



---

---

**UNIVERSIDAD  
INSURGENTES**

---

---

**PLANTEL XOLA**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON  
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

**“MOTIVOS DE CONSUMO QUE SE RELACIONAN CON LA  
DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN UN GRUPO DE MUJERES  
FUMADORAS”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**C. BAUTISTA HERNANDEZ JORGE.**

ASESORA: Mtra. **Yolanda Santiago Huerta**

**MÉXICO, D.F. 2015**



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.

# Contenido

INTRODUCCION.....	5
CAPITULO I. TABAQUISMO .....	8
1.1.- DEFINICIÓN DE TABAQUISMO. ....	9
1.2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TABACO .....	11
1.3.-DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA.....	16
1.4.- EPIDEMIOLOGÍA DEL TABACO A NIVEL MUNDIAL .....	19
1.5.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE TABACO.....	24
1.5.1.- EFECTOS CARDIOVASCULARES.....	25
1.5.2.- Cardiopatía isquémica.....	27
1.5.3.-Enfermedades vasculares periféricas .....	29
1.5.4.- Arteriosclerosis obliterante. ....	29
1.5.5.-Tromboangeitis obliterante o enfermedad de Buerger .....	30
1.5.6.-Enfermedad de Raynaud.....	31
1.5.7.- Tabaquismo y arteriosclerosis .....	31
1.5.8.-Tabaquismo y accidentes cerebrovasculares .....	32
1.5.9.-Patologías respiratorias .....	33
1.5.10.-Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).....	34
1.5.11.- Bronquitis crónica .....	35
1.5.12.- Enfisema pulmonar .....	36
1.5.13.- Asma.....	37
1.5.14.-Carcinogénesis .....	38
1.5.15.-Cáncer de laringe y de cavidad bucal .....	40
1.5.16.-Cáncer de pulmón .....	41
1.6.- Tabaco y problemas de salud para la mujer. ....	43
1.7.- Tratamientos para dejar de fumar disponibles en México.....	47
1.7.1.-Tratamiento de la dependencia psicológica .....	48

CAPITULO 2: FACTORES QUE MANTIENEN EL CONSUMO DE TABACO.....	51
2.1.- Dependencia psicológica .....	51
2.2.- Dependencia física. ....	52
2.3.-Depresión.....	53
2.4.-Ansiedad. ....	57
2.4.1.- Ansiedad en la adolescencia. ....	60
CAPITULO 3: TABAQUISMO EN LA MUJER.....	63
CAPITULO 4: INVESTIGACIONES SOBRE LOS MOTIVOS DE MANTENIMIENTO EN EL CONSUMO DE TABACO.....	76
CAPITULO 5: METODOLOGÍA.....	83
JUSTIFICACIÓN .....	83
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: .....	84
2.- OBJETIVO GENERAL:.....	84
2.1.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	84
3.- HIPOTESIS DE TRABAJO: .....	85
4.- VARIABLES Y DEFINICIONES. ....	86
5.- TIPO DE ESTUDIO: .....	91
6.- TIPO DE DISEÑO: .....	91
7.- ESCENARIO: .....	92
8.- POBLACIÓN: .....	92
9.- MUESTRA: .....	92
10.- MATERIALES O INSTRUMENTOS: .....	93
11.- PROCEDIMIENTO.....	96
CAPÍTULO 6: RESULTADOS.....	97
CAPITULO 7: DISCUSIÓN.....	114
CAPITULO 8: CONCLUSIONES.....	126

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS:.....	128
ANEXOS.....	131
BIBLIOGRAFIA.....	153

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad que afecta a todos los grupos sociales; no tiene fronteras, ni limitaciones de género, edad, estrato social o religión. En la actualidad el consumo de tabaco es el principal problema de salud pública en los países desarrollados y comienza a serlo en los países en vías de desarrollo, no sólo por su magnitud, sino por las consecuencias sanitarias que conlleva.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2006), el tabaquismo es responsable de más muertes en el mundo que el virus de la inmunodeficiencia humana, el alcohol, la tuberculosis, los accidentes automovilísticos, los incendios, los suicidios y los homicidios, considerados de manera conjunta. Cada día mueren en el mundo cerca de 14,000 personas (5 millones al año) por algunas de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, y el futuro no se vislumbra mejor: se calcula que si los actuales patrones de consumo de tabaco se mantienen, en el 2030 se producirán 10 millones de muertes por esta causa y 7 de cada 10 serán habitantes de los llamados países en vías de desarrollo. La OMS comenta también, que el total de fumadores en el mundo se estima en más de 1300 millones de personas, lo que significa que cerca de 650 millones de ellas, finalmente morirán si continúan fumando, como consecuencia de alguna de las 25 enfermedades que se asocian con el tabaquismo. (ENA, 2011).

En México, el tabaquismo se considera un problema prioritario de salud ya que diariamente fallecen 165 mexicanos por esta causa (60 225 al año). Las principales causas de mortalidad asociadas con el consumo de tabaco son tres. Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el cáncer pulmonar.

Existen tendencias importantes del tabaquismo en México en particular y en los países en desarrollo; el inicio de consumo de tabaco en edades cada vez más tempranas, así como un aumento en el porcentaje de mujeres fumadoras.

En México los estudios epidemiológicos, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), han reportado el aumento en el consumo de tabaco tanto en los adolescentes, como en las mujeres, situación que es originada por la compañías tabacaleras, utilizando estrategias más agresivas dirigidas a adolescentes, a la mujer y hacia las niñas promoviendo cigarros “light” a bajos precios, de fácil acceso, de fácil disponibilidad y muestras gratuitas que se dan en lugares de esparcimiento y diversión, así como en lugares deportivos.

La presente investigación se ha enfocado a un sector muy importante de la población, como son las mujeres consumidoras de tabaco las cuales presentan mayor vulnerabilidad que los hombres a los efectos físicos y psicológicos que produce el consumo de tabaco.

Para ello este trabajo se divide en siete apartados.

Capítulo 1. Aborda aspectos importantes sobre los antecedentes históricos del tabaco, datos estadísticos sobre el consumo a nivel mundial como nacional, así como las enfermedades derivadas por el consumo de tabaco.

Capítulo 2. En el presente capítulo revisaremos los factores que mantienen el consumo de tabaco, como puede ser la dependencia psicológica, dependencia física, depresión, ansiedad, el conocer estos factores antes de que se conviertan en trastornos que puedan alterar el desarrollo de las personas.

Capítulo 3. En el siguiente apartado se realizó un análisis sobre el tabaquismo en población femenina, como se relacionan los roles sociales, el grupo de amistades, la curiosidad, la rebeldía, la inconformidad ante las normas sociales establecidas, la familia, etc. como influye la publicidad para que haya un inicio cada vez a más temprana edad, y cuáles son las consecuencias sobre el consumo de tabaco.

Capítulo 4. El capítulo describe diferentes investigaciones sobre los diversos factores de consumo, los cuales aportan información relevante en la presente investigación.

## **CAPITULO I. TABAQUISMO**

La Secretaria de Salud (2001) menciona que el tabaquismo es uno de los problemas más importantes de salud pública en el país. Sin embargo, gracias a las diferentes políticas integrales y programas de prevención y rehabilitación que operan actualmente en México, este problema ha tenido una evolución favorable durante los últimos años. A pesar de los esfuerzos de promoción que realiza la industria tabacalera la epidemia ha permanecido relativamente estable y sólo se han registrado incrementos significativos en las mujeres jóvenes que inician tempranamente la adicción al tabaco. Prevenir el consumo de cigarros en jóvenes y ayudar a fumadores a dejar de hacerlo es, sin duda, una fuente de ahorro importante para la nación, la que día a día enfrenta el alto costo ocasionado por la morbilidad o mortalidad prematura de miles de personas que sufren enfermedades ocasionadas por el tabaco; y para las familias de fumadores, quienes se ven obligadas a destinar parte importante de su ingreso para aliviar la adicción a la nicotina, o para contender con las enfermedades ocasionadas de manera directa e indirecta por la exposición al humo de tabaco.

La misma Secretaría explica que en México, siendo un país de jóvenes, en el que aún existe cierta tolerancia social hacia esta adicción, y en el que la regulación sobre el comercio de tabaco y sobre la protección para no fumadores todavía presenta deficiencias importantes, tanto en los reglamentos como en la observancia de los mismos, puede ser considerado como un país de alta

vulnerabilidad para la libre acción de las compañías tabacaleras, con la consecuente promoción del consumo de tabaco y el aumento en la proporción de fumadores.

El objetivo principal de las diferentes acciones que se llevan a cabo para el control del tabaquismo es el de proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, medio ambientales y económicas que se asocian al consumo de tabaco (SSA 2001).

### **1.1.- DEFINICIÓN DE TABAQUISMO.**

Se reconoce que el tabaquismo es una entidad clínica definida como adicción a la nicotina del tabaco, que se manifiesta a través de la dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia en el individuo, se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo, lo que constituye una forma de dependencia como la que se evidencia en otras adicciones (SSA/CONADIC 2000).

También se conoce como tabaquismo a la práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades. Considerada hoy en día como una adicción y enfermedad por muchos profesionales de la salud, el tabaquismo se hace presente cuando una persona consume de manera abusiva y exagerada el producto mencionado Consejo Nacional contra las Adicciones, (CONADIC, 2000).

La OMS (1989) expone que el tabaquismo es el envenenamiento agudo o crónico por el hábito de fumar cigarrillo, cigarro, pipa, o masticar u oler tabaco (Rapé). Éste incide de diversas maneras sobre los seres humanos, y sus consecuencias son siempre negativas. Se puede distinguir un contacto directo con el tabaco y un

contacto indirecto, tratándose de personas que sin consumirlo, están constantemente expuestas a las emanaciones de los que fuman.

Según el (DSM-IV-TR 2002). El tabaquismo es la adicción que presenta un individuo al tabaco, es provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina, que acaba degenerando en el abuso de su consumo; es una enfermedad crónico sistémica, perteneciente al grupo de las adicciones (DSM-IV TR 2000).

El tabaquismo es la consecuencia de un proceso que comienza incluso antes de probar el primer cigarrillo, ya que en él intervienen factores sociales y conductuales que culminan con décadas de dependencia física y psicológica al tabaco (Soto, 2002).

El tabaquismo moderno adquiere fuerza entre los años treinta y los cincuenta. Con la Segunda Guerra Mundial las mujeres ingresan al medio laboral, se desarrollan los medios masivos de comunicación y se conforman los consorcios internacionales del tabaco, dando por resultado el fenómeno denominado tabaquismo epidémico.

En este periodo, la mayoría de las personas fumaba. Los antiguos escrúpulos desaparecieron. Se pensaba que fumar era un hábito inocente, una conducta un poco adictiva solamente, que no era lo más saludable para el aparato respiratorio, pero que tampoco representaba un riesgo terrible. Así, el tabaquismo se convirtió en un fenómeno de grandes proporciones que tomó por sorpresa a la humanidad, en relación con la fuerte adicción que produce la nicotina y con los efectos nocivos que tiene sobre la salud (Díaz, 2003).

El tabaquismo incide negativamente en el desarrollo humano y social al producir

daños graves a la salud y reducir la productividad de quienes sufren las consecuencias, por esto se ubica dentro de las enfermedades que requieren atención urgente, se perfila como una enfermedad no transmisible que, de no establecer medidas integrales para su control, rebasará la capacidad sanitaria que se requiere para su atención. En México, los grupos más afectados son los niños y las mujeres, siendo la vivienda el lugar en el que más frecuentemente se exponen al humo de tabaco (SSA, 2001).

El consumo de tabaco por parte de la mujer comenzó a incrementarse paulatinamente durante la segunda mitad del siglo pasado; a partir de la década de los noventa se ha registrado un crecimiento acelerado, particularmente entre las adolescentes. La población adolescente se ha caracterizado por inmadurez cognitiva y emocional, hipersensibilidad al rechazo por parte de su grupo de pares, vulnerabilidad a la conducta impulsiva y dificultad en la adquisición de una imagen corporal positiva. La combinación de estos cuatro rasgos hace a las adolescentes extremadamente vulnerables a la seductora atracción del fumar (Ponciano, 2008).

## **1.2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TABACO**

La utilización de las hojas de tabaco se remonta a las antiguas civilizaciones del continente americano, de donde es originaria esta planta. Básicamente se utilizaba con fines religiosos y curativos. Cuando Cristóbal Colón y sus hombres llegaron a tierras americanas, recibieron hojas de tabaco, pero según cuenta el almirante en su diario, no le dieron importancia.

Dos especies diferentes en estado silvestre se cosechaban en el nuevo continente: nicotiana rústica, cuyo cultivo tenía lugar en México, el Este de América y Canadá, que consistía en una hoja estrecha con un alto contenido de nicotina y tan amarga que se fumaba en pipa, y cuyas hojas, junto con otras plantas, se utilizaban en la famosa pipa de la paz; otra planta era la nicotiana tabacum, alta, ancha y mucho más suave que la anterior que es la que ha dado lugar a diferentes variedades de tabaco como el Bright y el Burley.

En 1535, Fernández de Oviedo, gobernador de Santo Domingo, hizo la primera descripción completa de la planta del tabaco. Entre los pueblos precolombinos, los que han dejado un mejor registro de la utilización del tabaco son los mayas, cuyas estelas y grabados permiten saber cómo este pueblo, hace 1500 años, consideraba el fumar un carácter religioso y ceremonial. Para los mayas de Yucatán, el tabaco enrollado simbolizaba una serie de acontecimientos de la naturaleza. Las estrellas fugaces son las cenizas incandescentes de sus enormes cigarros, el trueno es el ruido de dos grandes rocas que al chocar prenden la lumbre y los relámpagos son las chispas que se desprenden del cigarro.

Los mayas también utilizaban el tabaco como vehículo en rituales de adivinación, ya que para interrogar al espíritu (que según las creencias mayas habitaba en la pantorrilla derecha), se frotaba la pierna con la saliva obtenida masticando tabaco. Si los músculos se movían indicaban una respuesta afirmativa. Aparte de los poderes mágicos que les proporcionaba el tabaco, entraban en un estado de éxtasis místico con visiones maravillosas. A fines del siglo XII, los aztecas invadieron el territorio maya y asimilaron la costumbre de fumar tabaco.

Sin embargo, consideraron el fumar con un carácter más religioso, ya que centraron su atención en el refinamiento de los utensilios de fumar.

Los aztecas utilizaron también el tabaco como un remedio casi universal contra el asma, la fiebre, las convulsiones, las heridas producidas por mordeduras de animales, para los problemas digestivos y las enfermedades de la piel y los ojos. También masticaban el tabaco para combatir el cansancio, dolores dentarios y de parto. En esta cultura era común que las mujeres que actuaban de comadronas guardaban en una calabaza las hojas de tabaco secas (Soustelle, 1977).

El autor comenta que la hierba yetl o picketl, es decir, tabaco en lengua náhuatl y maya respectivamente, tomó un papel mitológico, espiritual, curativo y religioso en estas sociedades. Para los nativos de América del norte, el tabaco también tenía un carácter mágico y religioso. La ceremonia del calument o pipa de la paz se practicaba entre las tribus de la Gran Pradera mucho antes de que los colonizadores entraran en contacto con ellos. La ceremonia, tras un ritual mágico-religioso, tenía interés social, económico y político. Los representantes de dichas comunidades encendían una pipa, con la que el conductor de la ceremonia lanzaba bocanadas de humo para pedir ayuda a los dioses. Se utilizaba también para sellar pactos entre los pueblos, en bodas, tratos comerciales y en ritos de iniciación de los adolescentes, (Borio, 2001).

Rodrigo de Jerez, un marinero que iba en la carabela La Niña con Cristóbal Colón las plantó en su Villa de Ayamonte, haciendo alarde del arte de fumar que había aprendido de los indígenas, por lo que fue condenado por la Santa Inquisición, dado que según se refiere en el texto del tribunal: "solo Satanás puede conferir al hombre la facultad de expulsar humo por la boca". (Monardes, 1989).

En esta breve historia del uso del tabaco, existen dos curiosas anécdotas. La primera de ellas tiene como protagonista al embajador francés Jean Nicot, cuya buena acción puso de moda al tabaco. La reina Catalina de Médicis, quien sufría fuertes migrañas, hizo caso al ilustre noble cuando le recomendó que moliera las hojas (rapé) y las aspirara por la nariz. Los dolores desaparecieron y el rumor hizo que el tabaco, como remedio curativo, se extendiera por toda Francia y el resto de Europa. La segunda anécdota llega de la mano de los primeros navegantes ingleses, que bajo las órdenes de Sir Walter Raleigh, exploraron las costas orientales de América del Norte. Su descubrimiento fue el estado de Virginia, que dio nombre al tipo de tabaco allí cultivado, y el cual no tardó en introducirse en la Inglaterra de la Reina Isabel I. Años después, el tabaco se convirtió en la base económica de las colonias inglesas de América (Borio, 2001).

El tabaco se ha consumido a lo largo de la historia de diferentes formas, cuando los conquistadores llegaron a América descubrieron que los nativos lo utilizaban de diferentes maneras, fumando manojos enrollados de hojas secas o bien, arrojando semillas de la planta a una hoguera y aspirando el humo. En el caso de los esclavos, masticaban incansablemente una mezcla de hojas de tabaco con polvo de conchas de almejas con objeto de reanimarse y de no sentir hambre ni sed. En el siglo XVII se consumía prensado en forma de pastillas, el tabaco de mascar se consumía principalmente entre los pobres y marineros, en contraste, los aristócratas ingleses fumaban pipa (Rodríguez, 2003).

Parecen existir evidencias muy importantes con respecto a que el cigarrillo liado con papel es una invención española. la palabra cigarrillo es otro punto de discusión entre los historiadores, ya que mientras los franceses lo atribuyen a un

vocablo galo sigarrette, los españoles y el real Diccionario de la Lengua Española, sitúa su etimología en un término de lenguaje maya siyar, “tubo que echa humo” del que afirma, se derivó posteriormente la acepción cigarro, y posteriormente cigarrillo.

Desde que Rodrigo de Jerez fue juzgado por la Santa Inquisición por fumar comenzaron las posturas encontradas frente al tabaco; Así, la oposición más sistemática al hábito de fumar sería la de la Iglesia, probablemente por la reputación que traía el tabaco de sustancia afrodisiaca y abortiva, según relatos de los monjes evangelizadores (Rodríguez, 2003).

Durante mucho tiempo no hubo un término específico para designar la acción de disfrutar del placer del tabaco. El verbo “fumar” solo se fue imponiendo paulatinamente en el curso del siglo XVII. Hasta entonces se echaba mano de analogías, y se hablaba de “beber el humo” o “beber tabaco”. Todavía en 1658, el predicador Jacob Balde publicó una sátira contra el tabaco bajo el nombre de “La ebriedad seca” (Schivelbusch, 1995).

Hasta principios del siglo XX la producción de tabaco y su elaboración eran muy limitadas y el acto de fumar era más un rito que una dependencia. Es también en esta época que el consumo de tabaco por mujeres se consideraba inaceptable. En la mayoría de los países desarrollados se consideraba vulgar, inadecuado e incluso inmoral que la mujer fumase. Las primeras mujeres que se atrevieron a fumar en público fueron las prostitutas (Borio, 2001).

Tras la producción masiva de cigarros manufacturados con tabaco más refinado y la promoción que significó la donación de cigarrillos por las compañías productoras de tabaco a los combatientes de la guerra civil en Estados Unidos (1861-1865), la Primera Guerra Mundial (1914-1918) y la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), su uso se extendió (Ponciano 2008).

### **1.3.-DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA**

#### **La adicción a la nicotina**

Según el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV-TR, 2000), la dependencia a la nicotina es un patrón desadaptativo de consumo de tabaco que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresados por tres o más de las siguientes circunstancias, en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1.- Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

**(a).**- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

**(b).**- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2.- Síndrome de abstinencia al cesar o interrumpir el uso:

**(a).**- El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v.Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

**(b).**- Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3.- Consumir tabaco con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo del que inicialmente se pretendía.

4.- Deseo persistente y tentativas fracasadas de reducir o controlar el uso de una sustancia.

5.- Gran cantidad de tiempo dedicado a actividades destinadas a obtener una sustancia.

6.- Las actividades sociales importantes o del tiempo de trabajo o de ocio se ven reducidas o imposibilitadas a causa del uso de una sustancia

7.- El uso de una sustancia persiste a pesar de conocerse el problema físico o psicológico continuo o recurrente que ésta puede causar o acentuar

El consumo de tabaco reúne la mayoría de esos criterios. El fumador se adapta a la presencia de nicotina y la cantidad necesaria para obtener los mismos efectos aumenta tras un breve periodo de consumo inicial.

#### **1.3.1.- Valoración de la Dependencia a la Nicotina:**

No todos los fumadores son dependientes de la nicotina, ya que algunos son simples consumidores regulares de nicotina que, cuando lo deseen, pueden abandonar su consumo fácilmente. Sin embargo, esto no es lo que ocurre a la mayor parte de los fumadores, pues poco después de intentar reducir o eliminar el consumo de tabaco, la mayoría de ellos vuelven a sus niveles habituales de consumo. La nicotina es la sustancia responsable de la dependencia que ocasiona el tabaco; en ocasiones se habla de dependencia del tabaco porque la dependencia se instaura con relación a labores de tabaco concretas, a cuyas propiedades y características se asocia el consumo. El grado de dependencia que

produce la nicotina es variable, dependiendo por una parte del producto que se consume y por otra de la relación que se establezca entre la persona y el tabaco.

Se acepta que el tabaco (la nicotina) es el reforzador primario de la conducta de fumar, es decir, que mientras que fumar implica eventos farmacológicos y psicosociales, el papel de la nicotina en la dependencia del individuo puede ser el factor clave en el uso compulsivo del tabaco. La nicotina produce una dependencia física al fumador, pero también le genera una dependencia social, gestual y psicológica. Los componentes conductual y sensorial serían considerados como reforzadores secundarios.

Se han ideado herramientas útiles para evaluar la dependencia. El Test de Glover-Nilson, Entre estas se encuentra la Escala de Dependencia de la Nicotina (NDSS 2004) validación Española, (NDSS-S) Becoña, 2011. Existe también una evaluación fisiológica: monóxido de carbono en el aire espirado. El tiocinato y la cotinina en saliva u orina, Carboxihemoglobina y la nicotina en sangre (Becoña 1994). La escala más conocida y más utilizada para evaluar la dependencia de la nicotina es el Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (FTDN).

Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. También ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre. Por este motivo es una herramienta útil para medir el grado de dependencia fisiológica. La puntuación oscila entre 0 y 10. Puntuaciones altas en el test de Fagerström (6 ó más) indican un alto grado de dependencia; por el contrario puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991).

## **1.4.- EPIDEMIOLOGÍA DEL TABACO A NIVEL MUNDIAL**

El consumo de tabaco es un problema de salud pública mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo; esto supone casi cinco millones de muertes cada año. Los cálculos de la OMS señalan que para el año 2030 causará el doble de defunciones que las actuales, esto es, cerca de 10 millones de muertes. Esta elevada cifra contrasta de forma notable con las cifras que publicó hace seis años la propia OMS, basadas en el consumo de aquel tiempo; en esa oportunidad se señalaba que en el año 2020 habría 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. En cuanto al número mundial de fumadores, alrededor de 1,300 millones de personas consumen tabaco; casi mil son hombres y 300 millones son mujeres (OMS, 2004).

El consumo de tabaco es considerado como la principal causa de invalidez, enfermedad y muerte prematura. En términos de impacto en mortalidad regional, en Canadá y Estados Unidos anualmente se estiman cerca de 604,000 muertes en comparación con las 168,000 del resto de los países de América. El total de fumadores en el mundo se estima en más de 1,400 millones de personas, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años, de este total más de 200 millones son mujeres (Peto, 1993).

Investigaciones realizadas en diversos países reportan un ascenso en las tasas de consumo de tabaco, particularmente en adolescentes y mujeres, así como una disminución en la edad de inicio de la conducta de fumar. En los últimos 10 años se han presentado dos tendencias importantes del tabaquismo, especialmente en los países de desarrollo, el inicio del consumo de tabaco en edades cada vez más

tempranas, así como un aumento en el porcentaje de mujeres fumadoras y una ligera disminución en la prevalencia de los hombres. En el mundo se ha dado un contraste entre las tendencias y la magnitud del consumo de tabaco, mientras que en los países desarrollados se observa una disminución del promedio de cigarrillos anuales consumidos, en los países en vías de desarrollo se presentan un incremento de esta variable. A pesar de estas diferencias, cabe señalar que todas las naciones del mundo sufren pérdidas por esta adicción, en Europa por ejemplo, se calcula que 50% de todos los cánceres que aparecen en la población masculina son causados por el tabaquismo. En lo que respecta a las mujeres, en términos generales, se han incorporado al hábito tabáquico más tarde que los hombres y su uso es menor en países en vías de desarrollo que en los países desarrollados. En el mundo en vías de desarrollo la prevalencia de consumo de tabaco por las mujeres se aproxima de 20 a 35%, mientras que en los países desarrollados se calcula en 21%. La situación de la mujer es altamente preocupante, pues si bien el hombre está empezando a abandonar el tabaco, las mujeres se encuentran en fase de incorporación al mismo. Según un informe en Estados Unidos en 1997 murieron alrededor de 165,000 mujeres por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (Department of Health and Services, 2001).

#### **1.4.1.- EPIDEMIOLOGÍA DEL TABACO EN MÉXICO**

Desde 1988 México ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de las adicciones, lo cual permite contar con una visión más clara del tabaquismo en el país. De esta manera es posible idear mejores lineamientos para detener la epidemia. Se cuenta con información periódica sobre el tabaquismo desde 1988, a partir de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), encuestas en grupos poblacionales

específicos y estudios de accesibilidad al producto por menores de edad, entre otras fuentes. Las Encuestas Nacionales de Adicciones de 1988, 1993 y 1998 se llevaron a cabo en personas de 12 a 65 años de edad de áreas urbanas. De manera adicional, se dispone de información de la Encuesta de Adicciones 2002, que incluye datos de las áreas urbana y rural, pero utiliza una metodología diferente a las anteriores, ya que posee un marco muestral de representación estadística nacional (SSA, 2000).

En 1990 se estableció de manera formal en México el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), con el propósito de conocer la conducta de la población sobre el consumo de sustancias lícitas e ilícitas. Sin embargo, es hasta el año 2001 cuando se incorpora en este sistema la información proveniente de las clínicas de tabaco, como parte de la producción de información y vigilancia periódica de la epidemia del tabaquismo en México.

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 indican que casi 14 millones (26.4%) de personas del área urbana entre 12 y 65 años de edad son fumadoras activas. A pesar de que se observa con claridad un incremento del número de fumadores, de nueve millones en 1988 a casi 14 millones en 2002, la prevalencia sólo muestra un discreto aumento, de 25.8% en 1988 a 26.4% en 2002. Además, en este último año se identificó un número mayor de individuos que nunca han fumado y menos exfumadores. En contraste, la mayoría de las personas en el área rural de 12 a 65 años de edad corresponde a no fumadores (70.7%). Sólo 14.3% (2.4 millones) de los sujetos fuma (ENA 2002).

De acuerdo a la última encuesta nacional de adicciones, la edad promedio de la población nacional entre 18 y 65 años de edad, consumió tabaco por primera vez fue de 20.4 años. En adolescentes la edad de inicio fue de 13.7 años y en la edad adulta, de 17.4 años, el consumo por sexo reporta que la edad de inicio en hombres fue a los 20 años y en las mujeres el promedio es de 21.7 años (ENA, 2011).

En la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (Global Adult Tobacco Survey, GATS), realizada en el año 2009 en Estados Unidos, el 15.9 % (10.9 millones) de la población eran fumadores, 24.8 % (8.1 millones) de los hombres, 7.8 % (2.8 millones) de la mujeres, y esta cifra es consistente con la prevalencia de tabaquismo en adultos mostrada en la (ENA-2008), con un (17.5 %).

Los fumadores consumen en promedio 9 cigarrillos al día y el 68.7 % de los fumadores entre 18-34 años, iniciaron su consumo a los 16.4 años. Que la edad de inicio sea mayor en esta encuesta se explica porque la población encuestada es población mayor de 15 años sin límite máximo de edad; sin embargo se consideraron los datos que arrojó la ENA-2008 mostrando que la edad de inicio se ha acertado con los años, siendo ese año de 13.7 años. (GATS, 2009).

De acuerdo a la Encuesta Global de Tabaquismo en Jóvenes (Global Youth Tobacco Survey, GYTS), aplicada en nuestro país en los años 2003, 2005, 2006, y 2008 en una población adolescente de 13 a 15 años de edad, los resultados consolidados arrojaron que más de la mitad de los adolescentes ha experimentado con el cigarro al menos una vez en su vida, entre el 10.5 % y el 27.8 % son fumadores activos (al menos un cigarrillo en los últimos 30 días); no existe diferencia en el consumo de tabaco entre hombres y mujeres, inclusive en algunas

de las principales ciudades del país, el consumo es mayor entre mujeres (GYTS 2008).

El inicio del consumo de tabaco a edad temprana implica la integración de un grupo de fumadores muy jóvenes, cuyo estudio se separó en la ENA 2002 para diferenciarlo de la situación de los adolescentes (el consumo ilegal) y los adultos. Casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años en área urbana son fumadores (10.1%), con una mayor prevalencia en los hombres (15.4%) respecto de las mujeres (4.8%). En el área rural, la prevalencia de fumadores menores de edad es menor (6.1%); se observa el mismo patrón de mayor consumo en los varones (11.3% en hombres contra 1% en mujeres). La facilidad del acceso al tabaco por los menores de edad se refleja en México en la información disponible de consumo de tabaco en adolescentes, a pesar de la legislación vigente.

## **1.5.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE TABACO.**

Las enfermedades directamente relacionadas con el tabaco son numerosas, según algunos autores (Wyser, 1997), muchos de estos padecimientos se pueden prevenir, retrasar o mitigar si se deja de fumar. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) aparece en 15 a 20% de los fumadores y su morbimortalidad es muy importante, por otra parte, el consumo de tabaco es la causa de nueve de cada 10 casos de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, el cual se sabe tiene un bajo porcentaje de sobrevivencia a cinco años (Green, 1993).

El Banco Mundial señala que el tabaquismo es un problema mayor que afecta principalmente a las poblaciones pobres, jóvenes de bajo nivel educativo y de bajos ingresos. Las muertes atribuibles al consumo de tabaco representan sólo el 5 % en las poblaciones con educación media y superior, mientras que este porcentaje se incrementa a 19% en los grupos que tienen primaria como máximo nivel académico (Lazcano 2008).

Muchas personas en el mundo están convencidos de que fumar es peligroso para la salud, pero ignoran los procesos que se generan a causa de esta adicción y también desconocen el efecto aditivo y sinérgico que tiene con otros factores de riesgo, como hipertensión, obesidad, diabetes, hiperlipidemia, consumo de anticonceptivos orales, por mencionar algunos. Estos pacientes también desconocen que el tabaquismo constituye una de las causas más importantes previsibles de muerte prematura y que es factor etiopatógeno en la aparición de muerte súbita, infarto del miocardio, accidente vascular periférico; el tabaquismo sin lugar a dudas repercute en el núcleo familiar, social y ambiental.

Las evidencias actuales demuestran que consumir tabaco es un gran riesgo, especialmente para quienes empiezan a fumar regularmente durante la adolescencia; la mitad de los que fuman de manera habitual desde esa edad pueden morir a causa del consumo de tabaco (Benowitz, 1993).

### **1.5.1.- EFECTOS CARDIOVASCULARES.**

La nicotina ejerce efectos farmacológicos sobre el sistema cardiovascular, la mayoría de los cuales están relacionados con la estimulación del sistema nervioso simpático; por ejemplo, aumento en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, volumen sistólico y gasto cardíaco, así como del flujo sanguíneo coronario. (Benowitz, 1998).

Aunque algunos de estos efectos pueden variar entre los fumadores habituales, como por ejemplo un aumento no significativo de la presión, esto se debe al desarrollo de una tolerancia a la nicotina, por lo que el aumento de la frecuencia cardíaca se produce con los primeros cigarrillos del día, pero posteriormente permanece inalterada. En general, las respuestas cardiovasculares a la nicotina se deben a la estimulación de los ganglios simpáticos y de la médula suprarrenal, junto con la descarga de catecolaminas de las terminaciones nerviosas simpáticas (Benowitz, 1990).

Así pues, la mayor parte de los efectos cardiovasculares del tabaco pueden atribuirse a dos de los varios miles de sustancias que son biológicamente activas en el humo del tabaco: la nicotina y el monóxido de carbono (CO).

La nicotina está presente en la sangre del fumador de forma libre en un porcentaje cercano a 30 %, produciendo un aumento de los niveles sanguíneos de catecolaminas que induce un incremento inmediato, lo que condiciona una mayor

demanda de oxígeno por parte del miocardio de los fumadores (Álvarez, 2003).

Estudios realizados durante los últimos 10 años, concluyen los siguientes puntos con respecto al tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares (Alegría, 2002):

1. La mortalidad por una afección coronaria es 70 % mayor en fumadores que en no fumadores.
2. El riesgo coronario se incrementa con el número de cigarrillos consumidos diariamente, el tiempo de fumador, el hábito de inhalar el humo y la edad de comienzo del tabaquismo.
3. Las mujeres fumadoras que utilizan anticonceptivos orales, multiplican por 10 el riesgo de sufrir infarto del miocardio.
4. El tabaco es el principal factor de riesgo modificable para la cardiopatía isquémica tanto en hombres como en mujeres.
5. Virtualmente todas las mujeres que tienen un infarto antes de los 55 años son fumadoras.
6. El tratamiento con fármacos antianginosos es significativamente menos eficaz en el fumador.
7. Se considera al tabaquismo como el responsable de al menos 30 % de los fallecimientos por accidente coronario que se registran en países occidentales.
8. El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para la aparición de enfermedades vasculares periféricas y aneurisma aórtico.
9. El tabaco es la causa directa de 20 % de los infartos.

10.- Los fumadores tienen dos veces más casos de angina de pecho que los no fumadores.

11.- Los pacientes que ya han presentado un infarto del miocardio tienen doble riesgo de fallecer en los próximos cuatro años por otro infarto que los que abandonan el tabaco.

12.- Los fumadores de puros tienen 25 % más de complicaciones cardiovasculares que los no fumadores.

13.- Los fumadores presentan un riesgo de muerte súbita dos a cuatro veces superior al de los no fumadores.

14.- No hay evidencias de que el consumo de cigarrillos bajos en nicotina reduzca el riesgo de cardiopatía isquémica.

### **1.5.2.- Cardiopatía isquémica.**

La cardiopatía isquémica es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio). La arteriosclerosis coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos). Estos tres procesos provocan el estrechamiento de las arterias coronarias.

Constituye la causa más importante de mortalidad dentro de las enfermedades cardiovasculares, su asociación con el tabaquismo se describió desde 1940.

Los mecanismos aterógenos del tabaco involucrados en su etiopatogenia son los siguientes:

- Daño endotelial producido por el CO y la nicotina.

- Reducción de la concentración plasmática de HDL.

- Aumento de la agregación plaquetaria que predispone la formación de trombos, todo ello mediado por catecolaminas que se liberan al interactuar la nicotina con los receptores de la médula adrenal. Su incidencia entre fumadores de uno y otro sexo es de dos a cuatro veces superior a la de los no fumadores. El estudio del corazón de Framingham, (1948), bajo la dirección del Instituto Nacional de la Salud (ahora conocido como Instituto Nacional Cardíaco, Pulmonar y Sanguíneo o NHLBI por sus siglas en Inglés), y la Universidad de Boston, inicio el estudio para identificar los factores o características que contribuyen a enfermedades cardiovasculares. Se demostró que el tabaco se relaciona fundamentalmente con el infarto agudo de miocardio y la muerte súbita, y que el riesgo aumenta progresivamente a medida que se incrementa el número de cigarrillos fumados.

Dejar de fumar produce una reducción estimada de riesgo entre 30 y 50 % en el plazo de uno a dos años; posteriormente existe una reducción gradual, igualándose a los no fumadores en 10 a 15 años. En los pacientes que ya han tenido un episodio de enfermedad coronaria, dejar de fumar se asocia a una disminución de 50 % de la mortalidad (Álvarez, 2003).

### **1.5.3.-Enfermedades vasculares periféricas**

La enfermedad vascular periférica (PVD) es un trastorno de la circulación lento y progresivo. Incluye todas las enfermedades en cualquiera de los vasos sanguíneos fuera del corazón y las enfermedades de los vasos linfáticos (las arterias, las venas o los vasos linfáticos).

Los órganos que reciben el suministro de sangre a través de estos vasos, como el cerebro, el corazón y las piernas, pueden dejar de recibir un flujo sanguíneo adecuado para su funcionamiento normal. Pero las piernas y los pies son las partes más frecuentemente afectadas, de ahí su nombre: enfermedad vascular periférica.

Es un hecho demostrado que el tabaquismo es la principal causa de una enfermedad vascular periférica, el consumo de tabaco aumenta el riesgo de cuatro a seis veces de adquirir esta enfermedad. Por otro lado, está demostrada la relación existente entre la duración e intensidad del tabaquismo y la magnitud de las lesiones, dejar de fumar reduce claramente el riesgo de padecer esta enfermedad y disminuye su mortalidad.

### **1.5.4.- Arteriosclerosis obliterante.**

Cuando la circulación sanguínea es deficiente en un músculo al hacer ejercicio se origina una enfermedad llamada arteriosclerosis obliterante, o "endurecimiento de las arterias". Este problema ocurre cuando el material graso (placa) se acumula sobre y dentro de las paredes de las arterias y las vuelve más estrechas. Las paredes de las arterias también se vuelven más rígidas y no pueden ensancharse (dilatarse) para permitir un mayor flujo de sangre cuando se necesita.

Este problema es más común que se desarrolle en las piernas, ocasionando molestias que van desde cansancio hasta calambres que van acompañados de una sensación de ardor y dolor agudo que surge después de caminar. Fumar es casi un requisito para desarrollar vasculopatías arteriales periféricas. El riesgo de contraer ésta enfermedad para fumadores es siete a ocho veces superior que en no fumadores.

---

### **1.5.5.-Tromboangeitis obliterante o enfermedad de Buerger**

Enfermedad inflamatoria crónica en las arterias periféricas de las extremidades que origina el desarrollo de coágulos en las arterias pequeñas a medianas de los brazos o las piernas, con la obstrucción de las arterias como consecuencia. Entre los síntomas se incluyen dolor en las piernas o los pies, piel fría y húmeda, y una disminución de la sensibilidad al frío y al calor. Indudablemente tiene una relación estricta con fumadores habituales (90 % de los pacientes); predomina en el varón en una relación con fumadores y la edad promedio para el inicio de las manifestaciones clínicas es de 30 años. Sin embargo, se han presentado casos en pacientes de 45 y de 20 años; es importante destacar que cuanto mayor sea la persona, mas difícil resulta distinguir las lesiones inflamatorias de las degenerativas.

### **1.5.6.-Enfermedad de Raynaud**

La enfermedad de Raynaud es un trastorno que afecta la circulación, generalmente en las manos y pies. Las arterias (vasos sanguíneos) que transportan la sangre a los dedos de las manos y de los pies se estrechan. La disminución en la circulación provoca la falta de oxígeno y el cambio en el color de la piel. Con el tiempo, se pueden desarrollar úlceras o gangrena (muerte del tejido) si no se previenen ataques frecuentes o severos. El tabaco actúa como un potente vasoconstrictor que, de una manera u otra, causa fenómenos vasospásmicos o de "asfixia" tisular, lo que trae consigo la manifestación clínica de un fenómeno de Raynaud atípico o bien, incompleto. Esto se debe a que al iniciarse la absorción del humo del tabaco se reduce el flujo sanguíneo a la piel.

### **1.5.7.- Tabaquismo y arteriosclerosis**

Aterosclerosis es la acumulación de placa en el interior de la pared arterial. La placa está formada por depósitos de sustancias grasas, colesterol, productos de desechos de las células, calcio y fibrina. La pared de la arteria se engruesa y pierde su elasticidad. Los síntomas de la aterosclerosis que aparecen a medida que la placa se acumula en la arteria pueden desarrollarse gradualmente y pueden no ser muchos. No obstante, cuando la obstrucción afecta a una arteria principal, puede provocar ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, aneurisma o coágulos

El tabaquismo no sólo es causa de arteriosclerosis, sino que también aumenta la tendencia a que se formen coágulos en la sangre.

Los mecanismos a través de los cuales el tabaquismo ocasiona embolia son similares a los que causan el infarto del miocardio. El riesgo de progresión de la arteriosclerosis es mayor en los pacientes fumadores que en los no fumadores. Además, se produce un sinergismo entre el consumo de tabaco y otros factores de riesgo de enfermedad arteriosclerótica como la hipertensión y la diabetes (Samet, 2002).

### **1.5.8.-Tabaquismo y accidentes cerebrovasculares**

El tabaquismo interviene en el desarrollo de los accidentes vasculares, ya que la propia enfermedad coronaria es un factor de riesgo para el accidente vascular cerebral y también porque el tabaco origina ateromatosis, (enfermedad en la que se deposita colesterol y otras grasas en la pared de las arterias). Por otra parte, la vasoconstricción que produce la nicotina dificulta el riego cerebral, a la vez que incrementa la viscosidad sanguínea. La enfermedad vascular cerebral es bastante más frecuente en fumadores, quienes tienen un riesgo entre dos y tres veces mayor de sufrir trastornos oclusivos, entre cuatro y seis veces para los trastornos hemorrágicos. Esto es muy importante en mujeres que consumen anticonceptivos, en las que existe un riesgo 21.9 veces mayor al de no fumadoras (Barroso, 1990). La influencia del tabaquismo sobre el sistema circulatorio es diferente según la localización. Es determinante para el mal funcionamiento de los grandes vasos arteriales, provocando arteritis en los miembros inferiores, arterioesclerosis del cruce aórtico y de la aorta ascendente, aneurisma de la aorta, etc. Es *importante* para la arteriosclerosis coronaria y los accidentes cardiacos agudos como el infarto y la muerte súbita.

*Es moderado*, pero no despreciable para los accidentes vasculares cerebrales, cuyo riesgo relativo se multiplica por 2.5, sobre todo en combinación con la hipertensión arterial, llegando a ser hasta de 10. Lo mismo sucede con la combinación tabaco más anticonceptivos orales.

*Agravante* para la hipertensión arterial, con un aumento suplementario de la presión por cada cigarrillo y una reducción de los efectos terapéuticos de ciertos antihipertensivos (Lagrué, 1999).

### **1.5.9.-Patologías respiratorias**

El aparato respiratorio, junto con la piel, es el sistema del organismo humano que tiene una mayor superficie de contacto con el medio externo. La vasculatura pulmonar está estructurada funcionalmente para asegurar la rápida remoción de material que ha llegado hasta esta zona; primero, los capilares pulmonares tienen un área de 90 m<sup>2</sup> y segundo, toda la sangre que viene del lado derecho del corazón pasa a través de los pulmones; puesto que el mismo volumen de sangre sale de ambos lados del corazón, los pulmones reciben en un minuto una cantidad igual a la que pasa por el resto del organismo. Todos estos factores se combinan para hacer de los pulmones la superficie de absorción más eficiente del cuerpo humano (Levine, 1996).

El humo del cigarrillo es el principal causante de sintomatología y enfermedades respiratorias. Se han realizado diversos estudios transversales en los que se describe una mayor prevalencia de síntomas respiratorios, como tos, expectoración, disnea y sibilancias de forma prolongada en fumadores en relación con los no fumadores. Después de fumar un cigarrillo hay aumento de la re-

sistencia al aire inspirado y alteraciones en la distensibilidad dinámica. Los cambios histológicos más importantes son pérdida de cilios, hiperplasia de células basales, aparición de células atípicas con núcleos hipercromáticos y metaplasma epidermoide (Rivero, 2002).

La inhalación del humo de tabaco se asocia con diversos padecimientos del aparato respiratorio, los cuales se mencionan brevemente a continuación, pero también condiciona la exacerbación de padecimientos subyacentes, así como una mayor susceptibilidad al desarrollo de cuadros alérgicos en sujetos susceptibles (asmáticos, con rinitis, hiperreactividad bronquial, etc.).

### **1.5.10.-Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

Es la de mayor prevalencia e impacto socioeconómico de todas las enfermedades respiratorias, (Barbera, 2001). De acuerdo con el INEGI en el 2000, la EPOC se reportó como la sexta causa de muerte en México. Este padecimiento se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo, que combina bronquitis crónica (tos crónica y producción crónica de esputo) y enfisema pulmonar con el síntoma específico de disnea; esta limitación al flujo aéreo es generalmente progresiva, y está asociada con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas nocivas o gases como los que contiene el humo de leña y el de tabaco.

El consumo de tabaco produce cambios inflamatorios pulmonares en todos los fumadores, aunque solo una parte de ellos desarrolla enfisema pulmonar. Más de 90 % de los casos de EPOC están relacionados con el tabaquismo. Así pues, la EPOC se define como un proceso caracterizado por un descenso de los flujos espiratorios que no cambian de manera notable durante un periodo de varios

meses de tratamientos. En estudios en los que se ha analizado la mortalidad por EPOC se ha encontrado que es 14 veces superior en fumadores de cigarrillos que en no fumadores, y seis veces superior en fumadores de pipa y puros. La mortalidad está en relación con el número de cigarrillos consumidos: los fumadores de uno a 14 cigarrillos al día tienen una mortalidad cinco veces superior que los no fumadores, y los fumadores de más de 25 cigarrillos al día dos veces más alta que el grupo menos fumador (Doll, 1976).

El inicio de la EPOC suele ser insidioso, con síntomas tan leves que en ocasiones el paciente niega tenerlos, o bien, los considera normales, atribuyéndolos al tabaquismo; es importante recalcar, por ejemplo, que la llamada tos de fumador no es normal, y es una manifestación temprana de bronquitis.

Por otra parte, se ha encontrado un deterioro mayor en la función pulmonar en mujeres fumadoras comparadas con los hombres, incluso con el mismo índice de tabaquismo (Pérez, 2003).

### **1.5.11.- Bronquitis crónica**

Se define como la presencia de tos con producción de expectoración, la mayoría de los días, por lo menos durante tres meses al año y durante dos años sucesivos o más, debiendo excluir otros procesos específicos que puedan dar síntomas similares. Actualmente se acepta que el estímulo inicial para la hipersecreción de moco es el tabaquismo. En estudios sobre la preponderancia de tos y expectoración en adultos fumadores y no fumadores se ha demostrado un predominio notable de estos síntomas, con mortalidad superior por bronquitis crónica en fumadores, la cual aumenta en razón directa la cantidad y duración del tabaquismo.

Las principales alteraciones patológicas que ocasiona el humo del tabaco son debidas a su acción irritante sobre el epitelio, con la consecuente hipertrofia de las glándulas de la mucosa bronquial y de las células caliciformes, con producción excesiva de moco, por otro lado, la inhibición de la actividad de los cilios y de la actividad fagocítica de los macrófagos alveolares por los componentes del humo de tabaco, impiden el drenaje del árbol bronquial, todo esto permite la acumulación de secreciones y facilita la infección. Los pacientes con bronquitis crónica o enfisema se encuentran dentro de un círculo vicioso que los lleva a grados variables de insuficiencia respiratoria crónica y a episodios de insuficiencia respiratoria aguda que requieren de hospitalización y manejo adecuado (Rivero, 2002).

### **1.5.12.- Enfisema pulmonar**

Según la *American Thoracic Society* y de la OMS el enfisema pulmonar se define como el aumento de los espacios aéreos distales al bronquiolo terminal acompañados de destrucción, se rompen los tabiques interalveolares y no se produce el intercambio gaseoso, dando como consecuencia que la respiración se haga superficial y angustiosa (Rivero, 2002). El enfisema no tiene solución. Se pueden instaurar tratamientos paliativos, pero cuando hay destrucción pulmonar esta se puede detener pero no curarse.

El enfisema se clasifica en cuatro tipos, de acuerdo con la porción del acino que afecta en: *a)* centrolobulillar o centroacinar, *b)* panlobulillar o panacinar, *c)* paraceptal o distal, *d)* irregular o paracatrizada.

El enfisema es más frecuente en el hombre, en una relación de seis a cuatro; el síntoma principal es la disnea progresiva de grandes, medianos y pequeños esfuerzos.

Son múltiples los estudios que demuestran que el humo de cigarro induce a una pérdida acelerada de la función pulmonar, conduciendo a la incapacidad respiratoria y muerte anticipada. Esta pérdida no se recupera, pero se estabiliza al dejar de fumar. La inhalación crónica del humo de tabaco provoca:

Aumento de la secreción de moco. Se combina con un grave deterioro del sistema mucociliar, con el consecuente déficit de las defensas mecánicas del aparato respiratorio, que conduce al aumento de infecciones, tos y expectoración crónica.

Lesiones en las pequeñas vías respiratorias y el parénquima pulmonar. Esta alteración reduce el flujo de aire a través de las vías respiratorias. La reducción de la función pulmonar determina un mayor gasto de energía al respirar, que en un fumador llega a ser hasta de 80%, en contraste con un no fumador en donde únicamente se gasta 5 %. La mortalidad atribuible al tabaco en estas enfermedades respiratorias es de 80% (Calvo, 1998).

### **1.5.13.- Asma**

Es un trastorno respiratorio caracterizado por estrechamiento bronquial contráctil, inflamatorio y edematoso, que origina episodios de tos y secreciones bronquiales y viscosas. Los episodios reversibles pueden desencadenarse como consecuencia de la inhalación de alérgenos o contaminantes, así como infecciones, pero el tabaco es uno de sus más poderosos desencadenantes, sobre todo en niños que conviven con padres que fuman, y cuyos riesgos de padecer la enfermedad se multiplican por 1000 veces. Las crisis repetidas suelen evolucionar a enfisema y bronconeumopatía crónica obstructiva.

El asma de origen tardío, como ocurre en algunos pacientes seniles (65 años), se puede confundir con EPOC solo porque se trata de un paciente en edad avanzada; de igual forma sucede en el paciente con asma que además tiene el antecedente de tabaquismo.

En ocasiones nos encontramos con pacientes que presentan cuadros clínicos mezclados en los que es difícil definir si se trata de asma o EPOC. Hay pacientes que después de muchos años de ser asmáticos tienen un comportamiento de irreversibilidad de la obstrucción de las vías aéreas y se comportan clínica y funcionalmente como EPOC más que como asma; así como pacientes que además de asma tienen un tabaquismo importante, lo que altera sus valoraciones y dificulta su diagnóstico; en estos casos se requieren estudios más exhaustivos como pletismografía, prueba de reto bronquial, difusión de monóxido de carbono, lavado broncoalveolar, entre otros (Pérez, 2003).

#### **1.5.14.-Carcinogénesis**

La carcinogénesis es el proceso biológico del cáncer ocasionado por: señales químicas, físicas y biológicas en una o varias fases del ciclo celular provocando modificaciones moleculares y estructurales que alteran el proceso vital de la célula.

La relación entre consumo de tabaco y cáncer fue sugerida por primera vez en 1761, cuando John Hill registró el desarrollo de pólipos en la mucosa nasal de consumidores de rape.

Posteriormente el trabajo de Yamagawa e Ichikawa, en 1914, demostró por primera vez la naturaleza carcinógena de diferentes hidrocarburos resultantes de la combustión del tabaco. En 1941, Alton Ochsner reconoció la interacción entre tabaquismo crónico y cáncer de pulmón. Actualmente son innumerables las evidencias científicas que confirman que el humo de tabaco contiene múltiples sustancias químicas productoras de cáncer. Se ha estimado que entre 75 a 80 % de los cánceres en el humano están relacionados con la exposición a carcinógenos químicos (sustancias que al actuar sobre el material genético de la célula lo modifican produciendo mutaciones que pueden conducir a un cáncer) (Álvarez, 1998).

En el humo de cigarro se han descrito potentes carcinógenos, como hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas, metales pesados, elementos radiactivos como el Polonio-210, etc. El principal efecto carcinógeno del tabaco en el organismo ocurre sobre aquellos tejidos directamente expuestos al humo; sin embargo, los carcinógenos presentes en éste, además de ser inhalados se disuelven en la saliva, llegan al intestino donde son absorbidos y a través del hígado pasan a la circulación sistémica, lo mismo ocurre con aquellos que se absorben a nivel de los alveolos, esto explica por qué el tabaco se relaciona con tumores malignos de laringe, orofaringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, colon y recto, riñón, vejiga, mama, aparato genital y órganos linfáticos.

El tabaco es el responsable de 30 % de todas las muertes causadas por el cáncer, en hombres fumadores esta incidencia llega a 50 % en relación con los no fumadores. En las mujeres este índice alcanza 30%. (Álvarez, 1998).

### **1.5.15.-Cáncer de laringe y de cavidad bucal**

Las neoplasias (llamada también tumor o blastoma término q se utiliza para designar una masa anormal de tejido). Se ha estimado que 83 %de la neoplasia de laringe se deben al consumo de tabaco, que constituye el principal agente causal de esta patología. El riesgo de padecer esta neoplasia es 10 veces mayor si son fumadores y ocho veces más para las mujeres fumadoras.

Existen evidencias epidemiológicas que asocian este tipo de cáncer con el número de cigarrillos consumidos, la edad de inicio, la profundidad de la inhalación y el uso de filtros. Por otro lado, los fumadores de pipa y puro tienen igual riesgo que los de cigarrillos, los ex fumadores tienen menos riesgo, y la disminución del mismo comienza a hacerse patente después de cuatro años de abstinencia.

Un dato importante es que la combinación de consumo de cigarrillos y alcohol aumenta el riesgo de cáncer de laringe hasta 75 %, respecto al consumo exclusivo de uno de ellos, especialmente en tumores supraglóticos. El alcohol puede actuar como solvente de los carcinógenos del humo o inducir cambios en el metabolismo hepático de los mismos, lo que explicaría el sinergismo entre alcohol y tabaco (Álvarez, 2003).

En cuanto a las neoplasias orales y orofaríngeas, las zonas más afectadas se encuentran en el piso de la boca, base de la lengua, área retromolar y arco palatino, glándulas salivales y en zonas de acumulación de saliva, donde el carcinógeno puede permanecer en contacto con la mucosa durante periodos prolongados (Miró, 1992).

El tabaco es el responsable de 92 % de todos los casos de este tipo de cáncer en los hombres y de 62 % en las mujeres. El riesgo es 27 veces superior en hombres fumadores que en los que no fuman, y seis veces superior en el caso de mujeres

fumadoras. Asociar alcohol y tabaco aumenta 50 % las posibilidades de desarrollar este tipo de cáncer.

La problemática se incrementa en países donde es frecuente el consumo de tabaco masticado o fumado con el extremo de ignición hacia el interior de la boca. Si a esto se añade alcohol, una mala higiene bucal o una dentadura inadecuada, se suman los factores de riesgo.

### **1.5.16.-Cáncer de pulmón**

El cáncer de pulmón es una neoplasia, () maligna que tiene su origen en las células basales totipotenciales del epitelio bronquial. En la actualidad es considerado como el tumor intratorácico de mayor importancia mundial por las dificultades que plantea su diagnóstico temprano, control y escasa respuesta a la terapia. Es la principal causa de mortalidad en hombres habitantes de países desarrollados.

Este tumor maligno tiene uno de los pronósticos más bajos de todos los tipos de cáncer: menos de 13 % de los pacientes sobrevive después de cinco años de haberseles diagnosticado (Wingo, 1995); sin embargo, cuando se detecta en etapas tempranas la sobrevivencia se incrementa de manera significativa.

Son numerosos los estudios epidemiológicos que han establecido de manera contundente la relación entre tabaquismo y cáncer de pulmón (CP). Los estudios realizados por Doll y Hill (1954), médicos británicos, concluyen de forma incontrovertible esta asociación, a tal punto que "quizá no existe otra enfermedad en la que se hayan cumplido más cabalmente las etapas de la investigación epidemiológica" (Correa, 1966).

El autor comenta que el cáncer pulmonar (CP) es el más frecuente entre los fumadores; ha aumentado 250 % desde 1950, aumento relacionado directamente con el hábito de fumar. Hay estudios que demuestran que el desarrollo de este tumor entre los fumadores es 22 veces superior entre los hombres y 12 veces entre las mujeres.

Según la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos, (2000) el tabaco incrementa el riesgo de los cuatro tipos histológicos principales de cáncer de pulmón: epidermoides, de células pequeñas, de células grandes y adenocarcinoma, aunque es mayor en los dos primeros. La mortalidad con éste tipo de tumor es muy elevada, pues en el momento del diagnóstico en 70 % de los pacientes la enfermedad ya se ha diseminado.

En México, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ocupa el primer lugar en la mortalidad por tumores malignos. La mayoría de los pacientes que llegan a atenderse al Instituto Nacional de Cancerología se pueden clasificar en estadio IV, la mortalidad es extremadamente elevada (Green, 2000).

Se ha establecido una clara relación dosis-respuesta en las siguientes variables: a) número de cigarrillos consumidos, de tal forma que la relación no es lineal, ya que los fumadores de 40 cigarrillos/día tienen un riesgo más de dos veces superior a los fumadores de 20 cigarrillos/día; b) con la duración del consumo, de tal manera que el riesgo es mayor consumiendo 20 cigarrillos/día durante 40 años que fumando 40 cigarrillos/día durante 20 años; c) con la edad de inicio, ya que aquellos que comenzaron antes de los 15 años tienen cuatro veces más riesgo que aquellos que lo hicieron después de los 25; d) tipo de cigarrillo y grado de inhalación, tienen más riesgo los que inhalan más profundamente y consumen cigarrillos con un contenido más alto de nicotina y alquitranes; e) abandono del

tabaquismo, ya que el riesgo disminuye de forma muy importante después de los 15 años de haber abandonado el tabaquismo.

El cuadro clínico del paciente con CP depende de la etapa en la que se encuentre. Puede estar constituido por datos clínicos sospechosos, datos clínicos por metástasis intratorácicas o invasión, manifestaciones por metástasis extratorácicas y manifestaciones paraneoplásicas (Rivero, 2002).

Los procesos que conducen al CP se inician con la exposición a diferentes carcinógenos, cuya fuente más importante es el humo de tabaco; estos carcinógenos son capaces de alterar la expresión de diferentes genes (mutación) que puede prosperar hasta convertirse en cáncer. Dentro de los oncogenes y genes supresores que se han involucrado con la génesis del CP, destacan en el primer grupo las familias ras, myc y erb, mientras que dentro de los antioncogenes destaca el papel del p53, puesto que 60 % de las neoplasias pulmonares tienen mutaciones a ese nivel. Esta última asociación se ha confirmado a nivel experimental con benzopireno (Greenblatt, 1994).

## **1.6.- TABACO Y PROBLEMAS DE SALUD PARA LA MUJER.**

Desafortunadamente no se han realizado estudios por género en cuanto a mortalidad, sin embargo de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones (2011), del total de fumadores, 4 millones 686 mil corresponden a mujeres.

Ponciano (2008) menciona que el tabaquismo tiene un importante impacto sobre la salud de la mujer, en las fumadoras se presenta una reducción de la fertilidad y fecundabilidad. Algunos estudios sugieren que los compuestos del humo de tabaco incrementan el riesgo de tener alteraciones en los ciclos menstruales (ciclos anovulatorios, por ejemplo).

Se ha sugerido un efecto antiestrogénico para algunos componentes del humo de tabaco. En mujeres fumadoras se presenta un aumento de las alteraciones en el funcionamiento de las Trompas de Falopio, lo que se refleja en un incremento del riesgo de presentar embarazos ectópicos y abortos espontáneos. Asimismo, se observa un mayor número de infecciones en el aparato reproductor de las consumidoras de tabaco.

Las mujeres, además de estar expuestas a los mismos riesgos que el consumo de tabaco ocasiona en los hombres, están sometidas a otros adicionales. En los últimos quince años, se han empezado a descubrir algunos problemas que este producto provoca de forma específica en las mujeres; entre ellos los más importantes son los siguientes:

Incremento del riesgo cardiovascular en mujeres que utilizan contraceptivos orales. El tabaco ejerce un efecto multiplicador de los peligros de enfermedades coronarias en las fumadoras que toman anticonceptivos. La posibilidad de padecer un infarto de miocardio en estos casos aumenta aproximadamente diez veces.

La osteoporosis es una enfermedad muy común entre la población anciana y presente uno de los problemas de salud pública a nivel mundial que predispone a fracturas con trauma mínimo. La osteoporosis se debe conceptualizar como la pérdida progresiva de la densidad ósea.

Los factores de riesgo asociados con disminución en la densidad ósea, además de la predisposición genética, son la pobre ingesta de calcio, la edad, la falta de actividad física y el consumo de tabaco. De estos factores el tabaquismo es probablemente el más importante porque al modificarse, cambia la expectativa de su presencia y desarrollo. Las mujeres que fuman más de 3 paquetes al año, tienen

probabilidad de desarrollar osteoporosis es hasta un 150% más en comparación con las mujeres que nunca han fumado. (Morales, Torres J).

El mismo autor comenta que las fracturas por osteoporosis es otro problema de salud para la mujer fumadora, la densidad mineral ósea baja no es el único factor, uno de los más importantes es el tabaquismo, la hipótesis que sostiene esta asociación es que el tabaco disminuye la actividad osteoblástica (formación, regeneración y crecimiento normal del hueso) e induce reducción en la densidad ósea.

El riesgo de desarrollar cáncer cérvico-uterino (CACU).esta en relación con el número de cigarrillos que la mujer fuma. Esta neoplasia, (formación tumoral benigna o maligna), es aún una de las principales causas de muerte relacionadas a cáncer en mujeres. El tabaquismo incrementa el riesgo de desarrollarlo, se ha demostrado que las mujeres que fuman tienen un riesgo mayor de CACU, éste riesgo se incrementa con el número de cigarrillos fumados diariamente, las mujeres que fuman más de 10 cigarrillos durante 10 años tienen un 110% más probabilidad de desarrollar CACU, en comparación con una mujer que nunca ha fumado. Si fuman entre 1-9 cigarrillos, la probabilidad es de 90%. Así como cuando se inicia a fumar a edades tempranas, (Collins S, 2010).

En cuanto a las Infecciones ginecológicas, en circunstancias normales la vagina tiene una acidez que se debe a la presencia de una flora bacteriana conocida como la de los lactobacilos. La pérdida o la disminución de esta flora propicia la aparición de diferentes enfermedades. La Vaginosis Bacteriana (VB) es la infección vaginal más común. Se define como la disminución de población de lactobacilos y sobre crecimiento de otras bacterias, en particular un grupo conocido como anaerobias

*Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* y *Prevotella* species. El tabaquismo es un factor de riesgo muy importante, pues es más común entre las mujeres fumadoras y hay una mayor prevalencia en los grupos de edad más jóvenes. Sin embargo, en las fumadoras la frecuencia parece aumentar independientemente de la edad.

En el mundo, el cáncer de mama es el más frecuente en mujeres y el segundo como causa de muerte. En el 2002 esta neoplasia, (Multiplicación o crecimiento anormal de células en el tejido del organismo.), afectó a más de 4.7 millones de mujeres y se reportaron 1.15 millones de casos nuevos en el mundo. La Organización Mundial de la Salud predice que el cáncer de mama podrá comprometer a 5 millones de mujeres en el 2020. Desde el año 2006, ocupa el primer lugar como causa de muerte por cáncer en mujeres mexicanas. Los factores de riesgo asociados a este tipo de cáncer, incluyen historia reproductiva y menstrual, historia familiar de cáncer de mama, obesidad premenstrual, susceptibilidad genética, exposición a radiación y por supuesto el tabaquismo. El tabaquismo es considerado como causa de cáncer de mama en el sentido de que existen sustancias cancerígenas en el tabaco que pueden causar tumores. Además, se han demostrado metabolitos del humo de tabaco en el fluido o en el tejido de la mama de fumadoras. Así, biológicamente es explicable la relación de la exposición de tabaco con el cáncer de mama. (Knaul, F, 2009).

Las mujeres que consumen tabaco sufren un adelanto medio en la interrupción de la menstruación de entre dos y tres años con respecto a las que nunca han fumado.

Consumo de tabaco y arrugas. La aparición de pliegues en el rostro es un fenómeno natural y prácticamente universal entre las personas mayores, ya sean hombres o mujeres. Sin embargo, existen evidencias de que el tabaco produce sequedad cutánea y acelera la aparición de arrugas en la cara de forma prematura. Éste es un fenómeno que si bien no puede considerarse como un problema de salud grave para las mujeres, sí debe ser comentado, aunque sólo sea para contrarrestar la imagen que la publicidad ofrece de las supuestas consumidoras: atractivas jóvenes de rostros radiantes, además Las mujeres que consumen tabaco sufren un adelanto medio en la interrupción de la menstruación de entre dos y tres años con respecto a las que nunca han fumado. (Ponciano, 2002).

### **1.7.- Tratamientos para dejar de fumar disponibles en México.**

El tabaquismo es una enfermedad, y el fumador es un enfermo. Es una enfermedad a la que es más fácil definir como un síndrome de daño multisistémico, lentamente progresivo, asociado con la adicción a la nicotina. El fumador puede llegar a enfrentar una adicción severa, que a su vez condiciona la dependencia psicológica y física. Sus características son las de un adicto a la nicotina, y que eventualmente puede desarrollar síntomas del síndrome de abstinencia al abandonar el consumo.

Los tratamientos para dejar de fumar se pueden agrupar, a grandes rasgos, en los que se basan en el uso de fármacos con o sin remplazo de nicotina y los basados en estrategias conductuales y de tratamiento de la dependencia psicológica. En México, la introducción y difusión de las terapias de remplazo de nicotina empezó a finales de la década de los 80. Diez años después se iniciaron las campañas de promoción en los medios de comunicación masiva. Actualmente, en el mercado

mexicano existen tres tipos de terapias de remplazo: los chicles de polacrilex, los parches y los inhaladores orales. Al decidir darle a un fumador remplazo de nicotina es importante considerar cuánta nicotina libera el producto que se va a recomendar, cuánta nicotina está acostumbrado a recibir el fumador diariamente, y cuál es la mejor forma de administración. Adicionalmente a las opciones antes descritas existe otra variedad de medicamentos antidepresivos usados como auxiliares para dejar de fumar, la mayoría de los cuales no tiene aprobación para darles ese uso, excepto el bupropión.

Bupropión: estimula la función noradrenérgica y dopaminérgica, y tiene efectos antidepresivos. Duplica la tasa de abstinencia aún a largo plazo y tiene efecto aditivo con los parches de nicotina. Se recomienda iniciar con la mitad de la dosis recomendada (administrada en la mañana) para identificar rápido a personas intolerantes al medicamento. Tiene un cierto efecto en evitar el incremento de peso. Puede causar insomnio, ansiedad, convulsiones en (epilépticos o alcohólicos) y sensación de resequead en la boca, (Palmer, 1992).

### **1.7.1.-Tratamiento de la dependencia psicológica**

Si bien el tratamiento de la dependencia física con alguno de los fármacos antes descritos tiene grados variables de éxito, en general nunca es mayor a 40%. Hoy se sabe que el tratamiento de un fumador, sea de baja intensidad como el consejo mínimo, o una intervención intensiva, como un tratamiento psicológico clínico, pasa por varias fases. Estas son las de preparación, en la que se trata de motivar a la persona para que deje de fumar; la fase de abandono, en la que se le ayuda a conseguir que deje de fumar y, finalmente, la fase de mantenimiento, en la que se le entrena para que sea capaz de mantener la abstinencia a lo largo del tiempo y

prevenir así la recaída. Junto a estas fases, hay que tener en cuenta para el diseño de un tratamiento, aquello que facilita y que impide el abandono de los cigarrillos en la mayoría de los fumadores, las variables predictoras de la recaída y el fracaso terapéutico, como la alta motivación, la preparación para el cambio, especialmente cuando está preparado para dejar de fumar en el siguiente mes, una autoeficacia moderada o alta y disponer de una buena red de apoyo social, especialmente en su casa, con sus amigos, en su trabajo y en los lugares donde sale o se relaciona habitualmente.

Por el contrario, son variables predictoras negativas para dejar de fumar: tener una alta dependencia de la nicotina, como le ocurre a aquellos que fuman más de 20 cigarrillos al día, haber tenido un claro síndrome de abstinencia cuando han dejado de fumar en el pasado y fumar el primer cigarrillo poco tiempo después de despertarse. También es una variable predictora negativa tener un alto nivel de estrés, especialmente si éste se ha mantenido a lo largo del tiempo o coincide el período de abandono con acontecimientos vitales estresantes como cambio de trabajo, de localidad, de amigos, tener problemas conyugales, divorcio, problemas con los hijos, etc. Finalmente, también es un predictor negativo tener una historia de comorbilidad psiquiátrica, especialmente si tiene problemas de dependencia del alcohol, esquizofrenia u otros, o si tiene o ha tenido depresión (Fiore y cols., 2000).

La Clínica para Dejar de Fumar, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, aplica la terapia cognitivo-conductual, siguiendo las dos estrategias generales propuestas por (Fiore y Cols, 2000). La primera de esas estrategias se conoce como: solución de problemas/desarrollo de habilidades, en tanto que la segunda, describe los *elementos comunes de apoyo para ayudar a los fumadores a*

*dejar de fumar*. El éxito de las terapias se incrementa cuando el paciente es abordado por un equipo interdisciplinario de profesionales. Y con el mayor tiempo dedicado por el terapeuta. Igualmente, las sesiones grupales han mostrado más éxito; lo mismo ocurre con un mayor número de sesiones. Mientras que 2 a 3 sesiones proporcionan una probabilidad del doble de éxito, si son entre 4 a 7, las posibilidades de éxito son dos veces y media mayores.

Actualmente, en México se han incorporado al Cuadro Básico de Medicamentos del sector salud aquellos que se utilizan en las terapias de remplazo de nicotina. Igualmente, el Programa Nacional de Salud contempla la creación de más de un centenar de clínicas contra el tabaquismo, todo ello con el apoyo del Consejo Nacional Contra las Adicciones y su Programa contra el tabaquismo, cuyos ejes principales son las acciones de prevención, tratamiento y control, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, los Centros de Integración Juvenil, la Clínica Contra el Tabaquismo, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), coordinado por la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud, así como diversas instituciones privadas, son los principales actores dentro del campo del tratamiento del tabaquismo en el país, (Ponciano,2008).

## **CAPITULO 2: FACTORES QUE MANTIENEN EL CONSUMO DE TABACO.**

El siguiente capítulo refiere sobre los diversos factores que pueden influir en el consumo de tabaco ya que llega a ser parte de la personalidad del individuo por todos los mitos adjudicados al cigarro, el cual después de cierto grado de consumo llega a crear una dependencia física y durante el periodo de abstinencia genera ansiedad, depresión por mencionar algunos factores que a continuación se describen.

### **2.1.- Dependencia psicológica**

El consumo continuo de tabaco se convierte en un hábito que se asocia con situaciones cotidianas, en las que el fumar proporciona una sensación placentera; esto se conoce como dependencia psicológica.

Posteriormente se desarrollará la dependencia física a la nicotina que se presenta cuando el organismo ya requiere de la sustancia.

Quizá el tabaquismo en la población femenina está determinado por necesidades psicológicas y sociales que van más allá de la pura dependencia de la nicotina.

La nicotina es la principal sustancia del tabaco; actúa como sedante y estimulante, es altamente adictiva; su ingestión estimula el sistema nervioso central y algunas glándulas endócrinas, lo que causa una liberación repentina de glucosa; el estímulo va seguido de depresión y fatiga, situación que lleva a la persona a consumir más nicotina.

El tabaco como todas las drogas, causa dependencia física, psicológica y tolerancia a las sustancias adictivas.

La dependencia se manifiesta cuando una persona no puede prescindir del primer cigarro de la mañana, aún antes de desayunar y tiene que consumir otro antes de dormirse.

Los fumadores también generan una necesidad de tener entre los dedos o entre los labios al cigarro como objeto, por ello cuando se deja de fumar tienen que utilizar algún objeto para poder manipularlo.

La dependencia psicológica es la necesidad compulsiva de fumar a pesar de no presentar los síntomas de la abstinencia. El fumar se asocia con situaciones placenteras como: Reunión con amigos, escuchar música, leer, ver T.V. platicar, reducir el estrés, combatir el aburrimiento o bien afrontar situaciones difíciles, por lo que el tabaco acaba convirtiéndose en algo útil para enfrentar una diversidad de escenarios, (CONADIC, 2008).

## **2.2.- Dependencia física.**

La dependencia física o neuroadaptación, se define como un estado caracterizado por la necesidad de mantener determinados niveles de una droga en el organismo, (Martin del Moral, 2009), así como por la manifestación de diversas alteraciones fisiológicas al suspender la administración continua de la droga.

Tras la inhalación, la nicotina tarda de 7 a 8 segundos en llegar al cerebro y producir dos tipos de efectos farmacológicos en función de la dosis y del nivel de cada individuo en cuestión: efectos estimulantes, sedantes o ambos simultáneamente. El fumador adapta su patrón de inhalación de nicotina en cuanto

a frecuencia, profundidad de las inhalaciones y tiempo de retención del humo, en función de sus propias características y del efecto que pretenda provocarse en cada circunstancia. Estas variaciones del patrón de fumar producen distintas concentraciones de nicotina en sangre lo que da diferentes niveles de oferta de la nicotina al organismo y diferentes efectos en su acción. Para conseguir tales efectos, la nicotina estimula receptores cerebrales los cuales se van adaptando y habituando a unos niveles de dicha sustancia e incluso a los cambios que se producen entre el día y la noche. La disminución de la cantidad que hay en sangre hace que se estimulen los receptores reclamando la necesidad de fumar. A lo largo del tiempo se asocia un fenómeno de tolerancia por lo que hay que incrementar la dosis hasta un nivel de consumo diario que mantiene un número de cigarrillos más o menos constante con un máximo y un mínimo. (Kobb,y Le Moal, 2006).

El autor refiere que la dependencia física al tabaco se caracteriza por la presentación de perturbaciones físicas cuando se suspende la administración de la sustancia adictiva (la nicotina). El organismo se condiciona a mantener cierto nivel de nicotina en la sangre, cuando éste disminuye, experimenta un gran malestar que se disipa volviendo a fumar, conocido como el síndrome de abstinencia. Esto implica entonces que existe una dependencia física a la nicotina

### **2.3.-Depresión.**

La palabra “depresión” es una re-latinización (depressus) del francés *Depressare* está relacionada con *Deprimeré*, que significa empujar (premére) abajo (el prefijo de-) o bien abatir (Guilliamm, Kanner y Sheline, 2006).

La depresión es una experiencia que acompaña a los seres humanos desde el origen de su historia: tiene la misma edad que la humanidad, ya que está ligada al sufrimiento humano. Desde el antiguo testamento (Samuel 1,8 y Job 3) existen descripciones que coinciden con el diagnóstico de depresión, en estos tiempos la enfermedad mental era interpretada desde el punto de vista mágico. Hacia el siglo V a.C. se convierte en una enfermedad como tal, cuando Hipócrates define operativamente a la melancolía como una “repulsión a comer, desánimo, insomnio, irritabilidad e inquietud”, atribuyéndole la causa a una secreción excesiva de melánia- bilis negra- del bazo (uno de los cuatro humores corporales de la medicina antigua), la melancolía (Feigner y Boyer 1992, Ingram 2009).

En el corpus Hippocraticum se utilizaron los términos manía y melancolía como sinónimos, hasta que en el año 100 a.C. Soranus de Ephesus, las considera como dos diferentes entidades y señala una patología orgánica más que una enfermedad humoral como causa. Habla de que la melancolía es una enfermedad del esófago y es una tristeza sin fiebre, mientras que la manía es una enfermedad que se encuentra en la cabeza y es un desorden de la razón que no se acompaña de fiebre. Para el siglo VI a.C. Alexander Trallianus pensaba que la manía era melancolía que había escalado a frenesí, es decir, un avanzado estado de melancolía.

Más tarde, Aretaeus de Cappadocia (s.II o III d.C.) describió a la melancolía como causa del aumento de la bilis negra en el estómago o en el diafragma y a la tristeza, a la tendencia al suicidio, a los sentimientos de indiferencia y al retraso psicomotor como sus síntomas. También fue el primero en describir lo que hoy conocemos como trastorno bipolar (Feihgner y Boyer, 1992).

Galeno (129 d.C. o 130-199) propuso un concepto orientado a la etiología, refiriendo a la melancolía en tres estados: 1) quejas somáticas, llamada hipocondría, cuando había bilis negra en la sangre de la región del estómago, 2) Miedo, delirios y alucinaciones cuando los vapores de bilis negra llegaban al cerebro y 3) distribución del todo el cuerpo de bilis negra (Feihgner y Boyer, 1992).

Durante el Medievo (mediados del s. V y finales del s. XV) y durante el renacimiento (finales del s. XV y durante el s. XVI) el enfermo psiquiátrico sufrió las peores consecuencias de la época al ser considerado como poseído por demonios, por lo que se le castigaba físicamente o era mandado a la hoguera. En esta época los astros ejercían una gran influencia y a los melancólicos se les consideraba como “hijos de Saturno”, por ser un planeta frío, ventoso, lento y el más alejado de la tierra (Suarez y Pujol, 2009).

En los siglos XVII y XVIII los clínicos se concentraron en la sintomatología de la melancolía más que en la etiología. Los signos de melancolía eran la locura (Feihgner y Boyer, 1992). Durante la segunda mitad del siglo XVIII, con Philippe Pinel nacieron nuevas ideas orgánicas de la enfermedad mental como una visión anatómica y apreciadas como enfermedades cerebrales (Suarez Pujol, 2009). Antes de que el término depresión se convirtiera en un sinónimo de melancolía en el siglo XIX éste era aplicado en el sentido de una disminución específica y una perturbación general de las funciones psiquiátricas (Feihgner y Boyer, 1992). En el siglo XIX con el positivismo surgieron en Alemania grandes figuras que dejando a un lado el idealismo y despojando a la psiquiatría, la ética y la filosofía, orientaron su visión a una disciplina médica y universitaria, con ello la concepción somática de la melancolía medieval queda suplantada por un cuadro prevalente psíquico (Muriana 2007).

A Emil Kraepelin (1856-1929) se le atribuye el reemplazo del término melancolía a favor de la depresión; con él, el término melancolía dejó de usarse para designar un diagnóstico y se utilizó para designar un síndrome o un signo. El término depresión se utilizó para describir un trastorno del ánimo como parte de una enfermedad maniaco-depresiva, pero no como una unidad independiente (Feighner y Boyer 1992). Él mismo creó el término psicosis maniaco depresiva y describió cuatro formas: estados maníacos, depresivo, entre accesos y estados mixtos (Suarez y Pujol, 2009).

Sigmund Freud (1856-1939) consideraba la melancolía el resultado de un desarrollo perturbado en la infancia temprana que reduce los sentimientos de autoestima (Feighner y Boyer, 1992).

En el siglo XX se heredó la visión de que la depresión era una psicosis, una forma de locura. Sin embargo, la experiencia clínica sugería que muchos de los pacientes deprimidos no estaban locos, por lo que se necesitaba una nueva categorización. Influenciados por Freud, Guollespie y McCurdy en 1920 se construyeron los conceptos de depresión menor, neurótica y reactiva (Ingram 2009). En los 50' se consolidó la psiquiatría como ciencia médica y la depresión adquirió la categoría de patología del sistema nervioso con el desarrollo de marcadores biológicos, antidepressivos, test psicométricos y criterios diagnósticos, entre otros. Durante el siglo XX las clasificaciones se fueron confeccionando, con las revisiones hechas por la OMS y con la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, por sus siglas en inglés (DSM). Los cuales lograron unificar los criterios diagnósticos (Suarez y Pujol, 2009).

El tabaquismo y la depresión son dos importantes problemas de salud pública tanto en el mundo como en nuestro país. A pesar de la evidencia que se tiene hasta ahora sobre la alta comorbilidad entre la depresión y el tabaquismo, su tratamiento por lo general se aplica de forma independiente, por lo que se reconoce la urgente necesidad de integrar su atención atención.

Varios estudios han revelado una asociación positiva entre el hábito de fumar y algunos trastornos psiquiátricos y neurológicos como depresión, esquizofrenia, Alzheimer, Parkinson y Síndrome de Gilles de la Tourette. Además, en fumadores adolescentes, de 13 a 15 años, se ha encontrado una relación entre los problemas psicosociales y el establecimiento del hábito de fumar. Una hipótesis que explica dicha relación, es que los trastornos del estado de ánimo podrían ser primarios y revelarse con la abstinencia. (Anda, 1990).

## **2.4.-Ansiedad.**

El término ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa congoja o aflicción. Es una sensación normal que experimentamos las personas en momentos de preocupación o peligro ya sea por un estímulo externo o interno. La ansiedad es una emoción que pone al organismo en alerta, lo activa a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, ante la posibilidad de que en una determinada situación se obtenga un resultado negativo o no deseado. La valoración cognitiva de dicha situación como una amenaza dispara una serie de anticipaciones subjetivas, respuestas fisiológicas y conductuales que interactúan entre sí y llevan al individuo a un estado de inquietud, que no cesa mientras siga procesando la información amenazante. Este estado emocional de ansiedad se caracteriza generalmente por una experiencia subjetiva en la que la valencia (tono hedónico) es negativa o

desagradable, la autopercepción de intensidad de la activación fisiológica es alta (los síntomas somáticos percibidos pueden dar al individuo una experiencia de alta excitación corporal) y la sensación de control tiende a estar amenazada (Cano-Vindel, 2007). Si el individuo se encuentra en una situación estresante o procesa la información de una manera sesgada, normalmente surgirá el estado de ansiedad, que suele poner en disposición al individuo para afrontar activamente la situación si bien algunos individuos desarrollan un afrontamiento represivo (no valoran la situación como amenazante), sin embargo no les sirve para frenar una alta activación fisiológica (Eysenck 2007). Aunque la ansiedad es una respuesta emocional cotidiana y nos ayuda a adaptarnos mejor, al ponernos en alerta, sin embargo muchas personas sufren excesivos niveles de síntomas que les pueden producir malestar clínicamente significativo, alteraciones o desórdenes de tipo psicofisiológico o psicosomático, así como conductas desadaptadas, como por ejemplo fumar, desarreglos con la comida o abuso de tranquilizantes. Al final, los estados de ansiedad intensos y crónicos pueden ir asociándose con problemas para la salud física y mental, accidentes o alteraciones del rendimiento. Estos cambios descritos en este proceso tardan un tiempo en producirse, pero se dan con bastante frecuencia; así, por ejemplo, los trastornos de ansiedad son el tipo de desorden mental más frecuente y el riesgo de padecer algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida en nuestro país es de un 13,3% y en USA de un 36% (Cano-Vindel 2007).

En los últimos años se ha establecido consistentemente, tanto en estudios de la población general, como en la población psiquiátrica que existe una relación entre fumar y padecer en mayor medida trastornos mentales como ansiedad, depresión, trastornos bipolares, etc. (Cano-Vindel. Tobal, 2012). Existe una relación directa

con los diferentes factores y el consumo de tabaco, el fumar provoca consecuencias negativas en la salud física, se ha visto que la nicotina resulta una droga casi ideal para el que la consume, puesto que posee tanto propiedades estimulantes como tranquilizantes. El consumo de tabaco produce distintas alteraciones en el comportamiento (como estrés, ansiedad, depresión o cambios en el estado de ánimo) que el individuo nota al estar privado de nicotina. (Becoña y Takemura 2008).

En lo que atañe a los trastornos de ansiedad, distintos estudios demuestran claramente una relación entre su prevalencia y el consumo de tabaco. Una nueva línea de investigación está sugiriendo para conocer si el consumo de tabaco previo puede incrementar los trastornos de ansiedad o si, por el contrario, padecer un trastorno de ansiedad lleva a incrementar el consumo de tabaco o a comenzar a fumar, (Becoña E, Miguez, 2004).

Estudios como el de Johnson, (2000), han encontrado que, quienes a los 16 años fumaban un paquete o más de cigarrillos diariamente, seis años más tarde presentaban un mayor porcentaje de trastorno de ansiedad, respecto a los que a los 16 años sólo fumaban de 1 a 19 cigarros diarios. En el mismo estudio se observa que se encuentra mayor ansiedad en los que solo han probado los cigarrillos que en los que nunca los han probado. , (Becoña E, Miguez, 2004).

### **2.4.1.- Ansiedad en la adolescencia.**

*Los problemas emocionales breves forman parte del desarrollo normal, pero las dificultades emocionales o conductuales asociadas a una distorsión prolongada o a un retraso en el proceso de desarrollo indican la presencia de patología de un trastorno bien definido.*

La ansiedad es un sentimiento que se presenta en todas las personas porque es, principalmente, una respuesta emocional. En consecuencia, se puede decir que existe un trastorno de ansiedad para adultos, y que los niños y adolescentes comparten muchos de los síntomas, pero con características propias de las distintas fases de su etapa de desarrollo.

Para el tiempo que los niños llegan a la adolescencia ya exhiben patrones bien desarrollados de respuestas emocionales a los acontecimientos y a las personas.

Entonces, el patrón de respuesta emocional que se muestra durante la adolescencia es solo la continuación del que ha ido apareciendo lentamente durante la niñez.

En las diferentes edades y etapas existen ajustes y desajustes que crean un desequilibrio constante que varía en función de la naturaleza, cantidad y calidad de los factores psicosociales causantes de ansiedad.

La perspectiva del desarrollo ayuda a entender como la frecuencia de trastornos mentales en niños y adolescentes varía, en relación con el grado de disfunción que el niño experimenta, asociado a un patrón específico de síntomas. En esta línea de

ideas, el abuso o dependencia de sustancias se considera como trastorno de la salud mental.

Aunque el malestar en la adolescencia puede ser soportable y los contactos sociales se toleren adecuadamente, el comportamiento de muchos adolescentes exige un gran consumo de energía, mismo que genera mayor ansiedad.

Dado el proceso de desarrollo no sorprende que la ansiedad cruce con altibajos, de tal manera que se nota una mejoría como resultado de influencias benéficas o factores protectores que actúen sobre ellos. Así algunos adolescentes ansiosos pueden abusar del tabaco por cierto tiempo como parte de su crisis de adolescencia y posteriormente abandonar el consumo.

Asimismo, otros jóvenes que antes sólo estaban en riesgo de consumir pueden desarrollar un trastorno por dependencia a la nicotina, con un impacto tan grave y devastador sobre ellos y sus familias, como sucedería en condiciones similares en adultos.

Así, al considerar que los adolescentes ansiosos que consumen tabaco son víctimas únicamente de influencias negativas, se corre el riesgo de subestimar la gravedad de estas condiciones y la necesidad de la intervención terapéutica.

De la misma forma, los factores de riesgo o estresores pueden tener gran impacto, poco o ninguno, dependiendo de la edad en la que ocurren o si aparecen solos o asociados a otros factores de riesgo.

Experimentar una carga de ansiedad es un tema de preocupación en la adolescencia, pero puede ser de gran ayuda identificarla antes que se convierta en un trastorno, el cual interrumpa con el proceso normal de desarrollo.

Por lo que, es importante tomar en cuenta que los trastornos de ansiedad en la adolescencia son factor de riesgo para experimentar con drogas legales o ilegales utilizadas para disminuir el nivel de ansiedad (Moreno, 2005).

## CAPITULO 3

### TABAQUISMO EN LA MUJER.

Hay países en donde las mujeres siguen siendo, numéricamente hablando, más que los hombres. Este es el fenómeno conocido como la espiral de género, que explica que en edad joven, los hombres son más, sin embargo en edades mayores, las mujeres superan en cantidad a los hombres, En México actualmente hay 95 hombres por cada 100 mujeres, es decir de un total de poco más de 112 millones de habitantes, casi 55 millones son hombres y 57 son mujeres. (INEGI, 2010).

Hoy en día, no es extraño encontrar mujeres ocupando altos cargos en diferentes instituciones, operando equipos de cómputo, máquinas de trabajo rudo, autos particulares, transporte público. Actividades que antes eran predominantemente masculinas, como también masculinas eran las adicciones. Hoy desafortunadamente las mujeres consumen alcohol a la par que los hombres y fuman en igualdad con ellos. La feminización también ha llevado al género más sensible, creador de vida y promotor del cuidado, al consumo de sustancias como la nicotina contenida en el tabaco, a atentar contra su vida y a descuidar su salud a la de los suyos. La "igualdad", producto en parte de la globalización, y en parte a la mal entendida feminización, ha llevado a la mujer a morir como los hombres, es decir a desarrollar enfermedades antes, características o predominantemente desarrolladas por los hombres, (Velázquez, Díaz. A, 2011).

El autor señala que el uso del tabaco ha sido incorporado como un elemento “positivo” del rol femenino, debido tanto a la influencia de la publicidad de las compañías tabacaleras como a la aceptación social. El consumo de tabaco entre las mujeres no está tan mal visto por la sociedad, dado que al ser una droga legal, se tiene una menor percepción de los riesgos a la salud asociados con éste. Las causas de que la mujer tienda a igualar las cifras de consumo a la de los varones, se relaciona con los mismos roles sociales en los que la mujer participa, la aceptación y, muchas veces, la presión del grupo de amigos y compañeros para que inicie el uso de este tipo de sustancias, por otro lado la curiosidad, la rebeldía, la inconformidad ante las normas establecidas en la familia, que pueden ser aun distintas para hombres y mujeres.

Aunque hombres y mujeres están expuestos al riesgo de enfermar o morir por las mismas causas, las mujeres están sujetas a la posibilidad de sufrir afecciones adicionales ligadas con diferencias hormonales y su función reproductiva. Durante mucho tiempo en medios publicitarios se vendía la imagen de la fumadora como una mujer ejecutiva, seductora, exitosa, atractiva y aceptada por ciertos estratos económicos, porque se considera a los jóvenes y a las mujeres como el punto central de la publicidad para lograr que consuman sustancias, como el tabaco. Es común que al desarrollar ciertos roles sociales, la mujer desee ser aceptada y reconocida por el grupo de amigos, lo que trata de hacer imitando sus comportamientos, (Ponciano, 2008).

El tabaquismo es considerado el principal problema de salud pública debido a la gran cantidad de enfermedades crónicas, progresivas e incapacitantes que provoca. Instituciones y organismos vinculados a la salud han estado proporcionando información sobre los diversos daños que ocasiona el tabaquismo, no obstante, día a día se suman nuevos fumadores, entre ellos mujeres adolescentes. Adicionalmente, se observa que de las mujeres que ya fuman, un porcentaje muy reducido intenta dejar el hábito, sin obtener éxito. (ENA, 2011).

De acuerdo con la OMS, entre los efectos perjudiciales del consumo de tabaco en la mujer se encuentran las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos en pulmón, esófago, boca, faringe, vejiga, páncreas, riñón y cuello uterino; las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, como bronquitis y enfisema; las complicaciones durante el embarazo, los problemas de fertilidad primaria y secundaria, y la fractura de cadera, cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, osteoporosis, etc. Un problema de esta magnitud requiere de estrategias integrales y eficaces que abarquen tanto la prevención, como el tratamiento en las diferentes etapas de la vida de la mujer. Estas estrategias deben fundamentarse en estudios epidemiológicos, lo mismo que en estudios clínicos y psicosociales sobre el consumo de tabaco con perspectiva de género, a fin de disponer de elementos suficientes para abordar esta problemática. (Sansores, Ramírez, 2011).

Entre las medidas relativas al abandono del tabaco, existen diferentes instituciones que preocupadas por la gravedad del problema presentan programas relacionados con la educación, comunicación y la sensibilización de la población, se inscriben los trabajos sobre el liderazgo de los profesionales de la salud en la lucha contra el tabaquismo, los factores asociados al consumo de tabaco en las mujeres y las campañas para desalentar el consumo de tabaco en jóvenes y mujeres. El estudio sobre factores asociados al consumo de tabaco en mujeres adolescentes, jóvenes y adultas contribuye al conocimiento sobre los motivos de inicio en el consumo de tabaco y las circunstancias que lo favorecen, la influencia de pares en las adolescentes, y la relación del uso de tabaco con estados afectivos. Estos estudios son muy útiles porque aportan elementos para orientar programas de prevención a fin de que estos grupos de población no se inicien en el consumo de tabaco, (Becoña,1999). Los resultados de la evaluación de las campañas para desalentar el consumo de tabaco entre los adolescentes y los jóvenes, contribuyen al conocimiento de los mensajes que tienen impacto en la población más vulnerable y reiteran la necesidad de apoyar la producción y difusión de mensajes efectivos tanto para adolescentes, como para mujeres.

Cuando una niña o una adolescente fuma por primera ocasión seguramente lo hace por curiosidad o imitación, para ser aceptada en un grupo de pares, como un intento de demostrar que se es libre, independiente y rebelde; más adelante el fumar la hará sentirse atractiva, sexy y con ello creará que está preparada para desenvolverse en ambientes en los que es preeminente el dominio masculino. Al encender sus primeros cigarrillos, estas mujeres buscan ser consideradas chicas “actuales”, reconocidas como iguales ante los hombres; entre sus planes no se encuentra el desarrollar un hábito, una adicción a la

nicotina, ni tampoco el incrementar significativamente los riesgos de padecer una de las veinticinco enfermedades asociadas al consumo de tabaco. La percepción de riesgo está sumamente disminuida; tanto así que, últimamente, se ha observado que las adolescentes están fumando con fines estéticos para mantenerse esbeltas. No perdamos de vista que los casos de bulimia y anorexia se están incrementando, (Ayesta, L. 2001).

Un alto porcentaje de mujeres que fuma conoce los daños que el tabaco ocasiona en su organismo, entonces ¿a qué se debe que continúen fumando? ¿Por qué nos les interesa iniciar un tratamiento? ¿Por qué cuando lo intentan fracasan? Muchos de nosotros hemos sido testigos de los esfuerzos que han hecho familiares, compañeros y amigos para dejar de fumar; algunos de ellos lo lograron solo por cortos periodos, otros ni siquiera alcanzaron las 24 horas de abstinencia. El consumo continuo de tabaco se convierte en un hábito, se asocia a situaciones cotidianas, en las que el fumar proporciona una sensación placentera, lo que es conocido como dependencia psicológica. Posteriormente se desarrolla la dependencia física a la nicotina. La nicotina es la principal sustancia del tabaco, actúa como sedante y estimulante, es altamente adictiva; su ingestión produce una descarga de epinefrina de la corteza suprarrenal, estimulando el SNC y algunas glándulas endocrinas, lo que causa una liberación repentina de glucosa, el estímulo va seguido de depresión y fatiga, situación que lleva a la persona a consumir más nicotina, (Ponciano, 2008).

Se ha demostrado que la corticosterona, (hormona que se segrega en momentos de ansiedad, es la responsable de la repentina pérdida de memoria.) Ésta hormona producida por la tensión reduce los efectos de la nicotina, siendo

necesario aumentar las dosis para obtener el mismo efecto, lo que genera una mayor tolerancia y dependencia. La tensión puede ser causa directa de recaídas después de un periodo de abstinencia. Frecuentemente se dice que las personas que cursan una depresión fuman para tratar de aliviar de alguna forma su estado de ánimo; sin embargo, un estudio publicado en la revista *Pediatrics*, señala que el cigarro aumenta hasta cuatro veces el riesgo de sufrir depresión. La depresión uno de los principales problemas de salud mental en el mundo occidental, se presenta con mayor frecuencia en la población de mujeres y se tiende a minimizar la importancia de sus síntomas, favoreciendo con ello su cronicidad. El tabaquismo es considerado el principal problema de salud pública debido a la gran cantidad de enfermedades crónicas, progresivas e incapacitantes que provoca, (Benjet, C, Borges, G.G, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, y Zambrano-Ruiz, 2012).

Los hombres y las mujeres difieren en el consumo de tabaco; las diferencias en sensibilidad a la nicotina puede ser la causa fundamental. Al parecer las mujeres fuman menos cigarros por día, tienden a comprar los que tienen menos nicotina y no inhalan tan profundamente como los hombres; las mujeres pueden ser más afectadas por otros factores que por la propia nicotina, como los aspectos sensoriales del humo o los sociales, (ENA, 2011).

Una investigación publicada en el National Institute of Drug Abuse, (NIDA 2010), (Instituto Nacional de Abuso de Drogas), denominada mujeres y abuso de drogas, refiere que las mujeres tienen mayor dificultad para dejar de fumar con respecto a los hombres, porque para ellas son más importantes los factores sensoriales del cigarro: vista, olfato y el gusto. Fuman ante situaciones

sociales, lo relacionan con el beber café, y tomar alcohol; principalmente por sentirse estresadas. En una encuesta de la Asociación Pulmonar Estadounidense (2010), se reporta que las mujeres recaen en el consumo porque extrañan el confort de agarrar algo. Por no tener algo en las manos. Los estudios también señalan que es menos probable que intenten abandonar el consumo y si lo hacen tienen mayor probabilidad de recaer. En los tratamientos en que emplean terapia de reemplazo se reporta que la nicotina no reduce en las mujeres la apetencia por la sustancia; adicionalmente también se evidencia que el síndrome de abstinencia en ellas es más intenso y más probable el aumento de peso al abandonar el hábito.

Una constante en el discurso de las mujeres adultas, es que el “cigarrillo” les ha funcionado como su “compañero” con el que ha establecido una relación “especial”, de acompañamiento a lo largo de las distintas etapas de la vida; sobre todo cuando enfrentan problemas de pareja y familiares. Es probable que esta situación sea consecuencia de sentimientos de soledad en la que algunas viven en el ámbito familiar y que esté asociada a una comunicación inadecuada entre los miembros, además de que sienten que fumar les reduce el estrés y la ansiedad. En el caso de las mujeres adolescentes y jóvenes, se considera necesario hacer una intervención que posibilite la toma de conciencia acerca de los efectos del consumo de tabaco, la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de su identidad de género, la no repetición de patrones y estereotipos, como el ideal de belleza relacionado a la ultra-delgadez; o en los que el tabaco está asociado a la diversión, placer, etc. (Ponciano, 2008).

Los movimientos de emancipación de la mujer han jugado un papel muy importante para que el llamado “sexo débil” se iniciara en una conducta tan nociva como fumar. Las compañías tabacaleras han aprovechado este movimiento para seguir dominándola, pues mientras la mujer supone que con el acto de fumar gana estatus y libertad, al mismo tiempo es sometida y atrapada, ya que al iniciarse en esta adicción, queda nuevamente cautiva, (Raul, H, Ramírez, 2011).

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

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

Marcela Lagarde (2005), en su tesis titulada Los cautiverios de las mujeres señala que “existe una concepción genérica del mundo que parte de la concepción dominante en la cultura patriarcal histórica para las mujeres”. La mujer se concibe, por herencia cultural, “como un ser de otros”, “un ser para otros”, “las mujeres existen en el mundo para acoger, acunarse o protegerse a

ella misma”, de esta forma la mujer construye su autoestima y autoconcepto sobre los otros. Así se observa que en los motivos de dejar de fumar destacan: “por mis hijos”, “por mis nietos”, “por no dar un mal ejemplo”, etcétera. Pero casi nunca refieren es por ellas, por su salud o bienestar.

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

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

En el mundo hay mil cien millones de fumadores (un tercio de la población mundial) y se prevé que en el año 2025 habrá más de mil 600 millones. En el mundo fuma el 12% de las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que el número de mujeres fumadoras se triplicará en la próxima generación, superando los 500 millones. Los mayores incrementos de consumo de tabaco se producirán en los países menos desarrollados, (OMS, 2009).

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

No debemos equivocarnos en el uso de la palabra epidemia al abordar los problemas de la salud pública. Sin embargo, no existe mejor palabra que ésta para describir el aumento de un 600 por ciento en cáncer del pulmón que se ha registrado en las mujeres desde el año 1950. Se trata de una enfermedad cuya causa principal es el consumo de cigarrillos. Sin lugar a dudas, las enfermedades relacionadas con el tabaquismo en la mujer constituyen una auténtica epidemia, (Satcher, 2001, Pag.1).

Así mismo el Dr. Satcher destaca que el cáncer de pulmón constituye la causa principal de muerte por cáncer entre las mujeres: en 1987 superó el número de muertes por cáncer de seno. Alrededor de 90% de todas las muertes por cáncer de pulmón entre las mujeres es atribuible al hábito de fumar. Los daños que produce el tabaco en las mujeres son similares a los que padecen los hombres, como son: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (enfisema pulmonar y bronquitis crónica), enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto al miocardio o accidente cerebro vascular) y cáncer (boca, lengua, faringe, laringe, esófago, estómago, mama, próstata, hígado, riñón, vejiga, pulmón, etcétera).

Satcher en 2001, menciona que en la mujer se agregan perjuicios mayores por sus características especiales, no solamente en la gestación, sino también en sistemas u órganos más predispuestos por su delicadeza y sensibilidad, como la piel, el sistema óseo, sistema reproductivo, la boca, etc. Estéticamente, el cigarro afecta la piel y la boca, destruyendo en el caso de la piel, las fibras elásticas y favoreciendo la aparición prematura de arrugas sobre

todo el rostro. En la boca se afectan encías, mucosas y dientes provocando halitosis (signo clínico caracterizado por mal aliento u olor bucal desagradable) desde un principio. El sistema óseo, donde se producen las lesiones más devastadoras por la acción antiestrogénica de la nicotina y que se manifiestan en forma acelerada cuando disminuyen los estrógenos en la menopausia (disminución de la consistencia de los huesos) y la osteopenia se transforma en osteoporosis.

Refiere también que existen trastornos en la menstruación, como reglas irregulares, tensión premenstrual, dismenorrea (menstruación dolorosa). Adelanto de la menopausia de dos a tres años respecto a las mujeres no fumadoras, pudiendo aumentar por esta causa tanto el riesgo de osteoporosis, como de fractura en las mujeres menopáusicas, la infertilidad, los abortos ectópicos y los abortos espontáneos

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

Sin embargo, se debe puntualizar que la población femenina, debido a su rol cultural, tiene mayor facilidad de acudir a este tipo servicios. Ya que en la mujer está depositada la responsabilidad de formar y educar a las futuras generaciones, lo cual hace que sea más consciente de la repercusión de sus propias acciones y, al mismo tiempo, la facilidad para pedir ayuda, ya que al ser denominadas como "sexo débil" esta conducta es más aceptada que en el hombre.

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

Sin lugar a dudas, es preocupante el incremento del tabaquismo entre las mujeres mexicanas, cada vez a edades más tempranas. Como lo comenta la Directora de la clínica para el tratamiento del Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM, Guadalupe Ponciano Rodríguez, el tabaquismo se ha transformado en un problema emergente de salud pública para este grupo que incrementa su morbilidad y mortalidad, y que sin lugar a dudas acentúa las diferencias educativas, sociales y económicas que lastimosamente marcan a muchas mujeres de nuestro país. De continuar las tendencias actuales, a futuro el tabaquismo se sumará de manera importante a la problemática existente de inequidad entre los géneros, (Ponciano, 2008).

Por ello, es conveniente que los profesionales de la salud que se dedican a la prevención y el tratamiento del tabaquismo, tengan en consideración las diferencias físicas y psicológicas existentes entre hombres y mujeres y se realice un mayor número de estudios en la población mexicana que permita tener un conocimiento más profundo de los principales factores involucrados en el inicio y mantenimiento de esta adicción entre las mujeres, de los principales factores de riesgo asociados con la recaída y de la comorbilidad

presente en las fumadoras, e integrar dicha información a los programas de prevención y tratamiento con un enfoque de género, lo cual redundará en estrategias más exitosas

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

Ponciano menciona en 2008 que es necesario mejorar la calidad de vida y condición social de las mujeres para disminuir las desventajas de género, fomentar el valor de la salud y fortalecer su autoestima en todas las etapas de su vida. Asimismo, es indispensable informarle sobre los riesgos que representa el fumar como una forma de contrarrestar las campañas publicitarias de las tabacaleras, así como abolir los mitos relacionados con el incremento de peso al dejar de fumar, factor que impide que muchas mujeres intenten la cesación del tabaquismo.

El camino por recorrer aun es largo, pero en la medida en la que se tenga mayor conocimiento sobre los aspectos que se deben abordar en los programas de tratamiento del tabaquismo entre las mujeres, se podrá brindar una mayor oportunidad de éxito. (Ponciano 2008, Pag. 150).

## **CAPITULO 4**

### **INVESTIGACIONES SOBRE LOS MOTIVOS DE MANTENIMIENTO EN EL CONSUMO DE TABACO**

En este capítulo se expondrán diversos trabajos que han descrito los diversos factores que mantienen el consumo del tabaco.

Uno de ellos es el que realizó la Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México en el año 2012, con la finalidad de recabar información sobre la salud física y mental de los alumnos para analizar las diferencias que existen respecto a la depresión y el consumo de alcohol y tabaco en una población de 116,214 estudiantes con un promedio de edad de 15 años a nivel medio superior y de 19 años a nivel superior.

El objetivo de dicho estudio fue analizar las diferencias que existen respecto a la depresión en cuatro grupos de adolescentes. El primer grupo se integraba por consumidores de alcohol únicamente, el segundo grupo por consumidores sólo de tabaco, el tercer grupo por jóvenes que no consumen ni alcohol ni tabaco y el último grupo por consumidores de alcohol y tabaco. Para obtener la información se empleó el Examen Médico Automatizado (EMA) herramienta de diagnóstico utilizada en la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con la finalidad de recabar información sobre la salud física, mental, la familia y el entorno de cada estudiante, así mismo se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés, Radloff, 1977) la cual tiene características de confiabilidad y validez satisfactorios.

En este estudio el consumo excesivo de tabaco se definió como aquellos estudiantes que fumaban en ese momento 4 o más cigarrillos al día y el consumo elevado de alcohol como aquellos jóvenes que consumían 4 o más copas por ocasión.

Esta investigación muestra con menos frecuencia un consumo elevado en las mujeres, tanto en nivel superior como en nivel medio superior. Al analizar a todos los grupos de ambos niveles se observó que el consumo elevado de alcohol se presentó con mayor frecuencia, seguido del consumo elevado de alcohol y tabaco y en tercer lugar el consumo sólo de tabaco tanto en mujeres como en hombres.

Otra investigación sobre los factores de mantenimiento, fue la realizada por Rivera en 2010. Quien tuvo como objetivo evaluar el impacto del tratamiento para la cesación del tabaquismo sobre los valores del inventario de ansiedad de Beck en un grupo de pacientes de la clínica contra el tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Los resultados obtenidos de la muestra de 465 pacientes que asistieron a la clínica de tabaquismo, mostraron que el promedio de edad fue de 45.7 con una desviación estándar de 11.33 años, lo cual refiere que es una población adulta, la edad de inicio en el consumo de tabaco fue durante la adolescencia, entre los 12 a los 17 años, estas personas llevaban fumando más de 28 años. La edad de inicio en el consumo en hombres fue de 16.7 años, mientras que en las mujeres fue de 17.7 años, sin diferencias estadísticamente significativas. Se encontraron en las personas síntomas respiratorios como tos, flemas y sibilancias asociadas al consumo.

En esta muestra, los resultados del test de Fagerstrom (1991) indicaron una dependencia física a la nicotina alta. Con respecto a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB) se encontró un estado de depresión alto. Cabe mencionar que la población estudiada es una población “normal” desde el punto de vista de salud mental, es decir no presentaron una patología psiquiátrica.

Otros autores como Roales, López y Moreno (2000) realizaron un estudio en la Universidad de Almeira para analizar la evolución del hábito de fumar. El principal objetivo de este estudio fue obtener información de los posibles cambios en las características de los fumadores a lo largo de un periodo de tiempo. La muestra estuvo compuesta por 187 sujetos de los cuales el 55.6% fueron mujeres y el 44% fueron varones con una media de edad de 32 años. Se aplicó una encuesta elaborada por Roales (2000) compuesta por 51 preguntas que evalúan las características de la conducta de fumar, historia de adquisición (edad de inicio), problemas causados por el consumo de tabaco, motivación por el cambio y nivel de información, así como las creencias sobre los efectos del tabaco.

Los resultados obtenidos en dicha investigación mostraron que la edad promedio de inicio de los participantes en el consumo de tabaco fue de 14.5 años, la edad promedio de habituación fue de 17.5, el consumo diario fue de 19.5 cigarrillos por día, el consumo de cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán al día fue de 17.1, los intentos de abandono fueron de 2.4 por sujeto y los días de abstinencia fueron de 86.6.

Otro estudio fue el realizado por Becoña y Miguez (2010) de la unidad de tabaquismo del departamento de Psicología clínica y psicobiología de la Universidad de Santiago de Compostela en España, el estudio se realizó en la ciudad de Galicia España con la intención de explicar la relación que existe entre el consumo de cigarrillos y la ansiedad rasgo en dos muestras representativas de personas escolarizadas de 11 a 21 años de edad.

La primer muestra estuvo compuesta por 1,447 estudiantes de nivel primaria con edades entre los 11 y 16 años, el 55% fueron varones y el 49% mujeres, este grupo no consumió tabaco. La segunda muestra estuvo compuesta por 2,790 estudiantes de enseñanza a nivel secundaria y bachillerato, con edades entre los 17 y 21 años, el 45.6% fueron varones y el 54.5% mujeres, grupo que fumó alguna ocasión o que lo realiza actualmente.

Para evaluar la ansiedad rasgo se aplicó la escala State-Trait Anxiety Inventory for Children, (STAIC) creada por (Spielberger y Cols 1973,1982), Validación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

Los resultados encontrados al comparar las categorías de consumo de cigarrillo indican que en ambas muestras existen diferencias significativas en la ansiedad rasgo entre los que nunca fumaron y los otros dos grupos, que son los que fumaron alguna vez o fuman actualmente.

Los que tienen menor puntuación en ansiedad rasgo son los que nunca fumaron, la comparación por sexo indica los mismos resultados.

Los autores Mae y Cano-Vindel (2008) realizaron una investigación para explicar la relación que existe entre ansiedad y tabaco a partir de la cual se detallaron datos de prevalencia, factores que facilitan el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco, así como los factores que dificultan su abandono y

favorecen las recaídas. Para llevar a cabo esta investigación se pidió la participación de 46,000 empleados públicos de entre 17 a 65 años de edad.

Estos autores encontraron que existe mayor probabilidad que los trabajadores con mayor estrés laboral fueran fumadores. También señalan que entre los fumadores hay más probabilidad que fumen mayor cantidad de cigarrillos aquellos trabajadores que desempeñan un trabajo aún más estresante, estos datos determinan que el consumo de tabaco está relacionado con el desarrollo de trastornos de ansiedad.

La clínica de tabaquismo del Hospital General de México realizó una investigación dirigida por las psicólogas Ocampo, Leal y Pájaro en el año 2005. Su objetivo principal fue obtener información para poder brindar un mejor servicio sobre la atención de tabaquismo. La muestra estuvo conformada por 250 pacientes que asistieron a consulta a las clínicas de tabaco de ésta institución durante el año 2005, la edad promedio fue de 48 años. Los instrumentos aplicados fueron, Inventario de Ansiedad de Beck (1971), Inventario de Depresión de Beck, (1971). Los resultados obtenidos en este estudio reportan que la edad de inicio de consumo de tabaco fue de 15 años y llevan 30 años con el hábito, tenían un consumo de 20 cigarrillos por día, la mayoría de las personas presentaron dependencia física a la nicotina, en la escala de ansiedad el 42.5% de las mujeres tuvo un estado de ansiedad severo, al igual que en su estado de depresión.

En los Centros de Integración Juvenil (CIJ), Díaz, Lovaco y Chavez (2005) realizaron un estudio con el objetivo de que las personas consumidoras logaran la supresión en el consumo de tabaco. Este estudio se realizó a

mujeres fumadoras atendidas en unidades móviles que proporcionaban dichos servicios.

La muestra se conformó por 35 mujeres que asistieron a las unidades móviles, aplicándoles los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, para detectar si las personas tenían dependencia física a la nicotina y también fue aplicado el cuestionario de Fagerstrom.

En este estudio se encontró que la edad de inicio en el consumo de tabaco es de 15 a 19 años de edad y que las participantes tenían una baja dependencia a la nicotina. En cuanto a la ansiedad, el 94% fuma cuando se siente ansiosa y el 92% fuma ante los síntomas de depresión.

García, Lloret y Espada 2003 realizaron un estudio en el Instituto de Investigación de Drogodependencia (INID) de la Universidad Miguel Hernández en España, la investigación abordó la prevalencia de consumo de tabaco en la población universitaria con el fin de poner en marcha programas de prevención y tratamiento al consumo de tabaco. El objetivo específico de la investigación fue conocer las características sociodemográficas del fumador, diferenciadas por colectivos, analizar las pautas de consumo y establecer las bases de futuras campañas preventivas. Para esto se estudiaron grupos de estudiantes, personal administrativo y de servicios (PAS) y personal docente investigador (PDI). La muestra estuvo conformada por 660 sujetos pertenecientes a la comunidad universitaria, los estudiantes correspondían al 66.8% (44 sujetos) de la muestra, los que eran de PAS representaban el 13.8% que equivale a 91 sujetos, y del PDI participaron 128 sujetos que corresponde al 13.8% de la muestra.

El instrumento utilizado fue una adaptación del cuestionario de actitudes hacia el consumo de drogas de López, García-Rodríguez, Mira y Estévez (2000) el cual consta de 25 preguntas clasificadas en 5 bloques que distribuyen la información en variables sociodemográficas, variables de consumo (cantidad, frecuencias del consumo actual, historia toxicológica, intentos de abandono y recaídas), motivación para dejar de fumar, conocimiento sobre los efectos del tabaco y la actitud hacia el hábito tabáquico.

En resumen los principales hallazgos de las investigaciones son importantes ya que refieren que la edad en la que las personas inician el consumo de tabaco es durante la adolescencia, con tendencia a ir disminuyendo la edad de inicio a 11,12 y 13 años, (ENA 2011), aunque su consumo al inicio es eventual y la succión del humo no es profundo, esto al paso del tiempo se va convirtiendo en una adicción. Encontramos también que los motivos de consumo son diversos y dependen de muchos factores como familiares, demográficos, sociales, psicológicos etc. Estos datos son importantes para el estudio realizado, ya que el tema de interés son los principales motivos de consumo. (Ansiedad, depresión, motivo psicosocial, por estímulo, por manipulación, por esparcimiento, por necesidad, por hábito, para reducir la tensión).

En el siguiente capítulo se mostrará la metodología de la investigación.

# **CAPITULO 5**

## **METODOLOGÍA**

### **JUSTIFICACIÓN**

El tabaquismo es un problema de salud a nivel mundial, su consumo afecta a todos los sectores de la población, generando enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades respiratorias, etc. en los últimos años su consumo se ha incrementado principalmente entre las mujeres, el consumo de drogas legales como ilegales afecta más a las mujeres quienes presentan mayor vulnerabilidad. En la actualidad, fumar ya no es considerada una conducta exclusiva de los hombres y socialmente desaprobada para las mujeres, los patrones de consumo se han modificado, observando incremento en el consumo en mujeres, es una de las drogas legales más utilizada y aceptada socialmente en el mundo y constituye la primera causa de muerte prematura y evitable (Ponciano 2008).

Según cifras de la OMS (2002), aproximadamente el 22% de las mujeres en los países industrializados fuma, mientras que en los países en vías de desarrollo fuma cerca de un 9% de mujeres. De acuerdo con la OMS (2002) entre los efectos perjudiciales del consumo de tabaco en la mujer se encuentran las enfermedades cardiovasculares, tumores malignos en pulmón, esófago, boca, faringe, vejiga, páncreas, riñón y cuello uterino; las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, como bronquitis y enfisema; las complicaciones durante el embarazo, los problemas de infertilidad primaria y secundaria (Ernster,2001 ).

Por lo anterior la presente investigación tuvo el objetivo de conocer la relación que existe entre los diversos motivos de consumo (psicosociales, de

estímulo, manipulación, esparcimiento, reducción de tensión, necesidad, hábito, ansiedad y depresión), con la dependencia (baja, moderada y alta) a la nicotina en un grupo de mujeres de 15 a 25 años de edad, para conocer los factores que determinan el mantenimiento en el consumo de tabaco.

## **1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es el nivel de relación que existe entre los diversos motivos de consumo, (psicosociales, de estímulo, manipulación, esparcimiento, reducción de tensión, necesidad o urgencia, hábito, ansiedad y depresión) y los niveles de dependencia (baja, moderada y alta) a la nicotina en un grupo de mujeres de 15 a 25 años de edad?

## **2.- OBJETIVO GENERAL:**

Conocer el nivel de relación que existe entre los diversos motivos de consumo, (psicosociales, de estímulo, manipulación, esparcimiento, reducción de tensión, necesidad o urgencia, hábito, ansiedad y depresión) y los niveles de dependencia (baja, moderada y alta) a la nicotina en un grupo de mujeres de 15 a 25 años de edad.

### **2.1.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1.- Solicitar permiso al coordinador, Gonzalo Vázquez Vela, encargado del área de control escolar del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos #1 para poder tener acceso a la institución, y poder aplicar los instrumentos de medición

(Cuestionario de motivos de Russel, inventario de ansiedad de Beck, inventario de depresión de Beck, cuestionario de Fagerstrom).

2.- Analizar los datos en términos de frecuencia, porcentajes, medias y correlaciones de los diversos motivos de consumo y el nivel de dependencia a la nicotina.

3.- Describir la relación entre los motivos de consumo, psicosociales, estimulación, manipulación, esparcimiento, reducción de tensión, necesidad, hábito, ansiedad y depresión con los niveles de dependencia a la nicotina, (baja, moderada y dependencia alta).

Comparar los resultados de esta investigación con los datos de investigaciones anteriores.

### **3.- HIPOTESIS DE TRABAJO:**

**H1.-** Existe relación entre los diversos motivos de consumo, (psicosociales, de estímulo, manipulación, esparcimiento, reducción de tensión, necesidad o urgencia, hábito, ansiedad y depresión) y los niveles de dependencia (baja, moderada y alta) a la nicotina en un grupo de mujeres de 15 a 25 años de edad.

**Ho.-** No existe relación entre los diversos motivos de consumo, (psicosociales, de estímulo, manipulación, esparcimiento, reducción de tensión, necesidad o urgencia, hábito, ansiedad y depresión) y los niveles de dependencia (baja, moderada y alta) a la nicotina en un grupo de mujeres de 15 a 25 años de edad.

#### **4.- VARIABLES Y DEFINICIONES.**

**VARIABLE INDEPENDIENTE (V.I):** motivos de consumo de tabaco.

**Definición conceptual:**

Las personas se mueven por motivos, es decir, dirigen sus actos en función de causas o intereses de distinta índole. Nadie está en condiciones de dejar definitivamente de fumar hasta que las gratificaciones esperadas y recibidas por este hecho, no sean suficientemente importantes en su vida y tengan un peso específico mayor que las pérdidas que supone renunciar a un producto con el que se ha establecido una relación de dependencia, que además, ha acompañado a la persona durante muchos años y muchas veces en los momentos más importantes de su vida.

**Definición operacional:**

El cuestionario de motivos de Russel consta de 36 items, los cuales se agrupan en diferentes motivos como son el motivo psicosocial, por estímulo, manipulación, esparcimiento, reducción de tensión, necesidad y motivo por Hábito. Ofrece tres opciones de respuesta, 1.- Muy frecuentemente, con un valor de 3 puntos, 2.- ocasionalmente, con un valor de 2 puntos y nunca, con un valor de 1 punto. Una vez obtenido el puntaje por cada motivo, existen una clasificación en rangos de puntaje que de 0 a 5 puntos lo cual nos refiere que no es motivo de consumo, el siguiente rango de puntuación es de 6 a 10 puntos que se clasifica como un motivo no muy importante, el tercer rango de puntuación es de 11 a 15 puntos lo cual nos indica un motivo muy importante de consumo, (Russel, 1971).

**Los motivos de consumo en esta investigación son:**

### **MOTIVO PSICOSOCIAL**

Éstos son fumadores que generalmente lo hacen por la supuesta adquisición de estereotipos tales como un status social, una personalidad seductora, de masculinidad o feminidad aumentada o sofisticación. Tiene reforzadores positivos en el ambiente que crean en el inconsciente imágenes de sexualidad, aventura, madurez, intelectualidad, etc. Generalmente fuman en reuniones y su inhalación es superficial (Russell, 1971).

### **MOTIVO POR ESTÍMULO.**

El mismo autor refiere que las personas que fuman por esta razón, obtienen una sensación de aumento de energía, fuman para evitar la fatiga o el aburrimiento. El efecto que tiene la nicotina en el organismo es estimulante y el alivio inmediato que obtiene la persona lo puede llevar a un alto grado de dependencia.

### **MOTIVO POR MANIPULACIÓN:**

Russell (1971) describe que este motivo Incluye el goce de numerosas sensaciones sensoriales y de manipulaciones orales, manuales y olfativas para procurarse placer. La sensación del cigarrillo en la mano, en la boca, el acto de encenderlo, la forma en cómo se toma, el percatarse de este acto, el olor, el sabor y el sonido de la envoltura. Todo lo anterior, contribuye a la construcción de un ritual complejo y placentero (Russell, 1971).

### **MOTIVO POR ESPARCIMIENTO:**

Muchos fumadores afirman que fumar los relaja. Esto puede explicarse debido a que están condicionados a fumar cuando están relajados. Probablemente

disfrutan más de un cigarrillo tras de una comida, cóctel o café, siendo los cigarrillos, un tipo de recompensa, una forma de disfrutar un poco más (Russell, 1971).

### **MOTIVO PARA REDUCIR LA TENSION**

En este caso se fuma para reducir los sentimientos desagradables como: tensión, ansiedad, coraje, vergüenza, etc. El efecto que se obtiene es tranquilizante. La forma en que lo fuman es a bocanadas profundas (Russell, 1971).

### **MOTIVO POR NECESIDAD O URGENCIA**

Russell (1971) describe que el fumador experimenta síntomas de supresión, si deja de fumar 20 minutos o más. Generalmente lo hacen para evitar el estado desagradable que provoca el síndrome de abstinencia, los síntomas que se presentan son: irritabilidad, depresión, sudoración, falta de concentración, aumento del apetito, etc. en realidad ésta es la descripción de un fumador que tiene una adicción grave.

### **MOTIVO POR HÁBITO.**

Esta forma de fumar se hace ya sin percatarse de cómo se fuma, de cuántos cigarros se consumen al día. Frecuentemente el fumador se sorprende a sí mismo encendiendo un segundo cigarrillo sin que haya terminado el primero. El fumar se vuelve automático (Russell, 1971).

### **ANSIEDAD.**

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no

adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente, se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. (Evatt y Kassel, 2009).

## **DEPRESIÓN.**

La depresión es una perturbación del estado de ánimo que se caracteriza por un cambio afectivo en el que predominan sentimientos de tristeza, inutilidad, culpa, impotencia, desesperanza, ansiedad, sensación de fatiga, tendencia al llanto, pensamientos suicidas, dificultades para dormir, pérdida de interés por cualquier actividad, disminución del deseo sexual y una cierta incapacidad para hacer frente a las situaciones cotidianas (Evatt y Kassel, 2009).

**VARIABLE DEPENDIENTE (V.D):** Es el nivel de dependencia a la nicotina.

Definición conceptual: Según la Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento y Prevención de las Adicciones de 1999, considera a la adicción como el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva, en el caso del tabaquismo se refiere a la nicotina, (DOF, 1999).

La nicotina es una droga que se encuentra en las hojas del tabaco. No se ha encontrado en ninguna otra planta. Específicamente, es un alcaloide, una sustancia química que contiene nitrógeno como su base orgánica. En pequeñas dosis la nicotina puede estimular ciertas células nerviosas que conducen a sensaciones de alerta o relajamiento dependiendo de la cantidad y otros factores.

La nicotina tiene un efecto poderoso sobre el cerebro y todo el sistema nervioso. Cuando un fumador inhala la nicotina, ésta va directamente a los pulmones y a la sangre. En siete segundos, una cuarta parte de la nicotina ha llegado al cerebro. El resto va a diferentes lugares. Sería difícil desarrollar un método más eficaz para llevar nicotina al cerebro. Al inhalarla va derecho al pulmón y la arteria pulmonar la lleva directo al cerebro, todo en siete segundos. Aún las drogas intravenosas se toman más tiempo para hacer efecto. (Becoña E, López A, 2010).

**Definición operacional:**

Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. También ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre. Por este motivo es una herramienta útil para medir el grado de dependencia fisiológica. La puntuación oscila entre 0 y 10. Puntuaciones altas en el test de Fagerström (6 ó más) indican un alto grado de dependencia; por el contrario puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991).

Puntuación menor o igual a 4 puntos, se considera a la persona fumador con baja dependencia a la nicotina.

De 5 a 6 puntos se considera un fumador con dependencia media o moderada a la nicotina.

Puntuación igual o superior a 7 puntos se considera dependencia alta o muy alta a la nicotina.

**5.- TIPO DE ESTUDIO:** Por su alcance es una investigación **correlacional**, ya que tiene como propósito evaluar la relación que existe entre dos conceptos, categorías o variables (Hernández Sampieri 2010).

Es una investigación **descriptiva**, ya que consiste en describir situaciones, eventos y hechos, esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Este tipo de estudio busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis.

Una investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

**Por el lugar** es una investigación **de campo** ya que el instrumento de medición se aplicará en una institución educativa.

## **6.- TIPO DE DISEÑO:**

Es una **investigación no experimental transversal**, porque este tipo de estudios se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Además se recolectan los datos en un momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos), (Hernández Sampieri 2010).

## **7.- ESCENARIO:**

Esta investigación se llevó a cabo en el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos #1 (CECYT) Gonzalo Vásquez Vela, ubicado en Avenida 510, #1000, Colonia Ejidos de Aragón, C.P. 07480, Delegación Gustavo A. Madero. Los grupos en los cuales se aplicaron los instrumentos de medición fueron primero, tercero y quinto semestre, con un nivel socioeconómico medio bajo.

## **8.- POBLACIÓN:**

El Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos #1, cuenta con una población de 3000 alumnos.

## **9.- MUESTRA:**

**No probabilístico, (sujetos voluntarios).**

La muestra consta de 50 mujeres con un rango de edad de 15 a 25 años de edad.

La elección se llevó a cabo en el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos #1 (CECYT), solo a personas del sexo femenino y como característica principal que consuman tabaco, y que desearan responder una serie de cuestionarios para la realización de un estudio de tesis. Se eligió un salón de clases para que las personas participantes pudieran tener el espacio y tiempo necesarios para responder sin distractores los instrumentos proporcionados.

## 10.- MATERIALES O INSTRUMENTOS:

Se aplicaron diferentes pruebas como el cuestionario de Fagerström es un instrumento que arroja el grado de dependencia a la nicotina (baja, moderada, o alta). Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. La puntuación oscila entre 0 y 10. (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991).

De 0 a 2 puntos: no dependencia.

De 3 a 4 puntos: bajo nivel de dependencia.

De 5 a 6 puntos: nivel medio de dependencia.

De 7 a 10 puntos: un alto o muy alto grado de dependencia.

Inventario de ansiedad de Beck: Es una escala que mide de manera autoinformada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad, en particular los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada.

Cuenta con 21 preguntas, cada una con cuatro opciones:

En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
0	1	2	3

De 0 a 9 puntos	Ansiedad normal
De 10 a 18 puntos	Ansiedad leve
De 19 a 29 puntos	Ansiedad moderada
De 30 a 63 puntos	Ansiedad grave

El Inventario de depresión de Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual)

Cuenta con 21 preguntas, cada una con cuatro opciones:

0	En absoluto
1	Levemente
2	Moderadamente
3	Severamente

De 0 a 9 puntos	Depresión normal
De 10 a 18 puntos	Depresión leve
De 19 a 29 puntos	Depresión moderada
Mayor a 30 puntos	Depresión grave

El cuestionario de motivos de Russel, nos ayuda a analizar cuáles son los motivos que llevan a una persona a consumir tabaco ya sean psicosociales, de estímulo, manipulación, esparcimiento, reducción de tensión, necesidad o hábito.

Cuenta con 35 preguntas con tres opciones, según sea la situación de la persona con respecto al consumo de tabaco.

Como calificar:

Muy frecuentemente	= 3
Ocasionalmente	= 2
Nunca	= 1

A	H	O	V	C1	Motivo psicosocial
B	I	P	W	D1	Motivo por estímulo
C	J	Q	X	E1	Motivo por manipulación
D	K	R	Y	F1	Motivo por esparcimiento
E	L	S	Z	G1	Motivo reducción de tensión
F	M	T	A1	H1	Motivo por necesidad
G	N	U	B1	I1	Motivo por hábito

De 0 a 5 puntos	No es motivo
De 6 a 10 puntos	Motivo no muy importante
De 11 a 15 puntos	Motivo muy importante

## **11.- PROCEDIMIENTO.**

Se presentó el proyecto por escrito a las autoridades correspondientes del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos #1, una vez aceptado el proyecto, se estableció coordinación con el departamento de personal docente, para ubicar los grupos en donde se podrá aplicar el instrumento de medición.

Se considera que los grupos con mayor disposición, a participar en la evaluación fueron los grupos que cursan los semestres de la vocacional, (primero, tercero y quinto).

Se tuvo acceso al salón de clases para la presentación del proyecto a los alumnos, posteriormente, se les informó que la investigación sería aplicada a mujeres que consuman tabaco exclusivamente en un rango de edad de 15 a 25 años de edad. La aplicación del instrumento de medición se realizó en un aula donde se redujeran los distractores posibles para los alumnos participantes, se les dio a conocer de manera más detallada el objetivo del estudio y las instrucciones correspondientes para contestar el instrumento de medición.

## **CAPÍTULO 6**

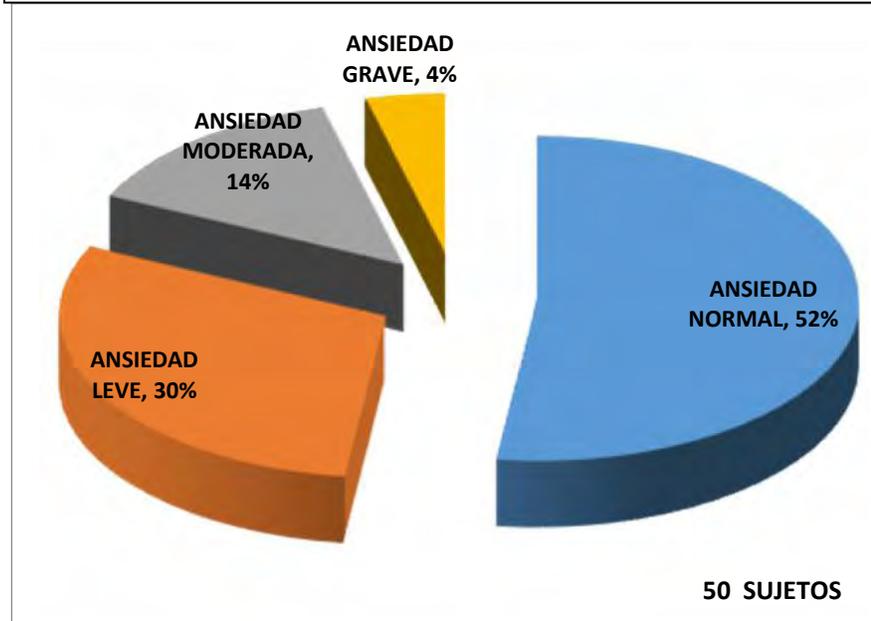
### **RESULTADOS**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en una muestra de 50 mujeres consumidoras de tabaco, se hablará de los resultados del cuestionario de ansiedad así como los motivos encontrados a través de diversos cuestionarios.

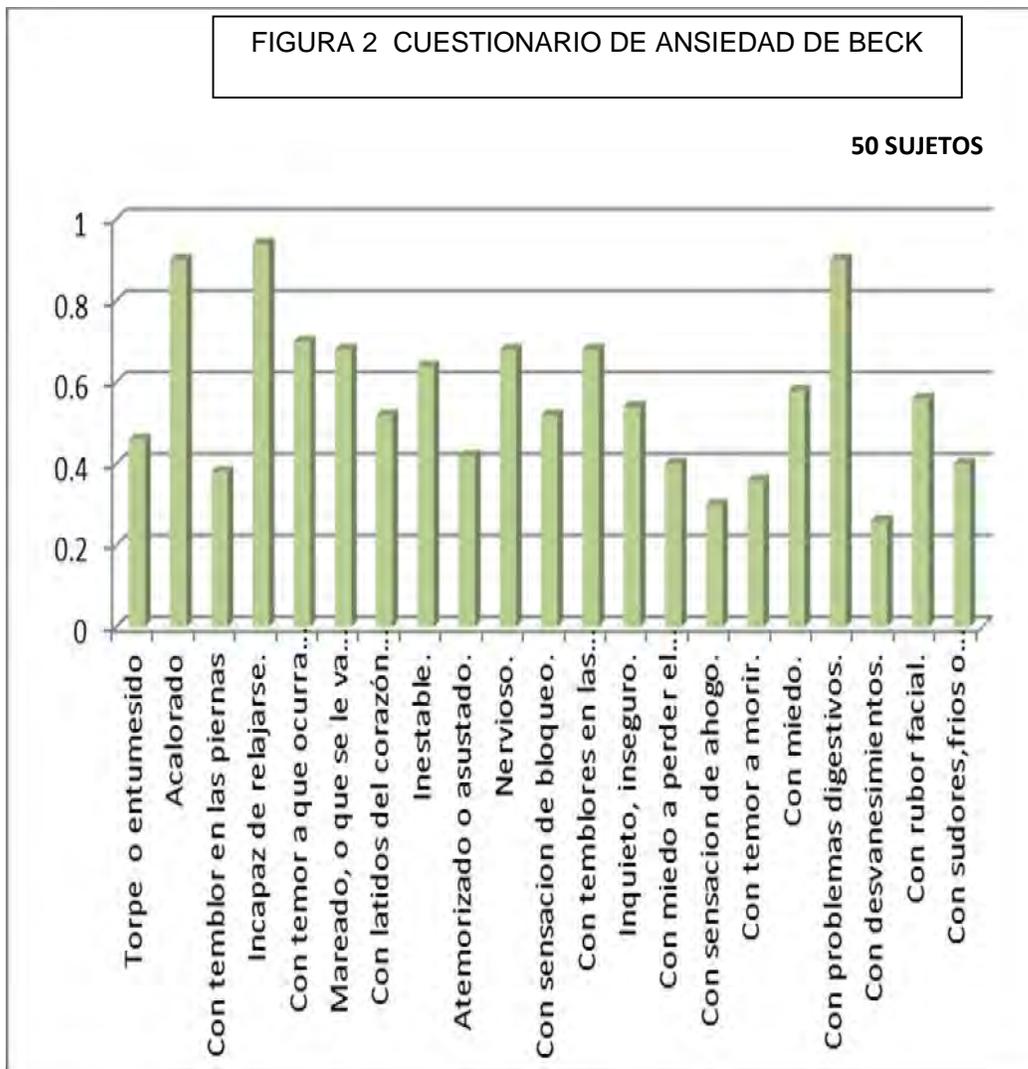
Con respecto a la ansiedad del grupo se encontró que existe una media de 12.1 y una desviación estándar de 10.1 siendo la puntuación mínima de 2 y la puntuación máxima de 24. Esta puntuación indica que en general el grupo tiene una ansiedad normal es decir que no hay variación en los estados físico, emocionales ni afectivos lo cual no produce alteraciones en sus actividades escolares, ni laborales.

Al realizar el análisis en base a los niveles de ansiedad, la figura 1 muestra que el 52 % de los sujetos tuvieron un nivel normal, el 30 % tuvieron un nivel de ansiedad leve, el 14% de las personas presentaron ansiedad moderada y finalmente el 4% obtuvo una ansiedad grave.

**FIGURA 1. PORCENTAJES EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD**

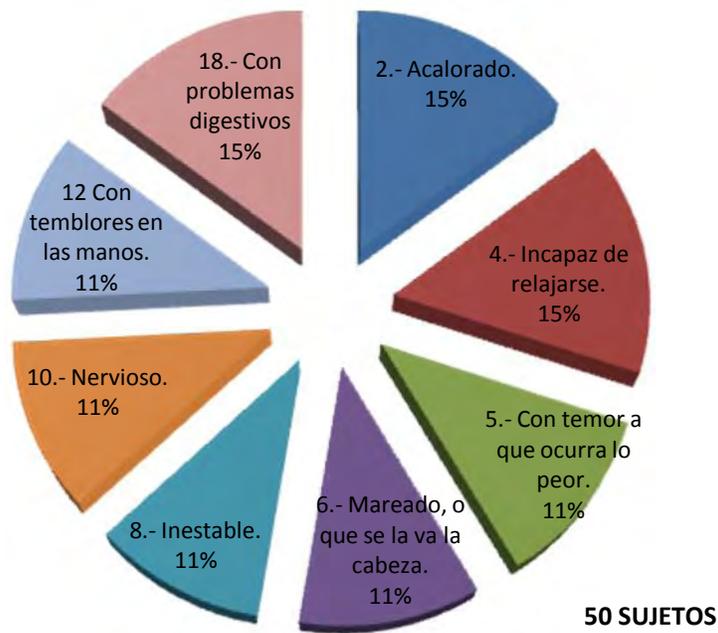


Al considerar todas las preguntas del cuestionario de ansiedad de Beck (figura 2) se encontró que las preguntas con una mayor puntuación (.60 o más) son 2.- Acalorada, 4.- Se siente incapaz de relajarse, 5.- Con temor a que ocurra lo peor, 6.- Se ha sentido mareada o que se le vaya la cabeza, 8.- Se siente inestable, 10.- Se encuentra nerviosa, 12.- Ha tenido temblor en las manos, 18.- Con problemas digestivos.



Los porcentajes de la muestra que indicaron presentar estos reactivos se presentan en la figura 3. En general esta muestra presentó los siguientes indicadores de ansiedad: 2.- Acalorado 15%, 4.- incapaz de relajarse 15%, 18.- Con problemas digestivos 15%, 5.- Con temor a que ocurra lo peor 11%, 6.- Mareado, o que se le vaya la cabeza 11%, 8.- Inestable 11%, 10, Nervioso 11%, 12.- Con temblores en las manos.

**FIGURA 3 REACTIVOS DE ANSIEDAD CON MAYOR PORCENTAJE.**



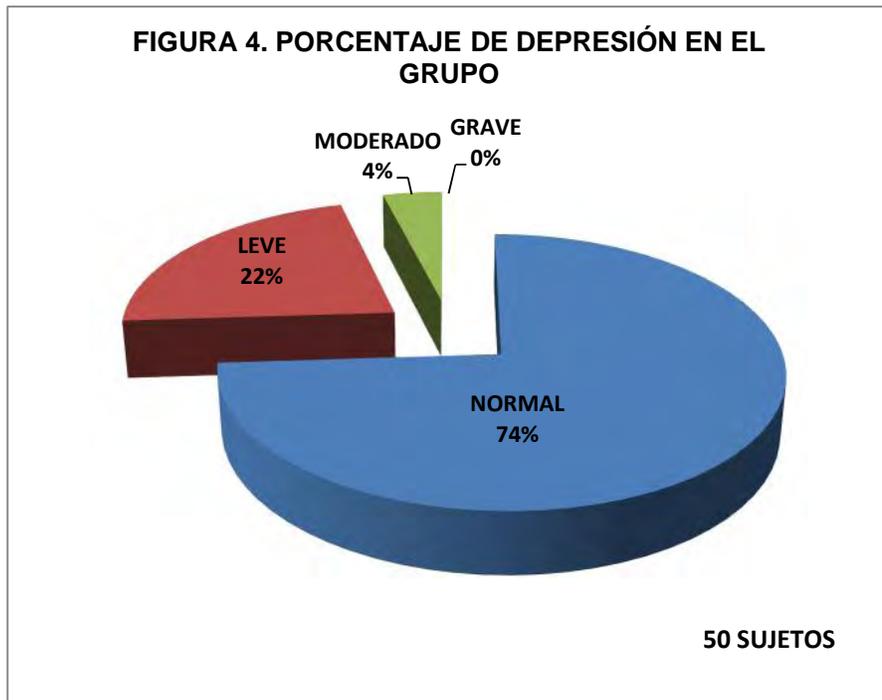
### ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Se realizó el análisis correspondiente a la depresión del grupo en la cual se encontró una media de 8.06 y una desviación estándar de 4.70.

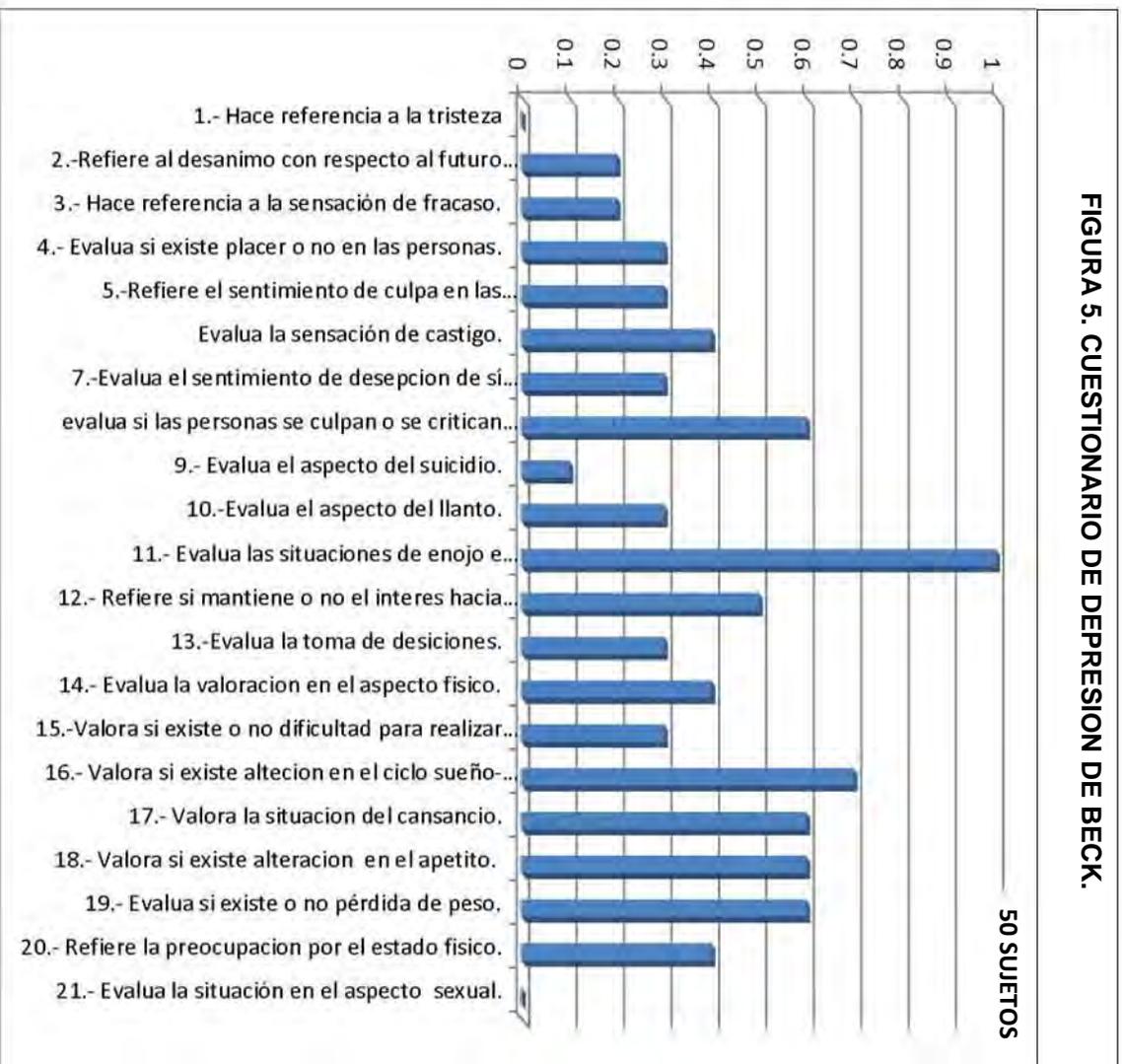
El nivel de depresión del grupo, se localiza en un nivel normal. Lo que implica que no hay síntomas de depresión que alteren el funcionamiento cognitivo, social, laboral, a académico o familiar de los participantes.

Al realizar el análisis de los niveles de depresión, en la (Figura 4) se encontró que 37 tienen un nivel normal (74%). 11 tienen un nivel de depresión leve (22%), 2

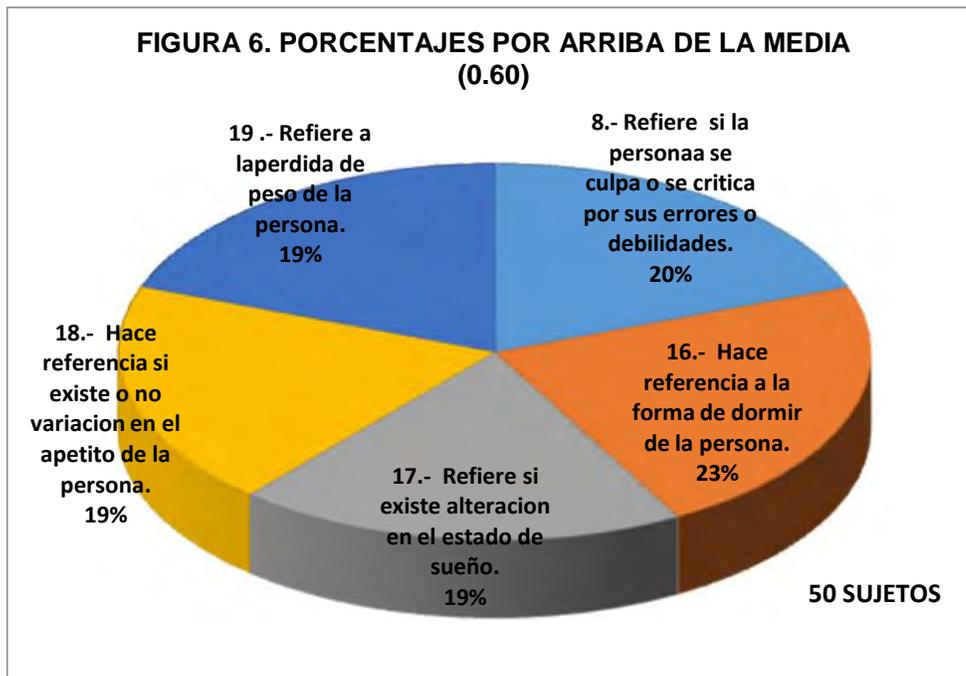
tuvieron depresión moderada (4%) y finalmente ningún individuo obtuvo un nivel de depresión grave.



**FIGURA 5. CUESTIONARIO DE DEPRESION DE BECK.**



Los reactivos que obtienen un porcentaje por arriba de la media (0.60) son los siguientes, 8.- hace referencia si la persona se culpa o se critica por sus errores o debilidades, 16.- refiere a la forma de dormir de la persona, 17.- refiere si existe alteración en el estado de sueño o vigilia, 18.-hace referencia si existe o no alteración en el apetito, 19.- refiere si ha existido o no pérdida de peso en la persona.



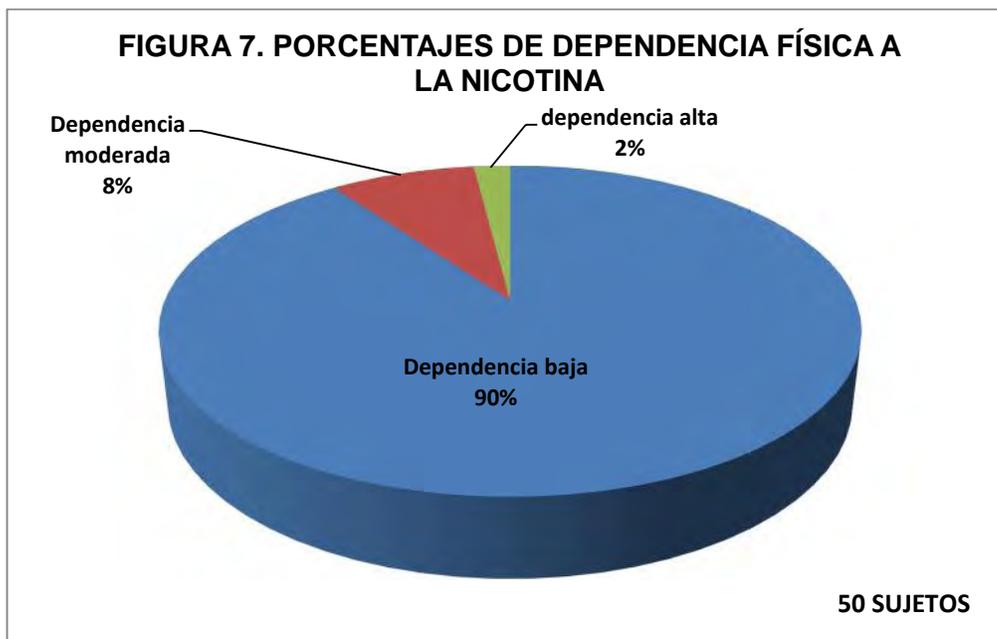
La figura 6 presenta el porcentaje de sujetos que indicaron tener los síntomas que ya se comentaron. El 23% de los participantes mencionó tener problemas del ciclo sueño-vigilia, el 20% sienten culpa o se critican por sus errores o debilidades, con un 23%, la pregunta 8 hace referencia a la forma de dormir de la persona, con un 20%, la pregunta 17 refiere si existe o no cansancio al realizar sus actividades, con un 19%, en la pregunta 18 refiere si hay variación en el apetito de la persona con un 19%, finalmente en la pregunta 19 refiere la pérdida de peso de la persona con un 19%.

## ANALISIS TEST DE FAGERSTROM

El test de Fagerstrom, determina si existe o no dependencia física a la nicotina, en personas consumidoras de tabaco.

Al analizar el test de Fagerstrom en forma grupal se encontró que existe un promedio general de 1.26 y una desviación estándar de 1.85. Por lo cual se determina que el diagnóstico del grupo de acuerdo a la puntuación es una dependencia baja.

Al realizar el análisis de los niveles de dependencia física (figura 7) se observa muestra que el 90% de los sujetos tuvieron un diagnóstico de dependencia baja, el 8 % tuvieron un diagnóstico de dependencia moderada, y el 2% de las personas presentaron una dependencia alta a la nicotina.



De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuestionario de Fagerstrom, las personas participantes en esta investigación fuman menos de 10 cigarros al día, (con una media de 0.48), tardan más de 60 minutos en fumar su primer cigarrillo, ( $\bar{x}=0.48$ ), el cual les es más fácil omitir los cigarros que pueden consumir durante el día ( $\bar{x}=0.18$ ), no tienen problema en abstenerse de fumar en lugares prohibidos (0.1), y tampoco consumen cigarros cuando están enfermos ( $\bar{x}=0.14$ ).

<b>CUADRO 1</b>	<b>Puntuación</b>
<b>1.- ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarro?</b>	
Menos de 5 minutos.	3
- Entre 6 y 30 min.	2
- Entre 31 y 60 min.	1
- Más de 60 min.	0
<b>2.- ¿Encuentra difícil de abstenerse de fumar en sitios en donde ello está prohibido, como iglesias, bibliotecas?</b>	
-Si	1
-No	0
<b>3.- ¿A qué cigarro odiaría más renunciar?</b>	
-Primero de la mañana.	1
-A cualquier otro	0

<b>4.- ¿Cuántos cigarros fuma al día?</b>	
-10 o menos.	0
-De 11 a 20	1
-De 21 a 30	2
-31 cigarrillos o más	4
<b>5.- ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?</b>	
- Si	1
-No	0
<b>6.- ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?</b>	
-Si	1
-No	0

## ANALISIS DEL CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE RUSSEL

Durante el análisis del cuestionario de motivos de Russel en el grupo, se encontró de manera general un promedio de 7.96 con una desviación estándar de 2.10. Lo que indica que en general los sujetos tienen motivos no muy importantes para consumir cigarro.

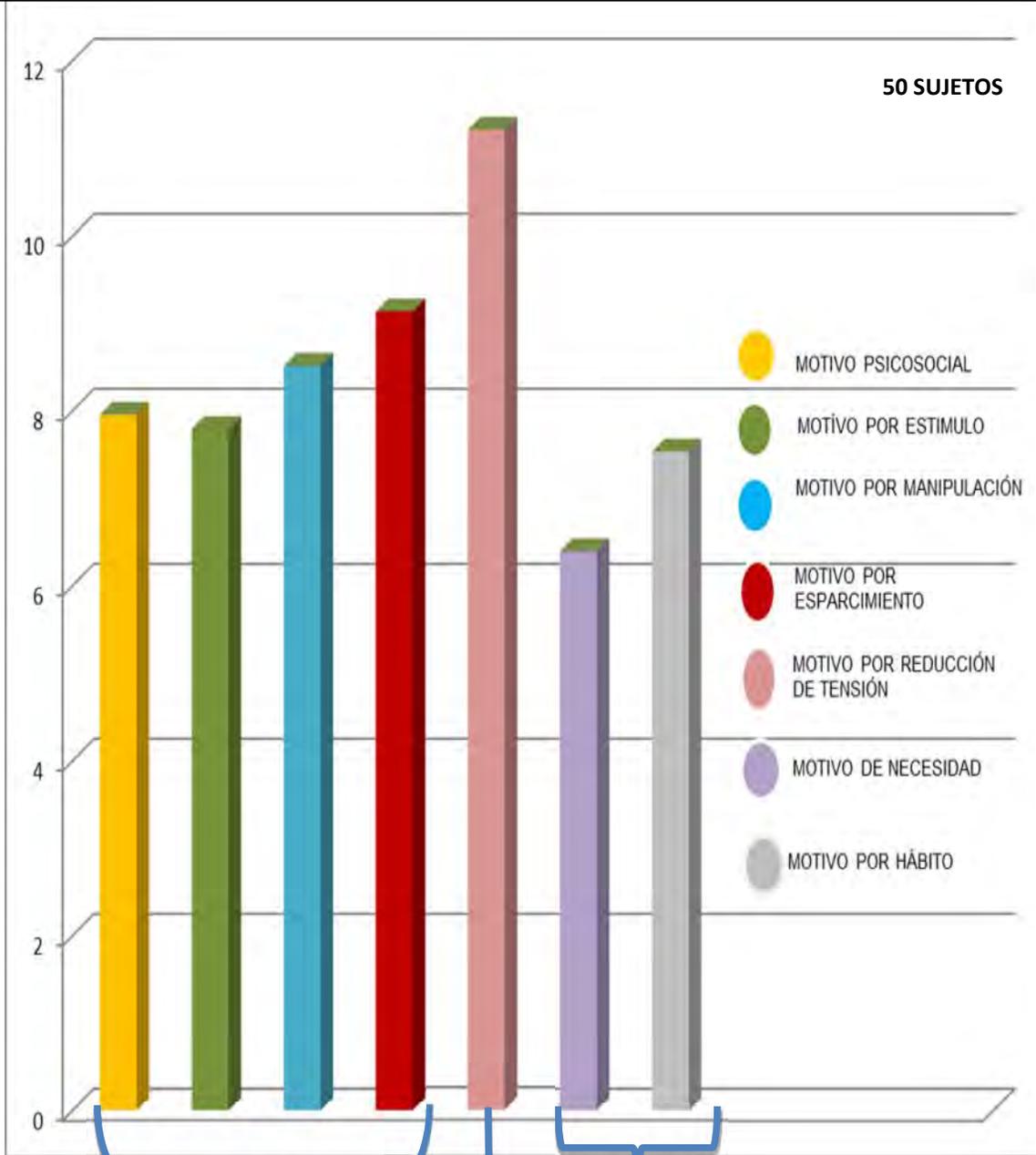
Al analizar cada uno de los motivos se encontró que los motivos que no son muy importantes son el MOTIVO PSICOSOCIAL con, ( $\bar{X}= 7.96$  y D.E= 2.07), estos son fumadores que generalmente lo hacen por la supuesta adquisición de estereotipos tales como un status social, de una personalidad seductora, de feminidad aumentada o sofisticación. Tiene reforzadores positivos en el ambiente que crean en el inconsciente imágenes de sexualidad, aventura, madurez, intelectualidad, etc. Generalmente fuman en reuniones y puede inhalar superficialmente; MOTIVO POR ESTIMULO, ( $\bar{X}=7.8$  y D.E=2.1). Las personas que fuman, por esta razón, obtienen una sensación de aumento de energía, fuman para evitar la fatiga o el aburrimiento. El efecto que tiene la nicotina en el organismo es estimulante y el alivio inmediato que obtiene la persona lo puede llevar a un alto grado de dependencia); MOTIVOS POR MANIPULACIÓN ( $\bar{X}=8.52$ , D.E=2.76), Incluye el goce de numerosas sensaciones sensoriales y el uso de manipulaciones orales, manuales y olfativas para procurarse placer. La sensación del cigarrillo en la mano, en la boca, el acto de encenderlo, la forma en cómo se toma, el percatarse de este acto, el olor, el sabor y el sonido de la envoltura.

Todo lo anterior, contribuye a la construcción de un ritual complejo y placentero; MOTIVO POR ESPARCIMIENTO, ( $\bar{x}=9.14$ , D.E=2.61), Muchos fumadores afirman que fumar los relaja. Esto puede explicarse debido a que están condicionados a fumar cuando están relajados. Probablemente disfrutan más de un cigarrillo tras de una comida, cóctel o café, siendo los cigarrillos, un tipo de recompensa, una forma de disfrutar un poco más.

MOTIVO POR NECESIDAD ( $\bar{x}=6.4$ , D.E=1.81), Generalmente lo hacen para evitar el estado desagradable que provoca el síndrome de abstinencia, los síntomas que se presentan son: irritabilidad, depresión, sudoración, falta de concentración, aumento del apetito, etc. en realidad ésta es la descripción de un fumador que tiene una adicción grave; MOTIVO POR HÁBITO ( $\bar{x}=7.54$ , D.E=1.51). son personas que fuman sin estar conscientes de ello, esta forma de fumar ocurre sin darse cuenta de cómo se fuma, o cuantos cigarros se consumen al día, en ocasiones, encienden más de un cigarro a la vez sin darse cuenta, se hace de forma “automática”

El único motivo muy importante para el grupo fue el MOTIVO PARA REDUCIR LA TENSIÓN, ( $\bar{x}= 11.22$ , D.E=2.06). En este caso se fuma para reducir los sentimientos desagradables como: tensión, ansiedad, coraje, vergüenza, etc. El efecto que se obtiene es tranquilizante. La forma en que lo fuman es a bocanadas profundas.

FIGURA 8. CUESTIONARIO MOTIVOS DE RUSSEL



MOTIVO NO MUY IMPORTANTE

MOTIVO NO MUY IMPORTANTE

MOTIVO MUY IMPORTANTE

En el cuadro #8 podemos observar el resultado de las correlaciones entre el nivel de dependencia y los diferentes motivos del consumo del tabaco. Se encontró que el motivo Psicosocial tiene una correlación moderada positiva de .581 y una significancia de .000, lo que implica que entre más suba el motivo psicosocial, también existe un aumento en la dependencia a la nicotina según Fagerstrom.

El motivo por Estimulo tiene una correlación moderada positiva de .540 y una significancia de .000, lo cual refiere que si el motivo por estimulo aumenta existe un incremento también en la dependencia a la nicotina.

El motivo por Esparcimiento tiene una correlación baja positiva de .402 y una significancia de .004, por lo que si este motivo aumente existirá un incremento en la dependencia a la nicotina.

El motivo por Necesidad tiene una correlación moderada positiva de .554 y una significancia de .00, esto significa que cuando exista un aumento en este motivo, aumentara también el grado de dependencia a la nicotina.

En la figura #9 se presenta el resultado de las correlaciones entre el nivel de dependencia y los diferentes motivos de consumo del tabaco.

En el cuadro #9 podemos observar que el motivo de ansiedad tiene una correlación baja negativa de  $-.094$  y una significancia de  $.586$ , lo que nos indica que entre más baje el motivo ansiedad, disminuye también la probabilidad de que haya dependencia a la nicotina.

Se encontró también que en el motivo depresión, tiene una correlación baja positiva de  $.033$  con una significancia de  $.818$ , lo que refiere que entre más baje el motivo depresión más bajo es la probabilidad que exista dependencia a la nicotina.

Podemos encontrar que el motivo psicosocial tiene una correlación moderada positiva de  $.581$  y una significancia de  $.000$ , lo que implica que entre más suba el motivo psicosocial existe también aumento en la dependencia a la nicotina según Fagerstrom.

El motivo por estímulo tiene una correlación positiva de  $.540$  y una significancia de  $.000$  lo que refiere que si el motivo por estímulo aumenta existe también un incremento en la dependencia a la nicotina.

El motivo por manipulación tiene una correlación baja positiva de  $.226$  con una significancia de  $.114$  lo que indica que entre más bajo este la correlación, existe menos probabilidad que haya dependencia a la nicotina.

En el motivo por esparcimiento existe una correlación baja positiva de .402 y una significancia de .004 por lo tanto si este motivo aumenta, existirá un incremento en la dependencia a la nicotina.

En el cuadro #9 podemos observar que el motivo por reducción de tensión tiene una correlación baja positiva de .225 con una significancia de .074, lo que nos indica que entre más baje el motivo, disminuye también la dependencia a la nicotina.

El motivo por necesidad tiene una correlación moderada positiva de .554 con una significancia de .00, esto significa que cuando exista un aumento en este motivo, también aumentara el nivel de dependencia a la nicotina.

Por ultimo podemos observar que el motivo por hábito tiene una correlación baja positiva de .274, con una significancia de .054, lo cual indica que entre más baja puntuación tenga este motivo, disminuye también la probabilidad que haya dependencia a la nicotina.

FIGURA # 9

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA	MOTIVOS DE CONSUMO	CORRELACION	SIGNIFICANCIA
	ANSIEDAD	r=-.94	.516
	DEPRESIÓN	r= .033	.818
	MOTIVOS PSICOSOCIALES	r= .581	.000
	MOTIVOS POR ESTÍMULO	r=.540	.000
FAGERSTROM	MOTIVO POR MANIPULACIÓN	r=.226	.114
	MOTIVOS POR ESPARCIMIENTO	r=.402	.004
	MOTIVOS PARA REDUCIR LA TENSIÓN	r=.55	.074
	MOTIVO POR NECESIDAD	r=.554	.000
	MOTIVO POR HÁBITO	r=.274	.054

## **CAPITULO 7.**

### **DISCUSIÓN**

El propósito de la presente investigación fue analizar la relación que existe entre el nivel de dependencia a la nicotina y los diversos motivos (ansiedad, depresión, motivos de consumo, psicosocial, estímulo, manipulación, esparcimiento, reducción de tensión, necesidad y hábito), en una población de mujeres estudiantes de nivel medio superior.

Moreno, Hernández, García, 2011 refieren que el consumo de drogas constituye en la actualidad un importante fenómeno social que afecta especialmente a los adolescentes, la prevalencia del uso y abuso de drogas en la etapa adolescente y adultez temprana son altas pues el consumo de tabaco está asociado en los adolescentes a varios factores como los sociales, el más frecuente es el consumo de tabaco en familiares, la baja percepción de riesgo una publicidad constante y orientada especialmente a las mujeres (Fernández 2009, Pag. 24 ).

La edad media de las personas que fuman tabaco en España es de 13,5 años de edad a menudo insuficiente para valorar de manera responsable las futuras consecuencias. Por tanto, los jóvenes españoles están desprotegidos frente a esta epidemia cuya única vacuna sería poner en práctica políticas de prevención. (Becoña 2009).

En esta investigación se estudió una muestra de 50 mujeres consumidoras de tabaco. Los resultados obtenidos mostraron que el promedio de edad es de 18.84, con una edad mínima de 15 años y máxima de 25, esto coincide con lo encontrado en otro estudio donde manifiesta que el consumo de tabaco por parte de la mujer se ha incrementado a partir de los noventa y el incremento se ha acelerado particularmente en las adolescentes (Ponciano 2008).

En los adolescentes de 14 a 18 años se puede observar claramente cómo va aumentando con la edad el porcentaje de fumadores. Entre los 14 y 15 años se produce un salto importante en la prevalencia de consumo. La edad media de inicio en el consumo diario que se produce entre los 14 y 15 años precisamente y entre los 17 y 18 años hay un fuerte incremento de fumadores especialmente de mujeres, (Becoña 2004).

Los resultados encontrados en este estudio con respecto a la escolaridad el promedio es de 1.16 que corresponde al nivel media superior. El 7% de los estudiantes de secundaria fuma y cuando pasan al nivel medio superior llegan a un 27%, por lo que este paso es crítico pues se cuadruplica la adicción al tabaco entre los alumnos y donde se refleja un aumento del consumo es en las mujeres de este nivel. Esto coincide con los datos de la ENA 2011 los cuales reportan una prevalencia de fumadores adolescentes activos de 12.3% que representa a 1.7 millones de adolescentes fumadores con un promedio en la edad de 17 años, lo que se deduce cursan el nivel medio superior.

Dependencia a la nicotina.

Mediante el test de Fageström (indicador más ampliamente aceptado para medir la dependencia física a la nicotina), se encontró que en la muestra estudiada existe un promedio general de 1.26 puntos y una desviación estándar de 1.85 lo que muestra que tenían una dependencia baja a la nicotina, asimismo se observó que el 90% de los participantes tuvo una dependencia baja a esta sustancia.

Estos datos también son similares a los hallados por García (2009) quien en su estudio realizado a 30 fumadores reporta que un 53% presentó un nivel bajo a la nicotina. Esto se debe a que el 33.3% de los pacientes reportó estar intentando dejar de fumar por primera vez, mientras el 66.7% de ellos contaba con más de un intento previo; en este sentido el 60% de los pacientes indicó que en dichos intentos no había usado algún tipo de tratamiento contra el tabaquismo, el 3.3% acudió a terapia psicológica individual y el 10% indicó que había combinado dichos tipos de tratamientos, esto explica que los participantes hayan reportado niveles de baja dependencia a la nicotina al momento de la aplicación del test de Fagerstrom.

De la misma forma los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con lo encontrado por Luque, Ruíz y Gómez (2008) quienes realizaron una investigación con 314 adolescentes entre los 14 y 19 años los cuales fueron entrevistados mediante la Encuesta Nacional de Adicciones (prevalencia del consumo) y el cuestionario Fagerstrom (1977) (dependencia a la nicotina) en los que encontraron que el 30% tuvo un grado de dependencia leve a la nicotina. Luque, Ruíz y Gómez (2008) explican que esto se debe a la edad de los participantes (14 y 19 años), que más de la mitad

de los adolescentes solo han fumado alguna vez en su vida y el 88 % de los que fumaban comenzó a hacerlo antes de los 16 años de edad por lo que su consumo ha sido mínimo

Los resultados encontrados en la presente investigación difieren de los hallazgos de Clemente y Jiménez (2010), quienes al estudiar a 250 adolescentes de entre 10 y 17 años encontraron que el 70.7% de los adolescentes tenían una dependencia media a la nicotina, al respecto los autores explican que la dependencia media se debe a que las personas analizadas prefieren continuar fumando, ya que les genera una sensación de relajamiento o estimulación producidos por la nicotina a la tensión que implica dejar de fumar, particularmente en un medio donde el fumar facilita la relación con los demás.

Nivel de ansiedad.

En esta investigación se encontró que el 52% de la muestra de mujeres consumidoras de tabaco presentó una ansiedad a nivel normal (media de 12.1 y una Desviación Estandar de 10.1). Benítez en 2006 menciona que cuando hay una ansiedad normal no existe variación en el estado físico o emocional que dé como resultado alteración en las actividades escolares o laborales. Aunque más de la mitad de la muestra tuvo una ansiedad normal los síntomas que más reportaron fueron el sentirse acaloradas (15%), incapaces de relajarse (15%), con temor a que ocurra lo peor (11%), mareadas o que se le va la cabeza (11%), inestables (11%) y nerviosas (11%), síntomas que como menciona Cano-Vindel (2003) corresponden a una

intensidad de la activación fisiológica y a la sensación de que el control tiende a estar amenazado.

Fue interesante encontrar que nadie (0%) reportó niveles altos de ansiedad. Estos resultados son contrarios a lo encontrado por Ocampo, Leal y Pájaro (2005) quienes al aplicar el Inventario de Ansiedad de Beck a un grupo de mujeres que presentaba dependencia física a la nicotina obtuvieron que el 42% de las mujeres participantes reportó al inicio un estado de ansiedad severo. Al respecto autores como Kushner, Abrams y Borchardt (2000) explican que los síntomas de la ansiedad son una consecuencia biopsicosocial del consumo crónico de sustancias y como se mostró en esta investigación el consumo crónico solo lo presentó el 4% de la muestra.

Asimismo (Leyro, 2009, pag. 404) explica que con respecto al tabaquismo, existe un consenso básico acerca de que el tabaco se consume también en parte como una medida para aliviar el estrés y las respuestas emocionales negativas, como es el caso de la ansiedad. El consumo de tabaco, todavía altamente prevalente en nuestro país, no sólo está relacionado con el desarrollo de otros trastornos asociados con la salud física, sino que también se encuentra estrechamente ligado al desarrollo de desórdenes mentales, especialmente trastornos de ansiedad, tal y como demuestra la literatura científica revisada en este trabajo. De todo lo anterior ya afirmado, podemos establecer que se encontró una clara relación entre el consumo del tabaco y el estrés que llegan a experimentar los jóvenes de educación media superior y superior. Encontramos que en el sentido que el estudiante llega a sentir una gran cantidad de estrés, fumara como forma de aliviar este malestar, y de esta forma, al estar constantemente expuesto a diversas situaciones que le generan estrés, aumentará su

consumo y se formará una dependencia, pues como dice Pomerleau (1997) “la nicotina, una droga con efecto corto y rápido de acción selectiva, con mínima o ninguna toxicidad conductual, y con la capacidad de bloquear las respuestas emocionales obsoletas y los niveles de activación de tono fino, proporciona un interesante punto central para el individuo Eso se consigue vía el consumo de tabaco, y sus múltiples propiedades hacen de la nicotina la más peligrosa de las drogas en términos evolucionistas y podría incrementar las presiones selectivas contra aquellos que están diferencialmente atraídos a ello; conforme los efectos secundarios adversos son disminuidos por la introducción de modos de indigestión menos dañinos, la cuestión se hace aún más compleja” (Martínez, Medina, Maya y Reyes, 2013).

(Morissette, 2007; Zahradnik y Stewart, 2009,). Los efectos perjudiciales que puede generar el consumo de tabaco a largo plazo para la salud física son ampliamente conocidos. Lamentablemente son menos conocidos los efectos adversos que puede tener sobre la salud mental. Hasta hace poco tiempo, los investigadores científicos han prestado relativamente poca atención a la relación existente entre tabaco y trastornos de ansiedad en comparación con la atención recibida a otros trastornos mentales que frecuentemente aparecen asociados al consumo de tabaco o a aquellos trastornos mentales que a menudo cursan con otras sustancias diferentes de la nicotina, (Mae,Cano vindel, Itziar y Esperanza, Ansiedad y tabaco, 2009).

Nivel de depresión.

Con respecto a la depresión del grupo que participó en la presente investigación se realizó el análisis correspondiente en el cual se encontró una media de 8.06 y una desviación estándar de 4.70. Al realizar el análisis de los niveles de depresión se encontró que el 74% de la muestra obtuvo un diagnóstico bajo a la depresión. Lo que implica que no hay síntomas de depresión que alteren el funcionamiento cognitivo, social, laboral, académico o familiar de los participantes.

Estos resultados coinciden con los encontrados por García (2009), quien al realizar un estudio a 30 fumadores (70% hombres y 30% mujeres), encontró que el 67% obtuvo una sintomatología depresiva baja, esto se debe a que la mayoría de los pacientes atendidos, al igual que otros fumadores que acuden a las clínicas contra el tabaquismo vinculadas con el Sistema de Vigilancia Epidemiología de las Adicciones, iniciaron y mantienen su consumo de tabaco de forma experimental antes de los 18 años de edad, de los cuales el 75% son estudiantes del nivel medio superior.

Es importante mencionar que los resultados de la investigación llevada a cabo por Rivera (2010) muestra un porcentaje alto con respecto a la muestra de personas participantes con un nivel bajo de depresión, quien en un estudio realizado a 465 personas, con un promedio de edad de  $45.7 \pm 11.33$  años, encontró que el 41.5% de los pacientes se ubican dentro del rango de depresión leve, el 21% como depresión media y 4.7% como depresión grave. Explica la autora que estos resultados se deben a características como la edad de inicio que en este estudio fue de  $16.7 \pm 5.69$  años y

la mayoría lo hace de forma experimental, esto se refleja en la salud emocional del paciente.

La investigación realizada por Diego, Field y Sanders (2003), en un estudio con 89 jóvenes de los últimos años de bachillerato, de los cuales más del 50% fueron diagnosticados con depresión leve, por lo que mencionan que existe una estrecha relación entre depresión y consumo de sustancias, sobretodo en el caso del consumo de cigarrillo. Los autores explican esta tendencia en la hipótesis que el consumo de sustancias puede producir cambios a nivel fisiológico, que predisponen la presentación de síntomas depresivos, cabe resaltar que la edad promedio de los estudiantes es de 17.5 y 18 años de edad, edad en la cual el consumo de cigarrillos ya no es de forma experimental y es un momento trascendental en la vida del estudiante ya que es cuando tiene que tomar decisiones en el aspecto académico.

Otra investigación que difiere con los resultados encontrados en el presente estudio es la realizada por Breslau, Kilbey y Andreski, (1994) quienes realizaron un monitoreo a 1,200 adultos durante 14 meses y encontraron que el único factor significativo para que el consumo de tabaco evolucionara en dependencia a la nicotina era contar con historia previa de depresión mayor, estos datos se ven reflejados al analizar el inventario de depresión de Beck (1977) el cual al realizar la calificación arroja una puntuación mayor a 30 puntos lo que corresponde a un diagnóstico grave, además se observó que durante el período de seguimiento los fumadores dependientes a la nicotina manifestaron una mayor incidencia de nuevos episodios depresivos en comparación con los fumadores no dependientes (13.6 vs. 5.2%, respectivamente). Los fumadores con antecedente de depresión clínica presentan tasas de dependencia

a la nicotina más altas que quienes no padecen el trastorno afectivo (Breslau, 1995; Breslau, Johnson, Hiripi y Kessler, 2001; Breslau1994; Glassman 1990). Se sabe que el riesgo de depresión en fumadores con dependencia a la nicotina es tres veces mayor en comparación con los fumadores no dependientes (Breslau y Johnson, 2000, Página 2).

#### Cuestionario de Motivos de Rusell.

Durante el análisis del cuestionario de motivos de Russel se encontró un promedio de 7.96 con una desviación estándar de 2.10. Lo que indica que en general los motivos analizados en el instrumento no son importantes para la población.

El único motivo muy importante para el grupo fue el MOTIVO PARA REDUCIR LA TENSION (Russell, 1971), ( $\bar{X} = 11.22$ , D.E=2). Esto significa que los adolescentes fuman para reducir sentimientos desagradables como tensión, ansiedad, coraje, vergüenza, etc. El efecto que obtiene la persona al fumar es para “tranquilizarse” de esta forma el adolescente al sentirse ansioso, fuma y obtiene la relajación correspondiente.

En un estudio realizado por Jiménez (2008) en una muestra de 120 personas, se pudo observar que las motivaciones del mantenimiento de la conducta tabáquica más frecuente en los adolescentes, se asocia a momentos agradables, en una conversación, durante o después del café, escuchando música, etc. Es decir que el 26.77% fumó por placer y el 25.98 fumaba para reducir la tensión.

Otro estudio que difiere con los resultados obtenidos en esta investigación es el de Luna (2010) quien realizó una investigación a 250 adolescentes con edades entre 14 y 19 años todos fumadores, el 54% de los participantes en el estudio eran del sexo femenino y el 45.6% del sexo masculino. Luna (2010) encontró que los motivos más importantes corresponden al tabaquismo por esparcimiento con un 26%. El autor explica que para los adolescentes este motivo es más común ya que los jóvenes fuman por placer, relajación que tiene que ver con situaciones específicas gustosas. El segundo motivo tiene que ver con los efectos tranquilizantes, cuando se siente ansioso, preocupado, inquieto, “nervioso” a este tipo de motivo se le conoce como reducción de tensión.

En el presente estudio se encontró que los motivos que no son muy importantes son el MOTIVO PSICOSOCIAL, con ( $\bar{X} = 7.96$  y D.E= 2.07), es decir para la muestra participante no fuman por adquisición de estereotipos tales como un status social, de una personalidad seductora, de feminidad aumentada o sofisticación. El fumar no les proporciona reforzadores positivos en el ambiente que crean en el inconsciente imágenes de sexualidad, aventura, madurez, intelectualidad, etc. Y generalmente no fuman al estar en reuniones y no pueden inhalar superficialmente;

MOTIVO POR ESTIMULO ( $\bar{X} = 7.8$  y D.E=2.1), las personas participantes en la investigación no fuman por esta razón, no obtienen una sensación de aumento de energía, no consumen el tabaco para evitar la fatiga o el aburrimiento. El efecto que tiene la nicotina en el organismo no es estimulante estas características no se presentan como importantes.

MOTIVOS POR MANIPULACIÓN ( $\bar{X}$ =8.52, D.E=2.76), no producen sensaciones sensoriales, las manipulaciones orales, manuales y olfativas no generan placer, en la población analizada por lo tanto es un motivo no muy importante en esta investigación.

MOTIVO POR ESPARCIMIENTO, (Rusell 1971), ( $\bar{X}$ =9.14, D.E=2.61), Muchos fumadores afirman que fumar los relaja. En este caso, a la población estudiada el consumo de tabaco no les brinda una satisfacción positiva, pues no disfrutan de un cigarrillo tras una comida, cóctel o café, en este motivo los cigarrillos no son un tipo de recompensa, o una forma de disfrutar un poco más. Por tanto es un aspecto no muy importante.

MOTIVO POR NECESIDAD (Rusell 1971), ( $\bar{X}$ =6.4, D.E=1.81), Generalmente lo hacen para evitar el estado desagradable que provoca el síndrome de abstinencia, y como se reporta anteriormente el grupo no tiene aún una adicción a la nicotina. Por lo tanto no presenta irritabilidad, depresión, sudoración, falta de concentración, aumento del apetito, etc. en realidad ésta es la descripción de un fumador que tiene una adicción grave; este motivo tampoco es importante para el grupo.

MOTIVO POR HÁBITO (Rusell 1971), ( $\bar{X}$ =7.54, D.E=1.51). Este motivo no se presenta en los adolescentes analizados, ya que no fuman sin darse cuenta, aun controlan la cantidad de cigarros que desean, su consumo aun no es excesivo, no existe dependencia a la nicotina por lo tanto no se hace de forma automática. Es también un motivo no muy importante.

Con respecto a la correlación entre la dependencia y los motivos de consumo se encontró que el motivo Psicosocial tiene una correlación moderada positiva de .581 y una significancia de .000, lo que implica que entre más suba el motivo psicosocial, también existe un aumento en la dependencia a la nicotina según Fagerstrom. Al respecto (Soto, 2002), menciona que los factores psicosociales suponen un aspecto importante en el proceso de consumo tabáquico que ayuda a seguir consumiendo y predecir quien llegara a convertirse en una persona con dependencia a la nicotina.

El motivo por Estimulo tiene una correlación moderada positiva de .540 y una significancia de .000, lo cual refiere que si el motivo por estimulo aumenta existe un incremento también en la dependencia a la nicotina. Al respecto (Rusell,1971) menciona que las personas que consumen nicotina por esta razón, lo hacen buscando una forma de estimularse.

El motivo por Esparcimiento tiene una correlación baja positiva de .402 y una significancia de .004, por lo que si este motivo aumenta existirá un incremento en la dependencia a la nicotina. Al respecto (Rusell,1971) menciona que las personas consumen tabaco lo hacen principalmente para obtener placer en periodos de descanso o relajación.

El motivo por Necesidad tiene una correlación moderada positiva de .554 y una significancia de .00, esto significa que cuando exista un aumento en este motivo, aumentara también el grado de dependencia a la nicotina. Al respecto (Rusell,1971) menciona que las personas que fuman por este motivo lo hacen porque ya existe una dependencia física y al seguir consumiendo evita el síndrome de abstinencia.

## CAPITULO 8

### CONCLUSIONES

1.- Los adolescentes que participaron en esta investigación, tienen una edad promedio de 18.84, con una edad mínima de 15 y una máxima de 25 años, un factor muy importante ya que revela que para los adolescentes de la muestra éste rango de edad es decisivo para la prueba inicial, si bien el presente estudio no valoro la edad de inicio en el consumo, los estudios realizados demuestran que así, a finales de la secundaria e inicio del nivel medio superior es un momento determinante para implementar campañas de prevención tabáquica.

2.- De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se concluye que el 90% las adolescentes fumadoras obtuvieron puntuaciones bajas en la escala de dependencia a la nicotina (Test de Fagerstrom 1971), esto es debido a que fuman menos de 10 cigarrillos al día y una vez que se despiertan tardan más de 60 minutos en fumar su primer cigarrillo. Es difícil establecer si los adolescentes puntuaron bajo en la escala de Dependencia a la Nicotina debido al periodo tan corto de consumir tabaco.

3.- Los niveles de ansiedad encontrados mediante la escala de Beck fueron normales en el 52 % de los sujetos. Además, se encontraron indicadores de ansiedad como sentirse acalorada, incapaz de relajarse y problemas digestivos. El porcentaje restante en los niveles de ansiedad es: ansiedad leve 30%, ansiedad moderada 14%, ansiedad grave 4%. Niveles no significativo es esta investigación.

4.- Con respecto a la depresión encontró que el 74% de la muestra tuvo un diagnóstico normal y los indicadores más comunes fueron que las personas se culpan o se critican por sus errores o debilidades, refieren también a la forma de dormir, existe alteración en el estado de sueño o vigilia, alteración en el apetito, se valora si ha existido o no pérdida de peso en la persona.

5.- En los motivos para fumar de Russell existen datos interesantes del grupo estudiado, ya que solo existe un motivo importante de consumo que es Reducir la Tensión pues las adolescentes pretenden tranquilizarse, sobrellevar estados displacenteros y de tensión. El resto de los motivos (motivo psicosocial, por estímulo, manipulación, esparcimiento, necesidad y consumo por hábito.) no fueron considerados importantes por los participantes.

6.- No existe una correlación estadísticamente significativa entre la dependencia a la nicotina y la Ansiedad, la razón se debe al tiempo de consumo, y a la cantidad de cigarrillos consumidos que en la mayoría de los participantes fuma menos de 10 cigarrillos y es de forma esporádica, (Repetto, 1985). Los resultados de una dependencia tienen que ver con el tiempo que llevan fumando, el número de cigarrillos que se fuman por día, la fuerza de inhalación, el ritmo, la velocidad de fumar y la clase de tabaco (Becoña, 2000).

7.- En la presente investigación se puede observar que no existe una correlación entre la dependencia baja a la nicotina y la depresión, dato interesante pues en otros estudios se ha encontrado una fuerte asociación entre dependencia a la nicotina y la depresión, muchas veces la depresión precede al inicio en el consumo de tabaco, tanto en adultos como en adolescentes con depresión, (Kahler, Brow 2009).

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS:

En la presente investigación se realizó un estudio sobre la relación que existe sobre el consumo de tabaco (dependencia a la nicotina) con los diferentes motivos de consumo (Ansiedad, Depresión, Psicosocial, Estimulo, Manipulación, Esparcimiento, Reducción de tensión, Necesidad y Hábito). Una de las limitaciones importantes fue la edad, grado escolar y por lo tanto la institución académica donde se realizó el estudio. La adquisición del hábito de fumar comienza en la adolescencia convirtiéndose en adictos en la edad adulta, los adolescentes van iniciando su consumo que además es esporádico, lo cual aún no se desarrolla una dependencia a la nicotina. Se realizó la aplicación del instrumento de medición por permisibilidad de las autoridades del (CECYT 1) solo a los alumnos que cursan en su mayoría el primer y tercer semestre, lo que implica, como se explica anteriormente son alumnos con edades de 16 y 17 años principalmente. El tipo de institución también no hubo una elección apropiada, ya que existen datos donde se refiere que los alumnos que cursan el Colegio de Bachilleres en el turno vespertino con una situación económica media baja.

Para investigaciones futuras se sugiere tomar en cuenta varios factores que aporten mayor información, en este caso hacer una mejor elección de la población, ser más selectivos con los criterios de inclusión, como el nivel de consumo de tabaco, aumentar el rango de edad, para observar los diferentes comportamientos en cuanto a consumo y la relación con los diversos motivos.

Se sugiere también aplicar pruebas como el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, Spielberg y Díaz Guerrero, 1975). Este inventario tiene una escala para medir la ansiedad como rasgo y o la tendencia a la ansiedad y otra escala para medir la ansiedad como estado.

Realizar más investigaciones de tabaquismo en población Mexicana y especialmente con mujeres adolescentes, ahondando en los motivos de mantenimiento en el consumo de tabaco y así poder hacer campañas de prevención más efectivas. Efectuar el estudio con grupos en situaciones diferentes en cuanto a edad, nivel de consumo, grado académico y aspecto socioeconómico, para observar y analizar los comportamientos.

# ANEXOS

## Test - Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre.....Fecha.....

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas según el siguiente criterio (marque una sola casilla para cada ítem):

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molestó mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

		0	1	2	3
1	<b>Hormigueo o entumecimiento</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<b>Sensación de calor</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<b>Temblor en las piernas</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<b>Incapacidad para relajarse</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<b>Miedo a que suceda lo peor</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<b>Mareos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<b>Palpitaciones o taquicardia</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>8</b>	<b>Sensación de inestabilidad o inseguridad física</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9</b>	<b>Terrores</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>10</b>	<b>Nerviosismo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>11</b>	<b>Sensación de ahogo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>12</b>	<b>Temblor de manos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>13</b>	<b>Temblores generalizados o estremecimiento</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>14</b>	<b>Miedo a perder el control</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>15</b>	<b>Dificultad para respirar</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>16</b>	<b>Miedo a morir</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>17</b>	<b>Sobresaltos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>18</b>	<b>Molestias digestivas o abdominales</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>19</b>	<b>Palidez</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>20</b>	<b>Rubor facial</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>21</b>	<b>Sudoración (no debida al calor)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

En el siguiente cuestionario existen una serie de preguntas, cada una con cuatro opciones, elige una y marca el inciso que más te ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

1.

a).- No me siento triste.

b).- Me siento triste.

c).- Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.

d).- Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

2.

a).- No me siento especialmente desanimado ante el futuro.

b).- Me siento desanimado con respecto al futuro.

c).- Siento que no tengo nada que esperar.

d).- Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.

a).- No creo que sea un fracaso.

b).- Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.

c).- Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.

d).- Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4.

a).- Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.

b).- No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.

c).- Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.

d).- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

a).- No me siento especialmente culpable.

b).- No me siento culpable una buena parte del tiempo.

c).- Me siento culpable casi siempre.

d).- Me siento culpable siempre.

6.

a).- No creo que este siendo castigado.

b).- Creo que puedo ser castigado.

c).-Espero ser castigado.

d).-Creo que estoy siendo castigado.

7.

a).- No me siento decepcionado de mi mismo.

b).- Me he decepcionado a mi mismo.

c).- Estoy disgustado conmigo mismo.

d).- Me odio.

8.

a).- No creo ser peor que los demás.

b).- Me critico por mis debilidades o errores.

c).- Me culpo siempre por mis errores.

d).-Me culpo de todo lo malo que sucede.

9.

a).- No pienso en matarme.

b).- Pienso en matarme, pero no lo haría.

c).-Me gustaría matarme.

d).-Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

a).- No lloro más de lo de costumbre.

b) Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.

c).- Ahora lloro todo el tiempo.

d).- Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11.

a).- Las cosas no me irritan más que de costumbre.

b).- Las cosas me irritan más que de costumbre

c).- Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.

d).- Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12.

- a).- No he perdido el interés por otras cosas.
- b).- Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
- c).-He perdido casi todo el interés por otras personas.
- d).-He perdido todo mi interés por otras personas.

13.

- a).- Tomo decisiones casi siempre.
- b).- Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
- c).-Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- d).- Ya no puedo tomar decisiones.

14.

- a).- No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b).-Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
- c).-Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
- d).-Creo que me veo feo.

15.

a).- Puedo trabajar tan bien como antes.

b).-Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.

c).- Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.

d).-No puedo trabajar en absoluto.

16.

a).- Puedo dormir tan bien como antes.

b).- No puedo dormir tan bien como solía.

c).- Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.

d).-Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17.

a).- No me canso más que de costumbre.

b).- Me canso más fácilmente que de costumbre.

c).- Me canso sin hacer nada.

d).- Estoy demasiado cansado como para hacer algo

18.

a).- Mi apetito no es peor que de costumbre.

b).-Mi apetito no es tan bueno como solía ser.

c).-Mi apetito esta mucho peor ahora.

d).-Ya no tengo apetito.

19.

a).- No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.

b).-He rebajado más de dos kilos y medio.

c).-He rebajado más de cinco kilos.

d).-He rebajado más de siete kilos y medio.

20.

a).- No me preocupo por mi salud más que de costumbre.

b).-Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.

c).-Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.

d).-Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

a).- No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.

b).-Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.

c).- Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.

d).- He perdido por completo el interés en el sexo.

## PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

### TEST DE RUSSEL

Nombre.....Fecha.....

El siguiente cuestionario consta de una serie de preguntas con tres opciones ubicadas debajo de cada pregunta, elige una opción según sea tu situación con respecto al consumo de tabaco.

(Marque con una cruz el inciso correspondiente)

A).- Siento que fumar me da seguridad.

3).- Muy frecuente

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

B).- Siento que fumando me siento mejor.

3).- Muy frecuente

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

C).- El exhalar cada una de las bocanadas de humo me produce una grata sensación.

3).- Muy frecuente

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

D).- Disfruto fumar después de los alimentos, como el té, café o alcohol.

3).- Muy frecuente

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

E).- Cuando me siento enojada por algo, fumo para tranquilizarme.

3).- Muy frecuente

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

F).- Aún enferma siento la necesidad de un cigarro

3).- Muy frecuente

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

G).- Todos los cigarrillos que fumo son placenteros.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

H).- Si no fumo, pierdo parte de mi personalidad.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

I).- Fumo para mantenerme despierta.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

J).- El sentir el cigarrillo entre mis dedos es gratificante.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

K).- Cuando estoy relajada y en periodos de descanso me gusta fumar.

3).- Muy frecuente

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

L).- Si estoy nerviosa por algo, fumo casi el doble.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

M).- Si cambio a cigarrillos suaves fumo casi el doble.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

N).- Enciendo un cigarrillo sin haber terminado el anterior.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

O).- Fumo más cuando estoy en reuniones sociales.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

P).- En trabajos monótonos o aburridos fumo más.

3).- Muy frecuente

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

Q).- Disfruto el golpear con el cigarrillo de determinada manera.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

R).- Durante mi trabajo dedico tiempo para disfrutar de un cigarrillo.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

S).- Fumo cuando quiero olvidarme de mis preocupaciones.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

T).- me siento a disgusto si no fumo, aún cuando el fumar no es realmente grato.

3).- Muy frecuente

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

U).- Enciendo cigarrillos sin darme cuenta.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

V).- fumo para no sentirme tan sola.

3).- Muy frecuente

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

W).- Me siento más alerta y con energía.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

X).- Disfruto el fumar desde el momento en que tengo la cajetilla en mis manos.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

Y).- Cuando estoy tranquila me gusta fumar.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

Z).- Fumo más cuando estoy tensa.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

A1).- Al dejar de fumar unas cuantas horas, empiezo a sentir síntomas físicos desagradables.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

B1).- Ha habido ocasiones en que olvido en donde dejé un cigarrillo prendido.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

C1).- Tener un cigarrillo en la bolsa me produce tranquilidad.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

D1).- Trabajo mejor cuando fumo.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

E1).- Al sacar la cajetilla, el tener el cigarrillo en la mano y ver el humo, es gratificante.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

F1).- Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy cómoda.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

G1).- Cuando no tengo cigarrillos, soy capaz de hacer lo que sea para conseguirlos.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

H).- Fumo todos los cigarrillos que me ofrecen.

3).- Muy frecuente.

2).- Ocasionalmente.

1).- Nunca.

## TEST DE FAGERSTRÖM, DEPENDENCIA DE A LA NICOTINA

Se trata de una escala administrada de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina.

De los siguientes ítems, elige una sola opción según sea la situación en tu consumo de tabaco.

1.- ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarro?

Hasta 5 minutos 3

Entre 6 y 30 minutos 2

Entre 31 y 60 minutos 1

Más de 60 minutos 0

2.- ¿Encuentra difícil de abstenerse de fumar en sitios en donde ello está prohibido, como iglesias, bibliotecas?

Sí 1

No 0

3.- ¿A qué cigarro odiaría más renunciar?

Primero de la mañana. 1

A cualquier otro. 0

4.- ¿Cuántos cigarros fuma al día?

10 o menos

De 11 a 20

De 21 a 30

31 cigarros o más.

5.- ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

Si 1

No 0

6.- ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?

Si 1

No 0

## BIBLIOGRAFIA

- *Alegría, E. Salud para todos, tabaquismo y enfermedad, Everest, León, 2002.*
- *Álvarez Salas, W.J.L; Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Ergon, Madrid, 2003.*
- *Álvarez Salas, Morbimortalidad por tabaco y cáncer, 1998.*
- *Ayesta, L. “¿Por qué fumas más hoy en día las mujeres?”, en prevención del tabaquismo, (2001).*
- *Barbera, J.A; Peces, B.G. “Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.” 2001.*
- *Barrios Salcedo, M. (2003). Factores causantes de ansiedad en adolescentes de 15 a 18 años con respecto a sus relaciones interpersonales. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.*
- *Barroso, N.S; Estrada, G y Cuevas, Efectos del tabaquismo en el sistema nervioso, Trillas, México, 1990.*
- *Beck, A.; Emery, G.; Greenberg, R. (1985) Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York, Basic Books.*
- *Becoña, Bases teóricas que sustentan los programas de prevención. Universidad de Santiago de Compostela, España, (1999).*
- *Becoña, E. Palomares, A. García, M. (2000). Tabaco y salud. Guía de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Madrid, España. Pirámide.*

- Becoña y Miguez, (2010), Tabaco en Niños y Adolescentes. Universidad de Compostela España.
- (Benjet, C, Borges, G.G, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, y Zambrano-Ruiz, 2012). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para su tratamiento. Salud Pública de México.
- Benowitz, 1993, Programa Internacional Sobre Seguridad Química, Biomarcadores y la evaluación de riesgo, en el consumo de tabaco, OMS, Ginebra 1993.
- Benowitz, 1998, Aspectos Farmacológicos de Fumar Cigarrillos y la Adicción a la Nicotina. Oxford University.
- Benowitz, 1990, Seguridad y Toxicidad de la Nicotina.
- Borio G, Historia del Tabaco, 2001
- Borjas Rivera, Ivonne (2002). *El efecto de un tratamiento cognitivoconductual para dejar de fumar sobre variables fisiológicas y subjetivas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Calvo, J.R; López, M. y López A. *Programa para dejar de fumar. Dejar de fumar es posible, Gran Canaria, España, 1998.*
- David Satcher, *Informe de la Dirección General de Salud Pública de Estados Unidos de America, 2001.*
- *Departamento de salud y servicios humanos, Centro Nacional para la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud, Atlanta USA. 2001.*

- Díaz, Lovaco y Chavez (2005), Modelo de Atención al Tabaquismo en Centros de Integración Juvenil.
- Díaz-Guerrero, R.; Spielberger, C. (1975) *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. Ed. Manual Moderno, S.A de C.V. México, D.F.
- DOF, Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Doll, R. y Peto, R. *La mortalidad en relación a fumar 20 años, 1976.*
- DSM-IV-TR. APA (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. USA: Masson S.A.
- Encuesta Nacional de Adicciones, (ENA, 2002).
- Encuesta Nacional de Adicciones, (ENA, 2008).
- Encuesta Nacional de Adicciones, (ENA, 2011).
- Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, (por sus siglas en Ingles GATS), 2009.
- Encuesta Global de Tabaquismo en Jóvenes, (por sus siglas en Ingles GYTS), 2008.
- Ernster, 2001, las mujeres y el tabaco, de la política a la acción.
- Evatt y Kassel, fumar la excitación , y afectar : el papel de la sensibilidad a la ansiedad , la revista de los trastornos de ansiedad

- Fagerström, K. & Hughes, J. (2008), *Clínica Para el Tratamiento de la Dependencia del Tabaco en la Enfermedad y el Tratamiento Neuropsiquiátrico*.
- García, Almasi Imdalali. (2009). *Relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- *García, Lloret y Espada (2003), Prevalencia del Consumo de Tabaco en Población Universitaria Instituto de Drogodependencias (INID)*.
- Green, Fortoul, Ponciano, 1993 *Cancer broncogénico en pacientes menores de 40 años de edad, la experiencia en un país de América Latina*.
- *Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerstrom. Dependencia de la nicotina Test de Fagerstrom 1991*.
- *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (INER, 2002)*.
- *Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (INEGI, 2010)*.
- Lazcano Ponce, 2008, *Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México*.
- Lagrue. G. *Dejar de fumar*, Alianza Editorial, Madrid, 1999.
- Legarde Marcela, *Los cautiverios de las mujeres*, 2005.
- Levine, R.R. *Farmacología: acciones y reacciones de las drogas*, Editorial Parthenon, Nueva York 1996.
- *Luque, Ruiz y Gómez, (2008)*,
- *Mae y Cano-Vindel, (2008), Ansiedad y tabaco*
- Medina-Mora M. (2001) *Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar*. Secretaría de Educación Pública. Instituto

Mexicano de Psiquiatría, México.

- Méndez, M.L. (1995). Traducción y estandarización del Inventario de Depresión de Beck para la población mexicana. Tesis de licenciatura en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Miro, M. *Tabaquismo: Cosecuencias para la salud*. Granada 1992.
- Monardes, N. *La historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales (1565-1574)*. Madrid España.
- Moreno-Coutiño, A., & Medina-Mora, M. E. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*, 31(5), 409-415.
- Moreno, K. Cuevas, J. (2005). *Niños, adolescentes y adicciones. Una mirada desde la prevención*. Centros de Integración Juvenil, A.C. México, DF.
- *National Instituto of drug Abuse, 2010, Mujeres y el abuso de drogas*.
- *Ocampo, Leal y Pájaro, (2005), Clínica de Tabaquismo del Hospital General de México, daños a la salud producidos por el tabaquismo a los grupos de población más vulnerable, (niños, mujeres y niños)*.
- *OMS, La epidemia del Tabaquismo, OMS, Ginebra, 2004*.
- *Organización Mundial de la Salud, 2009, Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo*.
- *Pérez, Chavarría, R. Domínguez. Atlas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Glaxo Smith Kline, México, 2003*.
- *Peto. R. Instituto Nacional de Salud Pública, (INSP). Cuernavaca Morelos, 1993*.

- Ponciano, (2001), *El Consumo de Tabaco en Mujeres, Clínica contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM.*
- Ponciano, R. G. & Morales, R.A. (2006). *Tabaco y mujeres.* México, D. F.: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Ponciano, R. G. (2008). *Tratamiento integral del tabaquismo.* Trillas. México, D.F.
- Ponciano-Rodríguez, G. & Morales-Ruiz, A. (2007). Evaluación del programa de tratamiento para la cesación del tabaquismo en la clínica de la facultad de medicina de la UNAM.
- Rivera Dávila Olami. (2010) Evaluación del impacto del tratamiento para la cesación del tabaquismo sobre los valores del inventario de depresión de beck en un grupo de pacientes de la clínica contra el tabaquismo de la Facultad de Medicina. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Raul, H. Sansores, Alejandra Ramírez Venegas, *Mujeres entre colillas,* 2011.
- Rivero, S.O. y Navarro, R.F. *Neumología (segunda edición),* Trillas, México, 2002.
- Roales, López y Moreno, (2000), *Características del Consumo de Tabaco,* Universidad de Almeira.
- Rodríguez, T.E. Calvo, F.J.R. *Historia del Tabaco.* Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España, 2003.

- Samet, 2002. *El riesgo del tabaquismo activo y pasivo. Departamento de Epidemiología, U.S.A.*
- Sansores, Ramírez. Registrando: Mujeres entre colillas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Secretaria de Salud, México, 2011.
- Schivelbusch, W. *Historia de los Estimulantes, Estados Unidos, 1995*
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, (CONADIC, 2000.
- Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, Primera edición, México 2008.
- Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011.*
- Secretaria de Salud 2001.
- Soto MF, Villalbí JR, Balcázar H, Valderrama AJ, 2002. La iniciación al tabaquismo aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento.
- Soustelle, J, La vida cotidiana de los Aztecas, Fondo de Cultura Económica, México, 1977.
- Secretaria de Salud, Encuesta Nacional de Adicciones, 2002.
- Spielberger, C.D., Edwards, C. STAIC. *Cuestionario de autoevaluación St.*
- Vázquez, F., & Becoña, E. (1998). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión?, *Psicothema*, 10(2), 229-239.
- Velázquez Díaz A, Tabaquismo síntoma de una sociedad enferma, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, 2011.

- Wingo, Sección especial sobre el cáncer de pulmón y el consumo de tabaco, 1995.
- Wyser, 1997, *Trastornos relacionados con el fumar*.