



**Nombre de alumno:** Susana Calvo Santiago

**Nombre del profesor:** María del Carmen Cordero Gordillo

**Nombre del trabajo:** Tesis

**Materia:** Taller de elaboración de tesis

**Grado:** 9° cuatrimestre

**Grupo:** LSP19SDC0117-B

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 20 de Junio de 2020.

## DEDICATORIA

## Índice

CAPITULO I PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN .....	6
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: .....	7
1.2.-Preguntas de investigación.....	9
1.3. Objetivos .....	10
1.4. Justificación .....	11
1.5. Hipótesis .....	13
1.5.1 variables .....	13
1.6.- Metodología .....	14
CAPITULO II ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL TABAQUISMO.....	16
2.1 Origen de la sustancia .....	16
2.2 Origen del tabaquismo.....	19
2.3 Antropología del tabaco .....	22
2.4 El tabaquismo en el contexto nacional .....	28
2.5 El tabaquismo de 1990 a la actualidad .....	30
2.6 El tabaquismo en mujeres .....	32
2.7 La respuesta de la sociedad organizada .....	33
2.8 Tabaquismo involuntario.....	34
CAPITULO III: MARCO TEORICO .....	35
3.1 Tabaquismo .....	35
3.1.1 Definición.....	37
3.2 El tabaquismo según la teoría socialista.....	38
3.2.1 Teoría sociocognitiva de Bandura. ....	44
3.3 Conocer las causas del tabaquismo .....	47
3.4 Identificar las emociones de una persona adicta al tabaco. ....	50
3.5 Advertir sobre las consecuencias del tabaco.....	52
3.6 Factores de riesgo .....	58
3.6.1 Enfermedades a causa del consumo del tabaco.....	59
CAPITULO IV.....	61
ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	61

4.1 CARACTERISTICAS DEL SUJETO DE INVESTIGACION .....	62
4.2 ENTREVISTA .....	62
4.3 CARACTERÍSTICAS DEL FAMILIAR DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN .....	66
4.4 ENTREVISTA .....	66
4.5 PLAN DE INTERVENCION .....	68
SUGERENCIAS Y PROPUESTAS .....	82
CONCLUSIONES .....	84
BIBLIOGRAFIA .....	86

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación está basada en el tema del tabaquismo, una de las adicciones que actualmente sigue afectando a mucha población, me pareció muy interesante ya que sobre esta adicción surgen diversas dificultades que no se sabe cómo controlarlas o evitarlas hasta cierto punto. Primeramente conociendo realmente de la palabra “tabaquismo” y desde ese punto ir abarcando diferentes conceptos que se fueron hallando durante el proceso.

De igual forma llegar al punto de identificar las emociones de una persona adicta, es decir, como la persona percibe y transmite sus emociones, también como afecta o más bien descubrir la percepción de los familiares de una persona adicta al tabaco, ya que la familia de este que muchas veces tienen que convivir con él o ella.

Tomare en cuenta también la advertencia de las consecuencias del consumo del tabaco de las cuales algunas ya se conocen pero se retomará de lo de menor riesgo a mayor. Dicha investigación se llevará a cabo en el ejido nuevo villaflores municipio de la trinitaria Chiapas, a una persona de sexo masculino de 69 años de edad, en un periodo de aproximadamente seis meses.

Pretendo llegar a explicar que el tabaquismo es causa de la falta de atención en la familia y comenzando por las situaciones o problemáticas que a veces surgen dentro del núcleo familiar y la persona adicta al tabaco no sabe manejar por la alteración que su cuerpo ya posee, esto por citar un ejemplo de varias que pueden provocar la falta de atención hacia la familia o con diferentes personas que pertenezcan al núcleo, social, familiar o escolar del sujeto.

Mi tesis está estructurada por cuatro capítulos, el capítulo primero tiene por nombre protocolo de investigación, el cual contiene el planteamiento del problema que trata más que nada cual es mi investigación, también las preguntas de investigación las cuales fueron las que me ayudaron a saber realmente en donde iba a profundizar más y que era lo más interesante, posteriormente los objetivos que son la meta a alcanzar en esta investigación, de igual forma la

justificación en la cual doy a conocer el motivo del porque querer presentar esta investigación. La hipótesis que tenía acerca del tema y la metodología a seguir dentro del proceso, es decir el enfoque, el método, tipo de investigación y las técnicas a utilizar.

En el capítulo segundo se llama origen y evolución del tema, el cual contiene desde la definición de sustancia hasta en los trastornos que el consumidor puede llegar a obtener por el consumo excesivo del tabaco y en este capítulo decidí involucrar ya lo que es la relación familiar.

En el capítulo tercero teoría y autores y más que nada en este capítulo se trata de abarcar toda la teoría confiable relacionada a la psicología, por citar algunos como: la teoría humanista, la teoría conductista, teoría socialista, según Bandura, según la OMS, es decir el marco teórico de la investigación.

## **CAPITULO I PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**TEMA DE INVESTIGACIÓN:** Tabaquismo

**OBJETO DE ESTUDIO:** Los problemas que se esconden detrás de la adicción del tabaquismo: estudio de caso.

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Las culturas del continente americano usaban el tabaco con fines religiosos, medicinales y ceremoniales. Los indígenas del caribe, fumaban valiéndose de una caña en forma de pipa llamado Tobago.

El tabaquismo es una adicción compleja con componentes físicos, psicológicos y sociales que afectan de manera frecuente a los consumidores o las personas que ya son dependientes de ello.

En la década de los treinta fumar se convirtió en una moda tanto de hombres como en mujeres, sin embargo las personas adictas no toman consciencia del riesgo al que están exponiendo a su salud, porque más tarde los epidemiólogos comenzaron a observar la aparición del cáncer de pulmón.

El principal componente químico del tabaco es la nicotina, sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante y se conoce como el principal responsable por el cual la persona se hace adicta, por el estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central.

La persona adicta no toma conciencia de estos sucesos que puedan llegar a suceder, ahora bien mi punto de vista sobre este tema es debido a que en muchas ocasiones me he encontrado a personas que fuman y siempre me he preguntado porque lo hacen o cual piensan que es el beneficio de ello, como la parte psicológica también me llama la atención la falta de desinterés que tiene la persona por cuidar su salud, ya que en algunas ocasiones la familia como tal las dejan a un lado, haciendo así que ya no exista mucha comunicación dentro de ella.

Cuando una persona comienza a ser adicta no solo se afecta a sí mismo sino también a las personas que las rodean, en cuanto a los componentes físicos de la adicción puedo considerar que todas las personas adictas son más susceptibles a las actividades que tengan que considerarse esfuerzos físicos, como correr, realizar ejercicio o practicar algún deporte, ya que el cansancio es más próximo a comparación de una persona que no es adicto al tabaco, por otra parte en los componentes psicológicos se puede tomar como de referencia la depresión del ánimo (trastorno distímico, trastorno afectivo) se relaciona con la dependencia a la nicotina, la depresión se incrementa durante la abstinencia y los componentes sociales podrían ser el alejamiento hacia la familia, ya que en muchas de las ocasiones los miembros que la conforman no están de acuerdo o no toleran el olor del tabaco.

Para saber más sobre esto una persona de sexo masculino, con edad de 65 años me brindará información sobre esto, me ha tocado convivir por mucho tiempo con el pero el único componente que he observado es el físico, ya que en algunas ocasiones cuando se enferma de gripa, es demasiado alarmante ya que le perjudica más fuerte de lo normal, su forma de ser es demasiado cortante con cada miembro de la familia ya que él es padre de familia y con sus hijos no lo he visto platicar de algún tema de interés para ambas partes.

También es importante rescatar que el sujeto está acostumbrado a salir a jugar barajas por las noches y como familia piensan que ahí es el momento en que él consume más, porque en una ocasión se observó en una reunión familiar que estaba jugando y cómo iba perdiendo consumía aún más cigarros, la corticosterona hormona producida por la tensión nerviosa, reduce los efectos de la nicotina, pero cuando los consumidores están bajo presión necesitan consumir mayor cantidad de sustancia para lograr el mismo efecto, aumentando con esto la tolerancia. Ya que debido a una situación psicológica se puede llevar hasta un trastorno relacionado a una sustancia.



## 1.2.-Preguntas de investigación

¿Cuáles son las consecuencias del tabaquismo?

¿Cómo son las emociones de la persona adicta al tabaquismo?

¿Cuáles son las causas del tabaquismo?

¿Qué es el tabaquismo?

¿Cómo perciben los familiares la conducta de un miembro que es adicto?

### 1.3. Objetivos

#### Objetivo general

- ✚ Conocer las causas del tabaquismo.

#### Objetivos específicos

- ✚ Identificar las emociones de una persona adicta al tabaco.
- ✚ Descubrir la percepción de los familiares de una persona adicta al tabaco.
- ✚ Definir que es el tabaquismo.
- ✚ Advertir sobre las consecuencias del tabaco.

#### 1.4. Justificación

La razón por la cual decidí abordar este tema es porque desde hace algún tiempo me llamó la atención que algunas personas son adictas al tabaco hacen que las personas que las rodean no les importe tanto, considere también el hecho de que tengo a un familiar que consume tabaco desde hace 50 años aproximadamente, su rol como padre de familia no ha sido el adecuado ya que en una ocasión comentábamos como hijos que casi nunca se acerca a conversar con nosotros.

La persona no muestra interés para saber algo relacionado con las personas que las rodean, con el simple hecho de que nada le parece interesante a menos que ese asunto le parezca interesante a él y le genere recursos económicos que posteriormente mal gasta en cosas que no tienen ningún provecho ni para él ni para su familia.

Me motivó realizar una investigación acerca de las causas que conllevan a las personas a consumir tabaco, muy pocas veces me había puesto a pensar en ello pero ultimadamente me está preocupando un poco más el tema ya que no se ha notado de buena manera lo que es la unión familiar, lo considero a él como el más alejado de toda la familia, la actitud de la persona es muy complicada y conflictiva a la vez.

Como tal la importancia es prevenir que esto de la adicción que tienen algunas personas hacia el tabaquismo disminuya, hace un par de años labore en una tienda de abarrotes en el cual, muchos jóvenes llegaban a comprar cigarrillos y cuando estos se retiraban me quedaba pensando en el motivo por el cual fuman, y hasta cierto punto no me ha quedado muy claro pero puedo considerar que todo gira en torno a la dinámica familiar, ya que considero que los padres son el pilar del hogar y ellos tienen que velar por la educación de cada uno de sus hijos e hijas.

Con tal investigación me gustaría que se reflejen cada uno de los problemas que las personas adictas esconden dentro de sus ser como para impulsarlos a fumar y eso los guie a ser adictos a muy temprana edad, considero que las personas que lean dicha investigación tendrán conocimiento acerca de todas las causas que produce la adicción del tabaquismo y sobre todo conocer acerca de las emociones y sentimientos de la persona, ya que muchas ocasiones la persona adicta no es la que resulta más afectada sino las personas que la rodean.

Fui una persona enferma de asma, por tal motivo fui muy cuidada por mis familiares menos por mi padre ya que en muchas ocasiones fumaba cuando estaba cerca de él, después de un tiempo creo que dio cuenta el daño que eso me causaba y por dejó de hacerlo frente a mí, pero no solo soy yo sino también los demás integrantes de la familia a quienes les incomoda este acto y en diversas ocasiones se ha tratado de hacerle consciencia y apoyarlo a que deje la adicción de ya no consumirlo pero es imposible o al menos la persona lo ve así

## 1.5. Hipótesis

La causa del tabaquismo en las personas es la falta de atención en la familia.

### 1.5.1 variables

Variable independiente: tabaquismo

Variable dependiente: familia

## 1.6.- Metodología

La presente investigación está basada en el método científico, entendido como método científico al procedimiento para descubrir las condiciones en las que se presentan sucesos específicos, caracterizado generalmente por ser tentativo, verificable, de razonamiento riguroso y observación empírica (Mario Tamayo y Tamayo).

Tipo de método: analítico

Se entiende como método analítico como un modelo de estudio científico basado en la experimentación directa y la lógica empírica. Es el más empleado en las ciencias naturales como sociales.

Analiza el fenómeno que estudia, es decir, lo descomponen sus elementos básicos.

**Tipo de investigación:** Campo

### **Enfoque metodológico**

Deductivo general-particular: es un proceso utilizado para poder sacar conclusiones generales partiendo de hechos particulares.

Es un método que se basa en la observación, el estudio, y la experimentación de diversos sucesos reales para poder llegar a una conclusión que involucre a todos esos casos.

Enfoque metodológico: cualitativo

Se entiende como cualitativo a aquello que está relacionado con la cualidad o con la calidad de algo, es decir, con el modo de ser o con las propiedades de un objeto, un individuo, una entidad o un estado.

Una cualidad es una propiedad que existe en cualquier objeto, individuo, entidad o estado, la cual se puede analizar comparándolo con otro semejante. Así, lo cualitativo depende de la percepción social, cultural o subjetiva del objeto.

### **Corriente epistemológica: humanismo**

Humanismo es término polisémico sujeto a diversas formas de interpretación y realización. En sentido genérico, se dice humanista a cualquier doctrina que afirme la excelsa dignidad humana, el carácter racional y de fin del hombre, que enfatiza su autonomía, su libertad y su capacidad de transformación de la historia y la sociedad.

Movimiento histórico que se constituyó además en una tradición de la cultura occidental, asumida por la patrística y redescubierta por la Escolástica, especialmente en las obras de San Agustín y Santo Tomás de Aquino. Desde el siglo XV, se configuró como un movimiento global cultural de rescate y sobre dimensionamiento de la cultura clásica, especialmente en Italia y luego en la mayoría de los países europeos.

En sentido pragmático, el humanismo se expresa en diversas filosofías y visiones del hombre contrapuestas (humanismo cristiano, marxista, existencialista, personalista, etc.) que enfatiza el carácter antropocéntrico de la cultura moderna. Dicha tradición y patrimonio, se ve hoy cuestionada por las filosofías anti humanistas que le niegan su capacidad interpretativa y esclarecedora de la vida humana y de la sociedad. Subsisten sin embargo, desde la antigüedad las dos formas básicas de humanismo: el humanismo teocéntrico y el humanismo secularizado explícitamente ateo.

### **Técnicas de investigación**

Entrevista: reunión de dos o más personas para tratar algún asunto, generalmente profesional o de negocios.

Observación: observar o mirar algo o a alguien con mucha atención y detenimiento para adquirir algún conocimiento sobre su comportamiento o sus características.

**Ubicación:** esta investigación se llevará a cabo en el ejido nuevo villaflores municipio de la trinitaria Chiapas, a una persona de sexo masculino de 69 años de edad, en un periodo de aproximadamente seis meses.

## CAPITULO II ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL TABAQUISMO

### 2.1 Origen de la sustancia

El tabaco es originario de América y proviene de la planta *Nicotiana Tabacum*, arbusto de hojas verdes grandes, de textura vellosa y pegajosa con sabor amargo, sus flores son de color blanco, amarillo y violeta. Se utiliza en agricultura como insecticida y en la industria química como fuente de ácidonicotínico. Para la industria tabacalera es la materia prima, por lo cual se ha incrementado su cultivo, llegando a ser una de las fuentes principales de ingreso para algunos países.

El principal componente químico del tabaco, alcaloide líquido oleoso e incoloro (C<sub>10</sub> H<sub>14</sub> N<sub>2</sub>) es la nicotina, sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante, y la principal responsable de la adicción, por el estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central. Otros factores que influyen en la dependencia son el sabor, el aroma y el ritual que se establece durante el proceso de fumar, así como la interacción social que se presenta entre fumadores.

La nicotina se absorbe con facilidad por la piel, las mucosas y los pulmones. La forma más frecuente de administración de esta sustancia es fumada, pues a través de la absorción por los bronquios, alcanza niveles plasmáticos suficientes para atravesar la barrera hematoencefálica, llegando a la vía dopaminérgica en el sistema nervioso central en pocos segundos, lo que proporciona efectos rápidos y placenteros. Esta vía de administración produce efectos casi inmediatos al fumador, en un lapso de apenas siete segundos lo hace sentir alerta; de manera simultánea, experimenta cierta relajación muscular, por la activación del sistema de recompensa del núcleo accumbens, produciendo concentraciones séricas de glucosa, liberación de catecolaminas y de adrenalina.



El consumo de nicotina en grandes dosis paraliza el sistema nervioso autónomo, impidiendo la transmisión de impulsos a través de los espacios intercelulares de las neuronas (espacios sinápticos), en dosis mayores puede producir convulsiones y muerte.

El estímulo gratificante inicial va seguido de depresión y fatiga, lo que lleva al adicto a administrarse más nicotina, tanto para obtener los efectos deseados, tales como placer o mejora del rendimiento, como para evitar el síndrome de abstinencia que se caracteriza por ira, ansiedad, necesidad de consumo, dificultad para concentrarse, hambre, impaciencia e intranquilidad.

El uso habitual de la sustancia hace que, durante el día, se acumulen en el cuerpo concentraciones de nicotina que persisten durante la noche. Por lo tanto, las personas que fuman cigarrillos en forma continua, exponen su organismo a los efectos de la nicotina las 24 horas del día.

Los fumadores informan, como una constante, que el primer cigarrillo del día, después de la abstinencia de la noche, les produce una mejor sensación que el último de la dosis de la noche anterior, el cual fue precedido por una cantidad considerable de refuerzos (cigarrillos fumados). Asimismo, existen evidencias clínicas de tolerancia y abstinencia a los efectos de la nicotina.

La investigación ha demostrado que la tensión nerviosa y la ansiedad afectan la tolerancia y la dependencia a esta sustancia. La corticosterona, hormona producida por la tensión nerviosa, reduce los efectos de la nicotina, por lo tanto cuando los fumadores habituales están bajo presión necesitan consumir mayor cantidad de la sustancia para lograr el mismo efecto, aumentando con esto la tolerancia.

La depresión del ánimo (trastorno distímico, trastorno afectivo) se relaciona con la dependencia a la nicotina, pero hasta ahora no se sabe si la depresión

predispone al sujeto a volverse fumador o si la patología se genera durante la dependencia a la nicotina. La depresión generalmente se incrementa durante la abstinencia, por lo cual se cita como causa de recaída.

Se ha encontrado que la mayoría de los fumadores beben más café, té y alcohol que los no fumadores; su peso y presión arterial son ligeramente menores, asimismo, su frecuencia cardiaca es ligeramente más rápida que en los no fumadores. La mujer es especialmente vulnerable a los efectos de la nicotina porque la secreción estrogénica y la función ovárica se alteran con su consumo; es común que la menopausia aparezca antes en las mujeres fumadoras que en quienes no lo son.

Los fumadores tienen una disminución en el rendimiento para el ejercicio máximo y un sistema inmunológico menos eficaz comparado con la población no fumadora. Otros hallazgos demuestran que cuando se comparan estos dos grupos, en el primero se encuentra una disminución de las concentraciones leucocitarias de vitamina C, ácido úrico, sérico y albúmina, además de que la proporción entre colesterol lipoproteínico de alta y baja densidad es menor.

Otro dato significativo es que la aparición de arrugas faciales se adelanta en los fumadores, por otra parte, el acné intenso en los adolescentes es más frecuente. En los daños a la salud relacionados con el consumo de tabaco existe una clara relación dosis-respuesta entre el tabaquismo y el aumento de mortalidad, de la misma forma en que dejar de fumar está asociado con el descenso en la tasa de mortalidad. En estos reportes se incluyen la edad de inicio del consumo, el número de cigarrillos consumidos y la intensidad y frecuencia de la inhalación.

El humo de los cigarrillos es producido por la combustión del tabaco, la fuente principal de humo es la boquilla del cigarrillo durante las absorciones, las fuentes secundarias, entre las absorciones, son el extremo encendido y la boquilla. En cada inhalación las mucosas de boca, nariz, faringe y árbol traqueo bronquial resultan expuestas al humo del tabaco.

Los principales componentes de este humo son la nicotina y otros alcaloides carcinógenos, el monóxido de carbono y sustancias tóxicas e irritantes, que actúan directamente sobre las mucosas se absorben por la sangre o se disuelven en la saliva y se degluten.

## **2.2 Origen del tabaquismo**

Comenzare argumentando y dando a conocer cuál es el origen del tema central de mi investigación, el cual es el tabaquismo pues bien se dice que la planta del tabaco es originaria de América y que el hombre la ha usado para inhalar el humo de sus hojas, esto ya desde hace aproximadamente 2,000 años, es impresionante el tiempo que ha permanecido y a mi parecer permanecerá por mucho más tiempo.

El componente químico principal de la hoja del tabaco, y que la hace adictiva es la nicotina, sustancia que farmacológicamente tiene un efecto doble, pues resulta estimulante y sedante a la vez. Ya hace algún tiempo había escuchado sobre este químico pero no me imaginaba o sabía que tiene otro efecto, solo conocía en de estimulante, sin embargo es importante saber todo lo malo que esta sustancia puede causar en el cuerpo del ser humano.

La sustancias es adictiva porque produce una sensación placentera al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central, lo anterior explica a la reacción que he visto en las personas que consumen el tabaco, en especial a una que considero está muy dañado en su sistema nervioso porque se altera rápido y mucho en alguna situación que le parece complicada.

El nombre de nicotina se debe a Jean Nicot, entusiasta partidario del tabaco. La nicotina es absorbida fácilmente a través de la piel, las mucosas y los pulmones; la forma más frecuente de administración es inhalada, absorbiéndose a través de las mucosas de la boca y las vías aéreas para llegar al plasma en donde alcanza

niveles suficientes para atravesar la barrera hematoencefálica y llegar a los núcleos dopaminérgicos pocos segundos después de su contacto con el organismo, lo que proporciona al adicto efectos placenteros muy rápidamente, el claro que nuestro sistema nervioso al igual que cualquier otro sistema de nuestro cuerpo está conectado y este funciona dependiendo de la o las sustancias que ingiere nuestro cuerpo, más bien es un proceso.

La vía inhalada proporciona efectos casi inmediatos al fumador, pues en un lapso de apenas siete segundos puede inducir una sensación de alerta, acompañada de cierta relajación muscular debida a la activación del sistema de recompensa del núcleo accumbens, con elevación de los niveles séricos de glucosa y liberación de catecolaminas, con esto puedo confirmar que la rapidez que este proceso de inhalación es demasiada alta y por lo tanto genera reacciones de igual forma muy rápidas.

El tabaco ya se consumía por los indígenas de América desde la época precolonial. Entre otros, los mayas lo empleaban con fines religiosos y políticos, así como medicinales; de estos últimos se le atribuían propiedades sanativas en contra del asma, la fiebre herida producida por la mordedura de animales, problemas digestivos y enfermedades de la piel, es claro que la sustancia del tabaco no es del todo dañina ya que estos antepasados la usaban con un fin positivo y de curación, quizá el mal uso que se le da o fue dando con el transcurso del tiempo fue el que desabordo esta situación del tabaquismo.

De los primeros, se empleaba en las grandes celebraciones y para sellar alianzas bélicas en la suscripción de acuerdos de paz después de una guerra. Los aztecas lo conocían como yetl y lo empleaban como agente medicinal, sustancia narcótica y embriagante, de igual forma es muy interesante saber que desde culturas y civilizaciones de la antigüedad le daban diferente uso al tabaco, quizá con diferentes propósitos pero lo realizaban.

El tabaco se descubrió en 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la tierra de los indios arahuacos, en Antillas. El conocimiento inicial en Europa se realizó por las crónicas de Fray Bartolomé de las Casas y por el informe que el fraile Romano

Pane le rindió al rey Carlos V en el año de 1497, en donde describía las virtudes medicinales de las hojas de tabaco, han pasado muchos años desde que la sustancia se descubrió y se ha perdido mucho el sentido de utilización del tabaco ya que como he venido redactando me he dado cuenta que tiempo atrás solo se utilizaba con fines curativos y no en la manera en cómo se utiliza hoy en día y como afecta en el organismo y de manera muy rápida y prejuiciosa.

En 1510, los hombres de Colón llevaron las primeras semillas a España. Los indios ixoquis de Canadá lo fumaban en 1545.

Para fines del siglo XVI el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo, principalmente gracias a que los marinos europeos lo habían llevado a los países orientales de África, entre otros, y fue así como el tabaco fue siendo reconocido en todo el mundo.

Socialmente el tabaco adquirió aceptación cuando el embajador de Francia, Jean Nicot, lo recomendó en su forma de polvo inhalado nasalmente, es ahí donde se fue reconociendo en esa presentación que tenía el tabaco en aquella época. En 1606 Felipe III decretó que el tabaco solo podía cultivarse en Cuba, Santo Domingo, Puerto Rico y Venezuela y ordenó pena de muerte para los que vendieran semillas a los extranjeros, sin duda alguna también el tabaco atrajo situaciones no tan favorables.

En 1614, el mismo Felipe III designó por decreto a Sevilla como la capital del mundo del tabaco, al ordenar que se estableciera la primera gran fábrica de tabaco y que todo el producto recolectado en los dominios del imperio fuera trasladado a la misma Sevilla para su control, manufactura y posteriormente exportación, ya podemos apreciar que la fabricación del tabaco fue desde hace mucho tiempo y que hoy sigue se sigue produciendo pero sin límites.

En España fue el primer sitio en donde se gravó fiscalmente la importación de tabaco; en efecto hacia 1611, cuando ya había plantaciones formales en Santo Domingo y Cuba, las cortes españolas decidieron en 1623 que la hacienda pública se hiciera cargo de la comercialización de las labores del tabaco.

En 1753, Carlos Linneo bautizó la planta con el nombre de *Nicotiana tabacum*. Durante la segunda guerra mundial las mujeres contribuyeron al esfuerzo bélico-antibélico y se ganaron el derecho de fumar en público a la par que los hombres, afirmando su independencia, igualdad, emancipación y patriotismo. Es un dato curioso ya que sin olvidar que las mujeres en tiempos antiguos no podían realizar las mismas actividades que los hombres, en el tema del tabaco también hubo esa lucha en contra hasta que se cumplió que también sea de manera igualitaria y no sé también llegar a sentir en ese tiempo la misma satisfacción que los hombres tenían.

El primer cigarro como filtro apareció en 1949, como una respuesta a la presión de un sector de fumadores, preocupados por los daños que pudiera causar a la salud, aunque las compañías tabacaleras nunca lo reconocieran así, es claro que desde hace tiempo se dieron cuenta de que el tabaco es una sustancia muy dañina pero aun así siguieron fabricando más, pero cabe recalcar que las personas no están obligadas a consumirlo simplemente que les exige su propio cuerpo.

En 1964 apareció el primer informe del cirujano general de Estados Unidos, referente a los daños a la salud causados por el tabaquismo y desde entonces aumenta logarítmicamente la información sobre el tabaquismo como inductor de enfermedad en los aparatos y sistemas, como causante de una muerte cada 10 segundos y responsable de más de 6% de los fallecimientos anuales en el mundo.

### **2.3 Antropología del tabaco**

El tabaco es una planta herbácea que puede crecer hasta dos metros; tiene hojas alternas, grandes, elípticas a oblongas, viscosas, con flores monopétalas tubulosas, rosadas o rojas; fruto capsular con semillas pequeñas y numerosas.

Según Schultes es del tipo de las espermatofitas, angiospermas, dicotiledóneas, metaclamídeas. Crece en casi todo el territorio de la República Mexicana,

prefiriendo climas tropicales húmedos, pero es muy fuerte y sobrevive en climas resecos.

Cada grupo indígena le ha puesto un nombre diferente. Por ejemplo, se llama apuga entre los cuicatecas; a'xcu't entre los totonacas; ayic entre los popolucas; cuauhyetl, píciatl o yetl, entre los nahuas; kuutz entre los mayas; may entre los huastecas; gueza entre los zapotecas; hepeaca entre los tarahumaras; ro-hu entre los chinantecas, y aquí lo dejamos porque no terminaríamos.

México cuenta con numerosas variantes debido a los diferentes suelos y climas que tiene: a la *Nicotiana clevelandi* Gray la llamamos tabaco de perro; a la *Nicotiana glauca* Graham, buena moza, cornetón, don Juan, hierba del gigante, tabaquillo y virginio; a la *Nicotiana ipomopsisiflora* Dun, tabaco coyote, tabaquillo o papanta; a la *Nicotiana mexicana* Schl., tabaquillo o tlapacoyote; a la *Nicotiana plumbaginifolia* Viv, tabaquillo; a la *Nicotiana rustica* L., andumucua, macuche, píciatl, tabaco macuche o tenapete; a la *Nicotiana tabacum* L., cuayetl, píciatl o yetl; y a la *Nicotiana trigonophilla* Dun, tabaco de coyote. No es una planta inocua, y algunas variantes como la *Nicotiana glauca* puede matar al ganado si por descuido come cierta cantidad de la planta; le provocan convulsiones y hasta la muerte porque afecta los riñones, el estómago, el hígado y el intestino delgado. En cosa de 3 a 4 horas el bovino puede morir.

El tabaco contiene narcotina, narceína, solanina, piperina, delfinina, colchicina, ampomorfina, lobelina, gelsemina, nicotina, anabasina, y muchos otros ingredientes menos agresivos y peligrosos. Algunos de ellos son abiertamente venenosos.

Es interesante conocer toda esta parte de la historia y de cómo le llamaban a la nicotina en cada una de las civilizaciones antiguas y el diferente uso que le daban en cada una de ellas, de igual forma el contenido que tiene el tabaco, es decir las sustancias.

Cuando los españoles llegaron a América a fines del siglo XV, no conocían el tabaco, el cual tenía una distribución muy amplia en el continente, desde el norte

de Argentina hasta el sur de Canadá. El cálculo arqueológico de cuándo se empezó a fumar parte del momento en que se inventó la pipa de barro, hasta el siglo IX de nuestra era. Sinaloa fue el estado que nos dio las fechas más tempranas para esta costumbre en México; de ahí se extendió al occidente y al resto del actual territorio nacional., es interesante saber que Sinaloa fue el primer estado en la distribución de pipas y que en la actualidad es uno de los estados que están involucrados en el narcotráfico.

En Michoacán y en las Huastecas les pusieron dos soportes para recargarlas. Las pipas toltecas, del estado de Hidalgo, son finas y delgadas, mientras que las aztecas del centro estuvieron bien acabadas y pulidas. Los ceramistas encargados de hacerlas llegaron a tener un alto grado de especialización.

Hacia 750 de nuestra era encontramos representaciones que nos indican que el tabaco se fumaba en carrizos, como el bajorrelieve del Templo de la Cruz de Palenque, que representa al dios L fumando en una larga pipa y demostrando con ello que era una afición sólo digna de deidades y personas cercanas a ellas. Posteriormente, tenemos códices mayas como el Trocortesiano, que muestran dioses acostados sobre la superficie terrestre, o sentados, deleitándose con cigarrillos, lo que significaba que estaban en tiempos de paz y prosperidad.

En las civilizaciones antiguas más que nada utilizaban los cigarros como algo que representaba paz y más que nada algo bueno y que casi todos los dioses están aún ahí representando en figuras en las diferentes arquitecturas arqueológicas.

Otra manera de consumir el tabaco en aquellos tiempos fue picando sus hojas para formar pequeñas bolitas que se mezclaban con cal en proporción de diez partes de tabaco por una de cal. Se ponían entre la encía y la mejilla y se chupaban lentamente, logrando una mezcla que se precipitaba con la saliva y eliminaba la fatiga, la necesidad de comer, quitaba el sueño y desinfectaba la boca, de manera parecida a como continúan haciendo los nativos de los Andes en Sudamérica con la coca y la cal, para poder aguantar las largas caminatas y grandes subidas. Es interesante conocer como los antepasados sustituían al tabaco con otras nuevas sustancias.



Esta mezcla se ponía en pequeñas vasijas en forma de patos, viejos, tortugas y cabezas de tlacuache, que corresponderían a las culturas del preclásico medio (700 a 300 a.C.) y que se han encontrado en Tlatilco y en otras partes de la República. Posteriormente se usó poner la mezcla en pequeños calabazos, a veces ornamentados y otras no.

Al momento de la conquista, el hecho de llevar un calabazo al cuello era símbolo de ser un cacique en algunos sitios, pero en general en toda Mesoamérica sólo lo podían cargar los sacerdotes, curanderos y parteras, los cuales a veces lo llevaban en el cinto. Los que no tenían esos oficios no podían ni siquiera tocar el calabacillo, generalmente ornamentado con cueros colorados y borlas de pluma, porque podían ser golpeados muy severamente y ser castigados, ya que se consideraba que el tabaco era el cuerpo mismo de la diosa Cihuacóatl.

Fray Diego Durán describe con cuidado a los guerreros valientes, con sus peinados especiales, llevando a la espalda el yetecómatl o calabacillo, porque los triunfos guerreros les permitían el uso del tabaco. Los sacerdotes solían poner el tabaco pulverizado en cajetes enfrente de los altares, y algunas deidades solían dejar sus huellas sobre ese polvo como muestra de que ahí habían estado, más que nada la representación simbólica de dicha sustancia era de mucha importancia para ellos y de igual forma la manera en como ellos daban a conocer sus logros.

Las hojas de tabaco se pusieron siempre en las ceremonias adivinatorias, y la diosa Cihuacóatl se consideraba ofendida si no se hacía sacrificio de tabaco en su honor. Al fuego se arrojaban las hojas, y el humo que desprendían y las chispas eran interpretadas por los adivinos, los cuales solían rociarles pulque o copal, de esta manera se puede notar que también era utilizado en rituales y que era un privilegio para ellos.

Otra forma de adivinar era aspirar el humo por la nariz hasta perder el conocimiento y entrar en trance, momento en el cual el individuo emitía palabras incoherentes que eran interpretadas. En las ceremonias, los particulares tenían

permiso de fumar para clarificar sus ideas y problemas, y a veces se les permitía olerlo hasta emborracharse para comunicarse con seres sobrenaturales.

A lo largo de América el tabaco recibió diferentes nombres y usos, pero en todas partes se fumó, se olió, se preparó en medicinas o se pusieron sus hojas colgadas para purificar los ambientes. En Norteamérica se le consideró un dios y procuraron que estuviera presente en cualquier ceremonia, de manera que todos los compromisos se sellaron fumando la famosa pipa de la paz, porque era el mismo dios que estaba como testigo. Se le usó para declarar la guerra, para hacer la paz, para acordar matrimonios, para realizar comercio, y otras actividades solemnes.

La antigua medicina suele parecerse a la brujería, pero lo mismo sucederá con la nuestra en el futuro. La medicina, como cualquier otra expresión cultural, forma un total de tradiciones que no pueden entenderse por separado. Las costumbres terapéuticas mesoamericanas integraban la cosmovisión, igual que lo hacían los dioses, y si solamente analizamos sus fórmulas médicas, nos van a parecer supersticiosas e ignorantes.

Las plantas medicinales en general fueron consideradas cuerpos de deidades protectoras de la salud humana; el tabaco quedó incluido en esa categoría. Ahora y entonces el médico es un elemento curativo, su figura relaja la tensión del enfermo y empieza la mejoría.

También es importante recordar que el México indígena maneja sólo la sintomatología, y cuando se tiene fiebre no se preocupan por su causa, sino simplemente por eliminar el calor que produce el malestar. Quizás por eso fue tan importante el tabaco, porque su efecto era muy obvio sobre músculos y piel, lo mismo que sobre insectos y serpientes. Los españoles se sorprendieron de la gran cantidad de plantas medicinales que había en el nuevo mundo y se ocuparon de ellas lo más pronto que pudieron.

Muchos fueron los que registraron diferentes usos medicinales para el tabaco. Por ejemplo Monardes, en 1574, cita que los indios usaban el tabaco para quitar

el dolor, calentando sus hojas y aplicándolas a las partes afectadas. Dice que frotaban los dientes con un trapo sumergido en hojas de tabaco maceradas para desinfectar los dientes y apretarlos; que hervían las hojas, hacían almíbar, lo fumaban, molían las hojas verdes mezclándolas con aceite o vinagre, fumaban por la boca o la nariz, o ponían el jugo de la planta sobre una cicatriz para reblandecerla. Junto con Monardes vinieron los médicos Cárdenas y Hernández en el siglo XVI, pero continuaron llegando durante toda la Colonia, tratando de llevar a Europa mayores conocimientos sobre la botánica medicinal de América.

La propiedad curativa que el tabaco contiene es de gran importancia y lo era también para los antepasados pero dando un buen uso y con la cantidad adecuada, es decir solo lo que se necesita.

Por su parte, el padre Joseph de Acosta, en su inmortal Historia natural y moral de las Indias nos relata que se molían gusanos ponzoñosos revueltos con tabaco y ololihqui y se embarraba sobre la piel para enardecer a los guerreros.

En general creían que al fumar podían controlar las fiebres tercianas y cuartanas. Si maceraban el tabaco en agua, lavaban con ello los granos nacidos en la cabeza y, cuando eran grandes, los abrían para que el tabaco trabajara al interior de la piel. Contra el catarro se olía en polvo muy fino y de hoja verde, o bien se tomaba el polvo con el dedo y se frotaban las encías. Para las mordeduras de las culebras se chupaba de inmediato el pedazo de carne afectado, se cortaba la piel para que sangrara, se le ponía una tela delgada del maguey y se tallaba con tabaco molido; también se hacía para la picadura de alacranes y arañas venenosas.

Muchos son los autores que se ocupan larga o cortamente de esa planta en el México antiguo: Sahagún, Durán, Torquemada, Ruiz de Alarcón, Muñoz Camargo, Tezozómoc, Cervantes de Salazar, Pomar, Hernández, Martín de la Cruz, Serna, la Relación de Michoacán, el Códice Trocortesiano, el Códice Borbónico, y paro de contar por no fatigar al lector.

Para confirmar que en la antigüedad fue una planta muy apreciada y no simplemente utilizada como agente de vicio, sino que ocupaba un lugar en la religión, en la medicina, en el hogar, en el bienestar, y en el solaz de la gente, haré algunas citas de las fuentes de la historia para dejar buen sabor de boca en tanto a las referencias del tabaco.

Bernal Díaz del Castillo, en su libro *La conquista de Nueva España*, nos dice que a Moctezuma: "...le ponían en la mesa tres cañutos muy pintados y dorados y dentro traían liquidámbar revuelto con unas hierbas que se dice tabaco, y cuando acababa de comer, después que le habían cantado y bailado y alzado la mesa, tomaba el humo de uno de aquellos cañutos, y muy poco, y con ello se dormía".

Los comerciantes hacían viajes muy largos para llevar mercancías y regresar con novedades; eran grandes personajes en la sociedad y tenían el doble papel de mercaderes y espías. Preparaban contingentes de tamemes, que cargaban, y varios pochteca o comerciantes especialistas en política, trueque y lenguas fuereñas. Atravesaban Mesoamérica y llegaban hasta Centroamérica con normalidad, cargando cerámica, textiles, frutos, animales y objetos preciosos.

Para aguantar la fatiga, los pochteca fumaban cañas de tabaco al salir y al regresar de la expedición. Durante el viaje invitaban a los jefes de los pueblos donde pasaban y les ofrecían principalmente cañas de humo, o sea pipas con tabaco que perfumaban con xochocotzotl, al que los españoles llamaron liquidámbar.

El tabaco en pipas de caña es citado al final de las comidas por casi todos los autores; en cambio, la pipa de barro parece haber sido extraordinaria y probablemente sólo la acostumbraban en ceremonias religiosas. La única pipa encontrada en Yucatán estaba bajo el piso del templo de Chichén Itzá.

## **2.4 El tabaquismo en el contexto nacional**

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, establece que la salud de la población es una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades, desde éste abordaje la salud es vista como un valor compartido y como un objetivo social.

En las últimas décadas se observa en el país un descenso en la mortalidad producto de enfermedades infectocontagiosas propias del subdesarrollo y las principales causas de muerte se han modificado; la variación en el panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles y lesiones, presenta un aumento de tal magnitud, que el sector las asume como patologías emergentes.

El tabaquismo se ubica dentro de las patologías que requieren atención emergente, considerado incluso por algunos especialistas como la epidemia del siglo y los datos demuestran que existe una fuerte vinculación con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad.

En México se estima que 122 personas mueren diariamente por causas asociadas al tabaco, esta es una de las razones por las que el tabaquismo se encuentra dentro de los diez problemas de Salud Pública prioritarios.

En el presente, se perfila como una enfermedad no transmisible que, de no establecer medidas integrales para su control, rebasará la capacidad sanitaria que se requiere para su atención.

Desde 1980 las enfermedades del corazón, constituyen la primera causa de mortalidad y para 1998 representó el 15.4 % de todas las defunciones; más de la mitad de estos casos (62.4%) corresponden a cardiopatía isquémica, patología asociada directamente con el tabaquismo.

La tasa de muerte por cáncer de pulmón ha aumentado en ambos sexos durante los últimos años, en una relación de 2.5 hombres por una mujer. Entre 1992 y 1998 la mortalidad por tumores malignos en labio, cavidad bucal y faringe tendió a incrementarse, alcanzando 735 en el último año. Además de los riesgos para la salud, los costos sociales incluyen ausentismo escolar y laboral, disminución

de la productividad, altos costos en la atención médica, problemas de salud mental, y pérdida en años de vida productiva, entre otros.

## **2.5 El tabaquismo de 1990 a la actualidad.**

Desde hace varios años se ha identificado al tabaquismo como una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo; investigaciones realizadas en diversos países, reportan un ascenso en las tasas de consumo de tabaco, particularmente en adolescentes y mujeres, así como una disminución en la edad de inicio de la conducta de fumar.

La Organización Mundial de Salud (OMS) indica que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirecta de cerca de 8 242 muertes por día y cuatro millones al año en el mundo, 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.

El Banco Mundial señala que el tabaco es un problema mayor de las poblaciones pobres, jóvenes, de bajo nivel educativo y de bajos ingresos. Las muertes atribuibles al consumo de tabaco representan sólo 5% en las poblaciones con una educación media y superior mientras que este porcentaje se incrementa a 19% en los grupos que tienen primaria como máximo nivel académico.

Los adolescentes son considerados grupos de alto riesgo, ya que más del 60% de los fumadores se han iniciado desde los 13 años y más del 90 % antes de los 20 años. En el transcurso de los últimos diez años, en el mundo se ha dado un contraste entre las tendencias y la magnitud del tabaquismo. Mientras que en los países desarrollados se observa una disminución del promedio de cigarrillos anuales consumidos, en los países en vías de desarrollo se presenta un incremento de cifras.

El Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLA) será el primer tratado internacional sanitario en materia de tabaquismo, cuya discusión se lleva a cabo bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de un Órgano Intergubernamental de Negociación.

El trabajo preparatorio del CMLA comenzó en 1996. En octubre de 1999 y en marzo del 2000 se reunió un grupo de trabajo formado por representantes de los países miembros de la OMS, para tratar asuntos técnicos relativos a la CMLA. Las negociaciones de este instrumento comenzaron en octubre del 2000.

El desarrollo del CMLA incluye discusiones formales entre los estados miembros de la OMS. México ha participado en las reuniones del Órgano Intergubernamental de Negociación del CMLA.

El objetivo del CMLA es proporcionar un marco para identificar medidas de lucha antitabáquica que habrán de adoptarse mediante el compromiso de las partes para reducir el consumo de tabaco y proteger así a las generaciones presentes y futuras contra las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco.

El CMLA también identificará medidas para su adopción nacional, en aquellos casos o temas en los cuales la legislación de los países todavía no cuenta con elementos para enfrentar el problema de consumo de tabaco.

Entre otras se contemplan medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, medidas no relacionadas con los precios que incluye aspectos del tabaquismo pasivo, reglamentación del contenido de los productos del tabaco, empaçado y etiquetado, publicidad y patrocinio, medidas de reducción de la demanda, relativas a la dependencia y el abandono del tabaco, así como medidas relacionadas con la oferta. Los resultados de esta negociación deberán reforzar las acciones del Programa contra el Tabaquismo 2001-2006.

## **2.6 El tabaquismo en mujeres**

La connotación que la cultura ha dado en los últimos años al consumo de tabaco por mujeres, vinculándolo a la igualdad de derechos, a la lucha por la equidad de género, de justicia y de autonomía, entre otros, hace que el tabaquismo en las mujeres tenga mayor aceptación social y crezca rápidamente a pesar de que el organismo de la mujer es más vulnerable a los efectos del tabaco, lo cual nos obliga a realizar actividades informativas sobre los daños que le ocasiona.

Sobre este tema se tiene que mencionar especialmente, los efectos que produce el tabaco en el feto de madres fumadoras, quienes, durante la gestación, exponen al producto a componentes tóxicos que circulan por la sangre materna y atraviesan la barrera placentaria. La madre que fuma durante el embarazo daña su salud y la del producto, afectando sus pulmones y causando cambios permanentes en su estructura y funcionamiento.

El tabaquismo es una causa importante de enfermedades cerebro vasculares, por ejemplo, la hemorragia subaracnoidea es más probable en mujeres fumadoras que en las que no lo son, además, el uso simultaneo de cigarrillo y anticonceptivos orales aumenta este riesgo.

Fumar durante el embarazo provoca entre 20 a 30% de los casos de bajo peso en los recién nacidos; 4% de los partos prematuros y cerca del 10% de las defunciones infantiles. La posibilidad de contraer asma se duplica en niños cuyas madres fuman más de 10 cigarrillos al día. Entre cuatrocientos mil y un millón de niños asmáticos empeoran su situación al ser expuestos involuntariamente al humo de cigarro.

Algunos reportes indican que en el mundo existen aproximadamente 200 millones de mujeres fumadoras. La ENA 98, reporta que en México la prevalencia de mujeres fumadoras fue de 16.3%, lo que representa más de 4 millones de mujeres fumadoras.



## **2.7 La respuesta de la sociedad organizada**

A pesar de que actualmente la sociedad conoce más los efectos nocivos del tabaco, los adolescentes mexicanos y las mujeres lo consumen cada vez con mayor frecuencia. La oferta permite encontrar cigarros casi en cualquier comercio formal e informal, disponible incluso para menores de edad o suelto por unidad a pesar de estar prohibida su venta bajo esta modalidad.

En nuestro país existen pocos obstáculos para el consumo de productos de tabaco y frecuentemente no se cumplen las disposiciones al respecto.

Las medidas para prevenir la adicción se han visto frenadas por la baja percepción del riesgo, el clima social imperante, la cultura, las tradiciones que apoyan el consumo.

Por otro lado, la falta de manifestaciones conductuales y sociales que asocien de manera inmediata el consumo del tabaco con efectos dañinos, como en el caso de alcohol y otras drogas, llevan a una mayor permisividad la cual a su vez es apoyada por la distancia temporal que existe entre el inicio de la adicción y las consecuencias a la salud. Todos estos elementos hacen más compleja la problemática.

El tabaquismo representa un alto costo para el sistema de salud pues las evidencias demuestran que su impacto afecta sensiblemente la economía familiar, la institucional y la nacional.

Además, es importante considerar que las políticas oficiales expresadas en leyes y reglamentos que pretenden normar la producción, distribución, venta y consumo, no siempre surgen por intereses de protección a la salud, sino que, a menudo, se pondera más el desarrollo agrícola, industrial y comercial que la misma salud pública.

Bajo este panorama, en un esfuerzo por considerar que la salud y la educación son elementos centrales del capital humano, la actual administración establece, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, que en el combate a las adicciones se deben incluir acciones en materia de educación, prevención, tratamiento y control.

## **2.8 Tabaquismo involuntario**

La mayor parte de la contaminación ambiental que produce el tabaco procede de la fuente secundaria de humo, la cual contiene una variedad de agentes tóxicos mayor que la principal. El fumador pasivo o involuntario, es toda persona que inhala el humo de la combustión de productos de tabaco que se encuentra en el aire en ambientes cerrados.

Durante muchos años se pensó que el tabaquismo pasivo o involuntario tenía nula o poca importancia, atribuyéndole sólo efectos irritantes sobre la conjuntiva ocular o el tracto respiratorio superior. Las primeras referencias suficientemente documentadas del tabaquismo pasivo se realizaron en la década de los setenta, se estableció que es un riesgo innecesario, involuntario, que repercute negativamente sobre la salud del organismo del no fumador.

En 1986 los hallazgos en la materia llevan a los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de Norteamérica (NIH), a declarar que fumar pasivamente es causa de diversas enfermedades entre las que se incluye el cáncer de pulmón. Aunque es difícil evaluar los efectos del tabaquismo pasivo, actualmente se usan los marcadores biológicos que permiten valorar la exposición reciente al humo de tabaco ambiental, así como los métodos epidemiológicos, que evalúan los resultados de la exposición crónica en la salud de la población.

Estudios realizados en sujetos no fumadores han detectado la presencia de tóxicos componentes del humo del cigarro en niveles orgánicos similares a los

detectados en fumadores habituales leves. Los fumadores involuntarios obligados a inhalar el humo del tabaco en el ambiente, producido por los fumadores activos en la escuela, el trabajo o en el hogar, llegan a ser considerados como fumadores leves, es decir, están expuestos a los mismos riesgos a la salud que los fumadores activos.

Con estas evidencias se ha llegado a un acuerdo generalizado en la comunidad científica para afirmar, que la exposición crónica del fumador pasivo es un riesgo real para la salud. En México se han hecho declaraciones sobre este tema, para promover iniciativas que protejan a la población no fumadora, pues actualmente se sabe que la fuente secundaria del humo de tabaco es una de las principales causas de contaminación atmosférica en ambientes cerrados.

Con base en los datos de las Encuestas Nacionales de Adicciones, en 1988 42.5% de la población encuestada estaba expuesta, de manera involuntaria al humo del tabaco en su hogar, lo cual representa 11 358 400 de personas; a pesar de que reconocen que el humo del tabaco afecta la salud, esta cifra se incrementó en 1998 a 18 144 032 lo que representa el 52.6% de la población, conformada en su mayoría por mujeres.

## CAPITULO III: MARCO TEORICO

### **3.1 Tabaquismo**

Comenzare hablando acerca del tabaquismo ya que el consumo de este es un problema de salud pública mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es la segunda causa principal de muerte en el mundo, con casi cinco millones de defunciones anuales. Se requiere contar con información y análisis sobre el consumo de tabaco para tener éxito en la lucha contra el tabaquismo y así orientar a las personas de mejor sobre las medidas de prevención y control. En cuanto al número mundial de fumadores, alrededor de 1 300 millones de personas consumen tabaco; casi 1 000 millones son hombres y 250 millones son mujeres.

Además de la magnitud de la epidemia deben agregarse los costos elevados consecutivos al consumo de tabaco, en particular en países en vías de desarrollo. Estos costos incluyen los de la atención de las enfermedades secundarias al tabaquismo, la muerte en edades productivas y la disminución de la productividad en los enfermos, entre otros. Sin embargo, el panorama es aún más sombrío al considerar la relación estrecha entre el tabaquismo y la pobreza, ya que de acuerdo con la OMS, las familias de escasos recursos ocupan hasta 10% del gasto familiar para adquirir tabaco, lo que a su vez modifica la dinámica familiar al disponer de menores recursos para la alimentación, la educación y la atención a la salud.

En México la información se obtuvo de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares de Vázquez-Segovia y colaboradores, en la cual se advierte que los hogares con menor ingreso emplearon una mayor proporción de éste en el consumo de tabaco. El estudio, que se realizó en hospitales de referencia de la Secretaría de Salud, calculó un costo anual por atención médica (para la institución) de 1 464 dólares para enfermedades cardiovasculares, 628 dólares para el cáncer de pulmón y 210 dólares para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Hoy en día la evidencia científica generada en los últimos 40 años demuestra que el tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud y que la nicotina es una sustancia que induce adicción, por lo que el combate a su consumo se ha convertido para todos los sistemas de salud del mundo en una prioridad, toda vez que el tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte.

En este panorama mundial, se reconoce como un logro sin precedentes el establecimiento por la OMS del Convenio Marco para el Control del Tabaco, que permite a los países suscritos conjuntar políticas, directrices, esfuerzos y recursos para combatir el tabaco en todo el mundo. México fue el primer país en América Latina en refrendar el Convenio Marco para el Control del Tabaco tras

reconocer la magnitud del problema que ocasiona el consumo de tabaco, tanto en adultos como en menores de edad.

Para el éxito de la lucha contra el tabaquismo es indispensable contar con información y análisis permanentes, con objeto de orientar las medidas de prevención y control que fortalezcan la política fiscal del tabaco, eliminar la publicidad de los productos, crear ambientes y espacios libres de humo, evitar el acceso de los adolescentes al producto, suministrar información de manera permanente a la población sobre los daños, ofrecer opciones de tratamiento a los fumadores y propiciar la sustitución de cultivos.

### **3.1.1 Definición**

El tabaquismo es ampliamente aceptado como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como resultado directo sobre la hemostasis (proceso mediante el que se detiene espontáneamente el flujo de la sangre desde los vasos que transportan la sangre a presión) y la aterosclerosis (acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias dentro y sobre las paredes de las arterias “placa”). A su vez, la aterosclerosis se asocia con exposición a tóxicos del tabaco.

El desarrollo de la enfermedad isquémica (enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco “miocardio”) del corazón debida a tabaquismo se ha descrito mediante cinco procesos que involucran aterosclerosis, trombosis, espasmo arterial coronario, arritmia cardíaca y reducción de la capacidad sanguínea para transportar oxígeno.

Los principales efectos se le atribuyen a la nicotina por su acción farmacológica sobre estos mecanismos, y al monóxido de carbono a través de su efecto en el transporte de oxígeno. A otras sustancias como el cadmio, el óxido nítrico y el disulfuro de carbón, también se les ha descrito su participación pero no son claros los mecanismos. La aterosclerosis es la responsable de la reducción de la luz

arterial debido a la proliferación celular en las paredes arteriales, la acumulación de lípidos y, finalmente, la formación de placas y su calcificación (placas ateromatosas).

El tabaquismo tiene un efecto tóxico directo sobre el endotelio. El daño al endotelio tiene un papel importante en el desarrollo de la aterosclerosis, ya que expone a la capa íntima de éste con los lípidos sanguíneos, los leucocitos, y a la agregación plaquetaria. Asimismo, reduce los niveles de lipoproteínas de alta densidad e incrementa las concentraciones de triglicéridos. La trombosis arterial coronaria resulta de la formación de trombo-fibrina plaquetaria, y esto es un elemento clave en la etiología del infarto al miocardio.

La agregación plaquetaria incrementada, las concentraciones de fibrinógeno elevadas y las concentraciones de plasminógeno bajas encontradas en sujetos fumadores también se han postulado como un papel importante en la formación de trombosis. El tabaquismo ha mostrado que promueve la vasoconstricción de las arterias coronarias y se ha asociado con un incremento en la prevalencia de 21% de extrasistolia ventricular prematura. Estas arritmias cardiacas pueden contribuir a una mayor ocurrencia de muerte súbita.

### **3.2 El tabaquismo según la teoría socialista**

La teoría de las representaciones sociales tiene su origen en Francia en la década de los sesentas siendo Sergei Moscovici su fundador y principal representante. El concepto de representación social surgió por primera vez en su publicación "La psychanalyse son image et son public" (Moscovici 1961). Cabe mencionar que esta definición fue retomada de la sociología con Emilio Durkheim y su concepción de "representaciones colectivas" que se refieren a las formas más comunes en que los individuos (de forma conjunta) conciben, piensan y evalúan la realidad social. Posteriormente a este término Moscovici le otorgó el elemento psicológico al cual denominó representación social (Álvarez & Nuño, 2006).

Aún no existe una definición única de lo que es representación social, dado que según Moscovici esto pueda dar la impresión de ser un término acabado, por lo que prefiere dejar abierta la posibilidad de significado, conservando el carácter de dinámico del mismo. No obstante, en su primera obra (Moscovici, 1961) afirma que la representación social “Es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un cuerpo organizado de conocimientos y de actividades psíquicas por las cuales los hombres hacen evidente la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.

Las representaciones sociales son un conjunto de conceptos enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales que en nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común, son constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común y finalmente en social “representations explorations in social Psychology” Moscovici (2000) señaló que es un fenómeno específico relacionado con una manera particular de comprender y comunicar una manera que al mismo tiempo crea la realidad y el sentido común entre los autores reconocidos en la temática se encuentra Jodelet (1984) que con “représentations sociales phénoménés concept et théorie” plateó que el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados.

En el sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social por otro parte Farr (1987) en “The science of mental life a social psychological perspective” define a las representaciones sociales como “sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje propios. No representan simplemente opiniones acerca de imágenes de o actitudes hacia teorías o ramas del conocimiento”. Megías y

colaboradores en el año 2001 propone una definición de representaciones sociales señalando que es el conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse, actuar y así orientarse en el contexto social donde viven, racionalizar sus acciones, explicar eventos relevantes y defender su identidad”.

Con base en lo anterior, se propone una definición de “representaciones sociales” elaborada a partir de las diferentes concepciones antes mencionadas, siendo la siguiente: Es la forma en que las personas construyen un significado común de un objeto o de una situación particular. Este significado es determinado en muchas de las ocasiones de la posición y del contexto en donde los individuos se desenvuelven, por lo que un mismo objeto o situación particular puede tener varios significados.

Arjonilla, Pelcastre y Orozco (2000) estudiaron la representación social del consumo de tabaco en una institución de salud, para ello, se propusieron caracterizar la representación social de fumar que tienen los diferentes sectores del personal, tanto fumadores como no fumadores. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de grupos focales. El abordaje de las entrevistas se llevó a cabo con base en dos criterios básicos: fumadores y no fumadores y con tres tipos de informantes: investigadores, personal administrativo y de mantenimiento; todos eran miembros de la misma institución.

Los motivos principales de consumo de tabaco entre los grupos de fumadores se encontraron que los investigadores seguían fumando al sentir el placer del olor y sabor del tabaco. Ellos tenían una visión más positiva de todos los grupos sobre el hecho de fumar, que concebían como una celebración a la vida, enfatizando los estímulos sensoriales del olfato y del sabor. El personal administrativo refirió que el fumar les controla la ansiedad, la ira y la tristeza, calma los nervios, tranquiliza, descansa te quita el coraje.

Algunas personas del grupo de los trabajadores de mantenimiento y de los investigadores afirmaron que el fumar les evita llorar, pues les funcionaba como tapón emocional, como un escape a las situaciones de tensión, depresión,



desilusión e ira. Respecto a la socialización y espacios en el consumo de tabaco los investigadores que fumaban opinaban que el tabaco afecta en cierta forma este proceso, ya que la mayoría empezaron a fumar socialmente, en particular por haberlos inducido su grupo de amigos por curiosidad por socializar siguiendo un código de iniciación grupal, principalmente en la etapa de la adolescencia ya que si no fumaban se les sancionaba, llegando hasta a excluirlos del círculo de sus amistades.

En la representación también se aprecia un sentimiento de discriminación por el hecho de fumar, unido a lo que consideran una exagerada satanización del tabaco frente a otras drogas igualmente nocivas para la salud. El personal administrativo que fuma ejerce su libertad y su moral de una forma discrecional, generalmente asumiendo la posición situacional mayoritaria que en ocasiones, resulta desventajosa para satisfacer su deseo de fumar. Consideran que fumar es un acto básicamente colectivo, un acto de complicidad que tiene lugar, generalmente, en los espacios donde se reúnen, que les resultan familiares y en los que se sienten en confianza.

Los trabajadores de mantenimiento de la institución también fuman por la presión social, fundamentalmente de sus amigos, pero, a veces, también de los compañeros de trabajo, que los inducen a comenzar a fumar. Consideran que sí afecta sus relaciones sociales con la familia y con su círculo de amistades, principalmente por el olor del tabaco, que resulta molesto para los demás. Aunque, en general, opinan que no afecta su imagen pública, algunos creen que sí aumenta su popularidad entre los grupos de fumadores, estableciéndose una especie de competencia entre ellos.

El aspecto más interesante que surgió en el grupo de los trabajadores de mantenimiento, fue el que estableció claras diferencias de género en relación con el hecho de fumar, que se asocia en la mujer con la pérdida de sus principios morales siento que a la mujer no le queda, más que nada se pierden los principios y todo. Una mujer que fuma se ve mal no se puede comparar al hombre y a la

mujer ósea que la mujer tiene más principios que los hombres, la mujer cuida más su actitud su apariencia más que nada su apariencia.

En la cuestión de tabaco y salud los investigadores que fuman fue el único que encontró efectos benéficos, indicando no sólo el placer que les produce fumar, sino también su mayor capacidad de concentración y de productividad intelectual cuando fuman. Los efectos físicos negativos que este grupo señalaron que por fortuna en el fumador son a largo plazo. Otros creen que no tiene ningún efecto negativo pero sí afirman que el abuso del tabaco causa dolor de cabeza.

Este hábito se equiparó con otros, cómo tomar café o ingerir bebidas alcohólicas. Cabe destacar que la inmensa mayoría de los fumadores de los tres grupos laborales, experimentaron efectos negativos la primera vez que fumaron, pero continuaron fumando como un mecanismo de pertenencia al grupo.

Por el contrario, los motivos de los no fumadores (investigadores, administrativos y de mantenimiento) para no consumir tabaco son, por una parte, que no saben fumar y, sobre todo, la falta de una predisposición para hacerlo. La educación es otro motivo que se mencionó, sobre todo el personal administrativo. Este motivo es muy importante para que las personas que hayan probado alguna vez el cigarro no sigan fumando, aunado a la propia percepción de daño que causa a la salud. Tanto los trabajadores de mantenimiento como los de administración que no fuman perciben una dependencia fisiológica en los fumadores.

Estos le atribuyen un efecto social positivo al cigarro, razón por la cual mantienen el hábito, por lo tanto, los fumadores son personas que desde el punto de vista de los no fumadores necesitan ayuda para dejar de fumar. Esta percepción difiere de la expresada por el grupo de investigadores que no fuman, quienes manifestaron una actitud de respeto en relación a lo que califican como una decisión individual, a pesar de que ésta se oponga a la de la colectividad.

En relación a la socialización y espacios de consumo de tabaco el personal administrativo refirió no percibir como problemático el no consumo; por el contrario, se percibe el fumar como un elemento que define, sobre todo en los

jóvenes, su pertenencia al grupo, cosa que no ocurrió entre los trabajadores de mantenimiento, para quienes sí representaba un problema en el sentido de que se sentían rechazados, criticados y ridiculizados por sus compañeros que sí fuman.

Los investigadores que no fuman manifestaron también su falta de voluntad para convivir con personas que fuman, no sólo socialmente, sino también íntimamente. Las personas que no fuman ejercen su libertad de forma diferente, dependiendo de la categoría social a la que pertenezcan: el personal administrativo y el de mantenimiento perciben como falta de respeto hacia ellos que fumen, los que no pertenecen a su grupo social, pero no ejercen su derecho a que los respeten, sino que optan por retirarse antes de pedirles que no fumen.

Los investigadores son más asertivos, aún a expensas de inventarse excusas o de desarrollar mecanismos de control social. Este último grupo siente y ejerce su derecho a protestar, sin embargo, lo hace con sus iguales o con los grupos que considera de menor rango al de ellos, pero no con los que perciben como superiores. A lo referente al tabaquismo y salud los tres grupos de no fumadores manifestaron que el tabaco se relaciona con daños a la salud y no mencionaron ningún caso en el que fuera benéfico fumar.

Los principales padecimientos que asociaron al consumo de tabaco fueron: cáncer, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, tos, esterilidad, ansiedad, malhumor, manchas en los dedos y en los dientes, problemas en los labios, en el aparato respiratorio, en los huesos y en las arterias. Las personas que no fuman consideran que los fumadores están consumiendo recursos del sector salud que no deberían invertirse en ellos, ya que el daño que se ocasionan es totalmente deliberado. Fraga, Sousa, Ramos, Dias y Barros (2011) identificaron las representaciones sociales del uso de tabaco en adolescentes escolarizados usando un enfoque cualitativo.

Otra razón es la presión que sienten para la integración a un grupo o porque se ve a otros fumar. Cuando se les pregunto por los motivos de fumar entre los adolescentes, la mayoría contesto que lo hacían para “sentirse adultos” así

mismo refirieron que los adolescentes empezaban a fumar porque piensan que son grandes ", también en la adolescencia, se informó de la aceptación entre los compañeros como un factor importante para los fumadores cuando dicen que los adolescentes empiezan a fumar porque se les anima por los amigos y sienten presión cuando intenté fumar no me gustó pero todos mis amigos fumaban así que a veces fumaba porque no me quería sentir inferior además hablaron de la experimentación diciendo que "los jóvenes fuman sólo para experimentar o curiosidad".

Cuando se les preguntó acerca de las consecuencias del consumo de tabaco la mayoría refirió "las personas que fuman o respiran ese humo pueden tener cáncer, además de enfermedades respiratorias" un pequeño número señaló la muerte como consecuencia de fumar "atrae enfermedades y hace que la gente muera". Los adolescentes reconocieron que fumar tiene consecuencias graves sobre la salud, sin embargo, sólo se refiere como un efecto a largo plazo y sin consecuencias en la adolescencia.

### **3.2.1 Teoría sociocognitiva de Bandura.**

Albert Bandura ha elaborado una teoría del aprendizaje en la que a partir de los conceptos de refuerzos y observación ha ido concediendo más importancia a los procesos mentales internos (cognitivos) así como la interacción del sujeto con los demás. Inicialmente llamada teoría del aprendizaje social, pasa a denominarse Teoría Cognitivo Social a partir de los años 80. Con esta Teoría Cognitivo Social, Albert Bandura trata de superar el modelo conductista; al presentar una alternativa para cierto tipo de aprendizajes.

Bandura acepta que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, rechazando así que nuestros aprendizajes se realicen, según el modelo conductista. Pone de relieve cómo, entre la observación y la imitación, intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. La observación e imitación en los niños pequeños toman como modelo a los padres, educadores, amigos y hasta los héroes de televisión.

La expresión “factores cognitivos” se refiere a la capacidad de reflexión y simbolización así como a la prevención de consecuencias basadas en procesos de comparación, generalización y auto evaluación. En definitiva el comportamiento depende del ambiente así como de los factores personales (motivación, atención, retención y producción motora).

Albert Bandura también centra el foco de su estudio sobre los procesos de aprendizaje en la interacción entre el aprendiz y el entorno. Y, más concretamente, entre el aprendiz y el entorno social. Mientras que los psicólogos conductistas explicaban la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos mediante una aproximación gradual basada en varios ensayos con reforzamiento, Bandura intentó explicar por qué los sujetos que aprenden unos de otros pueden ver cómo su nivel de conocimiento da un salto cualitativo importante de una sola vez, sin necesidad de muchos ensayos. (Adrián Triglia. (2017). Teoría del aprendizaje social. 10 de junio de 2020, de psicología y mente Sitio web: <https://psicologiaymente.com/social/bandura-teoria-aprendizaje-cognitivo-social>).

Conforme a la información antes mencionada puedo llegar a la conclusión que estoy de acuerdo con la teoría de Bandura en el aspecto de querer ser aceptado en el aspecto social y que por tal motivo muchas veces no se miden las consecuencias de los hechos realizados, de igual manera la manera en que las personas influyen en otra.

Como bien sabemos las personas que fuman, muchas veces son invitados por otra persona y acceden, según ellos en un plan de querer experimentar pero de ahí surge la adicción. Pero estoy en desacuerdo en cuanto a la postura que una persona guie a la otra en esta parte de la adicción, porque más que nada es la decisión de la otra persona la que influye e importa, ya que se trata de su salud.

Los conductistas, dice Bandura, subestiman la dimensión social del comportamiento reduciéndola a un esquema según el cual una persona influye sobre otra y hace que se desencadenen mecanismos de asociación en la segunda. Ese proceso no es interacción, sino más bien un envío de paquetes de

información de un organismo a otro. Por eso, la Teoría del Aprendizaje Social propuesta por Bandura incluye el factor conductual y el factor cognitivo, dos componentes sin los cuales no pueden entenderse las relaciones sociales.

Los conductistas, dice Bandura, subestiman la dimensión social del comportamiento reduciéndola a un esquema según el cual una persona influye sobre otra y hace que se desencadenen mecanismos de asociación en la segunda. Ese proceso no es interacción, sino más bien un envío de paquetes de información de un organismo a otro. Por eso, la Teoría del Aprendizaje Social propuesta por Bandura incluye el factor conductual y el factor cognitivo, dos componentes sin los cuales no pueden entenderse las relaciones sociales.

Sin embargo, nos recuerda Bandura, que también hay que tener en cuenta la otra cara de la moneda de la Teoría del Aprendizaje Social: el factor cognitivo, el cual a mi punto de vista es de suma importancia. El aprendiz no es un sujeto pasivo que asiste desapasionadamente a la ceremonia de su aprendizaje, sino que participa activamente en el proceso e incluso espera cosas de esta etapa de formación: tiene expectativas.

En un contexto de aprendizaje interpersonal somos capaces de prever los resultados novedosos de nuestras acciones (de manera acertada o equivocada), y por lo tanto no dependemos totalmente del condicionamiento, que se basa en la repetición. Es decir: somos capaces de transformar nuestras experiencias en actos originales en previsión de una situación futura que nunca antes se había producido.

Gracias a los procesos psicológicos que los conductistas no se han molestado en estudiar, utilizamos nuestra continua entrada de datos de todos los tipos para dar un salto cualitativo hacia adelante e imaginar situaciones futuras que aún no se han dado.

El pináculo del aspecto social es el aprendizaje vicario remarcado por Bandura, en el que un organismo es capaz de extraer enseñanzas a partir de la observación de lo que hace otro. Así, somos capaces de aprender haciendo algo

difícilmente medible en un laboratorio: la observación (y atención) con la que seguimos las aventuras de alguien.

En definitiva, Bandura utiliza su modelo de la Teoría del Aprendizaje Social para recordarnos que, como aprendices en continua formación, nuestros procesos psicológicos privados e impredecibles son importantes. Sin embargo, a pesar de que son secretos y nos pertenecen sólo a nosotros, estos procesos psicológicos tienen un origen que, en parte, es social. Es precisamente gracias a nuestra capacidad de vernos a nosotros mismos en la conducta de los demás por lo que podemos decidir qué funciona y qué no funciona.

Somos capaces de prever cosas a partir de lo que les pasa a otros, del mismo modo en el que el hecho de vivir en un medio social nos hace plantearnos ciertos objetivos de aprendizaje y no otros.

### **3.3 Conocer las causas del tabaquismo**

Según la nota del 29 de mayo de 2019, publicada por la Organización Mundial de la Salud, el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que enfrentar el mundo, pues mata a la mitad de sus consumidores. Se considera que existen en el mundo más de 1.000 millones de fumadores.

Cada año es el responsable de la muerte de 8 millones de personas. De estas, 7 millones son fumadores y el resto son personas expuestas al humo del tabaco ajeno.

El humo del tabaco es un producto muy dañino que contiene 4.000 productos químicos, de los cuales se conoce que 250 son nocivos y 50 producen cáncer. El tabaco mata a 8 millones de personas cada año, de las cuales 1 millón no son fumadores.

Otro dato relacionado es que la mitad de los niños respiran aire contaminado por el humo del tabaco en lugares públicos. De estos, 65.000 mueren cada año debido a su inhalación involuntaria. Aunque parezca que se gana cada día más conciencia, solamente el 20% de la población mundial está protegida por leyes que regulan los espacios sin humo.

Es muy curioso saber que no solo las personas consumidoras pueden enfermarse a consecuencia del consumo del tabaco sino también las personas que rodean a las personas consumidoras, es triste que las personas se dejen dominar por dicho consumo y no tomar en cuenta el dolo que puedan ocasionar a terceras personas y en este caso en especial a los niños.

Son muy interesantes las causas del tabaquismo ya que hasta cierto punto son cosas vividas en el pasado y que la persona adicta las viene arrastrando con el paso del tiempo en su vida y en las personas que lo rodean.

## EL PESO DE LA HERENCIA

Desde hace dos décadas se ha establecido la contribución de los factores genéticos, individuales y familiares al desarrollo de la adicción. Un estudio publicado en septiembre de 1999 en Nicotine & Tobacco Research estableció que el inicio del consumo es un 60% atribuible a los factores genéticos y 20% a los familiares e individuales, respectivamente.

Otro estudio, publicado en abril de 2017 en la misma revista, sugiere que la influencia de los factores genéticos va ganando peso a medida que avanza la adolescencia. Si bien a los 13 años solo pueden explicar el 15% del inicio del consumo, sube al 45% a los 19 años.

El inicio del consumo es un 60% atribuible a factores genéticos.

Ello ofrece un marco de análisis para el establecimiento de estrategias de prevención. Dado que la edad de inicio ronda los 14 años, el 70% de este primer consumo puede atribuirse a factores ambientales.

Ahora bien pude comprender a través de la información que desafortunadamente la mayoría de las personas empiezan a consumir desde muy jóvenes y con ello atraen diferentes tipos de enfermedades y ahora con mucho más peso en su



salud y para los demás integrantes de sus diferentes contextos, laboral, social y familiar.

### “LO DEJO CUANDO QUIERA”

Es una frase que he escuchado en innumerables ocasiones e ilustra el exceso de confianza de la frase que dio inicio a este post. Sin embargo, vencer el síndrome de abstinencia no resulta igual de sencillo, pues suele durar entre 8 y 12 semanas, siendo muy intenso durante el primer mes.

Para vencerlo, el individuo debe lidiar con las siguientes manifestaciones clínicas: ansiedad, disforia, falta de concentración, irritabilidad, impaciencia, insomnio e inquietud. Otro problema es que el inicio del *craving* o deseo irrefrenable de fumar suele aparecer a las 8 o 12 horas después del último cigarrillo.

En este sentido, se sugiere enfocar el manejo de la abstinencia y el *craving* desde dos enfoques: farmacológico y psicológico. La información precisa de los síntomas y la duración de los mismos se considera un elemento medular.

Durante este tiempo, el apoyo farmacológico resulta de gran ayuda, pero extenderlo más allá como único recurso, suele llevar al fracaso. De hecho, una revisión publicada en Cochrane Library muestra el ratio de efectividad de recursos como chicles y parches de nicotina, así como otros medicamentos.

Ahora bien quisiera compartir que en más de una ocasión he escuchado que varias personas comentan esa frase, y es cierto que pueden dejar la adicción pero muchas veces no por su propia voluntad sino con ayuda en el proceso de llevar un tratamiento y por supuesto con el apoyo de su familia.

### CONSUMO EN LA ADOLESCENCIA

Acaba de ser publicado en la revista Adicciones un interesante análisis sobre las tendencias del consumo de tabaco en los adolescentes españoles de 15 a 18

años. El estudio analizó un período de tiempo que abarca desde 2002 hasta 2018 y la muestra superó los 50 mil adolescentes escolarizados.

Los resultados revelaron que el consumo diario de tabaco ha caído drásticamente de un 26.5% en 2002 hasta un 8.7% en 2018. Si bien este resultado es muy alentador, los autores señalan que sigue siendo superior a la de otros países europeos.

Desde una perspectiva de género, el descenso es mayor en las chicas que en los chicos, aunque debo señalar que el consumo en 2002 era mayor en las chicas, pues contrasta el 36,6% del consumo diario de las chicas de 17-18 años, con respecto al 25.2% de los chicos de la misma edad.

Es lamentable saber que hoy en día muchos de los adolescentes ya son consumidores de tabaco y que con el paso del tiempo llegan a sufrir consecuencias muy drásticas en sus vidas. Llevar mucho tiempo como adicto fumador es muy triste ya que las enfermedades que pueden padecer son sumamente dificultosas para el paciente y la familia.

### **3.4 Identificar las emociones de una persona adicta al tabaco.**

La incapacidad de la persona para vivir relaciones sanas con los demás y gestionar de modo saludable sus propios sentimientos está en la esencia de la adicción.

Por esta razón, la adicción se traslada a la familia de manera exponencial y podemos decir que cada adicto afecta de media al menos a cuatro de sus familiares, cambiando la relación que existe entre ellos con diversas actitudes y emociones negativas, que comparten con el adicto e impiden – en mayor o menor medida, según cada caso – su recuperación:

#### **NEGACIÓN:**

**Familiar** – Nuestro familiar no tiene ningún problema o es pasajero y controlable.

**NEGACIÓN:**

**Paciente** – Lo dejo cuando quiero. No tengo ningún problema...

**CULPABILIDAD:**

**Familiar** – Qué hemos podido hacer para que esté así o qué podemos hacer para que cambie.

**CULPABILIDAD:**

**Paciente** – Soy un fracaso, pierdo siempre en mis intentos de dejarlo...

**VERGÜENZA:**

**Familiar** – Escondemos las actitudes y consecuencias de mi adicción o de la adicción de nuestro familiar.

**VERGÜENZA:**

**Paciente** – Decepciono a quien confía en mí. No puedo pedir ayuda...

**ANSIEDAD:**

**Familiar** – ¿Qué debería hacer y qué no debería hacer?. ¿Y si...?

**ANSIEDAD:**

**Paciente** – Tengo que hacer algo más, consumir más, consumir menos...

**SOLEDAD:**

**Familiar** – No puedo contar a nadie ni contar con nadie que entienda esto y nos ayude.

**SOLEDAD:**

**Paciente** – Nadie puede entender qué me pasa, ni siquiera yo lo entiendo...

**CODEPENDENCIA:**

**Familiar** – Le puedo salvar si me dedico a él/ella más.

**CODEPENDENCIA:**

**Paciente** – No puedo parar de manipular para conseguir lo que quiero y necesito...

**DESEO DE CONTROL:**

**Familiar** – Si le pongo límites y pautas, si le grito, si soy amable, si... lo podré cambiar.

## **DESEO DE CONTROL:**

**Paciente** – Solo tengo que dejar la cocaína en la semana. Si ella me acompañara a las fiestas yo no me emborracharía.

### **3.5 Advertir sobre las consecuencias del tabaco.**

El tabaco es la principal causa evitable de muerte prematura en los países desarrollados. La mayor parte de las muertes atribuibles al tabaco son, en potencia, evitables mediante intervenciones más o menos intensivas para dejar de fumar. A continuación se detallan los principales efectos nocivos del tabaco sobre la salud. El tabaquismo como drogodependencia A escala individual, el consumo regular de tabaco es una drogodependencia, determinada por factores conductuales y farmacológicos similares a los que determinan la adicción a drogas, como la heroína y la cocaína; de ahí que sea tan difícil abandonarla.

#### Tabaco y enfermedad

El daño provocado por el consumo de los productos del tabaco, principalmente la inhalación del humo de los cigarrillos, es múltiple: enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica y enfisema, diversos tipos de cáncer, etc.<sup>4</sup> La nicotina y el monóxido de carbono son dos de las sustancias tóxicas que provocan daño cardiovascular. Sin embargo, el mayor efecto perjudicial del tabaco se ejerce mediante acciones procoagulantes. En el anexo 1 se señalan algunos de los 4 000 tóxicos que se generan durante la combustión de las hojas del tabaco, a la vez que se destacan algunos de los procesos patológicos que provocan.

El tabaco contribuye a 40 % de las muertes cardiovasculares y a 18 % de las cerebrovasculares. Según revelan los datos del Estudio Framingham, los fumadores tienen mayor mortalidad cardiovascular que los no fumadores y mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, tales como el infarto del miocardio y la muerte súbita, además de la incidencia de hipertensión arterial. El consumo de cigarrillos es la principal causa de vasculopatía. Las elevadas dosis de

carboxihemoglobina en sangre están íntimamente relacionadas con el grado de enfermedad.

Dejar de fumar reduce significativamente el riesgo de padecer este proceso y mejora considerablemente su pronóstico. En el anexo 2 se resumen algunos de los probables mecanismos angiopatogénicos de los productos del humo del tabaco, que explican la liga epidemiológica entre el fumar y la aparición de los síndromes coronarios. Tabaco y cáncer La relación entre consumo de tabaco y cáncer está avalada por evidencias epidemiológicas, histológicas y génicas. Entre 75 y 80 % de los cánceres humanos están relacionados con la exposición a carcinógenos químicos.

En el humo del tabaco se han descrito más de 4.000 sustancias químicas diferentes, muchas de ellas potentes carcinógenos, como los hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas o aminas aromáticas, y otras promotoras de la carcinogénesis, como los derivados del fenol. El tabaco está asociado con cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cuello uterino, riñón, uréter, vejiga, sistema sanguíneo y, especialmente, de pulmón.

El de pulmón es el tipo de cáncer que más se relaciona con el tabaco. Importantes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la relación entre consumo de tabaco y cáncer de pulmón, descrita por todos los tipos histológicos. En varones fumadores, el epidermoide es predominante, mientras que en mujeres fumadoras el más frecuente es el de células pequeñas. Estudios muy recientes expuestos en la 89ª Asamblea Anual de la Sociedad Radiológica de Norteamérica, que se celebró en Chicago (Estados Unidos) en diciembre de 2003, señalan que las mujeres fumadoras tienen el doble riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón que los hombres que tienen el mismo hábito, según se desprende de un estudio de más de diez años de duración realizado con una técnica de escáner. (El Mundo, 2 de diciembre de 2003).

Tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica

El tabaquismo es la principal causa de enfermedad pulmonar obstructiva. Desde los trabajos de Fletcher, en 1976, quedó bien demostrada esta relación. La prevalencia de esta enfermedad está entre 2,5 y 3,5 % de la población adulta, y llega a 19 % en mayores de 65 años. De los fumadores de más de 20 cigarrillos/día y mayores de 40 años, 40-60 % padece bronquitis crónica y 15 % llega a padecer enfermedad pulmonar obstructiva. El enfisema también está muy relacionado con este hábito.

La eliminación del tabaquismo es la medida terapéutica más importante en todos los estadios de la enfermedad. Al dejar de fumar, disminuye rápidamente la tos y el esputo y, sobre todo, el deterioro funcional tiende a decelerarse, y se hace paralelo al de los no fumadores, con lo que aumenta la expectativa de vida.

El tabaquismo y su relación con la depresión y enfermedades mentales severas

En términos de tendencias poblacionales, la asociación entre la depresión y el tabaquismo ha sido estudiada y llegó a ser prominente, mientras que el consumo del tabaco declinó como resultado del conocimiento de los riesgos implicados.

Los hallazgos obtenidos de individuos seguidos durante un cierto plazo sugieren que los sujetos depresivos estuvieron más implicados con la nicotina que los que nunca tuvieron una depresión. Los autores que realizaron esta investigación concluyeron que las relaciones entre el fumar y la depresión son probablemente múltiples y complejas, y también que el cese del tabaquismo guarda una estrecha relación con la mejoría de enfermedades mentales severas.

El tabaquismo y la función renal

El fumar se ha asociado con el predominio, el desarrollo, y la progresión de las enfermedades renales. Los varones fumadores tienen un riesgo triplicado de desarrollar deterioro de la función renal respecto a los no fumadores, según concluye un estudio australiano realizado por investigadores de la Monash University. La asociación es más potente en casos de personas fumadoras con niveles elevados de presión arterial y de metabolismo de la glucosa. En el caso de las mujeres, no se asoció el tabaquismo con el deterioro de la función renal.

## El tabaco y las enfermedades oculares

Fumar tabaco de modo habitual es un serio factor de riesgo para varias enfermedades, como las cardiovasculares y las pulmonares, y también se manifiesta como un importante factor de riesgo de patologías oculares, como la degeneración macular, el glaucoma y las cataratas. Los efectos oxidantes y tóxicos del tabaco tienen un papel decisivo en el deterioro del tejido ocular.

Además, fumar puede ser causa sintomática del síndrome de ojo seco.<sup>18</sup> Tabaco, incapacidad, calidad de vida y las enfermedades mentales Los estudios epidemiológicos han señalado que existe relación entre fumar y los trastornos mentales. Sin embargo, poco se sabe sobre el deterioro asociado a la dependencia a la nicotina. Por eso los autores determinaron la salud en relación con la calidad de vida, la incapacidad y la comorbilidad psiquiátrica en adultos con y sin dependencia a la nicotina.

## El tabaco, la mujer y su descendencia

A la mujer que fuma se le suele adelantar la menopausia. La que fuma cigarrillos y también toma anticonceptivos orales es más propensa a padecer de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares que otros fumadores; ese es el caso muy particular para la mujer mayor de 35 años de edad. Las mujeres embarazadas que fuman cigarrillos corren mayor riesgo de tener niños nacidos muertos, prematuros o con bajo peso al nacer. Los hijos de mujeres que fumaron durante el embarazo corren mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta. Estudios nacionales de madres e hijas han encontrado también que si la madre fuma durante el embarazo hay mayor probabilidad de que las hijas fumen y persistan en fumar.

Desde hace tiempo se conoce que la exposición del feto al humo inhalado por la madre fumadora produce un riesgo significativamente superior de abortos espontáneos, embarazos ectópicos y el bajo peso al nacer (cuya magnitud se ha calculado entre 150 y 250 g menos) y aumenta la probabilidad de morbimortalidad pre, peri y posnatal.

También existen evidencias científicas de que el cigarro afecta la fertilidad. La relación del tabaquismo con el cáncer del cuello uterino ha sido establecida y se considera un cofactor importante en el desarrollo de esta neoplasia (Cabezas CE. Lesiones intraepiteliales del cuello uterino en las edades extremas de la vida reproductiva. Conferencia. Simposio Internacional "Salud reproductiva en edades extremas de la vida de la mujer". Cuba, 2003). Se ha demostrado que el tabaquismo es un factor de riesgo importante para la osteoporosis y que puede adelantar la edad de la menopausia, como ya se señaló.

#### El tabaquismo y la esclerosis múltiple

Un trabajo publicado en el último número de la revista *Neurology* apunta que los fumadores triplican sus probabilidades de desarrollar esclerosis múltiple respecto a los no fumadores. Investigadores de la Universidad de Bergen y de la de Harvard entrevistaron a 22 000 personas de 40 a 47 años entre 1997 y 1999, y han encontrado que el riesgo de esclerosis múltiple es tres veces más elevado para los varones fumadores y dos veces más alto para las mujeres con este hábito. En el estudio se observó que la mayoría de los 87 individuos que presentaban esclerosis múltiple habían comenzado a fumar al menos 15 años antes de desarrollar la enfermedad.

#### El tabaquismo y la enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal constituye una patología infecciosa que se produce como consecuencia del desequilibrio en la relación entre huésped y microorganismos. El papel bacteriano se ve favorecido por factores locales como anatomía dentaria, mal posiciones dentarias, aparatología fija, odontología defectuosa, entre otros, y por condiciones genéticas y sistémicas. El hábito de fumar constituye otro factor de riesgo potencial en el desarrollo de esta entidad. Las bolsas periodontales de los fumadores conforman un medio más anaerobio que fomenta el crecimiento de especies patógenas gramnegativas anaerobias de la placa subgingival. Aunque el tabaquismo ha sido asociado con la enfermedad periodontal desde hace más de 50 años, su identificación como responsable de la entidad corresponde a estudios recientes.



El tabaco incrementa la gravedad de esta patología, fenómeno que se hace clínicamente evidente a partir del consumo de 10 cigarrillos diarios. Cada cigarrillo de más por día aumenta la recesión gingival, la profundidad de la bolsa, los niveles de inserción y la movilidad. Entre la intensidad de la entidad y la cantidad de cigarrillos fumados por día existe una relación de dosis y efecto. Los individuos que consumen más de 10 cigarrillos por día tienen de 5 a 7 veces más probabilidades de sufrir periodontitis grave en comparación con los no fumadores.

El tabaquismo y la disfunción sexual en el hombre

Estudios realizados en Sydney, Australia y en la Facultad de Medicina del Imperial College en Londres, Reino Unido, publicado en la Revista Tobacco Control, han reportado que fumar un paquete o más de cigarrillos al día aumenta en 40 % el riesgo de padecer de disfunción eréctil. También se ha relacionado el consumo de tabaco con la eyaculación precoz.

El tabaquismo pasivo y las enfermedades

Es ya bien conocido que la exposición involuntaria al humo del tabaco de los fumadores produce efectos nocivos para la salud de los individuos expuestos. En los últimos años se han publicado numerosos estudios al respecto, a partir de los cuales podemos conocer cómo ciertas patologías que sufren los fumadores activos se encuentran también con mayor frecuencia en los fumadores pasivos. El tabaquismo pasivo también afecta al embarazo y se ha asociado a parto pretérmino y otros trastornos de la evolución normal del embarazo.

El tabaquismo pasivo ha sido implicado en la aparición de tumores en niños tras exposición en útero a humo de tabaco. El tabaquismo pasivo predispone a un mayor número de enfermedades en la infancia. Las asociaciones más comúnmente descritas son: bronquitis agudas, laringotraqueítis, bronquiolitis, neumonías, otitis media crónica y cólicos posprandiales. Además, los hijos de padres fumadores padecen síntomas respiratorios inespecíficos (tos, esputos, sibilancias, etc.) con más frecuencia que los niños no expuestos.

La exposición a HTA, especialmente del tabaquismo materno, se ha involucrado como factor de riesgo para asma e hiperreactividad bronquial en la infancia. Algunos estudios han indicado que el riesgo de enfermedad meningocócica invasiva en niños se ve influido por factores ambientales, entre los que se encuentra el tabaquismo de los padres y las condiciones socioeconómicas desfavorables como factores que aumentan la probabilidad de padecer esta enfermedad.

Respecto a la patología tumoral, es ampliamente conocida la relación entre tabaquismo activo y pasivo con diversas neoplasias. La más estudiada ha sido la asociación con tumores pulmonares, como ya se ha señalado. También se ha estudiado ampliamente la relación entre tabaquismo pasivo y enfermedad cardiovascular, y existe evidencia actualmente de que la exposición a la hipertensión arterial aumenta el riesgo de esta. Se ha investigado el posible efecto del tabaquismo pasivo sobre la fertilidad.

La presencia de cotinina se ha asociado con una reducción de la capacidad fertilizante de los ovocitos. Se ha intentado relacionar también al tabaquismo pasivo con el síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia y la enfermedad temporomandibular, y se ha encontrado que los individuos que padecen estas patologías son, con más frecuencia, fumadores. El tabaquismo pasivo se ha vinculado con otras múltiples entidades, como la tromboangiitis de Buerger, la fibrosis quística, la esofagitis infantil o la aparición de complicaciones posanestésicas, aunque los trabajos publicados son escasos por el momento. El elevado riesgo de dependencia de tabaquismo entre los hijos de madres que fumaron durante el embarazo ha sido reportado con mucho énfasis.

### **3.6 Factores de riesgo**

Todas las personas que fuman o consumen tabaco de otra forma tienen riesgos de desarrollar dependencia. Entre los factores que influyen a las personas que consumen tabaco se incluyen:

- **Genética.** La probabilidad de que comiences a fumar y continúes fumando puede ser, en parte, heredada; los factores genéticos pueden influir el modo en que los receptores de la superficie de las neuronas responden ante dosis altas de nicotina suministradas a través de cigarrillos.
- **Hogar e influencia de los pares.** Los niños que se criaron con padres fumadores tienen más probabilidades de convertirse en fumadores. Los niños con amigos fumadores también tienen más probabilidades de probar el tabaco. La evidencia sugiere que los fumadores que se muestran en las películas e Internet pueden incitar a los jóvenes a fumar.
- **Edad.** La mayoría de las personas comienza a fumar durante la niñez o la adolescencia. Cuanto antes comiences a fumar, más chances tendrás de convertirte en un fumador habitual cuando seas adulto.
- **Depresión u otras enfermedades mentales.** Muchos estudios muestran una asociación entre la depresión y el tabaquismo. Las personas que padecen depresión, esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático u otras formas de enfermedades mentales tienen más probabilidades de convertirse en fumadores.
- **Consumo de sustancias.** Las personas que abusan del alcohol y las drogas ilegales tienen más probabilidades de convertirse en fumadores.

### 3.6.1 Enfermedades a causa del consumo del tabaco.

El humo de tabaco contiene más de 60 sustancias químicas que se sabe que causan cáncer y miles de otras sustancias perjudiciales. Incluso los cigarrillos «completamente naturales» o herbales contienen sustancias químicas que son perjudiciales para la salud.

El tabaquismo daña casi todos los órganos del cuerpo y afecta el sistema inmunitario de tu organismo. Alrededor de la mitad de los fumadores regulares morirá de una enfermedad provocada por el tabaco.

Las fumadoras tienen hoy el mismo riesgo que los fumadores de morir de cáncer de pulmón, de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y de enfermedad cardiovascular causada por el consumo de tabaco.

- **Cáncer de pulmón y otras enfermedades pulmonares.** El tabaquismo causa casi 9 de 10 casos de cáncer de pulmón. Además, fumar provoca otras enfermedades pulmonares, como el enfisema pulmonar y la bronquitis crónica. Fumar también empeora el asma.
- **Otros tipos de cáncer.** El tabaquismo es una de las principales causas de cáncer de esófago, laringe, garganta (faringe) y boca y está relacionado con el cáncer de vejiga, páncreas, riñón y cuello del útero, así como algunas leucemias. En términos generales, el tabaquismo causa el 30 por ciento de todas las muertes por cáncer.
- **Problemas del corazón y del sistema circulatorio.** El tabaquismo aumenta el riesgo de morir de enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos (cardiovasculares), como el ataque cardíaco y el derrame cerebral. Fumar apenas uno a cuatro cigarrillos por día aumenta tu riesgo de tener una enfermedad cardíaca. Si tienes una enfermedad cardíaca o vascular, como insuficiencia cardíaca, el fumar empeora tu afección. Por el contrario, dejar de fumar reduce tu riesgo de sufrir un ataque cardíaco en un 50 por ciento el primer año.
- **Diabetes.** Fumar aumenta la resistencia a la insulina, lo que puede favorecer la aparición de la diabetes tipo 2. Si tienes diabetes, el tabaquismo puede acelerar el avance de complicaciones, como la enfermedad renal o problemas en los ojos.
- **Problemas oculares.** El tabaquismo puede aumentar tu riesgo de tener problemas en los ojos, como cataratas y pérdida de la visión a causa de la degeneración macular.

- **Esterilidad e impotencia.** El tabaquismo aumenta el riesgo de disminución de la fecundidad en las mujeres y el riesgo de impotencia en los hombres.
- **Complicaciones durante el embarazo y en el recién nacido.** Las madres que fuman durante el embarazo tiene mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo o tener parto prematuro, o de que sus bebés recién nacidos tengan menor peso al nacer y el síndrome de muerte infantil súbita.
- **Resfrío, gripe y otras enfermedades.** Los fumadores son mucho más propensos a contraer infecciones respiratorias, como resfríos, gripe y bronquitis.
- **Debilitamiento de los sentidos.** Fumar debilita los sentidos del gusto y el olfato, por lo que los alimentos no son tan sabrosos.
- **Enfermedad en dientes y encías.** El tabaquismo está asociado con un aumento del riesgo de presentar inflamación en las encías (gingivitis) y una grave infección de las encías que puede destruir el sistema que da soporte a los dientes (periodontitis).
- **Aspecto físico.** Las sustancias químicas presentes en el tabaco pueden alterar la estructura de la piel y causar envejecimiento prematuro y arrugas. El tabaquismo también hace que los dientes, los dedos y uñas de las manos se pongan amarillos.
- **Riesgos para tu familia.** Los cónyuges o parejas de los fumadores tienen un mayor riesgo de tener cáncer de pulmón y enfermedad cardíaca que las personas que no viven con un fumador. Si fumas, tus hijos serán más propensos a presentar el síndrome de muerte infantil súbita, empeoramiento del asma, infecciones en el oído y resfríos.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

## **4.1 CARACTERISTICAS DEL SUJETO DE INVESTIGACION**

Se trata de una persona de sexo masculino de 69 años de edad, con una altura de 1.62 y peso de 54 kilos aproximadamente, se dedica a la agricultura, es casado desde hace 44 años, tiene seis hijos; cuatro hombres y dos mujeres.

## **4.2 ENTREVISTA**

4.2.1 ¿Cuándo fue la primera vez que fumo?

Respuesta: hace como 50 años atrás, estaba joven y por querer experimentar me gusto y lo seguí consumiendo.

Análisis: La persona oculta sentimientos que sucedió en su infancia y también en el tiempo que comenzó a consumir tabaco.

Observación: La persona se notaba nervioso y dudoso en lo que comentaba.

4.2.2 ¿Cuál fue el motivo principal de querer seguir fumando?

Respuesta: el querer olvidar los problemas que tenía en ese entonces.

Análisis: la persona se notó triste al comentar lo anterior y agacho por un momento la mirada.

Observación: el problema o problemas podrían ser muy tristes y marcados hasta la fecha en la vida de la persona.

4.2.3 ¿Qué tipo de problemas?

Respuesta: ¡pues bien!, problemas familiares, en especial el abandono de mis padres no conocí a mi padre, solo tengo un recuerdo vago sobre él. Mi madre me abandono cuando tenía 5 años.

Análisis: la persona requiere superar la separación de sus padres y el abandono de los mismos hacia él a su corta edad.

Observación: la persona estaba triste en el proceso de contar esta situación que estaba pasando en su vida.

4.2.4 ¿Existió alguna otra razón por la cual usted allí decidido comenzar a consumir tabaco?

Respuesta: sí, la muerte de mi abuela, con la que viví desde que mi madre me abandono, con mi abuela viví hasta los catorce años de edad y cuando falleció no sabía qué hacer.

Análisis: el duelo más grande que no ha superado es el de su abuela.

Observación: la persona se notó más decaído al contar esta situación y se pudo percibir que este fue el acontecimiento que más le ha dolido en su vida.

4.2.5 ¿usted ya perdono a su madre por el abandono?

Respuesta: ya, pero aun no olvido ese momento en el que ella se fue de la casa, yo no soy quien para juzgarla pero si necesitaba mucho de ella en aquel entonces.

Análisis: la forma en la que la persona se expresó demuestra que aún no ha perdonado a su madre por haberlo abandonado.

Observación: la persona se mostró una actitud de molestia al haber expresado el rencor que aún existe hacia su madre, ya que hablo en un tono más fuerte y con enojo.

4.2.6 ¿y a su padre, ya lo perdono?

Respuesta: de igual forma que mi madre, sé que ellos son mis padres y los debo de perdonar, a mi padre lo conocí cuando tenía 25 años, ya estaba en planes de matrimonio con mi esposa y él fue quien me busco hasta encontrarme y me pidió

perdón, en su momento yo no quería aceptarlo pero pues reflexione y lo perdone, incluso mi padre vivió en mi casa por 20 años, hasta que falleció.

Análisis: El padre de la persona lo abandono por mucho más tiempo que su madre, se comprende que él no sabía que decidir pero de igual forma habla muy bien del sujeto haber perdonada a sus padres y sobre todo cuidar de su padre hasta el último día.

Observación: la persona se muestra tranquilo de haber cumplido como un buen hijo ante su padre ya que lo dice muy en calma y tranquilidad.

4.2.7 ¿alguna vez se ha enfermado por el consumo del tabaco?

Respuesta: no, durante todo este tiempo no me he enfermado pero cuanto me enfermo de gripa si me siento muy mal pero después se me pasa.

Análisis: El sujeto está confiado porque no se ha enfermado pero si sorprende que ya lleva muchos años como consumidor y que aún no se hayan visto consecuencias por el consumo.

Observación: el paciente transmite que no está preocupado pero su actitud hace pensar lo contrario.

4.2.8 ¿qué le provoca al fumar?

Respuesta: me hace estar más tranquilo ante situación que me hacen perder el control de mis emociones.

Análisis: el sujeto considera al tabaco como un tranquilizante que aporta a su cuerpo una sensación de equilibrar sus emociones cuando estas se alteran.

Observación: según lo comentado y su comportamiento que se ha observado durante este proceso de la entrevista se nota que es de carácter fuerte y no sabe



controlar sus emociones y eso conlleva a que se salga de la situación y por lo tanto puede afectar a terceros.

4.2.9 ¿En qué momentos siente usted perder el control de sus emociones?

Respuesta: cuando tengo un problema, preocupación o tristeza.

Análisis: el paciente no sabe controlar sus emociones y eso hace que la ansiedad de estar fumando se haga más grande y sobre todo la costumbre de estarlo consumiendo.

Observación: es evidente que el paciente en la mayor parte del tiempo es ansioso y busca oportunidades en situaciones conflictivas para poder fumar.

4.2.10 ¿Que opina su familia acerca del consumo del tabaco?

Respuesta: a veces los veo preocupados y me comentan que yo deje de fumar que es por mi bienestar porque puede que si sigo así me puede dar una enfermedad grave.

Análisis: el paciente considera que está demás la actitud que toma su familia y que no deben preocuparse tanto por él.

Observación: el sujeto se ve tranquilo y no le importa que consecuencias pueda traerle el consumo excesivo de tabaco.

4.2.11 ¿Qué les comenta usted al respecto?

Respuesta: que no se preocupen porque de algo me he de morir y pues que este vicio no lo puedo dejar de la noche a la mañana.

Análisis: el sujeto considera que su familia no debe preocuparse pero no ve más allá de eso, es decir las consecuencias que esto puede provocar.

Observación: el sujeto muestra una actitud de que ni su propia vida le preocupa y le da igual que suceda.

4.2.12 ¿en sus planes esta dejar el consumo?

Respuesta: considero que no, porque siento que ya estoy vencido por el vicio, mis hijos y muchas personas más han tratado de ayudarme pero soy yo quien no pone de su parte para ayudarme.

Análisis: el sujeto considera no dejar el vicio, ni tener fuerza de voluntad para dejarlo, así como reconoce que lo han apoyado pero él no ha querido acceder.

Observación: el sujeto muestra una actitud de serenidad y aceptación a lo que pueda suceder.

### **4.3 CARACTERÍSTICAS DEL FAMILIAR DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN**

Se trata de la hija del sujeto de investigación, una persona de sexo femenino de 36 años de edad, de 1.58 metros de altura y 62 kilogramos de peso, se dedica ser ama de casa y vive con dos hermanos, una hermanita y su padre.

### **4.4 ENTREVISTA**

4.4.1 ¿Qué opina sobre la actitud de su padre ante el consumo del tabaco?

Respuesta: pues que está mal en cuanto a la poca importancia que le da a su situación ya que no solo le traerá consecuencias a él sino también a nosotros como hijos.

Análisis: la persona se expresa de una forma de que ya está cansada de estar recomendando y ayudando a su padre para que deje el consumo.

Observación: la persona se muestra enojada por la actitud que toma su padre ante la situación.

#### 4.4.2 ¿Qué es lo que más le preocupa de esta situación?

Respuesta: que se vaya a enfermar de algo que ya no tenga solución como es el cáncer de pulmón, algo he leído de eso y pues me da miedo de que suceda y no lo quiero perder muy pronto como a mi madre.

Análisis: la persona muestra mucha preocupación sobre la salud de su padre y tiene temor de que algo le suceda.

Observación: la persona se muestra preocupada y muy triste porque su papá no le importa su propia persona.

#### 4.4.3 ¿Cuánto tiempo tiene que falleció su madre?

Respuesta: tres meses y pues desde ese entonces mi padre había prometido dejar el vicio pero no lo ha cumplido.

Análisis: la persona le preocupa que su padre fallezca por una enfermedad difícil de tratar, ya que no tiene mucho tiempo que falleció su madre.

Observación: la persona se notó muy triste al recordar el fallecimiento de su madre

#### 4.4.4. ¿considera que algún día su padre llegue a dejar el consumo?

Respuesta: lo dudo mucho, considero que ya se le ha apoyado mucho y lo que le hace falta es fuerza de voluntad para dejar el consumo.

Análisis: la persona se demuestra enojo en contra de su padre por no dejarse ayudar y si lo hace solo por un tiempo y después vuelve a recaer.

Observación: muestra una actitud de enojo y se expresa con desesperación ante la situación aunque hay momentos que se observa que ya lo deja a consideración de su padre.

## **4.5 PLAN DE INTERVENCION**

### **Tratamiento del tabaquismo.**

En la actualidad existe consenso que las intervenciones de cesación del tabaquismo deben tener dos componentes: psico-social y farmacológico. Ambos deberían incluirse en el apoyo a cualquier persona que solicite ayuda para dejar de fumar.

Las estrategias psico-sociales, que mayoritariamente tienen un enfoque cognitivo-conductual, están destinadas a que el fumador reconozca su adicción, sus características personales, modifique pautas de comportamiento, desarrollando estrategias y habilidades para lograr y mantenerse en abstinencia, lo que habitualmente significa cambiar rutinas y estilos de vida, es decir aprender a "vivir sin tabaco".

### **Enfrentamiento clínico del tabaquismo**

A cualquier persona que consulte a un establecimiento de salud, público o privado, deberá preguntársele si consume o no tabaco. Cuando la persona está dispuesta a intentar dejar de fumar, la estrategia general recomendada es la de las 5 A, que se puede adaptar desde la intervención breve a la especializada, dependiendo del tiempo dedicado a la intervención y a la capacitación del terapeuta. Cuando el fumador no quiere dejar de fumar en ese momento, se utiliza la estrategia de las 5 R. En los párrafos siguientes se desarrollan las dos estrategias mencionadas.

### **Consejería breve: metodología de las 5 A**

En la práctica, la mayoría de las intervenciones están basadas en una metodología que se denomina las 5 A, por la inicial de las 5 etapas que la constituyen: Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Acompañar. Consiste básicamente en estimular y promover la intención de dejar de fumar y ayudar a aquellos ya motivados en la cesación del tabaquismo. La consejería breve

debiera realizarse en la consulta de cualquier profesional de la salud, independiente del motivo de consulta. Un profesional entrenado no debiera demorarse más de dos a tres minutos en su aplicación.

**Averiguar:** se les debe preguntar a todos los pacientes por el consumo de tabaco, aprovechando todas las instancias por las cuales concurren a los establecimientos de salud. Se le pregunta por el número de cigarrillos que fuma a diario y el momento del primer cigarrillo después de levantarse.

**Aconsejar:** después de preguntar, se debe aconsejar al paciente que deje de fumar. El consejo debe ser claro y firme, personalizando los argumentos de convencimiento: en adolescentes, se debe insistir sobre el efecto del cigarrillo en su capacidad de ejercicio y mal rendimiento escolar; a la embarazada le preocupa su hijo y los riesgos del parto; el adulto teme más a las enfermedades que podría desarrollar por el tabaco y los posibles daños que puede causarle a sus hijos y a los que lo rodean.

**Acordar el tipo de intervención:** existen diferentes tipos de intervenciones, dependiendo de su disponibilidad al cambio. a) Si el paciente no desea dejar de fumar ahora: explicitar lo perjudicial del consumo de tabaco y ofrecer apoyo para el futuro. b) Si el paciente está inseguro: discutir sus temores o miedos y fomentar la motivación explicando las ventajas de no fumar. Invitarlo a dejar el tabaco cuando esté listo. c) Si el paciente está decidido: ofrecer ayuda y planear una estrategia para dejar de fumar.

**Ayudar:** si el paciente está dispuesto a intentar dejar de fumar, se le debe ayudar para desarrollar un plan de acción y eventual apoyo farmacológico. Se selecciona con el paciente una fecha para dejar de fumar, dentro de las próximas 2 a 4 semanas, la que se denomina "Día D". No es aconsejable hacerlo en períodos de alto estrés, y por otra parte, es necesario considerar que no hay un tiempo ideal para dejar de fumar, pero antes es mejor que después. Para afianzar el compromiso se sugiere la firma de un contrato-compromiso especificando la

fecha acordada y donde el terapeuta también se compromete a prestar todo su apoyo al paciente.

**Acompañar:** se debe programar seguimiento del paciente. Se recomienda establecer una visita de control una a dos semanas después del "Día D". Una segunda visita de seguimiento debería acordarse un mes después de la primera, como control más alejado.

### **Estrategia a utilizar cuando los pacientes no quieren dejar de fumar: 5 R**

Hay pacientes que no están dispuestos a hacer un intento por dejar de fumar en ese momento. Frente a estos fumadores se debe desarrollar la estrategia de las "5 R" <sup>14</sup>, denominada así por la inicial de los 5 puntos a considerar: Relevancia, Riesgos, Recompensas, Resistencias y Repetición.

**Relevancia:** Discutir con el paciente la importancia que tendría dejar de fumar para él, para sus hijos y familia.

**Riesgos:** Ayudar a que el paciente identifique los riesgos de fumar. Enfatizar que fumar cigarrillos bajos en nicotina o usar otras formas de tabaco, no eliminará estos riesgos. Ejemplos: empeoramiento de sus enfermedades, impotencia sexual, cónyuge con mayor riesgo de cáncer pulmonar y enfermedad coronaria, etc.

**Recompensas:** Incentivar al paciente a que reconozca los beneficios de dejar de fumar. Ejemplos: mejoría de su salud, ahorro de dinero, mejor olor personal y de la casa, hijos más sanos, etc.

**Resistencias:** Intentar que el paciente identifique las barreras para dejar de fumar y ofrecer ayuda para enfrentarlas. Ejemplos: síntomas de abstinencia, aumento de peso, etc.

**Repetición:** Se debe repetir esta estrategia cada vez que consulte un fumador no motivado.

Si esto se realiza en forma sistemática, se logra que muchos fumadores se motiven y concreten intentos por dejar de fumar.

A continuación nos referiremos al tratamiento farmacológico, tema en cual ha habido importantes avances en los últimos años.

## **Farmacoterapia del tabaquismo**

Hasta la actualidad, la FDA (Food and Drug Administration) de EEUU ha aprobado el uso de 3 tipos de medicamentos en el tratamiento para dejar de fumar: Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN), Bupropión y Vareniclina. Hay otros dos medicamentos, que aunque no están aprobados por la FDA, se utilizan como drogas de segunda línea, como son Clonidina y Nortriptilina.

### **I. Terapia de Reemplazo de Nicotina.**

Los medicamentos más estudiados y usados para el manejo de la dependencia al tabaco son aquellos que contienen nicotina. Diversos estudios clínicos han demostrado que son seguros y eficaces, aumentando al doble la tasa de éxito de la terapia conductual.

Sus principales mecanismos de acción: reducción de síntomas de privación, reducción de efectos reforzantes y la producción de ciertos efectos previamente buscados en los cigarrillos (relajación, facilitación del enfrentamiento de situaciones estresantes, etc.). El uso de la TRN debe comenzar el día en que se deja de fumar.

Algunos efectos adversos son comunes a todos los productos de TRN, siendo los más frecuentes mareos, náuseas y cefalea. Las contraindicaciones son enfermedades cardiovasculares graves, arritmias cardíacas severas, HTA no controlada y AVE reciente.

Existen distintas formulaciones de reemplazo de nicotina, que pueden ser usadas en forma aislada o asociadas con otros medicamentos.

## **1. Chicle de nicotina**

Corresponde al método de TRN más estudiado y ampliamente usado desde los años 80s. Actualmente en EEUU está disponible en diversos sabores (menta, naranja y fruta) y en formulaciones de 2 y 4 mg, esta última dosis recomendada para fumadores de más de 25 cigarrillos/día. En Chile existe sólo la presentación con sabor a menta de 2 mg.

Hay dos formas de indicar chicles: por horario, en que la dosis inicial recomendada es de un chicle cada 1 a 2 horas por 6 semanas, luego una unidad cada 2 a 4 horas por tres semanas, y luego 1 chicle cada 4 a 8 horas por tres semanas. Otra alternativa de uso es ad-libitum, es decir, cuantos chicles sean necesarios de acuerdo a la urgencia por fumar y especialmente en situaciones estimulantes para fumar.

## **2. Parches de nicotina**

Los parches de nicotina entregan una dosis estable de nicotina por 16 a 24 horas. Se colocan una vez al día, lo que facilita la adherencia al tratamiento. Están disponibles en dosis de 7, 14 y 21 mg. Se recomienda que aquellos pacientes que fuman más de 10 cigarrillos al día comiencen con la dosis de 21 mg/24 horas, siendo esta dosis titulable según respuesta clínica o con mediciones seriadas de cotinina (realizadas mientras el paciente aún fuma). Se ha recomendado usarlos durante 10 a 12 semanas, disminuyendo las dosis en las últimas 4, aunque a veces se necesitan períodos de tratamiento más largos.

## **3. Spray nasal de nicotina**

El spray nasal libera nicotina directamente en la mucosa nasal. Dentro de la TRN, es el método que más rápidamente reduce los síntomas de privación. Se usa un puff en cada fosa nasal, liberando en total 1 mg de nicotina.

## **4. Inhalador de nicotina**



Se trata de un producto diseñado para satisfacer las necesidades del ritual mano-boca. Consiste en un dispositivo que contiene un cartridge de nicotina y un sistema vaporizador que se usa en la boca.

Estas dos últimas formas de TRN, además del losenge (comprimido que se debe disolver en la boca), no están disponibles en Chile

## **5. Nuevas formas y usos de la Terapia de Reemplazo de Nicotina**

### **5.1 Chiclos de liberación rápida**

Método de liberación rápida de nicotina, vía mucosa oral, de reciente aparición. Se diferencia del chicle convencional en lograr un alivio más rápido y completo de los síntomas de privación durante los primeros 3 minutos de uso. Se requieren más estudios de eficacia para su empleo de forma masiva.

### **5.2 Formas combinadas de TRN**

Existen básicamente 2 formas de administración de nicotina: pasiva y activa. La forma pasiva corresponde a la liberación sostenida de nicotina durante el día, sin presentar un peak plasmático marcado, como actúan, por ejemplo los parches de nicotina. El resto de los medicamentos de TRN se denominan como formas activas, ya que dependen de la decisión "activa" de la persona para utilizarlos. Tienen vida media corta y producen un peak plasmático de nicotina que simula el efecto del cigarrillo, pero de menor intensidad.

La asociación de un medicamento de entrega pasiva, más otro producto de entrega activa que permita la autoadministración en los momentos de urgencia por fumar, ha permitido potenciar el efecto de cada uno por separado. La combinación de productos más usada es la de parche más chicle administrado ad-libitum.

### **5.3 Reducción de consumo**

Una estrategia para fumadores no motivados en la actualidad o que se sienten incapaces de la cesación completa, es el uso de TRN como parte de una estrategia de "reducción de consumo". Esto consiste en estimular al fumador a disminuir el consumo a la mitad, utilizando métodos de entrega activa. Si después de 3 meses no ha bajado el consumo, se suspende la TRN. Si éste ha disminuido, se continúa hasta por 1 año, poniendo como meta los 6 meses para abstenerse totalmente.

#### **5.4 Cigarrillo electrónico:**

Hasta la actualidad, no está demostrada su utilidad como ayuda farmacológica para dejar de fumar. Se ha encontrado que algunas marcas contienen, además de nicotina en diversas cantidades, sustancias carcinogénicas y tóxicas, lo que hace desaconsejable su utilización, ya que no sería efectivo ni seguro.

## **II. Bupropión**

El bupropión fue el primer fármaco no nicotínico aprobado para el tratamiento del tabaquismo. Es un antidepresivo monocíclico que actúa inhibiendo la recaptación de nora-drenalina (NA) y dopamina (DA) en determinadas áreas del cerebro. Aún no se conoce cómo actúa exactamente para el abandono del tabaquismo, pero se cree que es en parte por su efecto en los niveles de DA y NA.

#### **Eficacia terapéutica:**

La eficacia de bupropion para dejar de fumar está claramente demostrada. Un meta-análisis, que incluyó 12 ensayos clínicos randomizados, demostró un odds ratio de 1.56 (IC 95% 1.1-2.21) a los 12 meses en comparación con placebo. También se ha demostrado que el bupropión reduce el aumento de peso que ocurre al dejar de fumar y que alivia los síntomas de abstinencia, como el mal humor, ansiedad, dificultad de concentración, tristeza y deseo de fumar <sup>20</sup>. A pesar de que el bupropion es eficaz para el tratamiento del tabaquismo en fumadores con o sin depresión, se cree que los pacientes con depresión o

trastornos de ansiedad se podrían beneficiar más con bupropión que con otro medicamento.

### **Efectos secundarios:**

La dosis recomendada de 300 mg/día es generalmente bien tolerada. Aproximadamente un 10% de los pacientes deben suprimirlo por los efectos secundarios. Los efectos más frecuentes son insomnio (frecuencia de un 30-45% de los que usan 300 mg/día), sequedad de boca (5-15%) y náuseas. Otros efectos secundarios más graves que se pueden observar son las convulsiones y reacciones de hipersensibilidad, cada uno con una incidencia de 0,1%.

### **Recomendaciones de uso:**

Bupropión está recomendado como fármaco de primera línea en el tratamiento del tabaquismo. La dosis máxima recomendada es de 150 mg dos veces al día, comenzando una o dos semanas antes de la fecha fijada para dejar de fumar. Los primeros 5-7 días se administra una dosis de 150 mg en la mañana y luego se agrega la segunda dosis de 150 mg a las 8 horas de la primera (para evitar el insomnio). La duración recomendada del tratamiento es 7-9 semanas. Si aparecen efectos secundarios puede disminuirse la dosis a 150 mg/día.

Se debe usar con precaución en pacientes con mayor riesgo de convulsiones: abuso de alcohol o cocaína, o uso de otros fármacos como antipsicóticos, antidepresivos, teofilina, tramadol, quinolonas, corticoides sistémicos o anti-histamínicos sedantes. En pacientes adultos mayores y/o con insuficiencia hepática o renal o diabetes, también se debe tener precaución, usando menores dosis que las habituales (150 mg/día). Se ha visto que por el uso concomitante de bupropion y parches de nicotina hay un aumento de la incidencia de hipertensión arterial, por lo que se debe tener cuidado con esta asociación en pacientes que tienden al alza de su presión.

Está contraindicado su uso en pacientes con antecedentes de convulsiones, tumores del SNC, bulimia, anorexia o trastorno bipolar (en estos últimos se puede precipitar un episodio maniaco). También está contraindicado usarlo junto a inhibidores de la MAO, ya que la toxicidad aguda de bupropion se potencia con estos fármacos, produciendo agitación, cambios psicóticos y convulsiones. No se recomienda administrarlo en el embarazo ni lactancia, ya que puede atravesar la barrera placentaria y se puede excretar en la leche materna.

### **III. Vareniclina**

Vareniclina es un agonista parcial de los receptores nicotínicos de acetilcolina, recientemente aprobado por la FDA para el tratamiento del tabaquismo. Está disponible en Chile desde 2007 y se ha convertido en una alternativa atractiva, no sólo por su novedoso mecanismo de acción, sino también por su alta eficacia y buena tolerancia reportada en varios estudios.

#### **Propiedades farmacológicas:**

La dependencia a nicotina se debe en parte a su actividad agonista en los receptores nicotínicos. Al ser estimulados, se produce liberación de dopamina en el núcleo accumbens, neurotransmisor que produce los efectos placenteros buscados por el fumador. Cuando éste deja de fumar, la ausencia de nicotina disminuye los niveles de dopamina, produciendo urgencia por fumar ("craving"), un importante contribuyente para las recaídas.

Diversos estudios sugieren que al estimular estos receptores con un agonista parcial como la vareniclina, aumentarían los niveles de dopamina, aliviando los síntomas de privación. Además, la unión competitiva con los receptores, bloquearía al menos parcialmente la activación dopaminérgica provocada por la nicotina en caso de recaída. Este doble mecanismo sería el responsable de la eficacia de la vareniclina como tratamiento del tabaquismo.

Se ha observado además que este nuevo medicamento, al no ser metabolizado en el citocromo P450, no altera la farmacocinética de varios medicamentos (TRN, bupropión, warfarina, digoxina, cimetidina, y metformina) convirtiéndolo en un medicamento bastante seguro.

### **Eficacia terapéutica**

La eficacia de la terapia de 12 semanas con vareniclina 1 mg 2 veces al día para el tratamiento del tabaquismo, fue comparada con bupropión 150 mg 2 veces al día y placebo en 2 estudios randomizados, multicéntricos, en fase III. En ambos estudios, a las 12 semanas aquellos participantes del grupo de vareniclina lograron tasas de abstinencia continua significativamente mayor que en los otros grupos. Los resultados fueron similares en ambos trabajos con un OR de 1.9 para vareniclina versus bupropión ( $p < 0.001$ ) y un OR de 3.9 para vareniclina versus placebo ( $p < 0.001$ ).

A largo plazo (semana 52), la tasa de abstinencia fue significativamente mayor con vareniclina que con bupropión en uno de los estudios (OR 1.8; IC 95% 1.2-2.6;  $p = 0.004$ ), pero no en el otro (OR 1.5; IC 95% 1.0-2.2,  $p = 0.05$ ). En ambos estudios vareniclina fue superior a placebo (OR 3.1 y OR 2.7, ambos con  $p < 0.001$ ).

### **Efectos secundarios:**

El efecto secundario más frecuente son las náuseas, alcanzando un 34.9%; sin embargo, en la mayoría de los casos, son leves a moderadas y disminuyen en el tiempo. La discontinuación de vareniclina por efectos adversos es 10.5%, comparado con 12.6% y 7.3% en los grupos de bupropión y placebo, respectivamente.

Además se ha observado un aumento de peso de 2.89 kg en promedio, versus un 1.8 y 3.1 kg en los grupos de bupropion y placebo respectivamente. Estos

resultados sugieren que el aumento de peso es consecuencia de dejar de fumar, más que esté relacionado con vareniclina.

### **Efectos psiquiátricos**

En el período de post-comercialización del uso de vareniclina surgieron algunos reportes sobre posible asociación entre su uso y el riesgo de suicidio, que llevó a que las agencias reguladoras de medicamentos de EEUU (FDA) y británica (MHRA) a determinar en el año 2009, la obligación de incluir una advertencia sobre el posible riesgo en el prospecto del medicamento. Sin embargo no se ha establecido la relación causal, ya que es necesario separar los posibles efectos de la vareniclina de aquellos relacionados a la cesación del tabaquismo. En una publicación reciente no se encontraron efectos neuropsiquiátricos superiores a placebo, salvo alteraciones del sueño. En otro gran estudio en Inglaterra de una cohorte retrospectiva de más de 80.000 fumadores, no hubo clara evidencia de que el uso de vareniclina aumentara el riesgo de depresión, suicidio o pensamientos suicidas, comparado con el uso de bupropion o terapia de reemplazo de nicotina.

### **Efectos cardiovasculares.**

Muy recientemente, Junio 2011, fue publicado un meta-análisis sobre los riesgos de efectos adversos cardiovasculares, donde se concluye que el uso de vareniclina se asoció a un aumento significativo de efectos adversos cardiovasculares (isquemia, arritmias, insuficiencia cardiaca congestiva, muerte súbita) comparada con placebo: 1.06% vs. 0.82%. La FDA emitió un comunicado en que advierte que hay un pequeño aumento de los riesgos cardiovasculares con vareniclina, y que el riesgo absoluto de eventos CV adversos en relación a su eficacia es pequeño. Hace un llamando a la precaución con el uso de vareniclina, y solicitó a la compañía farmacéutica productora colocar esta advertencia en la información escrita que acompaña al producto, lo que ya fue realizado.

## **Recomendaciones de uso.**

La dosis recomendada es 1 mg dos veces al día, después de las comidas. El tratamiento debiera empezar una semana antes la fecha programada para dejar de fumar. La vareniclina debiera ser titulada durante una semana, usando dosis progresivamente mayores hasta lograr la dosis objetivo.

Para este proceso también es importante incorporar algunas dinámicas, por tal motivo dejare unas como ejemplo:

### **Dinámica en grupos para jóvenes**

**Número de participantes:** entre 15 o 20 jóvenes.

**Edad:** adolescentes y jóvenes

**Duración:** 1 hora

**Metodología:** Esta actividad nos sirve para poder ver el nivel de conocimiento que tienen nuestros jóvenes sobre el ocio nocturno, la cocaína, sus actitudes frente al consumo, el grado de consciencia sobre los riesgos... Es una actividad muy buena para hacer al inicio de un programa o sesión. La actividad consiste en que el dinamizador sugiera una palabra y cada joven diga la frase o las palabras que le sugiere el término. Todas las aportaciones se irán anotando en la pizarra.

Por ejemplo: cocaína, sábado noche, sexo...

Si el grupo es poco participativo, en vez de hacer la dinámica oral se puede plantear por escrito. Las aportaciones se escribirían en un papel que sea visible y se pegarían en la pizarra para ser leídas en voz alta, por el autor.

Una vez hechas todas las aportaciones, empezamos a clasificar los conceptos en Positivo, Negativo y Neutro. Finalizada la clasificación, el dinamizador puede

pedir la opinión a los jóvenes sobre el concepto o grupo que más les ha sorprendido.

Para finalizar la actividad, el dinamizador debe aclarar dudas y explicar los diferentes conceptos, los efectos de las sustancias, los riesgos...

A los jóvenes se les puede entregar un díptico con la información más importante.

### **Dinámica en grupos para jóvenes**

**Número de participantes:** entre 15 o 20 jóvenes.

**Edad:** adolescentes y jóvenes

**Duración:** 1 hora y 30 min

**Metodología:** El dinamizador/a debe buscar 5 o 6 voluntarios del grupo para que salgan de la sala con el objetivo de prepararse el caso que se les plantea y representarlo.

Es importante que el dinamizador asigne los personajes teniendo en cuenta la personalidad de los jóvenes.

El resto de compañeros tendrán que observar la representación y recoger los aspectos significativos de los personajes y del transcurso de la situación. A medida que la representación vaya avanzando, el dinamizador/a podrá dar nuevas instrucciones para enriquecer el debate.

**CASO:** Un grupo de amigos/as está reunido en la plaza del pueblo donde siempre quedan antes de ir a la discoteca. Dos amigos/as del grupo ya han consumido en varias ocasiones cocaína y ofrecen a los demás ya que creen que así la noche será mejor.

**PAPELES DE LOS PERSONAJES:**



- Dos personas que ofrecen droga tendrán tratando de convencer a los demás.
- Dos personas deben rechazarla y mantenerse firmes en su decisión.
- Dos personas tras su negativa inicial empiezan a tener dudas entre aceptar o no.

Al finalizar la representación, el dinamizador pedirá a los actores que expliquen a los demás como se han sentido y si han tenido dificultades para mantener su postura inicial. A continuación, los compañero/as que observaban darán su punto de vista y el dinamizador cerrará el debate destacando los aspectos más significativos de la presión de grupo, trabajará la habilidad social de decir No.

## SUGERENCIAS Y PROPUESTAS

Pues bien, ya casi culminando el trabajo de investigación, se ha contemplado llevar a cabo acciones que sean de mucho beneficio para la población adicta al tabaco, es decir, platicas de prevención del consumo desde la educación primaria si es posible pero de igual forma dentro del núcleo familiar, ya que en muchas ocasiones es ahí donde surgen las causas del consumo.

Es importante que las madres y los padres de familia consideren estar más pendiente de lo que sus hijos sienten, porque muchas veces los jóvenes principalmente buscan acompañamiento, comprensión y ser escuchados por personas que no tienen buenas intenciones para con ellos, hoy en día desde la educación primaria se ha observado las distintas dificultades presentadas en los niños.

Como bien se sabe esta adicción al tabaco se comienza a consumir por muchos prejuicios sociales, de los cuales se conocen como querer ser aceptados en un grupo social, por curiosidad, por controlar la ansiedad, entre otros. Es evidente que la atención brindada por la mayoría de los padres de familia en la actualidad es muy poca, ya que no se ha observado o escuchado preguntar a los alumnos como les va en cada uno de los días de su vida.

De igual forma se propone conocerse a uno mismo y procurar invertir el tiempo en cosas productivas, los padres de familia como tal deben buscar estrategias como algún tipo de taller que sean del agrado del o la joven para así ir desarrollando el gusto por algo que sea de beneficio de su vida y no de sufrimiento y dolor.

Como bien sabemos las emociones juegan un papel muy importante en la adicción del tabaco, la persona a quien se le entrevisto considero que lo que mas

lo orillo a consumir tabaco es por el control de nervios en situaciones que le provocan ansiedad, depresión, entre otros.

Sugiero que de igual forma los docentes de las instituciones en donde uno se forma académicamente estén preparados para orientar a los alumnos a que tomen caminos correctos y que sean de beneficio para sus vidas, cabe recalcar que pues en la actualidad aún no se cuenta con orientadores educativos en cada una de las escuelas, pero si los hay es importante prever que los niños y adolescentes tomen como una opción alguna adicción, en especial de la del tabaco.

De igual forma y lo vuelvo a recalcar es que los padres de familia deben de desempeñar un papel muy importante ante esta situación y pues claro tambien el de prevenir cualquier riesgo que pueda llegar a surgir, si bien no somos personas perfectas pero bien sabemos no nacemos con adicciones sino que en el proceso de estar en constante convivencia con la sociedad se adoptan estas situaciones.

Pero pues es claro que tambien es decisión de cada persona si se debe de hacer responsable de sus actos pero es muy lamentable que como padres de familia no se haga nada para evitar dichos sucesos trágicos que puedan llegar a suceder, como familiar del consumidor al tabaco, tambien debe de informarse de la mejor manera cuales podrían ser las consecuencias que le pueda provocar estar mucho tiempo cerca del consumidor al momento de que esta persona este fumando.

Vuelvo a recalcar la importancia que deben de tomarle los padres de familia y los profesores de las instituciones para formar a una sociedad que no busque volverse adicto al tabaco o cualquier otra droga que pueda existir, porque después es muy lamentable tener que lidiar con todos los sucesos que a estas personas les pueda llegar a suceder o incluso a cualquier otro miembro de la familia.

## CONCLUSIONES

Pues bien, una vez realizada la investigación se puede definir que conforme ya a todo lo que se fue conociendo en el proceso la hipótesis de esta investigación se ha cumplido desde la técnica de la entrevista al sujeto de investigación y a la entrevista realizada a la integrante de su familia, conocer que si afecta y no solo en la atención a la familia sino en la salud del otro también y por supuesto en la comunicación con cada uno de los miembros de la familia.

También se pudieron conocer las causas del tabaquismo de las cuales se puede rescatar algunas como el cáncer de pulmón y las diversas enfermedades relacionadas al pulmón que puedan llegar a generarse, de igual forma los problemas del corazón y del sistema circulatorio, diabetes, problemas oculares, enfermedades en dientes y encías, aspecto físico, riesgo en la familia, entre otros, los anteriores por citar algunas causas.

Es muy evidente que las emociones de un consumidor al tabaco son muy cambiantes y que afecta mucho en su persona, las más comunes son: la culpabilidad, ya que en muchas ocasiones el sujeto intenta dejar la adicción pero en muchas ocasiones fracasa o no tiene la suficiente fuerza de voluntad para dejarlo, otra sería la vergüenza ya que los pacientes en muchas ocasiones son apoyados por los familiares pero al ver que no pone de su parte muchas veces lo abandonan y cuando el sujeto quiere apoyo, en ocasiones se lo niegan.

También está presente la ansiedad ya que este se ve obligado a consumir cada vez más y muchas veces no se puede contener por sí mismo sino que necesita apoyo de alguna otra persona, de igual forma sienten que están solos ya que como bien lo mencionaba anteriormente el paciente al no ser apoyado por alguien más puede llegar a sentirse solo y que no le importa a nadie y que nadie lo puede ayudar aunque esto en muchas ocasiones es falso.

Las emociones antes mencionadas son muy frecuentes en una persona que consumen tabaco, por mencionar algunas, pero por tal motivo es de suma importancia que la familia de la persona esté siempre pendiente de ellos y que

los motiven a encontrar una salida a su situación en la que muchas veces se sienten encerrados al querer abandonarlo pero no pueden por si solos.

Muchas veces la familia del adicto al tabaco es la primera quien le da la espalda o alejarse mucho de la persona pero debe ser totalmente lo contrario ya que deben de orientarlo a mejorar y en conjunto buscar estrategias para dejar el consumo y cuidar la salud de la persona y la de la familia, tambien al principio hacer consciente a la persona sobre lo dañino que puede llegar a ser el humo del cigarro para terceras personas que rodeen a al sujeto, y asi poco a poco ir encontrando alternativas de salidas hacia una vida más saludable y productiva.

De igual forma mediante la investigación se puede tener más en claro el concepto del tabaquismo y todo lo que este implica, es decir, la sustancia más relevante que es la nicotina, los componentes de la misma y como este ha influido en la sociedad, pero claro tomando en cuenta que anteriormente no se usaba con malas prácticas como ahora sino como un componente de un ritual o para medicina y que poco a poco se fue perdiendo ese sentido y se fue consumiendo en porciones más grandes.

Como bien se sabe esta adicción puede acarrear diversas consecuencias dañinas para la salud de la persona y la salud de los integrantes de su familia, es por eso que debemos prevenir cualquier tipo de acercamiento al tabaco ya que se considera que si a la persona le agrada en un primer instante lo podrá seguir haciendo hasta convertirse en un vicio difícil de dejar.

Es claro que la prioridad o el primer lugar donde se puede evitar que las personas sean consumidoras del tabaco es en casa ya que los padres deben de educar de la mejor manera a sus hijos y por supuesto dando el ejemplo de no consumir ninguna sustancia, la escuela como segundo factor importante para poder evitar que esta adicción se propague pero la realidad es que en muchas escuelas aunque sepan que es prohibido fumar buscan algún escondite para realizar dicho acto, pero sobre todo lo más importante es la comunicación y la confianza en el núcleo familiar ya que es ahí donde se aprenden muchas cosas y procurando que esas cosas sean benéficas para las futuras generaciones.

## BIBLIOGRAFIA

- Rev Chil Enferm Respir. (2017). El tabaquismo: una adicción. 2020, de Programa de Tabaquismo Centro Médico Fundación, del Banco Estado. Sitio web: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0186.pdf>
- Comisión nacional contra adicciones. (2007). la neta del tabaco y algo más. 2020, de secretaria de salud Sitio web: [http://www.conadic.salud.gob.mx/Guia\\_Preventivas/La\\_neta\\_del\\_tabaco.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/Guia_Preventivas/La_neta_del_tabaco.pdf)
- Programa de acción: adicciones. (2001). tabaquismo. 2020, de secretaria de salud Sitio web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tabaquismo.pdf>
- Jonathan M. Samet, PhD. (1). (2002). los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. 2020, de salud pública de México Sitio web: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pib/riesgos\\_tabaq.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pib/riesgos_tabaq.pdf)
- Bejarano, Ignacio; Alderete, Ethel. (2009). TABAQUISMO Y ESTADO EMOCIONAL. LAS EMOCIONES NEGATIVAS COMO PREDICTORAS DEL INICIO AL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES JUJEÑOS. 2020, de Universidad Nacional de Jujuy , Argentina Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/185/18516803002.pdf>
- HORACIO RUBIO MONTEVERDE\* ALESSANDRO RUBIO MAGAÑA‡. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. 2020, de medigraphic Sitio web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a13.pdf>
- Beatriz Barba Ahuatzin. (2004). Antropología del tabaco. 2020, de Sistema Nacional de Investigadores y de la Academia Mexicana de Ciencias. Sitio web: [https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/55\\_4/antropologia.tabaco.pdf](https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/55_4/antropologia.tabaco.pdf)

- <https://www.scielosp.org/article/spm/2006.v48suppl1/s91-s98/>
- <https://www.scielosp.org/article/spm/2002.v44suppl1/s34-s43/es/>
- Gámez-Medina, Mario Enrique; Ahumada-Cortez, Jesica Guadalupe; Valdez-Montero, Carolina. (2017). LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. 2020, de Universidad Autónoma Indígena de México El Fuerte, México Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510002.pdf>
- Mayo Clinic. (2019). Dependencia de la nicotina. 2020, de Mayo clinic Sitio web: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/nicotine-dependence/symptoms-causes/syc-20351584>
- <https://www.fundacionrecal.org/adiccion-recuperacion/adiccion-al-tabaco-causas-consecuencias-y-soluciones/>
- Lugones Botell, Miguel; Ramírez Bermúdez, Marieta; Pichs García, Luis Alberto; Miyar Pieiga, Emilia. (2006). Las consecuencias del tabaquismo. 2020, de Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología Ciudad de La Habana, Cuba Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/2232/223220189007.pdf>
- [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602011000300007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602011000300007)