

**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Delegación Norte del D.F.  
Unidad de Medicina Familiar No. 94**

---

Proyecto de investigación titulado

**Percepción que sobre el tabaquismo tienen los  
individuos fumadores portadores de hipertensión arterial  
sistémica**

Que para obtener el título de Médico Especialista en Medicina Familiar

**P r e s e n t a:**

**Georgina Aldeco Pérez**

Residente de Medicina Familiar

Matricula: 99364786

E-mail: [gapmed@hotmail.com](mailto:gapmed@hotmail.com)

Teléfono: 57-10-40-06

**Director de tesis**

Dra. Patricia Ocampo Barrio

Coord. Clínico Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No 94

[patricia.ocampo@imss.gob.mx](mailto:patricia.ocampo@imss.gob.mx)

**Asesor de tesis**

Dr. José Rubén Quiroz Pérez

Coord. Evaluación del Dpto. Medicina Familiar

UNAM

[joserubenquiroz@usa.net](mailto:joserubenquiroz@usa.net)



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Primeramente a mi familia, que es el motor de mi vida.**

Mami.- Gracias por darme la vida y enseñarme a vivirla con una sonrisa, por tu comprensión, tu apoyo y tu paciencia, por hacer de mí la mujer que soy, gracias por estar siempre allí, esto es tuyo.....

Hermanita- Mi mejor ejemplo, gracias por seguir mis pasos y compartirlos junto conmigo, eres mi complemento y guía, este trabajo también es tuyo.

Jorge.- Por tu permanencia y persistencia, gracias.

**Mis tías, mi apoyo incondicional.**

Tía Carmen.- Gracias por estar siempre cerca de mí y pendiente de mis pasos, por tu apoyo, comprensión, amor y los consejos que guían mi vida, eres mi ejemplo de vida, gracias por estar allí.

Tía Josefina.-Por la ternura, el amor, la preocupación y comprensión que siempre me brindaste, me enseñas día con día la mejor cara de la vida.

A mis tías, la imagen materna complementaria, les dedico este logro de mi vida, gracias por existir.

**Amigos, mi otra parte.**

Héctor.- Mi compañero de aventuras, gracias por permanecer siempre cerca. El recuento final indica que somos uno, te extrañaré.....

Faby.- Mi hermana de aventuras, gracias por compartir parte de mi vida y estar cerca en cualquier momento para sobre llevarla. Por tu amistad incondicional Gracias.

Laura.- Mi ejemplo de amistad, gracias por ser quien eres y apoyarme en todo momento, seguimos siendo las mejores amigas pase lo que pase.

José.- Gracias por aparecerte en mi vida, le diste una nueva luz a mi camino.

**Compañeros, mi familia temporal.**

Gracias a mis compañeros por compartir esta aventura y crear entre nosotros el mejor apoyo. Gracias..... Luis Armando, Sara, Jaqueline y Anel.

**Profesores, mi guía.**

Dra Paty, Dra. Lidia y Dr Arrieta.- Gracias por todo el apoyo brindando, sin ustedes no podría haber logrado mi meta. Muchas Gracias.

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Introducción	8
Definición del objeto de la investigación	9
Marco teórico	10
Definición	10
Epidemiología	10
Componentes del tabaco	11
Mecanismos de dependencia	11
Factores de riesgo	13
Diagnóstico	14
Complicaciones	14
Tratamiento	16
Manejo no farmacológico	16
Manejo farmacológico	16
El relato de la vida y el análisis de Ethos	27
Antecedentes científicos	29
Justificación	31
Planteamiento del problema	32
Pregunta de investigación	33
Objetivos del estudio	34
Supuesto del estudio	34
Universo de estudio	35
Población de estudio	35
Muestra de estudio	35
Determinación estadística del tamaño de la muestra	35
Tipo de muestreo	35
Diseño del estudio	35
Análisis de relaciones	35
Sistema de relaciones conceptuales	36
Criterios de selección de la muestra	37
Procedimiento para integrar la muestra	37
Programa de trabajo	38
Cronograma de actividades	38
Plan de intervención	38
Análisis estadístico	39
Consideraciones éticas	39
Recursos del estudio	40
Resultados	40
Análisis de resultados	57
Conclusiones	59
Alternativas de solución	60
Anexo 1	61
Anexo 2	62
Anexo 3	63
Bibliografía	64

## Introducción

Como resultado del vínculo entre las ciencias sociales y las ciencias médicas, a mediados del siglo pasado surge la Medicina Social. Es así como la sociología e historia fueron las primeras disciplinas que se adentraron en los terrenos de la medicina; más recientemente la antropología y la psicología han contribuido de manera importante a ampliar los nexos entre el campo social y el campo médico.

A partir de los primeros cuestionamientos acerca de la influencia social en el terreno de la medicina, se generaron dos enfoques que permiten abordar el proceso de salud-enfermedad: médico-social y biomédico. De manera simultánea, con la incorporación de las disciplinas sociales en el campo de la ciencia aparecen dos posturas metodológicas: la cualitativa y la cuantitativa.

Ante este panorama de posibilidades, las investigaciones que se realizan en la actualidad respecto del estudio de la medicina desde una perspectiva social versan sobre diversos tópicos, como son el vínculo médico-paciente; las formas de tratamiento y acompañamiento en enfermedades terminales, cáncer, SIDA, enfermedades cardiovasculares, etc.

Incuestionablemente el consumo de tabaco es un ejemplo digno para ilustrar la influencia que los aspectos socio culturales tienen sobre génesis de las adicciones y hábitos en vida de los individuos. Hasta este momento la gran mayoría de las estrategias médicas utilizadas para el abandono de esta adicción, se fundamentan básicamente en la deshabitación biológica responsable de la adicción a la nicotina, dejando de lado los significados sociales e individuales que llevan al individuo al consumo de tabaco y que al parecer son determinantes fundamentales para el abandono real de esta adicción.

**Percepción que sobre el tabaquismo tienen los individuos fumadores portadores de Hipertensión Arterial Sistémica**

Aldeco-Pérez G\*, Ocampo-Barrio P\*\*, Quiroz-Pérez JR\*\*\*

**Antecedentes.** El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en nuestro país; es desencadenante de múltiples patologías, entre las de mayor impacto se encuentra la afección cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer pulmonar. Desafortunadamente socialmente el tabaquismo es una adicción aceptada, al mejorar el rendimiento físico, intelectual y social; lo que explica el éxito temporal, que logran los tratamientos farmacológicos. Esto lo ubica como un problema médico social, que requiere ser abordado desde una perspectiva interdisciplinaria que permita identificar su significado cultural.

**Objetivo.** Analizar las percepciones que sobre el cigarro tienen los individuos fumadores portadores de Hipertensión Arterial Sistémica.

**Diseño.** Estudio cualitativo apoyado en el interaccionismo simbólico y del ethos.

**Emplazamiento.** Realizo en la Unidad de Medicina Familiar No. 94

**Fuentes de información.** La información se obtuvo de la transcripción de 24 entrevistas individuales audiograbadas.

**Participantes.** Se incluyeron 7 voluntarios de 35 a 75 años de edad, portadores de Hipertensión Arterial Sistémica, con consumo de por lo menos 5 cigarros al día en los últimos 5 años y no portadores de patología pulmonar crónica.

**Método.** La percepción sobre el tabaco se catalogo en cuatro categorías: a) apreciación del riesgo, b) actitud individual frente al tabaco, c) actitud social frente al tabaco y d) opinión personal del tratamiento farmacológico.

**Resultados.** El tabaco es considerado como un riesgo para la salud, sin embargo esto es subestimado ante los efectos placenteros que produce. La prohibición promueve una actitud desafiante que perpetúa la adicción. Los amigos y familiares parecen promover su consumo. Se identificó la intención de abandono del tabaco, no así el deseo. El consejo del médico y la prohibición civil tiene poco impacto en la posible modificación del tabaquismo.

**Palabras claves:** Tabaquismo, Percepción de riesgo, Investigación cualitativa.

\* Médico residente del 3er año del curso de especialización en Medicina Familiar, UMF No. 94

\*\* Médico familiar, coordinador clínico de educación e investigación en salud, UMF 94

\*\*\* Médico familiar, coord. Evaluación del Dpto de Medicina Familiar, UNAM

## Planteamiento del problema

A pesar de que en la actualidad se cuenta con tratamientos de desintoxicación eficaces, el tabaquismo, es la adicción más frecuente y que mayor impacto tiene sobre la salud de la población mundial.

El tratamiento del tabaquismo se dificulta debido a que la mayoría de las personas no se reconocen como adictas al tabaco, a menos que hayan desarrollado alguna de sus complicaciones. En tanto que las que reconocen su adicción, no la asocian a una condición de riesgo para su salud. ¡Error! Marcador no definido.

Ante estas circunstancias se puede decir que abandonar el tabaco es realmente complejo, pues a pesar de que prácticamente la mayoría de los fumadores dicen desear de dejar de fumar, solamente un porcentaje muy pequeño intenta dejar de fumar y de estos solo alrededor del 2-5% de ellos consiguen mantenerse en abstinencia durante un año. Este tiempo de abstinencia puede prolongarse en forma variable, pero infortunadamente, aún después de varios años de abstinencia, un número importante de ex fumadores recaen. ¡Error! Marcador no definido.

Ante estas evidencias podemos señalar sin temor a equivocarnos que el tabaquismo representa el mayor de los fracasos, a los que se han enfrentado los programas de prevención. Lo que explica porque una proporción muy importante de trabajadores del área de la salud consideran que los programas de prevención en salud actuales son inaplicables, poco útiles y destinados al fracaso frente a los problemas reales de salud que enfrentan en el desarrollo de sus actividades profesionales cotidianas. No obstante, reconocen que las principales causas de morbilidad y mortalidad nacional pudieran ser prevenibles, al estar relacionadas con los estilos de vida de los individuos ¡Error! Marcador no definido.. De esto surge como una necesidad prioritaria del personal médico dedicado al cuidado y prevención en salud, la siguiente interrogante ¿cómo las personas construyen y/o modifican sus estilos de vida?

Interrogantes que pudiera tener respuesta a través de los postulados teóricos del Interaccionismo Simbólico. Corriente que destaca que la sociedad es la fuente a través de la cual los individuos construyen sus significados y símbolos de vida. Esta perspectiva epistemológica nos permite ver con otra mirada el problema del tabaquismo, en primer lugar nos lleva a no emitir juicios negativos hacia los fumadores, pues ubica el problema más allá de lo individual, lo ubica en un plano social, que nos obliga a identificar los significados y simbolismos que el cigarro tiene para los individuos que se desenvuelven en una sociedad determinada, ya que en esto radica la posibilidad del poder combatir esta adicción.<sup>¡Error! Marcador no definido.</sup>

Existe múltiples investigaciones científicas que han identificado las condiciones o factores de riesgo que se han asociado al consumo de tabaco, así mismo existen incontables evidencias científicas que señalan los efectos nocivos del tabaquismo, sin embargo son escasas las investigaciones que se han enfocado al estudio de los aspectos encubiertos en torno del tabaquismo.



## **Marco teórico**

### **Definición.**

El tabaquismo es un síndrome progresivo, originado por los efectos sistémicos que provoca la nicotina en el organismo.<sup>1, 2</sup> La adicción a la nicotina se define como “el consumo continuo y compulsivo de tabaco, pese al deseo personal de dejar de hacerlo o la existencia de problemas médicos;” sencillamente podemos decir que un fumador es dependiente, si desea dejar el cigarro y no puede. <sup>¡Error! Marcador no definido.</sup>

### **Epidemiología.**

La planta de tabaco es originaria del continente Americano, su uso se remonta a 600 años d.c., inicialmente se empleo con fines medicinales y rituales, su industrialización se inicia en el Siglo XVI.<sup>3</sup> El tabaquismo es la adicción que mayor impacto tiene sobre la salud de la población mundial; el potencial adictivo de la nicotina es muy semejante al que se genera con la cocaína.<sup>4</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existe alrededor de 1,100 millones de personas en el mundo que son fumadoras activas y ocurren 4.9 millones de muertes anuales a consecuencia del tabaco. Se calcula que aproximadamente 10 millones de los fumadores morirán para el año 2020 a consecuencia de las complicaciones del tabaco. <sup>¡Error! Marcador no definido.</sup> Pese a existir una relación causal comprobada entre el tabaco y la salud, no ha sido posible impedir que el tabaco continúe siendo una de las drogas legalizadas de mayor consumo.<sup>2</sup>

En nuestro país las estadísticas señalan con claridad un incremento en la prevalencia de fumadores de 9 millones (25.8%) en 1988 a casi 14 millones (26.4%) en el 2002. Esta adicción es más frecuente en el medio ambiente urbano. En el año 1998 el 71% de los consumidores de tabaco eran hombres y solo el 29% mujeres, para el año 2002 esta cifra se modifico (hombres 66.4% y mujeres 33.6%) probablemente como consecuencia de una mayor permisibilidad que la sociedad ofrece a la mujer. La repercusión del tabaquismo radica en que 90% de los fumadores inician con esta adicción, en etapas tempranas de la vida. Para el año 1988 se decía que 52.2% de los fumadores habían iniciado con esta adicción antes de los 18 años, para 1998 este porcentaje se incremento a un 56.8% y para

el 2002 alcanzo un 61.4%, porcentaje que se incrementa a 90% al llegar a los 21 años. <sup>5</sup>

### **Componentes del tabaco.**

En el humo del tabaco, existen más de 4,000 componentes tóxicos, sin embargo el alquitrán, el monóxido de carbono y la nicotina son sus componentes más dañinos. ¡Error! Marcador no definido.

- *Alquitrán.* Se ha reconocido que el es una sustancia con un alto poder cancerígeno.
- *Monóxido de carbono.* Por su alta afinidad a la hemoglobina, produce alta concentración de carboxihemoglobina, lo que condiciona un aporte inadecuado de oxígeno y consecuentemente cuadros de isquemia o infarto al miocardio.
- *Nicotina.* Es la sustancia responsable de producir dependencia física al tabaco. <sup>6,7</sup>

### **Farmacocinética de la nicotina.**

La nicotina se absorbe rápidamente a partir de las membranas celulares de los alvéolos pulmonares, cada cigarro contiene entre 3 y 11 mg de nicotina, sin embargo, solamente se obtiene 1 mg por cigarrillo común y 0.6 mg por cigarrillo light. La droga alcanza el cerebro entre los 7-19 segundos después de su inhalación. La vida media de la nicotina varía de 1 a 4 horas y se elimina con rapidez por riñón. ¡Error! Marcador no definido., 2, 6, 8 La inhalación del humo del tabaco en las personas que se encuentran cerca de un fumador, aumentan potencialmente el riesgo de padecer cáncer de pulmón y enfermedades cardiacas en un 24%, en niños es de vital importancia la convivencia con personas fumadoras, pues la incidencia de enfermedades de tipo respiratorio se incrementa, la presentación de padecimientos como el asma de tipo alérgica es más frecuente en niños por desencadenar una reacción inflamatoria que provocan las partículas del humo del tabaco en las vías respiratorias. <sup>9</sup>

### **Mecanismos de dependencia.**

1. Física. Se produce por un aumento en el número de receptores colinérgicos nicotínicos en la superficie de las células nerviosas, esto da como resultado

períodos prolongados a la exposición de nicotina.<sup>5</sup> La nicotina actúa predominantemente a nivel presináptico fomentando la descarga de neurotransmisores como acetilcolina, dopamina, noradrenalina y serotonina, sustancias que producen excitación, placer, anorexia (por ende disminución de peso), mejora el rendimiento físico, la concentración y la memoria. Así mismo incrementa la descarga de betaendorfinas, sustancia que reduce los niveles de ansiedad y tensión. Desafortunadamente sus efectos simpaticomiméticos, produce incremento leve de la presión arterial, frecuencia cardíaca, gasto cardíaco y vasoconstricción cutánea. Una consecuencia de la neuroadaptación a los efectos de la nicotina, es la aparición de síntomas de supresión, este cuadro se caracteriza por inquietud, irritabilidad, ansiedad, somnolencia, confusión y trastornos de la concentración, si la abstinencia se prolonga puede aparecer incremento de peso. La mayor parte de los síntomas del síndrome de supresión alcanza su intensidad máxima 24 a 48 horas después de interrumpir el tabaco y disminuye de manera gradual en intensidad durante un periodo de 2 semanas, otros síntomas, como el deseo de fumar en particular en situaciones de tensión, persisten durante meses o incluso años después de la interrupción del consumo de tabaco. ¡Error! Marcador no definido., 6, 7.

2. Psicológica. De inicio más tardío a la dependencia física, pero sin embargo es la más difícil de eliminar. La asociación entre factores psicológicos y abuso de sustancias tóxicas se encuentra documentada en numerosos estudios pero, desgraciadamente, ha sido difícil determinar si esta correlación psicopatológica esta causada *por* ó *son* un efecto del abuso de la sustancia. Psicoanalíticamente se postulan diversas teorías como los trastornos del “yo” y/o “super yo”, la presencia de un vínculo enfermizo con la madre, fijaciones orales y conflictos personales (dependencia hostil, supresión emocional, altos niveles de ansiedad, baja autoestima, depresión, personalidad compulsiva). Condiciones personales que pueden ser mejor sobre llevadas mediante los efectos farmacológicos que produce la nicotina, creándose así una espiral dinámica e inseparable entre dependencia física, psicológica y social. ¡Error! Marcador no definido.

3. Conductual. Se dice que el entorno social envía mensajes concientes y/o inconcientes al individuo sobre las conductas socialmente aceptadas. En el caso del tabaco socialmente se considera una adicción deseable pues aumenta el placer que ofrecen las relaciones interpersonales (charla posterior a comer, saborear una taza de café con los amigos, en situaciones de estrés, dolor, etc.), así mismo esta adicción permite al individuo ser aceptado en determinado grupo de amigos, trabajo, etc. Es obvio que la disponibilidad de las drogas es necesaria para su consumo, existe evidencia de que el uso, abuso y dependencia disminuyen, en cierto modo, cuando una droga de amplia distribución se hace menos accesible. Sin embargo, no está clara la extensión de este efecto, ya que la prohibición completa nunca ha funcionado bien a la hora de combatir las adicciones. Se sabe que con frecuencia los consumidores de estas sustancias cambian de una droga a otra cuando su droga de elección se vuelve más difícil de conseguir o demasiado cara para adquirirla. *Error! Marcador no definido., Error! Marcador no definido..*

### **Factores de riesgo.**

Existen ciertas condiciones relacionadas con una mayor susceptibilidad para adquirir o persistir con el hábito tabaquico, entre estos factores se encuentran los siguientes:

Los trastornos distimicos y depresivos, se ha identificado que alrededor del 25 al 40% de los fumadores son portadores de depresión mayor.

Consumo de otras drogas, se ha reconocido que entre el 15 a 20% de los fumadores, son también consumidores de otras drogas incluyendo el alcohol. <sup>10</sup>

Otra sustancia relacionada con el tabaquismo y socialmente afín a esta adicción, es el consumo de café.

Condiciones socioculturales, juegan un papel importantísimo sobre adopción de esta adicción, se ha comprobado que la difusión y aceptabilidad social del tabaquismo a través de los medios de comunicación masiva es determinante sobre todo para los grupos de edad más jóvenes, así mismo el modelaje de los padres o circulo de amigos llevan al individuo a iniciar con esta adicción. <sup>6</sup>

## **Diagnóstico.**

Desafortunadamente la mayoría de la personas no se reconocen como adictas al tabaco, a menos que haya desarrollado alguna de sus complicaciones, lo que dificulta su tratamiento.<sup>11</sup> Por ello la evaluación del tabaquismo, se realiza por dos vías, una de ellas basada en el número de cigarrillos consumidos por día.

1. Fumadores leves.- consumo menor a 5 cigarrillos en promedio por día.
2. Fumadores moderados.- consumo de entre 6-15 cigarrillos en promedio por día.
3. Fumadores severos.- consumo de más de 16 cigarrillos por día en promedio.

La otra manera de evaluar la intensidad del tabaquismo es por medio de cuestionarios, el “test Fagerström” es uno de los más utilizados, consta de 6 preguntas relacionadas con la mayor o menor inmediatez en el consumo de cigarro, la dificultad para abstenerse, la cantidad de cigarrillos consumidos y el período del día de mayor consumo.<sup>1</sup>

## **Complicaciones.**

El tabaquismo, es la principal causa de muerte prevenible en el mundo, los testimonios estadísticos sobre mortalidad y morbilidad, no alcanzan a describir en toda su magnitud y trascendencia los efectos del tabaquismo.<sup>iError! Marcador no definido.</sup>

Las cuatro patologías más importantes en términos de frecuencia asociadas al tabaquismo son las afecciones cardiovasculares, la enfermedad vascular cerebral, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer pulmonar.<sup>iError! Marcador no definido.</sup>

Se ha demostrado que las probabilidades de padecer cáncer pulmonar es directamente proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados por día, en el fumador leve, existe 15 veces mayor probabilidad de padecer cáncer de pulmón, infecciones respiratorias superiores secundarias y disminución del movimiento ciliar, las probabilidades aumentan en los fumadores moderados siendo 40 veces mayor y finalmente en los fumadores severos, la probabilidad incrementa hasta 60 veces más.<sup>2, 12, 13</sup>

El tabaquismo produce pérdida de la elasticidad de la arteria aorta y la progresión de la aterosclerosis de la arteria carótida predisponiendo a una cardiopatía isquémica o enfermedad vascular cerebral. Se estima que el riesgo de padecer alguna de estas complicaciones se duplica en pacientes con tabaquismo activo.<sup>12, 13, 14, 15</sup>

### **Fases de preparación para establecer un tratamiento.**

Abandonar el tabaco es realmente complejo, pues a pesar de que prácticamente la mayoría de los fumadores dicen desear de dejar de fumar, solamente un porcentaje muy pequeño intenta dejar de fumar y solo alrededor de 2 al 5% de ellos consigue mantenerse en abstinencia durante un año. Este tiempo de abstinencia puede prolongarse en forma variable, pues desafortunadamente, aún después de varios años de abstinencia, un número importante de ex fumadores recaen.

Las fases para el abandono del hábito tabaquico son las siguientes:

1. *Preparación.* Son objetivos de esta fase:
  - a) Identificar las causas por las que se desea abandonar la adicción
  - b) Incentivar y motivar el deseo personal para abandonar el cigarro
  - c) Brindar confianza y apoyo en este intento
  - d) Identificar estado afectivo
  - e) Establecer un diagnóstico sobre la intensidad del tabaquismo
  - f) Evaluar el ambiente social y factores de riesgo

Es importante conocer en primera instancia las razones y/o motivos que la persona tiene para dejar de fumar, si es la primera vez que se intentará el abandono del tabaquismo o ha tenido otros intentos, tipo de tratamiento utilizado previamente para el abandono de la adicción, resultados obtenidos y tiempo en que mantuvo en abstinencia. Aclarar dudas sobre el temor a presentar malestares derivados de la abstinencia y mitos alrededor del cigarro. Es también importante reconocer el nivel de talante del individuo que desea dejar de fumar, pues ante estados depresivos se debe dar prioridad a la valoración psiquiátrica. <sup>¡Error! Marcador no definido.</sup> Se sabe que cuando un fumador no recibe este apoyo y hace el intento por dejar de fumar las posibilidades de éxito no superan el 50%.<sup>6, 9</sup>

2. *Prevención de la deserción:* Son objetivos de esta fase:
  - a. Continuar la incentivación y motivación del paciente
  - b. Identificar síntomas de abstinencia
  - c. Apoyo en estados de crisis
  - d. Identificar efectos indeseables del tratamiento establecido
  - e. Identificar factores de riesgo no detectados en la fase anterior
  - f. Promover el apoyo familiar que se requiera

Es necesario hacer hincapié que la intervención del médico consiste no solo en establecer un tratamiento farmacológico, sino apoyar al mismo por medio de consejería y motivación durante el tratamiento. En esta etapa se presenta con mayor frecuencia recaídas y fracaso del tratamiento, por ende, es fundamental continuar ofreciendo vigilancia y apoyo profesional y familiar al paciente.

3. *Sostén:* Son objetivos de esta fase :
  - a) Establecimiento de estrategias para mantener la abstinencia
  - b) Promover conductas y hábitos sustitutos del tabaco
  - c) Vigilancia de la permanencia de la abstinencia a fin de identificar factores de riesgo para el abandono de la abstinencia

El manejo del individuo con adicción al tabaco se subdivide en manejo no farmacológico y manejo farmacológico, tal como se describe a continuación.

### **Tratamiento.**

#### No farmacológico.

Entre estas medidas se encuentran la nasoacupuntura, la hipnosis y la terapia psicológica y/o conductual. Diferentes investigadores sobre este campo señalan que con el uso único de alguno de estos métodos se logra la abstinencia en un 50%. Diversos autores difieren con estos resultados pues sostienen tasas más elevadas de éxito y esto se debe a la estimación propia de sus observaciones más que de valoraciones metodológicas.<sup>1, 6, 11</sup>

#### Farmacológico.

The Agency for Health Care and Research (AHCPR) recomienda el siguiente esquema de manejo:

- Primera línea: Sustitutos de nicotina

- Segunda línea: Reductores de los síntomas asociados con el síndrome de abstinencia a la nicotina ( Bupropión, Nortriptilina y Clonidina).<sup>16, 17</sup>

**Sustitutos de la nicotina.** Están indicados como de primera instancia en todo individuo que quiera dejar de fumar, excepto cuando exista alguna contraindicación.<sup>4, 10</sup> Comercialmente los podemos encontrar en forma de parche, chicle, spray nasal, inhalador oral, pastillas y tabletas sublinguales (solo las dos primeras presentaciones están disponibles en nuestro país).<sup>9, 18</sup>

Presentación.- Chicle disponible en dosis de 2 y 4 mg de nicotina por unidad.

Indicaciones de uso.- Masticar lentamente por 20 a 30 minutos hasta percibir un hormigueo, lo que indica una descarga de nicotina del 90%.<sup>19</sup>

Farmacodinamia.- La nicotina se absorbe rápidamente y se distribuye por vía sanguínea a los tejidos periféricos. Su vida media es de 2 horas, presentándose las manifestaciones del síndrome de abstinencia después de este tiempo

Vía de eliminación.- A través de excreción renal. La nicotina atraviesa la barrera placentaria provocando bajo peso del producto. En mínimas cantidades se elimina también a través de la leche materna.

Dosificación.- Dependerá del consumo de cigarrillos consumidos de manera habitual, sin embargo en promedio se indican de 7 a 12 chicles por día con un máximo de 30. Con decremento paulatino hasta llegará a 2 tabletas, momento en que puede discontinuarse su uso. La duración del tratamiento es de 3 a 6 meses, se ha visto que tratamientos más prolongados no aumentan los resultados de éxito. *Error! Marcador no definido.*,<sup>9, 10, 13, 17, 18, 19</sup>

Efectos adversos.- Irritación y/o úlceras linguales, dolor mandibular, pirosis y flatulencia, mal sabor de boca.

Contraindicaciones.- Embarazo, lactancia, úlcera péptica, enfermedad coronaria, Hipertensión arterial sistémica y enfermedad vascular, Infarto agudo al miocardio (durante los tres primeros meses de ocurrido).<sup>9, 18</sup>

Presentación.- Parche disponible en dosis de 21mg (30cm), 14mg (20cm) y 7 mg (10cm) de nicotina por unidad.

Indicaciones de uso.- Cambio de parche cada 24 horas en horario fijo



Farmacodinamia.- La nicotina se absorbe rápidamente y se distribuye por vía sanguínea a los tejidos periféricos, sobre todo en cerebro, lo que evita la aparición de síntomas de supresión. Cada parche libera en promedio 0.9 mg de nicotina por hora alcanzando dosis sistémicas máximas en 2 a 3 días.

Vía de eliminación.- A través de excreción renal. La nicotina atraviesa la barrera placentaria provocando bajo del producto. En mínimas cantidades se elimina también a través de la leche materna.<sup>1, 4, 10, 11, 17</sup>

Dosificación.- Dependerá del consumo de cigarrillos consumidos de manera habitual, para un fumador en promedio de más de 20 cigarros por día se sugiere iniciar con la dosis máxima e ir disminuyendo progresivamente.

Efectos adversos.- Prurito leve y transitorio dentro de los primeros 15 a 60 minutos o sensación de quemadura después de la aplicación del mismo, eritema en la zona de colocación, cefalea, vértigo, insomnio, somnolencia, mialgias, dolor abdominal, náuseas, diarrea y nerviosismo.<sup>11, 18</sup>

Contraindicaciones.- Presencia de arritmias cardíacas, eventos de infartos al miocardio 6 meses previos al inicio del manejo, periodos de lactancia o embarazo, trastorno renal grave, hipertensión arterial sistémica sin tratamiento médico o la diabetes mellitus insulino dependiente.<sup>9, 10, 12, 18</sup>

***Reductores de los síntomas asociados con el síndrome de abstinencia.*** Son antidepresivos, generalmente no aprobados para ser utilizadas como auxiliares en el tratamiento del tabaquismo con excepción del bupropión.

1.) Hidrocloruro de bupropión. Presentación.- Tabletas de 150 y 300 mg.

Farmacodinamia.- Se absorbe adecuadamente a través de intestino y es distribuido a todo organismo por vía sanguínea. Bloquea la recaptura de neurotransmisores en los sitios dopaminérgicos y adrenérgicos en el sistema nervioso central, disminuyendo así las manifestaciones del síndrome de abstinencia. Su vida media es de 20 a 37 hrs.<sup>11</sup>

Vía de eliminación.- Se excreta por vía renal

Dosificación.- Impregnación se inicia 1 ó 2 semanas antes de dejar de fumar con dosis de 150mg por las mañanas durante 3 días. Posteriormente 150mg dos

veces al día durante 7-12 semanas, tiempo recomendado de tratamiento, puede continuarse con un mantenimiento de 150mg por día durante 6 meses.<sup>9, 10, 11</sup>

Efectos adversos.- Crisis convulsivas o predisposición a las mismas, alteraciones en la alimentación y arritmia severa.

Contraindicaciones.- Insomnio en un 35-40% de los casos, resequedad de boca en el 10%, cefalea, ansiedad, anorexia y constipación, pueden producirse crisis convulsivas en el 0.1% de los casos.<sup>9, 10</sup>

2.) Nortriptilina. Presentación.- Comprimidos de 25 mg de Nortriptilina.

Farmacodinamia.- La Nortriptilina es un antidepresivo metabolizado en el hígado y que tiene la característica de bloquear la recaptura de norepinefrina de manera selectiva. Su vida media se lleva a cabo dentro de 2 y 4 hrs.

Vía de eliminación.- Se lleva a cabo por la función renal.

Dosificación.- La dosis sugerida inicia de 75 mg/día por tres días, puede aumentarse la dosis hasta 150mg/día por 7 días que es la duración del tratamiento.

Efectos adversos.- Dentro de los efectos adversos mencionados se encuentra la resequedad oral siendo esta la más frecuente, sudoración, visión borrosa, estreñimiento, aumento de la presión intraocular, síndrome confusional, delirio y en algunos casos puede causar hipotensión leve.

Contraindicaciones.- En caso de Hipersensibilidad a nortriptilina o a otros antidepresivos tricíclicos, o a cualquiera de los componentes del medicamento. También está contraindicado en caso de infarto reciente de miocardio, arritmias, en la fase maniaca de la enfermedad bipolar o en caso de enfermedad hepática grave, el uso concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs). Se han descrito taquicardia, hipertermia, manía e hipertensión con combinaciones de antidepresivos tricíclicos similares e IMAO. Es aconsejable haber suspendido la terapia con el IMAO durante al menos 2 semanas antes de iniciar el tratamiento.<sup>19</sup>

Clonidina. Presentación.- Tabletas de 0.3 mg.

Farmacodinamia.- Por su efecto alfa adrenérgico que atenúa los síntomas autonómicos del síndrome de abstinencia, tales como diarrea, náusea y vómito en las manifestaciones por opiáceos, en el caso de la abstinencia a la nicotina

produce la disminución de la actividad simpática, disminución de la frecuencia cardíaca y disminución de la ansiedad. <sup>20</sup>

Vía de eliminación.- Renal

Dosificación.- Se sugiere un esquema de tratamiento con 0.1-0.3 mg cada 6-8 hrs durante los primeros 10 días, continuar con dosis en promedio de 0.2-0.3 mg a dosis respuesta sin pasar de la dosis máxima que es de 0.3mg tres veces al día, el tratamiento debe mantener durante 12 días reduciendo las dosis tres días antes para posteriormente discontinuar el medicamento, es importante que durante el tratamiento se mantengan vigiladas las cifras tensionales por la posibilidad de causar hipotensión. <sup>16, 20</sup>

Efectos adversos.- Resequedad de boca, fatiga, vértigo, insomnio, estreñimiento, trastornos circulatorios periféricos, ginecomastia y dependencia al medicamento.

Contraindicaciones.- Hipotensión, arritmias cardíacas, e hipersensibilidad al medicamento. <sup>16, 20</sup>

Sin temor a equivocarnos podemos señalar que las adicciones representan el mayor de los fracasos, a los que se han enfrentado los programas de prevención y detección. Se sabe que son diversas las variables responsables de la tan difícil eficacia de estos programas. <sup>21</sup>

En general, una proporción muy importante de trabajadores del área de la salud consideran que las teorías y modelos de salud-enfermedad son inaplicables y poco útiles frente a los hechos cotidianos que enfrentan en su práctica profesional. En tanto que otra proporción se siente abrumada por la imposibilidad de encontrar una práctica en el mundo real a este extenso conjunto de teorías y modelos. <sup>22</sup>

Si consideramos que la mayoría de las causas de morbilidad y mortalidad son prevenibles al estar relacionadas con comportamientos y estilos de vida determinados. Surge como necesidad prioritaria del personal médico y paramédico dedicado a la promoción y prevención en la salud, la siguiente interrogante: ¿cómo construyen o modifican los individuos sus conductas o estilos de vida? <sup>21, 22</sup>

El Modelo de Creencias en Salud (MCS), se propone como el más idóneo para explicar y responder a esta pregunta. Este modelo, entiende la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas de comportamiento con implicaciones sobre la salud desde las teorías socio-cognitiva.

Además ha demostrado ser eficaz en la explicación del comportamiento que las personas tienen ante la presencia de síntomas ó enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos.<sup>23</sup>

Durante la década de los 50's, Mayhew Derriberry y cols., desarrollaron la arquitectura y descripción original del MCS. Teniendo como referencia la investigación realizada por Hochbaum, quien a comienzos de 1952 estudió la disposición a someterse a rayos X como parte del programa de lucha contra la tuberculosis en más de 1,200 adultos de tres ciudades norteamericanas. Sus resultados destacan que esta disposición era producto de las creencias individuales de susceptibilidad a la enfermedad y los beneficios personales de esta detección.

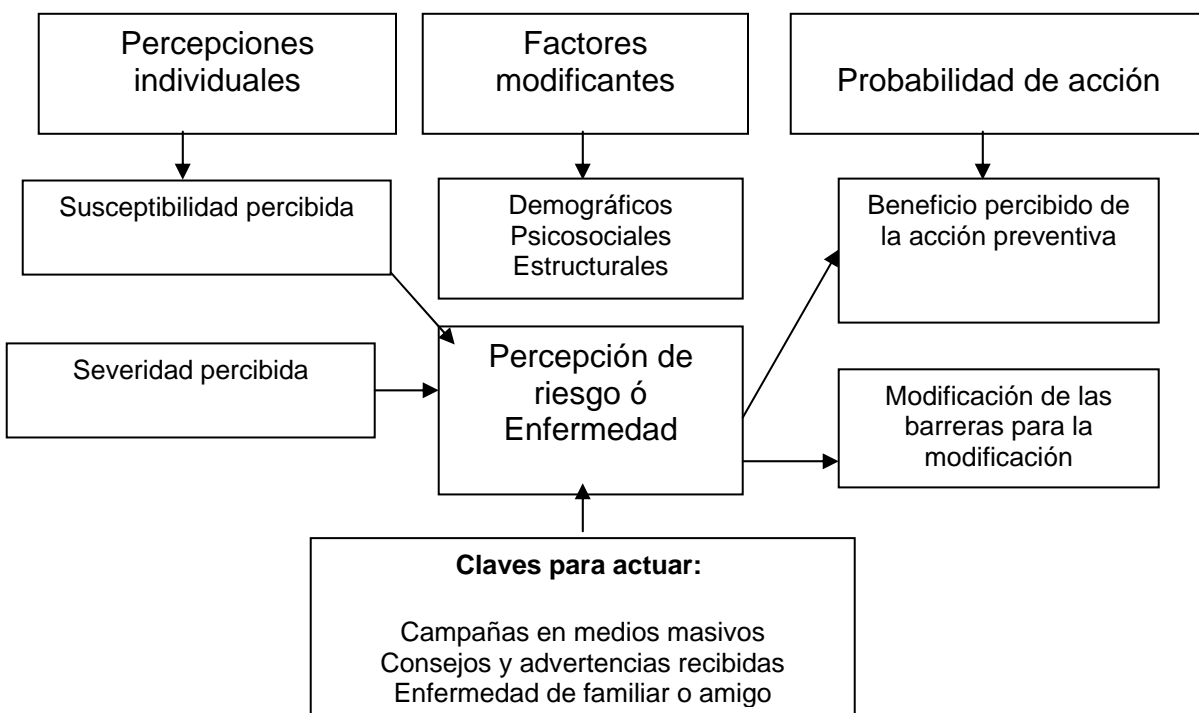
Además, los autores del MCS, estuvieron muy influenciados por las teorías de Kurt Lewin quien planteó, a manera de hipótesis, que el comportamiento dependía de dos dimensiones: el valor dado por el individuo a un hecho en particular y la estimación que realiza el individuo sobre la probabilidad de que una acción determinada produzca cierto resultado. Más adelante Hochbaum estudió la disposición de la población para realizarse diversas pruebas de tamizaje.<sup>24</sup>

El MCS, señala que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer tres cosas: que es susceptible de sufrirla, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada a grave en su vida y que su participación activa puede reducir la susceptibilidad o su severidad de la enfermedad.<sup>25</sup>

*La susceptibilidad* depende de la percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud (TBC, cáncer, caries dental). Un elemento indispensable para que la persona tenga percepción de susceptibilidad general, es haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el evento. Esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el

pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad. *La severidad* se relaciona con la percepción individual de cuán severa es la enfermedad; diversos estudios clasifican esta dimensión en dos apartados: severidad física producida por la enfermedad y las complicaciones socioculturales de la misma. *La participación* ha sido atribuida al hecho que ésta sólo se establece en individuos que presentan alguna de las siguientes condiciones: son sintomáticos, presentan amenazas inminentes para su salud o son condiciones médicas frente a las que se tiene algún tipo de experiencia. <sup>26</sup>

El MCS se fundamenta en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción, tal como lo resume la siguiente figura:



Fuentes: Becker M, (editor). The health belief model and persona I health behavior. Health Education Monographs 1974;2(4):234 - 508.

En los años 70`s el MCS era ya sistemáticamente usado en diversos países para respaldar a disertaciones de maestría y tesis de doctorado, así como en la formulación de investigaciones e intervenciones en salud, educación en salud y ciencias aplicadas al comportamiento. En 1974 se presentó la primera compilación

de evidencias respecto del uso del MCS en la práctica. Se describieron los orígenes, correlaciones teóricas y aplicaciones del modelo con relación a prácticas preventivas, así como sus aplicaciones en el comportamiento durante la enfermedad y el comportamiento de enfermos crónicos.

Más tarde, Janz y Becker presentaron la segunda gran compilación de reportes y análisis de estudios aplicativos del MCS. Se revisaron 46 estudios en los cuales los componentes del MCS fueron relacionados no sólo con comportamientos preventivos en salud, sino también con comportamientos durante la enfermedad (cumplimiento de regímenes médicos para hipertensión, diabetes y enfermedad renal terminal, por ejemplo), así como la utilización de servicios clínicos de la más variada naturaleza. Con relación a servicios preventivos, las investigaciones se focalizaron en fenómenos tales como vacunación, tamizaje para la enfermedad de Tay-Sachs, autoexamen de los senos, y comportamientos sobre factores de riesgo, tales como dietas, ejercicios, tabaquismo y uso de cinturones de seguridad. Para determinar el impacto de las variables del MCS sobre prescripciones preventivas, Janz y Becker construyeron una razón de significación para cada componente. La razón se formó dividiendo el número total de resultados positivos estadísticamente significantes por el número total de estudios que valoraron significación. De los 24 estudios correlacionales, las barreras tuvieron el impacto más frecuentemente reportado sobre el comportamiento (93%), seguidos por la susceptibilidad (86%), los beneficios (74%) y la severidad (50%). Por supuesto, estos resultados no señalan la magnitud del impacto de los constructos del MCS sobre los pasos preventivos tomados por los individuos. Más recientemente, Coombes y McPherson<sup>8</sup> presentaron una exhaustiva revisión de modelos de cambio comportamental relacionados con la salud.<sup>26</sup>

El MCS se encuentra sustentado teóricamente en las teorías socio-cognitivas, entre ellas el Inteaccionismo Simbólico (IS), el cual ofrece un modelo que permite identificar como se construyen los significados que guían los comportamientos en salud.<sup>26</sup>

George Herbert Mead es considerado uno de sus principales representantes de esta corriente teórica, tiene sus raíces en el pragmatismo nominalista y el conductivismo social. Su tesis principal señala que el grupo social es anterior al individuo, con ello se resalta que el ser humano es un ser social, que se forma y transforma a través de los estímulos recibidos de la sociedad. Su unidad de análisis se centra en la interacción entre el actor (individuo) y el universo (sociedad). Los argumentos que sustentan su tesis se fundamentan básicamente en lo que el denominó **acto** (relación intrapersonal) y **acto social** (relación interpersonal).<sup>26</sup>

Es precisamente en el análisis del acto, cuando esta corriente teórica presentan su mayor aproximación con el enfoque conductista, sin embargo a diferencia de este, no se interesa exclusivamente por los aspectos descubiertos de la relación estímulo- respuesta, sino por lo contrario se interesa por los aspectos encubiertos es decir que sucede dentro del individuo entre la llegada del estímulo y la respuesta que se emite. Vistas así las cosas el acto es un proceso intrapersonal que consta de las 4 fases dialécticas y estrechamente relacionadas entre si.<sup>26</sup>

1. *Impulso*, es la primera fase, se inicia cuando el individuo recibe un estímulo sensorial, considera las experiencias pasadas y las posibles consecuencias del acto de hacer algo.
2. *Percepción*, implica el discernimiento entre los estímulos recibidos y las imágenes mentales que se construyen.
3. *Manipulación*, una vez que se ha recibido el impulso y el objeto ha sido percibido, el siguiente paso hace referencia a la acción que individuo emprende con respecto a él. Sin embargo en esta etapa el individuo nuevamente contempla la implicación de su respuesta, valorando sus ventajas y desventajas.
4. *Consumación*, equivale a emprender la acción que satisfaga el impulso inicial.

Para Mead, el gesto se constituye en el mecanismo básico del acto social en particular y del proceso social en general. Este autor considera al gesto como los movimientos realizados por un emisor que provocan un estímulo en el receptor,

este último está en la posibilidad de dar una respuesta a este gesto de manera inconciente o conciente. Con base a esto, se dice que los gestos pueden ser:

- a. Concientes, cuando involucran la reflexión y por lo tanto se consideran como gestos significativos.
- b. Inconcientes, cuando no involucran a la reflexión, se denominan gestos no significativos.

Además los gestos pueden ser:

- a. Vocales, cuando se expresan por medio del lenguaje oral ó escrito. Es importante señalar que el lenguaje implica la comunicación tanto de gestos como de sus significados.
- b. Físicos, cuando se utiliza la expresión corporal, estos pueden ser gestos significativos, sin embargo presentan la dificultad de que las personas no tienen la facilidad para observar sus propias conductas.

Los **símbolos significantes** son otros de los argumentos ofrecidos por Mead a favor de sus tesis, definidos estos como gestos significativos cuyo significado es construido de manera conjunta entre el emisor y el receptor. Para él las relaciones humanas, no son otra cosa que una interacción dialéctica de símbolos significantes establecidos entre individuos. Además señala que los procesos mentales (pensamiento, inteligencia, razón, etc.) no dependen de las características estructurales del cerebro, sino de los símbolos significantes que recibe el individuo de su entorno social.<sup>26</sup>

Cuando se aborda el tema de la **conciencia**, es cuando el IS tiene su mayor aproximación con el pragmatismo nominalista. Mead admite dos significados para referirse a la conciencia, el primero es totalmente subjetivo y solo el actor tiene acceso a ella (por lo que no se interesó en ella) y el segundo señala que la conciencia depende totalmente de la inteligencia reflexiva, punto en que centra otro de los argumentos de esta corriente teórica. El concepto de inteligencia reflexiva ofrece a los individuos la alternativa de la voluntariedad y capacidad de transformación, lo que en el campo del tabaquismo pudiera brindar la posibilidad de modificación en los estilos de vida. Considera a la conciencia como un proceso funcional-social, que se ubica en el mundo objetivo antes que el cerebro mismo.



Admite que en el cerebro se ubican los procesos fisiológicos por los cuales perdemos y recuperamos la conciencia. Pero señala que los **significados** no residen en la conciencia sino dentro del acto social mismo, es decir en la relación entre el gesto de un individuo y el gesto con que le dan respuesta uno o varios individuos.<sup>26</sup>

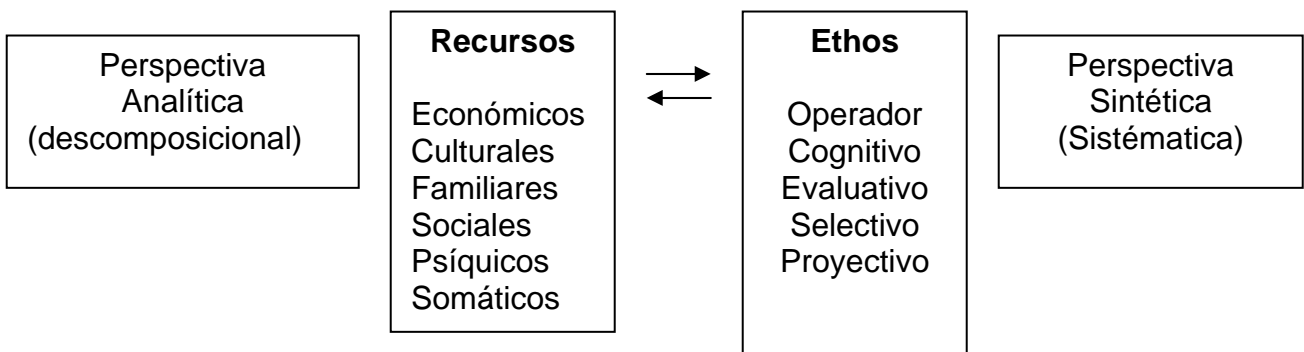
Mead, considera que la **inteligencia reflexiva** de los humanos radica en su capacidad de organizar en su propia mente el abanico de posibles respuestas ante una situación dada, su capacidad de elegir mentalmente varios cursos de acción y su capacidad de elegir entre un conjunto de estímulos, visto de esta forma la inteligencia es principalmente, una cuestión de selectividad. Que ofrece a los individuos la alternativa de la voluntariedad y capacidad de transformación, lo que en campo del tabaquismo pudiera brindar la posibilidad de modificación en los estilos de vida.<sup>26</sup>

La **mente**, es considerada como un proceso que nos mantiene en conversación continua con nosotros mismos, no está ubicada dentro del cerebro del individuo, sino que es un fenómeno social. Así que el proceso social precede a la mente y no la mente al proceso social. Este significado que se da a la mente permite al individuo tener la capacidad de salir de si mismos, para poder evaluarse, para poder convertirse en objeto de si mismo "SELF". El "yo" y el "mi" son elementos integrantes del SELF, con el termino "yo" hace referencia a los aspectos imprevisibles y a las respuestas innatas del SELF, esto permite la innovación, la creatividad y hace posible el cambio. Por su parte, el "mi" es el conjunto de actitudes de los demás que uno asume como propias, lo que nos permite vivir con aparente comodidad en la sociedad.<sup>26</sup>

Finalmente un argumento más ofrecido por el IS la capacidad de elección que brinda a los individuos, al señalar que estos no necesariamente aceptan los significados y símbolos que les son enviados de la sociedad, sino que a partir de su propia interpretación son capaces de formar nuevas líneas de significados. Tal vez este es uno de los argumentos menos esclarecedores de esta corriente, pues no profundiza en como el individuo puede escapar de la influencia que ejerce sobre él la sociedad.<sup>26</sup>

Para el análisis del contenido de la información obtenida en este proyecto se utilizarán los conceptos teóricos de ethos y comportamiento de Christian Lalive D'Épinay, quien centra su interés científico y campo de investigación en dos aspectos:

- a) La evolución socio cultural del individuo. Ubica al individuo en diferentes dominios: económicos, familiares, relacionales, socio-profesionales, culturales y también somático y psíquico, etc. Sin embargo este inventario de recursos es un marco insuficiente, tanto metodológicamente como desde el punto antropológico, puesto que reduce al individuo, por descomposición analítica (descomposicional) de propiedades, que no permiten entenderlo de manera sintética (sistemática) en relación a su aquí y su historia.
- b) Relación entre cultura-comportamiento y acción social. Son precisamente los relatos de vida el material que le permiten desagregar los modelos culturales e ir a los orígenes de las orientaciones de la acción social.



Este autor define al ethos como el conjunto de creencias, valores, normas y modelos que orientan un comportamiento. Es por tanto, el núcleo de una cultura, cuando caracteriza una sociedad, un grupo o una institución. El ethos incorporado por un individuo constituye su identidad socio-cultural.

### **El relato de vida y el análisis de Ethos.**

Un relato de vida, al ser un intento por conocer como el sujeto entiende su vida, tiene como característica central la subjetividad. Esta subjetividad, según muchos científicos, constituye el obstáculo principal de este tipo de técnica de recolección de datos. Sin embargo un locutor hábil con un buen sustento teórico que avale sus

observaciones e intervenciones puede lograr tan buena información como un instrumento cuantitativo validado.

El análisis del relato para este autor operativamente es insertado en un espacio tridimensional: dimensión temporal- dimensión social- dimensión espacial. Dimensiones que son interdependientes e inseparables <sup>(Anexo 1)</sup>.

En la dimensión temporal, se distingue:

- Relación del tiempo de su vida: la fase del ciclo de vida en la cual el sujeto se sitúa, su orientación temporal, etc.
- La historicidad o el tiempo de la sociedad, es decir la percepción temporal de la sociedad.
- La inserción del sujeto en la historicidad: la manera en que la persona percibe la articulación entre el flujo histórico y su propia vida, sus intereses por aquello que pasa a su alrededor, su modo de participación, su percepción del cambio y de su relación con él.

La dimensión espacial se subdivide en:

- Los espacios familiares: aquellos en los que el sujeto se siente en su casa y se muestra cómodo.
- Los espacios atravesados: los itinerarios o avenidas que sigue la persona para realizar las actividades que el espacio separa (domicilio y trabajo, domicilio y residencia secundaria, domicilio o trabajo y ciertos espacios recreativos, etc.)
- Los espacios prohibidos: aquellos que son propiedad de otros y donde se siente extraño
- Los espacios imaginarios.

La dimensión social distingue:

- La relación consigo mismo y con su cuerpo (Yo-yo)
- La relación con los otros, con quienes entable una relación directa (Yo-tu)
- La dimensión social, aquellos con quienes el sujeto se identifica y por consecuencia, aquellos de los que se diferencia (Nosotros-ellos) <sup>27</sup>





## **Objetivos del estudio**

- **General**

Conocer las percepciones que sobre el tabaquismo tienen los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica.

- **Específicos**

1. Identificar la apreciación del tabaquismo como problema de salud y enfermedad en individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica.
2. Identificar las actitudes que frente al tabaquismo tienen los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica.
3. Identificar las actitudes sociales que frente al tabaquismo tienen los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica.
4. Identificar las actitudes que frente a las estrategias para dejar de fumar tienen los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica.

## **Supuesto del estudio**

1. Los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica no presentan percepciones de riesgo del tabaco sobre su salud -enfermedad.
2. Los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica presentan percepciones actitudinales positivas sobre el consumo de tabaco.
3. Los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica presentan percepciones sociales positivas sobre el consumo de tabaco.
4. Los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica presentan percepciones negativas frente a las estrategias para dejar de fumar.

## Justificación

La Organización Mundial de la Salud, considera al tabaquismo como la “epidemia más importante de los siglos XX y XXI.” Al ser considerado como el factor de riesgo modificable, que mayor impacto tiene sobre los padecimientos cardiovasculares.<sup>i</sup>

Se prevé que, en el año 2000, el tabaco causará la muerte de alrededor de 4 millones de personas en todo el mundo. De hecho, ya es el responsable de 1 de cada 10 muertes de personas adultas y se cree que en el año 2030 la cifra llegará a 1 de cada 6, lo que equivale a 10 millones de defunciones anuales, más que las producidas por ninguna otra causa y más que el conjunto previsto de muertes por neumonía, enfermedades diarreicas, tuberculosis y complicaciones obstétricas. Si las tendencias actuales se mantienen, alrededor de 500 millones de personas hoy vivas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas durante su madurez productiva. Las muertes relacionadas con el tabaco, que en el pasado se limitaban en gran medida a los varones de los países de ingreso alto, sin embargo para el año 2030, 7 de cada 10 ocurrirán en las naciones de ingreso medio y bajo.<sup>i</sup>

En nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) en el año 2005 reportó una mortalidad nacional de 264,674 casos, de los cuales el 22.9% se debe a las enfermedades del corazón, convirtiéndose en la primera causa de mortalidad nacional.<sup>ii</sup> En la Unidad de Medicina Familiar no 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, las enfermedades del corazón ocupan la segunda causa de mortalidad, con un total registrado de 86 casos durante el 2006 y la primera causa de consulta del Médico Familiar.<sup>iii</sup>

Sin embargo pese a las evidencias, todavía no se toma conciencia del impacto que tiene sobre la salud, debido a diversas circunstancias, entre las que sobresalen las siguientes: existe un largo intervalo entre la exposición al tabaco y la aparición de serias enfermedades, las grandiosas ganancias que ofrece a la industria tabacalera y sin olvidar que alrededor del tabaquismo hay un ambiente de "normalidad del fumar", elegancia y distinción, virilidad y feminidad, ambiente de aventura y de reunión social, camaradería y compartir los momentos.<sup>i</sup>

Tal vez ello origine que pese a disponer en la actualidad de líneas de tratamiento farmacológico, que han mostrado excelentes resultados en el manejo de la deshabitación física de esta adicción. Solo alcanzan un éxito momentáneo o temporal, pues alrededor del 95-98% de los ex fumadores recaen durante el primer año después de suspendido el tratamiento. Al parecer esto es resultado de no considerar los aspectos personales y sociales que rodean al individuo adicto al tabaco.<sup>i</sup>

---



## **Universo de estudio**

Hombres y mujeres portadores de hipertensión arterial sistémica con hábitos tabaquico activo

## **Población de estudio**

Hombres y mujeres portadores de hipertensión arterial sistémica con hábitos tabaquico activo, derechohabientes de la UMF 94

## **Muestra de estudio**

Hombres y mujeres con hábitos tabaquico activo, derechohabientes de la UMF 94 que asistan durante el período de integración de la muestra.

## **Determinación estadística de tamaño de muestra**

No se determinará estadísticamente tamaño de nuestro debido al diseño del estudio.

## **Tipo de muestreo**

Utilizaremos muestreo no probabilístico por conveniencia.

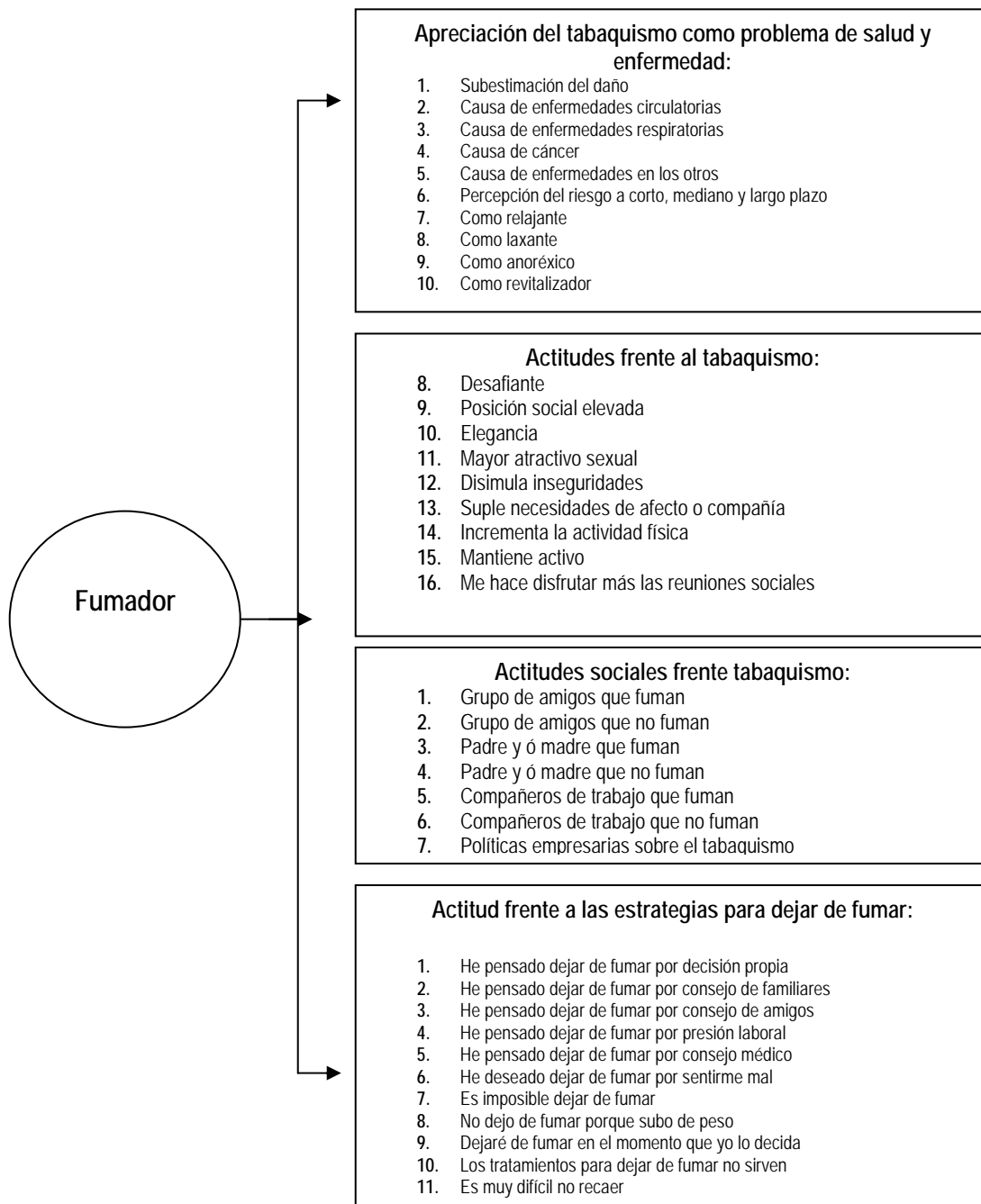
## **Diseño del estudio**

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Que utilizará la metodología cualitativa para el análisis de los relatos de vida.

## **Análisis de relaciones**

Los datos obtenidos a través de los relatos de vida serán interpretados desde la perspectiva del interaccionismo simbólico y los resultados serán presentados con base a la teoría del ethos.

## Sistema de relaciones conceptuales



## **Criterios de selección de la muestra**

### *Inclusión:*

1. Hombres y mujeres mayores de 35 a 75 años de edad, derechohabiente de la UMF 94
2. Con tabaquismo activo de 5 ó más 5 cigarros diarios
3. Con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica sin importar el tiempo de evolución.
4. De cualquier turno
5. Que acepten participar en el estudio voluntariamente asistiendo al total de las entrevistas programadas.
6. Sin alteraciones auditivas o del lenguaje que impidan la realización de la entrevistas.
7. No ser portador de cáncer pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis.
8. Sin trastornos psiquiátricos / psicológicos

### *No inclusión:*

1. Pacientes en tratamiento psicológico o farmacológico de deshabitación en el momento de la investigación.

## **Procedimiento para integrar la muestra**

Los investigadores solicitarán apoyo a la Jefatura de Trabajo Social de la Unidad, a fin de que envíen a la jefatura de enseñanza a las personas que cumplan con los 4 primeros criterios de inclusión. Los investigadores invitarán personalmente a los involucrados a participar en el estudio previo consentimiento informado (haciendo énfasis en que la entrevista será grabada y se respetará la confidencialidad), así mismo se identificará que no existan alteraciones anatómicas o funcionales que limiten la calidad de la entrevista.

## **Programa de trabajo**

- 1.- Capacitación sobre investigación medica científica.
- 2.- Recopilación e investigación bibliográfica teórica y científica.
- 3.- Selección y redacción del problema en estudio
- 4.- Construcción del marco teórico y científico
- 5.- Redefinición del planteamiento del problema
- 6.- Construcción de proyecto de investigación
- 7.- Solicitud de autorización del proyecto ante el comité local de investigación
- 8.- Integración de la muestra y recolección de datos
- 9.- Registro y análisis de datos
- 10.- Obtención de resultados, elaboración de conclusiones y sugerencias
- 11.- Solicitud de terminación de proyecto ante el comité local de investigación

## **Cronograma de actividades** Anexo 2

### **Plan de intervención**

Una vez que se haya obtenido el consentimiento voluntario de los participantes, se programara cita individual para entrevista. La cual tendrá una duración máxima de 60 minutos, se planea un número de tres sesiones o las necesarias hasta alcanzar el punto de saturación de nuestras relaciones conceptuales.

El investigador, realizará grabación de la entrevista, la cual estará dirigida con las siguientes preguntas abiertas.

1. ¿Cuénteme como fue que Usted empezó a fumar?
2. ¿En que ocasiones le es más grato fumar?
3. ¿Explíqueme porque le es importante fumar?
4. ¿Que beneficios les proporciona el cigarro?
5. ¿Ha notado que el cigarro haya afectado su salud?
6. ¿Cuénteme que le gusta de las personas que fuman?
7. ¿Considera que el cigarro pueda ofrecer algún riesgo para su salud?
8. ¿Existen momentos en que considera muy importante fuma?
9. ¿Explíqueme si hay ocasiones en que evita fumar?
10. ¿Qué le desagrada de las personas que le prohíben fumar?
11. ¿Considera que el cigarro le beneficia a su salud?
12. ¿Ha pensado dejar de fumar?
13. ¿Cómo es que ha intentado dejar de fumar?
14. ¿Cuénteme como se ha sentido cuando ha dejado de fumar?
15. ¿Platíqueme como lo han tratado sus amigos o familiares cuándo ha intentado dejar de fumar?

Posterior a cada entrevista los investigadores procederán a transcribir la sesión identificando en cada una de las respuestas las diferentes categorías en las que hemos dividido las diferentes percepciones, posteriormente se analizara cada una de ellas para obtener las frecuencias que resulten se compararán con las premisas teóricas antes dispuestas.

## I.-Apreciación del tabaquismo como problema de salud/enfermedad:

### I.a) Subestimación del daño provocado por el tabaco:

- “Yo tengo lo de la presión y... no es bueno tampoco que fume ¿no?...”  
“A lo mejor y también es por la edad”  
“Pero yo no soy de los que fuman uno y otro y otro, como mi compañero”  
“Ya tengo cinco años que me dijeron que tengo lo de la presión... pero siempre esta controlada”  
“Cada mes vengo a mis consultas y mi presión esta bien...”  
“Se que el cigarro es malo para la salud, pero que hago”  
“No es que no sepa que me hace daño... pero me gusta”  
“Me siento muy bien cuando fumo”  
“No he sentido nada”  
“Que me despierte no creo que tenga nada de malo”  
“Yo no creo que pueda ser tan malo fumar”  
“Me siento bien fumando”  
“Me siento bien después de fumar”  
“Yo fumo y no siento nada”  
“Yo nada, no siento nada”
- “Mi doctora me dijo que todo estaba bien con mis pulmones”  
“Como le digo, me siento bien fumando”  
“A mi nunca me han dado esas cosas de la tos y todo eso”  
“No creo que me llegue a dar cáncer que es lo mas duro del cigarro”  
“Nunca me he sentido mal ...y me gustaba fumar”  
“No me he puesto un día para dejar de fumar por que estoy bien fumando”  
“Después ya no sentí nada y creo entonces que no fue por el cigarro”  
“Mi doctor me dice que mi presión esta bien y yo no siento nada”  
“Antes de empezar a trabajar me fumaba un cigarrillo, me sentía muy bien”  
“Me siento muy bien cuando fumo”  
“Me pone hasta de buenas”  
“Nada mas me ha dado esa tosecita pero ya se me quitó”  
“Yo no tengo nada”

### I.b) Como causa de enfermedades circulatorias

- “También dicen que se van cerrando las venas o algo así”  
“A la larga yo puedo tener algo en el corazón”  
“Si sigo fumando podría darme algo en el corazón”
- “También causa cosas malas en el corazón”  
“El corazón se acelera...”

### I.c) Como causa de enfermedades respiratorias

- “Dice que se va acabando el aire en el cuerpo y de vez en cuando a mi me falta el aire”  
“Pero ya no puedo en ocasiones respirar”  
“En ocasiones me da mucha tos, yo se que es por el cigarro”  
“Puede causar problemas en los pulmones”  
“También en los pulmones puede dar cáncer”
- “Si fumas el pulmón se enferma... pero no sé como”  
“El humo puede llegara sus pulmones y enfermarlos”  
“Puede dar bronquitis ¿no?”  
“Se empieza por sentir falta de aire...”  
“Puede causar enfermedad en el pulmón”  
“Además de problemas con los pulmones y de respiración”  
“Se ponen morados de las manos y los labios”

### I. d) Como causa de cáncer

“Se que seguir fumando me puede comenzar a dar cáncer de pulmón, ¿no?”  
“Puede darme hasta cáncer de pulmón”  
“Si sigo fumando se que puede darme cáncer de pulmón”

“Cuando el humo llega a los pulmones puede llegar a causar cáncer no??”  
“Pero también se que puede provocar cáncer”  
“El cigarro causa cáncer”

#### I. e) Como causa de enfermedades en los otros

“Mi hija... por lo de sus hijas que podría afectarles”  
“No sé como, ¿Qué tal si el cigarro o el humo les hace daño?”  
“Podría causarles problemas en los pulmones”  
“Se que es malo para los que viven en mi casa”  
“A mi esposa va a acabar por hacerle daño también”  
“Yo se que es malo también para los que viven con uno”  
“No quiero pensar que pueda hacerles daño”  
“Se que puede afectarles pero hasta ahora nadie me ha dicho nada”

“El humo es el que les haría daño a los que viven conmigo”  
“Creo que también llega a los pulmones y también provocarles enfermedad”  
“Puede hacerles daño”  
“Si, yo creo que si, dicen que son los fumadores pasivos no?”  
“Puede causarles algo en las vías respiratorias”  
“Les da tos no ?...”

#### I. f) Percepción de riesgo a corto, mediano y largo plazo

“A lo mejor es por la edad”  
“Puede dar cáncer pero eso es a la larga”  
“Los fumadores de largo tiempo tosen mucho”

“A la larga puede darme cáncer de pulmón”  
“A lo mejor se necesita mucho tiempo para poder sentir cosas no?...”

#### I. g) Efecto del tabaco como relajante

“Me tranquiliza, cuando estoy nervioso”  
“Como que me calma, después de un día ajetreado”  
“Cuando tengo problemas tengo que fumarme uno aunque sea”  
“Fumo cuando estoy muy nervioso”  
“Cuando el tráfico esta muy pesado me da por fumar”  
“Me desesperaba en buscar trabajo y fue como empecé a fumar”  
“Fumo cuando estoy con preocupaciones o nervioso”  
“Cuando tenia la presión del trabajo otra vez empecé a fumar”  
“Como que me tranquiliza y me gusta fumármelos”  
“Yo fumo por que me calma”  
“Quiero fumarme un cigarrito para tranquilizarme”  
“Empecé a fumar solo para relajarme”  
“Yo sentía que me relajaba después de haber trabajado”  
“Después de la comida, para relajarme me fumo uno”  
“Después de la cena me fumo el cigarrito para irme a descansar tranquila”

“Me gusta fumar cuando estoy viendo mi novela por que como que me hace disfrutarla mas”  
“Me ayuda a irme mas tranquila por la vida”  
“Para tranquilizarme después de todo el día”  
“La demás gente que fuma creo que también quieren tranquilizarse”  
“Las personas que fuman, seguramente tuvieron un mal día o atareado y quieren relajarse”  
“Fumaba por que ahí si tenia muchas preocupaciones”  
“Por que me sentía muy presionado”  
“Cuando tenia una presión es cuando fumaba mas y aumentaba la cantidad”  
“Fumaba menos cuando no tenia tensiones”  
“Cuando me metía a trabajar como que me sentía muy tensa y fumaba más”  
“Me gusta fumar después del trabajo y problemas del día”  
“Me tranquilizaba después de hacer una actividad”  
“Era como un alivianador”  
“Como que me tranquiliza”

#### I. h) Efecto del tabaco como laxante

“Cuando termino de comer, me fumo un cigarro y hasta me asienta el estómago”  
“Cuando acabo de comer o cenar, me siento bien, creo que me ayuda

“No tengo ningún problema de sentirme llena o malestares como de estreñimiento o algo así, siento que me ayuda”

a la digestión”  
“Fumaba mas cuando terminaba de comer”

“Después de una buena comida un buen tabaco para sentirse bien”

I. i) Efecto del tabaco como anoréxico. Los entrevistados no mencionaron estos efectos de manera espontánea y el investigador no los exploro.

I.j) Efecto del tabaco como revitalizador

“En mi trabajo me aburro mucho y me dan ganas de fumar”  
“Me fumo un cigarrito al comenzar y así se me quita un poco el sueño”  
“Antes de trabajar me fumo un cigarrito”  
“Vuelvo a trabajar con mas ganas y sin tanto sueño”  
“Cuando fumo como que me da menos sueño”  
“El cigarro me hace sentirme despierto, lleno de vida...”  
“Me siento cansado cuando no me lo fumo”

“Si fumo, como que el tiempo es mas largo”  
“Se la pasaban fumando y como el tiempo se hacía largo, pues... fumábamos todas”  
“En el trabajo me daba frío y con el cigarrito me calentaba para empezar a trabajar”  
“Como que me daba energía para empezar el trabajo”  
“Fumaba y como que me ayudaba a pensar”

## II.-Actitudes frente al tabaquismo

II.a) Desafiante

“No fumamos cerca de las máquinas”  
“Porque dicen que el filtro del cigarro te protege ¿no?, porque el humo es el malo”  
“Es difícil que mi compañero no deje de fumar en el trabajo”  
“Puede ser que los métodos para dejar de fumar me ayuden a dejarlo”  
“Me da un poco de miedo por que mi padre murió de un infarto y fumaba mucho”  
“Cuando mi jefe me regaña, me da coraje y me da por fumar”  
“Para calmarme las ganas solo me fumo uno”  
“Empecé a fumar en la fábrica en donde trabajaba”  
“Se me acaba el dinero por estar comprando la cajetilla”  
“Me salía de la casa para continuar fumando sin que me vieran”  
“Mejor fumaba en el trabajo para que no se dieran cuenta y no me dijieran nada”  
“Mi medico me dice que deje de fumar, pero el también fuma, hasta que él deje de fumar yo intentaré dejarlo”  
“Cuando no estaban mis hijos en la casa me fumaba uno dentro de la casa”

“Mejor me salgo a la calle a fumar para que me dejen de decir que deje de fumar”  
“Siempre fumaba en el trabajo, pero era difícil volver a fumar dentro”  
“En el trabajo teníamos que irnos al baño para que nos dejaran fumar”  
“Me jubilé y ya no me escondería para fumar”  
“Fumar era una manera de hacerme daño”  
“Se que es malo, pero quería hacerme daño por que había sido tan mala”  
“Sabia que esta mal fumar, pero ahora si que me agarró el vicio”  
“Me dio miedo sentirme mal y de fumarme 15 cigarros fumaba nada más cinco”  
“Sabia que si fumaba me iba a hacer mas daño”  
“Es malo y lo sé, pero hasta ahora no había pensado en dejarlo”

II.b,c,d) Posición social elevada, Elegancia, Atractivo sexual

“A mis papá les gustaba que mi novio me fuera a dejar, decían que era de buena familia y haber si el podría quitarme el vicio del cigarro”  
“Cuando subí de puesto me sentía bien fumando”  
“Sentía que me daban mi lugar al verme fumar desde mi escritorio”  
“Si mi marido fuera el que fumara, sería mas atractivo no?”

“Mi tío empezó a ganar dinero y era bien visto que fumara”  
“Me gustaba fumar por sentirme importante en mi nuevo trabajo”  
“Creo que a mi esposa le atrajo que yo fumara”  
“A mi primera novia le gusta que fumara”  
“Se ven bien fumando, los hombres”

II.e) Disimula inseguridades

“Cuando los hijos no llegan temprano, me pongo nervioso y es

“Nos hacia vernos mas grandes de lo que éramos ante los



cuando de nuevo empiezo a fumar”  
“Si no fumo antes de empezar a trabajar, me da sueño”  
“Me gustaba que ellos pusieran la mirada en mí, por que no era un cerebritito en la escuela”  
“Me gustaba que me admiraran”  
“Como mis compañeras fumaban también yo”  
“Eso si que no haya ninguna otra cosa que me preocupe por que empiezo a fumar”

hombres”  
“Lo hacíamos como protección a nosotras mismas”  
“Era como igualarnos a los hombres y a lo mejor ya no quería salir conmigo”  
“La verdad es que nunca deje de fumar menos por que siempre tenia problemas”  
“Primero fue por la angustia de que me había dejado, pero después fue de mantener a mis hijos”  
“Sentía que podía arreglar mis problemas”  
“Me ayudaba a resolver problemas”

## II.f) Suple necesidades de afecto o compañía

“Me la paso encerrado en el cuarto de maquinas, por eso me fumo un cigarrito”  
“Cuando me vieron fumar, hasta mas amiguitos tenía”  
“Fumaba solo por estar con mis amigos”  
“Cuando iban sus novios nada que fumaban, nada, nada...”

“Empecé a fumar desde que mi pareja me dejó”  
“Empecé a fumar desde que me enteré que estaba con alguien más”  
“Cuando me sentía triste y cada vez que me sentía mal me ponía a fumar”  
“El fumar me ayudaba no sentirme triste”

## II.g) Incrementa la actividad física

“Yo siento que hasta me mejora”  
“Me da como que mas fuerzas”  
“Cuando fumo, puedo hacer mas cosas en menos tiempo”  
“Me siento mas productivo y ágil”

“Yo siento que si fumo hasta mejor me siento”  
“Ayuda a sentirme mejor”  
“Así saco mas dinero y hago mas cosas en el día”

## II.h) Mantiene activo

“Me aburro mucho y me dan ganas de fumar”  
“Tengo que fumar para despertar y comenzar a manejar”  
“Después de un cigarrito vuelvo a trabajar con ganas y sin tanto sueño”  
“Siento que me quita el sueño”

“Con el se me quita un poco el sueño”  
“Fumo cuando necesito despertarme”  
“Es como si me activara después de fumar, como si me pusieran la pila...”  
“Para mi es necesario, por que si no el tiempo se me va”

## II.i) Me hace disfrutar las reuniones sociales

“Cuando voy a fiestas o reuniones familiares es cuando fumo mas”  
“Después de salir de trabajar en el camino a nuestras casas nos ibamos fumando mis compañeras y yo”  
“Cuando fumo disfruto mas mi novela”  
“Me hace disfrutar mas mi novela”

“Cuando fumo el tiempo de mi novela se hace mas largo y siento que tarda mas en acabar”  
“Me gusta fumar en las reuniones para ambientarme”  
“Me tranquiliza y así puedo disfrutar mas de las cosas”

## III.- Actitudes sociales frente al tabaquismo

### III. a) Grupo de amigos que fuman

“Yo creo que es por estar en compañía, porque luego no hay ni con quien platicar”  
“En la parada, los compañeros se la pasan platicando y claro se ponen a fumar”  
“Diario tenia que fumar con mis amigos”  
“Mis compañeros en el descanso si fuman mucho”  
“A la hora del descanso era cuando mis compañeras se dedicaban

“Mis compañeras me jalaban a hacerlo también”  
“Junto con mis compañeros que fumábamos juntos”  
“Con mis compañeros a la hora del descanso a comer y a fumar un poco, ellos eran igual a mi”  
“Mejor me iba con los compañeros que fumaban igual que yo”  
“Mi pareja fumaba desde joven”

a fumar”  
“Me insistieron mucho para enseñarme a fumar”

“Mi pareja fumaba 10 cigarrillos al día”  
“Entre la comida y el descanso me daban un cigarrillo”

### III.b) Grupo de amigos que no fuman

“Mis compañeros que no fumaban se admiraban que yo fumara”  
“Ellos también querían probar por curiosidad”  
“Una amiga, que no fumaba me hizo darme cuenta que ya me fumaba una caja completa”

“Mi novio no si quiera sabía que fumaba”  
“Cuando mi novio llegó a la librería me encontró fumando, pero no me dijo nada”

### III.c) Familiares que no fuman

“Hay veces que me regañan y me dicen ya no fumes abuelito”  
“Mi familia me ha dicho que deje de fumar, pero no puedo”  
“Mi familia me pide que ya no fume, porque puede hacerme daño”  
“Una de mis hermanas es la que me insiste en dejar de fumar por que me hace daño”  
Mi familia me pide que ya no fume, dicen que puede hacerme daño”  
“Una de mis hermanas insiste en que deje de fumar”  
“Cuando fumo mi esposa me dice que esta mal”  
“Mis hijas y mi esposa me dicen que no fume”  
“Mi esposa me dice que me va a hacer mal”  
“El humo es lo que no les gustan a mis hijas y a mi esposa”  
“Había visto a mi padre hacerlo desde que era niño y a mis hermanos también”  
“En mi casa mi esposa y mi hija me piden que ya no fume”  
“Mi papá ni siquiera sabía que fumaba”  
“Mi hijo me insistía mucho en dejar de fumar”

“Mi hijo a veces me dice: “ya no deberías de fumar más mamá, es malo y puede hacerte daño...”  
“Mi nuera quería que dejara de fumar”  
“Mi madre y mi padre, cuando se dieron cuenta de que fumaba me decían que ni lo hiciera”  
“Cuando nos casamos también me decía que dejara un poco el cigarrillo”  
“Mi marido me decía que le bajara al número de cigarrillos que me fumaba”  
“Mi hijo me ha dicho en varias ocasiones que lo deje”  
“Mi esposa me decía que les podría hacer daño a mis hijos”  
“Que mejor fumara lejos de la casa o fuera de ella”  
“Mis hijos pensaban que me estaba haciendo daño yo misma”  
“Me decían que no fumara, que olía feo o que me iba a hacer daño”  
“Mis hijos me decían que me iba a hacer daño”  
“Mi hija me decía que mi ropa olía a cigarrillo y hasta yo misma”  
“Ninguno de mis hermanos fumaba”  
“Mi nuera le pide a mi hijo que me diga que no fume, lo hace por que me hace mal”

### III.d) Familiares que fuman

“Recuerdo que mi padre fumaba mucho”  
“Antes solo mi padre fumaba”  
“En la casa nadie fuma, antes solo mi padre”  
“Mi padre también fumaba mucho”  
“En mi familia eran todos fumadores”  
“Mi papá, mis hermanos y todos mis tíos fumaban mucho”  
“Mi papá fumaba junto con sus hermanos”  
“Había visto a mi padre hacerlo muchas veces”

“Mi papá seguía fumando”  
“Me la pasaba oliendo el humo del cigarrillo de mi papá y mis hermanos”  
“Uno de mis hijos fuma, muy poco por sus dos chiquitos, por eso no fuma como uno”  
“Mi hermano mayor si fuma, pero me dicen que es poco”  
“Un tío que vivía cerca de nosotros si fumaba, siempre que lo veíamos estaba fumando”

### III.e) Compañeros de trabajo que fuman

“Hay un muchacho que esta conmigo y que fuma sin parar uno tras otro”  
“Conocí a unos amigos, pero ellos si fumaban”  
“Me decían que si no sabía fumar que ellos me enseñaban”  
“Para que no me insistieran tanto, les acepté uno y otro y otro...”  
“En el trabajo mis compañeras continuaban fumando y siempre me invitaban uno”  
“Cuándo teníamos nuestra hora de descanso, mis compañeras se dedicaban a fumar”

“Mis compañeras me invitaban un cigarrillo y empecé de nuevo”  
“Veía a mis amigas y a gente que dejaba de fumar y buscaban el cigarrillo como desesperadas”  
“Trabajaba en una librería con dos compañeras mas que también fumaban”  
“El ambiente de la oficina era así”  
“Al estar trabajando todo mundo tenía prendido el cigarrillo”  
“Siempre había alguien que estaba fumando en el trabajo”

### III.f) Políticas empresarias sobre el tabaquismo

“En el trabajo cuando baja el dueño a las calderas nos dice que no debemos de fumar, porque hay maquinas de gas”  
“En el trabajo no puedo fumar, solo cuando salimos a la comida”  
“Dentro de las instalaciones no podemos fumar nada”  
“Empecé a fumar en la fabrica donde trabajaba”

“Si solo fumaba en el trabajo, nadie se daría cuenta”  
“Pensaba que si fumaba dos o tres al día en el trabajo no pasaría nada”  
“En el trabajo ya ve que no dejaron de fumar más”  
“Tenia que fumar hasta en el baño en el trabajo”  
“Aun no había eso de la ley que ahora hay”

## IV.- Actitud frente a las estrategias para dejar de fumar

### IV.a) He pensado dejar de fumar por decisión propia

“No me lo he propuesto”  
“Yo quisiera dejar de fumar pero no es fácil”  
“Hasta ahora no he intentado dejarlo”  
“Tengo que pensar en como dejarlo”  
“Hasta ahora no lo he intentado”  
“Tengo que pensar como dejarlo”  
“Ya había pensado en dejarlo”  
“Creo que si puedo dejarlo si me lo propongo”  
“Si me lo propongo podría dejar por fin el cigarro”  
“Prometí dejar de fumar”  
“Yo creo que si puedo dejar el cigarrote”  
“Intentaría dejar de fumar, pero no con los chicles”  
“Si lo intento, yo creo que puedo dejarlo solo”  
“Hay que tratar de dejarlo”  
“Se que puedo dejarlo otra ves”  
“Cuando no estoy muy nervioso puedo dejar de fumar”

“Ya le baje al no fumar tanto”  
“Si pude dejar de fumar sola como un mes o un poquito mas”  
“Cuando estaba embarazada, los nueve meses deje de fumar”  
“Deje de fumar por mis hijos que venían al mundo, por eso valía la pena...”  
“Cuando estaba embarazada fue cuando deje de fumar”  
“Si uso algún método no necesitaría mas para dejar el cigarro”  
“Además si pude dejar el cigarro cuando estaba embarazada, yo creo que puedo dejarlo”  
“Los métodos para dejar de fumar si funcionan y que me ayudarían a dejar el vicio”  
“Yo creo que si puedo dejarlo sola”

### IV.b) He pensado dejar de fumar por consejo de familiares

“Mi familia me ha dicho que deje de fumar, pero no puedo”  
“Mi esposa me ha pedido que deje de fumar, pero no me ayuda”  
“Mi mamá me decía que no estaba bien visto que una señorita fumara y traté de dejarlo”

“Utilizaría el chicle, por tener la sensación del cigarro el la boca”  
“Pensé en dejarlo cuando mis hijos me lo pedían pero ni siquiera pude bajar la cantidad”  
“Después del regaño de mis padres, pensé en dejar de fumar”

### IV.c.d) He pensado dejar de fumar por consejo de amigos, He pensado dejar de fumar por presión laboral

“En varias ocasiones me decían, pero nunca lo dejé”  
“Mi patrón me ve fumar, pero a veces hace como que no ve vio”

“Nunca tomé el consejo de mis compañeros de dejar de fumar”

### IV.e) He pensado dejar de fumar por consejo médico

“La doctora de mi consultorio me ha dicho que lo deje, pero ya ve, la falta de tiempo”  
“Como me dice mi doctora que me hace mucho daño, pensaré en dejarlo”  
“Mi doctor me decía que era malo, por eso lo dejé”  
“El doctor me dijo que podría hacerle daño al bebé”

“El doctor me dijo que si seguía fumando, mis bebés podrían salir mal”  
“El médico me dijo “le hace daño a su bebé” y lo dejé”  
“Mi médico me ha dicho que lo deje y ya me fumo siete al día, menos que antes”

### IV.f) He deseado dejar de fumar por sentirme mal

“Cuando me da la tos, yo se que si no fumo ese día se pasa solo y al siguiente día ya no tengo nada”  
“Si ya empiezo a tener molestias como falta de aire pues yo creo que tendré que dejarlo”

“Si trate de dejarlo, por que me empezaba a dar tos en las tardes y me fluía mucho moco por la nariz”

#### IV.g) Es imposible dejar de fumar

“Se vuelve como una necesidad”  
“Ni yo mismo me doy cuenta, de que ya tengo el cigarro en la mano”  
“Un día trate de dejarlo y nada no he podido”  
“Me costaría mucho trabajo dejarlo”  
“Siento que no podría despertar”  
“Creo que si puedo dejarlo si me lo propongo”  
“He tratado de dejarlo ero no he podido”  
“Es necesario que fume antes de empezar a trabajar”  
“Que no me de sueño por que puedo volver a fumar”  
“Necesito de él para despertarme”  
“No he pensado en dejarlo”  
“Automáticamente se me antoja un cigarro”  
“Es difícil no fumar allí”  
“Para dejarlo se necesita tiempo y yo no puedo venir”  
“Es muy difícil dejarlo”  
“Es difícil dejar el vicio”  
“Nunca me aleje del vicio”  
“Lo sé pero es muy difícil dejar de fumar”  
“Es una adicción al tabaquismo”

“Hasta la fecha continuo fumando”  
“No, no, no he pensado en dejar de fumar”  
“Pero después de los nueve meses, empecé igual a fumar”  
“Era muy difícil dejar el cigarro”  
“Al final del día no podía faltar un cigarrillo para poder dormir bien”  
“Nunca deje de fumar mis cigarrillos”  
“La verdad es que si me cuesta dejar el cigarro”  
“No creo que pueda ponerme un día para dejarlo”  
“Es difícil dejar de fumar y mas con las personas que también fuman”  
“No puedo dejar de fumar”  
“Nada mas le bajé a la cantidad, pero no lo he dejado del todo”  
“Para que vea que no es tan fácil dejar de fumar”  
“No había podido dejarlo”  
“Había veces que no podía esperar al descanso y me iba al baño a fumar”  
“Ahora ya no puedo dejarlo”

IVh). No dejo de fumar porque subo de peso. Los entrevistados no mencionaron estos efectos de manera espontánea y el investigador no los exploro.

#### IV i). Opinión sobre los tratamientos para dejar de fumar

“Se que existen chicles y parches pero no sirven”  
“Pero yo creo que si puedo dejarlo yo solo”  
“Me dijeron que masticaré varias veces al día tabaco, para que se me quitará la tentación del tabaco, pero nada, seguí fumando”  
“Ahora se que hay varias cosas para dejarlo, pero no los he probado”  
“No se si sirvan, me imagino que si”  
“No he probado ningún método para dejarlo”

“No he probado ningún método para dejarlo y me costaría mucho trabajo dejarlo”  
“Para poder dejar el cigarro lleva un tiempo grande, imagínese cuanto tiempo estará viniendo?”  
“Trató de dejar de fumar con unos chicles, pero volvió a caer en el cigarro”  
“Ya vi, que no funcionan”

#### IV.j) Opinión sobre las recaídas

“Solo sirven por unos cuantos meses”  
“Me costaría mucho trabajo dejarlo”  
“Me sentía mal de no fumar”  
“Me sentía como nerviosa, quería hacer muchas cosas, pero me ganaba la ansiedad por no fumar”

“Veía la cajetilla y me entraban las ganas de fumar”  
“Utilizaría un método para dejar de fumar por que me costaría trabajo”  
“Después de tanto tiempo de fumar, me costaría trabajo”  
“No volver a fumar depende de uno”

A continuación se ubican estos resultados en forma individual de acuerdo al relato de vida (ethos).

Pte	Edad	Dimensión temporal			Dimensión espacial			Dimensión social		
		Tiempo de vida	Historicidad	Inserción social	Familiar	Atravesados	Prohibidos	Yo-Yo	Yo-tu	Nosotros/ellos
C. G. S. ♂	69	"Bueno... yo empecé a fumar cuando era muy joven"	"Recuerdo que mi padre fumaba mucho"  "Mis tíos fumaban en las reuniones familiares."	"Comencé a fumar por que todos en la cuadra fumaban"  "Mi compañero me ofrece un cigarrito y ni modo.... de no aceptar" "Me tranquiliza cuando estoy nervioso..."  "Me calma, me siento más tranquilo y en problemas tengo que fumarme uno... aunque sea"	"Cuando llego a casa trato de no fumar"  "Trato de fumar fuera de casa cuando mis nietecitas no están frente de mí"	"Me apuro a fumar antes de llegar a la casa o en el camino al trabajo"	"En el trabajo cuando baja el dueño a las calderas, nos dice que no debemos de fumar por que hay maquinas de gas y ... bueno es peligroso"  "...Pero me aburro mucho en el trabajo y el cigarro me distrae"  "No fumamos cerca de las maquinas"	"Siento que es un momento de tranquilidad, lo disfruto cuando fumo, me gusta el sabor"  "No he podido dejarlo, cuando me doy cuanta ya lo tengo en la mano"  "Cuando me pasa eso de la tos siento que me lastimo la garganta y yo digo que es por el cigarro"	"Mi esposa.. Desde que nos casamos me dice que no le gusta que fume"  "Por mis nietas y mi esposa que no les gusta el humo, quisiera dejar el cigarrito..."	"Mi hija me dijo que el Dr. le dijo, que el humo del cigarro podría afectar a mis nietas... y que mejor era que no fumara cuando estén ellas"  "Si no dejo de fumar en frente ellas pueden empeorar de su asma"

<i>Pte</i>	<i>Edad</i>	<i>Dimensión temporal</i>			<i>Dimensión espacial</i>			<i>Dimensión social</i>		
		<i>Tiempo de vida</i>	<i>Historicidad</i>	<i>Inserción social</i>	<i>Familiar</i>	<i>Atravesados</i>	<i>Prohibidos</i>	<i>Yo-Yo</i>	<i>Yo-tu</i>	<i>Nosotros/ellos</i>
L P R ♂	59	<p>"Empecé a fumar desde muy pequeño"</p> <p>"Mas o menos cuando tenía 14 años"</p> <p>"Cuando empecé a trabajar junto con mi padre"</p>	<p>"Mi padre también fumaba mucho"</p> <p>"Los compañeros fumaban durante el descanso"</p>	<p>"Por aquello de que los compañeros también fumaban"</p> <p>"Allí seguí fumando... ",</p> <p>"Después vuelvo a trabajar con ganas y sin tanto sueño",</p> <p>"Es necesario que fume antes de empezar a trabajar"</p> <p>"Eso si que no me de sueño por que puedo volver a fumar"</p> <p>"Me siento mas productivo y ágil"</p>	<p>"En la casa nadie fuma, mas que yo, antes solo mi padre"</p> <p>"Hay veces que mejor me salgo a fumar fuera de la casa, para no molestarlas"</p>	<p>"Después de dos o tres dejadas, me estaciono a fumarme un cigarrito"</p> <p>"Prefiero fumar antes de llegar a casa"</p>	<p>"Fumo cuando estoy muy nervioso o necesito despertarme"</p>	<p>"Dicen que a la larga yo puedo tener algo en el corazón igual que como mi padre"</p> <p>"No es que no sepa que me hace daño, pero la verdad es que yo siento que hasta me mejora"</p> <p>"No siento nada, ni me canso, ni nada, al contrario me da mas fuerzas"</p>	<p>"Mi hermana me pide que deje de fumar por que me hace daño, dice que puede darme hasta cáncer de pulmón"</p> <p>"Mi esposa es buena y me comprende, también cuando fumo, me dice que esta mal pero me comprende"</p>	<p>"Mi familia me pide que ya no fume, por que les molesta el humo y dicen que puede hacerme daño"</p> <p>"Dicen que el olor se les queda en la ropa y hasta en el pelo"</p> <p>"Mis hijas y mi esposa me dicen que no fume pero siempre me han comprendido"</p>

Pte	Edad	Dimensión temporal			Dimensión espacial			Dimensión social		
		Tiempo de vida	Historicidad	Inserción social	Familiar	Atravesados	Prohibidos	Yo-Yo	Yo-tu	Nosotros/ellos
E P C ♀	63	<p>"Empecé a fumar cuando tenía mas o menos 15 años"</p> <p>"Empecé a fumar solo para relajarme"</p>	<p>"Mis amigas me insistieron mucho para enseñarme"</p> <p>"Empecé por que mis compañeras me jalaban a hacerlo"</p>	<p>"Cuando tenia nuestra hora de descanso era cuando mis compañeras se dedicaban a fumar"</p> <p>"Era como un premio después de haber trabajado"</p> <p>"En el trabajo mis compañeras seguían fumando y siempre me invitaban uno"</p> <p>"Cuando estoy viendo mi telenovela me da por fumar por que la disfruto más", "</p>	<p>"Empecé a fumar fuera de la casa, en el patio o en la calle",</p> <p>"En ocasiones me salía de la casa para continuar fumando"</p>	<p>"Después de salir de trabajar en el camino a nuestras casas también nos íbamos fumando"</p>	<p>"Fumaba en mi trabajo para que mis padres no me dijeran nada"</p>	<p>"El tiempo es mas largo cuando fumo",</p> <p>"Es malo para la salud", "Puede causar bronquitis no?"</p> <p>,"Yo nunca he sentido nada"</p> <p>"A lo mejor se necesita mucho tiempo para sentir esas cosas como la tos no?"</p> <p>"No creo que me llegue a dar cáncer"</p> <p>"Tampoco creo que mi presión pueda descontrolarse por que tomo mis pastillas muy puntual"</p>	<p>"Era como igualarnos a los hombres"</p> <p>"Creo que el humo es malo, y es el que puede llegar a los pulmones y enfermarlos"</p> <p>"Mi hijo me insistía mucho en dejar de fumar"</p> <p>"Mi nuera le pide a mi hijo que deje de fumar pero lo hace por que me hace mal"</p> <p>"Ya no deberías de fumar mamá, es malo y puede hacerte daño"</p> <p>"Dejé de fumar cuando estaba embarazada por el bebé"</p> <p>"El médico me dijo, le hace daño a su bebé y lo deje"</p>	<p>"Yo se que es malo para los que viven con uno y allí están mi nuera y mi nieto"</p> <p>"No quiero pensar que pueda hacerle daño a mi nieto hijo o a mi nuera"</p> <p>"Se que puede llegar a afectarles"</p> <p>"En ellos creo que no les daría cáncer por que la que fuma soy yo"</p> <p>"El humo también puede provocarles enfermedad"</p>

Pte	Edad	Dimensión temporal			Dimensión espacial			Dimensión social		
		Tiempo de vida	Historicidad	Inserción social	Familiar	Atravesados	Prohibidos	Yo-Yo	Yo-tu	Nosotros/ellos
J F G ♂	71	<p>"Para entonces yo tendría 18 años mas o menos"</p> <p>"Después que entré a la licenciatura, yo no sé pero allí empecé a fumar del diario"</p> <p>"Empecé a fumar por curiosidad"</p> <p>"Cuando iba ala escuela era cuando aumente la cantidad de los cigarros al día"</p>	<p>"Mi padre fumaba mucho...y también sus hermanos"</p> <p>"Les gustaba después de comer fumarse unos cigarritos"</p> <p>"Me acuerdo que fumaban mucho"</p> <p>"Mi padre fumaba todo el día"</p> <p>"A veces pienso que me parezco a mi padre"</p> <p>"Se me hacía fácil tomar un cigarro de los que dejaba en la mesa"</p> <p>"Cuando entre a la preparatoria ni siquiera me daba cuenta que fumaba más"</p>	<p>"Las malas compañías pueden hacer que uno vuelva a fumar"</p> <p>"Si fumo a lo mejor piensan que soy rico no?"</p> <p>"La moda es que si fumas tienes un buen coche o te vistes bien no?"</p> <p>"Cuando perdí mi trabajo me la pasaba fumando"</p> <p>"Me gusta fumar platicando en la mesa, después de comer o en las reuniones"</p> <p>"Cuando estamos en reuniones o fiestas disfruto mas el cigarro"</p>	<p>"Cuando se me antoja un cigarro por la noche es cuando me lo fumo dentro de casa"</p> <p>"Trato de salirme de la casa para fumar"</p> <p>"Me abstenía de fumar en la casa pero mis cosas y hasta mi ropa olían a cigarro"</p> <p>"Cuando nada mas esta mi esposa me hecho mi cigarrito en el comedor"</p>		<p>"En la fabrica es donde fumo más"</p> <p>"Acostumbro fumar fuera de la oficina aunque de todas maneras esta prohibido"</p> <p>"Como esta prohibido a lo mejor pueden ponerme un reporte o algo así"</p> <p>"En el trabajo me fumo unos tres no puedo fumar más por el tiempo"</p> <p>"Cuando puedo descansar o el trabajo esta relajado puedo salir a fumar"</p> <p>"Nos escondíamos de los maestros para poder fumarnos un cigarrito"</p>	<p>"Fumaba por las tensiones"</p> <p>"Mi padre me presionaba y me ponía nervioso"</p> <p>"Necesito fumar para sentirme bien y tranquilo"</p> <p>"No podemos ponernos de acuerdo, eso me causa angustia y me da por fumar"</p> <p>"Se que ocasiona el cáncer pero mientras me quite la ansiedad tengo que fumar"</p> <p>"Puede causar infección en los pulmones"</p> <p>"Yo no siento nada ni me ha dado nada"</p> <p>"El cáncer es el que puede darme si no lo dejo"</p> <p>"Fumaba por placer"</p>	<p>"Mi esposa esta duro y dale con lo mismo me dice que no fume"</p> <p>Cuando mi esposa me dice que esta mal que fume, me entra la culpa"</p> <p>"Mi hijo me pedía que dejara de fumar por que el humo me provocaba la migraña"</p> <p>"Mi hijo tenía que salirse de la casa"</p>	<p>"Si no están cerca de mi cuando estoy fumando no les pasa nada"</p> <p>"El doctor dice que también se pueden dañar los pulmones de los otros"</p>



Pte	Edad	Dimensión temporal			Dimensión espacial			Dimensión social		
		Tiempo de vida	Historicidad	Inserción social	Familiar	Atravesados	Prohibidos	Yo-Yo	Yo-tu	Nosotros/ellos
S S P ♀	67	<p>"Tiene como 40 años que fumo"</p> <p>"Desde que era joven"</p> <p>"Tenia como unos treinta años"</p>	<p>"Fue cuando mi pareja me dejó"</p> <p>"Desde que me entere que andaba con otra"</p> <p>"Mi pareja fumaba desde joven"</p> <p>"Yo creo que mi padre también fumaba pero nunca lo vi"</p> <p>"Mi hermano mayor si fuma pero me dicen que es muy poco"</p> <p>"Era bien visto que mi tío fumara"</p>	<p>"Me sentía muy bien fumar antes de trabajar"</p> <p>"Me tranquilizaba después de la actividad"</p> <p>"Era como un alivianador"</p> <p>"Sentía que me daba mi lugar..."</p> <p>"Cuando hay reuniones para ambientarse"</p> <p>"Puedo disfrutar mas las cosas"</p> <p>"Me gustaba fumar por sentirme mas importante"</p> <p>"Cuando me compraba la cajetilla ya estaba a la mitad"</p> <p>"Se que no debo de fumar pero lo encuentro muy difícil"</p>	<p>"Cuando ellos no estaban fumaba dentro de casa"</p> <p>"Cuando estaban en la casa me salía a fumar"</p>	<p>"Si llegaba muy temprano en el trabajo me daba frío mejor me fumaba un cigarrillo para calentarme y empezar a trabajar"</p>	<p>"Cuando veía a mis compañeras fumar en el trabajo mejor me iba al baño"</p> <p>"Me gustaba fumar después del trabajo"</p> <p>"Cuando subí de puesto me sentía bien fumando en mi escritorio"</p>	<p>"En mi descanso me fumaba uno que otro cigarrillo"</p> <p>"Quería dañarme por que había sido mala con mi pareja"</p> <p>"Fumaba cuando me sentía angustiada"</p> <p>"Ya me agarro el vicio y no puedo dejar de fumar"</p> <p>"Me siento bien cuando los fumo"</p> <p>"Era una manera de hacerme daño"</p> <p>"El cigarro es malo"</p> <p>"Puedo dejarlo sola"</p> <p>"Es malo pero no he pensado en dejarlo"</p> <p>"Causa cáncer, problemas de los pulmones y la respiración"</p> <p>"Me ayudaba a pensar"</p>	<p>"Mis hijos pensaría que me estaba haciendo daño yo sola"</p> <p>"Me decían que fumara por que olía feo y me iba a hacer daño"</p> <p>"Mi hija me decía que mi ropa olía a cigarro"</p> <p>"Llegue a decirle a mi pareja que no fumara"</p> <p>"El fumaba dentro de la casa después de comer"</p>	<p>"Les causa algo en las vías respiratorias no?"</p>

Pte	Edad	Dimensión temporal			Dimensión espacial			Dimensión social		
		Tiempo de vida	Historicidad	Inserción social	Familiar	Atravesados	Prohibidos	Yo-Yo	Yo-tu	Nosotros/ellos
P B R ♂	67	<p>"Mi tío le llevaba unos cigarritos a mi papá y se los fumaba junto con sus hermanos, yo creo que desde ahí empecé"</p> <p>"Tenia mas o menos unos 12 o 13 años, ya iba a entrara a la secundaria cuando empecé"</p>	<p>"En mi familia eran todos fumadores"</p> <p>"Mi papa, mis hermanos mayores y todos mis tíos fumaban mucho"</p> <p>"En la secundaria mis compañeros me insistían tanto, y para que me dejaran de decir acepté uno"</p> <p>"Empecé a fumar con mucha frecuencia"</p> <p>"Había visto a mi padre hacerlo desde muy niño y a mis hermanos también"</p>	<p>"Dejaban los cigarros a medio terminar y yo los levantaba, por la curiosidad de saber a que sabían"</p> <p>"Al verlo encendido mis amigos se emocionaron"</p> <p>"Fumaba sólo por estar con mis amigos"</p> <p>"Me desesperaba por el trabajo y fue como empecé a fumar de nuevo"</p> <p>"Después fue por placer"</p> <p>"Me tranquiliza y me gusta fumar después de una rica comida"</p>	<p>"Mejor me salgo a la calle, así no les llega el humo"</p>	<p>"Solo fumo en las horas de comida"</p>	<p>"En el trabajo no puedo. Nada mas cuando salimos a la hora de la comida"</p> <p>"Dentro de las instalaciones no podemos fumar nada"</p> <p>"Me espero hasta firmar la salida para poder fumarme un cigarro"</p>	<p>"Yo fumo por que me calma, y me siento bien después de fumar"</p> <p>"Cuando fumaba mucho no sabia que el cigarro podía ser tan malo"</p> <p>"Si sigo fumando me afecta mi presión pero no sé como"</p> <p>"Yo fumo y no siento nada"</p> <p>"Se que a la larga puede dar cáncer de pulmón"</p>	<p>"Prometí dejar de fumar cuando mi esposa se puso mala"</p> <p>"El humo es malo y mi esposa siempre está muy cerca de mí en la casa, va a acabar por hacerle daño"</p>	<p>"Me gustaba que mis compañeros pusieran la mirada en mí"</p> <p>"Se que es malo para los que viven en mi casa"</p> <p>"Cuando están ellas mejor no fumo"</p>

Pte	Edad	Dimensión temporal			Dimensión espacial			Dimensión social		
		Tiempo de vida	Historicidad	Inserción social	Familiar	Atravesados	Prohibidos	Yo-Yo	Yo-tu	Nosotros/ellos
N P C ♂	70	<p>"Desde que tenía 20 años mas o menos"</p> <p>"Cuando entre a la carrera fue cuando empecé a fumar"</p> <p>"Cuando terminé la carrera ya fumaba una cajetilla"</p> <p>"Empecé por que me sentía solo"</p>	<p>"Ernesto y José fueron los que enseñaron a fumar"</p> <p>"Mis tíos fumaban mucho"</p> <p>"Uno de mis hermanos fuma y hasta la fecha sigue fumando"</p>	<p>"Me siento como si no hubieran problemas"</p> <p>"Ya aquí seguía fumando"</p> <p>"Cuando fumaba con mis amigos me sentía acompañado"</p> <p>"Después de fumármelo los problemas no son tan grandes"</p> <p>"No utilizaría ningún método por que nada mas sirven para un ratito"</p> <p>,"Cuando tenia una presión fumaba mas"</p>	<p>"Cuando mi esposa esta en la cocina y yo en la casa que es en donde fumo"</p> <p>"Volví a fumar en la casa"</p>	<p>"Mejor fumaba lejos de casa o fuera de ella"</p>	<p>"Fumaba en el trabajo hasta que dijeron que no se podía"</p> <p>"Teníamos que irnos al baño para que nos dejaran fumar"</p>	<p>"Cuando me ven fumando creo que piensan que soy el dueño del puesto"</p> <p>"Es un vicio muy arraigado y difícil de dejar"</p> <p>"Me gusta su sabor, me hace sentir bien"</p> <p>"Me siento relajado y tranquilo"</p> <p>"Me hace olvidar un rato mis problemas"</p> <p>"Como que puedo pensar mejor"</p> <p>"Pensé en dejarlo cuando empecé a toser"</p> <p>"Me puede causar bronquitis o cáncer"</p> <p>"Si me esta haciendo mal que puedo hacer"</p> <p>"Es como un relajante"</p>	<p>"No creo que le haga daño por que estamos lejos"</p> <p>"No fumo cerca de ella"</p> <p>"Pienso que no le causa daño, no estoy cerca de ella"</p> <p>"Si el medico me lo dice es por mi salud y pensaría en dejarlo"</p> <p>"Mi esposa me esconde los cigarros"</p> <p>"Mi esposa me dice que es por culpa del cigarro"</p>	<p>"Nos fumábamos uno que otro"</p> <p>,"Nos gusta fumar mientras platicamos"</p> <p>"Mis compañeros eran igual a mi"</p> <p>"Mejor me iba con mis compañeros que fumaban igual que yo"</p> <p>"Mis hijos me dijeron que estaban hartos y que no fumara en la casa"</p> <p>"Es lo único que hace sentir bien y no me dejan"</p> <p>"Ellos no saben si es el cigarro lo que me esta haciendo mal"</p> <p>"Mis amigos me decían que no fumaran pero no lo deje"</p>

## **Análisis de Resultados**

Relacionando nuestros resultados con los supuestos que guiaron nuestro estudio podemos señalar lo siguiente:

1º supuesto. **“Los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica no presentan percepciones de riesgo del tabaco sobre su salud – enfermedad.”**

Las personas entrevistadas si perciben como riesgo para su salud el consumo de tabaco, sin embargo es altamente subestimado debido a los beneficios que les proporciona. Consideran que los mayores daños del tabaco pueden producirse a nivel respiratorio, pulmonar y desencadenante de cáncer. Llama la atención que a pesar de ser portadores de patología cardiovascular tienen una pobre percepción de riesgo de esta adicción a su propio padecimiento.

2º supuesto. **“Los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica presentan percepciones actitudinales positivas sobre el consumo de tabaco.”**

Se evidencia en nuestros entrevistados una actitud desafiante y de enojo ante la observación y prohibición de su adicción. Los aspectos actitudinales positivos menos relacionados a esta adicción fueron la posición social, elegancia y atractivo sexual, en tanto que los aspectos mas relacionados fueron el disimulo de inseguridades, hace mayor el disfrute de las reuniones sociales, incrementa el rendimiento físico y sustituye necesidades de compañía y afecto.

3º supuesto.- **Los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica presentan percepciones sociales positivas sobre el consumo de tabaco.**

La adicción al tabaco parece ser promovida, inducida y mantenida por los amigos, familiares y compañeros con que convive el fumador. Los familiares cercanos que no tienen esta adicción son quienes más aconsejan la suspensión del tabaco argumentando el daño que este produce a la salud de todos.

4º supuesto.- **Los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica presentan percepciones negativas frente a las estrategias para dejar de fumar.**

En nuestros entrevistados se identificó que se ha pensado en abandonar el tabaco sobre todo cuando inician con sintomatología atribuible al mismo, sin embargo el deseo real se ve disminuido por los beneficios que este produce, concibiendo la imposibilidad de abandonar la adicción. El consejo médico y la prohibición civil empresarial tienen un bajo impacto sobre la modificación del hábito tabaquico. Se tiene la percepción de baja eficacia y alta recaída de los tratamientos de deshabituación.

Considerando los resultados individualizados con base a la teoría del ethos

### **Dimensión temporal**

- I) **Tiempo de vida.** El 85.7% (6) de nuestros entrevistados iniciaron el consumo de tabaco en la adolescencia y solo el 2.57 (1) en la edad adulta.
- II) **Historicidad.** Los padres y familiares cercanos son las figuras que mayor impacto tienen en la promoción del tabaquismo, seguido del grupo amigos y compañeros de trabajo.
- III) **Inserción social.** El tabaco parece ofrecer como beneficio una acción relajante y estimulante, lo que favorece la inserción en los grupos sociales.

### **Dimensión espacial**

- I) **Familiar.** El consumo de tabaco parece estar restringido por las exigencias y conocimientos de los riesgos de los familiares, por lo que el fumador se ve obligado a fumar en espacios abiertos (patio o calle) o en ausencia de familiares.
- II) **Atravesados.** Se prefiere el consumo de tabaco en los trayectos de los centros laborales al hogar.
- III) **Prohibidos.** En los lugares prohibidos el fumador busca espacios ocultos (baños y oficinas) para el consumo de tabaco.

## **Dimensión social**

- I) **Yo-yo.** General solo perciben los efectos beneficios del tabaco.
- II) **Yo-Tú.** Conocen el riesgo a la salud producido por el tabaco, por lo que evitan el consumo de tabaco en presencia de familiares cercanos, así mismo aconsejan a los más jóvenes de no adquirir la adicción.
- III) **Nosotros-Ellos.** El fumador se siente agredido y ofendido ante el consejo o prohibición del tabaco, por lo que adoptan actitudes desafiantes.

Nuestros resultados, son similares a los reportes obtenidos en el estudio realizado en Santiago de Chile en el año 2006 por Klaus Puschel I, y cols.<sup>33</sup> Evidenciando la marcada subestimación del riesgo que entraña el tabaco sobre la salud, la ambivalencia que muestran en sus actitudes de consumo y protección de sus familiares cercanos y la falta de confianza en los tratamientos actuales.

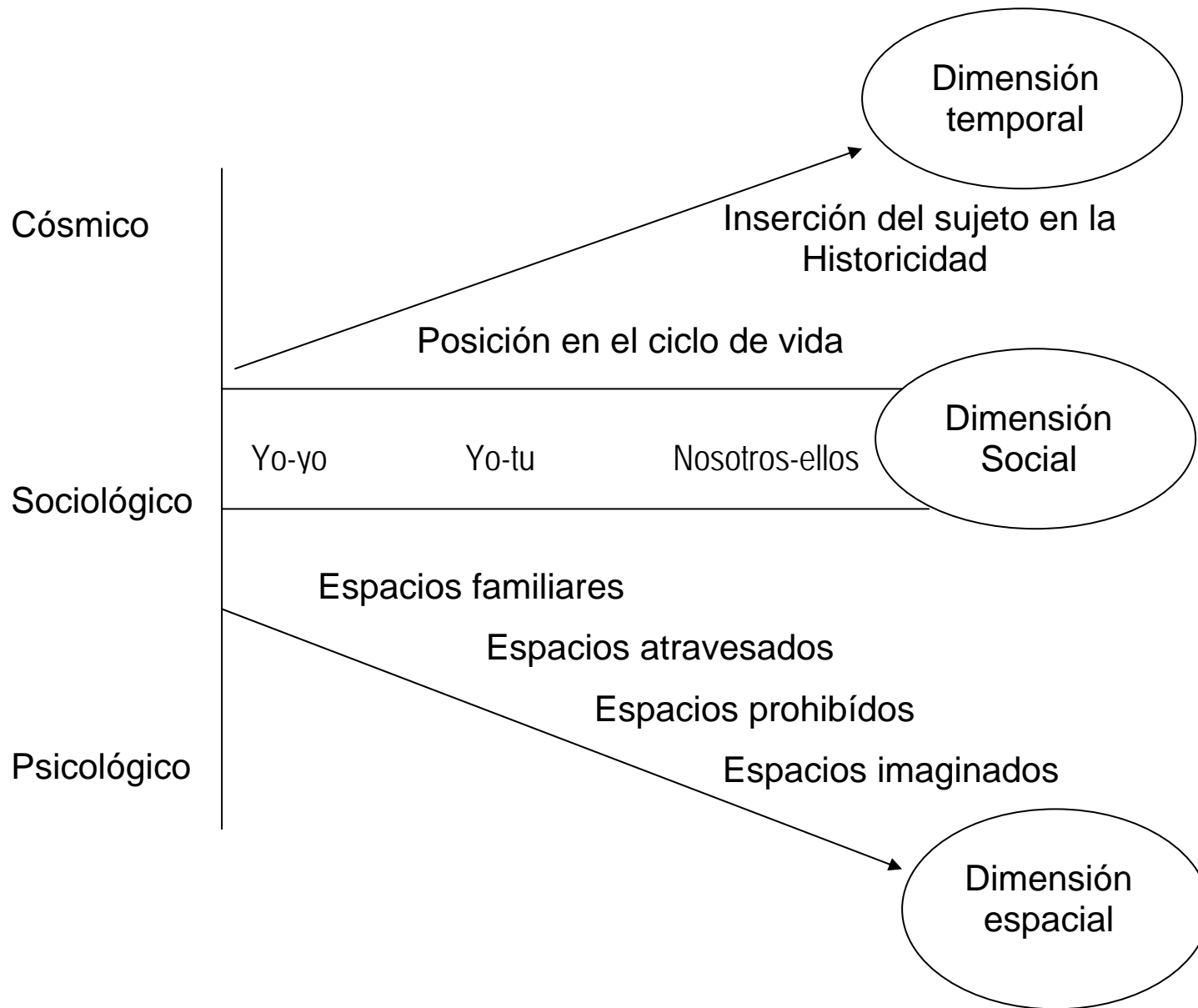
## **Conclusiones**

Con base a nuestros resultados podemos concluir lo siguiente:

1. El tabaquismo es una adicción que se adquiere en la adolescencia. Inducida por varios factores entre los más destacados se encuentra el patrón familiar, la necesidad que el joven tiene de ser aceptado en su grupo social y la fuerte inseguridad emocional que le acompaña en esta etapa de desarrollo.
2. El hábito iniciado de esta manera se convierte en adicción debido a los beneficios que aporta el tabaco, ante circunstancias de estrés, cansancio y soledad. Debemos aceptar que en la actualidad se ha reconocido los efectos que el tabaco ofrece como tranquilizante, revitalizante y relajante, sin olvidar su función de ser un excelente y fiel compañero.
3. Otro aspecto relevante es el hecho de que a pesar de conocer los efectos nocivos que el tabaco tiene sobre su salud sobre todo en el control de su tensión arterial, subestiman su daño, argumentando que por el momento no presentan sintomatología negativa y si los efectos benéficos.
4. Socialmente son tratados de manera ambivalente pues los familiares con quienes conviven a diario sugieren constantemente el abandono del hábito, en tanto que el grupo de amigos, compañeros, familiares también fumadores y medios publicitarios lo promueven como una manera de convivencia.
5. Se tiene poca confianza en el éxito de los tratamientos para el abandono del tabaquismo, pues consideran que tienen un efecto temporal y un alto índice de recaídas. Consideran que el mejor tratamiento es la decisión propia.

## **Alternativas de solución**

1. Orientación a padres de familia sobre el impacto que su comportamiento (básicamente tabaquismo) genera en los hijos adolescentes.
2. Implementación de talleres de autoestima, manejo de estrés y desarrollo personal para padres y adolescentes.
3. Promover y favorecer una cultura antitabaco.





CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												
ACTIVIDADES	2006				2007				2008			
	Mar.-jun.	Jul.-agos.	Sep-oct	Nov-dic	Ener.-feb	Mar.-jun.	Jul.-agos.	Sep-oct	Nov-dic	Ener.-feb	Mar.-jun.	Jul.-agos.
CURSO INTRODUCTORIO	■											
INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA		■	■									
ELABORACION DE PROTOCOLO			■	■	■							
REGISTRO DE PROTOCOLO						■						
RECOPIACION DE DATOS						■	■					
CAPTURA DE DATOS							■	■				
ANALISIS DE RESULTADOS								■	■			
DIFUSION										■		
TRABAJO CONCLUIDO										■		
PRESENTACION EN JORNADA											■	
												■
												■

PLANEADO  
REALIZADO

Fecha de inicio: 01 de Marzo del 2006  
 Fecha de termino: 05 de Febrero del 2008

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

México DF a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2007

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo e investigación titulado: IDENTIFICACION DE LAS PERCEPCIONES QUE SOBRE EL TABAQUISMO TIENEN LOS PACIENTES FUMADORES PORTADORES DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: Identificar las percepciones que sobre el cigarro tienen los individuos fumadores portadores de hipertensión arterial sistémica.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Asistir a 3 sesiones en las cuales se me realizaran encuestas derivadas sobre mi hábito de tabaquismo, en las cuales se contara con una grabadora de voz para el registro de mi sesión. La duración de las mismas será aproximadamente de 60 minutos como máximo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Possible riesgos (Ninguno)

Inconvenientes (modificación de mis hábitos tabaquicos)

Molestias (invertir tiempo en la realización de encuestas)

Beneficios (posible cambio de hábitos y reconocimiento de falla de tratamiento)

El investigador Responsable se ha comprometido a darme la información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque se pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

ALDECO PEREZ GEORGINA 99364786

Nombre, Firma y Matricula del investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio.

\_\_\_\_\_  
Testigos

\_\_\_\_\_

## Bibliografía

1. Blondell, Richard D, Berolzheimer, Nathan, Botelho, Richard J. Clínicas de atención primaria Editt McGraw-Hill, España 1993;1:84-481-0232-0.
2. Moreno G, Cantú P C. Perspectiva sobre el tabaquismo en México. RESPYN 2002;3(2):1-5.
3. Molero C A, Muñoz NJE. Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. Doyma 2005;07(3):137-152
4. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: 7th Special Report to Congreso on Alcohol and Health. Washington DC, US Govt Printing Office, 1991.
5. Arif A, Westermeyer J (eds): Manual of Alcohol and Drug Abuse- Guidelines for Teaching in Medical and Health Institutions. Plenum, New York, 1988.
6. Sánchez P, Ezcurra J, Villamar A, Elizagárate E. Dependencia de la nicotina, tratamiento. Salud Global 2001; 2:5-7.
7. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Cifras del tabaquismo. [www.tabaquismo.freehosting.net](http://www.tabaquismo.freehosting.net) 2000;1-4.
8. Chapa B M, Rico M F. Antecedentes historicos en; Rico M G, Ruíz F L. Editores. Tabaquismo, su repercusión en los aparatos y sistemas; México D.F: Trillas,1990:15-31
9. Belssaso G, Estañol B, Juárez J H. Nuevas estrategias en el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Arch Neurocién 2001;6 (4):208-211.
10. Kuri-Morales P A, González R J F, Hoy M J, Cortés R M. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud Publica Méx 2006;48(3):91-98.
11. Fiore C M y cols. Clínicas médicas de Norteamérica. México. Interamericana, 1992; 2:409-430,447-476.
12. Nueva ley sobre el tabaco, desde el primero de enero de 2006, no se puede fumar en los lugares públicos. [www.stop-tabac.ch/sp/Module/MSG/153.html](http://www.stop-tabac.ch/sp/Module/MSG/153.html) 2005;1-2.
13. Villalba C J y cols. Tabaquismo y deporte, efectos sobre el rendimiento físico. Montanismo 2003,119. <http://www.montanismo.org.mx/>
14. Casi C A. Tratamiento para el tabaquismo en atención primaria. Salud Global 2001;2:2-5.
15. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía Nacional de tratamiento a la adicción al tabaquismo, Argentina:2005;5-20.
16. Sansores R, Ramírez Venegas A, Espinoza Martínez M, Sandoval R. Tratamiento para dejar de fumar, disponibles en México. Salud Pública Méx 2002; 44 supl 1: S116-S124.

17. Lawrence M T, Stephen J ,Mc Phee M. Diagnostico clínico y tratamiento. 40va ed. Mex DF: Manual Moderno 2005;5-11,399.
18. Taylor B R,David A, Jonson T, Phillips M, Scherger J. Medicina de Familia, principios y practica. 5ta ed.España: Masson 2002; 63-66,227.
19. Universidad Blas Pascal. Ambiente y salud, tabaquismo.<http://www.ubp.edu.ar/todoambiente/salud/tabaquismo.html>. 2001;1-6.
20. Barnfather, K D , Cope, G F, Chapple, I L. Effect of incorporating a 10 minute point of care test for salivary nicotine metabolites into a general practice based smoking cessation programme, randomized controlled trial. BMJ 2005; 331 (7523):999-1007.
21. Boletín Terapéutico, tabaquismo: tratamiento farmacológico. Boletín terapéutico andaluz 1996;12 (6):1-4.
22. Muñoz R, Pérez-Stable E, Lernet L, Pérez J. Tratamiento de reemplazo de la nicotina. Univ. de California, San Francisco, Univ. California, San Diego. Dejar de fumar. Ucsf:1-10.
23. González R, Ramírez E, Cícero R, Gutiérrez H.Papel del médico general en el abandono del habito de fumar, Manuel operativo. 1ra ed. México, DF:SSa, 2001;16-19,24-30.
24. Greiffenstein T, Roldán Y. Fundamentos de medicina. Psicofarmacología básica: Corporación para investigaciones biológicas. Medellín 2006; 8-9.
25. Souza y Machorro M, Guisa Cruz V M, Barriga Salgado L, Sánchez Huesca R. Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. : 79-85.
26. Seedhouse D. Health promotion: philosophy, prejudice and practice. New York: Wiley; 1997.
27. Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion. Sydney: National Centre for Health Promotion, Mc Graw Hill,1998.
28. Roles and uses of theory in health education practice (Editorial). Health Education Quarterly 1992; V19(3):385-403
29. Becker M, (introduction). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974;2(4):326-7.
30. Organización Panamericana de la Salud. La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública 1998;4:142-8.
31. Cabrera A G,Jorge T G, Lucumi D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo\*Health beliefs: history, conceptual models and contributions, Rev.Nac.Salud Pública; V19(1), 2001: 91-101

32. Lalive C. Profesor de la Universidad de Ginebra. Relato de vida, ethos y comportamiento: por una exégesis sociológica. [www.dialogica.com.ar/unr/comaud1/archives/cat8-investigación.php](http://www.dialogica.com.ar/unr/comaud1/archives/cat8-investigación.php)
33. Puschel K I, y cols. Tabaquismo en atención primaria: Perfil de fumadoras consultantes, creencias y actitudes de los equipos de salud y oportunidades de intervención, Rev.méd.Chile; V134,n6 Santiago; 2006:726-734.
34. Link's procedences Tabaquismo; <http://www.temas-estudio.com/Tabaquismo/>
35. Encuesta sobre el tabaquismo en México 2003; [http://www.insp.mx/tabaco/libro/M%C9XICO\\_ETJ\\_2003\\_com.](http://www.insp.mx/tabaco/libro/M%C9XICO_ETJ_2003_com.)
36. Encuesta sobre el consumo de drogas y las variables asociadas a su consumo. D.F. México; 2007: <file://E:\RESULTADOSCUAUTHEMOC.htm>.
37. Estadísticas Vitales de Salud. Mortalidad. Secretaría de Salud. [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx).
38. Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud. 5 de Abril de 2000.
39. Organización Panamericana de la Salud .La epidemia de tabaquismo, Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco; OPS 2000
40. Instituto de Estadística Geográfica e Informática (INEGI); 2005; estadísticas de mortalidad y prevalencia nacionales.
41. Instituto Mexicano del Seguro Social. Estadísticas de Incidencia, Mortalidad y Prevalencia de la UMF 94; Dpto de Epidemiología 2005-2006.