas acentúa las diferencias educativas, sociales y económicas que lastimosamente marcan a muchas mujeres de nuestro país. De continuar las tendencias actuales, a futuro el tabaquismo se sumará de manera importante a la problemática existente de inequidad entre los géneros.

Por ello, es conveniente que los profesionales de la salud que nos dedicamos a la prevención y el tratamiento del tabaquismo, tengamos en consideración las diferencias físicas y psicológicas existentes entre hombres y mujeres, y realicemos un mayor número de estudios en la población mexicana que nos permitan tener un conocimiento más profundo de los principales factores involucrados en el inicio y mantenimiento de esta adicción entre las mujeres, de los principales factores de riesgo asociados con la recaída y de la comorbilidad presente en las fumadoras, e integrar dicha información a los programas de prevención y tratamiento con un enfoque de género, lo cual redundará en estrategias más exitosas.

Por otra parte, es urgente evitar que más mujeres se inicien en el consumo de tabaco. De no lograrse el control del tabaquismo, sus costos sociales, en salud y calidad de vida serán cada vez mayores e impactarán de forma importante a la familia, al ambiente y a la sociedad en su conjunto.

Es necesario mejorar la calidad de vida y condición social de las mujeres para disminuir las desventajas de género, fomentar el valor de la salud y fortalecer su autoestima en todas las etapas de su vida. Asimismo, es

indispensable informarle sobre los riesgos que representa el fumar como una forma de contrarrestar las campañas publicitarias de las tabacaleras, así como abolir los mitos relacionados con el incremento de peso al dejar de fumar, factor que impide que muchas mujeres intenten la cesación del tabaquismo. De acuerdo con los resultados obtenidos, la ganancia de peso es perfectamente controlable a través del tratamiento.

El camino que nos queda por recorrer aún es largo, pero en la medida en que tengamos un mayor conocimiento de los aspectos que debemos abordar en los programas de tratamiento del tabaquismo entre las mujeres, podremos brindarles una mayor oportunidad de éxito.

Riesgos de las fumadoras

- ❖ El riesgo de morir de cáncer de pulmón es aproximadamente 12 veces mayor en las mujeres que fuman, que en las que nunca han fumado.
- ❖ Las mujeres que fuman padecen más ataques cardíacos, cáncer, problemas de salud oral y condiciones médicas pulmonares.
- ❖ Las mujeres posmenopáusicas que fuman tienen una densidad ósea inferior a la de aquellas que nunca han fumado.
- ❖ Las mujeres que fuman tienen mayor riesgo de sufrir fractura de cadera que aquellas que nunca han fumado.
- ❖ Las mujeres que fuman tienen mayor riesgo de padecer otros tipos de cáncer, incluyendo cáncer de la cavidad oral, faringe, laringe (caja de voz), esófago, páncreas, riñón, vejiga y cuello uterino.
- ❖ Las mujeres que fuman duplican su riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, y multiplican por más de diez sus probabilidades de morir de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Fuente: **¿Por qué es importante dejar de fumar?** ¡Una Bocanada de aire fresco! Independencia del tabaco. Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE UU. 2006.

Bibliografía

- ◆ Aghi M et al., (2001). "Initiation and maintenance of tobacco use", en Samet J y Yoon SY. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. World Health Organization, Canadá, pp. 1-16.
- ◆ American Psychiatric Association (1996). "Practice Guideline for the treatment of patients with nicotine dependence", en *Am J Psychiatr*, 153:1-31.
- ◆ Becoña E y Vázquez F "Las mujeres y el tabaco: Características ligadas al género", en *Revista Española de Salud Pública*. Disponible en http://www.msc.es/salud/epidemiologia/res/2001/mujeres_tabaco.htm
- ◆ Beck TA, et al., (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Ibérica, Barcelona, Paidós, pp. 462.
- ◆ Benowitz NL (1996) "Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics", en *Annual Review of Pharmacology Toxicology*. 36:597-613.
- ◆ Calvo FJR; Rodríguez TE y López CA (2003). "Problemas de salud que genera el tabaco. Los beneficios de dejar de fumar", en Calvo FJR y López CA (editores). *El tabaquismo*. España, Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- ◆ Carreras CJM; Sánchez AL y Quesada LM (2003). "Estructura del tratamiento multicomponente del tabaquismo", en Calvo FR y López CA (editores). *El Tabaquismo*. España, Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- ◆ Consejo Nacional contra las Adicciones (2003). *Benchmarking- Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar*. Secretaría de Salud. México, p. 96.
- ◆ Cromwell J et al., (1997). "Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation", en *JAMA*; 278: 1759-1766.
- ◆ Fagerström KO y Schneider N (1989). "Measuring nicotine dependence: a review of the FTND", en *J Behav Med*, 12: 159-182.
- ◆ Fiore MC et al., (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- ◆ García BA (2003). "Tratamiento grupal del tabaquismo", en Calvo FR y López CA (editores). *El Tabaquismo*. España, Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

- ◆ Hughes JR *et al.*, (1984). "Effect of nicotine on the tobacco withdrawal syndrome", en *Psychopharmacol*, 83: 82-87.
- ◆ Joosens L *et al.*, (1999). "Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea", en *Rev Esp Salud Pública*, 73:3-11.
- ◆ Kottke TE; Battista R y DeFriese GH (1988). "Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials", en *JAMA*, 259: 2883-2889.
- ◆ Mackay J (2001). en Samet J y Yoon SY. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. World Health Organization, Canadá.
- ◆ Morales GV (2002). *La importancia de la información en la prevención del tabaquismo en jóvenes de Preparatorias y Colegios de Ciencias y Humanidades de la UNAM*. Tesis de licenciatura en Ciencias de la Comunicación, México, UNAM.
- ◆ Organización Mundial de la Salud (1993). *La mujer y el tabaco*. España, pp.126.
- ◆ Organización Mundial de la Salud (2005). *Internacional Women's day-gender equality beyond 2005: the role of WHO in addressing inequities between women and men*. Génova, Suiza. 8 marzo de 2005.
- ◆ Ponciano RG *et al.*, (1997). "Urinary cotinine as a biomarker of exposure to environmental tobacco smoke in Mexican population", en *Am J Respir Crit Care Med*, 153(4): 702.
- ◆ Ponciano RG y Morales GV (2001). "El consumo de tabaco en las mujeres ¿Pose o adicción?". Primera parte, en *Gac Fac Med*, 10 julio, p 8-9.
- ◆ Ponciano RG (2001). "El consumo de tabaco en las mujeres ¿Pose o adicción?". Segunda parte, en *Gac Fac Med*, 25 de agosto, p 8-9, 12.
- ◆ Ponciano RG (2002). "El impacto del tabaquismo en la salud y calidad de vida de la mujer", en *Conadic Informa*, p 5-7.
- ◆ Richmon RL (1997). "How women and youth are targeted by the tobacco industry", en *Monaldi Arch Chest Dis*, 52(4): 384-389.
- ◆ Robbins MC y Kline A (1991). "To smoke or not to smoke: a decision theory perspective", en *Soc Sci Med*, 33: 1343-1347.
- ◆ Samet J y Yang G (2001). "Passive smoking, women and children", en Samet J y Yoon SY. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. World Health Organization, Canadá, pp. 17-48.
- ◆ Schivelbusch W (1995). *Historia de los estimulantes*. Barcelona, Anagrama, p. 281.

Fechas de ediciones y reimpressiones de la obra.

1ª edición, 2,000 Ejemplares, Mayo de 2006.

1ª reimpresión, 2,800 Ejemplares, Octubre de 2006.

1ª coedición, Patronato de CIJ Jalisco, A.C.
y Universidad de Guadalajara,

1,000 ejemplares,

Septiembre de 2006.

2ª coedición, LVI Legislatura Estado de México
y G10 Por ti México A.C.,

1,000 ejemplares,

Abril de 2008.

3ª coedición, LIX Legislatura
del Estado de Zacatecas,

830 ejemplares,

Diciembre de 2009.

4ª coedición, Secretaría de Salud y CECAJ, Jalisco,

5,000 ejemplares,

Febrero de 2010.

5ª coedición, Municipio de Guadalupe, Nuevo León,

591 ejemplares,

Abril de 2011.

www.gob.mx/salud/cij

