



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL  
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL**

**TESIS DE MAESTRÍA  
UNA APROXIMACIÓN A LA BÚSQUEDA DE LOS FACTORES QUE  
INICIDIERON EN LA ADQUISICIÓN DEL TABAQUISMO DE  
PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHÁVEZ"**

**PRESENTA:**

**IRMA LETICIA CANELA ZAMBRANO**

**TUTORA  
DRA. MA. DEL ROSARIO SILVA ARCINIEGA**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, MAYO 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# ÍNDICE

## CAPÍTULO I

	Página
<b>Introducción</b>	5
<b>I MARCO TEÓRICO</b>	
1.1 Antecedentes del tabaco	7
1.2 Cultivo del tabaco en México	9
1.3 Componentes del cigarro	10
1.3.1 La nicotina	10
1.3.2 El alquitrán	11
1.3.3 Monóxido de carbono	11
1.3.4 El humo del cigarro	12
1.4 ¿Qué es el tabaquismo?	13
1.5 El fumador empedernido y su pasión	13
1.5.1 Introducción a los escritos teóricos de Freud	14
1.5.2 Por el camino de Freud	16
1.5.3 El tabaquismo en la vida de Freud	17
1.5.4 Cuándo vivió Freud su tabaquismo	17
1.5.5 Cuándo habló Freud de su tabaquismo	21
1.5.6 Víctima del tabaquismo	23
1.5.7 Los cigarros buenos y los otros	23
1.5.8 Esclavitud	26
1.5.9 Culpabilidad	27
1.5.10 Resignación	28
1.5.11 Diversidad entre los fumadores	29
1.5.12 Símbolos	29
1.5.13 Cigarrillo y oralidad	31
1.6 ¿Quiénes son los fumadores?	32
1.6.1 Personalidad del fumador	32
1.6.2 Comportamiento de fumar	32
1.6.3 Dependencia psicológica	34
1.6.4 Dependencia física	34
1.6.5 Fumadores activos	35

1.6.6	Fumadores pasivos	35
1.7	Prevalencia del tabaquismo en México	36
1.7.1	Estudios de campo	36
1.8	Mortalidad por enfermedades asociadas al consumo del tabaco	38
1.9	Enfermedad cardiovascular	39
1.10	Patología	40
1.11	Factores de riesgo	42
1.12	Enfermedades asociadas al uso del tabaco	45
1.13	El concepto de Análisis Factorial	46
1.13.1	Pasos del Análisis Factorial	47
1.14	Teoría Psicométrica de Nunally Jum	49
1.15	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	50
1.15.1	Antecedentes.	50
1.15.2	Departamento de Trabajo Social	50
1.16	Convenio Marco y la Nueva Ley Antitabaco	52

## **CAPÍTULO II**

### **II MÉTODO**

2.1.	Planteamiento del problema	54
2.2.	Objetivo general	54
2.3.	Objetivos específicos	54
2.4.	Hipótesis	55
2.5.	Metodología de la investigación	55
2.6.	Variables	55
2.7.	Definición conceptual y operacionalización de las variables	56
2.7.1	Definición conceptual de las variables	56
2.7.2	Definición operacional de las variables	57
2.8.	Población	58
2.9.	Muestra	58
2.10.	Criterios de inclusión	58
2.11.	Instrumento de medición	59
2.11.1	Confiabilidad del instrumento	59
2.11.2	Validez del instrumento	59
2.12.	Modelo estadístico	59
2.13.	Procedimiento	59

## **CAPÍTULO III**

<b>III</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>61</b>
	“Datos Sociodemográficos”	

## **CAPÍTULO IV**

<b>IV</b>	<b>ANÁLISIS FACTORIAL</b>	<b>69</b>
4.1	Varianza	69
4.2	Análisis de los factores	70
4.2.1	Factor 1 “Dependencia”	70
4.2.2	Factor 2 “Necesidad”	79
4.2.3	Factor 3 “Temor vs. satisfacción”	83
4.2.4	Factor 4 “Culpabilidad”	87
4.2.5	Factor 5 “Resignación”	89
4.2.6	Factor 6 “Deterioro”	91
4.2.7	Factor 7 “Consumismo”	93
4.2.8	Factor 8 “Supeditación”	96
4.2.9	Factor 9 “Empecinamiento”	99
4.2.10	Factor 10 “Deleite vs. repugnancia”	102
4.2.11	Factor 11 “Consentimiento social”	105
	Conclusiones	107
	Sugerencias	111
	Bibliografía	112
	Anexos	114
	Glosario	120

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la pandemia de mayor impacto en la historia de la humanidad, ya que afecta a 1.300.000 habitantes de todo el mundo sin distinción de edad, sexo, geografía condición social. (15)  
(<http://geosalud.com/enfermedades%20Cardiovasculares/cardiovasculares.htm>)

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez se atiende cada año aproximadamente a 1000 pacientes cardiopatas, con antecedentes de dependencia al tabaco.

Destacando mi participación en el servicio de Rehabilitación Cardíaca en el Instituto Nacional de Cardiología a partir del año 2005 como Trabajadora Social asignada al programa “Consejo breve para pacientes fumadores y ex fumadores con enfermedad cardiovascular”. Y actualmente insertada en la Maestría de Trabajo Social en la Universidad Nacional Autónoma de México, me surgió la inquietud por conocer cuáles son los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo de este grupo de pacientes.

La tesis está conformada por cuatro capítulos, partiendo de un marco teórico donde se destacan elementos básicos sobre el tabaquismo como son: los antecedentes del tabaco, su cultivo, prevalencia, estudios de campo, composición del tabaco, tipos de dependencia, quiénes son los fumadores, comportamiento de los fumadores, mortalidad por enfermedades asociadas, convenio marco, una breve reseña del Instituto Nacional de Cardiología y antecedentes del departamento de Trabajo Social, y lo más significativo de este primer capítulo son párrafos del texto “El fumador empedernido y su pasión”, de Odile Lesourne, en el que se basó la construcción de un instrumento de medición con dos opciones de respuesta, elaborado *ex profeso* para este estudio.

El objetivo de la investigación fue detectar los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo por los pacientes con enfermedad cardiovascular que acuden a consulta al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

El segundo capítulo lo constituye la metodología del estudio, en donde se describe que se realizó una investigación exploratoria, de campo y transversal, en donde se trabajaron las variables enfermedad cardiovascular y tabaquismo, además de que se construyó y aplicó una escala de medición con dos opciones de respuesta a una muestra conformada por 748 pacientes cardiopatas fumadores y ex fumadores que acudieron a la consulta externa y de rehabilitación cardíaca del instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” de agosto a septiembre del 2008 y de enero 2009.

En el tercer capítulo se presentan los resultados de la investigación. Se aplicó análisis factorial de tipo Alpha de Cronbach con rotación varimax, y Método de Extracción de Máxima Verosimilitud, encontrando once factores propios con valor eigen superior a 1.00 y un porcentaje de varianza acumulada de 42.502. Los 11

factores aislados fueron denominados de acuerdo con el contenido de la agrupación de las aseveraciones.

Y por último se analizaron los 11 factores denominados: Dependencia, Necesidad, Temor vs. satisfacción, Culpabilidad, Resignación, Deterioro, Consumismo, Supeditación, Empecinamiento, Deleite vs repugnancia y Consentimiento social, encontrando en cada uno de estos factores el sentir de los pacientes, su sufrimiento por su dependencia ante el cigarro, la necesidad de abandonarlo, y sobre todo la pena de verse enfermos de una afección cardiovascular agravada por su dependencia al tabaco.

# CAPÍTULO I

## 1.1 Antecedentes del tabaco

Desde la prehistoria, el tabaco forma parte de la vida y la cultura de los pueblos de América y constituye un rasgo prominente de la religión y los ritos curativos de las sociedades indígenas de esta región. Durante las épocas del descubrimiento de América, la exploración y la independencia nacional, el tabaco contribuyó en gran medida al desarrollo del comercio y de sus cimientos económicos. (1) (OPS, OMS 1993 p. 63).

En América, el tabaco se empleó desde hace miles de años mediante diversas vías de administración y con numerosos propósitos culturales y sociales. Los exploradores europeos tuvieron sus primeros contactos con el tabaco en las Antillas en 1492, cuando los nativos ofrecieron hojas de la planta a Cristóbal Colón y a sus hombres como signo de amistad: los marineros de la primera expedición de Colón quedaron estupefactos cuando vieron a los indígenas zarceños exhalar humo por la nariz y boca; con los jefes tribales, aprendieron que aquello era el resultado de aspirar el humo producido por unos rollos de hojas secas encendidos por uno de sus extremos, y a pesar del escozor en la garganta y de las fuertes toses, no tardaron los más arraigados en imitar esas prácticas de los isleños.(1) (OPS, OMS 1993 p. 63).

Tras la exploración subsiguiente de las costas de Cuba, dos de los miembros de esa tripulación comentaron haber observado en los nativos la costumbre de fumar cigarros; viajeros posteriores documentaron el empleo del tabaco por los indios y esos relatos, junto con las observaciones de los misioneros, soldados, exploradores y estudiosos, son fundamentales para poder comprender el papel que el tabaco desempeñó en las culturas indígenas.

Se utilizaban cantidades pequeñas para fines sociales, tales como consolidar amistades, dar ímpetu a las negociaciones, danzas y consejos de guerra, y fortalecer a los guerreros. También se empleó en pequeñas cantidades durante las ceremonias de fertilidad y para solicitar cambios propicios de clima, predecir una buena pesca, recogida de leña o siembra, y garantizar el éxito en la elección de una pareja. A grandes dosis, el tabaco sirvió para alterar el estado de conciencia y se dijo de él que facilitó los objetivos espirituales, tales como las consultas a los espíritus, los estados de trance y las curaciones psíquicas; su condición sagrada radicó en su empleo en cantidades excesivas. (2) (Programa contra el Tabaquismo 1995-2000, Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones p. 6).

La costumbre de fumar el tabaco es muy antigua, lo que se va corroborando por la edad atribuida a pipas de piedra encontradas en California. También se inhalaba el humo, costumbre que se suponía realizaban los dioses y que era compartida por los chamanes. (3) (García, 1990 p. 26).

Es significativo resaltar que en los inicios del consumo del tabaco, los indígenas lo hicieron por imitación, y por descubrir de qué se trataba esa planta

que permitía sacar humo por la nariz y la boca. Desde los antecedentes del consumo del tabaco, el individuo ya tenía curiosidad por saber qué es lo que sucedía al fumar el tabaco.

Esta costumbre llamó particularmente la atención de los españoles, quienes se toparon con ese tipo de consumo por primera vez y relataron principalmente la intoxicación provocada por la sustancia, más que las funciones mágico-religiosas que desempeñó. Los chamanes fumaban el tabaco en distintas formas: en cigarrillos y puros envueltos en hojas de maíz o de otras plantas, en largos tubos de caña y en pipas de diferentes diseños y en distintos materiales, siendo las más comunes las tubulares. (3) (García, 1990 p. 26).

Las formas difirieron según los grupos y en algunos casos fueron muy sofisticadas, en forma de cuña y con tallas de animales y seres humanos o sobrenaturales. La fabricación de las pipas se ubicó por lo general dentro de todo un ritual complejo que estipuló quiénes debían intervenir y cómo lo deberían de hacer. (3) (García, 1990 p. 26).

El humo del tabaco fumado era utilizado por los chamanes como medio mágico para transmitir energía, al que se aunaba su propio aliento para obtener la curación. En general, era utilizado para preservar el mal, para purificar y vigorizar, ya fuera a seres humanos u objetos y especies animales o vegetales. Sin embargo, los brujos “de la oscuridad” utilizaron el humo para debilitar y matar. En algunas tribus, como entre los caribes y los warao, cualquier persona podía estar en peligro si fumaba, debido a que el humo atraía a los espíritus. Pero en general, la costumbre de fumar acompañó las invocaciones de ayuda a los seres sobrenaturales, tanto por los chamanes como por el pueblo en general. (3) (García 1990 p. 26).

Desde la antigüedad se descubrió que el consumo del tabaco tuvo diferentes causas, diversas formas de usarse o fumarse y diferentes modalidades de consumo; la literatura también indica que desde tiempo atrás se sabe de los efectos dañinos que su consumo implica contra la salud, sin que la población que lo consume se dé cuenta de sus estragos tanto físicos como psicológicos, principalmente.

En la actualidad se manifiestan diversas formas de fumar tabaco y, aunque la más usual es el cigarrillo, en ella se ha difundido la utilización de boquillas. También se ha reducido el consumo de tabaco en pipa o la costumbre de fumar puro. (3) (García, 1990 p. 27).

Es muy importante destacar que el tabaco era fumado naturalmente y utilizado sin ningún proceso químico. Con el paso del tiempo su composición cambió de ser una planta natural con efectos colaterales al fumar e inhalar el cigarro y empezó a sufrir una transformación en su constitución al ser procesado con diversas sustancias químicas como la nicotina y el alquitrán, sustancias que refiere la literatura especializada como las más adictivas y que lo hacen más potente y tóxico.

## 1.2 Cultivo del tabaco en México

México ocupa un territorio de 1, 958,000 km<sup>2</sup> y se halla al sur de los Estados Unidos de Norte América. Numerosas influencias culturales atraviesan la frontera de su vecino norteamericano incluyendo las relaciones con el consumo, comercialización y promoción del tabaco.

Aunque México gozó de un auge económico basado en la producción de petróleo a comienzos de la década de los 80s, desde entonces el nivel de vida se ha deteriorado para la mayoría de la población (Organización Panamericana de la Salud – OPS 1990). También declinó la actividad agrícola, pero la producción de tabaco aparentemente no fue afectada por la situación económica general (Tobacco Merchants Association of the U.S. 1990).

Desde 1987 México ocupaba el cuarto lugar en cuanto a la superficie de tabaco cultivada en América Latina, después de Brasil, Cuba y Argentina (Chapman 1990). México produce aproximadamente el 1.0% del tabaco cosechado en el mundo (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO] 1990)". (4) (*Tabaco o salud, situación en las Américas, un informe de la OPS*, Publicación Científica 36. 1992 p.257).

Aunque la gente consume tabaco desde hace siglos, los cigarrillos sólo comenzaron a fabricarse en serie y en grandes cantidades en el siglo XIX. Desde ese momento, el hábito de fumar cigarrillos se extendió por todo el mundo a escala masiva. Hoy, uno de cada tres adultos fuma, lo que equivale a 1.100 millones de personas. De ellas alrededor del 80% viven en países de ingreso medio y bajo, en parte debido al crecimiento de la población adulta y en parte por el incremento del consumo. Se prevé que la cantidad de fumadores alcance los 1.600 millones en el año 2025. En las poblaciones de los países de ingreso medio y bajo se está produciendo un incremento del consumo de cigarrillos que comenzó aproximadamente en el decenio de 1970. (5) (*La epidemiología del tabaquismo, los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. (OPS), Publicación Científica, No.577, 2000, p.15).

A continuación se mencionan las sustancias más importantes que conforman el cigarro, como la nicotina y el alquitrán; ambas sustancias son las que crean la adicción en un individuo, por ello se comentan sus componentes básicos y su origen.

## 1.3 Componentes del cigarro

### 1.3.1 La nicotina

El género vegetal nicotina pertenece a la familia de las solanáceas, al igual que las papas y los tomates. Algunos tipos de plantas de este género tienen alcaloides alteradores de la mente, como la atropa belladona. En el caso del tabaco, se conocen cuarenta y cinco especies distintas, la mayoría de las cuales se han obtenido mediante cultivo y sólo algunas de ellas alcanzaron difusión en la América prehispánica. Entre las más destacadas se encuentran la nicotina tabacum, probablemente originada como un híbrido de dos especies de los valles orientales de los Andes bolivianos, desde donde pasó al norte de América del Sur, al Caribe y al sur de México. Las especies cultivadas en la actualidad siguen un procesamiento que incluye el mantenimiento de las hojas en aire húmedo, a manera de reducir la presencia de clorofila, para luego pasar al secado en donde mueren las células y las hojas quedan de color café. (3) (García, 1990 p. 16).

El tabaco adquiere su fragancia característica durante la etapa de fermentación. En ella se libera anhídrido carbónico y agua, de manera que las hojas pierdan una cantidad considerable de peso. Tabaco es el nombre que comúnmente se utiliza para agrupar un gran número de especies de esta planta, que en la botánica corresponde al género nicotina. Es muy frecuente que diversos tipos y variantes sean incluidos con el término tabaco común. (3) (García, 1990 p. 16).

La nicotina rústica posiblemente sea originaria de Norteamérica y actualmente se cultiva en Turquía, India y Rusia. En la actualidad, su consumo se ha generalizado en todo el mundo. La nicotina es un alcaloide de amina terciaria compuesto por piridina y un anillo pirolidina, principal sustancia psicoactiva del tabaco, tiene efectos tanto estimulantes como relajantes. (3) (García, 1990 p. 16).

La nicotina desarrolla tolerancia y dependencia debido a la rápida metabolización, ya que los niveles de nicotina de los receptores cerebrales descienden rápidamente y el fumador experimenta el deseo de fumar nuevamente a los 30 o 40 minutos posteriores a la finalización del último cigarrillo. En cuanto a los cigarrillos, éstos contienen un porcentaje, que varía desde el 2% hasta el 7% de nicotina, así que en una cajetilla de 20 cigarrillos, uno aspira algo así como el equivalente a 1 cigarro de nicotina pura (éste es un promedio aproximado).

Efectivamente la nicotina es la gran sustancia adictiva que causa una dependencia física en el individuo fumador que ya tiene el mal hábito de consumir cigarrillos de manera periódica; cuando una persona tiene la costumbre de fumar cierta cantidad de cigarrillos al día va creando en su organismo una situación de necesidad orgánica, la cual es difícil de controlar al paso del tiempo, porque esta necesidad no es más que la dependencia física causada por este componente.

Los estudios indican que la nicotina incrementa el ritmo cardíaco entre 10 y 20 latidos por minuto (más de 20.000 latidos suplementarios al día) y son

necesarios varios días sin fumar para que el corazón recupere su ritmo normal. (6)  
Disponible en: <http://www.tabac-stop-center.info/popup/popcoeur.htm>

La adicción se refiere al uso de una sustancia psicoactiva, al grado que el usuario está periódica o crónicamente intoxicado, muestra amplia compulsión, tiene una gran dificultad para detener voluntariamente o modificar el uso de la sustancia y exhibe su determinación por obtenerla de muchas formas. Un hábito se puede entender como una conexión, aprendida o condicionada, entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador. (2) (Programa contra el tabaquismo 1995-2000 p. 17).

Fumar es un hábito particularmente difícil de eliminar, debido a que el número de estímulos al que puede estar asociado es potencialmente infinito y las gratificaciones que se obtienen también son numerosas. Desde 1920 a 1960 se han hecho intentos por diferenciar entre adicción y “habitación” como una forma severa de adaptación psicológica. En 1960 la Organización Mundial de la Salud recomendó que ambos términos fueran abandonados a favor del de *dependencia*, la cual existe en varios grados de severidad. En 1964, el Comité de expertos de la OMS introdujo “dependencia” para reemplazar adicción o habituación. (2) (Programa contra el tabaquismo 1995-2000 pp. 7-18).

La dependencia conforma una serie de síntomas que evidencian que el consumidor regular de una sustancia ha seguido un proceso de acostumbamiento al uso de la misma. En el caso del tabaco, resulta difícil determinar la existencia de un verdadero síndrome de abstinencia en el usuario a partir de la interrupción de su costumbre de fumar. En efecto, se dan signos de una gran variabilidad en los diferentes consumidores. De todas maneras, los primeros síntomas se perciben rápidamente en forma de modificaciones en el estado de ánimo y la capacidad de ejecución, sin que pueda diferenciarse con certeza de lo que produciría cualquier frustración. (3) (García, 1990 p. 34).

### **1.3.2 El alquitrán**

El alquitrán se define como el peso seco del condensado del humo colectado, menos el peso de toda la nicotina presente. El alquitrán, por sí mismo, no es un carcinógeno simple, se trata de una mezcla compleja de iniciadores tumorales, carcinógenos promotores tumorales y carcinógenos órgano-específicos. Se entiende por iniciador tumoral a aquella sustancia que actúa sobre una célula formando generalmente un enlace histológico con daño irreversible a este nivel. (2) (Programa contra el tabaquismo 1995-2000 p. 31).

### **1.3.3 Monóxido de carbono**

Después de la nicotina, el monóxido de carbono (CO) es el compuesto del tabaco que tiene una acción farmacológica más aguda; se trata de un gas incoloro, inodoro y sin propiedades irritantes para el ser humano que se produce por la combustión de sustancias orgánicas. Este compuesto deteriora la capacidad

de la sangre de transporte de oxígeno y puede provocar trastornos en el sistema nervioso central, representando una amenaza para quienes ya tienen problemas en el funcionamiento del sistema cardiovascular. Por ello numerosos investigadores piensan que el monóxido de carbono contribuye significativamente a incrementar los riesgos del infarto al miocardio y paro cardíaco en los fumadores. (3) (García, 1990 p. 31).

#### **1.3.4 El humo del cigarro**

El humo del tabaco contiene numerosos compuestos que pueden actuar como reforzadores farmacológicos y facilitar el establecimiento del hábito de fumar. Si bien en el comportamiento de fumar intervienen elementos que se derivan de la propia psicología del usuario y de factores socioculturales, es obvio que las características y propiedades del tabaco también desempeñan un papel de importancia. Por el contrario, existen evidencias de que la nicotina representa un factor en la adquisición del hábito, al igual que el monóxido de carbono y el alquitrán. (3) (García, 1990 p. 17).

El fumador que consume una cajetilla diaria realiza más de 50.000 inhalaciones al año y en cada una de ellas provee a sus pulmones y a su corriente sanguínea una gran diversidad de sustancias químicas, a la par que va fijando su comportamiento y fortaleciendo el establecimiento de refuerzos secundarios, tales como la vista o el olor del cigarrillo, el procedimiento de encenderlo y el contexto con el que se asocia el fumar, como por ejemplo el final de una comida, o la ingestión de café o una bebida alcohólica. Todo ello dificulta los intentos de suspender el consumo. Al quemar un cigarrillo se produce aproximadamente 800 cm<sup>3</sup> de humo. Por ejemplo, algunos tabacos asiáticos producen una mayor cantidad de amoniaco que los obtenidos en el continente americano. (3) (García, 1990 p. 17)

La temperatura del humo incide también en las consecuencias sobre el consumidor. Esta característica depende de la forma de fumar; por ejemplo, si se fuma un cigarrillo de 6.5 cm. de largo en dos minutos, la temperatura del humo puede elevarse a 110 grados C, pero si se fuma en once minutos, la temperatura será de sólo 46 grados C. A pesar de que el humo de una pipa alcanza mayores temperaturas, se considera que el menor daño observado entre los consumidores se debe a que por lo general no tragan el humo, de tal manera que la mayor propensión a padecer cáncer en la boca y labios entre los fumadores de pipa puede atribuirse a las altas temperaturas en que se quema el tabaco. (3) (García, 1990 p. 17).

Al tener un análisis de la composición del tabaco, tanto en sus componentes como su secuela que es el humo del tabaco, se puede decir que ambos tienen una gran toxicidad; cuando se inhala el humo del cigarro, va directamente a diferentes órganos del cuerpo humano, éste y sus componentes afectan principalmente pulmón, corazón y riñones.

## 1.4 ¿Qué es el tabaquismo?

Existen varios conceptos de tabaquismo; hay infinidad de autores que han escrito sobre ello a continuación se mencionan algunos, como punto de partida teórica para este estudio.

**TABAQUISMO:** Es una enfermedad crónica sostenida por una triple dependencia: química, psicológica y social; la padece la tercera parte de la población mundial y afecta a niños, jóvenes y adultos. (7) (Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/publico/tabag3.php>).

**TABAQUISMO:** Es un hábito del que muchos hombres y mujeres se hallan prisioneros y del que no pueden liberarse, ni al precio de los mayores esfuerzos, a pesar de que les hace respirar un aire viciado, molesta a las personas que les rodea, daña gradualmente su salud y, por añadidura, sólo les aporta un placer casi insignificante. (8) (Lesourne. 1984 p. 9)

Para Laura Lesourne, el término tabaquismo se refiere a la condición del fumador que es severamente dependiente de la nicotina y, en consecuencia, manifiesta un duro síndrome de dependencia.

Este síndrome se caracteriza por el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en las cuales el consumo de una droga (nicotina) adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquiera otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron un valor más alto. (2) (Programa contra el tabaquismo 1995-2000 p.19).

El tabaquismo representa un problema no sólo de adicción ni de un mal hábito tal y como ha sido considerado a través de estos años; actualmente ya es un problema de muerte, ya que a nivel mundial por su consumo diariamente mueren millones de personas en el mundo.

El tabaquismo es el tema de esta investigación y parte fundamental de esta tesis; para fines del estudio se define como ***una enfermedad emocional y física, causada por el uso del tabaco, con una repercusión en la salud-enfermedad que tiene un individuo.***

## 1.5 El fumador empedernido y su pasión

A continuación se expone la información encontrada en el libro denominado *El fumador empedernido y su pasión*, escrito por Odile Lesourne fue la base para construir las 116 aseveraciones que conforman el instrumento de medición de este estudio, ya que aborda información del psicoanalista Sigmund Freud en la que narra sus vivencias como fumador y paciente cardiópata, experiencias de una riqueza imprescindible para esta investigación, realizada en el entorno del Instituto Nacional de Cardiología, con pacientes fumadores o ex fumadores, así como aspectos de la vida de otros fumadores, que enriquecen con sus testimonios al estudio, y de manera puntual a la construcción de la escala construida y aplicada *ex profeso* para la realización de este ejercicio

### 1.5.1 Introducción a los escritos teóricos

El uso del tabaco abarca una variedad de productos, de prácticas y de utilizadores. Hay fumadores de pipa, de cigarrillos, de puros, existen aficionados a liar los cigarrillos, los que toman café, los mascadores de tabaco y, por supuesto, todas las combinaciones imaginables de estos distintos hábitos. Dentro de cada categoría de productos del tabaco existe una infinita variedad de gustos, de perfumes, de fuerzas, de concentración de tal o cual componente.

Hay fumadores empedernidos y fumadores ocasionales: los que fuman por temporadas y se paran, los fumadores matinales y los nocturnos. Hay los que \*tragan\* el humo y los otros; los que saborean y los voraces; los que fuman el pitillo a medias y los que lo conservan hasta que se les quema los labios; los que dan breves caladas, los que dan largas, los que fuman lentamente y los que fuman de prisa... ¡Qué diversidad! ¡Qué micro universo! (8) (Lesourne, 1984 p.10).

¿A partir de qué momento se puede hablar de tabaquismo? Si éste, según el diccionario, indica un exceso con relación al uso considerado "normal", ¿dónde hay que colocar la línea divisoria? ¿No existe acaso un parentesco profundo entre el pequeño fumador ocasional (que no se ve afectado, según el Larousse, de tabaquismo) y el que fuma tres cajetillas diarias? ¿Hay que considerar en el mismo plano al fumador de pipa, al fumador de pitillos y al fumador de puros? Si los tres utilizan tabaco, es evidente que tienen motivos diferentes para su consumo.

Al tema del campo hay que añadir el del método: ¿partiendo de qué material hay que reflexionar? El fumador, pequeño o grande, no tiene tendencia a analizar su hábito (no lo hace más que cuando se halla en el meollo de su problemática, lo que parece ser muy raro). Así pues, se ofrecen diversas soluciones: o bien habría que explorar sistemáticamente el campo clínico, prestando oído o atención a una manifestación que tiende a hacerse olvidar; o bien aplicar el método analítico a un material existente: vida y escritos de los grandes fumadores, estudio de personajes literarios con esta particularidad, textos poéticos, etc. (8) (Lesourne, 1984 pp. 10-11).

La vía aquí elegida se halla a medio camino entre el estudio clínico y el del psicoanálisis aplicado en el sentido clásico. Ha sido posible seguirlo gracias a una coincidencia de circunstancias: el autor que ha dirigido una amplia encuesta psicosociológica sobre el consumo de tabaco entre los niños y adultos, ha podido disponer de un importante material de entrevistas individuales realizadas por personal especializado, si bien no se trata de psicoanalistas. Son estas entrevistas, grabadas en cinta magnetofónica y transcrita, las que han servido de análisis.

En la medida en que estos textos habían sido fijados, y recogidos por alguien que no era el analista, el trabajo se emparentaba con el psicoanálisis aplicado; pero en la medida en que habían sido establecidos gracias a entrevistas individuales, en las cuales los entrevistados se veían fuertemente implicados, y el

encuestador permanecía casi en silencio, manteniéndose neutro y condescendiente, y la palabra era lo único que se tenía en cuenta siendo inevitable que un transfer rudimentario se estableciera, estos textos aportaban un material clínico. (8) (Lesourne, 1984 p. 11).

Adoptarlo era resolver *de facto* la cuestión del campo, ya que la encuesta se ocupaba solamente de los fumadores empedernidos y los ex grandes fumadores, además de los niños. A decir verdad, era sólo allanarla de modo provisional, pues concentrar toda la fuerza del proyector en uno solo de los aspectos del vicio del tabaco (aunque fuera delimitado un poco arbitrariamente) y estudiarlo en profundidad lleva a discernir con relativa claridad lo que en el aspecto estudiado compete al uso del tabaco en general, al del cigarrillo en particular, y finalmente al carácter excesivo causado por el hábito. De este modo, a partir del estudio de un fragmento las articulaciones del campo y el campo en su conjunto se hallan mejor iluminadas, pero ¿no sucede siempre eso en las investigaciones? Sólo después de haber estudiado un objeto es posible definirlo verdaderamente. (8) (Lesourne, 1984 p. 11).

Como el ensayo de teoría psicoanalítica que se presenta en este libro se apoya principalmente en un material de encuesta, el lector debe, en primer lugar, familiarizarse con ese material (poco corriente) y darse cuenta de cómo han sido llevadas las encuestas y qué casos y qué problemas ha planteado su utilización.

Los resultados de estas encuestas se presentan a continuación de dos formas; en primer lugar, en una perspectiva global, visto de lejos, en resumidas cuentas como si todas las personas interrogadas se parecieran, como si se tratase de llevar a cabo retratos robots: “el fumador empedernido”, “el ex – gran fumador”, “el niño víctima del cigarro”. Esta perspectiva ofrece la ventaja de hacer resaltar los puntos destacados, los rasgos distintivos, lo que tienen en común las personas estudiadas, pero carece de realismo: ¿quién puede reconocerse en un retrato robot, en una media? La otra forma de aproximación es la opuesta: fijarse sólo en una persona y olvidar (provisionalmente) a todas las demás, llevar lo más lejos posible el estudio de los casos, intentar descubrir cómo un individuo singular ha podido convertir el cigarrillo en un asunto personal. Las dos aproximaciones son indispensables y complementarias; su unión permitirá obtener un conocimiento bastante bueno del universo de la intoxicación causada por el cigarrillo. (8) (Lesourne, 1984 p. 12).

En este punto podría iniciarse la reflexión teórica que se realizará en espiral, las distintas facetas del tabaquismo se abordarán sucesivamente. El símbolo del cigarrillo, tan evidente como engañoso, se tratará en primer lugar, y se descubrirá no sólo la extraordinaria polivalencia simbólica del cigarrillo, sino también la asombrosa trayectoria de simbolización que tiende a seguir su uso, en el caso del gran fumador, que hace que el cigarrillo “híper simbólico” en sus comienzos llegue a ser algo completamente vacío de significado.

Seguirá a esto el estudio del masoquismo del fumador, tratado primero a un nivel general: el daño que uno se hace a sí mismo fumando excesivamente, luego a nivel –menos evidente pero también importante— de la unidad fumada y del

desagrado que uno se inflige con cada cigarrillo encendido, incluso con cada calada. Esta visión de cerca de la "operación cigarrillo" llevará, con toda naturalidad, a un estudio del autoerotismo del fumador, tan complejo y tan entremezclado de masoquismo. (8) (Lesourne, 1984 p. 12).

Si fumar consiste en gran parte en la inhalación de un aire viciado, es decir en un meterse dentro, este hábito comporta también un notable salir fuera. No se trata del humo que se exhala como de la actuación en que consiente igualmente la práctica del cigarrillo: ésta lleva consigo necesariamente un derroche motriz, actividad gestual, manipulación y escenificación. Luego está la cuestión de angustia, presente con tanta evidencia en los grandes fumadores, y de qué modo la actividad tabáquica, intentando resolverla, la alimenta, en realidad, constantemente creando un círculo vicioso, debido a un luto imposible. Llegados a este punto de la investigación, tras haber descubierto que en muchos aspectos la actividad tabáquica remite a un problema arcaico mal elaborado, será indispensable preguntarse sobre el lugar que ocupa ese núcleo en la estructura del fumador empedernido y reflexionar sobre la cuestión de la escisión del yo. (8) (Lesourne, 1984 pp. 12-13).

Al final de este ensayo, el cigarrillo aparecerá como una suerte de objeto transicional tardío y más bien mal adaptado para desempeñar su función, partícipe como él de la realidad y de la ilusión, como él sin valor y eminentemente precioso, como él ocupando una posición a la vez marginal y esencial para el que lo utiliza, pero que, al contrario que él, ayuda al fumador a afrontar más la muerte que la vida.

Éste es el trayecto que recorre el libro de Lesourne (1984); pero antes de iniciar el itinerario, ¿cómo no dar rodeo "por el camino de Freud", ya que la cuestión del tabaco se impone en él de todos modos? En esta parada preliminar se intentará descubrir lo que puede enseñar Freud sobre la cuestión del tabaquismo, tanto a través de lo que él dice, como de lo que hace de él sin decir nada. (8) (Lesourne, 1984 p. 13).

### **1.5.2. Por el camino de Freud**

Freud, es cosa sabida, era un gran fumador. El tabaco, en forma de puros, ocupó un lugar muy importante en su vida... y en su muerte. A pesar de ello, o debido a ello, apenas escribió nada sobre la intoxicación causada por la nicotina. En sus escritos teóricos casi nunca evoca el hábito de fumar y habla solamente, en algunas ocasiones, de las intoxicaciones en general, y por otra parte, lo hace más para tomarlas como prototipo de un dato existente en lo real que para explicarlas. En su correspondencia, por el contrario, habla a menudo del tabaco, pero lo que dice de él no se relaciona casi nunca con sus ideas teóricas. El relativo silencio de Freud sobre el tabaquismo, la distancia entre sus declaraciones privadas y públicas, todo esto constituye un enigma que no es quizá otro que el enigma del tabaquismo. (8) (Lesourne, 1984 p. 14).

### 1.5.3 El tabaquismo en la vida de Freud

Freud no parece haber analizado su propio tabaquismo; esto es, por lo menos, lo que hacen creer sus biógrafos que expresan esta idea cada uno a su modo. Anzieu afirma que, por no haber elaborado la angustia persecutoria, Freud tuvo que recurrir a una solución bioquímica. En cuanto a Schur, dice que “la cuestión del tabaco permaneció en él como la esfera importante en la cual no pudo establecer la supremacía del yo”. A pesar del silencio de Freud, se tiene cierto número de elementos que permiten, si no comprender completamente el hábito de Freud, por lo menos delimitar sus principales aspectos; éstos son, por una parte, una serie de hechos aparentemente menores en relación con el tabaquismo, narrados principalmente por Schur y, por otra parte, cierto número de observaciones sobre esta cuestión, expresadas en su correspondencia y que, aunque dispersas, presentan una vez reunidas, cierta coherencia. (8) (Lesourne, 1984 pp. 18-19).

### 1.5.4 Cuando Vivió Freud su Tabaquismo

Los hechos se agrupan en torno a series de fechas: de 1893 a 1895, 1917, y de 1923 a 1932.

- a) El primer período aparece relatado con detalle en el capítulo de la obra de Schur titulado elocuentemente “el episodio cardíaco de Freud: la nicotina”. Schur se apoya en la correspondencia de Freud con Fliees, a la que — hombre de suerte — tuvo acceso en su totalidad. En este período se pueden distinguir cuatro momentos:

Antes del “episodio cardíaco”; Freud acusa ciertos trastornos cardíacos en el mes de octubre de 1893, trastornos que atribuye a la gripe. Fliees, advertido, le ordena dejar de fumar. Freud contesta (el 18 de octubre de 1893)... que “fuma de modo abominable”, que está seguro de que su corazón va a desbocarse en los próximos días” y asegura a Fliees que “seguirá escrupulosamente sus prescripciones”. Un mes más tarde el 17 de noviembre), dice, sin embargo, a Fliees que “no obedece sus prescripciones”. (De entrada se observa a la vez la gran ambivalencia respecto a las “prescripciones de Fliees” a las cuales querría someterse, pero a las que no hace caso alguno, e igualmente la extrema dificultad para parar, ya que ante los malestares cardíacos probados y los consejos de su amigo — ¡oh cuán estimado! —, no lo consigue. (8) (Lesourne, 1984 p. 19).

Suspensión del tabaco y “episodio cardíaco”: seis meses después, a finales de marzo de 1894, Freud deja completamente de fumar. Experimenta primero los padecimientos naturales de la abstinencia, luego sobrevienen súbitamente, algunos días más tarde, los dolores cardíacos muy violentos que provocan en él angustia, ideas de muerte, profunda depresión e incapacidad de trabajar. Todo es relatado a Fliees con numerosos detalles en una carta el 19 de abril de 1894, de la que Schur destaca, a justo título, el

gran número de errores, de *lapses*, de rarezas y el estilo no habitual. Es evidente que Freud se hallaba en estado de angustia cuando la escribió.

Las consecuencias del “episodio cardíaco”: Freud intenta desesperadamente comprender qué le sucede, hace un diagnóstico y un pronóstico, para saber si está condenado a corto plazo o si le quedan algunos años de vida. Consulta a Breuer, escucha los relatos de sus enfermos que pueden presentar una analogía con sus trastornos, rememora sus conocimientos de medicina y, sobre todo, pide consejo a Fliees. Este último no quiere desdecirse de su diagnóstico de intoxicación nicotínica. Freud se resiste a esta interpretación pero indirectamente, proponiendo otras y, sobre todo, oponiéndose a los hechos: la abstinencia no cambia nada sus males. (8) (Lesourne, 1984 pp. 19-20).

Vuelve al tabaco: después de siete semanas de abstinencia total, Freud vuelve tímidamente a fumar y experimentar inmediatamente un sentirse mejor. Aunque Fliees, a cada defensa del puro de Freud, contesta reiterando la prohibición, él continúa. El 12 de junio de 1895, es decir un año después del episodio, dice a Fliees que ha vuelto de lleno a sus viejos hábitos. No vuelve a hablar de sus trastornos cardíacos que aparentemente han desaparecido del todo. (8) (Lesourne, 1984 pp. 19-20).

Jones y Schur han dado interpretaciones muy divergentes de este episodio. Para Jones, el conjunto de malestares psíquicos experimentados por Freud en este decenio (migrañas, dolores cardíacos, trastornos gastrointestinales, etc.) son resultado de una grave psiconeurosis, una histeria de angustia, que Freud se cuida mediante autoanálisis. Schur, en cambio, es partidario decidido de la trombosis coronaria, favorecida por el tabaco pero no debida a él. El primero piensa en un origen psíquico, pero sitúa en el mismo plano todos los males que padece Freud; el segundo se interesa por la especificidad del trastorno, pero niega su origen psíquico. Ambos tienen, sin duda, parcialmente razón. Pero se equivocan a la vez al disociar el episodio cardíaco del tabaquismo. Los hechos autorizan a ir más lejos en la interpretación. (8) (Lesourne, 1984 p. 20).

Es completamente evidente que el dejar de fumar por parte de Freud era un envite importante en la relación de él y Fliees. Este último tenía una importancia enorme a los ojos de Freud, por múltiples razones que han sido ampliamente analizadas. Pero mientras Freud se sometía ciegamente a Fliees en tantos puntos, respecto a la cuestión del tabaco, por primera vez y sin que nada le hubiera permitido adivinar, se resistió a él con todas sus fuerzas. Fumar era el emblema escondido de su resistencia, un modo de salvaguardar una zona de su vida —de su cuerpo— fuera del alcance de la mirada de Fliees, un signo precursor de la ruptura. Parece que en este asunto, inconscientemente, Freud tuvo necesidad de no dar la razón a Fliees y esto, en un punto relacionado no con las “grandes ideas” de su amigo, sino sencillamente con su competencia profesional. Tanto la crisis cardíaca que sigue a su abandono del tabaco, prescrito por Fliees, como el cese de los trastornos a partir del momento en que Freud vuelve a fumar, parecen la

demostración del error de Fliees y a la vez de la resistencia de Freud. (8) (Lesourne, 1984 pp. 20-21).

Sin embargo, suponiendo que el inconsciente de Freud hubiera exigido que no diera la razón a Fliees, aunque fuera al precio de grandes sufrimientos físicos y morales, esto no explica por qué Freud tuvo que hacerlo precisamente sobre la cuestión del tabaco. Evidentemente se puede suponer que la privación del punto originaba una fuerte angustia de castración, que quitando a Freud su cigarro, Fliees le volvía simbólicamente impotente, estéril (realmente le impidió trabajar). (8) (Lesourne, 1984 pp. 20-21).

Pero también se puede pensar que el puro tenía para Freud una función mucho más esencial, que le servía de protección contra la angustia. No es siquiera imposible que los primeros trastornos fueran el resultado de cierta insuficiencia del cigarro como paliativo de la angustia. Si esto es cierto, queriendo privar a Freud de los cigarrillos, Fliees le habría retirado un elemento esencial para su supervivencia psíquica, un elemento que le impedía verse sumido en la angustia intensa, constreñida, en cierto modo, a tomar cuerpo en una trombosis coronaria. (8) (Lesourne, 1984 pp.20- 21).

Así, parece posible atribuir al episodio cardiaco una doble determinación: en un cierto plano pudo ser un acto de rebelión inconsciente contra Fliees, rebelión necesaria por la influencia en aumento de su amigo sobre Freud; en otro plano, el episodio pudo ser la expresión somática de una verdadera crisis de angustia vinculada a la supresión del comportamiento tabáquico en la medida en que la función esencial de este último puede ser bloquear o atajar la angustia.

Para acabar con este periodo (1893-1895), es interesante observar que los malestares cardíacos de Freud tuvieron lugar a la vez durante la intoxicación (los primeros trastornos), y durante la abstinencia ("el episodio"). Esto explica quizá el tipo de contradicción que se ha observado más arriba, cuando Freud identifica tanto las intoxicaciones como las abstinencias.

- b) Freud vuelve a sus hábitos tabáquicos sin tener en cuenta más. Pero la guerra hace cada vez más difícil el aprovisionamiento de cigarrillos. En noviembre de 1917 escribe a Ferenczi:

*"Ayer fumé el último cigarro y desde entonces me siento de mal humor y cansado. Tuve palpitaciones y la dolorosa hinchazón en el paladar que he observado desde mis días de privación se ha agravado, "después, un cliente me trajo cincuenta puros. Tras haber encendido uno, me puse alegre y la hinchazón desapareció. No hubiera creído que eso hubiera podido ser tan contundente, completamente a la Groddeck"* (8) (Lesourne, 1984. pp.20-21).

Freud expresa claramente ahí los efectos de la privación del cigarro. La hinchazón de la boca no se debe, evidentemente, a la privación, sino que se

experimenta cuando el hecho de fumar no anestesia ya física y psíquicamente las sensaciones. En cuanto a las palpitaciones, son, puede creerse, de la misma naturaleza que las de los años 1893 y 1894. Freud, por otra parte, no parece hacerse ilusiones. (8) (Lesourne, 1984 pp. 20-21).

- c) La cuestión del tabaco se volverá a plantear de manera aguda a partir de 1923, pues en esta fecha se declara el cáncer del que todo el mundo, ya en esa época, cree que, si no es causado directamente por el tabaco, es, por lo menos, ampliamente favorecido por él. Si se leen los relatos de este periodo, se siente el entorno de Freud profundamente impresionado e inquieto, pero intimidado y sin atreverse a hacer presión sobre él para que abandone su hábito, como Fliees hiciera antes (por otra parte, hubiera dicho lo que hubiera dicho, Freud hubiera, sin duda alguna, perseverado). No se van a repetir todos los episodios de esta horrible enfermedad, trazar de nuevo el calvario de las treinta y dos operaciones, de las innumerables prótesis y de los viajes a Berlín... Pero se debe señalar un hecho particularmente sorprendente: toda vez que, durante este periodo, Freud sufrió de malestares cardiacos, por poco inquietantes que fuesen, dejó instantáneamente de fumar. Por el contrario, cada nueva leucoplasia, cada inicio de epiteloma, cada operación, cada biopsia, que inquietaba considerablemente a los médicos implicaba para Freud grandes sufrimientos, le dejaba impávido en cuanto a su tabaquismo.

Rechazaba la idea de las consecuencias funestas de este hábito con un ademán y perseveraba (Schur afirma que temía mucho menos el sufrimiento que es la abstinencia). Es lícito, pues, suponer que, a pesar del deseo expresado muchas veces de "morir con las botas puestas", de que se lo llevara una crisis cardíaca, Freud resistía con toda su fuerza inconsciente a esta posibilidad. No quería por nada del mundo tener malestares cardiacos. También es posible preguntarse si éstos equivalían para él a una crisis de angustia insostenible, que era preciso evitar al precio que fuera, si había una cierta intercambiabilidad entre estas dos nociones de si fumar era, como se ha supuesto anteriormente, un medio de canalizar la angustia para que no provocara la crisis. Está claro que, cuando ésta se producía a pesar de todo, era necesario entonces cambiar de táctica y utilizar medios más radicales. (8) (Lesourne, 1984 p. 22).

Sea cual sea la interpretación de las capas profundas, parece seguro que, cuando los trastornos cardiacos estaban ahí, era urgente y fácil para Freud no fumar. Por el contrario, cuando la amenaza de la muerte brutal se alejaba, Freud no podía evitar volver a fumar. Ahora bien, ¿qué significaba, sin enmascaramientos, el volver al tabaco? El dolor y el cáncer, todo esto provoca una pregunta: si a cierto nivel de profundidad lo que Freud quería era ese sufrimiento, ese cáncer: no dejarse tomar por la muerte como acontece en el momento de un ataque de corazón, sino hacerla entrar en sí lenta y metódicamente, de modo que uno pueda controlarla y observar sus efectos. (8) (Lesourne, 1984 p. 22).

Fumar no hubiera sido sólo un medio de encauzar la angustia, sino también, a partir de cierto momento, en todo caso, un medio de introducir la muerte en la vida, bajo la forma de un “cuerpo extraño interno”, de un objeto malo, cada vez más invasor y perseguidor, pero del que se es único responsable y sobre el que se tiene poder. Cada operación podía, de este modo, significar un triunfo, no sobre la muerte sino sobre el objeto: respecto a que el cáncer pudiera presentar el objeto de los primeros tiempos, se verá dentro de poco un inicio de confirmación, a propósito de un texto escrito por el mismo Freud. (8) (Lesourne, 1984 p. 22).

### 1.5.5. Cuándo habló Freud de su tabaquismo

Las observaciones de Freud sobre el tabaco se relacionan casi siempre con su trabajo: en todas sus formas, a todos sus correspondientes, les dice que los puros le son necesarios para trabajar y que verse privado de ellos es perder a la vez toda posibilidad de creación y toda alegría de vivir. Volver sobre todas estas observaciones esparcidas no llevaría más que a evidenciar su convergencia; igualmente parece más interesante resaltar tres fragmentos de cartas que, por sí solos, dicen más que muchos comentarios. (8) (Lesourne, 1984 p. 22).

En marzo de 1922, escribe a Lou Andreas-Salomé:

“Mi hija-Ana” también me falta mucho. Se ha ido el dos de este mes a Berlín y Hamburgo. Hace mucho que lamento que esté en casa de sus abuelos (...). Pero por otra parte, si verdaderamente tuviera que irse, me sentiría tan empobrecido como lo estoy en este momento, por ejemplo, o como si fuera necesario renunciar a fumar (...) debido a todos estos conflictos insolubles, es bueno que la vida acabe un día.” (8) (Lesourne, 1984 p. 23).

Dejar de fumar es el equivalente a una separación definitiva entre padre e hijo, separación tan difícil que a su lado la muerte parece casi un mal menor. Si las hipótesis presentadas más arriba son ciertas, esta observación de Freud induce a pensar que la angustia de la muerte tenía relación con la pérdida de un objeto parcial (un hijo como parte del padre, o la inversa). (8) (Lesourne, 1984 p. 23).

El 5 de marzo de 1939, escribe a Arnold Zweig una larga carta donde indica, entre otras cosas, que aquello de lo que ha sufrido más en los últimos tiempos, es “la indecisión completa respecto a las medidas a tomar. Hasta este momento sabía cuáles eran: por una parte fumar, por otra operar el carcinoma. Luego, anota entre paréntesis, lo que hay que subrayar cuando se conoce el contenido de ese paréntesis:

*“No hay duda de que se trata de un nuevo ataque de mi querido y viejo carcinoma con el que comparto la existencia desde hace ahora dieciséis años. Quién sería el más fuerte otra vez no se podía, naturalmente, decir antes.”* (8) (Lesourne, 1984 p. 23).

Todo es significativo en este fragmento: el tono es el de la sencillez, casi el de la broma, lo que, por supuesto, puede entenderse como expresión de la

supremacía del yo, al modo de Schur (Freud se enfrenta a la adversidad con buen humor), pero también como prueba de cierto placer que haya así el medio de expresarse. (8) (Lesourne, 1984 p. 23).

Las palabras son también muy elocuentes si, rebasando la expresión, se halla el sentido originario: un “ataque” evoca un fantasma perseguidor, un enemigo oculto pero presente, que se da a conocer de pronto; ese “querido viejo” cáncer: el cáncer, el enemigo que ataca, es querido desde hace mucho tiempo; esta historia del cáncer es un viejo asunto, “he compartido mi vida”: ha habido dos partes en mi vida, la mía y la del cáncer. Cuando se conoce el dualismo freudiano, es inevitable pensar que, por el lado del cáncer, se trataba de la pulsión de la muerte (segunda teoría de las pulsiones) o quizá también lo reprimido (primer tópico). (8) (Lesourne, 1984 p. 23).

El que Freud haya puesto entre paréntesis el carcinoma es, en resumen, de otra forma, lo que ha hecho a lo largo de toda su vida fumando exageradamente, sin querer tener en cuenta las consecuencias de éste hábito; en cuanto a la frase que concluye el paréntesis, entraña, según Schur, dos *lapsus*, como él, nosotros también la reproducimos en alemán: “Wer damals der starker sein word, conté man natürlich nicht vorsagen.” (Quién damals los fuertes del sistema su palabra, Conté no es natural)

Freud hubiera debido escribir “diesmal”, en vez de damals, “esta vez”, y no “otra vez”; igualmente habría debido utilizar word “será”, y no word que no existe en alemán y parece una contracción del futuro (wird) y del condicional (wurde). Hablando del cáncer presente, Freud evoca el pasado. Es posible, como hace Jones, pensar que ese corresponde al primer “ataque” del cáncer, en 1923, pero no evocar un ataque mucho más antiguo (de la pulsión del objeto perseguidor, de la angustia persecutoria de la que habla Anzieu). (8) (Lesourne, 1984 p. 24).

Demos ahora marcha atrás, a 1931, para citar una carta de Freud a Stefan Zweig en la cual habla del tabaco de un modo que puede constituir una conclusión para este breve estudio. Zweig habría escrito un libro sobre Freud y se lo había enviado. Freud contesta para darle sus impresiones (que no son muy favorables es cosa sabida). Reprocha a su biógrafo el haberle presentado excesivamente como un pequeño burgués y lleva a cabo la lista de todos los aspectos un poco locos, no catalogados, de su existencia que contradicen este modo de verlo; cita sus migrañas y sus cansancios, su fiebre de coleccionista, su pasión por la arqueología, su compulsión por ir a Roma y finalmente esto: “... *He sido un fumador apasionado (quisiera serlo todavía)*” que atribuía al puro el papel más importante en el dominio de sí mismo y la tenacidad en el trabajo. (8) (Lesourne, 1984 p. 24).

Freud experimentó su tabaquismo como un campo en el que algo “apasionado” ascendía del interior de sí mismo, algo que, como diría Marx Schur, no había entrado en la esfera de supremacía del yo, pero le era indispensable para asegurar su propio dominio y permitirle crear su obra. Tras este análisis, queda una pregunta: ¿Por qué Freud, por qué sus biógrafos han colocado “entre paréntesis” la cuestión del tabaco? de momento no se puede contestar a ello,

como no se puede comprender la estructura del tabaquismo a partir de Freud, en la cual, sin embargo, era imposible no fijarse. Este hecho ha sido doblemente fecundo: ha permitido, partiendo de criterios teóricos, descubrir la profunda semejanza entre sexualidad e intoxicación así como el carácter regresivo de un aprovechamiento de la primera por la segunda. Ha demostrado también, en la vida de Freud, la relación del tabaquismo con la angustia no calificada y con la muerte diferida. (8) (Lesourne, 1984 p. 24).

Pero evidentemente no es sólo partiendo de Freud como puede analizarse la cuestión del tabaquismo. También es necesario presentar el material sobre el que se ha basado principalmente este libro, su naturaleza, muy particular, que impone de antemano una reflexión teórica sobre la legitimidad de su utilización. (8) (Lesourne, 1984 pp. 24-25).

### **1.5.6. Víctima del tabaquismo**

¿Por qué se fuma? ¡Pues porque es agradable, para proporcionarse un placer! respuesta esperada, respuesta evidente y, sin embargo, respuesta muy discutible. El fumador impenitente, por causa de su hábito, sufre bastante más que lo que goza. Se siente humillado por no tener ningún poder sobre él, se siente culpable por fumar demasiado, y al no poder cambiar nada de su comportamiento lo soporta sin alegría, con resignación. Es víctima del tabaquismo. Sin embargo, si lo abandona un día de forma brusca, sorprendido él mismo de su propio valor y de su éxito, intensamente aliviado, feliz, no se ha librado por ello de él completamente. El recuerdo de su pasado hábito, el temor a volver a caer, no le dejan nunca del todo. (8) (Lesourne, 1984 pp. 24-25).

Antes incluso de conocer a los fumadores individualmente, la descripción detallada de sus modos de reaccionar y de sus actitudes hace nacer, como se verá, un gran número de reflexiones y de hipótesis sobre los basamentos inconscientes del tabaquismo. (8) (Lesourne, 1984 p. 39).

### **1.5.7. Los cigarrillos buenos y los otros**

No hay grandes fumadores felices. No se ha encontrado ninguno que viva su hábito ligeramente y sin preocupación. La mayor parte lo deploran; experimentan el hecho de fumar como una suerte de cadena que arrastran detrás sin poderse deshacer de ella. Fumar es una suerte de desgracia, de poca envergadura, íntima y cotidiana contra la que no se puede hacer nada y que hay que soportar. Algunos individuos raros proclaman que se sienten felices de ser grandes fumadores y les parece bien serlo. Pero detrás de esta fachada penetran el sufrimiento y a veces, incluso, la angustia, pues para todos los fumadores el placer o la felicidad que aporta el hábito del cigarrillo es de poco peso en comparación con todos sus inconvenientes y los numerosos malestares que causa. En efecto, si para todos los fumadores hay “los buenos pitillos” también hay los demás. Los grandes fumadores que han dejado de fumar hablan con

nostalgia del tabaco como de un bien insustituible. Los fumadores actuales lo evocan con una suerte de felicidad contenida.

Los buenos cigarrillos no son solamente muy placenteros, se fuman a plena conciencia. Cada parte del acto se detalla. Se ve llegar el momento y se espera ese momento: sacar la cajetilla, luego el cigarrillo, encenderlo, son pasos que se realizan como preliminares del acto. El cigarrillo es saboreado. "Uno se ve fumarlo", dice una de las personas interrogadas. El buen cigarrillo se fuma con relativa lentitud en un estado de paz; va acompañado de un sentimiento de reposo, de calma. "Es el cigarrillo de la felicidad", explica uno. La paz es la causa o la consecuencia de un sentimiento de "buena conciencia". Nadie se siente culpable de fumar los "buenos cigarrillos". (8) (Lesourne, 1984 p. 39).

"Por la noche, en mi lugar de trabajo, era el cigarrillo reflejo; pues en los momentos de ansiedad, de enervación, de febrilidad, se acentuaba el cigarrillo, pero a la vez se producía un arrastre; éramos varios los que nos ofrecíamos cigarrillos. Había también, por supuesto, cigarrillos de placer y eran esos los que costaba más suprimir. Esos cigarrillos son los de los momentos en que se tiene contacto físico con el cigarrillo; son fotos fijas; el cigarrillo llega, uno lo inhala, lo fuma, se toma el tiempo de verse fumarlo, de vivirlo. Los otros no saben, con frecuencia, qué ha pasado entre el momento en que se ha encendido y el momento en que se ha terminado". Los buenos cigarrillos son del orden del placer permitido, de la recompensa merecida. (8) (Lesourne, 1984 p. 39).

"Hay momentos privilegiados en los cuales es un placer y montones de otros momentos en los que se podría prescindir... simplemente..., me doy cuenta de que fumo mucho... Sí, después de las comidas, en general, se tiene el estómago muy lleno... hay una especie de distensión que se debe operar en el organismo, presumo, y este cigarrillo que se fuma de modos diferentes -se fuma, por otra parte, a grandes bocanadas- es el de la distensión, del momento en que uno se siente bien físicamente, el estómago lleno... Todo lo que se necesita... y es agradable. Existe también el cigarrillo de después de haberse agitado o algo así, con los chicos de uno, con un alumno, se fuma a plenitud de un estado... es la calada larga, tranquila y reposante... Debe de haber grados intermedios, pero yo confieso que no los he notado". (8) (Lesourne, 1984 p. 40).

Es una opinión unánime: todo iría bien si uno se atuviera a los "buenos cigarrillos". Fumar no haría ningún daño y el fumador no experimentaría ningún conflicto; sólo habría fumadores felices. Este no es el caso, por desgracia, pues la inmensa mayoría de cigarrillos no son de esta categoría. (8) (Lesourne, 1984 p. 40).

Los "otros cigarrillos" no se oponen a los "buenos cigarrillos" *a priori*, como malos, sino más bien como no queridos, no saboreados, maquinales, automáticos. Corresponden a una "necesidad", dicen, y no a un "deseo"; llenan una carencia pero no aportan placer hablando con propiedad. Se suele asimilar el gesto de encenderlos a un tic. Se fuman por costumbre, sin quererlo, sin saberlo casi. Muchos fumadores observan, deplorándolo, que les acontece el encender un

cigarrillo sin darse cuenta de que tienen ya uno encendido. (8) (Lesourne, 1984 p. 40).

“No se tiene ganas de cigarrillos en ese momento, pero es el gesto de coger un cigarrillo, encenderlo, sacar el encendedor, volver a meterlo en el bolso, es todo el contexto que lleva todo eso... que en realidad... te desenhebra... pero en fin, te hace hacer algo en el momento en que estás enervado. Sí, sí, creo que es un tic.” (8) (Lesourne, 1984 pp. 40-41).

Es a estos cigarrillos a los que se hace responsable de todos los malestares de los fumadores. Al contrario que los primeros, los “malos cigarrillos” van asociados a situaciones de disgusto: tensión, enervamiento, inquietud, cólera o, por el contrario, espera, ocio, soledad y aburrimiento. Aunque se fumen sin darse cuenta verdaderamente, se fuman siempre más cuando algo va mal.

“Los cigarrillos que enciendo entre dos clases (...) Todos estos cigarrillos no me gustan (...) Es un gesto maquinal o nervioso. Todos los momentos de mi vida en los que he tenido conflictos, empieza una pelea con alguien, tengo necesidad pavorosa, entonces es una necesidad pavorosa. Soy capaz, a las dos de la mañana, de vestirme y salir para ir a buscar tabaco... Es algo que da seguridad, me siento completamente sin defensas sin ello”.

“Cuando se tienen preocupaciones, problemas, el cigarrillo tiene un modo falso de hacer olvidar eso; es algo como un tic nervioso, también, porque cuanto más enervado está uno, más cansado está, más fuma, cuando... en realidad a veces no se tienen tantas ganas. Yo enciendo a veces un pitillo y me digo: ¿por qué lo he encendido, si no tenía ganas? No sólo lo he encendido sino que lo apago enseguida; eso prueba, de todos modos, que es un tic, aparte del aspecto droga del que no se puede prescindir”. (8) (Lesourne, 1984 p. 41).

A los ojos de los fumadores, son los cigarrillos “mecánicos” los que son causa y expresión de la desgracia de fumar excesivamente, a la vez porque son los más numerosos, con mucho, porque van asociados a un contexto desagradable y porque no se tiene ningún poder sobre ellos, no se les domina. La inmensa mayoría de cigarrillos fumados no proporciona, pues, placer. El único al que dan origen –si puede decirse así– es negativo: es el no “estar sin”, no carecer, placer que se experimenta principalmente al encenderlo, cuando uno se da cuenta de lo que hace, lo que está lejos de ser siempre el caso. (8) (Lesourne, 1984 p. 41).

“Yo mismo preferiría no fumar y preferiría que mis hijos no fumaran. Sin duda. Eso no me proporciona más que trastornos y ningún beneficio, pero es una droga y uno no puede prescindir. Aporta un beneficio porque es una necesidad que hay que satisfacer... pero es una droga” (8) (Lesourne, 1984 p. 41)

“Uno está cautivo de los gestos y el placer no es ya lo importante. Son sólo los gestos automáticos (...) Ahora, actualmente, en este instante, estoy fumando y siento que no experimento placer. Eso no se llama placer, eso se llama... es como respirar; no es más placer que el de cuando se sale del agua y se ha estado bajo el agua sin respirar. Pero no es un placer”. (8) (Lesourne, 1984 pp. 41-42).

### 1.5.8. Esclavitud

El automatismo de los gestos, el lado maquinal de hábito, la necesidad que nace y se satisface, casi sin participación de la voluntad, todo eso da al fumador el sentimiento de ser ajeno a la necesidad de fumar; no es él quien quiere fumar. Algunos tienen la tendencia a situar la necesidad en la cuenta de la intoxicación: algo debe pasar en su cuerpo, un fenómeno de química interna, algo así como un hecho objetivo, científico, del cual el individuo es quizá el asiento, pero sobre el que no tiene ningún poder. La insistencia en hacer responsable al cuerpo, sin embargo, no se da en todos. Muchos se encuentran ante su hábito como ante un fenómeno incomprensible, a la vez inquietante, doloroso, irritante y humillante.

“Lo que es enervante... existe de todas formas una intoxicación que hace que cuando no se tienen cigarrillos, se esté un poco como los drogadictos... Es decir, que se experimenta realmente la carencia. Yo sé que me ha sucedido haber llegado a fumar tanto que a la mañana siguiente, sin cigarrillos... bien estaba un poco loca, buscada colillas en... cualquier sitio... si había dejado un pitillo en un bolsillo o en un bolso; y bien, buscaba por todas partes... da un poco de miedo cuando uno se ve llegar a un punto semejante... de no poder prescindir de algo que acababa, para mí, por molestarme quizá más que el miedo a un peligro de cáncer, de lo que eso puede... todos los desarreglos... psicológicos”.

“No quiero ser una víctima, vaya... en eso, no soy una víctima pero soy... estoy prisionera de esa cosa que se me pega, se me pega como un esparadrapo”. (8) (Lesourne, 1984 pp. 41-42).

La dependencia se manifiesta, particularmente para el fumador impenitente, en la necesidad de saber que tiene cigarrillos a su alcance. No tenerlos induce en él un estado de ansiedad tal que tiene que acabar con él necesariamente yendo a comprarlos: el rasgo que caracteriza al mayor fumador (a sus propios ojos) es el ser capaz de salir por la noche para ir a comprar cigarrillos. Casi tan típico, pero mucho más vergonzoso y menos confesado, es el de recoger las colillas de los ceniceros.

“Por ejemplo, se puede estar paseando por el bosque, o por cualquier otro sitio, si olvido el paquete de cigarrillos me sentiré desgraciada como un perro, aunque, teniéndolo en el bolsillo, no fumo recogiendo setas, ya que allí es lo que solemos hacer más. No voy a fumar por la tarde porque estoy ocupada recogiendo setas. Bueno, los tengo en el bolsillo, esto me tranquiliza, pero si no los tengo experimento una necesidad espantosa, horrible”. (8) (Lesourne, 1984 p. 42).

“A fin de cuentas la necesidad de fumar no se experimenta nunca del todo; es la privación lo que hace comprender hasta qué punto tiene uno necesidad... El único momento en que me digo: ‘estás verdaderamente fastidiado’, tiene verdadera dependencia de esta cosa; es en un momento así, cuando por la noche me doy cuenta de que no me queda ninguno. Entonces, efectivamente... Se

experimenta como una verdadera inquietud con una especial angustia que yo no logro calmar, no necesariamente fumándolos, por otra parte, sino estando seguro de tener suficientes, por sí... y creo que es eso lo propio de la dependencia (...) Si a las once de la noche me doy cuenta de que no tengo bastantes cigarrillos, me vuelvo a vestir y salgo. Bien, hago ida y vuelta, voy a buscar mi contingente, vuelvo y siento una especie de seguridad, de tranquilidad diciéndome: es lo que necesito" (8) (Lesourne, 1984 p. 42).

Muchos fumadores impenitentes cuando se ponen a buscar pitillos no es necesariamente porque tengan ganas o necesidad de fumar inmediatamente, sino porque no quieren ponerse en situación de tener esos deseos y no poder satisfacerlos. Muchos hablan de intoxicación, pero son raros los que "creen en ella" del todo. Algunos grandes fumadores observan que cuando se ven obligados por un motivo exterior absoluto a no fumar, en el hospital o en el cine, o a veces en el lugar del trabajo, el cigarro no les falta físicamente. (8) (Lesourne, 1984 pp. 42-43).

### **1.5.9 Culpabilidad**

La humillación aumenta con la culpabilidad, pues todos los grandes fumadores tienen una aguda conciencia de perjudicar su salud por fumar demasiado. Aparte de todos los signos naturales del envejecimiento que infaliblemente colocan en la cuenta del tabaco (ahogos, temblores, arrugas, ojeras, pérdida de memoria), el fumador experimenta con frecuencia trastornos menores que atribuyen a su práctica (tos, anginas, bronquitis, alergias, etc.). Estos diversos males son a sus ojos un tributo necesario. Por desagradable que sea esta carga, es, sin embargo, soportable y sus consecuencias menores. Sucede todo lo contrario en lo que respecta al cáncer, que aparece como un ser a la vez mítico y omnipresente. (8) (Lesourne, 1984 p. 43).

El cáncer es considerado como el mal absoluto; los fumadores tienen una actitud maniqueísta a propósito de él: una de dos, o se tiene o no se tiene; es la muerte en plazos muy breves, el sufrimiento apenas se plantea; si no se tiene, lo que es lo más frecuente, de todos modos, a sus ojos, se ha pasado junto a la desgracia absoluta pero abstracta, que no lleva consigo ninguno de los pequeños sufrimientos tan conocidos y detallados por todos. En el espíritu del fumador no hay una solución de continuidad completa entre su ahogo o su tos y "el cáncer". Son dos cosas que no tienen relación alguna. Es notable que los fumadores se hayan polarizado de este modo respecto al cáncer y se hayan hecho una idea de él tan tajante. Las otras consecuencias posibles del tabaquismo, tan graves y reconocidas, como las enfermedades cardiovasculares, casi nunca se evocan. (8) (Lesourne, 1984 pp. 43-44).

"En cuanto a mí, eso no desempeña un papel tan importante; sin embargo vi a alguien, un amigo de un amigo, que murió en dos años y medio y era verdaderamente el cáncer del fumador; tenía 30 ó 35 años y cuando supo lo que tenía continuó (...) Es decir, sabía a ciencia cierta que se destruía del

todo, pero, bueno, hallaba placer en ello, sin poder evitarlo... creo que son conductas suicidas. Pero se puede muy bien morir de un cáncer de pulmón sin haber fumado... Hay tantos otros... tantas ocasiones. Se vive de un modo completamente polucionado, se come... lo que se come... todo es cancerígeno..., entonces el tabaco... No consigo movilizarme en este sentido”.

“Creo que hay un lado de disfrute en gastar el dinero para nada (...) No invertir en algo sólido aparte de un pequeño cáncer a los 40 años. Hay eso sí, la autodestrucción, el suicidio lento (...) Mejor morir a los 50 años de un cáncer de pulmón, sin haberse privado durante toda la vida, que a los 70 en plena salud. En fin, este es un argumento en el que no creo mucho porque no sé si me he dado cuenta plenamente del hecho de que podría morir de un cáncer. Lo sé intelectualmente, pero no es algo que experimente profundamente. Veremos cuando llegue el momento”.

“Vi a una enfermera que encontré en el tisiólogo y que me dijo que lo había dejado con acupuntura (...) Debía estar poderosamente motivada en un servicio de este tipo. Efectivamente, cuando se está en contacto cada día con ese tipo de drama... Debe dar miedo, mientras que para el común de los mortales no; es drama pero distante...y que se siente como un accidente de coche; siempre se tiene un poco de tendencia a decirse: bueno, eso es para los otros, para los que son imprudentes... se espera siempre colarse entre las mallas de la red”. (8) (Lesourne, 1984 p. 44).

Parece como si el cáncer fuera un monstruo real que se provocara, un personaje todopoderoso maléfico ante el cual el fumador, sintiéndose débil e impotente, enderezaría la cabeza en un desafío de la última oportunidad. Pero esta actitud no es claramente consciente en la mayoría de los fumadores. La última cita deja ver la escisión que se opera en muchos; el entrevistado compara al cáncer con un accidente de coche que sucede sólo a los demás porque son imprudentes; parece como si se desolidarizara de esta parte “imprudente” de sí mismo que lleva a fumar demasiado y quizá al cáncer (sin embargo el estado de sus pulmones ha puesto sobre aviso ya al médico del trabajo...) (8) (Lesourne, 1984 p. 44).

### **1.5.10 Resignación**

Todos los fumadores impenitentes esperan con impaciencia y lasitud el momento en que se decidirán a dejar de fumar incluso aunque, para algunos, fumar es ante todo blandir el estandarte de la rebelión, rebelarse contra la necesidad de adoptar conductas razonables. Todos han decidido parar. La mayor parte ha empezado por intentar reducirse a los “buenos pitillos” y ha renunciado a darse cuenta de que eso exigía un esfuerzo de todos los instantes, incomparable con el mínimo resultado. La mayor parte ha intentado dejarlo ya una o varias veces, sea utilizando métodos de apoyo (píldora, acupuntura, plan de cinco días, aro en el oído, etc.), sea solos. La abstinencia ha durado de algunas horas a

algunos meses, luego han recaído. Los fumadores impenitentes llegan a adoptar una actitud a la vez amarga y determinada. Amarga ante la constante impotencia suya, determinada porque el fumador no ve otra cosa que hacer más que proseguir en su hábito y soportarlo, a pesar del consejo de los médicos, las recomendaciones de la campaña antitabaco, el espectáculo de tal o cual prójimo enfermo de tabaco y las censuras del entorno, por amado que sea. (8) (Lesourne, 1984 p. 45)

### **1.5.11 Diversidad entre los fumadores**

El retrato que se acaba de trazar, a pesar de su carácter esquemático, corresponde a *grosso modo*, a los grandes fumadores, incluso cuando las singularidades individuales borran a veces los grandes rasgos. Algunos están muy angustiados ante la perspectiva del cáncer, otros hablan de ello en tono de desafío; a algunos les afecta más el sentimiento de dependencia, a otros los males físicos que se crean. Ciertos individuos tratan su tabaquismo como una desgracia personal pero de gravedad media y que no les impide vivir, otros hablan de ello como de la cuestión central, casi vital. Algunos niegan tener un conflicto pero describen los numerosos intentos que han llevado a cabo para dejarlo, otros sitúan el conflicto en primer plano. (8) (Lesourne, 1984 p. 45).

Es precisamente según el tipo de relación que sostienen con su hábito como mejor se puede clasificar a los fumadores. Un primer grupo vive casi en paz habiendo llegado a controlar su comportamiento y a reducir las cantidades fumadas. El conflicto se ha atenuado. Incluso si estas personas pueden hablar elocuentemente de su experiencia de grandes fumadores, no forman parte verdaderamente de esta categoría. En segundo lugar se encuentran todos los que, de forma aguda, son víctimas de sus luchas internas, ya afirmen querer dejarlo sin conseguirlo, ya experimenten la necesidad de proclamar el buen fundamento de su hábito, de reivindicar el derecho a hacerse daño. Por último, hay fumadores muy impenitentes que niegan absolutamente todo carácter conflictivo al hecho de fumar, tienden a afirmar que no tienen nada que ver con lo que les sucede, que es un azar, una segunda naturaleza, y llegan hasta a pensar que si los otros consideran malo su hábito les toca a los otros (los médicos, la sociedad) liberarles de él. (8) (Lesourne, 1984 p. 45).

### **1.5.12 Símbolos**

A los primeros analistas que se ocuparon del tabaco no les costó trabajo encontrar múltiples significados simbólicos al acto de fumar. La charla de los grandes fumadores motiva la misma impresión, dice Lesourne.

La riqueza y la polivalencia de la simbología del cigarrillo hallan probablemente sus raíces en la extrema complejidad de los elementos que entran en juego en el acto de fumar: el ejercicio de la motricidad (para coger el cigarrillo, encenderlo, fumarlo, apagarlo); el impacto en la sensorialidad (gusto, olor, calor,

cenestesia), la modificación de la química interna y la transformación progresiva del interior del cuerpo, la relación social (el hecho de que el cigarrillo pueda fumarse delante o con otro), el aspecto de consumo tanto en el sentido económico como en el alimenticio. Pocos comportamientos sociales presentan una riqueza tal o mero nivel de la descripción "de plano" de aquello en lo que consisten. Quizá sea la razón de la densidad simbólica del cigarrillo, pues el objeto y el uso que puede hacerse de él son capaces de reproducir la mayor parte de los objetos, de los fantasmas, de los deseos o los mecanismos que han marcado la vida psíquica en el momento de su formación durante la infancia. (8) (Lesourne, 1984 p. 87).

Para la mayor claridad, y a pesar del exceso de simplificación que resulta de ello, ha parecido preferible reagrupar los distintos valores simbólicos del cigarrillo y de los movimientos que acompañan su uso en torno a ejes utilizados clásicamente para describir el desarrollo del niño (oralidad y estadio fálico), y se ha añadido la "aprehensión" que, aunque evocada con menos frecuencia, parece pertinente para describir el simbolismo del cigarrillo.

La importancia que el fumador otorga al cigarrillo en cuanto a objeto que se agarra, atrapa, toca, manipula, sostiene en la mano, enciende, aplasta, en resumen en cuanto a objeto externo, por oposición al cigarrillo en cuanto a objeto que se coloca en los labios y del que se aspira el producto, sorprende de entrada. Una de las principales funciones del cigarrillo es, ciertamente, estar ahí, a disposición, para ser cogido y manipulado. Este aspecto de manipulación tiene en sí numerosos significados, pero uno de los primeros se halla, sin duda, vinculado al hecho de que el cigarrillo representa simbólicamente la madre a la que uno se agarra. Mientras que la succión y el hambre como necesidades fisiológicas han ocupado el primer plano de la escena en la reflexión psicoanalítica, un pequeño número de analistas ha subrayado la preexistencia del instinto de aprehensión y sus consecuencias respecto a y en el psiquismo. (8) (Lesourne, 1984 pp. 87-88).

El tema de la aprehensión a la vez física y psíquica aparece a lo largo de todas las entrevistas. Muchas personas declaran que, cuando tienen ganas de fumar, desean ante todo coger o agarrar un cigarrillo.

"No se tienen ganas de un cigarrillo en este momento, pero es el gesto de coger un cigarrillo, de encenderlo, de sacar el mechero, de volver a ponerlo en el bolso, es todo el contexto que lleva todo eso... que, en realidad no tranquiliza, pero al fin y al cabo nos obliga a hacer algo en el momento en que se está nervioso".

Se insiste en el hecho de que tener el cigarrillo en la mano es ya de por sí tranquilizador. Determinadas personas, en los momentos de inquietud, se conforman tocando el paquete en el bolsillo y la mayor parte de fumadores experimentan la necesidad de llevar cigarrillos encima, incluso cuando no tienen deseos de fumar propiamente dichos. No sólo es esencial el gesto de coger un cigarrillo, para algunos, sino también el de sostenerlo mientras lo fuman y los gestos que acompañan esta operación: llevarlo a los labios, golpearlo ligeramente para que caiga la ceniza. Uno se agarra a él como a una boya, se amarra a él en

cierto modo y entonces, durante todo el rato que dura el pitillo, sirve para proteger de un sentimiento de peligro, interno o externo. (8) (Lesourne, 1984 p. 88).

### 1.5.13 Cigarrillo y oralidad

El cigarrillo se presta tanto a presentar el objeto de la fase oral que esa característica tiene tendencia a enmascarar todas las demás. En primer lugar, como el seno, se coloca entre los labios y los estimula, quedándose a un mismo tiempo en el exterior del cuerpo (su diámetro y su forma son aproximadamente los del pezón). Los labios ejercen sobre él, como sobre el seno, un movimiento de aspiración gracias al cual un producto caliente y perfumado (procedente de él como del seno) llena la boca y penetra en el interior del cuerpo. Cuando el cigarrillo aporta un verdadero placer, experimentado como tal — y dista mucho de ser siempre el caso —, es un placer gustativo, y a la vez que del tacto y del olfato, en particular por lo que se refiere a los cigarrillos de después de las comidas. (8) (Lesourne, 1984 p. 92).

“Es un placer del momento, no sé... yo lo defino mal en realidad... bueno, los hay que encuentran un placer en comer dulces, en comer caramelos a lo largo del día. En realidad, es un poco eso” (8) (Lesourne, 1984 p. 92).

Fumar puede representar la mamada en cuanto estas dos actividades pueden procurar un estado nirvánico. Algunos fumadores dicen que el cigarrillo los “hace volar”, les da una suerte de vértigo feliz; otros, por medio del cigarrillo, se repliegan en una suerte de capullo narcisista. El cigarrillo los aísla del mundo y les permite “marcharse” soñar. (8) (Lesourne, 1984 p. 92).

“Cuando se fuma, no se piensa; es un ocio, se olvidan los problemas, se hace algo distinto a ir al trabajo, sólo se piensa en el cigarrillo. Desgraciadamente, sólo se fuma un cuarto de los cigarrillos, los demás son algo mecánico”.

“Cuando empecé a fumar de verdad me hacía volar al principio (...), me aburría trabajar, buscaba algo que pudiese hacerme pasar un día agradable y el cigarrillo me tentó (...) y empecé a comprarme el paquete y fumaba muchísimo porque me distendía y durante los minutos en que fumaba no pensaba en nada, realmente volaba (...) el primer cigarrillo, uno se siente casi transportado a las nubes, encontré esta sensación muy agradable”. (8) (Lesourne, 1984 p. 92).

Una vez compartidos algunos de los elementos más sobresalientes de *El fumador empedernido y su pasión*, de Lesourne, texto que ha sido la fuente para la construcción del instrumento de medición aplicado a la muestra de pacientes cardiopatas del Instituto Nacional de Cardiología, se revisarán algunos otros elementos relativos al hábito de fumar y a quienes lo ejercen en su persona.

## 1.6 ¿Quiénes son los fumadores?

Se han realizado numerosos estudios en todas partes del mundo con el objeto de detectar la existencia de algún factor genético en el consumidor que contribuya a la adquisición de la dependencia respecto al tabaco. A través de diversos estudios se ha intentado definir el perfil psíquico del fumador, pero a lo sumo se han podido detectar rasgos que se dan con mayor frecuencia entre los fumadores de altas dosis que entre los que fuman moderadamente. Entre los adolescentes, fumar puede ser percibido como una compensación para aquellos estudiantes que no han obtenido éxito en otras formas de comportamiento, de manera que, si bien experimentaron con el tabaco por curiosidad como los demás, después llegan a considerar al hecho de fumar como un comportamiento que permite enfrentar una situación, de la misma forma que es usado por los adultos. (3) (García, 1990 pp. 47-53).

### 1.6.1 Personalidad del fumador

Los numerosos estudios realizados con el objeto de determinar las características específicas de la personalidad del fumador han alcanzado escasos resultados. Únicamente se ha podido llegar a aproximaciones de algunas características que se dan con mayor frecuencia entre fumadores que entre quienes no fuman. Éste es el caso de la extroversión, rasgo que sirve para identificar a sólo el 60% de los fumadores. Por otra parte, aun si se pudiera establecer asociaciones entre la costumbre de fumar y otras variables no se lograría definir conexiones causales, que serían muy útiles para prevenir el consumo en usuarios potenciales. (3) (García, 1990 p. 48).

La **extroversión** puede medirse por medio de cuatro características básicas: sociabilidad, vivacidad, impulsividad y jocosidad, pero cada una de ellas considerada separadamente no se asocia con el fumar, sino que es la presencia de varias de tales características la que se da en el fumador, tanto en hombres como en mujeres. Además de las características mencionadas, también contribuye a que se considere extrovertidos a los fumadores que entre ellos se presente una más alta proporción de casos de divorcio y de cambio de trabajo, un mayor interés en el sexo y una más pronunciada afición a tomar té, café, y bebidas alcohólicas. (3) (García, 1990, P.48). Por otra parte, dada la importancia de las presiones por parte de los compañeros o la copia del comportamiento de fumar de los padres en el inicio del hábito, es de destacar que los extrovertidos son más susceptibles a las influencias de su medio. (3) (García, 1990 p. 52).

### 1.6.2 Comportamiento de fumar

Dentro del comportamiento de fumar puede reconocerse un desarrollo en diferentes etapas, que se pueden presentar también en otros tipos de actividades realizadas por el hombre en las que está involucrada una decisión que implica una posición acerca de la salud. Estas etapas son inicio, establecimiento,

mantenimiento e interrupción u otra modificación, sin que este proceso sea necesariamente, en todos los casos seguido expresamente.

- El *inicio* del comportamiento de fumar se da, por lo general, en la adolescencia —aunque puede también presentarse en la niñez o en la edad adulta—.

Se posibilita al inicio el hallarse disponible la sustancia, existir curiosidad por saber lo que es fumar y sentir que al hacerlo se demuestra, ya sea conformidad con el comportamiento de otras personas (padres, hermanos mayores o compañeros) o, por el contrario, rebelión ante la prohibición considerada como impuesta arbitrariamente. (3) (García, 1990 p. 52).

Se ha observado que es más común que los hijos de padres fumadores consuman tabaco regularmente y ello puede deberse no sólo a que tienen más posibilidad de conseguir cigarrillos, sino a que se despierta curiosidad por saber qué tiene el tabaco de atractivo. Así, una vez iniciada la costumbre de fumar en un grupo social o cultural, su difusión se hace cada vez más rápida entre los jóvenes.

- En la posibilidad de que se produzca el **establecimiento** de la costumbre de fumar regularmente inciden varios tipos de influencias: sociales, económicas, de actitudes o estereotipos culturales y psíquicas individuales. Las socioeconómicas derivan de las repercusiones en la salud del individuo y por ende en su productividad, por lo que a la vez impactan en la condición económica del grupo social. (3) (García, 1990 p. 53).

Si el consumidor está consciente de estas consideraciones puede comparar los daños con los beneficios que la sustancia le aporta en relación con sensaciones placenteras, facilitación de las relaciones interpersonales o alivio de la tensión. En cuanto a las actitudes de la sociedad, reciben el impacto tanto de la publicidad que promueve el consumo de tabaco como de la información difundida en cuanto a los daños potenciales a la salud del consumidor, todo lo cual repercute en la definición del fumador por parte de ese grupo social. Entre los factores psíquicos que contribuyen al establecimiento del hábito de fumar pueden encontrarse, entre otros, la importancia que se otorgue al estado de salud, la probabilidad con que se considere el riesgo de contraer enfermedades y el posible desarrollo de dependencia hacia una sustancia. (3) (García, 1990 p. 53).

- El **mantenimiento** del comportamiento de fumar, una vez establecido, se da, en parte, debido al desarrollo de la dependencia hacia el tabaco. De esta manera el uso regular no puede ser abandonado sin que el fumador perciba molestias, no sólo en su estado de ánimo, sino también en signos físicos. Esto lo incita a volver a consumir tabaco, con lo que los síntomas desaparecen, aun si se encuentra al tanto de los riesgos de daño a su salud que pueden producirse por fumar. (3) (García, 1990 p. 53).

En cuanto a la **interrupción** del consumo u otra modificación del comportamiento de fumar, el éxito que se logre en el intento depende de diversos factores que interactúan, entre los que destacan los valores (por ejemplo de salud, independencia ante factores externos, control sobre sí mismos) sobre los que

descansa la decisión de interrumpir el consumo y la forma en que ello incidirá sobre aquéllos; la manera en que se percibe el daño potencial a la salud y la importancia que se le da; el papel que psíquicamente desempeña el fumador en el consumir, ya sea para incrementar los sentimientos positivos o placenteros para disminuir las tendencias negativas, la ansiedad o la angustia; y las fuerzas externas sociales e interpersonales que apoyan o interfieren con la decisión de interrumpir el consumo, como la publicidad, la información científica, los comentarios de los compañeros y las reglamentaciones legales o de segregación entre fumadores y no fumadores de lugares públicos. (3) (García, 1990 p. 53).

### **1.6.3 Dependencia psicológica**

Una vez instalado el hábito, el fumador comienza a asociar una serie de estímulos ambientales al acto de fumar. Las circunstancias que provocan los estímulos ambientales pueden variar de acuerdo con el medio donde se mueve el fumador. Las circunstancias más frecuentes pueden estar relacionadas con determinados locales como salas de espera, bares, restaurantes, dentro del coche conduciendo, factores emocionales como el estrés, la ansiedad, el aburrimiento, soledad; o eventos sociales como fiestas, reuniones de trabajo y encuentros con amigos. El acto de fumar cigarrillos se convierte en un hábito asimilado por el fumador a medida que él mismo realiza varias conductas para conseguir la dosis diaria de nicotina. La propia conducta de fumar, el reforzamiento de la nicotina, los factores ambientales, el sabor y el olor del tabaco y el manejo de un cigarrillo en la mano, cuando ocurren conjuntamente por mucho tiempo, se convierten en elementos agradables y consecuentemente asociados por los fumadores al consumo del tabaco. (9) (Ayesta, 1997 p. 51).

### **1.6.4 Dependencia física**

Se estima que un fumador que consume una cajetilla diaria de tabaco al cabo de diez años habrá repetido el movimiento de extender el cigarrillo hacia la boca 73.000 veces. Ese movimiento repetitivo constituye una verdadera conducta que, después de ejercida tantos años, induce al fumador a actuar por automatismo; dichas acciones se transforman en un ritual diario que empieza con la costumbre de encender por la mañana el primer cigarrillo antes o después de desayunar o incluso antes de levantarse de la cama. También son repetitivos el lugar que ocupa la cajetilla de tabaco, sea dentro del bolso o del bolsillo de la chaqueta, las herramientas para encenderlo que tienen que estar siempre al alcance de la mano y la necesidad de hacerlo constantemente. Sin embargo, al igual que ocurre con otras drogas adictivas, la sintomatología varía de sujeto a sujeto, pero normalmente el primer síntoma es el físico. (9) (Ayesta, 1997 pp. 51-65).

Existen dos tipos de fumadores: uno es el activo y se considera el principal y el que afecta al otro llamado pasivo, mismo que de manera indirecta también sufre un daño de salud; en el siguiente párrafo se describirá cada uno de ellos.

### 1.6.5 Fumadores activos

Se incluyen tanto los individuos que consumen tabaco de forma habitual como los que lo hacen de forma esporádica. No existe unanimidad acerca de a quiénes se debe considerar fumadores leves, moderados o severos ni del límite exacto que separa al fumador habitual del esporádico. En los trabajos científicos suelen aparecer rangos de clasificación, pero estos son variables y en todo caso arbitrario; así, y a modo de ejemplo, un fumador de más de 20 cigarrillos al día podría llamarse fumador severo, entre 10 y 20 moderado y menos de 10 leve. Pero en este punto es necesario hacer algunas consideraciones: no sólo debe tenerse en cuenta el número de cigarrillos, ya que no todas las personas que consumen tabaco lo hacen de la misma manera, pudiendo existir amplias variaciones en la profundidad de la inhalación, el tiempo de retención del humo en sus pulmones, el tipo de tabaco consumido, etc. (10) Disponible en: <http://www.saludalia.com>

Ante el mismo nivel de exposición hay diferencias muy significativas en cuanto a la susceptibilidad de los diferentes sujetos para desarrollar las diversas enfermedades relacionadas con el tabaco. Así, no puede equipararse el riesgo de fumar en una embarazada o en un enfermo crónico que en un sujeto sano. El nivel de exposición al tabaco también tiene un efecto acumulativo, por lo que aparte del consumo actual o puntual es de gran interés el consumo global a lo largo de toda la vida. En este sentido, los médicos cada día más anotan en sus informes un índice denominado "paquetes-año" y que no se refiere al consumo de paquetes al año sino al consumo de tabaco durante toda la vida del sujeto; se calcula multiplicando el número de paquetes al día por el número de años fumando esa cantidad. Veamos un ejemplo: un fumador de 1 paquete al día durante 5 años y que posteriormente incrementa su consumo a un paquete y medio al día durante 20 años más, será un fumador de:  $(1 \times 5) + (1,5 \times 20) = 5 + 30 = 35$  paquetes-año. (10) (Disponible en: <http://www.saludalia.com>).

### 1.6.6 Fumadores pasivos

Es un grupo aparte que merece especial atención. Al consumir un cigarrillo se producen dos tipos de corrientes de humo: la primera (corriente principal) es aquella que, al aspirar una calada, pasa por el interior del cigarrillo hasta alcanzar los pulmones del fumador activo; la segunda (corriente secundaria) es la que se desprende al ambiente desde el extremo incandescente del cigarrillo y que puede ser inhalada por un sujeto pasivo que respira en ese entorno contaminado. La nocividad de esta corriente secundaria para el fumador pasivo actualmente está fuera de toda duda. (10) (Disponible en: <http://www.saludalia.com>)

## **1.7 Prevalencia del tabaquismo en México**

Los primeros estudios realizados en México para conocer la prevalencia de fumadores iniciaron hace más de 20 años; sin embargo, la mayoría se llevaron a cabo en grupos de poblaciones heterogéneas o con metodología diferente, dificultando la comparación e identificación de tendencias en el ámbito nacional. (11) (Tapia, 2001 pp. 478-484).

### **1.7.1 Estudios de campo**

Personal de la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, de la Secretaría de Salud, realizaron la primera Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, cuya metodología, adaptada del esquema propuesto por la OMS en 1980, permitió conocer la prevalencia y distribución del consumo del tabaco en la población urbana nacional de 12 a 65 de edad. (11) (Tapia, 2001 p. 478-484).

En 1993 se realizó la segunda Encuesta Nacional de Adicciones 1993 y para 1998 se llevó a cabo la tercera Encuesta Nacional de Adicciones, con el propósito de conocer más a fondo esta problemática y así mejorar las estrategias de prevención y control del tabaquismo en México. (11) (Tapia, 2001 pp. 478-484).

El predominio de los fumadores obtenido en las tres encuestas nacionales mostró un discreto incremento. En 1988, la prevalencia global de la población urbana entre los 12 y 65 años de edad fue de 25.8%, mientras que en 1993 fue de 25.1% incrementándose en 1998 a 27.7%. En cuanto a la prevalencia por sexo, ésta permaneció relativamente similar en las tres encuestas, donde los hombres presentaron el mayor porcentaje de consumo. (11) (Tapia, 2001 pp. 478-484).

Algunos de los factores que contribuyeron a que los niños y adolescentes sean un grupo de riesgo para el consumo de tabaco incluyen, entre otros, la facilidad de acceso a los cigarrillos, la presión de grupo y la promoción del tabaco. (11) (Tapia, 2001 pp. 478-484).

En México se ha identificado que el tabaquismo entre los niños y los adolescentes es un problema en ascenso. Asimismo, se observó en las Encuestas Nacionales que la prevalencia de fumadores adolescentes se incrementó de 7.7% en la de 1988, al 10.1% en la de 1993, y para la última, 1998, de 11.6%, lo que demuestra un incremento de 51% en los últimos 10 años, a pesar de que la Ley General de Salud prohíbe desde 1984 la venta de cigarrillos a menores de edad. De los fumadores entre 12 y 17 años de edad, se observa que aumenta el consumo de tabaco entre la primaria y secundaria. (11) (Tapia, 2001 pp. 478-484).

Debido a las limitaciones relativas a la calidad de los datos de mortalidad existentes en muchos países de América Latina y el Caribe, los análisis de tendencias y los análisis de mortalidad atribuibles al tabaquismo son difíciles de interpretar; cuando los datos de mortalidad fueron concretos, se determinó que las estimaciones de la mortalidad atribuible al tabaquismo, es decir la proporción de defunciones prevenibles cuando la población no fuma, eran similares a las de

Estados Unidos (donde el 20% de todas las defunciones se atribuyen al tabaquismo).

- Estos patrones son típicos de las poblaciones muy expuestas al tabaco durante los 20 a 30 años precedentes. El tabaquismo es la primera causa prevenible de enfermedades y muerte en México y en el mundo. En México el tabaquismo causa más de 60 mil muertes al año (165 diarias), de acuerdo con cifras de la Secretaria de Salud.
- Provoca un costo estimado de por lo menos 29 mil millones de pesos anuales al sistema de salud.
- De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, en México fuma 26.4% de las personas de áreas urbanas entre 12 y 65 años de edad (39% de los hombres y el 16% de las mujeres). (11) (Tapia, 2001 pp. 478-484).
- La Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes, realizada en diversas ciudades del país, muestra que fuman 20% de adolescentes entre 12 y 15 años de edad, en una proporción similar entre mujeres y hombres, lo cual evidencía el número creciente de esta población en el consumo del tabaco.
- El consumo diario *per cápita* en México es de seis cigarros es decir de alrededor de 48 millones de cigarros al año, con un costo promedio que cuesta \$15.00, y un gasto social cercano a los \$29,565 millones de pesos anuales.
- En el ámbito internacional el consumo del tabaco se inicia a edades cada vez más tempranas; se sabe que una de las políticas más efectivas para disminuir el consumo del tabaco tiene que ver con la adecuada instrumentación de una sólida política fiscal.
- En diciembre del 2006, el Congreso de la Unión determinó un aumento al impuesto especial a los productos del tabaco (30% en 2007, 10% en 2008, y 10% en 2009: los dos últimos sin valor desalentador para el consumo).
- En México el tabaquismo es ya considerado como una adicción de fuerte impacto social y económico, se afirma que las enfermedades asociadas al hábito de fumar incrementan el ausentismo laboral y por ende se relacionan con una menor productividad.
- Las consecuencias de este hábito también se reflejan en el contexto familiar, en donde la presencia de enfermedades a temprana edad provoca una mayor utilización de los servicios de salud, un incremento en los gastos de atención médica y por lo tanto una reducción en el poder adquisitivo familiar y un incremento en el gasto social. (12) (Implantación del Convenio Marco para el control del tabaco en México, mayo 2007 pp. 4-5).

## 1.8 Mortalidad por enfermedades asociadas al consumo de tabaco

La enfermedad isquémica del corazón y los tumores malignos del pulmón, bronquios y tráquea ocuparon los primeros lugares en la mortalidad general en 1988; la tasa de mortalidad por cáncer pulmonar es más elevada en los hombres, un reflejo del mayor consumo en este grupo, y desde 1985 hasta 1988 se ha incrementado en más del 20% en ambos sexos. (13) (Secretaría de Salud. Mortalidad 1998. México, D.F. SSA, p.87).

El daño a la salud trae consecuencias más amplias, debido al número de personas afectadas, entre ellas el desarrollo de trastornos cardíacos coronarios, problemas que repercuten en los más altos índices de mortalidad entre los fumadores de cigarrillos, abarcando el 25% de estos casos. Diversos estudios han demostrado que los fumadores de cigarrillos se encuentran ante un riesgo de muerte, provocada por este tipo de trastornos cardíacos, dos veces superior al de quienes no fuman. El riesgo es significativamente más elevado entre quienes tienen presión alta o un alto nivel de colesterol, y se incrementa en proporción directa al número de cigarrillos fumados al día. En diversos estudios ha quedado demostrado que los fumadores de cigarrillos tienen una tasa de mortalidad, por diferentes causas, entre 50 y 100% más pronunciada que los que no fuman; en el caso de quienes fuman puro o pipa el incremento en la mortalidad se ha observado en rangos que van entre el 1 y el 20%. Esta diferencia se relaciona con la forma de fumar, puesto que, por un lado, quienes no tragan humo y por el otro quienes fuman con moderación tienen menos riesgos. (3) (García, 1990 p. 30).

El tabaco incide de manera directa sobre el daño a los vasos cuya manifestación es la arterioesclerosis prematura, caracterizada por eventos vasculares cerebrales, aneurismas aórticos, cardiopatía isquémica y enfermedad vascular periférica, lo que a su vez favorece la mortalidad.

En México desde 1980 la cardiopatía isquémica ocupó el primer lugar como causa de muerte (19 mil 776 personas) entre las enfermedades cardiovasculares; éstas, en conjunto, fueron la segunda causa de mortalidad general. Datos estadísticos demuestran que aproximadamente 30% son por infarto del miocardio (corazón), 58% atribuibles al tabaquismo. (14) (Rothenberg, Koplán, 1990 p. 296).

El tabaco es el factor de riesgo mayor para el desarrollo del miocardio en el individuo joven. En un principio, dosis bajas de nicotina producen estimulación del sistema nervioso central y cantidades altas depresión del centro respiratorio, además de taquicardia e hipertensión, trastornos de la coagulación, así como la liberación de hormona antidiurética y catecolamina. En fecha reciente se demostró que esta sustancia ocasiona directamente trastornos de la función cardíaca. (14) (Rothenberg, koplán 1990 p. 296).

Los efectos favorecedores de la arteriosclerosis secundarios a la nicotina se deben fundamentalmente a cuatro factores:

**1) DAÑO DEL ENDOTELIO** (que forma parte de los vasos del organismo), lo que produce cambios que favorecen la acumulación de lípidos (grasas), que junto con las plaquetas dañan directamente el vaso.

**2) AUMENTO EN LA TROMBOGÉNESIS** (formación de trombos). Este efecto, aunado al de daño endotelial, favorece el hacinamiento de plaquetas, leucocitos y macrófagos (que corresponden a las células de la sangre), lo que condiciona la liberación de sustancias y produce mayor daño a los vasos, causando circulación lenta con disminución de la llegada de sangre al corazón.

**3) AUMENTO DE LA ACTIVIDAD SIMPÁTICA** (efecto de disminución en el tamaño del vaso) lo cual repercute en la rigidez de los vasos, disminución del riego al corazón y genera trastornos del ritmo (arritmias).

**4) AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA**, lo que conduce a una disminución de la llegada del oxígeno al nivel del corazón. (14) (Rothenberg, Koplán, 1990 p. 4).

Toda vez que se ha comentado brevemente acerca de las estadísticas proporcionadas como resultados de la investigación, se procede a exponer la información elemental para estar en condición de ubicar a los pacientes cardíopatas, muestra con la que se ha contado para la elaboración de este estudio.

## **1.9 Enfermedad cardiovascular**

La enfermedad cardiovascular parece ser una de las causas de defunción más comunes en los países de América. Gran parte de esa mortalidad se debe a factores relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo, pero es imposible separar los efectos de los diversos factores de riesgo y mejoras en el tratamiento médico. La reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los Estados Unidos y Canadá se ha atribuido a la disminución del tabaquismo y a cambios de otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida. (14) (Rothenberg, Koplán, 1990 pp. 267-296).

A partir de los años cuarenta se comienza a conocer la relación que el tabaquismo guarda con las enfermedades cardiovasculares; desde entonces en el mundo científico se ha realizado innumerables investigaciones para encontrar los componentes específicos que se vinculan con el desarrollo de las enfermedades del corazón. El tabaco contiene varias sustancias que son biológicamente activas, pero hasta el momento no se han encontrado los componentes específicos que generan la enfermedad cardiovascular.

La enfermedad cardiovascular son los ataques al corazón (infarto) y los accidentes vasculares, suelen ser fenómenos que se deben sobre todo a una obstrucción que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro, es la causa más frecuente en la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan al corazón o el cerebro". (15) (Disponible en:<http://geosalud.com/enfermedades%20Cardiovasculares/cardiovasculares.htm>)

La enfermedad cardiovascular se entiende como la enfermedad del corazón secundaria a arteriosclerosis que afecta las arterias coronarias que nutren al corazón y por extensión en especial la arteriosclerosis de las arterias cerebrales, de la aorta y de las extremidades inferiores. (16) (Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos36/enfermedadescardiovasculares/enfermedades-casrdio>)

De la enfermedad cardiovascular se desarrolla la enfermedad de:

**CARDIOPATÍA ISQUÉMICA:** Es la enfermedad coronaria que empieza cuando en estos pequeños vasos se desarrollan las llamadas placas de ateroma, que son un cúmulo de colesterol, calcio y otras sustancias en las paredes de los vasos. Entonces se compromete en mayor o menor grado el flujo de oxígeno y nutrientes al propio corazón, con efectos que varían desde una angina de pecho o un infarto de miocardio hasta una insuficiencia cardíaca. (17) (Disponible://[www.tuotromedico.com/temas/cardiopatia\\_isquemica.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/cardiopatia_isquemica.htm)).

**CARDIOPATÍA ISQUÉMICA:** Es la enfermedad que afecta al corazón como consecuencia de la pérdida de equilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio (riesgo coronario) y la demanda de este tejido (consumo de oxígeno miocárdico). La isquemia miocárdica puede manifestarse en forma brusca o aguda como sucede en el infarto del miocardio, angina inestable o muerte súbita, o bien por el contrario, puede manifestarse como un padecimiento crónico o angina de pecho estable. (18) (Disponible://[www.drscope.com/cardiologia/pac/isquemia.htm](http://www.drscope.com/cardiologia/pac/isquemia.htm)).

**CARDIOPATÍA ISQUÉMICA:** Es una enfermedad cardíaca producida como consecuencia de alteraciones que conllevan la aparición de déficit de oxígeno en el músculo cardíaco. (19) (Disponible://[dialnet.unirioja.es/servlet/articulo\\_codigo=1291248](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo_codigo=1291248)).

## 1.10 Patología

La cardiopatía isquémica se manifiesta clínicamente en distintas formas como son:

- 1) **Infarto al miocardio.** Significa: “necrosis o muerte de una pared del músculo cardíaco casi siempre localizado en el ventrículo izquierdo”, por interrupción o disminución del riego sanguíneo o de sustancias nutritivas y/o la cantidad insuficiente de oxígeno. Se suele originar por la obstrucción brusca de una arteria coronaria. El cuadro clínico habitualmente se presenta por dolor torácico de irradiación y localización similares a las de angina de pecho, pero de mayor duración. También se manifiesta la enfermedad, en algunos casos, con síntomas vagos que a veces se asemejan con problemas gastrointestinales (indigestión, vómito, sudoraciones); otras veces se trata de un dolor intenso en el pecho, el cuál se acompaña de angustia e inquietud y en ocasiones sensación de muerte (angina de pecho); también puede existir adormecimiento en las piernas, brazos, o pérdida de

memoria de hechos recientes. Esta obstrucción, de ser total, causa los infartos al corazón que en un porcentaje elevado son mortales. (20) (Fuente directa del Dr. Ignacio Chávez Rivera, Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”).

El Dr. Ignacio Chávez Rivera indica que el término cardiopatía isquémica “es satisfactorio, aunque inespecífico e incompleto ya que se refiere sólo al mecanismo-consecuencia. La principal causa de cardiopatía después de los 40 años de edad es la arteriosclerosis coronaria; en estos pacientes el gran mecanismo productor de daño miocárdico es la isquemia, la disminución del riego sanguíneo o falta de oxígeno. (20) (Fuente directa del Dr. Ignacio Chávez Rivera, Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”).

- 2) **Angina de pecho (estable e inestable).** La angina se presenta cuando el corazón necesita en ciertos momentos más oxígeno del que puede obtener de la sangre que nutren las arterias coronarias. El cuadro clínico que presenta la angina de pecho es un dolor pesado, estrujante y que oprime con un aplastamiento, que se acompaña por la sensación de muerte inminente o puede confundirse con las molestias de una indigestión; a veces el dolor se corre al hombro y brazo izquierdo o simplemente en algunos de los dedos de ambas manos.

**La angina de pecho se presenta en dos formas:**

**2.1) Angina estable.** Se le llama estable por tener más de tres meses de haberse iniciado y se refiere en particular al dolor cardíaco que ocurre con ciertos esfuerzos, experiencias emocionales, discusiones, y se alivia rápidamente con el reposo y/o medicamento.

**2.2) Angina inestable.** Es inestable por tener menos de 2 meses de haberse iniciado, cuando la angina de esfuerzo aumenta en intensidad, duración y frecuencia o cuando se presenta en reposo.

Cabe señalar que la angina de pecho se manifiesta con dolor o molestia en los mismos sitios y con las mismas irradiaciones que el infarto al miocardio pero con duración menor de 15 minutos.

Los principales factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial sistémica, la hiperlipidemia y el tabaquismo, son importantes contribuyentes en el crecimiento de la cardiopatía isquémica, el accidente vascular cerebral y la enfermedad vascular periférica.

- 3) **Trastornos del ritmo (frecuencia alta, lenta o irregular).** El ritmo cardíaco resulta también afectado por diferentes porciones del sistema nervioso “que ejercen regulación” dual por medio de las células nerviosas o neuronas que provienen de la médula espinal y el encéfalo; la acción cardíaca disminuye con los impulsos enviados sobre el vago, uno de los nervios craneanos conectados al bulbo raquídeo; al aumentar los latidos se experimenta una sensación de agitación molesta conocida como palpitación.

Las palpitaciones pueden deberse también a la dilatación del corazón, o al cambio en el volumen de sangre o el ritmo cardíaco, el ejercicio y la estimulación emocional.

- 4) **Insuficiencia cardíaca.** Es otra forma de presentarse y aparece algunas veces en los enfermos que padecen una grave alteración de las arterias coronarias: el cuadro clínico se presenta cuando los músculos cardíacos se debilitan progresivamente y no pueden contraerse con fuerza suficiente para ejercer bien su función de expulsar sangre cíclicamente.
- 5) **Cardiopatía isquémica silenciosa.** Puede no tener ninguna manifestación sintomática y se puede descubrir con un electrocardiograma, en reposo y de esfuerzo.
- 6) **Muerte súbita.** La muerte se origina en el corazón; puede ser por causas no cardíacas y por causas cardíacas, entre ellas la cardiopatía isquémica. (20) (Fuente directa del Dr. Ignacio Chávez Rivera, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez").

## 1.11 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo son:

1. Biológicos
2. Ambientales
3. De comportamiento
4. Socio-culturales
5. Económicos

Pueden sumarse unos a otros y aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. (21) (Disponible en: [www.fisterra.com/mbe/investiga/3f\\_de\\_riesgo/3f\\_de\\_riesgo.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.asp)).

El conocimiento y la información sobre los factores de riesgo tienen diversos objetivos:

- *Predicción:* La presencia de un factor de riesgo significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir la futura presencia de una enfermedad.
- *Causalidad:* La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. El aumento de incidencias de una enfermedad entre un grupo

expuesto en relación a un grupo no expuesto se asume como factor de riesgo; sin embargo esta asociación puede ser debida a una tercera variable. La presencia de esta o estas terceras variables se conoce como variables de confusión. Así por ejemplo, el ejercicio físico se conoce como factor de protección asociado al infarto de miocardio. El efecto protector que pueda tener el ejercicio se debe controlar por la edad de los pacientes, ya que la edad está asociada con el infarto de miocardio en el sentido de que a más edad más riesgo. Por otra parte la mayor dosis de ejercicio la realiza la gente más joven; por lo tanto parte del efecto protector detectado entre el ejercicio y el infarto de miocardio está condicionado por la edad. La edad en este caso actúa como variable de confusión. (21) ([www.fisterra.com/mbe/investiga/3f\\_de\\_riesgo/3f\\_de\\_riesgo.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.asp)).

- *Diagnóstico:* La presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad. Este conocimiento se utiliza en el proceso diagnóstico, ya que las pruebas diagnósticas tienen un valor predictivo positivo más elevado en pacientes con mayor prevalencia de enfermedad. El conocimiento de los factores de riesgo se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de cribaje (pruebas de evaluación) mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado.
- *Prevención:* Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Éste es el objetivo de la prevención primaria. Así por ejemplo se relacionan la obesidad y la hipertensión, la hipercolesterolemia y la enfermedad coronaria, el tabaco y el cáncer de pulmón. (21) ([www.fisterra.com/mbe/investiga/3f\\_de\\_riesgo/3f\\_de\\_riesgo.esp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.esp)).

Algunos estudios estadísticos confiables indican que el equipo de salud (médicos, hospitales, medicinas) sólo interviene en el 10% de los índices que cuantifican el grado de salud: la mortalidad infantil, las incapacidades por enfermedad y la mortalidad de los adultos. Esto significa que el 90% restante está determinado por factores que se encuentran fuera del control del médico (hábitos higiénico-dietéticos, tabaquismo, estrés psicosocial, ejercicio físico y ecosistemas, o sea en las condiciones sociales y ambientales). (22) (<http://www.cancer.org/dacroot> las mujeres y el fumador)

En aquellas personas que tienen un solo factor de riesgo, la frecuencia de estas enfermedades se incrementa de dos a cuatro veces, pero se ha observado que la combinación de dos factores eleva la incidencia, que asciende hasta nueve veces, si se reúnen los tres. De este modo, la mayor parte de los aspectos negativos que afectan la vida de los individuos no parecen estar al alcance de la medicina. (22) (<http://www.cancer.org/dacroot> las mujeres y el fumador).

Muchos pacientes están convencidos de que fumar es peligroso para la salud, pero ignoran los procesos morbosos que se generan a causa de este hábito y también desconocen el efecto aditivo y sinérgico que se tiene respecto de la

hipertensión y la hiperlipidemia. Estos pacientes tampoco saben que el tabaquismo constituye una de las causas más importantes y previsibles de muerte prematura y que es factor etiopatogénico en la aparición de muerte súbita, infarto del miocardio, accidente vascular cerebral y enfermedad vascular periférica, padecimientos que generan invalidez o deterioro económico en plena etapa productiva del individuo, lo cual repercute en el núcleo familiar. (22) (<http://www.cancer.org/dacroot> las mujeres y el fumador)

A pesar de todo, la esperanza de vida se ha incrementado alrededor del 15%, aun cuando las medidas preventivas no hayan aumentado proporcionalmente. El consumo del cigarrillo, tan extendido y frecuente en el mundo entero, es susceptible de evitarse; es importante mencionar que, dada la naturaleza humana, es más fácil evitar la adopción de hábitos nocivos que tratar de suprimirlos cuando ya existen.

El incremento en la esperanza de vida al modificar los tres factores de riesgo mayores demuestra que la supresión del tabaquismo es el más efectivo. Pese a la abundante evidencia epidemiológica que relaciona el tabaquismo con la enfermedad cardiovascular, los mecanismos precisos se desconocen. Esto no es sorprendente si se tiene en cuenta que si se fuma un solo cigarrillo, que contiene más de 4 mil sustancias químicas, biológicamente activas, sólo a dos de ellas, la nicotina y el monóxido de carbono, se les adjudican los principales efectos deletéreos sobre el aparato cardiovascular. (22) (<http://www.cancer.org/dacroot> las mujeres y el fumador).

Los fumadores de pipa o puro incrementan menos el riesgo, debido a que no inhalan o aspiran el humo (en el lenguaje popular, se dice que no le dan “el golpe”); sin embargo, esto no sucede con los ex fumadores de cigarrillos que cambian a pipa o puro, ya que ellos continúan inhalando el humo. (23) (Rico, pp. 109-110).

El estilo de vida saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgos para la salud.

La influencia del tabaquismo como estilo de vida, con particularidades que lo diferencian de otras conductas de riesgo, se puede destacar así.

- El tabaquismo se puede definir como un riesgo mortal relacionado con el comportamiento.
- El fumar cigarrillos no sólo produce daño a quien lo hace, sino también a quienes se encuentran en ese ambiente y respiran involuntariamente el humo del tabaco ambiental.

Los más importantes estilos de vida están relacionados con el sistema cardiovascular, que sufre los impactos de la exposición repetida a diversos riesgos. (15) (<http://geosalud.com/enfermedades%20Cardiovasculares/cardiovasculares.htm>).

## 1.12 Enfermedades asociadas al uso del tabaco

El tabaquismo es considerado el problema de salud pública más importante de la actualidad debido a la gran cantidad de padecimientos crónicos progresivos e incapacitantes que ocasiona ya que, la mayoría de las veces, termina con la muerte prematura. En 1964 surgieron los primeros reportes de los daños ocasionados por el tabaco, y desde entonces se han gastado miles de millones de dólares en estudiar y tratar las diversas enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Se ha calculado que los años de vida productiva perdidos por enfermedades relacionadas con el tabaco suman 5 millones 732 mil 900.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que ocurren más de 3 millones de muertes anualmente en todo el mundo por una enfermedad asociada directa o indirectamente con el tabaquismo. (24) (Ramírez V. (2004). "Daños a la salud que ocasiona el consumo de tabaco". Revista de la Academia Mexicana de Ciencias, No.55 p. 54).

El uso del tabaco afecta a todo el organismo, pero son reconocidas ampliamente como enfermedades asociadas a su consumo principalmente las siguientes:

- **BRONQUITIS CRÓNICA:** Existe una estrecha relación entre el tabaco y el aumento de la prevalencia de los síntomas respiratorios (tos y producción de esputo o expectoración); estos se incrementan con la cantidad de cigarrillos consumidos, reaparecen cuando el individuo vuelve a fumar y se presenta una mejoría cuando la persona deja de hacerlo. El tabaco produce alteración pulmonar.
- **ENFISEMA:** el enfisema se define como la destrucción de los tabiques alveolares con alteración en su capacidad elástica, originando obstrucción en las vías aéreas durante la espiración (salida del aire). Existe una relación directa entre el número de cigarrillos y la gravedad del enfisema. El abandono del hábito disminuye el avance de la enfermedad. El paciente que la padece refiere "falta de aire", denominada disnea en el lenguaje médico.
- **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC):** Los pacientes con EPOC presentan tos, expectoraciones y disnea. En el 80% de los casos, la tos antecede al comienzo de la disnea. La expectoración por lo general es mucoide, y cuando cambia de coloración amarillento-verdosa se traduce en una infección bacteriana agregada.
- **CÁNCER DE LARINGE:** Los fumadores tienen un riesgo relativamente mayor de presentar neoplasias a este nivel, el cual oscila entre 2.0 y 27.5 veces más.
- **CÁNCER DE BOCA:** Algunos estudios han demostrado que existe una alta incidencia de cáncer oral entre fumadores; la relación con no fumar es de 13 a 1.6 veces. Está comprobado que en la población donde existen pocos

fumadores (como los mormones), la tasa de morbilidad de esta neoplasia es baja.

- **CÁNCER DE ESÓFAGO:** La mortalidad por este padecimiento oscila entre 1.3 y 11 veces mayor en los fumadores.
- **CÁNCER DE VEJIGA:** Se presenta con una regularidad mayor de dos a tres veces entre los fumadores, asociándose el riesgo con la cantidad de cigarrillos fumados.
- **CÁNCER DE PÁNCREAS:** La frecuencia con que aparece esta neoplasia es de dos a uno en los fumadores, no demostrándose en muchos estudios una asociación tan directa como en las neoplasias mencionadas. Como se puede observar, existen diferentes enfermedades relacionadas al consumo del tabaco, pero lo grave es que son diversos cánceres, mismos que ya están verificados en la literatura especializada; de hecho actualmente se está manifestando el cáncer de boca de manera más constante que una década atrás (información directa de Instituto Nacional de Cancerología. (15)(<http://geosalud.com/enfermedades%20Cardiovasculares/cardiovasculares.htm>)

### 1.13 El concepto de análisis factorial

En virtud de que el manejo estadístico que se debe dar al procesamiento de los datos obtenidos de la aplicación del instrumento de medición requiere del uso del análisis factorial, es que se retoman aspectos básicos sobre este tipo de análisis.

**FACTOR:** es una columna de números; puede correlacionársele de manera directa con cualquier otra columna de la matriz de datos. (25) (disponible en [http://es.wikipedia.org/wiki/An%C3%Allisis\\_factorial](http://es.wikipedia.org/wiki/An%C3%Allisis_factorial))

**ANALISIS FACTORIAL:** Es una técnica estadística de reducción de datos usada para explicar la variabilidad entre los factores. Las variables observadas se modelan como combinación lineal de factores más expresiones de error. El análisis factorial se originó en la psicometría. El análisis factorial se utiliza para identificar factores que expliquen una variedad de resultados en diferentes pruebas. Está asociado a la psicometría, debido a que puede evaluar la validez de un instrumento establecido si el instrumento de verdad mide los factores postulados. (25) ([http://es.wikipedia.org/wiki/An%C3%Allisis\\_factorial](http://es.wikipedia.org/wiki/An%C3%Allisis_factorial))

Yela (1963) considera que el análisis factorial es un método fundamentalmente matemático que se apoya en un concepto operativo, la unidad funcional, y en dos procedimientos empíricos: el *test* y la correlación. Le llama unidad funcional al conjunto de procesos o funciones psicológicas que varían concomitantemente. El *test* sirve para suscitar las actividades y respuestas de los sujetos; la correlación, para indicar el grado de concomitancia entre las diversas

respuestas. Las correlaciones entre un número suficiente de *test* que cubran un determinado campo de actividades podrán indicar los aspectos comunes entre dichas actividades y servirán para averiguar las unidades funcionales que entre todos definen. Cada una de ellas será un factor. Un factor es, así, una dimensión de variabilidad del comportamiento, verificada por la co-variación empírica de una serie de respuestas y definida por la significación común de esas respuestas. Por lo tanto el análisis factorial descubre las dimensiones de variación común de la conducta o factores; y el conjunto de factores constituye una clasificación general de los rasgos psicológicos en función de los cuales se puede describir las características de los individuos. (26) (disponible en: <http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestspsic.doc>).

Nunnally (1973) sostiene que el análisis factorial consiste esencialmente en una serie de métodos para encontrar grupos de variables relacionadas. Cada uno de estos grupos (o factor) es señalado por un conjunto de variables cuyos miembros tienen entre sí mayor correlación que con variables no incluidas en el grupo. Se concibe a cada factor como un atributo unitario que es medido en distintos grados por instrumentos determinados según cuándo se correlacionan con el factor. Como podrá observarse, las definiciones dadas por los diferentes autores considerados se complementan unas a otras, siendo diferentes maneras de aproximarse a la complejidad que el análisis factorial presenta. (26) <http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestspsic.doc>

Anastasi (1977) considera al análisis factorial como un procedimiento estadístico para la identificación de rasgos psicológicos. En esencia, el análisis factorial es una técnica depurada para el análisis de las interrelaciones de los datos de la conducta. Mediante el proceso del análisis factorial, el número de variables o categorías en función de las cuales puede describirse la ejecución de cada individuo se reduce desde el número original de *tests* a otro relativamente pequeño de factores o rasgos comunes. (26) (disponible en: <http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestspsic.doc>)

Cuesta y Herrero definen el análisis factorial como una técnica que consiste en resumir la información obtenida en la matriz de datos con  $V$  (variables). Para ello se identifica un número reducido de factores ( $F$ ), siendo el número de factores menor que el número de variables. Los factores representan a las variables originales, con una pérdida mínima de información. (26) (<http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestspsic.doc>)

### 1.13.1 Pasos del análisis factorial

La ejecución de cualquier análisis factorial consta de cuatro pasos esenciales:

- 1) **Preparación:** En esta fase se estudia el campo de la actividad humana en cuestión, se recoge la información existente y se formulan las hipótesis oportunas. Estas hipótesis se refieren al número e índole de los factores que se buscan. Según estas hipótesis, el investigador idea o selecciona los *tests* que sean, en principio, capaces de ponerlas de manifiesto procurando

cubrir todo el campo que se estudia, de modo que cada factor hipotético esté representado por varios *tests*.

Estos *tests* son aplicados a la población conveniente y calculadas su inter-correlación. Con éstas se forma la llamada matriz de correlaciones.

Aquí cabe diferenciar entre análisis factorial confirmatorio, en el cual, a través de las hipótesis mencionadas, se propone un modelo "*a priori*" que mediante el análisis se va a confirmar o no, y análisis factorial exploratorio, en el cual no se realizan hipótesis previas acerca de un modelo posible sino que el modelo se construye luego de realizar el análisis.

De cualquier manera, ya sea que se trate de un análisis confirmatorio o exploratorio, esta etapa finaliza cuando se obtiene la matriz de correlaciones entre todas las variables que entran en el análisis. (26) (<http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestpsic.doc>)

- 2) **Factorización:** El objeto de esta fase es averiguar el número de factores comunes necesarios para explicar las correlaciones halladas. Se han ideado varios métodos para cumplir con este objetivo. Ya en 1901, Pearson señaló el camino para este tipo de análisis y luego otros muchos investigadores han creado procedimientos alternativos, modificaciones y refinamientos. La disponibilidad de calculadoras electrónicas y computadoras ha conducido a la adopción de técnicas más refinadas y laboriosas.

En su mayoría, estos métodos, aunque difieran en sus postulados iniciales, arrojan resultados similares. La técnica más usada es el método centroide formulado por Thurstone.

Lo fundamental de esta etapa es que a partir de una matriz de correlaciones, el análisis factorial extrae otra matriz que reproduce de forma más sencilla a la primera: está nueva matriz se denomina matriz factorial. (26) (<http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestpsic.doc>).

- 3) **Rotación:** La matriz factorial indica, como sabemos, la relación entre los factores y las variables. Sin embargo, a partir de dicha matriz muchas veces resulta difícil la interpretación de los factores, pues no queda claro en qué factor satura cada variable. La rotación es, precisamente, la operación por la cual los ejes se giran hasta una posición que tenga una significación psicológica; el objetivo de la rotación es obtener una solución más interpretable.
- 4) **Interpretación:** En esta etapa se averigua la significación de cada factor examinando los procesos que intervienen en todos los *test* que dependen de él. La interpretación de cada factor debe ser coherente asimismo con el hecho de que otros *test* tengan coeficientes nulos en él y con la circunstancia, si se da, de que uno o varios *test* tengan coeficientes en ese factor y en otro u otros diferentes. (26) (<http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestpsic.doc>)

## 1.14 Teoría psicométrica de Nunally Jum

En la psicometría, como en otras áreas del conocimiento, es importante el concepto de medición. Según Nunnally y Bernstein (1995) la medición consiste en reglas para asignar símbolos a objetos, de manera que: 1) representen cantidades o atributos de forma numérica (escala de medición) y 2) definan si los objetos caen en las mismas categorías o en otras diferentes con respecto a un atributo determinado (clasificación).

Es importante mencionar que se pueden medir sólo los atributos de los objetos, no a los objetos en sí. No mide a un niño, sino más bien su inteligencia, estatura o socialización. (26) (<http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestpsic.doc>)

La teoría psicométrica permite analizar los ítems de una prueba con respecto a su poder discriminatorio y medir la confiabilidad del instrumento. De esta teoría se deriva el Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), medida que provee un indicador numérico del nivel de confiabilidad de la prueba o *test*.

Precisamente, el Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) es una de las medidas empíricas más importantes derivadas de esta teoría, ya que proporciona estimaciones para medir la confiabilidad. El rango de este coeficiente se encuentra entre cero y uno; cuando más cerca de uno, mayor es la confiabilidad de la prueba. El criterio para establecer qué valores para el alfa son aceptables, depende tanto del juicio del investigador, como de la naturaleza del constructo que se está midiendo y la población bajo estudio (Morero). (26) <http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestpsic.doc>

Se pretende que esta introducción al análisis factorial sirva como apoyo para imaginar el procedimiento que se ha realizado para obtener los resultados de la investigación. Finalmente y como parte de este marco teórico, se hablará sobre la ubicación de la Institución en la que el estudio se ha llevado a cabo, el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

## **1.15 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ**

El instituto abrió sus puertas con una ceremonia de inauguración encabezada por el entonces presidente de la República, don Manuel Ávila Camacho, el 18 de abril de 1944. Con tal motivo se inauguró una reunión científica de todo el Continente que de hecho constituyó el 1er Congreso Interamericano de Cardiología.

### **1.15.1 Antecedentes**

El instituto no era un hospital en sentido clásico; nació con una filosofía de vida. La característica esencial era su carácter polifacético con visión integral del problema cardiológico. Se trató de un centro hospitalario para la atención científica y humanitaria de los enfermos, con un laboratorio de investigación para el ejercicio de ciencia básica y clínica aplicada. Se concibió como una escuela para enseñar la cardiología a la profesión médica y formar cardiólogos especializados; un centro de rehabilitación de enfermos cardíacos y un centro de estudios de prevención de enfermedades cardiovasculares. Con ello se constituyó en una agencia de ayuda social y humana para los cardíacos. Por propios y extraños ha sido reconocido como el primero de su género creado en el mundo. A partir de ahí, son muchos los institutos cardiológicos que han buscado emularlo. (27) (Rivera, 1992 p. 5).

El Instituto está orgulloso de la calidad de asistencia médica que presta, dirigida en un 90% al paciente desvalido, y otorgada con calor humano, contando con una magnífica infraestructura. Parte de la historia del Instituto Nacional de Cardiología ha sido el departamento de Trabajo Social, eslabón con él que cuentan él paciente, la familia y el médico; son partes muy importantes del instituto, tomando en cuenta que en los años cuarentas no estaba definido el Trabajo Social; se mencionaba que el servicio social era un acto de caridad y de beneficencia pública, siendo ejercida por individuos de buena voluntad; no contaba con instrumentos ni métodos que sistematizaran de alguna manera la ayuda brindada a la gente de esa época, como en la actualidad. (27) (Rivera, 1992 p. 5)

A continuación se describe brevemente cómo se conforma el Departamento de Trabajo Social, su historia dentro del instituto y su evolución como servicio a través de los años.

### **1.15.2 Departamento de Trabajo Social**

Desde el inicio del INC, se considera necesario de formar el Departamento de Servicio Social, dependiendo éste mismo de la Subdirección Médica y que para cumplir sus funciones tiene una estrecha coordinación con la Dirección. El departamento de servicio social tuvo como su primera jefa a la señorita Isabel del Paso, colaborando con ella la señorita Esperanza Vallejo, quien tenía nombramiento de Trabajadora Social y fue quien elaboró el primer formato de estudio socioeconómico. En aquel entonces las principales técnicas utilizadas aplicadas fueron la entrevista y las visitas domiciliarias, para conocer el entorno

social del paciente y su familia. Los niveles socioeconómicos se representaban por letras, debido a que existía un tabulador de cuotas; se asignaban de acuerdo al criterio humano de la trabajadora social, quien además daba orientación sobre los costos del tratamiento médico o quirúrgico al paciente y a sus familiares cuando así se requería. (28) (Fuente directa, T.S. Luz María del Ángel Ortega, jefa de Admisión, Instituto Nacional de Cardiología, 1989).

En el año 1951 ingresan dos Trabajadoras Sociales tituladas. En 1961 Isabel del Paso es sustituida como jefe por las religiosas y visitadora social Jacqueline Daré, quien continúa con las funciones del departamento antes descritas, y que para entonces ya lo formaban 6 Trabajadoras Sociales. Cada Trabajadora Social estaba asignada a un servicio y su función consistía en aplicar un estudio socioeconómico por cada paciente. En 1963 se dio un cambio radical dejando atrás la etapa de la caridad y la filantropía para practicar un trabajo social más sistematizado el cual fue iniciado por la Lic. En Filosofía y Letras, Sra. Encarnación Villa de Segovia, quien fue nombrada jefa de Trabajo Social. En esa época se empezó a aplicar el método de Trabajo Social de Casos, utilizándose como técnicas la entrevista directa e indirecta; se complementó el estudio social de casos, para poder detectar la problemática biopsicosocial del paciente y poder iniciar lo que es hasta la fecha el diagnóstico social. En 1989 el Dr. Agustín Villarreal González es nombrado como nuevo jefe de Trabajo Social y Admisión, por el Dr. Ignacio Chávez Rivera, director general en esa época. (28) (Fuente directa, T.S. Luz María del Ángel Ortega, jefa de Admisión, Instituto Nacional de Cardiología, 1989).

Posteriormente 1999 es nombrada como Jefa del Departamento de Trabajo Social a la Lic. Patricia Altamira Mendoza, en su cargo contaba con un equipo de trabajo de 26 Trabajadoras Sociales, 7 de ellas Licenciadas y el resto técnicas en Trabajo Social. (28) (Fuente directa, T.S. Luz María del Ángel Ortega, Jefa de Admisión, Instituto Nacional de Cardiología, 1989).

Trabajo Social es una disciplina de vital importancia para el paciente cardíopata en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", actualmente el trabajador social desarrolla actividades y funciones encaminadas a dar apoyo social y familiar principalmente. Desarrolla su intervención profesional en diversas líneas de investigación, una de ellas orientada al tema de tabaquismo, misma que hasta hoy se ha aplicado al paciente cardiovascular con adicción al tabaco, mediante un programa operativo encaminado a la abstinencia del hábito de fumar, contribuyendo el Trabajo Social a desarrollar estrategias preventivas y de control encaminadas a evitar ó eliminar el hábito del tabaco. Con el propósito de hacer partícipe a la familia sobre el problema social y de salud del paciente, sensibiliza a ambas partes sobre el grave problema del tabaquismo y sus daños a la salud.

Hasta éste momento se han fundamentado los puntos de partida en que se basa este estudio; es necesario también mencionar la parte normativa y jurídica en cuanto a la lucha antitabaco que se emprende desde el año 2003, lucha mundial en donde diversos países de diferentes continentes se han unido para contrarrestar el uso del tabaco.

## **1.16 CONVENIO MARCO Y LA NUEVA LEY ANTITABACO**

El Convenio Marco para el Control del Tabaquismo (ACTA) y la Red México sin Tabaco, en colaboración con la Alianza para el Convenio Marco (FCA), la Fundación Interamericana del Corazón (FIC) y la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA) pretende ser un instrumento de seguimiento y evaluación de la aplicación que México está dando a este Convenio, con sus avances y rezagos, del cual se concluye que su instrumentación en México es aún insuficiente. Así mismo da muestra de que diversas agrupaciones civiles de nuestro país estarán al pendiente de las acciones que en esta materia se adopten e informará, tal y como lo ha venido haciendo, de las interferencias y maniobras que busquen retrasar su implementación. (12) (Implantación del convenio marco para el control del tabaco en México, segundo reporte, mayo 2007).

Se establecen cuatro puntos estratégicos para el control del tabaco:

- 1) Aplicar una política fiscal saludable para elevar los impuestos y que se incrementen de manera significativa los precios de los productos del tabaco.
- 2) Establecer y vigilar que todos los espacios públicos cerrados, incluyendo los lugares de trabajo, sean realmente sitios libres de humo de tabaco.
- 3) Incorporar advertencias sanitarias con imágenes en las cajetillas de cigarros, que cubran por lo menos 50% de ambas caras.
- 4) Eliminar toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco.

México fue el 17º país del mundo en ratificarlo y el primero en toda América. Sin embargo, fue el primero en violarlo al firmar un convenio con la industria tabacalera, después de que el H. Senado de la República lo había ratificado. Por lo anterior se establecen principales recomendaciones a los poderes Ejecutivo y Legislativo que invitan a cancelar de manera oficial el convenio con la industria tabacalera que, como ha quedado demostrado, sólo ha obstaculizado la instrumentación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en nuestro país. Y de esta forma permite:

- Suspende cualquier iniciativa de diálogo o acuerdos con representantes de la industria tabacalera para evitar que, al conocer de manera previa los esfuerzos legislativos planeados, se faciliten sus acciones de resistencia y cabildeo.
- De conformidad con nuestra Constitución, hacer prevalecer el derecho a la protección de la salud sobre cualquier interés económico o comercial que las empresas tabacaleras transnacionales pudieran tener.
- Impulsar la legislación y normatividad respecto a que todos los espacios públicos cerrados, incluyendo restaurantes, cafés, bares, centros nocturnos y discotecas, sean lugares completamente libres de humo de tabaco para

proteger la salud de los no fumadores, limitar el consumo de los fumadores y defender el derecho a la protección de la salud de la población trabajadora.

- Incorporar nuevas advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarros haciendo uso de la facultad que otorga el artículo 276 de la Ley General de Salud, para que la población tenga mayor y mejor información.
- Establecer de manera reglamentaria o legal la obligatoriedad de que se incorpore en las cajetillas de los cigarros información veraz.
- Así como la incorporación de imágenes o pictogramas.
- Prohibir de manera normativa el uso, en los empaques y su publicidad, términos ambiguos y desorientadores tales como “*light*” “ultraligeros” “suaves” o “ligeros”.
- Eliminar toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco para evitar que las niñas, niños y adolescentes sean inducidos criminalmente a la adicción a la nicotina. (12) (Implantación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en México, segundo reporte, mayo 2007).
- Esta lucha antitabaco por fin se dio a partir de 4 de abril del 2008, con el Decreto por el que se expide el Reglamento de la Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores del Distrito Federal, anunciado en la Gaceta Oficial de la Federación del Distrito Federal.

## **CAPÍTULO II**

### **Una Aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo de pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología. “Ignacio Chávez”**

## **2 Método**

Una vez revisado el marco teórico en el que se apoya el proyecto, se presenta la metodología que rigió el estudio.

### **2.1 Planteamiento del problema**

La pregunta que guió la investigación fue: ¿Es posible detectar los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo de una muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular que acuden a consulta externa al Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”?

### **2.2. Objetivo general**

Detectar los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular que acuden a consulta externa al Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.

### **2.3. Objetivos específicos**

- Consolidación del marco teórico para a, partir de él, construir una escala de medición con 2 opciones de respuesta.
- Aplicar el instrumento de medición a la población cardiópata que asista a la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología, que fuma o fumó, durante los meses de septiembre a diciembre 2008 y enero 2009.
- Aplicar análisis factorial del tipo Alpha con rotación Varimax y método de extracción de máxima verosimilitud para encontrar si es que existen los factores que inciden en el tabaquismo de pacientes cardiópatas.
- Conocer y nombrar los factores que inciden en el consumo del tabaco de pacientes con enfermedad cardiovascular atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología.

- Analizar y reportar los factores que incidieron en la adquisición del consumo del tabaco de pacientes con enfermedad cardiovascular del Instituto Nacional de Cardiología.

## 2.4 Hipótesis

### Hipótesis de trabajo

Es factible detectar los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo de pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, a partir de la aplicación de un análisis factorial del tipo máxima verosimilitud.

### Hipótesis alterna

No es factible detectar los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo de pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, a partir de la aplicación de un análisis factorial del tipo máxima verosimilitud.

## 2.5. Metodología de la investigación

### Tipo de Estudio

Se realizó un estudio exploratorio, de campo y transversal:

- **Exploratorio:** porqué trata de la primera aproximación al problema.
- **De campo:** el estudio se realizó en el Instituto Nacional de Cardiología a una muestra de 748 pacientes cardiópatas de la consulta externa.
- **Transversal:** se realizó en una sola aplicación de la escala, con 2 opciones de respuesta, a una muestra de 748 pacientes de la consulta externa en los meses de septiembre a diciembre del año 2008, y enero de 2009, con apoyo de dos estudiantes del Verano Científico de la Universidad de Sinaloa, quienes aplicaron 250 instrumentos.

## 2.6 Variables

**Independiente:** factores

**Dependiente:** Tabaquismo

**Interviniente:** Enfermedad cardiovascular

### **Socio sociodemográficas:**

- 1) Sexo:
- 2) Edad
- 3) Lugar de nacimiento
- 4) Escolaridad
- 5) Estado civil
- 6) Ocupación

## **2.7 Definición conceptual y operacionalización de las variables**

### **2.7.1 Definición conceptual de las variables**

#### **Variable Independiente**

**Factores.** Se dice que cualquier combinación lineal de variables en la matriz de datos es un factor de esa matriz, por lo que factor es un conjunto de puntuaciones reales (observables); esto significa que cada sujeto tiene una puntuación en el factor. (26) (<http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestpsic.doc>)

#### **Variable Dependiente**

**Tabaquismo.** Es la toxicidad crónica adjudicada a la nicotina; se debe a la inhalación crónica de la misma, así como a la de otros productos que componen el tabaco. (30) (Miro, 1992, p. 78).

#### **Variable Interviniente**

**Enfermedad Cardiovascular.** La enfermedad cardiovascular se refiere a las enfermedades del corazón y a las enfermedades del sistema de vasos sanguíneos (arterias, vasos capilares, venas) de todo el organismo. “Cardio” se refiere al corazón y “Vascular” al sistema de vasos sanguíneos. (29) (Disponible en: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html))

#### **Variables Sociodemográficas**

**Edad:** Periodo entre la fecha de nacimiento y la del último cumpleaños.

**Sexo:** Condición orgánica que distingue a los individuos en hombres y mujeres.

**Lugar de nacimiento:** Entidad federativa o país extranjero donde nació el individuo en estudio.

**Escolaridad:** Número de años o grados que acreditan los estudios de los individuos, en cualquiera de los niveles del sistema de enseñanza.

**Estado civil:** Situación de hecho de la población de 12 años y más en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país. La clasificación es: soltero casado, unión libre, divorciado, separado y viudo.

**Ocupación:** Tipo de trabajo, oficio o profesión específica desempeñada por la persona durante el periodo de referencia. Si las personas desempeñan varias, se refiere únicamente trabajo considerado por ellas como el principal. (31) (Encuesta Nacional de Adicciones, 1993, p.34-35).

## 2.7.2 Definición operacional de las variables

### Variable Independiente

**Factores.** Se medirán a través de las dimensiones encontradas a partir de la aplicación de una escala de medición creada *ex profeso* para ello, cuyo valor eigen sea superior a 1.00 y en donde la carga de las aseveraciones encontradas en los factores sea superior a 0.4000.

### Variable Dependiente

**Tabaquismo.** Se operacionalizó a partir de los siguientes tres niveles:

- 1) **Leve:** consumo de una cantidad no superior a 5 cigarrillos en promedio por día.
- 2) **Moderado:** consumo de una cantidad de 6 a 15 cigarros en promedio por día.
- 3) **Severo o dependiente:** consumo de una cantidad igual o mayor a 16 cigarros por día.

### Variable Interviniente

**Enfermedad cardiovascular.**

Sufrió cardiopatía isquémica

Padeció infarto

Enfermedad valvular

## **Variables Sociodemográficas**

<b>VARIABLES</b>	<b>TIPO</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>
Sexo	Dicotómica	Nominal
Edad	Politómica	Ordinal
Lugar de nacimiento	Politómica	Nominal
Escolaridad	Politómica	Nominal
Estado civil	Politómica	Nominal
Ocupación	Politómica	Nominal

## **2.8 Población**

Se seleccionó de una población de 1,500 pacientes fumadores y ex fumadores atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología en los servicios de Consulta Externa y Rehabilitación Cardíaca, con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2008 y enero de 2009.

## **2.9 Muestra**

La muestra fue de 748 pacientes cardiopatas infartados y valvulares fumadores o ex fumadores, que acudieron a la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología en un periodo de septiembre a diciembre del año 2008 y enero de 2009.

### **Tipo de muestreo**

Se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico intencional.

## **2.10 Criterios de inclusión**

El instrumento se aplicó a pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Cardiología, al servicio de consulta externa, que cubrieron las siguientes características: ser pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, infartados, no infartados y/o valvulares, fumadores o ex fumadores, procedentes del área metropolitana.

## **2.11 Instrumento de Medición**

Se elaboró un cuestionario socio demográfico y escala de medición con 2 opciones de respuesta y 116 aseveraciones<sup>1</sup>.

### **2.11.1 Confiabilidad del instrumento**

Para obtener la confiabilidad del instrumento se utilizó el método del Alpha de Cronbach, integrando la totalidad de aseveraciones que conforman el instrumento. Con una confiabilidad de .859

### **2.11.2 Validez del instrumento**

La validez del instrumento se obtuvo a través de un análisis factorial de tipo Alpha de Cronbach, con rotación Varimax, y método de extracción de Máxima Verosimilitud.

## **2.12 Modelo estadístico**

Para la realización de esta investigación fue necesario utilizar las siguientes estadísticas:

- No paramétrica: se hizo uso de las frecuencias y medidas de tendencia central para el análisis de las variables socio demográficas.
- Paramétrica: se hizo uso de correlaciones, análisis factorial y Alpha de Cronbach apoyados en la Teoría de Nunnally Jum (Teoría Psicométrica). (32) (Nunnally, 1973 p. 2).

## **2.13 Procedimiento**

El estudio se desarrolló en una sola etapa, con una estadía de cinco meses en el Servicio de Consulta Externa a partir del mes de septiembre a diciembre del 2008 y enero de 2009, en el horario de 8:00 a 11:00 y de 13:00 a 14:00 hrs; ello permitió aplicar los instrumentos a los pacientes con enfermedad cardiovascular, fumadores o ex fumadores que acudieron a la consulta externa y al servicio de rehabilitación cardíaca.

Fue preciso realizar las siguientes actividades:

- Consolidación del proyecto.
- Asesoría para las correcciones del proyecto.

---

<sup>1</sup> Anexo N° 1

- Registro del proyecto en el Departamento de Investigación, aceptado por el Comité de Bioética del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.
- Revisión bibliográfica, como mínimo 13 textos.
- Construcción de 150 aseveraciones.
- Selección y discriminación de las aseveraciones, para la construcción de preguntas que conformaron el instrumento, quedando 116 aseveraciones.
- Revisión del instrumento por 3 expertos en el tema de tabaquismo y enfermedades cardiovasculares del Instituto Nacional de Cardiología.
- Piloteo del instrumento en diez personas por cada servicio de Consulta Externa y Rehabilitación Cardíaca.
- Elaboración de correcciones al instrumento.
- Impresión del instrumento.
- Aplicación en la muestra seleccionada de 748 pacientes infartados y valvulares, del Instituto Nacional de Cardiología.
- Revisión y selección de instrumentos, eliminando aquellos que tuvieron 5% de reactivos sin responder.
- Diseño de base de datos con apoyo del paquete estadístico SPSSpc.
- Elaboración de la Guía de Codificación.
- Captura de la información.
- Revisión de base de datos.
- Aplicación del Análisis Factorial.
- Obtención de confiabilidad del constructo.
- Elaboración de reporte de resultados, análisis y conclusiones. (33) (Silva, 2006 pp. 14-15).

## **CAPÍTULO III**

### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES**

Hasta ahora se ha descrito el marco teórico en el que se apuntaló el estudio, se revisaron sucintamente desde algunos elementos referidos a los antecedentes del tabaco, sus componentes químicos, el tabaquismo, la enfermedad cardiovascular, hasta retomar los aspectos privados de un personaje que además de generar el sustento teórico del Psicoanálisis, fue un fumador y paciente cardiovascular, es decir Sigmund Freud, en cuya experiencia se cimentó la construcción de la escala de medición aplicada, posteriormente se planteó la metodología, para arribar a este capítulo.

En este apartado, se reportan los resultados del estudio; la información obtenida se presentará como sigue: 1) Datos sociodemográficos, 2) Escala de medición.

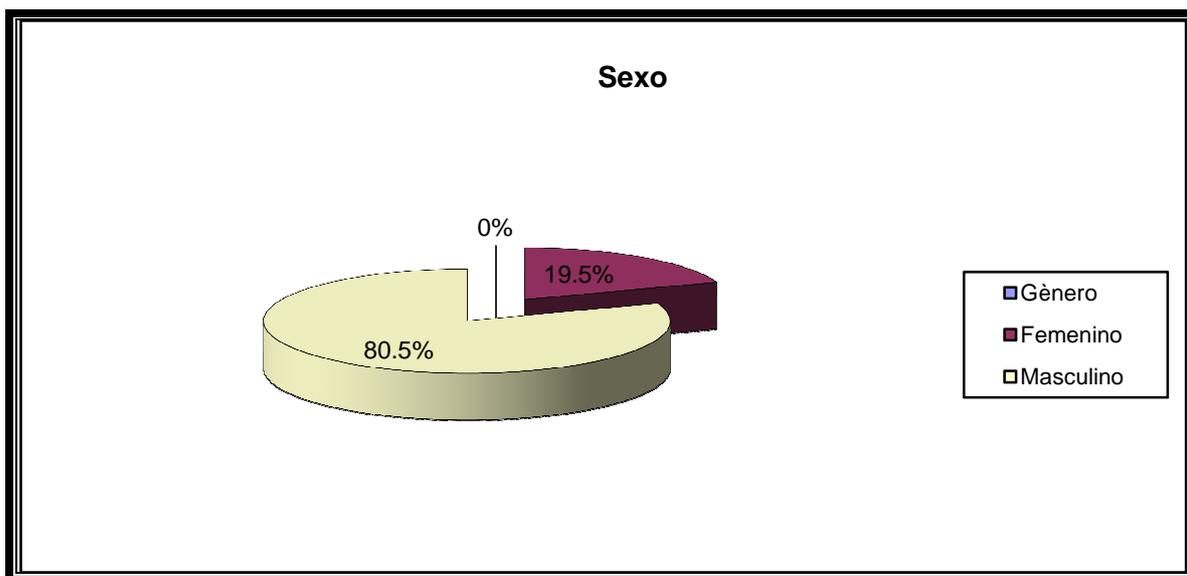
## Sexo de los Pacientes

El instrumento se aplicó a 748 pacientes fumadores y ex fumadores con Cardiopatía Isquémica (pacientes infartados y valvulares) del Instituto Nacional de Cardiología: el 80.5%, es decir 602 personas, del sexo masculino y 19.5%, o sea 146 personas del sexo femenino.

**Tabla 1: Sexo**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	602	80.5 %
FEMENINO	146	19.5 %
TOTAL	748	100.00%

**Gráfica 1**



Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

## Edad

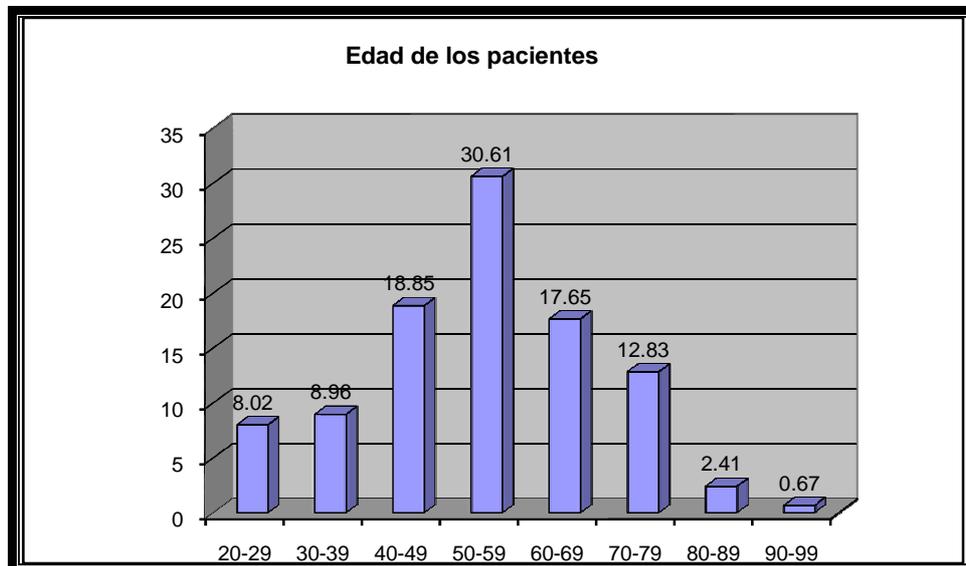
La edad de los encuestados fue de 20 a 99 años la moda se ubicó en la población de los 50 a 59 años, con un 30.61%, siendo 229 pacientes, consecutivamente con 18.85% los 141 pacientes de edad entre 40-49 años y el 17.65% los 132 pacientes en la edad de 60-69, de acuerdo a los datos que se tienen en la tabla.

**Tabla 2: Edad**

Rango	No. de individuos	Porcentaje
20-29	60	8.02
30-39	67	8.96
40-49	141	18.85
50-59	229	30.61
60-69	132	17.65
70-79	96	12.83
80-89	18	2.41
90-99	5	0.67
	748	100.00

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

**Gráfica 2**



Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

### Diagnóstico médico

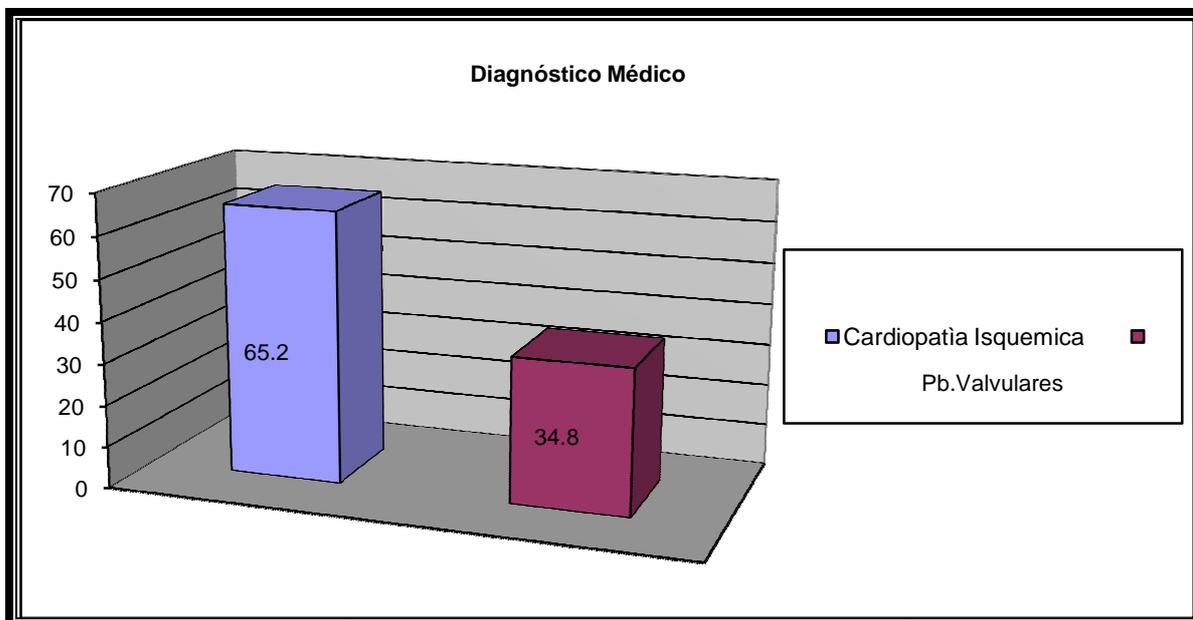
De los 748 pacientes encuestados, el 65.2% 479 son pacientes con enfermedad de cardiopatía isquémica y 34.8% son 269 pacientes con enfermedad valvular.

**Tabla 3: Diagnóstico Médico**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cardiopatía Isquémica	479	65.2	65.2
Problemas Valvulares	269	34.8	34.8
Totales	748	100.0	100.0

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

**Gráfica 3**



Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

## Lugar de nacimiento

La moda fue de 355 pacientes nacidos en el Distrito Federal con 47.5%, siguiendo con un 12 % 90 pacientes del Estado de México, con 5.6% Michoacán con 46 pacientes, con 5.1% Guanajuato con 38 pacientes, 4.3% Puebla con 32 pacientes, 3.7% Estados de Hidalgo y Oaxaca con 28 pacientes, 3.2% Guerrero con 24 pacientes, como se observa en la tabla.

**Tabla 4: Lugar de nacimiento**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Aguascalientes	2	0.3	0.3	Nayarit	5	0.7	85.4
Baja California Norte	2	0.3	0.5	Oaxaca	28	3.7	89.2
Baja California Sur	2	0.3	0.8	Puebla	32	4.3	93.4
Campeche	6	0.8	1.6	Querétaro	8	1.1	94.5
Chiapas	8	1.1	2.7	San Luis Potosí	5	0.7	95.2
Chihuahua	5	0.7	3.3	Sinaloa	2	0.3	95.5
Distrito Federal	355	47.5	50.8	Tabasco	2	0.3	95.7
Durango	7	0.9	51.7	Tlaxcala	7	0.9	96.7
Guanajuato	38	5.1	56.8	Veracruz	9	1.2	97.9
Guerrero	24	3.2	60.0	Zacatecas	2	0.3	98.1
Hidalgo	28	3.7	63.8	Estados Unidos	4	0.5	98.7
Jalisco	13	1.7	65.5	España	2	0.3	98.9
México	90	12.0	77.5	Cuba	3	0.4	99.3
Michoacán	42	5.6	83.2	Omitió	5	0.7	100.0
				Total	748	100.0	100.0

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

## Estado Civil

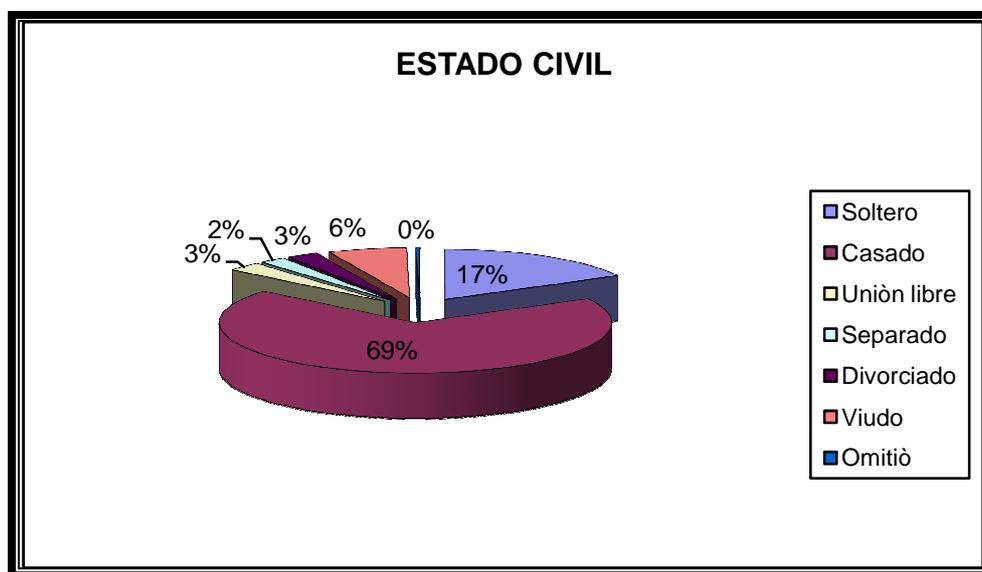
La moda se ubicó en 514 pacientes casados, con un 68.6%; 128 pacientes solteros, con un 17.1%; 48 pacientes viudos, con un 6.4%, y 21 pacientes en unión libre, con 2.8%.

**Tabla 5: Estado civil**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	128	17.1	17.1
Casado	514	68.7	85.8
Unión libre	21	2.8	88.6
Separado	16	2.1	90.8
Divorciado	19	2.5	93.3
Viudo	48	6.4	99.7
Omitió	2	0.3	100.0
Totales	748	100.0	100.0

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

**Gráfica 5**



Una aproximación a la búsqueda de los Factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

## Ocupación

La muestra de 748 pacientes indican diversas ocupaciones, destacando la moda en 108 pacientes desempleados con un 14.4%, en segundo lugar con un 12.8% comerciantes con 96 pacientes, consecutivamente las amas de casa con el 9.8% con 73 pacientes, campesinos con 7.4% con 55 pacientes, los choferes 6.1% con 46 pacientes, empleados con 6.0% con 45 pacientes, obreros con 4.3% con 32 pacientes y Obrero con 4.3% con 32 pacientes.

**Tabla No.6 Ocupación**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Abogado	11	1.5	63.9	Funcionario Público	3	.4	89.3
Administrador	3	.4	90.6	Ganadero	2	.3	82.6
Agente de Ventas	2	.3	70.7	Herrero	5	.7	75.3
Agricultor	7	.9	77.9	Ingeniero	2	.3	90.2
Agrónomo	5	.7	79.7	Investigador	2	.3	93.3
Albañil	10	1.3	88.9	Jornalero	10	1.3	74.1
Ama de Casa	73	9.8	33.5	Jubilado	12	1.6	69.8
Arquitecto	5	.7	16.0	Mecánico	13	1.7	77.0
Asistente de Oficina	8	1.1	81.6	Médico	4	.5	87.6
Ayudante de Jardinería	5	.7	70.5	Médico Veterinario	7	.9	60.8
Ayudante General	2	.3	74.3	Músico	10	1.3	72.7
Campesino	55	7.4	59.9	Obrero	32	4.3	68.2
Carpintero	6	.8	79.0	Panadero	2	.3	93.3
Chofer	46	6.1	52.5	Peluquero	4	.5	80.5
Cirujero	2	.3	92.2	Pensionado	2	.3	78.2
Comerciante	96	12.8	46.4	Pescador	2	.3	92.0
Consultor	2	.3	91.2	Pintor Artístico	2	.3	93.0
Contador	4	.5	83.4	Pintor Automotriz	2	.3	87.0
Desempleado	108	14.4	14.4	Pintor de Casas	2	.3	91.7
Director de Empresa	2	.3	90.9	Plomero	1	.1	90.0
Diseñador	5	.7	71.4	Soldador	2	.3	82.9
Diseñador de Plantas Industriales	2	.3	74.6	Tablajero	7	.9	15.4
Docencia	12	1.6	62.4	Tapicero	2	.3	91.4
Electricista	9	1.2	84.6	Taxista	13	1.7	17.8
Empleada Domestica	6	.8	82.4	Técnico en Embobinado	3	.4	86.2
Empleado	45	6.0	23.8	Técnico en Refrigeración	4	.5	89.8
Enfermera	2	.3	92.5	Técnico Telecomunicación	4	.5	86.8
Estudiante	9	1.2	85.8	Omitió	50	6.7	100.0
Fotógrafo	2	.3	79.9	TOTAL	748	100.0	100.0

Una aproximación a la búsqueda de los Factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

## Escolaridad

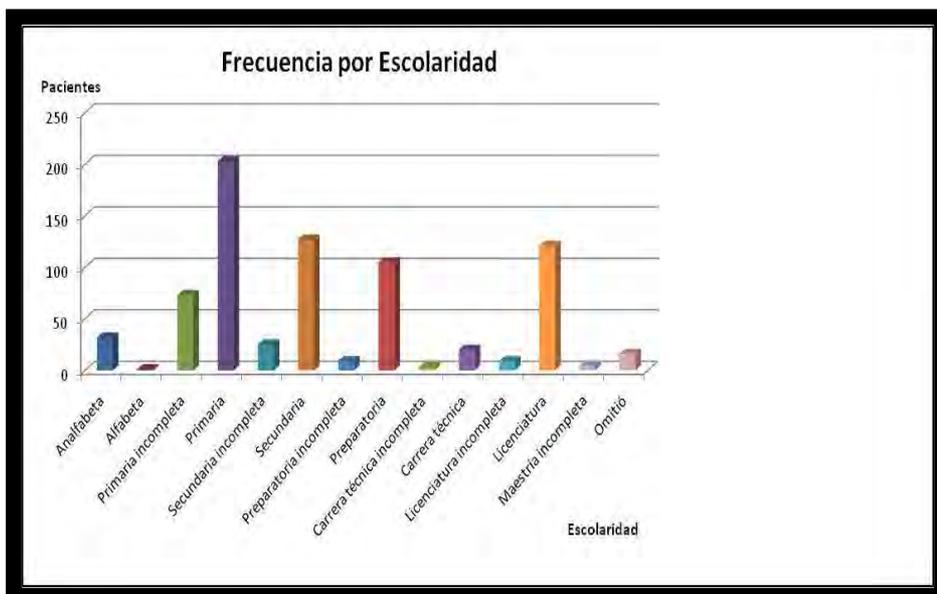
La escolaridad abarcó desde los analfabetas hasta quienes poseen estudios de posgrado, como se observa en la tabla, destacando que el nivel de estudios que predomina es el de primaria completa con 203 pacientes, es decir 27.1%; en segundo lugar, 127 pacientes tienen nivel secundaria, con un 17.0%, y en tercer lugar 121 pacientes tienen nivel licenciatura, con un 16.2%, y 105 pacientes tienen nivel preparatoria ubicándose en un 14.0%, como se observa en la tabla.

**Tabla 7: Escolaridad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Analfabeta	32	4.3	4.3
Alfabeta	1	0.1	4.4
Primaria incompleta	73	9.8	14.2
Primaria	203	27.1	41.3
Secundaria incompleta	25	3.3	44.7
Secundaria	127	17.0	61.6
Preparatoria incompleta	9	1.2	62.8
Preparatoria	105	14.0	76.9
Carrera técnica incompleta	3	0.4	77.3
Carrera técnica	20	2.7	79.9
Licenciatura incompleta	9	1.2	81.1
Licenciatura	121	16.2	97.3
Maestría incompleta	4	0.5	97.9
Omitió	16	2.1	100.00
	748	100.0	100.0

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

**Gráfica 7**



Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS FACTORIAL

Se aplicó análisis factorial de tipo alpha con rotación varimax, y método de extracción de máxima verosimilitud, encontrando once factores propios con valor eigen superior a 1.00 y un porcentaje de varianza acumulada de 42.502. Los factores fueron denominados de acuerdo con el contenido de la agrupación de las aseveraciones, teniendo que:

#### 4.1 Varianza

**TABLA 8. VARIANZA**

Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación				
Factor	Nombre del factor	Total	% de la varianza	% acumulado
1	Dependencia	8.030	12.210	12.210
2	Necesidad	6.124	5.072	17.282
3	Temor vs. satisfacción	3.905	3.673	20.955
4	Culpabilidad	2.724	3.452	24.407
5	Resignación	2.499	3.230	27.637
6	Deterioro	2.111	2.848	30.485
7	Consumismo	2.012	2.753	33.238
8	Supeditación	1.841	2.675	35.914
9	Empecinamiento	1.657	2.347	38.261
10	Deleite vs. repugnancia	1.646	2.292	40.553
11	Consentimiento social	1.640	1.949	42.502

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

El cuadro de la varianza es la dispersión de los datos en una matriz, los cuales son distribuidos de acuerdo a su carga, mediante el tipo de extracción: factorización alfa, con rotación de máxima verosimilitud, que se realizó al hacer el análisis factorial, con una varianza que distribuyo la carga mayor, con valor eigen de 12.210, La cual permite verificar que efectivamente los datos arrojados admitieron agrupar las aseveraciones que tenían correlación de información para poder determinar los factores y agrupando las aseveraciones que dan como resultado el primer factor denominado "Dependencia".

## 4.2 ANÁLISIS DE LOS FACTORES

### 4.2.1 FACTOR 1. DEPENDENCIA

EL primer factor se denominó “DEPENDENCIA” porque el contenido de las aseveraciones muestra que su agrupación va en ese sentido, ya que se entiende por DEPENDENCIA “la sujeción y subordinación de los efectos y de las causas, dependencia de la droga de seguir tomándola para suprimir un malestar somático o psíquico”. (Larousse, 1987 p. 256).

El factor 1 consta de 19 aseveraciones, que se presentan en la siguiente tabla:

**TABLA 9. FACTOR 1: DEPENDENCIA<sup>2</sup>**

No	ASEVERACIONES	CARGA	SI	NO	OMI-TIÓ
39	Siento un gran placer al encender el cigarro	0.663	347	401	0
86	Me siento mejor fumando	0.632	242	506	0
72	Fumar ya es una costumbre en mi vida	0.624	316	432	0
36	Siento una angustia constante cuando no fumo	0.582	224	524	0
94	Si no tengo cigarrillos experimento una necesidad espantosa	0.580	229	519	0
29	Fumo una gran cantidad de cigarrillos	0.569	330	418	0
57	El cigarro se ha vuelto una gran necesidad en mi vida	0.557	230	518	0
2	Siento una profunda depresión cuando dejo de fumar	0.533	198	550	0
96	Tengo una verdadera dependencia del cigarro	0.527	238	510	0
85	Me molesta que me prohíban fumar	0.517	299	449	0
73	Hago todo por obtener un cigarro	0.494	188	560	0
93	Me tranquiliza que tengo cigarrillos suficientes para fumar	0.473	274	473	1
113	El olor del humo del cigarro me incita a fumar	0.470	285	463	0
1	Me siento mejor fumando	0.469	241	507	0
28	Soy un gran fumador ante mis hijos	0.462	238	510	0
21	El cigarro me libera del estrés	0.443	335	413	0
75	La única manera de tranquilizarme es fumando	0.442	281	465	2
91	Estoy prisionero del cigarro	0.403	195	553	0
20	El cigarro me da seguridad	0.401	209	539	0

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez.

La aseveración “***siento un gran placer al encender el cigarro***”, con una carga factorial de 0.663, arrojó que 347 pacientes cardiopatas fumadores aceptaron el

<sup>2</sup> En la primera columna se registra el número de la aseveración, en la segunda el contenido de la afirmación, en la tercera la carga factorial que en todos los casos es superior a 0.4000, en la cuarta el número de personas que respondieron SI, en la quinta el número de personas que respondieron NO, y la sexta el número de sujetos que omitió responder.

aserto, indicando así que para ellos el cigarrillo es algo grato para su paladar, lo disfrutan, saborean, les es un gusto consumir cada cigarrillo.

Encender el cigarrillo es un ritual que tiene un fumador; las experiencias de la muestra de fumadores de este estudio refieren que el encender un cigarrillo los lleva a satisfacer en ese momento sus ganas de fumar; tener el cigarrillo en la mano les causa satisfacción.

Los 401 pacientes que dijeron NO **“siento un gran placer al encender el cigarrillo”** son personas a las que ahora ya no les es importante encender un cigarrillo, porque es el grupo de fumadores que ya lo abandonaron.

La aseveración **“me siento mejor fumando”** tuvo una carga factorial de 0.632, fue aceptada por 242 pacientes cardiopatas fumadores.

El sentirse mejor fumando puede ser indicativo de que el fumador comúnmente, cuando consume un cigarrillo, sí le gusta el humo y cómo sale por su boca; le agrada cierta marca de cigarrillos; su sabor, su olor lo lleva a tener un estado de ánimo positivo.

Para los 506 pacientes que rechazaron la aseveración **“me siento mejor fumando”**, fumar es un hábito que ahora les provoca rechazo porque ya abandonaron el uso del tabaco; ahora para este grupo de ex fumadores su mejor estado es sin cigarrillo, cuidando de su mejoría e intentando prolongar su vida.

La aseveración **“fumar ya es una costumbre en mi vida”** obtuvo una carga factorial de 0.624; afirmaron la aseveración un grupo de 326 pacientes. Para este grupo el tabaquismo es un hábito en su vida; fuman porque el establecimiento ya es de mucho tiempo, lo ven como parte de su rutina; para los fumadores cardiopatas el uso de tabaco y la práctica de fumar se hizo continua y eso los llevó a una costumbre de consumo de tabaco.

Para los 432 pacientes que negaron la aseveración **“fumar ya es una costumbre en mi vida”**, el que fumar ya no sea un hábito en su vida, indica que su tabaquismo ya está superado, por lo menos hasta el momento de aplicar el instrumento de medición.

La aseveración **“siento una angustia constante cuando no fumo”** tiene una carga factorial de 0.582; respondieron afirmativamente a ella 224 pacientes de la muestra total. Esta aseveración habla de la angustia que tiene un fumador cardiopata cuando le ha sido prohibido fumar, y la razón pudiera radicar en el hecho de que el hábito de fumar es tan fuerte que cuando se suspende el uso del tabaco provoca alteraciones en el estado físico de las personas. Así, cuando el médico restringe el uso del tabaco por su cardiopatía, sienten miedo: primero porque saben que su hábito los daña en su salud y en segundo lugar porque muchos de los pacientes en estudio ya han decidido dejar de fumar y no han podido hacerlo muchos de ellos ya lo han intentado dejar alguna vez en su vida, y saben a lo que se van a enfrentar al querer abandonar el cigarrillo; algunos saben o contemplan que les será imposible abandonar su tabaquismo porque es más fuerte que su voluntad.

Para los 524 pacientes que negaron la aseveración **“siento una angustia constante cuando no fumo”**, ello indica que su tabaquismo ha sido superado o que no sienten tal angustia porque no han dejado su hábito y ni siquiera se exponen a estar sin fumar.

La aseveración **“si no tengo cigarros experimento una necesidad espantosa”**, con una carga factorial de 0.580, fue aceptada por 229 pacientes, lo que indica que el no tener cigarros para su consumo les hace sentir de alguna manera desprotegidos. De hecho las causas de no tener cigarros para su consumo pueden ser varias, desde la económica, ya que el costo de cigarrillos cada día es mayor y muchos de los fumadores no pueden adquirirlos; pero en este caso quizá la más importante es que el médico les haya prohibido su consumo a raíz de su enfermedad, pues el infarto genera el temor de muerte, y cuando salen del hospital el miedo los puede inducir al impulso de abandonar el cigarro, pero esto les crea temor de que no volverán a fumar. Sobre todo por el tiempo que tienen con su adicción al tabaco. Cuando a un paciente se le prohíbe fumar es cuando más se aferra a su tabaquismo.

Los 519 pacientes que negaron la aseveración **“si no tengo cigarros experimento una necesidad espantosa”**, pueden indicar que su tabaquismo ha sido superado, o que no sienten tal necesidad en virtud de que siempre cuentan con cigarros para cualquier emergencia.

La aseveración **“fumo una gran cantidad de cigarros”** tiene una carga factorial de 0.539. La muestra que afirmó la aseveración fue de 330 pacientes, y su sentir está relacionado en este caso con el número de cigarros consumidos de manera diaria; la mayoría de ellos fuma entre 10 y 30 cigarros diarios, en algunos casos llegan a ser 40; la mayor parte de estos pacientes consumen una cajetilla diaria desde hace muchos años. Comúnmente los que rebasan la cajetilla diaria son los infartados en comparación con los pacientes valvulares; de hecho la historia clínica de los fumadores infartados refiere que han consumido cigarros por más de 20 años de vida y su consumo establecido es de 20 cigarros diarios como mínimo.

Se trata de pacientes que llegan a padecer de hasta 4 re-infartos, y aún siguen vivos gracias a la rehabilitación cardiaca y tratamiento médico que el Instituto brinda.

Para los 418 pacientes que negaron la aseveración **“fumo una gran cantidad de cigarros”** esta respuesta indica que han logrado controlar la cantidad de cigarros consumidos, o han dejado de fumar definitivamente ante lo delicado de su padecimiento.

La aseveración **“el cigarro se ha vuelto una gran necesidad en mi vida”** obtuvo una carga factorial de 0.527, pues fue aceptada por 230 personas; estos pacientes cardiopatas aceptan que su tabaquismo los ha llevado a ser totalmente dependientes de la nicotina, sustancia adictiva que contiene el tabaco; de hecho es la sustancia que crea la adicción orgánica, tal y como lo dice la literatura especializada; es por ello que sienten la necesidad de fumar; esta aseveración confirma la dependencia física que ha generado en ellos el tabaquismo.

Los pacientes que negaron la aseveración **“el cigarro se ha vuelto una gran necesidad en mi vida”** fueron 518, quienes probablemente han dejado ya el hábito del tabaco; para ellos ya no es una necesidad.

La aseveración **“siento una profunda depresión cuando dejo de fumar”** obtuvo una carga factorial de 0.533 fue aceptada por 198 pacientes, para quienes su sentir es de desaliento y desánimo por no fumar; estos pacientes sufren, se angustian, aceptan que su vida les cambia cuando no fuman. Es importante resaltar que cuando los pacientes se deprimen por la falta de consumo de tabaco, en el Instituto se les canaliza con el especialista, en este caso con el psicólogo, profesional capacitado para atender este tipo de problemas en el paciente cardiópata, porque si no se trata puede contraponer el tratamiento médico cardiológico, ya que la depresión es una enfermedad que si no se atiende lo puede llevar a la muerte.

Es importante resaltar que los estados emocionales en el paciente cardiópata son muy observables para las áreas médica, psicológica, familiar y social; el paciente requiere de un tratamiento integral para el apoyo de su enfermedad cardiovascular.

Con relación a los 550 pacientes que negaron la aseveración **“siento una profunda depresión cuando dejo de fumar”**, su respuesta puede deberse a que han abandonado el hábito tabáquico hace tiempo y ya rebasaron esa etapa, o bien, a que no se han dado cuenta de su depresión; de hecho muchos de ellos pueden tenerla y no lo saben porque la depresión varía de una persona a otra en cuanto a la sintomatología; el único que puede diagnosticarla correctamente es el especialista, quien sabe que el paciente cardiópata regularmente está deprimido tanto por su problema cardiológico como por la abstinencia cuando deja de consumir el tabaco.

La aseveración **“tengo una verdadera dependencia al cigarro”** obtuvo una carga factorial de 0.527, y fue aceptada por 238 pacientes. Se trata de una muestra de pacientes que reconocen su adicción al tabaquismo, saben que no han sido capaces de dejarlo a pesar de la enfermedad cardiovascular que padecen. Estos pacientes aceptan que su fuerza de voluntad es menor a su problema de salud; de hecho existen pacientes infartados de esta muestra, que a pesar de haber recibido la prohibición de su cardiólogo para eliminar de su vida el tabaco, siguen fumando y saben por indicación médica del riesgo que corren al seguir consumiendo cigarros. Son pacientes para quienes la disminución de la cantidad de tabaco que fuman ya no es relevante; ni siquiera si llegan a fumar de manera esporádica; el hecho es que los siguen consumiendo y éstos corren el riesgo de sufrir otro infarto u otra enfermedad asociada al tabaquismo como lo es el cáncer de pulmón. Es latente en estos pacientes la causa de muerte por su dependencia al cigarro.

Los 510 pacientes que negaron la aseveración **“tengo una verdadera dependencia al cigarro”** son pacientes que han dejado de fumar, o no reconocen su dependencia al tabaco, de hecho siempre existe una negación en cuanto se les

habla de dependencia, de alguna manera se asustan con el concepto; a pesar de que siguen fumando, ellos no se consideran adictos al tabaco.

La aseveración **“me molesta que me prohíban fumar”**, obtuvo una carga factorial de 0.517, fue aceptada por 299 pacientes. Los pacientes de este estudio, fumadores que afirmaron la aseveración, indican que no les gusta que la familia, amigos u otra gente cercana a ellos les indique que deben de “dejar de fumar” de hecho el paciente cardíopata se defiende con frases como ésta: “de algo me he de morir”, otros dicen “el cigarro no me enfermó”.

En el paciente cardíopata el apoyo para dejar de fumar es preponderante por parte de su familiar directo, ya que se tienen casos en que todos los miembros son fumadores y entonces para estos pacientes todavía es más difícil dejarlo; en otros casos nadie de su familia fuma más que él, es entonces cuando el paciente se ve más acechado y presionado para dejarlo, y no le gusta que le insistan en ello. De hecho llega a darse el caso de la aparición de cierta manipulación por parte del paciente hacia la familia, como cuando el médico ya les prohibió su consumo y fuman a escondidas e indican que les sabe mejor el cigarro creyendo que engañan a la gente con la que viven.

En los 449 pacientes que negaron la aseveración **“me molesta que me prohíban fumar”**, esta respuesta puede deberse al hecho de que han abandonado el hábito tabáquico o no les molesta la prohibición del cigarro; al contrario tienen mayor claridad de su problema de salud y se apegan al tratamiento médico sin que se molesten ni con el médico y mucho menos con la familia, ya que en estos pacientes existe la conciencia de que si siguen fumando se complicará su estado de salud.

La aseveración **“me tranquiliza que tengo cigarros suficientes para fumar”** obtuvo una carga factorial de 0.473, fue aceptada por 274 pacientes. El concepto tranquilizar, en el paciente fumador, es de sosegar o disminuir su ansia por fumar; apacigua al paciente el tener en su poder suficientes cigarros para fumar, cada paciente conoce su consumo y la cantidad diaria de tabacos que requiere.

Narran los pacientes que muchas veces el tener uno solo antes de dormirse, por ejemplo, en algunos casos es suficiente, pero otros deben tener la cajetilla completa para poder fumar los que ellos decidan y no sufrir porque se les agoten; todo depende del grado de dependencia que tenga cada uno de los fumadores.

En muchos casos no depende de la cantidad, sino de saber que cuentan con cigarros para seguir fumando; inclusive los piden regalados o los compran sueltos cuando la situación económica les impide comprar la cajetilla completa. A pesar de que se sabe que está prohibido vender cigarros sueltos, existen lugares en donde de manera clandestina los venden de esta forma y comúnmente el fumador conoce este tipo de establecimientos en donde los pueden adquirir sin mayor problema.

La muestra de 473 pacientes que negaron la aseveración **“me tranquiliza que tengo cigarros suficientes para fumar”** indica que probablemente han abandonado el hábito por el consumo de tabaco, o bien que para esta muestra la

cantidad de cigarrillos no es importante: si tienen, fuman; si no tienen, no hacen hasta lo imposible para conseguir un cigarrillo.

En esta aseveración sólo un paciente omitió la aseveración para su respuesta; no le fue significativa la pregunta y por eso no respondió.

La aseveración **“el olor del humo del cigarrillo me incita a fumar”** obtuvo una carga factorial de 0.470, fue aceptada por 285 pacientes; para ellos, el olor del humo de cigarrillo es incitante. Para el fumador el olor del humo es vital; el sentir el humo de cigarrillo en la boca y exhalarlo es un gusto; al fumador cardíopata el olor del cigarrillo lo incita a fumar más, sobre todo cuando se convive en casa con fumadores, porque esto representa una invitación a prender también ellos un cigarrillo. Son pacientes que comúnmente no se contienen cuando lo huelen; al contrario: si están en casa o están en compañía de la familia o de amigos en algún evento social, el oler les permite consumir con mayor frecuencia el cigarrillo. Ante esta aseveración los pacientes fumadores son sinceros porque el olor del humo de cigarrillo en el tabaquismo es de gran importancia.

Los 463 pacientes que negaron la aseveración **“el olor del humo del cigarrillo me incita a fumar”**, indican que el humo de cigarrillo no es ya de su agrado; para ellos el olor, lejos de ser algo grato, ahora es desagradable, porque cuando abandona el cigarrillo los pulmones ventilan más; esto hace que se tenga un efecto olfativo diferente por la distribución de oxígeno en el organismo, de tal manera que el monóxido de carbono (el humo de cigarrillo) ya no les es grato, su organismo lo rechaza; de hecho la literatura médica indica que los ex fumadores no soportan a los fumadores activos precisamente por el olor que emana el humo del cigarrillo.

La aseveración **“me siento mejor fumando”** tuvo una carga factorial de 0.469; fue aceptada por 241 pacientes, quienes indican vivir un estado de placer cuando fuman. Es el efecto que tiene el cigarrillo en el organismo cuando se es un fumador activo, ya que los hace sentirse bien, y este bienestar para ellos representa la comodidad de depositar en el cigarrillo probablemente sus preocupaciones, problemas, depresión; en fin, el fumar les cambia el panorama de su vida por momentos, hasta el grado de que si el paciente tiene diversos conflictos cree que fumando los aligera, lo cual puede ser real, ya que es un hecho que existe un efecto causado por los químicos o componentes del cigarrillo en el organismo que son determinantes para sentirse bien.

Los 607 pacientes que contestaron NO ante la aseveración **“me siento mejor fumando”** indican con su respuesta que, al contrario, les causa un efecto negativo físico y/o emocional porque el cigarrillo representó o representa un daño físico y emocional; es por ello que descalifican la aseveración.

La aseveración **“soy un gran fumador ante mis hijos”** obtuvo una carga factorial de 0.469; fue aceptada por 238 pacientes, quienes sienten que el fumar delante de la familia y principalmente de los hijos es un orgullo, es una posición de machismo en el caso de los hombres de demostrar que ellos lo pueden hacer sin mayor problema. Para los hijos el que fumen los padres puede ser un ejemplo a seguir porque muchos fumadores inician por imitación, principalmente los jóvenes; de hecho el fumar a temprana edad obedece a que en su casa algún familiar directo

fuma. En esta aseveración los pacientes fumadores demuestran que la familia no está ajena al hábito, y que fumar los hace verse a sí mismos como superiores ante los demás, sin considerar que esa posición puede llevarlos a la muerte.

Los 510 pacientes cardiopatas que negaron la aseveración **“soy un gran fumador ante mis hijos”** no consideran que fumar delante de los hijos sea una buena opción; ellos tienen claro que fumar delante de los hijos resulta nocivo visualmente y un mal ejemplo para ellos, porque saben que si los jóvenes recurren al tabaco no podrán decirles nada, ya que ellos fuman. De algún modo los fumadores cardiopatas que negaron la aseveración cuidan de no ufanarse de su adicción frente a la familia.

La aseveración **“el cigarro me libera del estrés”** tuvo un carga factorial de 0.443, y fue aceptada por 335 pacientes, e indica que éste los exime de la tensión, que cuando fuman sienten una liberación, tanto en su estado físico como en el emocional. Los cardiopatas, al igual que todas las personas, tienen en su vida diaria cargas afectivas y una manera de relajarlas es fumando. La literatura especializada indica que el estrés es un factor de riesgo que puede llevar a la persona a fumar; se supone que muchas veces los fumadores no tienen claro lo que sienten cuando fuman, pero relacionan el hecho de hacerlo con la disminución de su estrés. Cabe mencionar que la dependencia al hábito de fumar en estos pacientes es fuerte, y por lo tanto su estado emocional alterado puede ser tranquilizado fumando.

La muestra de 413 pacientes que negaron la aseveración **“el cigarro me libera del estrés”** indica el hecho de que ya no fuman, o aún fumando no son capaces de relajarse; al contrario, el efecto que causa el cigarro en el organismo en cada uno es diferente; a ellos los pone nerviosos, por eso negaron la aseveración.

La aseveración **“la única manera de tranquilizarme es fumando”** obtuvo una carga factorial de 0.442; fue aceptada por 281 pacientes, que tienen el sentir de que sólo fumando pueden estar en paz, como si se tomaran algo para relajarse; pero no observan al cigarro como una sustancia adictiva que efectivamente, por sus componentes, les hace sentir esa tranquilidad en su organismo y en su estado psicológico. Los pacientes cuando se observan enfermos y sin evolución en su enfermedad, fuman para fugarse y apoyarse en algo tan pequeño pero tan destructivo como lo es el cigarro; de hecho, por ese efecto que sienten al fumar corren el riesgo de seguir con su adicción y recaer de forma grave, hasta llegar a la muerte.

Hasta el momento, de este grupo de estudio nadie se ha muerto, pero sí se ha complicado su caso médico e incluso la trabajadora social ha tenido que intervenir profesionalmente con la familia, para intentar la terapia de apoyo o de reemplazo farmacológico, orientando y canalizando con el psicólogo para su tratamiento inmediato al paciente para que abandone su tabaquismo lo antes posible.

La muestra de 465 pacientes que dijeron NO ante la aseveración **“la única manera de tranquilizarme es fumando”** puede indicar a que se trata de pacientes que han dejado el uso del tabaco, o bien son pacientes con mayor claridad de que el tabaquismo no los tranquiliza.

En esta aseveración 2 pacientes omitieron su respuesta; puede ser que el cigarro para ellos era una forma de mantenerlos tranquilos.

La aseveración **“estoy prisionero del cigarro”** tuvo una carga factorial de 0.403, y fue aceptada por 195 pacientes; ellos reconocen que el cigarro es tan poderoso que es capaz de eliminar su voluntad, para hacerlos caer en la “prisión” del consumo de cigarros, que los condujo a un tabaquismo severo, porque en este grupo se encuentran los adictos más perseverantes. Se trata de pacientes que reconocen la existencia de su dependencia y se saben incapaces de luchar por liberarse de ella.

Es el grupo de pacientes que no tiene claro que de lo que sí están prisioneros es de su propia cardiopatía, y que de ésta ya no se pueden librar; sin embargo, del tabaquismo sí podrían, en cuanto ellos decidieran dejarlo, utilizando para ello su deseo de vivir y las alternativas que el Instituto les brinda a partir de su equipo profesional, que se encuentra capacitado para utilizar diversos medios tanto químicos como emocionales para apoyarlos en su intento.

La muestra de 553 pacientes que negaron la aseveración **“estoy prisionero del cigarro”** indica que ya no son esclavos de la adicción, que ya lograron dejar de fumar, o bien que no se reconocen como prisioneros; más bien consumen cigarros sin sentirse obligados, simplemente fuman y creen que pueden abandonar su tabaquismo en el momento que decidan.

La aseveración **“el cigarro me da seguridad”** tuvo una carga factorial de 0.401, y fue aceptada por 209 pacientes. Seguridad para un paciente cardíopata es sentirse protegido y confiado. Fumar les otorga la fe de que lo que va a pasar con ellos no es incierto, lo cual es una falacia, ya que el tabaco como pacientes cardiovasculares pone en serio riesgo su supervivencia; se trata de personas que aún no entienden que su vida cambió para siempre, que una vez diagnosticados tendrán que cuidarse como nunca lo han hecho; aún no se percatan de que ya no serán capaces de realizar las mismas cosas que hacían antes, como por ejemplo realizar un trabajo con esfuerzo, cargar cosas pesadas y por supuesto fumar.

La respuesta al aserto indica, sin embargo, que ellos creen que en el cigarro se encuentra depositada la seguridad de vida, y les apoya psicológicamente para suponer que al igual que son capaces de rechazar la solicitud de su médico de no fumar, podrán seguir haciéndolo, al igual que la serie de actividades que les han dicho que ya no podrán realizar.

Los pacientes con tabaquismo fuman creyendo que eso les dará fuerza para soportar lo que tienen que vivir con un tratamiento médico, como el que es utilizado para atender a los cardíopatas; no se dan cuenta de que lo único que en ese momento tienen seguro es aceptar que están enfermos y muchos de ellos ya no tendrán una vida normal.

Qué terrible que al cigarro le otorguen los pacientes tanta confianza para seguir viviendo, cuando los está matando.

La muestra de 539 pacientes que negaron la aseveración **“el cigarro me da seguridad”** puede indicar que ellos ya no depositan su seguridad en su consumo, o bien que ésta la adquieren de manera diferente y no a través de su tabaquismo; es probable que estos pacientes se sientan seguros de poder resolver sus problemas por sí solos, o en compañía de su familia; también pueden sentir su efecto al saberse protegidos médicamente, al saber que ya su padecimiento se empieza a resolver de alguna manera, y que el fumar puede complicar su caso médico o alterar su estado emocional.

El factor uno, denominado DEPENDENCIA, ha incluido 19 aseveraciones que refieren lo que significa depender del cigarrillo, y es una dimensión que lleva al sujeto del placer, liberación, tranquilidad, bienestar, a la costumbre, necesidad y dependencia, que lo angustian y hacen sentir prisionero, incapaz de alejarse, en algunos casos, de un hábito que corta sus días de vida, en virtud de que se trata de pacientes cardíopatas.

## 4.2.2 FACTOR 2: NECESIDAD

Al segundo factor se le denominó **“NECESIDAD”**; en él se agruparon 8 aseveraciones, y su contenido indica que el fumar tiende a substituir diversas carencias que tienen los sujetos cuando son fumadores.

**TABLA 10. FACTOR 2: “NECESIDAD”**

No	Aseveración	CARGA	SI	NO	OMITIÓ
81	El Cigarro satisface mis necesidades	0.636	150	598	0
70	Sin el cigarro no soy nadie	0.633	108	640	0
83	Es doloroso pensar en dejar de fumar	0.604	180	568	0
61	Lo mejor que pudo haber pasado es ser fumador	0.579	107	641	0
63	El fumar es mi felicidad	0.552	120	628	0
69	Si no fumo me siento aburrido	0.486	159	589	0
87	Fumar a escondidas me provoca mayor placer	0.466	145	603	0
77	El fumar me quita lo cansado	0.451	173	574	1

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez.

El concepto de necesidad significa: impulso irresistible que hace que las causas obren infaliblemente: necesidad de vivir, de trabajar, fuerza, obligación. (Larousse, 1990, p. 617).

La aseveración fue **“el cigarro satisface mis necesidades”**; esta aseveración se construyó a partir de la experiencia narrada de Freud en sus ensayos, cuando él menciona que no puede trabajar sin fumar, que su mal estado de ánimo se deriva de la abstinencia de fumar pipa cuando el médico se lo prohibió; él dependía del tabaco para poder realizar actividades cotidianas, profesionales y sociales.

La aseveración **“el cigarro satisface mis necesidades”** tuvo una carga factorial de 0.636, y fue aceptada por 150 pacientes. Los fumadores cardiopatas expresan en sus narraciones de la satisfacción que les puede producir fumar un cigarro cubre necesidades de su vida común, como lo son las afectivas (el amor, la falta de compañía, el despego), económicas (ingreso insuficiente y desempleo principalmente), familiares (problemas de pareja, desintegración y poca comunicación entre sus integrantes familiares), sociales (la exclusión social, pobreza, la marginalidad, falta de vivienda).

Los 598 pacientes que negaron la aseveración **“el cigarro satisface mis necesidades”** pudieron responder así porque ya no son fumadores, o bien porque no depositan la satisfacción de sus necesidades en fumar; sus necesidades las identifican y las cubren de manera diferente, trabajando principalmente; cuentan con medios económicos para una subsistencia digna; los problemas familiares los resuelven sin la necesidad de fumar, de acuerdo a sus propios recursos personales.

La aseveración “**sin el cigarro no soy nadie**” tuvo una carga factorial 0.633, y fue aceptada por 108 de pacientes; son la minoría de pacientes que han dependido y dependen del cigarro para poder vivir. Para ellos el cigarro es determinante al tratar de equilibrar su estado emocional y físico; ven el tabaquismo como la base de su existencia, sin el cigarro no se sienten capaces de realizar una vida productiva y afectiva; ellos mismos se descalifican con su propia actitud. Los pacientes con este tipo de manifestaciones hacia el tabaquismo, reflejan un estado emocional carente de carácter, sin su adicción se sienten incapaces de hacer una vida normal. Tienden a depender en su totalidad del tabaco para mantenerse tranquilos, sin ansiedades, y fuman para poder sobrellevar sus problemas, sus emociones, su vida.

Los 640 pacientes que negaron la aseveración “**sin el cigarro no soy nadie**” son personas que han dejado de depender del cigarro, o bien, siendo aún fumadores, no son tan pesimistas, aún conservan su autoestima; para ellos el fumar no determina quiénes son como personas, únicamente asumen que son fumadores y ahora con una enfermedad cardíopata.

La aseveración “**es doloroso dejar de fumar**” tuvo una carga factorial de 0.604 y fue aceptada por 180 pacientes; para ellos, esta afirmación indica el dolor que les provoca la idea de dejar de fumar; sufren porque su apego al cigarro es de tiempo atrás, por ello les aflige la posibilidad de abstenerse de seguir consumiendo el cigarro, aún a pesar de que tendrán que abandonar el hábito por su salud; para estos pacientes es inadmisibile el sólo pensar en dejar su adicción.

Los pacientes con adicción crónica sufren más al pensar que un día deben abandonar el cigarro, eso no lo tienen contemplado en su vida; por la cantidad de años que tienen con su tabaquismo, les es complicado cómo hacerlo, sobre todo en pacientes de bajo nivel cultural que no tienen información suficiente acerca de las diversas terapias para abandonar el tabaco y de los daños a la salud que su consumo acrecienta.

Los 568 pacientes fumadores que negaron la aseveración “**es doloroso dejar de fumar**” indican así que por su afección cardíaca ya no les es doloroso el haber abandonado el cigarro; al contrario, puede ser que sientan la culpa de haber fumado en exceso como un factor que desarrollo la enfermedad, y el haberlo abandonado para estos pacientes es una esperanza de vida; su tabaquismo ya no representa para ellos dolor, al contrario: es una satisfacción el hecho de que, gracias a su fuerza de voluntad pudieron abandonar el hábito del uso de tabaco.

La cuarta aseveración fue: “**lo mejor que pudo haber pasado es ser fumador**”; los pacientes fumadores prefieren fumar que hacer otro tipo de actividad que satisfaga su vida; escogieron el tabaquismo como una válvula de escape a sus problemas personales o quizá adquirieron el hábito por el simple gusto, por condicionamiento social, presión social, etc.; han fumado sin darse cuenta de que crearon una dependencia física y psicológica, manifestando además disfrutar su vida de fumadores.

La carga factorial del aserto “**lo mejor que pudo haber pasado es ser fumador**” fue de 0.579, y 107 pacientes fumadores cardíopatas lo aceptaron; ellos

reconocen que aun a pesar de que el cigarro es una adicción, una posible causa de su cardiopatía, y es dañino para su salud, lo ven como algo positivo en su vida; para ellos el cigarro ha sido quizá el amigo que les ha dado tranquilidad, seguridad y confort, elementos que no pudieron encontrar en ninguna otra cosa.

Se encontró que 641 pacientes negaron la aseveración **“lo mejor que pudo haber pasado es ser fumador”**; ellos reconocen que el tabaco significó la destrucción en cuanto a su problema de salud por su adicción al tabaco.

La aseveración **“el fumar es mi felicidad”** tuvo una carga factorial de 0.552, y fue aceptada por 120 pacientes, indicando que su tabaquismo es la causa que les permite ser personas felices, porque los acompaña en los momentos gratos que tienen en su vida personal y social, en fiestas, reuniones familiares, eventos importantes como el nacimiento de sus hijos, éxito, posición económica y muchos de sus logros obtenidos a través del tiempo; cuando fumaban se sentían bien, el cigarro fue capaz de ayudarlos a soportar sus tristezas, los hizo olvidar sus problemas e inclusive aligeró su modo de vida.

Los 628 pacientes que dijeron NO al aserto **“el fumar es mi felicidad”** indican que ya han dejado de fumar, que han sido capaces de encontrar otros apoyos para cuando se sienten perdidos, o que al menos intentan que el cigarro no sea el único elemento capaz de brindarles bienestar.

La aseveración **“si no fumo me siento aburrido”** tuvo una carga factorial de 0.486, fue aceptada por 159 pacientes. El contenido del aserto habla del tiempo de ocio que puede tener una persona que se sabe incapaz de llenar con otra cosa que no sea fumar ciertos espacios de su vida; es la manifestación de que la existencia no tiene sentido sin fumar, que deben consumir tabaco, que hacerlo les permite cubrir sus tiempos y entretenerse, como si el fumar cigarrillos fuera una diversión o distracción. Ellos saben que el tiempo invertido en fumar lo pudieron haber ocupado con otro tipo de actividad sana que les pudiera gustar, como pudo haber sido el ejercicio, algún oficio o manualidad o recreándose de otra forma; sin embargo, fueron incapaces de encontrar alternativas a su dependencia al cigarrillo, que los hicieran sentir plenos y productivos.

Los del grupo de 589 pacientes que negaron la aseveración **“si no fumo me siento aburrido”** probablemente dejaron el hábito de fumar cuando su cardiólogo se los sugirió, o bien fueron capaces de canalizar y lograr realizar otro tipo de actividades que ahora les proporcionan mayor placer en su vida que fumar.

La aseveración **“fumar a escondidas me provoca mayor placer”** tuvo una carga factorial de 0.466, y fue aceptada por 145 pacientes fumadores; son aquellos que fuman a escondidas porque tienen claro que es un “vicio” mal visto por cierto sector de la población, por su familia, por la gente con la que conviven y porque su médico se los ha prohibido.

Saben que fumar representa un problema para quienes conviven con ellos y no les gusta que lo hagan porque saben que es dañino para su salud, o bien saben que a sus familiares les es molesto el olor y el humo del cigarro.

Y aún más grave: los pacientes cardiovasculares, como lo es este grupo, están conscientes de que ya tienen una enfermedad; son pacientes infartados que corren un gran riesgo de sufrir un re-infarto y siguen fumando; actividad que deben hacer a escondidas para no ser criticados por quienes se encuentran en su entorno familiar y social.

Los fumadores cardiovasculares que fuman a escondidas disfrutan su tabaquismo, desde encender un cigarro y hasta su consumo total; para ellos es simbólico y placentero que nadie les impida fumar, saben que este acto daña pero a pesar de ello no les importa y lo siguen haciendo de manera privada; lo prohibido les sabe mejor.

En cambio los 603 pacientes que dijeron NO al aserto **“fumar a escondidas me provoca mayor placer”** son pacientes que han dejado de fumar, o que cuando fuman lo hacen abiertamente.

El **“fumar me quita lo cansado”** tuvo una carga factorial de 0.471; fue aceptada por 173 pacientes. Su contenido va en el sentido de cómo un fumador piensa o siente que fumando se le quita la fatiga, y esto es posible, ya que el cigarro tiene componentes que activan al organismo, haciendo sentir a las personas que el uso del tabaco los hace rendir más en sus actividades diarias, aunque es un hecho que también puede provocar aceleración y nerviosismo.

El grupo de 574 pacientes que dijeron NO al aserto **“fumar me quita lo cansado”** son los pacientes que ya no fuman más, o que tienen claro que el cigarro no quita lo cansado al contrario saben que justifican su tabaquismo con la realización de actividad física.

Este factor fue denominado NECESIDAD porque los asertos que en él se incluyeron apuntan directamente hacia el apuro que los pacientes pasarían en caso de no tener posibilidades de satisfacer su dependencia; en sus ocho afirmaciones se leen aspectos que van desde el dolor por suponer dejar el tabaco, la aceptación de no ser nadie sin él, el hecho de depositar en su consumo la felicidad, hasta la aceptación de que lo mejor que pudo haber sucedido en la vida a estos pacientes fue fumar.

#### 4.2.3 FACTOR 3: TEMOR VS SATISFACCIÓN

El tercer factor se denominó “**TEMOR VS. SATISFACCIÓN**”; en él se agruparon 8 aseveraciones, y su contenido indica que el fumar tiende a sustituir diversas carencias que tienen los sujetos cuando son fumadores.

**TABLA 11 FACTOR 3. “TEMOR VS SATISFACCIÓN”**

No	Aseveración	CARGA	SI	NO	OMITIÓ
41	El cigarro se debe fumar con clase	0.751	207	539	2
32	Tengo valor para no volver a fumar	0.751	596	150	2
31	Me aterra el volver a fumar un cigarro	0.718	366	380	2
43	El fumar me da una infinita paz	0.702	238	508	2
42	Soy buen fumador porque el cigarro lo fumo con lentitud	0.602	218	526	4
30	Tengo miedo de volver a fumar	0.551	363	379	6
67	Mi vida está llena de ocio cuando no fumo	0.467	139	601	8
33	Me siento aliviado después de que deje de fumar	0.464	596	143	9

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez.

El tercer factor se denominó **TEMOR VS. SATISFACCIÓN**. El concepto de TEMOR significa: agresión ante lo que se considera peligroso o molesto, un daño a futuro, sospecha. (Larousse, 1990, p.908), SATISFACCIÓN: Es el estado que resulta de la realización de lo que se pedía o deseaba: la satisfacción del deber cumplido de un gusto, reparación de un agravio o daño, gusto, placer, cumplir exigencias, estar muy contento. (Larousse, 1990, p.840).

La aseveración “**el cigarro se debe fumar con clase**” tuvo una carga factorial de 0.751; fue aceptada por 207 pacientes que consideran que el fumar les da una posición social diferente. El interés en el paciente fumador es el seguir fumando de una forma diferente ante los demás, socialmente hablando. Los fumadores comúnmente fuman sin pensar como se ven ante los demás, pero en este grupo de estudio sí ven el tabaquismo como símbolo de cierto *status*; éste puede ser económico, de actitud, académico o cultural. Sobre todo aquellos que fuman puro.

La muestra de 539 pacientes que negaron la aseveración “**el cigarro se debe fumar con clase**” indica que se trata de personas que han dejado de consumir tabaco o que para ellos el *status* o la posición no importa; lo que realmente les interesa es fumar no observan cómo se ven ante la sociedad, ni buscan posesionarse en un lugar de la sociedad como mejores fumadores.

La aseveración “**tengo valor para no volver a fumar**” tuvo una carga factorial de 0.751, fue aceptada por 596 pacientes, y se trata de personas que han dejado de fumar, o que se sienten convencidas de que pueden abandonar el tabaquismo en el momento en que lo decidan.

La muestra de 150 pacientes que negaron la aseveración **“tengo valor para no volver a fumar”** indica que saben que para poder abandonar el cigarro debe haber un reconocimiento del daño que les hace fumar, elemento que puede conducirlos a tomar la determinación de abandonar el tabaco.

En esta aseveración dos pacientes omitieron la respuesta; son los fumadores que no tienen efectivamente valor para abandonar el cigarro.

La aseveración **“me aterra volver a fumar un cigarro”**; tuvo una carga factorial de 0.718, fue aceptada por 366 pacientes; el aserto trata del miedo e inquietud de flaquear y retomar el hábito del uso de tabaco. El terror es mayor que el miedo, en el paciente aumenta porque sabe que puede fumar nuevamente o seguirá fumando a pesar de su cardiopatía.

La muestra de 380 pacientes que negaron la aseveración **“me aterra volver a fumar un cigarro”** puede indicar que son pacientes que abandonaron el hábito definitivamente o que retan su tabaquismo; en ellos no hay miedo, pueden vencerlo fácilmente, el terror no lo contemplan, pero tienen claro que si recaen fumando puede ser definitivo en sus vidas.

En esta aseveración 2 pacientes omitieron su respuesta; para ellos el miedo es preponderante y por eso que evitan contestar.

La aseveración **“el fumar me da una infinita paz”** tuvo una carga factorial de 0.702, y fue aceptada por 238 pacientes; son personas que al fumar viven un estado de sosiego, de tranquilidad; se trata de una muestra dependiente que asocia el fumar con el descanso de su cuerpo.

Los 588 pacientes que negaron la aseveración, **“el fumar me da una infinita paz”** pueden haber respondido así porque han dejado de hacerlo, o detectan que la paz no es lo que les provoca el fumar; que la paz es el estar bien con ellos y que finalmente el cigarro sí provoca una sensación de bienestar, pero no de algo perdurable, porque el efecto que causa el cigarro es momentáneo.

En esta aseveración 2 pacientes omitieron la respuesta; a ellos el seguir fumando les causa esa paz; puede ser que aun no abandonen el tabaco.

La aseveración **“soy buen fumador porque el cigarro lo fumo con lentitud”** tuvo una carga factorial de 0.602, y fue aceptada por 218 pacientes, para quienes fumar un cigarrillo con lentitud implica disfrutar más su sabor; para los pacientes que así lo hacen, ser un buen fumador es no inhalarlo rápidamente, sino que entre más lento mejor.

El fumarlo rápido significaría no tener control sobre él; más bien el control lo tiene el cigarro frente al paciente porque lo lleva a consumirlo de manera devoradora; de hecho en cada fumada hay quienes lo hacen de manera profunda y a otros que apenas lo inhalan.

La muestra de 526 pacientes que negaron la aseveración **“soy buen fumador porque el cigarro lo fumo con lentitud”** probablemente abarca a quienes han dejado ya de fumar, o quizá no observan como fuman, simplemente lo hacen;

puede ser rápido o lento, pero ellos disfrutaban igual su cigarro; de hecho para algunos el fumarlo rápidamente es grato: el ver cómo se consume el cigarro en cada inhalación para ellos es mejor, porque piensan en qué momento pueden encender otro cigarro y continuar fumando.

En esta aseveración 4 pacientes omitieron su respuesta; quizá esta pregunta no les gustó.

La aseveración "**tengo miedo de volver a fumar**" tuvo una carga factorial de 0.561, y fue aceptada por 363 pacientes, para quienes el miedo es un sentimiento con el que viven todos los días, desde el momento en que fueron diagnosticados como pacientes cardíacos, por lo que saben que deben cuidarse; de otra manera su vida se encuentra en peligro porque la enfermedad avanza, y sobre todo porque el cigarro ha dejado estragos no sólo en su corazón, sino quizá también en otras partes de su cuerpo como la boca y los pulmones, principalmente; entonces saben que el seguir fumando aumentará el daño, y ya no quieren afectarse más.

En la muestra de 379 pacientes que negaron la afirmación "**tengo miedo de volver a fumar**", se trata de pacientes que hace tiempo dejaron el tabaco, o no les importa volver a fumar; quizá algunos de ellos siguen siendo dependientes y no tienen temor de reincidir o continuar fumando.

En esta aseveración 6 pacientes omitieron su respuesta, puede ser que ya abandonaron el tabaco, y sí les dé miedo recaer.

La aseveración "**mi vida está llena de ocio cuando no fumo**" tuvo una carga factorial 0.467, y fue aceptada por 139 pacientes; el ocio es una condición de no realizar una actividad humana; para los pacientes fumadores que afirmaron el aserto, es significativo su tabaquismo, demostrando este grupo que no tienen sentido sus actividades comunes sin estar de por medio el consumo de cigarrillos; que patética se observa la vida de estos fumadores: no es posible que las personas tengan este tipo de pensamientos y conductas causadas por un cigarro. Pero también se entiende la conducta de éstos, cuando tienen una adicción establecida; en ellos se vuelve tanta la necesidad de fumar que pierden el interés por realizar actividades diferentes que satisfagan su vida.

En este grupo de pacientes el haber dejado de fumar debió haber sido difícil, sobre todo porque el cigarro cubría necesidades de su vida diaria; sin el tabaco no encontraban motivación para vivirla de manera diferente. Ahora deben vivir sin el cigarro y además aprender a vivir con una enfermedad que les impide volver a fumar.

La muestra de 601 pacientes que negaron la aseveración "**mi vida está llena de ocio cuando no fumo**" indica que estos pacientes no fincaron su vida en su tabaquismo, fueron fumadores con un hábito más controlado; estos pacientes realizaban una vida cotidiana con diversas actividades, y abandonar el tabaquismo no les fue difícil porque sus vidas se tornaban con sentido.

En esta aseveración 8 pacientes omitieron su respuesta; son aquellos que probablemente eran perezosos, y ocupaban su tiempo fumando.

La aseveración "**me siento aliviado después de que deje de fumar**" tuvo una carga factorial de 0.464, y fue aceptada por 596 pacientes. El hecho de saber que se puede controlar un hábito establecido de consumo de cigarrillos, y que de esto dependen el estar mejor de salud y no estar enganchando con el tabaquismo, es un alivio para este grupo de pacientes. El tener en su vida una preocupación menos es significativo para ellos porque ahora su preocupación primaria es poder salir adelante con su estado de salud, y el tener superado su hábito para ellos es de vital importancia porque intentaron dejarlo en diversas ocasiones y no pudieron, y haberlo logrado ahora es muy reconfortante para ellos.

Esto no quiere decir que no puedan reincidir en cualquier momento, porque cuando un paciente avanza con su proceso de enfermedad, entonces se confía y vuelve a fumar.

La muestra de 143 pacientes que negaron la aseveración "**me siento aliviado después de que dejé de fumar**" incluye a pacientes que se reconocen totalmente adictos al uso del tabaco y que aún no consiguen siquiera pensar en abandonarlo.

En esta aseveración 9 pacientes omitieron su respuesta; son aquellos que sienten que aun sin fumar ya no se sentirán aliviados.

Este factor ha sido formado por elementos de destrucción física y culpabilidad, al llevar a reconocer que el tabaco ha sido un factor para demeritar la salud y acelerar el proceso de muerte.

#### 4.2.4 FACTOR 4: CULPABILIDAD

El cuarto factor se denominó **“CULPABILIDAD”**; en él se agruparon tres aseveraciones que hablan de autodestrucción y culpa.

**TABLA 12. FACTOR 4: “CULPABILIDAD”**

No.	Aseveración	CARGA	SI	NO	OMITIO
107	Fumar ha sido mi destrucción	0.569	354	394	0
101	Tengo miedo de que el fumar me envejezca	0.557	337	411	0
25	Me siento culpable por fumar demasiado	0.555	397	351	0

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez.

El concepto de culpabilidad significa: Falta más o menos grave, cometida a sabiendas, responsabilidad. (Larousse, 1990, p. 229).

La aseveración **“fumar ha sido mi destrucción”** tuvo una carga factorial de 0.569, y fue aceptada por 354 pacientes; la destrucción representa el deterioro de su salud. Destrucción es devastación; esto que significa que el paciente tiene claro que el cigarro es el culpable de su enfermedad cardiovascular, ya que el consumo de tabacos destruye la vida de cualquier persona aun sin enfermedad cardiovascular.

La muestra de 394 pacientes que negó la aseveración **“fumar ha sido mi destrucción”** no considera al cigarro el factor que les ha llevado a la destrucción; se trata de personas que, o no se sienten destruidas, o para ellos su destrucción no fue el cigarro, sino todo lo que les hizo daño: los excesos de vida que comúnmente tienen, porque los pacientes narran que no sólo consumen tabaco, también asocian su daño cardiovascular al alcoholismo, sus malos hábitos alimenticios y a su estilo de vida.

La aseveración **“tengo miedo de que el fumar me envejezca”** tuvo una carga factorial de 0.557, y fue aceptada por 337. Este aserto indica que el miedo no es únicamente por fumar y por el daño interno físico, sino también porque afecta la apariencia física; esto indica que el paciente fumador se observa día con día, y se da cuenta de cómo su cuerpo cambia, y no es fácil verse ante el espejo y observar que los años ya se reflejan, más aún cuando el cigarro deteriora la piel y la marchita; eso es importante para su autoestima, porque cuando se observan no se gustan, se miran envejecidos.

La muestra de 411 pacientes que negaron la aseveración **“tengo miedo que el fumar me envejezca”** indica personas a quienes no les interesa la parte estética; ellos se miran diferente y toman en cuenta otros factores; su preocupación no es que el cigarro los envejezca, el miedo lo tienen independientemente de la vejez, el miedo no surge simplemente porque fuman.

La aseveración **“me siento culpable por fumar demasiado”** tuvo una carga factorial de 0.555, y fue aceptada por 354 pacientes. En esta aseveración se corrobora el hecho de que los pacientes afirman su culpabilidad por ser fumadores y tener excesos en su vida, en su consumo de tabacos y su adicción severa. Cabe la posibilidad de que los pacientes nunca controlaron el uso de cigarrillos y ahora que están enfermos su adicción los hace sentir culpables; su sentir es válido porque sufren porque el daño ya está hecho y no hay retroceso en este problema creado por ellos mismos.

La muestra de 351 pacientes que negaron la aseveración, **“me siento culpable por fumar demasiado”** probablemente abarca a quienes han dejado de fumar o se encuentran en el proceso de abandonar el uso del tabaco, de tal manera que ya no tienen ese sentimiento.

Este factor contiene una carga de sentimientos de culpa, de destrucción, miedo de envejecer por su hábito al tabaco.

## 4.2.5 FACTOR 5: RESIGNACIÓN

El quinto factor se denominó “**RESIGNACIÓN**”; en él se agruparon 8 aseveraciones y su contenido indica que el fumar es un vicio que daña su salud.

**TABLA 13. FACTOR 5: “RESIGNACIÓN”**

No	Aseveración	CARGA	SI	NO	OMITIO
26	Estoy resignado ante el cigarro	0.784	213	532	3
62	Fumo con plena conciencia de que daña mi salud	0.665	592	151	5
22	Tengo pavor a mi adicción provocada por el cigarro	0.572	303	437	8
108	El cigarro es el único vicio que tengo	0.565	376	364	8

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez.

El concepto de resignación: conformidad, acción de soportar algo sin protestar, tolerancia y paciencia en los momentos de adversidad, renuncia a un derecho, a un cargo, a favor de otros. (Larousse, 1990. p. 802).

La aseveración “**estoy resignado ante el cigarro**” tuvo una carga factorial de 0.784, y fue aceptada por 213 pacientes, que se encuentran sometidos al cigarro. Ese sometimiento los lleva a sentirse resignados de saberse fumadores, de reconocerse incapaces de dejar de fumar; les gusta fumar, no quieren sacrificar su hábito por nada, ni siquiera por su salud, ya que para ellos el fumar es como comer o tomar agua, es vital en sus vidas.

Se encontró que 532 pacientes negaron la aseveración, “**estoy resignado ante el cigarro**”; son aquellos que sí pueden dejar de fumar y no sienten que existe sometimiento en ellos para seguir fumando; suponen que si se proponen lo abandonarán de manera permanente; para ellos el concepto de resignación no cabe en sus vidas, porque día con día luchan por sentirse mejor físicamente. Simplemente no se resignan a estar enfermos, mucho menos a su problema de tabaquismo; tienen claro que lo pueden vencer.

En esta aseveración 3 pacientes omitieron su respuesta, porque son los que no tienen fuerza de voluntad para dejar de fumar.

La aseveración “**fumo con plena conciencia de que daña mi salud**” tuvo una carga factorial de 0.665, y fue aceptada por 592 pacientes. Se trata de personas que están conscientes de que el fumar los enfermó, y que su salud ya fue afectada para toda su vida, porque la enfermedad cardiovascular no es reversible y puede ser progresiva y mortal si no se atiende y aún con tratamiento médico; pero es peor que, aun sabiendo, que deben evitar el cigarro, sigan fumando; creen que lo que tienen afectado, como lo es el corazón, es lo único grave que les puede pasar; sin embargo, en la realidad su organismo puede verse afectado en otra parte y complicar su cardiopatía.

Los 151 pacientes que negaron la aseveración **“fumo con plena conciencia de que daña mi salud”** pueden haber ya abandonado el hábito, o encontrarse en el proceso de hacerlo.

En esta aseveración 5 pacientes omitieron su respuesta, porque son aquellos que siguen fumando posiblemente después del infarto.

La aseveración **“tengo pavor a mi adicción provocada por el cigarro”** tuvo una carga factorial de 0.572, y fue aceptada por 303 pacientes. Son pacientes que reconocen que el uso del cigarro es una adicción y eso les da pavor, porque en este grupo de estudio la palabra adicción ya es común; ellos saben que el tabaco es del grupo de drogas más leves, pero más adictivas.

La muestra de 437 pacientes que negaron la aseveración **“tengo pavor a mi adicción provocada por el cigarro”** o son personas que han dejado de fumar, o siguen fumando, sin tener pavor a la adicción; de hecho si son fumadores se asumen como adictos, y por eso no tienen miedo.

En esta aseveración 8 pacientes omitieron su respuesta; son aquellos a quienes el miedo no les dejó contestar con claridad.

La aseveración **“el cigarro es el único vicio que tengo”**, con una carga factorial de 0.565, fue aceptada por 376 pacientes, los cuales son insolentes que asumen su adicción y además reconocen que, efectivamente, tienen una dependencia fuerte ante el cigarro. Además creen que es su único vicio, pero lo que no saben es que comúnmente el fumador tienen adicción a otras cosas como: bebidas alcohólicas, bebidas de cola, café, etc. Porque estos productos van de la mano con el tabaco.

En este grupo de fumadores puede haber pacientes con otros vicios, pero no lo quieren reconocer porque les da miedo asumirlo.

Los 368 pacientes que negaron la aseveración **“el cigarro es el único vicio que tengo”** son pacientes que probablemente no hayan tenido dependencia al tabaco, o quizá sea el grupo de pacientes que efectivamente tuvieron otro vicio alterno.

En esta aseveración 8 pacientes omitieron la respuesta; son aquellos que tienen tabaquismo y quizá otros vicios.

Este quinto factor tiene un contenido que evoca cierta conformidad hacia el uso del tabaco; pareciera ser una aceptación dependiente, que les hace sentir pavor por no ser capaces de abandonar semejante vicio.

## 4.2.6 FACTOR 6: DETERIORO

El sexto factor se denominó “**DETERIORO**”; en él se agruparon 4 aseveraciones, y su contenido indica que el fumar ha generado daño en los pacientes de la muestra de estudio.

**TABLA 14. FACTOR 6: DETERIORO**

No.	Aseveración	CARGA	SI	NO	OMITIO
54	El fumar me ha dañado físicamente	0.834	543	202	3
82	A mí no me ha intoxicado el cigarro	0.740	380	364	4
64	El fumar no me ha hecho ningún daño	0.703	421	322	5
95	Estoy verdaderamente hastiado del cigarro	0.594	484	258	6

F Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez.

El concepto de deterioro es: estropear, arruinar la salud, empeorar. (Larousse, 1990, p. 281)

La aseveración “**el fumar me ha dañado físicamente**” tuvo una carga factorial de 0.834, y fue aceptada por 543 pacientes, todos los cuales coinciden en que el tabaquismo los dañó físicamente; son fumadores o ex fumadores que saben que de una u otra forma su salud ya fue afectada por el tabaquismo; su cuerpo ya no responde igual para que puedan llevar a cabo una vida normal, además de que ahora tienen una enfermedad cardiovascular que los limita para hacer determinado tipo de trabajo o actividad. Para los pacientes re-infartados, sus posibilidades se agotan, ya tienen una incapacidad permanente, aún siendo pacientes jóvenes.

Los 202 pacientes que negaron la aseveración “**el fumar me ha dañado físicamente**” no asocian el consumo de tabaco con su padecimiento; ven la enfermedad como algo natural ajeno a su adicción.

En esta aseveración 3 pacientes omitieron su respuesta porque no reconocen el daño a su salud.

La aseveración “**a mí no me ha intoxicado el cigarro**” tuvo una carga factorial de 0.740, y fue aceptada por 380 pacientes, quienes parecieran desconocer que el tabaco contiene más de 5,000 sustancias nocivas que van causando estragos al paso del tiempo en el organismo, y que de alguna manera provocan un envenenamiento lento en su organismo; o bien se trata de pacientes que si saben que el tabaco provoca intoxicación, pero no quieren reconocer que su organismo se ha visto afectado y contaminado por el cigarro.

Los 364 pacientes que negaron la aseveración “**a mí no me ha intoxicado el cigarro**” saben que el uso de cigarros intoxica la sangre principalmente como lo

indica la literatura médica, y que a través de ella pasa por diversos órganos que se afectan y se enferman.

En esta aseveración 4 pacientes omitieron su respuesta; son los pacientes que no saben qué es intoxicar y prefirieron no contestar la el aserto.

La aseveración **“el fumar no me ha hecho ningún daño”** tuvo una carga factorial de 0.703, y fue aceptado por 421 pacientes, quienes sienten el daño y no sólo lo aceptan, lo están viviendo, lo sienten en su cuerpo, en su forma de vida, la cual ya no es la misma por su incapacidad; su tabaquismo los ha afectado tanto que los ha llevado a ser pacientes cardiacos.

La muestra de 322 que negaron el aserto **“el fumar no me ha hecho ningún daño”** abarca pacientes que no reconocen el daño que el tabaquismo ha ocasionado en ellos, aún cuando se trata de personas con daño cardiovascular.

En esta aseveración 5 pacientes omitieron su respuesta; son aquellos a quienes les dio miedo saber que efectivamente el tabaco dañó su salud.

La aseveración **“estoy verdaderamente hastiado del cigarro”** tuvo una carga factorial de 0.594, y fue aceptada por 484 pacientes, quienes están fastidiados de consumir o haber consumido tabaco; el cigarro les hace sentir emociones ambivalentes, es como “el amor unido al odio”, “te amo pero me haces mucho daño y no te puedo dejar”; se trata de un tipo de relación destructiva y codependiente. Cuando los pacientes manifiestan que les da asco el cigarro pero es más fuerte su adicción, lo fuman ya con desagrado, pero su dependencia orgánica no les permite abandonarlo.

La muestra de 258 pacientes que negaron la aseveración **“estoy verdaderamente hastiado del cigarro”** inclina al supuesto de que los pacientes tienden a seguir consumiendo cigarros, que el hábito persiste y que no le tienen repugnancia.

En esta aseveración 6 pacientes omitieron su respuesta; fue porque quieren seguir fumando.

El contenido de este 6to factor indica que hay en este grupo de pacientes daños a la salud, refieren que el cigarro los ha intoxicado y que efectivamente están hastiados de su propio tabaquismo.

## 4.2.7 FACTOR 7: CONSUMISMO

El séptimo factor se denominó “**CONSUMISMO**” en él se agruparon 4 aseveraciones, y su contenido indica que el fumar ha sido un consumo en sus vidas desde una dependencia crónica, hasta corroborar que el cigarro es malo para su salud.

**TABLA 15. FACTOR 7: “CONSUMISMO”**

No.	Aseveración	CARGA	SI	NO	OMITIO
115	Fumo menos de 20 cigarros al día	0.660	357	385	6
103	Aunque me muera no quiero dejar de fumar	0.658	178	564	6
112	El dejar de fumar será un gran desafío en mi vida	0.609	371	370	7
38	Estoy consciente de que el cigarro es malo para mi salud	0.507	697	47	4

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez.

El concepto de consumismo es: consumo de bienes en cantidad mayor a la necesaria, destruir. (Larousse, 1990, p.201).

La aseveración “**fumo menos de 20 cigarros al día**” obtuvo una carga factorial de 0.660 y fue aceptada por 357 personas. Se trata de pacientes que aceptan su dependencia actual a los cigarrillos con un tipo de consumo establecido; la cantidad de cigarros consumidos al día es muy importante porque a mayor carga de nicotina en el organismo mayor la adicción al tabaco. Ahora bien, si la muestra indica que fumó durante muchos años en promedio 20 cigarros diarios, se está hablando del consumo de una cajetilla al día, y en la literatura especializada se establece que cuando las personas consumen esta cantidad de tabaco, viven en un estado de adicción física con daño a la salud que incluso en algunos casos lleva a la muerte.

Los 385 pacientes que negaron la aseveración “**fumo menos de 20 cigarros al día**” son personas que han dejado de fumar, o por lo menos es el grupo de pacientes que ha disminuido el número de cigarros fumados diariamente por indicación médica o por el miedo a la enfermedad cardiovascular.

En esta aseveración 6 pacientes omitieron su respuesta, porque son de los que rebasan los 20 cigarros diarios.

La aseveración “**aunque me muera no quiero dejar de fumar**” obtuvo una carga factorial de 0.658 y fue aceptada por 178 pacientes. Esta aseveración es muy fuerte en su contenido, y parece indicar que no sienten miedo de perder la vida por su adicción al tabaco; de hecho pareciera que su dependencia es mayor que su instinto de vida, y aún peor: pareciera que no tienen conciencia de lo que implica ser paciente con enfermedad cardiovascular, porque darían otra respuesta si comprendieran que su vida ya no depende únicamente de ellos, sino más bien del apego al tratamiento médico para seguir teniendo una mayor esperanza de vida.

Es claro que el concepto de muerte asusta a cualquier persona, pero en el caso de esta muestra no tienen miedo y están dispuestos a morir pero sin dejar su hábito tabáquico

Los 564 pacientes que negaron la aseveración **“aunque me muera no quiero dejar de fumar”** son personas que probablemente ya abandonaron el tabaquismo, y algo mejor: no quieren morir fumando, saben que el tabaquismo implica un problema de salud muy serio, porque los lleva a la muerte.

En esta aseveración 6 pacientes omitieron su respuesta; prefirieron omitirla porque les asusta la palabra muerte.

La aseveración **“el dejar de fumar será un gran desafío en mi vida”** obtuvo una carga factorial de 0.609 y fue aceptada por 371 pacientes. Esta aseveración es muy interesante porque el desafío representa un reto; sin embargo en un paciente cardiópata fumador dejar el cigarrillo representa querer seguir viviendo y sin más problemas asociados a su cardiopatía; por lo tanto esta muestra de pacientes ya abandonaron su tabaquismo, o quizá se encuentran en proceso de dejarlo. Cuando una persona se propone dejar de fumar ello implica tener clara su adicción, los problemas asociados a su tabaquismo o en su defecto que la está enfermando; pero cuando un paciente ya tiene un diagnóstico latente todavía representa mayor compromiso consigo mismo dejar de fumar, y se logra vencer cuando se hace conciencia del daño que le causó, Muchos de ellos narran que cuando vencen el hábito se sienten diferentes y su autoestima crece al saber que después de muchos años pudieron abandonar el cigarro, como sucede en este grupo de pacientes.

Los 370 pacientes que negaron la aseveración **“el dejar de fumar será un gran desafío en mi vida”** pueden ser personas que han dejado ya el hábito una vez diagnosticados como cardiopatas, o bien no les interesa dejar de fumar y ni siquiera lo contemplan como una posibilidad.

En esta aseveración 7 pacientes omitieron la respuesta, porque no pueden asumir el reto de dejar de fumar y probablemente siguen fumando.

La aseveración **“estoy consciente de que el cigarro es malo para mi salud”** obtuvo una carga factorial de 0.507 y fue aceptada por 697 pacientes. Ellos tienen claro que el consumir cigarros implica un daño a la salud, y saben que uno de los factores de riesgo y posible causa de su enfermedad es su tabaquismo, sobre todo para aquellos que tienen una historia de vida de fumadores de más de 20 años. La literatura médica dice que no hay cigarros buenos, al contrario: todos los cigarros son malos por los aproximadamente 5,000 componentes químicos, tóxicos, contaminantes y nocivos que contiene; ellos conocen el hecho de que el consumo del tabaco afecta considerablemente al organismo, sobre todo pulmón y corazón.

Los 47 pacientes que negaron la aseveración **“estoy consciente de que el cigarro es malo para mi salud”** son los pacientes que no cuentan con la

información de los daños a la salud que conlleva el tabaquismo y no están conscientes de que su cardiopatía puede agravarse si siguen fumando.

En esta aseveración 4 pacientes omitieron su respuesta, porque claro que están conscientes del daño que implica el cigarro.

Este séptimo factor tiene un contenido de dependencia por la cantidad de cigarros consumidos por los pacientes fumadores, lo que también significa dependencia; ellos quieren seguir fumando a pesar de su cardiopatía; a otros el concepto de muerte no les asusta. Para otros más el desafío de abandonar el tabaco fue doloroso, y por último saben perfectamente del daño a la salud que implica ser fumador.

## 4.2.8 FACTOR 8: SUPEDITACIÓN

A este factor se le denominó **“SUPEDITACIÓN”** porque en el contenido de sus 4 aseveraciones se encuentra que los pacientes están subordinados al tabaco por encima de su voluntad, ante el hecho de que puede más un hábito que su propia vida.

**TABLA 16 FACTOR 8. “SUPEDITACIÓN”**

No.	Aseveración	CARGA	SI	NO	OMITIÓ
51	Fumo más cuando estoy cansado	0.732	229	517	2
79	Yo hubiera preferido no fumar nunca	0.723	608	138	2
8	Sólo puedo dejar de fumar por temporadas	0.503	270	472	6
104	A mí no me va a dar cáncer por fumar	0.438	385	353	10

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez.

El concepto de supeditación significa: subordinación. Sujeción. Dependencia, sumisión. (Larousse, 1990, p. 881)

La aseveración **“fumo más cuando estoy cansado”** tuvo una carga factorial de 0.732 y fue aceptada por 229 pacientes que manifiestan que el hecho de estar en un estado físico de agotamiento los lleva a fumar más. En la literatura científica se hace referencia al hecho de que los componentes del tabaco ayudan a activar a las personas; de ahí que es lógico que estos pacientes asocien el estado de cansancio como detonante para fumar un cigarro; son personas que se percatan de que fuman más cuando sienten que su organismo se encuentra agotado y requieren ser estimulados para seguir haciendo sus actividades diarias sin sentir pesadez en su cuerpo.

Los 517 pacientes que negaron la aseveración **“fumo más cuando estoy cansado”** pueden haber dejado ya el consumo de tabaco, o tienen claro que fuman por razones ajenas al agotamiento físico, es decir son fumadores en cualquier situación de su vida o por el simple gusto.

En esta aseveración, 2 pacientes omitieron su respuesta porque su consumo del tabaco si era mayor cuando “supuestamente” estaban cansados; son justificaciones que tienen las personas con dependencia ante el cigarro.

La aseveración **“yo hubiera preferido no fumar nunca”** tuvo una carga factorial de 0.723 y fue aceptada por 608 pacientes, quienes hubieran preferido no haber consumido ningún cigarro; las narraciones de todos ellos apuntan hacia el hecho de que el fumar fue destructivo para su vida, porque les dañó su salud para siempre. La mayoría de ellos se sienten arrepentidos de haber fumado y haber adquirido la dependencia al cigarro a temprana edad; incluso muchos de ellos quisieran regresar el tiempo y no haber adquirido la adicción para ahora no estar

sufriendo con su enfermedad cardiovascular, situación que se exagera cuando tienen otra enfermedad asociada a su tabaquismo. El nunca ya no existe; para este grupo de pacientes ya es tarde para arrepentimientos, y sobre todo su vida jamás volverá a ser la misma; ahora tienen que aprender a vivir con su enfermedad y el tratamiento médico de por vida.

Los 138 pacientes que negaron la aseveración "**yo hubiera preferido no fumar nunca**" no se arrepienten de haber fumado; en ellos el hábito fue parte de su vida y lo han disfrutado independientemente de que haya sido causa de su daño a la salud.

En esta aseveración 2 pacientes deciden omitir su respuesta, porque son de los que les duele reconocer que fumaron o fuman y nunca hubieran querido hacerlo.

La aseveración "**sólo puedo dejar de fumar por temporadas**" tuvo una carga factorial de 0.503 y fue aceptada por 270 pacientes. A este grupo de personas les ha sido difícil dejar de fumar, probablemente algunos de ellos no han abandonado el hábito en su totalidad. La mayoría de las personas que tienen una dependencia al cigarro, en muchos momentos de su vida lo han querido dejar; algunas indican que dejan de fumar por días, semanas e incluso meses, pero que reinciden al paso del tiempo, sobre todo cuando en casa existen fumadores y los incitan a fumar. Otras narraciones indican que los eventos sociales son determinantes para no abandonar el cigarro, porque el estar en contacto con fumadores o incluso el solo olor del humo del cigarro los lleva a fumar nuevamente. Para que una persona deje el hábito por si sola debe tener mucha fuerza de voluntad y no sólo la idea de dejarlo, porque hacerlo en realidad es muy difícil.

Los 472 pacientes que negaron la aseveración "**sólo puedo dejar de fumar por temporadas**" pueden ser aquellos que han dejado de fumar definitivamente, o bien saben que su dependencia es tan fuerte que ni siquiera intentan dejar el cigarro. Algunos de estos pacientes indican que cuando abandonaron el tabaco fue definitivamente, después de haber sabido que tenían problemas cardiovasculares, lo cual señala que no quisieron arriesgar ya más su salud.

En esta aseveración 6 pacientes omitieron su respuesta; son aquellos que reinciden todo el tiempo.

La aseveración "**a mí no me va a dar cáncer por fumar**" tuvo una carga factorial de 0.438 y fue aceptada por 385 pacientes; ellos suponen que el hecho de ser pacientes cardiovasculares los protege contra el cáncer, situación no real. Creen que no corren el riesgo de enfermarse por cáncer; de hecho cuando se platicó con algunos de ellos y se les cuestionó sobre el cáncer decían que no pueden adquirir la enfermedad porque no fuman en exceso, porque en su familia tenían ejemplo de parientes fumadores y ninguno había muerto por cáncer aún siendo adictos al tabaco.

La realidad indica que aún se tiene mucha ignorancia sobre los riesgos a la salud; en la actualidad la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha puesto en marcha campañas de publicidad para hablar acerca de ellos, y la población mundial cada

día conoce más sobre los daños que puede provocar el cigarro, incluso de que su consumo puede ser mortal y no sólo un mal hábito.

Los 353 pacientes que negaron la aseveración “**a mí no me va a dar cáncer por fumar**” saben bien que el consumo de tabaco puede llevarlos a desarrollar cáncer, independientemente de que en la actualidad batallen ya con su problema cardiovascular.

En esta aseveración 10 pacientes omitieron su respuesta; son una muestra amplia de aquellos a quienes asusta la palabra cáncer, prefirieron ignorarla.

## 4.2.9 FACTOR 9: EMPECINAMIENTO

Este factor se integró por 4 aseveraciones y en su contenido se encontró una carga hacia la dependencia al tabaquismo, por lo que se denominó **“EMPECINAMIENTO”**

**TABLA 17. FACTOR 9: “EMPECINAMIENTO”**

No.	Aseveración	CARGA	SI	NO	OMITIO
74	El cigarro ya se apropió de mi voluntad	0.629	223	524	1
116	Fumo una cajetilla diaria	0.595	200	547	1
27	Soy víctima del cigarro	0.580	320	427	1
84	Sustituyo mi hambre por fumar	0.463	184	559	5

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez.

El concepto de empecinamiento significa: Obstinación, empeño, terquedad. (Larousse, 1990, p. 635).

La aseveración **“el cigarro ya se apropió de mi voluntad”** tuvo una carga factorial de 0.629, y fue aceptada por 223 pacientes; ellos refieren que el cigarro se hizo dueño de sus vidas, su dependencia al hábito de fumar es muy severa. Son pacientes que asumen su adicción con un arraigo de muchos años de establecimiento y que narran que fumar les provoca enorme placer.

Cuando una persona deja de fumar, empieza a crear conciencia de lo que implicó ser fumador; observan que se deterioró su cuerpo, que la salud ya jamás la podrán recuperar, y se vuelven portavoz hacia los demás; ahora quieren transmitir su experiencia de fumadores, del daño que provocó y provoca el cigarro en su persona; es interesante oírlos cómo manifiestan su deseo de ayudar a los que fuman para que no se vuelvan presos del tabaquismo.

Los 524 pacientes que negaron la aseveración **“el cigarro ya se apropió de mi voluntad”** representa la población que pudo dejar el cigarro, que quizá no tuvo que llegar al diagnóstico para abandonarlo; muchos de ellos narran que ya se habían retirado del tabaquismo con anterioridad a la aparición de los síntomas de su cardiopatía.

En esta aseveración sólo un paciente omitió su respuesta; es el que no tiene voluntad ante su tabaquismo para abandonarlo.

La aseveración **“fumo una cajetilla diaria”** tuvo una carga factorial de 0.595, y fue aceptada por 200 personas; son pacientes con adicción crónica al cigarro, son los que refieren que sufrieron mucho en su vida. La mayoría indica que los diversos problemas por los que atravesaban los aminoraban fumando; comentan que cuando empezaron a fumar la cantidad de cigarrillos no era significativa, pero al

paso del tiempo consumían cada día más cigarros diarios hasta llegar a una cajetilla. Otros refieren que no sólo fumaban 20 cigarros diarios; que el número se incrementaba en las reuniones sociales, en donde combinarlo con bebidas alcohólicas, café o refresco con cafeína, los hacía perder la cuenta de los cigarros que habían fumado ese día; también refieren que al día siguiente de la reunión y de su exceso de tabaco, sentían una cruda de cigarro impresionante, observando malestares físicos como resequedad en la garganta, mal aliento, tos, flemas, dolor de cabeza, ronquera y malestar general en su organismo. A pesar de sentirse mal, volvían a fumar y se olvidaban de todas sus molestias. Para estos pacientes es muy probable que el tabaquismo severo fuera el factor que los llevó a sufrir el infarto.

Los 547 pacientes que negaron la aseveración **“fumo una cajetilla diaria”** son pacientes que ya no fuman, o fuman pero no en exceso; es un grupo de personas que no adquirió tabaquismo crónico, quizá fumaron en su vida todos los días pero no la cantidad que refiere la aseveración.

En esta aseveración solo un paciente omitió su respuesta; quizá es el que fuma arriba de 20 cigarros diarios.

La aseveración **“soy víctima del cigarro”** tuvo una carga factorial de 0.580, y fue aceptada por 320 pacientes. Se trata de personas que no asumen su responsabilidad ante el consumo del tabaco, que se creen manipuladas por el hábito, en lugar de hacerse cargo de su adicción. Se trata de sujetos que indican que fumaron porque los incitaron los amigos, porque veían a sus padres fumar cuando ellos eran pequeños, por presión social, por imitación a personas significativas en su vida, tal y como lo indica la literatura médica. Ahora a estos pacientes; sólo les queda y enfrentar su enfermedad con dignidad y valentía, y dejar de ser personas con actitud derrotista y débil ante los problemas, para que su vida sea de calidad y con un estilo diferente para poder tener una mayor esperanza de vida.

Los 427 pacientes que negaron la aseveración **“soy víctima del cigarro”** no se sienten mártires de su tabaquismo, simplemente aceptan que fueron fumadores por las causas que ellos decidieron, y ahora enfrentan su enfermedad para tener el derecho a seguir viviendo porque valoran su vida y no quieren morir y mucho menos por seguir fumando.

En esta aseveración un solo paciente omitió su respuesta; quizá sí se siente víctima o no le fue significativa la pregunta.

La aseveración **“sustituyo mi hambre por fumar”** tuvo una carga factorial de 0.463, y fue aceptada por 184 personas. Pareciera tratarse de los pacientes fumadores con dependencia fuerte, porque cuando un paciente tiene un tabaquismo crónico, dice la literatura especializada, prefiere fumar que comer, ya que el tabaco le inhibe el apetito; es por ello que cuando las personas abandonan el hábito tabáquico comentan que “engordaron”. El fumador en abstinencia se vuelve ansioso, y al no poder fumar empieza a sustituir el cigarro por comida, o por golosinas, para aminorar la ansiedad, de hecho muchos de ellos comen

alimentos que no consumían cuando tenían su vida de fumadores, por ejemplo dulces, chocolates, pan, frituras o comida en exceso.

Los 559 pacientes que negaron la aseveración **“sustituyo mi hambre por fumar”** son personas que probablemente ya no fuman, o nunca han dejado de fumar, por lo que no sustituyen al tabaco con alimento.

En esta aseveración 5 pacientes omitieron su respuesta; son los que pueden tener problemas alimenticios y no quisieron verse evidenciados.

Este noveno factor tiene un gran contenido de falta la voluntad para dejar de fumar en algunos pacientes, la dependencia física que tienen algunos más, otros se sienten víctimas y no asumen su responsabilidad de haber sido fumadores, y por último que todos éstos anteponen el cigarro a sus necesidades vitales, como lo es el comer.

#### 4.2.10 FACTOR 10: DELEITE Y REPUGNANCIA

El décimo factor se denominó “**DELEITE Y REPUGNANCIA**”; en él se agruparon 4 aseveraciones, y su contenido indica que el hábito de fumar contempla estas dos emociones.

**TABLA 18. FACTOR 10: “DELEITE Y REPUGNANCIA”**

No.	Aseveración	CARGA	SI	NO	OMITIÓ
22	Tengo pavor a mi adicción provocada por el cigarro	0.564	303	437	8
23	Siento placer al sacar el humo del cigarro de mi boca	0.682	378	365	5
15	Llevo mucho tiempo fumando	0.502	422	311	15
13	No quiero morir por mi hábito de fumar	0.405	221	514	13

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.

El concepto de deleite significa: placer. (Larousse, 1990, p. 253).

El concepto de repugnancia significa: oposición, contradicción, aversión, repulsión, antipatía. (Larousse, 1990, p. 800).

La primera aseveración “**tengo pavor a mi adicción provocada por el cigarro**”, tuvo una carga factorial de 0.564, y fue aceptada por 303 pacientes que expresan sentir temor o pavor por su adicción; son quizá personas que a pesar del miedo a las recaídas, son incapaces de contener su necesidad por el consumo del tabaco y siguen fumando, o tal vez se trata de aquellos que se enfrentan ante el hecho de reconocer su adicción y el daño físico que les provocó el ser fumador.

Los 437 pacientes que dijeron NO a la aseveración “**tengo pavor a mi adicción provocada por el cigarro**” son quienes posiblemente han abandonado la adicción, están en camino de lograrlo, o bien es una población que no asocia el temor de fumar con su problema de salud, más bien el hábito de fumar para ellos es percibido como un elemento de placer.

En esta aseveración 8 pacientes omitieron su respuesta; efectivamente les produjo miedo su tabaquismo y ahora no quieren saber de él.

La segunda aseveración, denominada “**siento placer al sacar el humo del cigarro de mi boca**”, tuvo una carga factorial de 0.682, y fue aceptada por 378 pacientes para quienes el placer representa un estado grato que alcanzan en el momento de consumir un cigarro, desde que lo encienden hasta que lo consumen en su totalidad. De hecho el sacar el humo de la boca es algo agradable para los pacientes fumadores, el humo del cigarro les causa bienestar; el olor penetrante que tiene el cigarro para ellos no es molesto. Algunos fumadores cardiopatas

indican que con el simple olor del humo del cigarro se sienten satisfechos; para ellos el solo aroma en ocasiones les hace sentir como si estuvieran fumando.

Y los 365 que negaron el aserto "**siento placer al sacar el humo del cigarro de mi boca**" son los que ya no fuman; para ellos el humo de cigarro ya no es grato, al contrario: para toda aquella persona que ya se encuentra en estado de abstinencia, el humo del cigarro es sumamente molesto, sobre todo cuando ya se tiene más de 6 meses sin fumar. Indica la literatura médica que el humo del cigarro ahora lo perciben con desagrado, les provoca en algunos casos náusea, en otros casos picazón en la nariz, y su olor se vuelve intolerable.

En esta aseveración 5 pacientes omitieron la respuesta; son aquellos a quienes el humo del cigarro les hace recordar su vida de fumadores

La tercera aseveración del factor denominada "**llevo mucho tiempo fumando**" tuvo una carga factorial de 0.502, y fue aceptada por 422 pacientes cardiopatas fumadores, quienes con la afirmación de este aserto terminan reconociendo que su adicción al tabaco es de mucho tiempo. Se trata de pacientes para quienes el hábito del cigarro se encuentra tan arraigado que han perdido la noción de la cantidad de años que llevan con él; su tabaquismo es crónico, ha deteriorado su salud y su adicción es difícil de combatir.

La mayoría de los pacientes indican que su adicción al cigarro los enfermó del corazón, y aceptan haber fumado desde su adolescencia; su historia de fumadores es de más de dos décadas; también manifiestan haber intentado dejarlo en su vida adulta, aunque no por gusto sino porque el médico se los prohibió y por temor a morir.

Y los 311 que negaron el aserto "**llevo mucho tiempo fumando**" posiblemente fumaron pero no tuvieron establecimiento en su tabaquismo; quizá sean los que fumaron de manera ocasional, sin una dependencia física. El sentir de estos pacientes es que no se ven afectados en su cardiopatía por causa de su tabaquismo.

En esta aseveración 15 pacientes omitieron su respuesta; para ellos los años de fumadores fueron tantos, que prefirieron ignorar la pregunta.

La cuarta y última aseveración se denominó "**no quiero morir por mi hábito de fumar**", con una carga factorial de 0.405; fue aceptada por 221 pacientes cardiopatas. Qué palabra tan fuerte cuando se habla de "muerte", y sobre todo cuando un paciente tiene claro que el tabaquismo es un problema de muerte y no sólo un mal hábito, más aún para aquellos pacientes infartados que ya tienen una experiencia en donde se encontraron entre la vida y la muerte al sufrir el infarto. Es por esto que la mayoría de los pacientes infartados no quieren morir y han abandonado o se encuentran en intento de dejar el hábito de fumar, posterior al infarto.

Los 514 pacientes que negaron el aserto "**no quiero morir por mi hábito de fumar**" indican así que han abandonado definitivamente el hábito del tabaco, o su

adicción es tan fuerte que aún infartados no han podido dejar el cigarro; esta población es la que no le tiene miedo a morir.

En esta aseveración 13 pacientes omitieron su respuesta; este grupo prefiere no tocar el tema de la muerte y mucho menos ahora que se sienten enfermos.

Este factor de deleite vs. repugnancia tiene esas dos caras: en donde por un lado se habla del gusto por el tabaco desde su olor y su sabor, y por otro están el rechazo y temor que tienen los fumadores cardiópatas ante el cigarro.

#### 4.2.11 FACTOR 11: CONSENTIMIENTO SOCIAL

El décimo primer factor se denominó **“CONSENTIMIENTO SOCIAL”**; en él se agruparon 3 aseveraciones, y su contenido se refiere al hábito permitido de fumar, a la juventud y al viejo hábito de fumar.

**TABLA 19. FACTOR 11: “CONSENTIMIENTO SOCIAL”**

No.	Aseveración	CARGA	SI	NO	OMITIO
48	El fumar es un hábito permitido	0.733	394	348	6
109	Soy aún joven para que el fumar me enferme	0.570	338	408	2
11	Fumar es un viejo hábito	0.542	468	276	4

Una aproximación a la búsqueda de los factores que incidieron en la adquisición del tabaquismo en pacientes con enfermedad cardiovascular, Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez.

El concepto consentimiento significa: permiso, autorización, acuerdo de un gran número de personas. (Larousse, 1990, p.199).

El concepto social significa: relativo a la vida social, referente a las relaciones de las personas o colectivos entre sí. (Larousse, 1990, p.868).

La primera aseveración de este factor, **“el fumar es un hábito permitido”**, hace referencia a que el fumar es una conducta permitida para los pacientes cardiopatas; tuvo una carga factorial de 0.733 y fue aceptada por 394 pacientes, quienes perciben que el ser fumador es un hábito permitido por la sociedad, es decir no se sienten rechazados por ser fumadores.

Los 348 pacientes que descalificaron la aseveración **“el fumar es un hábito permitido”** asumen que el hábito es su propia responsabilidad; no se excusan en una sociedad que permite el fumar, más bien fuman porque es un gusto, una adicción, una necesidad para ellos, independientemente de si la gente lo permite o no.

En esta aseveración 6 pacientes omitieron su respuesta; saben y tienen consciente que fumaron y el hábito lo adquirieron solos.

La segunda aseveración, **“soy aún joven para que el fumar me enferme”**, con una carga factorial de 0.570, fue aceptada por 338 pacientes cardiopatas, quienes no tienen la conciencia de que el fumar no sólo es un hábito, sino que ya ha dañado su salud; para ellos el estar joven no impide enfermarse, más aún; cuando ellos ya tienen un daño físico como lo es la cardiopatía, asocian el hábito de fumar con la juventud como si tuviera mayor resistencia para no enfermarse. Para un paciente aceptar que está enfermo es un proceso importante; probablemente este grupo de pacientes considera que a ellos el cigarro no les afecta en su problema de salud, quizá asocian su enfermedad a otras causas.

Los 408 pacientes que negaron la aseveración **“soy aún joven para que el fumar me enferme”**, son los que probablemente son aún jóvenes pero tienen la conciencia de que en su organismo existe un problema de salud, su cardiopatía, y tienen claro que el ser fumador o haber sido fumador fue un factor importante en el surgimiento y desarrollo de su enfermedad, por lo que su juventud no les excluyó de ser unas personas vulnerables ante ella; o bien ya son personas mayores, que se saben enfermas.

En esta aseveración 2 personas omitieron su respuesta; son pacientes que probablemente sí son de los más jóvenes y ya están enfermos.

La tercera aseveración **“fumar es un viejo hábito”**, tuvo una carga factorial de 0.542 y fue aceptada por 468 pacientes cardiopatas, quienes saben que el hábito de fumar fue adquirido desde hace tiempo, que la adicción es ya parte de su vida, y que es tan añeja y propia como el surgimiento mismo de su enfermedad.

Los 276 pacientes que negaron el aserto **“fumar es un viejo hábito”** son probablemente los que han dejado ya de fumar definitivamente, por lo que fumar ya no es parte de su vida.

En esta última aseveración 4 pacientes omitieron su respuesta; son aquellos que reconocen y tienen una vida de fumadores de más de tres décadas.

El finalizar el análisis de los factores es una experiencia única; en este análisis se puede ver el sentir de los pacientes que sufren por la dependencia ante el cigarro; se observa cómo ahora se lamentan de haber fumado desde su adolescencia, y como los ha dañado el cigarro en su vida adulta al paso del tiempo.

## CONCLUSIONES

De acuerdo al basamento teórico de esta investigación, se sustenta que el fumador adquiere el hábito por diversos factores alternos a su modo de vida, destacando en cada fumador, que existe un motivo de inicio diferente, para adquirir su tabaquismo.

Se destaca que esta tesis, se fundamentó en los escritos teóricos del “Fumador Empedernido y su Pasión”, traducido por Odile Lesourne, hacen referencia los párrafos en su contenido, en las narraciones del psicoanalista Sigmund Freud y de algunos sujetos de estudio de los escritos, principalmente él como un fumador empedernido y como paciente con enfermedad cardiovascular, destacando lo que los fumadores sienten, sufren y viven con su apego al cigarro. Los escritos permiten mediante estas narraciones, construir el instrumento de medición.

Se aplicó el instrumento de medición, en el Instituto Nacional de Cardiología, a una muestra de 748 pacientes cardiopatas fumadores y ex fumadores en un periodo de septiembre a diciembre del año 2008 y enero 2009.

Se corrió el análisis factorial, con 116 aseveraciones en el paquete estadístico de SPSS, método de extracción de Máxima Verosimilitud, en donde se encuentran 11 factores mayores a 0.4000 valor eigen, de acuerdo a estos datos se analiza la carga factorial de cada uno de los factores encontrados.

Cada factor fue agrupando aseveraciones con una interrelación en su contenido, y se determina denominarlos de la siguiente manera: Dependencia, Necesidad. Temor vs. Satisfacción, Culpabilidad, Resignación, Deterioro, Consumismo, Supeditación, Empecinamiento, Deleite vs. Repugnancia y Consentimiento Social, se les dominó con estos nombres, porque en el momento de revisar la carga factorial de cada uno de ellos, indicaban lo que el paciente siente al contestar cada una de las aseveraciones del instrumento de medición.

Por lo anterior y comparando la base teórica con el resultado del análisis, se confirma que las narraciones son similares a lo que los pacientes cardiopatas fumadores y ex fumadores sienten por el cigarro, la muestra de pacientes confirma su dependencia, la variedad de emociones que les hace sentir, el ser o el haber sido fumadores, con tanta pasión en algunos de los pacientes, el establecimiento que tienen algunos, aún a pesar de su enfermedad cardiovascular, así como Freud lo hizo en su momento, incluso sabiendo del riesgo que corría al seguir fumando, de igual forma una parte importante de esta muestra de pacientes valida los escritos teóricos.

El análisis de los resultados, destaca como primer factor “Dependencia”, el cual tiene la mayor carga factorial, en donde muestra la adquisición física por fumar, en esta muestra de pacientes se encuentran situaciones de angustia, poca voluntad para dejar de fumar, placer de disfrutar cada cigarro consumido por el cardiopata, la costumbre de tener un cigarrillo, la necesidad psicológica y física que causa en el sujeto.

Que difícil depender de “algo” como lo hace el fumador con el cigarro, y poder corroborar que efectivamente los fumadores dependen de él para vivir, su vida está envuelta en situaciones de angustia y placer esa dualidad que vive el fumador, y como lo dice “Freud, el desprenderse del cigarro es como cuando se separa el hijo del padre”, así de fuerte es abandonar el tabaquismo, sobre todo cuando se tiene una dependencia crónica.

Y por consecuencia, los factores que envuelven a esta muestra de pacientes cardiopatas fumadores, representan la incidencia que los llevo a adquirir el hábito al cigarro.

Los factores de este análisis son indicadores, del reflejo de la vida de cada uno de ellos, sus limitaciones para realizar cosas importantes en sus vidas, esa necesidad arraigada por años de seguir fumando, el temor de abandonar el hábito, no enfrentarse a sí mismos por miedo, pero a su vez, la satisfacción que les causó el haber sido fumadores, para algunos de estos pacientes, fue agradable porque lo disfrutaron, como ellos mismos lo plasmaron. Para otros fue su destrucción.

Sin embargo ahora la realidad para otros pacientes es sentir Culpa, por haber sido fumadores, porque ahora consideran que fue un factor determinante en su enfermedad y saben que es demasiado tarde para lamentarse.

La Resignación en los pacientes que aceptaron esta posición, no solo fue ante el cigarro, viene más atrás, es la resignación en sus propias vidas de no luchar por sus anhelos, por no ser personas con proyección de vivir de manera diferente y no resignados ante su adicción.

El Deterioro de los pacientes efectivamente es de salud, pero más aún es un deterioro del alma, de sentirse mal con ellos mismos, de no poder hacer su vida normal, como algún día lo hicieron, se les deterioro el camino, la esperanza, y lo más importante para muchos las ganas de vivir.

Grandes consumidores fueron estos pacientes cardiopatas, y no solo de cigarrillos, también consumieron, su salud, dinero, familia, todo lo que les rodea, porque así es cuando se es consumidor, ya no se tiene medida, ni se tienen límites.

La salud se consume día con día, el dinero se escasea por los tratamientos médicos, la familia se agota al ver el dolor del enfermo y la vida de estos pacientes se va apagando poco en algunos de los casos.

La Supeditación que tiene cada paciente cardiopata, lo hizo preso de sí mismo, así lo eligió, cayó en su propia trampa, por el simple gusto de inhalar cada cigarrillo, y decir me gusta tanto lo que me hace sentir el cigarro, te quiero a mi lado y no te quiero abandonar nunca, así como esa mala relación de pareja que se dice “pégame pero no me dejes”, así le pego a cada paciente, en lo que más les duele, ahora como lo es; en su corazón, su piel, su garganta, todo su ser, se volvió esclavo de su propio tabaquismo.

Cuántos de estos pacientes cardiopatas, a pesar de su problema de salud siguen fumando, ese Empecinamiento, no es más que el resultado de seguir viviendo de una manera lacerante, porque como dice otra frase “lo que no te mata te

fortalece”, en estos pacientes no aplica, porque el cigarro si mata. Es un problema con altos índices de mortalidad a nivel mundial como lo indica la literatura.

Deleite vs. Repugnancia, comparado con: Te Amo y Te Odio, así es su tabaquismo para los pacientes cardiopatas, cuántos de estos pacientes no han disfrutado de ese humo exhalado por la boca, de cada inhalación, que rico les sabe, el hecho de tener un cigarro en sus manos y la cantidad suficiente para seguir consumiendo cada cigarrillo, ha sido exquisito, ese ritual del cigarro, para algunos “blancos, light, fuertes, delgados, largos, de sabores”, que rico poder elegir lo que cada uno de ellos quiso, con esa variedad que existe en el mercado y que cada uno de estos fumadores eligió, por el simple gusto de deleitarse todos los días, a cada momento, cada vez que su cuerpo pedía la nicotina suficiente para seguir viviendo, alimentando e intoxicando su organismo todos los días de su vida de fumadores.

Sin embargo algunos pacientes cardiopatas fumadores, al paso del tiempo su hábito por el cigarrillo, y disfrute de ese olor, ese sabor, se transformó en desagrado y fatalidad.

Lo que los hizo, ya no soportar en su cuerpo ese olor a nicotina, ese sabor insípido de los alimentos, resequedad en la boca, desesperación por fumar, los dientes manchados cuando los miran al espejo, la náusea que produce por las mañanas, y su manos impregnadas al olor de alquitrán.

Más bien es repugnancia, a toda esa mala vida que vivieron consumiendo cigarros uno tras otro, hasta que los asqueo, y es cuando lo confrontan e indican que un día, disfrutaron tanto su tabaquismo y ahora lo odian por las secuelas que les dejó.

El Consentimiento Social, se llega al punto justo de todo este análisis, para los pacientes cardiopatas fumadores, que significó el consentirse ante sí mismos y dejarse consentir por lo demás, el ignorar su posición social, personal y familiar, y como estos tres elementos fueron determinantes en la vida de estos pacientes.

La sociedad, para estos pacientes son: su familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, enemigos, confidentes, o quizá es su esposa, o esposo, su hijo o hija, hermano, padre, su propia madre e inclusive su mascota.

Todo este mundo que se encuentra al rededor de él, fue testigo y parte del problema del ahora paciente cardiopata, porque cuántas de estas personas permitieron y consintieron su gusto por el cigarro, porque quizá ellos también son fumadores y lo hicieron juntos, además la sociedad nunca ha dejado de ver al cigarro, como un “hábito” permitido, socialmente aceptado, desde esta óptica, la sociedad, es cómplice de todo este problema llamado tabaquismo.

En este análisis probablemente la familia jugaba un papel pasivo, o tal vez no lo permitieron, pero aún peor por la poca información que en algunos casos se tiene se limitan a tomar importancia y no saben a quién acudir.

Con este análisis factorial en todo su contenido enriquece a esta tesis, porque parte de un problema aparentemente reconocido como un problema social va más

allá de esto, parte de un principio humano en donde a pesar del daño que causa físicamente, cada paciente trae su propia historia de vida y hasta cierto punto una justificación ante el problema del tabaquismo.

## SUGERENCIAS

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación se sugiere que el Trabajador Social de seguimiento a la línea de investigación, en estos pacientes cardiopatas fumadores en estudio, en virtud de que la primera aproximación al estudio se requiere estandarizar el instrumento de medición en un futuro.

Es importante de acuerdo a los datos obtenidos, continuar la investigación y hacer otro corte en un futuro, para ver como se encuentran ahora los pacientes fumadores, para verificar si no han reincidido o ya abandonaron el tabaco, en su totalidad.

De hecho en los datos obtenidos mediante el análisis factorial, se tomó en cuenta la necesidad de trabajar aún más con el paciente cardiopata con adicción al tabaco, desde una perspectiva de prevención y educación para la salud, mediante una propuesta de intervención, de acuerdo a un programa operativo en "Educación para la salud".

Dicho programa se elaborará de acuerdo a las necesidades que el mismo paciente ha manifestado, para que el Trabajador Social a partir de esta problemática desarrolle y haga una integración de información necesaria que cubra los aspectos a ejecutar, mismo que es la parte coyuntural entre el sujeto, la institución y la familia.

El Programa pretende tener una visión, que otorgue al paciente fumador, herramientas e información específica, que le permitan un mejor manejo para el cuidado de su salud, basado en lo que fue detectado como factor de riesgo tabaquismo, buscando la parte operacional, para que el programa educativo, pueda ofrecer en el fumador, una alternativa de vida diferente y modificar su estilo de vida. Ofreciendo elementos que le puedan servir, para tener una actitud diferente ante la vida, diseñando acciones encaminadas, a trabajar la parte personal, familiar, económica y social del paciente.

Enfatizando en la propuesta de intervención, indicadores culturales, económicos, familiares y sociales. Y que la misma población objetivo logre abandonar en su totalidad el tabaquismo y no solo eso, se reincorpore a su vida cotidiana con elementos de análisis transmisores de experiencia para otros fumadores activos y sean ejemplo a seguir dentro de la institución, esto último mediante la formación e integración de grupos de ex fumadores.

Y finalmente ofrecer profesionalmente el tratamiento que le permita la abstinencia al tabaco, para que a partir de ese momento logre el paciente su reincorporación total a una vida diferente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ayesta J. (1997), "Farmacología de la nicotina". In: Ruiz CAJ, Organizador. *Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial* Barcelona: Nicorett Pharmacia and Upjhon.
2. *El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998*, Secretaría de Salud.
3. Fuente directa del Dr. Ignacio Chávez Rivera, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".
4. García, Carmen, (1990) *Tabaco* Editorial Árbol, 1ª edición.
5. Implantación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en México, mayo 2007.
6. *La epidemiología del tabaquismo, los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. (OPS), Publicación Científica, No.577, 2000
7. Nunnally, Jum C. (1973) *Introducción a la medición psicológica*. Cap.6. Bs. As. Editorial Paidós.
8. Lesourne, Odile (1984). *El fumador empedernido y su pasión*, Madrid-España.
9. OPS, OMS (1993). Informe del Comité Asesor al Cirujano General, 1992, En: *Tabaquismo y salud en las Américas*. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS.
10. Programa contra el Tabaquismo, 1995-2000.
11. Rico Méndez, Gerardo, (1990) *Tabaquismo su repercusión en aparatos y sistemas*, editorial Trillas.
12. Rivera Chávez, Ignacio (1992), "La medicina y el médico" Ed. por la división cultural de Autos Francia.
13. Rothenberg, R.B., Koplan, J.P. (1990), "Chronic Disease in the 1990", Annual review of Public Health.
14. Silva, María del Rosario (2006), "Apuntes para la elaboración de un proyecto de investigación social", Enstunam.
15. *Tabaco o salud, situación en las Américas, un Informe de la OPS*, Publicación Científica 36, 1992.
16. Tapia, Roberto, Conyer R, Kuri (2001) "Panorama epidemiológico del tabaquismo en México", Salud Pública México, 43:478-484.

## REVISTAS CIENTÍFICAS

17. Ramírez V. (2004). "Daños a la salud que ocasiona el consumo de tabaco". *Revista de la Academia Mexicana de Ciencias*, No 55 p. 54.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

18. Disponible en: <http://www.tabac-stop-center.info/popup/popcoeur.htm>
19. Disponible en: <http://www.drscope.com/cardiología/pac/isquemia.htm>
20. Disponible en: "http:// es.wikipedia.org/wiki/An%C3%Allisis\_factorial"
21. Disponible en: <http://geosalud.com/enfermedades%20Cardiovasculares.htm>
22. Disponible en: <http://www.monografías.com/trabajos36/enfermedades-cardiovasculares/enfermedades-casrdio>
23. Disponible en: [http://www.tuotromedico.com/temas/cardiopatia\\_isquemica.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/cardiopatia_isquemica.htm)
24. Disponible en <http://www.cancer.org/dacroot> las mujeres y el fumador
25. Disponible en <http://www.psicologia.unt.edu.ar/programas04/analisisfactorialytestpsic.doc>
26. Disponible en: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html)
27. Disponible: [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo\\_codigo=1291248](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo_codigo=1291248)
28. Disponible en [www.fisterra.com/mbe/investiga/3f\\_de\\_riesgo/3f\\_de\\_riesgo.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.asp)
29. Disponible en: [http://www.fac.org.ar/ccvc/publico/taqa\\_3.php](http://www.fac.org.ar/ccvc/publico/taqa_3.php)
30. Disponible en: <http://www.dicciomed.es/php/diccio.php>
31. Disponible en: <http://www.saludalia.com>



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
"Escuela Nacional de Trabajo Social"
Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"
Programa de Maestría en Trabajo Social

Folio \_\_\_\_\_

Se está realizando una investigación acerca de los pacientes fumadores con daño cardiovascular, en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", por parte de Trabajo Social. Su participación es muy importante, por lo que le agradeceremos su ayuda, llenando este cuestionario y escala.

Sexo M ( ) F ( ) Edad: \_\_\_\_\_ DX \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Es un paciente Infartado SI ( ) NO ( ) Actualmente fuma SI ( ) NO ( )

Fuma o fumo cigarro SI ( ) NO ( ) Fuma o fumo pipa o puro SI ( ) NO ( )

Cuantos cigarros fuma al día \_\_\_\_\_

1.- Para usted cuáles causas provocan una cardiopatía?

- \_\_\_\_\_ ( )
\_\_\_\_\_ ( )
\_\_\_\_\_ ( )
\_\_\_\_\_ ( )
\_\_\_\_\_ ( )

2.- Desde su experiencia qué provoca una cardiopatía?

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Favor de responder a las siguientes aseveraciones, marcando con una "X" dentro del cuadro que considere Adecuado.

		SI	NO
No	ASEVERACIONES	1	2
1	Me siento mejor fumando		
2	Siento una profunda depresión cuando dejo de fumar		
3	Cuando no fumo no tengo ganas de trabajar		
4	Me siento de mal humor sin fumar		
5	Por mi salud yo sí renuncio a fumar		
6	No consigo dejar de fumar		
7	Fumo de modo abominable		
8	Sólo puedo dejar de fumar por temporadas		
9	Cuando me decida dejaré instantáneamente de fumar		
10	Obedezco a la prescripción médica "dejar de fumar"		
11	Fumar es un viejo hábito		
12	Ayer fumé el último cigarro		
13	No quiero morir por mi hábito de fumar		
14	El cigarro me da náusea y vértigo		
15	Llevo mucho tiempo fumando		
16	Antes fumaba simplemente por gusto		
17	La culpa que siento por fumar es muy grande		
18	El fumar me da <i>status</i> ante los demás		
19	Fumando adquiero otra personalidad		
20	El cigarro me da seguridad		
21	El cigarro me libera del estrés		
22	Tengo pavor a mi adicción provocada por el cigarro		
23	Siento placer al sacar el humo del cigarro de mi boca		

24	Fumo porque el cigarro es agradable		
25	Me siento culpable por fumar demasiado		
26	Estoy resignado ante el cigarro		
27	Soy víctima del cigarro		
28	Soy un gran fumador ante mis amigos		
29	Fumo una gran cantidad de cigarros		
30	Tengo miedo de volver a fumar		
31	Me aterra el volver a fumar un cigarro		
32	Tengo valor para no volver a fumar		
33	Me siento aliviado después de que dejé de fumar		
34	Soy un fumador feliz		
35	Fumar ha sido mi desgracia en la vida		
36	Siento una angustia constante cuando no fumo		
37	En comparación con otras personas fumo menos cigarros		
38	Estoy consciente de que el cigarro es malo para mi salud		
39	Siento un gran placer al encender el cigarro		
40	Qué rico sabor tiene el cigarro		
41	El cigarro se debe de fumar con clase		
42	Soy buen fumador porque el cigarro lo fumo con lentitud		
43	El fumar me da una infinita paz		
44	El fumar disminuye mi ansiedad		
45	El cigarro es parte de mi vida		
46	Sin el cigarro ya no podría vivir		
47	Aunque fumar me lleve a la muerte no me importa		
48	El fumar es un hábito permitido		

49	El fumar me da mayor placer sexual		
50	Me doy cuenta de que fumo en exceso		
51	Fumo más cuando estoy cansado		
52	Siento que el cigarro me pone irritable		
53	Cuando fumo me siento sin apetito		
54	El fumar me ha dañado físicamente		
55	Empiezo a tener problemas por fumar en exceso		
56	Ya no saboreo el cigarro		
57	El cigarro se ha vuelto una gran necesidad en mi vida		
58	Este es el momento para dejar de fumar		
59	En este momento siento dificultad para dejar de fumar		
60	El cigarro que más disfruto es después de la comida		
61	Lo mejor que pudo haber pasado es ser fumador		
62	Fumo con plena conciencia de que daña mi salud		
63	El fumar es mi felicidad		
64	El fumar no me ha hecho ningún daño		
65	Lleno mis carencias con el cigarro		
66	Qué tensión tengo cuando no fumo		
67	Mi vida está llena de ocio cuando no fumo		
68	Últimamente tengo repulsión ante el cigarro		
69	Si no fumo me siento aburrido		
70	Sin el cigarro no soy nadie		
71	El cigarro me hace olvidar mis problemas		
72	El fumar ya es una costumbre en mi vida		

73	Hago todo por obtener un cigarro		
74	El cigarro ya se apropió de mi voluntad		
75	La única manera de tranquilizarme es fumando		
76	Sin fumar no podría resolver mis problemas		
77	El fumar me quita lo cansado		
78	El cigarro para mí no es una droga		
79	Yo hubiera preferido no fumar nunca		
80	El fumar no me ha dado ningún beneficio		
81	El cigarro satisface mis necesidades		
82	A mí no me ha intoxicado el cigarro		
83	Es doloroso pensar en dejar de fumar		
84	Sustituyo mi hambre por fumar		
85	Me molesta que me prohíban fumar		
86	Me siento mejor fumando		
87	Fumar a escondidas me provoca mayor placer		
88	Ya no puedo prescindir del cigarro		
89	Ya no contemplo mi vida sin fumar		
90	No quiero ser una víctima del cigarro		
91	Estoy prisionero del cigarro		
92	El fumar no daña mi economía		
93	Me tranquiliza saber que tengo cigarros suficientes para fumar		
94	Si no tengo cigarros experimento una necesidad espantosa		
95	Estoy verdaderamente fastidiado del cigarro		
96	Tengo una verdadera dependencia del cigarro		
97	No logro calmar mi angustia sin fumar		

98	Ya perdí el control ante el cigarro		
99	Solamente si me obligan dejaré de fumar		
100	Si estoy en un lugar prohibido para fumar no tengo la necesidad de hacerlo		
101	Tengo miedo de que el fumar me envejezca		
102	No me quiero morir por culpa del cigarro		
103	Aunque me muera no quiero dejar de fumar		
104	A mí no me va a dar cáncer por fumar		
105	Mi corazón está sano a pesar de que fumo		
106	No tengo miedo a morir por fumar		
107	El fumar ha sido mi destrucción		
108	El cigarro es el único vicio que tengo		
109	Soy aún joven para que el fumar me enferme		
110	Solamente fumando puedo ser creativo		
111	Ese olor a nicotina ya es insoportable en mi cuerpo		
112	El dejar de fumar será un gran desafío en mi vida		
113	El olor del humo del cigarro me incita a fumar		
114	Fumo más de cinco cigarros al día		
115	Fumo menos de 20 cigarros diarios		
116	Fumo una cajetilla diaria		

**GRACIAS POR HABER ACEPTADO PARTICIPAR CON NOSOTROS**

## GLOSARIO

**hiperlipidemia:** Exceso de grasa o lípidos en la sangre. (30)  
<http://www.dicciomed.es/php/diccio.php>

**Etiopatogénico:** Origen o causa del desarrollo de una patología. (30)  
<http://www.dicciomed.es/php/diccio.php>

**Alcaloide:** Cada uno de los compuestos orgánicos nitrogenados de carácter básico producidos casi exclusivamente por vegetales. En su mayoría producen acciones fisiológicas características, en que se basa la acción de ciertas drogas, como la morfina, la cocaína y la nicotina. Muchos se obtienen por síntesis química. (30)  
<http://www.dicciomed.es/php/diccio.php>

**Leucoplasia:** Placa o mancha blanquecina localizada en las mucosas oral y genita. | (30) <http://www.dicciomed.es/php/diccio.php>