

UACM

**Universidad Autónoma
de la Ciudad de México**

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Consumo de cigarros en mujeres de la
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
plantel Casa Libertad**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

GEORGINA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

Directora de trabajo recepcional
Mtra. Erica Carlota Merino González

México, D.F. septiembre 2015.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) por la oportunidad y apoyo brindado para la impresión y empastado de este trabajo recepcional.

A la Asamblea Legislativa del Distrito Federal VI Legislatura por la beca proporcionada para realizar mi trabajo recepcional.

A la Mtra. Erica Carlota Merino González, directora de tesis, por guiarme a lo largo de este camino, apoyarme y confiar en mí desde el primer momento y sobre todo por empujarme e ilusionarme a iniciar y finalizar esta etapa y por su paciencia en entender, guiar y dirigir mis ideas y cuestionamientos de investigación. Por intervenir cuando era necesario, por dejar que yo misma resolviera otras situaciones en la marcha de la investigación. Por compartir, autores, enfoques y por las minuciosas revisiones, gracias por todo.

Al Mtro. David Martínez, por su colaboración, por su implicación, sus consejos metodológicos, por estar siempre dispuesto a resolver mis dudas de estadística, por disponer de esa habilidad llamada "paciencia", por su tiempo y transmitirme su conocimiento y sugerencias.

A la Lic. Olivia Sandoval, mi especial reconocimiento merece el interés mostrado por mi trabajo y las sugerencias recibidas, con la que me encuentro en deuda por el ánimo infundido y la confianza que siempre me brinda.

A la Mtra. Alma Nora Nava, por su visión crítica en este trabajo, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que me ayudaron a formarme personalmente y profesionalmente.

No puedo dejar de hacer una mención especial a la Lic. Carolina Galván por sus observaciones y sugerencias en el desarrollo del presente trabajo.

Estoy en deuda con todas las mujeres de Promoción de la Salud del turno matutino inscritas en el periodo 2013-19, que participaron en el estudio, y con profesores que me facilitaron aplicar la encuesta, ya que sin su colaboración, en definitiva, no hubiera sido posible este trabajo.

**GRACIAS A LA VIDA,
POR ESTA GRAN OPORTUNIDAD.**

Dedicatoria

Sin duda alguna, concluir un trabajo de investigación y concretarlo en un trabajo de tesis no es un logro individual. Esta tesis es producto del trabajo y apoyo de muchas otras personas que han sido un fuerte apoyo para que yo pudiera concretar este objetivo de vida.

Culminar esta etapa me ha permitido reconectarme con sueños, ideales y objetivos que en un momento difícil parecieron muy lejanos y ajenos.

Así pues, dedico esta tesis a mis padres, María Guadalupe González Monroy y Felipe D. Sánchez Castillo, siempre presentes, vivo ejemplo de trabajo y tenacidad para alcanzar las metas, su respaldo fue esencial para culminar mi Licenciatura.

A Alfredo Pérez, por su cariño; pero sobre todo por su apoyo y ánimo en los peores momentos para que continuase con este trabajo y por formar parte de este proceso, porque sin ti a mi lado nada de esto hubiera sido posible.

A mis abuelitos, María, Florencio y Daniel, por ser mi inspiración de fortaleza y prosperidad.

A Rjta Medina y Juventino Pérez por su gran apoyo, el cual represento un aliciente en la consecución de esta meta.

A mis hermanos y hermanas, por su cariño, apoyo y motivación en todo momento de mi vida.

A mis queridos sobrinos y sobrinas, gracias por sus sonrisas y su gran alegría.

A las amigas y amigos que siempre me apoyaron e incentivaron en todo momento.

Algunas personas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias.

Gina

**CONSUMO DE CIGARROS EN MUJERES DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO PLANTEL “CASA
LIBERTAD”**

Resumen

Introducción. El cigarro es el único producto legalmente disponible que es un factor de riesgo para diversas enfermedades respiratorias; además su consumo es causa de muchas muertes cada año. En este sentido, el consumo de cigarros se ha convertido en un problema de salud pública, no sólo por su magnitud sino también por las consecuencias sanitarias que conlleva, actualmente las mujeres se han convertido en un blanco fácil para las industrias tabacaleras. **Objetivo.** Describir el grado de consumo activo y pasivo de tabaco en las mujeres universitarias de la Lic. Promoción de la Salud, pertenecientes a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), plantel “Casa Libertad” inscritas en el semestre 2013-II. **Diseño metodológico.** Es un estudio de un enfoque cuantitativo, transversal y descriptivo, basado en un estudio de población de 120 mujeres universitarias de la Lic. Promoción de la Salud que estuvieron inscritas en el semestre 2013-II. Para ello se construyó un cuestionario apoyado de la “Encuesta del Consumo de Tabaco entre los Hispanos/Latinos de 18 Años de Edad o Más” y “Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009”. **Resultados:** Se encontró que entre los motivos principales por lo que las mujeres fuman es para adelgazar (73.3%), donde habitualmente fuman es la escuela (37.5%) y los momentos en los que fuman con regularidad son con amigos en fiestas (25.8%). **Discusión.** Observamos que existe un aumento significativo en la adquisición del hábito de consumir cigarro entre las mujeres que se encuentran en el nivel superior, por lo que es necesario aceptar la existencia de este problema de salud para a partir de ello desarrollar programas de promoción de la salud dirigido al género.

Palabras claves: Mujeres, consumo de cigarros, género, salud.

Summary

Introduction. The cigar is the only product legally available that is a factor of risk for diverse respiratory diseases; in addition his consumption is a reason of many deaths every year. In this respect, the consumption of cigars has turned into a problem of public health, not only for his magnitude but also for the sanitary consequences that he carries, nowadays the women have turned into an easy white for the tobacco industries. **I target.** To describe the degree of active consumption and liabilities of tobacco in the university women of the Lic. Promotion of the Health, belonging to the Autonomous University of the Mexico City (UACM), nursery " Marries Freedom " inscribed in the semester 2013-II. **Methodological design.** It is a study of a quantitative, approach transverse and descriptive, based on a study of population of 120 university women of the Lic. Promotion of the Health that they were inscribed in the semester 2013-II. For it there was constructed a questionnaire supported of the " Survey of the Consumption of Tobacco between the Hispanics 18-year-old / Hispanos/Latinos of Age or More " and " Global Survey of Smoking in Adults Mexico 2009". **Results.** One thought that between the principal motives for what the women smoke it is to slim (73.3 %), where habitually they smoke it is the school (37.5 %) and the moments in those who smoke regularly are with friends in holidays (25.8 %). **Discussion.** We observe that a significant increase exists in the acquisition of the habit of consuming cigar between the women who are in the top level, for what it is necessary to accept the existence of this problem of health for from it to develop programs of promotion of the health directed the kind.

Key words: Women, Consumption of cigars, kind, health.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos	2
Dedicatoria	3
Resumen	5
ÍNDICE GENERAL	7
ÍNDICE DE GRÁFICAS	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I	15
1.1 Antecedentes	15
1.2 Planteamiento del problema	16
1.2.1 Objetivos	20
1.2.2 Justificación	21
1.3 Limitaciones y delimitaciones	22
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	23
2.1 Antecedentes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México	23
2.1.1 Daños a la salud	27
2.1.2 Factores que interviene en el consumo del cigarro en las mujeres	45
2.1.3 Marco jurídico y legislación sobre el control de cigarros	49
2.2 Conceptos a revisar	56
2.3 Perspectiva teórica adoptada	62
CAPÍTULO III MÉTODO	77
3.1 Diseño	77
3.2 Universo	77
3.3 Muestra	77
3.4 Contexto	78
3.6 Definición de las variables	79
3.7 Elaboración y desarrollo de instrumentos	80

3.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación _____	81
3.9 Recolección de la información _____	82
3.10 Prueba piloto _____	83
3.11 Análisis y procesamiento de datos _____	83
CAPITULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS _____	84
CAPÍTULO V DISCUSIÓN Y PROPUESTAS _____	105
5.1 Discusión de los resultados _____	105
5.1.2 Consumo de tabaco en las mujeres universitarias _____	105
5.1.4 Factores que influyen en el consumo de tabaco en las mujeres universitarias _____	108
5.1.6 El consumo de tabaco visto a través de la promoción de la salud ____	113
5.2 A manera de discusión _____	115
5.3 Perspectivas _____	117
5.4 Recomendaciones _____	118
5.5 Propuesta _____	120
5.6 Reflexión _____	124
REFERENCIAS _____	130
ANEXOS _____	137

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Edad de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM ,2013. ____	84
Gráfica 2. Proporción de estudiantes por semestre 2013-II. _____	85
Gráfica 3. Número de materias cursadas por las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013. _____	85
Gráfica 4. Número de horas que pasan en el plantel durante el día las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013. _____	86
Gráfica 5. Estado civil las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013. _	86
Gráfica 6. Mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013 que tiene hijos. _	87
Gráfica 7. En que delegación o municipio viven las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013. _____	87
Gráfica 8. Característica de que casa de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013. _____	88
Gráfica 9. Número de cuartos con los que cuentan su vivienda de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013. _____	88
Gráfica 10. Número de personas que habían en su casa de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013. _____	89
Gráfica 11. Mujeres universitarias encuestadas de la UACM que trabajan actualmente, 2013. _____	89
Gráfica 12. Ingresos económicos mensuales de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM,2013. _____	90
Gráfica 13. Servicio médico con el que cuentan las mujeres universitarias encuestadas de la UACM,2013. _____	90
Gráfica 14. Mujeres universitarias fumadoras y no fumadoras encuestadas de la UACM, 2013. _____	91
Gráfica 15. Mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013, que fuman actualmente. _____	91
Gráfica 16. Número de cigarros que fuman al día las mujeres encuestadas de la UACM, 2013. _____	92
Gráfica 17. Mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013, que fuman en su casa. _____	92
Gráfica 18. Edad en la que fumo por primera vez las mujeres fumadoras universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	93
Gráfica 19. Cómo consiguió los cigarros el último mes las mujeres fumadoras universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	93
Gráfica 20. Cuanto gasto en la compra de cigarros en el último mes las mujeres fumadoras universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	94
Gráfica 21. Las mujeres fumadoras universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, que tienes la necesidad de fumar al levantarse. _____	94
Gráfica 22. Tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que fuman las mujeres fumadoras universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	95
Gráfica 23. Lugares donde fuma habitualmente las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	95

Gráfica 24. Momentos en los que fuman regularmente las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	96
Gráfica 25. Importancias por parte de la familia de que fumen las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	96
Gráfica 26. Número de fumadores que viven en las casa de las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	97
Gráfica 27. Padres fumadores de las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM _____	97
Gráfica 28. Está permitido fumar en su casa de las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM _____	98
Gráfica 29. Las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, que han trabajado en lugares expuestas al humo de cigarrillo. _____	98
Gráfica 30. Posibilidad de comprar cigarrillos sueltos por las casas de las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	99
Gráfica 31. Frecuencia con la que ven fumar a los actores, las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	99
Gráfica 32. Frecuencia con la que ven espectaculares las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	100
Gráfica 33. Que piensan las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, sobre la gente que fuma en fiestas o reuniones. _____	100
Gráfica 34. Que piensan las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, al ver fumar a una mujer. _____	101
Gráfica 35. Que piensan las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, al ver fumar a un hombre. _____	101
Gráfica 36. Las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, creen que fumar hace: _____	102
Gráfica 37. Tiene amigos fumadores las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM. _____	102
Gráfica 38. Las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, que creen que causa el cigarrillo. _____	103
Gráfica 39. Ha perjudicado el cigarro la salud de las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, el cigarro _____	103
Gráfica 40. De qué manera ha perjudicado el cigarro la salud de las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, el cigarro. _____	104

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de tabaco es la segunda causa de mortalidad en el mundo y también la primera causa de mortalidad y morbilidad evitable.¹ Por lo que se puede considerar que el consumo de cigarros en el mundo es un problema de salud pública, ya que actualmente se estima que un tercio de la población mundial de más de 15 años fuma² tabaco, lo que corresponde a 1.4 millones de personas fumadoras de tabaco. De estos, 800 millones pertenecen a los países en desarrollo, estimándose que en el año 2025 aumentará dicha cifra y para entonces fumarán más de 1.6 millones de persona (CFMR, 2012).

Sin embargo, la tendencia mundial es que en los países de ingresos altos como en Europa el consumo de cigarros ha venido disminuyendo paulatinamente en las últimas décadas. A diferencia de los países de ingreso medio y bajo, como todos los de la región latinoamericana, donde su consumo de cigarros está en aumento, y esto quizá se deba a la falta de generación de políticas de salud por parte de los gobiernos.

En México, el problema es igualmente preocupante ya que se estima que mueren diariamente 167 personas por causas asociadas con el consumo de cigarros, ocupa el sexto lugar mundial en número de fumadores y el segundo en fumadoras (CFMR, 2012). De acuerdo, con la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) realizada en México en el año 2009 refiere que el 15.9% de los adultos en México son fumadores actuales, 24.8% son hombres y 7.8% mujeres. Mientras que la edad de inicio de fumar tabaco para los hombres es de 16.3 años y 16.8 años para las mujeres (OPS, 2010).

¹ Es importante resaltar que los conceptos que se utilizarán a lo largo de este trabajo son el “consumo de tabaco y tabaquismo”, los cuales tienen ciertas similitudes de acuerdo con los distintos autores que citaremos más adelante en el marco teórico. Cabe decir que yo tomaré específicamente el concepto de “consumo de cigarros” el cual nos ayudará a comprender el problema que abordo en esta investigación.

² Significa aspirar y despedir el humo producido por la combustión del tabaco o de otra sustancia herbácea (opio, marihuana, etc.) preparada en forma de cigarro o pipa.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) y la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ 2011) confirman que la epidemia de consumo de tabaco en México continua siendo un grave problema de salud pública, con una tendencia al incremento entre los adolescentes, adultos jóvenes (18-25 años) y las mujeres, tanto en las áreas urbanas como rurales, a pesar de que la prevalencia de consumo está dada principalmente por fumadores ocasionales³ y fumadores diarios⁴ que consumen en promedio pocos cigarrillos por día, es preciso recordar que no existen niveles seguros de consumo de tabaco (Pichon, cols, 2013), debido a que cualquier forma de consumo de tabaco es perjudicial para la salud a corto o largo plazo.

Es por ello, que actualmente en México se considera que el problema representa un importante dilema de salud, si se toma en cuenta que se han desarrollado diversos estudios, que señalan entre otros elementos, que la edad a la que comienzan el consumo de cigarrillos en la población es un factor importante en la severidad de la adicción y la intensidad del consumo durante su vida, medido con el número de cigarrillos que consumirá diariamente en su vida adulta. De modo que un individuo que comienza a consumir cigarrillos a una edad temprana tiene mayor probabilidad de que aumente el riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con el tabaco y mayor dificultad para dejar de fumar (CFMR, 2012).

En lo que respecta al tema de las mujeres, en términos generales, podemos decir, que a pesar de que estas se han incorporado al hábito del consumo de cigarrillo más tarde que los hombres y su uso es menor en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, donde ellas se han vuelto un alto porcentaje de consumidoras. Como lo indica la OMS, en países desarrollados la prevalencia de consumo de cigarrillos por las mujeres, se aproxima del 20 al 35%, mientras que en países en desarrollo se calcula en 21%. La situación de la

³ Son aquellas personas que han fumado menos de 1 cigarrillo de tabaco por día (Esteves, Llambi, 2008).

⁴ Son aquellas personas que han fumado por lo menos 1 cigarrillo de tabaco por día en los últimos 6 meses (Esteves, Llambi, 2008).

mujer es altamente preocupante, pues si bien el hombre está empezando a abandonar el consumo de tabaco, las mujeres se encuentran en fase de incorporación al mismo (OMS, 2010). Lo que quizá está bien por una parte, beneficiará la salud del hombre, pero por otra perjudicará la de la mujer ya que tradicionalmente es quien está más pendiente de los niños y jóvenes.

En este sentido podemos ver que en los últimos años, estamos frente a un cambio en el fenómeno del consumo de cigarrillos en el mundo, que se está convirtiendo, en un problema que repercute mayormente sobre las mujeres. El hecho que las mujeres fumen cigarrillos se percibe hoy día como algo común y corriente, incluso natural. Pero no siempre las mujeres han fumado cigarrillos y cuando lo han hecho, el motivo es distinto al de los varones. El consumo de cigarrillos por parte de las mujeres implica un cambio drástico en los usos y costumbres de género, que se sustenta en decisivos cambios culturales, económicos, políticos y sociales relacionados con la transformación de los roles y estatus de las mujeres.

Por su parte la OMS, también dice que entre los efectos perjudiciales del consumo de tabaco en la mujer se encuentran las enfermedades cardiovasculares; los tumores malignos en pulmón, esófago, boca, faringe, vejiga, páncreas, riñón y cuello uterino; las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, como bronquitis y enfisema; las complicaciones durante el embarazo, los problemas de infertilidad primaria y secundaria, y la fractura de cadera (CIJ, 2005). De lo anterior se puede considerar que varias de estas enfermedades son mortales para las mujeres.

Es así que este trabajo visto desde una perspectiva de promoción de la salud y género, tiene como objetivo describir el grado de consumo de tabaco activo y pasivo en las mujeres universitarias de Promoción de la Salud del turno matutino, pertenecientes a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), plantel "Casa Libertad" en el semestre 2013-II. Con el cual se busca profundizar en las significaciones, motivaciones y percepciones en torno a la

continuidad en el consumo de cigarros y conocer los daños a la salud que trae a las fumadoras activas⁵ y las fumadoras pasivas⁶.

El trabajo de investigación se estructura de cinco capítulos en el primer capítulo está dedicado a los antecedentes, planteamiento del problema, objetivos, justificación, limitaciones y delimitaciones. En el segundo capítulo se aborda el marco contextual, donde se abordan conceptos a revisar y las perspectivas teóricas adoptadas para su desarrollo. Después, en el tercer capítulo se describe las características metodológicas, diseño, universo, muestra, contexto, diseño del instrumento, variables, recolección de información, prueba piloto y análisis y procedimiento de la información. Posteriormente, en el cuarto capítulo se analizan los resultados obtenidos en la investigación. Finalmente, en el quinto capítulo se discuten los resultados, perspectivas, recomendaciones y propuestas.

⁵ Es aquella persona que fuma un cigarro de tabaco (Pardell, 1996).

⁶ Es aquella persona que no fuma cigarros de tabaco, pero que está sometida a aspirar el humo proveniente de la combustión del cigarro proveniente de las personas que fuman en su entorno.

CAPÍTULO I

1.1 Antecedentes

Las altas cifras que dan a conocer las instituciones de salud⁷, las academias y las autoridades gubernamentales⁸. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (2012) “...México ocupa el segundo lugar a nivel mundial de mujeres fumadoras y por cada 10 fumadores, 7 son hombres y 3 mujeres”, dichas cifras me motivo analizar los factores por describir los motivos por los que las mujeres universitarias realizan la práctica de fumar cigarrillos ya sea de forma activa o pasiva y sus consecuencias a la salud.

Fue en este sentido, y a través de mi incursión en el servicio social en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), donde pude observar de manera directa los efectos que alteran la salud de la población más vulnerable como los niños, adultos mayores y las mujeres, ya sean como fumadores activos o pasivos. En este último encuentro un panorama de conocimiento amplio para explicar los daños que causa el tabaco a la salud desde una perspectiva fisiología, no obstante, el camino se cierra cuando la búsqueda se dirige a encontrar respuestas desde el enfoque de promoción de la salud y de género.

Por qué la urgencia cobra significancia considerando que la tendencia el consumo de cigarrillos se potencializa en las mujeres debido a que representan un grupo con fuerte crecimiento de más de la mitad de la población⁹ (57 millones de mujeres) (INEGI, 2010).

En este contexto, al estudiar el impacto del cigarrillo en grupos sociales con alto crecimiento, se convierte en una prioridad hacer el estudio en mujeres. Es por ello, que se privilegia el análisis del consumo de cigarrillos entre las mujeres universitarias de la Lic. en Promoción de la Salud de la UACM del plantel “Casa Libertad”.

⁷ Instituto Nacional de Cancerología (INCAM), Instituto Nacional de Cardiología (INC), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), etc.

⁸ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), etc.

⁹ De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI). La población total hasta el 2010 era de 112 millones de personas de las cuales 57 millones son mujeres y 55 millones son hombres.

La muestra empleada para esta investigación tiene por objetivo describir y evidenciar la necesidad de realizar programas con la visión de Promoción de la Salud y con un enfoque de género.

1.2 Planteamiento del problema

Desde inicios del siglo XXI el problema del uso y abuso de drogas se ha convertido en una constante observada, ya que este es uno de los fenómenos más serios en la salud pública, convirtiéndose también en uno de los factores creadores de mayor alarma social, en donde se involucran desde dimensiones puramente médicas hasta las de tipo sociológico, cultural, antropológico, ideológico, de política mundial, etc. Por lo que, resulta difícil estudiar cada uno de sus aspectos sin tener en cuenta las implicaciones derivadas del resto.

En la mayoría de los países, se utilizan una gran variedad de drogas a las que se les denomina como “cualquier sustancia química que altera la conducta y el estado de ánimo y que son capaces de producir adicción” (Miccarelli, 2000:28), además, algunas son aceptadas a nivel social y legalmente permitidas para su producción, venta y consumo. Generalmente, en los países en desarrollo, hay un elevado número de personas que son adictas a drogas ilícitas como la marihuana, cocaína heroína etc., pero en un número mayor se encuentran las drogas lícitas como es el tabaco y el alcohol (Lorenzo, cols, 1998). El consumo de éstas últimas no sólo es permitido, sino que también se ha vuelto en un factor significativo para producir una adicción en el ser humano.

Por ello, las drogas llamadas lícitas como el tabaco, se han vuelto uno de los principales problemas de salud pública mundial, ya que su consumo excesivo ya sea por fumar, beber, chupar, aspirar o masticar, ha llevado a muchas personas a padecer una de las terribles enfermedades que hay en el mundo como es el tabaquismo¹⁰, esta se caracteriza por estar relacionada con más de 25 enfermedades crónicas entre las que destacan el cáncer de pulmón, las enfermedades isquémicas cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva

¹⁰ Es una enfermedad sistémica y progresiva asociada a la adicción de la nicotina (Sansores,Espinosa,1999)

crónicas, reflujo gastroesofágico, etc., esto sólo por mencionar algunas. Es por ello que los gobiernos y las diferentes organizaciones de salud consideran el consumo de cigarrillos como un problema de salud pública mundial y altamente peligroso para todos los habitantes en el planeta.

Ahora bien, el tabaco está compuesto por distintas sustancias, como la nicotina¹¹ esta es una sustancia que se encuentra en las hojas de tabaco y que es farmacológicamente activa y principal responsable de la adicción al tabaco. Si dicha sustancia no estuviera presente en estas hojas de tabaco no generaría tal adicción, mucho menos, las millones de muertes al año en el mundo. De acuerdo, con la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, 1995) esta sustancia cumple con los criterios para ser considerada como una droga dependiente¹² (Lorenzo, cols, 1998).

Podemos ver que a lo largo de la historia se han desarrollado distintos métodos para que la hoja de tabaco se continúe consumiendo, y para que cause el efecto deseado de la nicotina. Entre ellos, podemos considerar tres vías de administración que son, la digestiva (mascar o beber tabaco), la percutánea (encima de la piel) y la respiratoria (aspirar y fumar). La primera vía de administración digestiva, es una de las más antiguas ya que se utilizaba sólo por los marinos, sin embargo, se sigue utilizando en algunos países (EE. UU, Turquía y la India, entre otros), especialmente en determinados grupos como personas que no pueden fumar en ambiente laboral (mineros y jugadores de béisbol¹³) aunque, el masticar tabaco genera menos riesgo de contraer algún cáncer de pulmón o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pero incrementa el riesgo de hipertensión arterial, concentración alta de colesterol (Lorenzo, cols, 1998).

¹¹ Jean Nicot fue el que envió a la corte francesa la planta de tabaco, de aquí nace su nombre científico "Nicotina tabacum" es el nombre científico que se le dio al principio activo de la planta (Belsasso, cols, 2002).

¹² Es un argumento que se ha manejado para solicitar la legalización de todas las drogas (Fernandez,2006:245)

¹³ Desde el 2011 masticar tabaco está prohibido en las categorías inferiores del béisbol en Estado Unidos, pero no en las "Grandes Ligas".

Por otro lado, podemos ver que fumar cigarros produce mayores efectos en el Sistema Nervioso Central. Y, además ésta es la forma de administración más común en todo el mundo, esto en parte por la contribución de las grandes empresas manufactureras de cigarros, que han hecho de esta presentación la más común y fácil de conseguir en el mundo.

Con lo antes expuesto, se tiene claro que el tabaquismo se ha convertido en una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “considera el consumo de tabaco como la epidemia del presente siglo. En la actualidad, más de 6 millones de personas mueren al año debido a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, 80% de ellas vivían en países de bajos y medianos ingresos; cifra superior a las defunciones ocurridas por VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo juntas” (OMS,2009). Si las tendencias actuales no se revierten, se espera que para el “2020 esta enfermedad causará cerca de 10 millones de muertes al año, siendo el 70% de éstas en países en vías de desarrollo” (OPS, 2010:15).

Es importante señalar que de los 1000 millones de fumadores que hay en el mundo, cerca de 200 millones son mujeres. Por lo tanto, se considera que aproximadamente, cada año mueren en el mundo 1,5 millones de mujeres como consecuencia del consumo de tabaco (OMS, 2010). Por ello, entender y controlar la epidemia del consumo de cigarros en las mujeres es una parte importante de cualquier estrategia de control de consumo.

A nivel mundial podemos ver que México ocupa el sexto lugar en número de fumadores y el segundo lugar en el número de fumadoras, por lo tanto, se estima que en nuestro país mueren diariamente 167 personas por causas asociadas con el consumo de cigarros. Esta es una de las razones por las que el consumo de tabaco se encuentra dentro de los diez problemas prioritarios de salud pública a nivel mundial. Se afirma que, de no establecerse medidas integrales para su control a mediano plazo la capacidad sanitaria que se requiere para la atención a este problema será rebasado (Calleja, 2012).

En este sentido, podemos ver que los datos anteriores muestran, que hasta hace poco el consumo de tabaco sólo se trataba de un problema de salud que

afectaba solamente a los hombres. No obstante, en los últimos años estamos asistiendo a un cambio en la evolución de la situación del consumo de tabaco en el mundo, el cual se está revirtiendo, por lo que se está convirtiendo, cada vez más, en un problema de salud para las mujeres.

Por lo general, podemos ver que el consumo de tabaco puede ser clasificado como tabaquismo activo y el pasivo, para muchas mujeres este hábito puede ser considerado como un placer por lo menos eso parece ser para quienes tienen la adicción, además, representa serios problemas de salud a este género. Sin embargo, algunos problemas de salud que se derivan del tabaquismo no han tenido la difusión suficiente entre las mujeres y por ello existe un menosprecio de su parte hacia las enfermedades a las que se exponen cuando se han convertido en fumadoras activas y pasivas (Pardell, 1996).

Además, el hábito de fumar cigarrillos ha sido considerado como una de las causas fundamentales de enfermedades coronarias en la mujer, lo que aumenta el riesgo de hemorragia cerebral, de aneurisma en la orta abdominal y de arteroesclerosis carótida. Otros problemas de salud que se derivan en las mujeres a consecuencia de este hábito, son los infartos, tromboembolias, cáncer de boca, faringe, riñón, hígado, colon, recto, útero y páncreas, también, problemas en la infertilidad, es decir, mayor posibilidad de abortos espontáneos y embarazos ectópicos, así como complicaciones en el embarazo, como el crecimiento inadecuado del feto y muerte repentina dentro o fuera del vientre y eventos cardiovasculares (García y González, 2002.)

Por esto las mujeres se han convertido en blanco fácil para las industrias tabacaleras, mismas que apuntan vigorosamente al sexo femenino para ensanchar su base de consumidores y remplazar a los que dejan de fumar o mueren prematuramente por cáncer, ataques cardíacos, enfisema pulmonar u otras enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Estas industrias, han logrado llamar la atención de ellas con la presencia de cigarrillos light¹⁴ y de

¹⁴ En los años 50 se pensaba que, a menos contenido de nicotina y alquitrán, menores serían los efectos adversos del cigarrillo en la salud. Para esto se desarrollaron ciertos cambios en los cigarrillos que llevaron a la promoción del concepto de cigarrillo "light" (bajo contenido de nicotina y alquitrán); una alternativa supuestamente más segura que los cigarrillos comunes. Estos cambios incluían, filtros de celulosa (para atrapar al alquitrán), papel altamente poroso (para permitir que se liberen los químicos tóxicos), agujeros de ventilación cerca de los filtros (para diluir el humo

marcas exclusivas para ellas, así como empaques atractivos lo que les provoca un deseo mayor de fumar.

Las implicaciones anteriores me llevan a investigar el consumo de cigarrillos en mujeres universitarias. Y en donde la pregunta principal es: ¿Cuáles son los factores asociados para iniciar y/o continuar el consumo de tabaco en las mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertad”? y ¿Cuál es el impacto de factores sociales como el grupo de amigos o la familia, para promover el consumo de tabaco? ¿Cuál es el impacto en la salud de las fumadoras pasivas?

1.2.1 Objetivos

Objetivo general

Describir el grado de consumo de tabaco activo y pasivo en las mujeres universitarias de Promoción de la Salud, pertenecientes a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), plantel “Casa Libertad” en el semestre 2013-II.

Objetivos específicos

- Indagar las motivaciones que ejerce el grupo de amigos y familiares, para que estas mujeres fumen.
- Identificar la significación que tienen las fumadoras activas y pasivas, sobre el consumo de cigarrillos.
- Identificar cual es la percepción que tiene las mujeres fumadoras activas y pasivas, sobre los daños a la salud que ocasiona el cigarrillo.

con el aire) y distintas mezclas de tabaco. Sin embargo, desde 1970 se sabe que los cigarrillos con bajo contenido de nicotina y alquitrán no son mejores para la salud. Los fumadores de cigarrillos light se enferman y mueren de la misma manera que los fumadores de cigarrillos comunes. Dadas las características adictivas de la nicotina, los fumadores tienden a regular su propia ingesta de nicotina para no sufrir los síntomas del “síndrome de abstinencia”. Para esto, los fumadores de cigarrillos light suelen compensar la menor nicotina de los cigarrillos y toman bocanadas más grandes, más profundas y más frecuentes que los fumadores de cigarrillos comunes. Actualmente, se cree que los cigarrillos light y con bajo contenido de alquitrán se relacionan con el adenocarcinoma, un tipo de cáncer de pulmón antes poco frecuente que ahora se ha convertido en el tipo de cáncer de pulmón más diagnosticado (MSPN, 2011).

1.2.2 Justificación

A menudo, ocurren cambios en la realidad cotidiana que pueden resultar tan imperceptibles para el sentido común y tan poco relevantes en los criterios científicos que incluso no llaman la atención social, ni académica de los individuos, a pesar de que, probablemente, estos tengan consecuencias de transformaciones profundas en las estructuras sociales del mundo. Por ello, es importante abordar el tema sobre el consumo de cigarrillos en mujeres ya que constituye uno de estos fenómenos actuales que más rápido se ha acrecentado en distintos países. Por ende, el hecho de que las mujeres fumen cigarrillos se puede ver como algo normal, no obstante, constituye un problema de salud que se ha ido agravando en la actualidad. Su consumo implica un cambio drástico en los usos y costumbres, lo que a su vez ocasiona ciertos cambios culturales, económicos, políticos y sociales que se relacionan con la transformación del rol y estatus de la mujer.

La pretensión es entonces, obtener nuevos conocimientos que den la pauta para estudios posteriores sobre este tema en la población universitaria principalmente en la de mujeres, ya que el proceso de investigación es sin duda un camino por el cual se conocen de una manera más objetiva los fenómenos que afectan a la sociedad y que generalmente toman nuevos matices con el transcurso del tiempo. Por tal motivo, se considera una herramienta imprescindible para la toma de decisiones a niveles de diseño, planeación y ejecución. Por otra parte, también se busca motivar a los/las Promotores de la Salud a adquirir los conocimientos necesarios sobre los efectos que tiene para la salud, el fumar cigarrillos, y con ello poder dar una mejor información y atención a la sociedad y de la misma forma, dar la información sugerida para aquellos no fumadores, al advertir sobre los riesgos a la salud que implica consumir cigarrillos.

Por lo tanto, la presente investigación pretende describir y aportar datos empíricos desde sus significaciones motivacionales y representaciones, con el objetivo de contribuir a engrosar las investigaciones en el campo de la Promoción de la Salud con enfoque de género dada la escasa bibliografía existente desde estas visiones, pero sobre todo, a las relacionadas con el consumo de cigarrillos en las mujeres universitarias.

1.3 Limitaciones y delimitaciones

Limitaciones

Debido a la escasez de recursos humanos para aplicar el instrumento a una población mayor de universitarias, se decidió solo considerar a una sola licenciatura en un solo plantel y turno así como los grupos que en el 2013-II se encontraban en clases.

Delimitaciones

El tema elegido para la investigación y sus limitaciones, me permitió delimitar el alcance del estudio a un sector y momento específico considerando el tiempo, el espacio y el contexto junto con las particularidades de la población uacemita.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Uno de los motivos que dan origen a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, es ofrecer una educación superior con carácter público y autónomo. Esta surge precisamente, en un momento en que la racionalización del gasto público en nuestro país que inició en la década de los ochenta, intentó generar la privatización de la educación, “[...] entendiendo este proceso no como liquidación, sino como una estrategia de aliento al sector privado y desaliento del público de los espacios universitarios” (Padilla, 2003: 13).

En este contexto, las universidades públicas de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) se volvieron insuficientes, por ejemplo, tres de las principales instituciones educativas a nivel superior son la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN), las cuales no tenían la capacidad para cubrir ni el 30% de su demanda. Esta demanda potencial no atendida, explica la aparición y crecimiento exponencial de instituciones privadas, en comparación con el incremento de las Instituciones Educativas Superiores públicas y autónomas (Casillas, 2007).

Así, en el 2001 con el propósito de contribuir a la oferta educativa en la ZMCM y considerando además que la Ciudad de México no contaba con una universidad propia, se crea en el mes de abril la Universidad de la Ciudad de México. La cual surge como un organismo público descentralizado dependiente del Gobierno del Distrito Federal (GDF), con una forma jurídica que se modificaría posteriormente en diciembre de 2004, al obtener su autonomía.

En la exposición de motivos contenida en la Ley de la UACM, se presenta como prioridad institucional el compromiso de contribuir a la satisfacción de necesidades de educación superior no atendidas en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), con la “encomienda de ampliar las oportunidades de estudio, prioritariamente para los sectores que han carecido de ellas [...]” y en

este sentido, “dar más apoyo a quienes más lo necesitan” (Ley de la UACM, 2005: 4).

Complementariamente, en tanto servicio de carácter público, se pretende que la UACM sea un espacio abierto a todos aquellos jóvenes y adultos interesados en tener una educación universitaria, sin hacer distinciones sociales, económicas, étnicas, religiosas ni de ninguna otra índole, en el entendido de que “[...] una institución de educación pública es una donde no hay diferencias, donde se eliminan las circunstancias que dentro de las propias instituciones han venido acentuando las desigualdades” (Ley de la UACM, 2005: 8).

Esta universidad materializa un apoyo educativo cuya principal preocupación es la igualdad de oportunidades para los aspirantes, por eso la UACM no realiza un proceso de selección del alumnado sino que los lugares son asignados en un sorteo ante notario público. Con esta política de admisión se pretende eliminar uno de los principales problemas que enfrentan los jóvenes egresados del nivel medio superior al momento de intentar ingresar a una universidad pública. Del mismo modo, la UACM ofrece planes de estudio que se adecuan a las necesidades de un alumnado que estudia y trabaja, vive en comunidades alejadas de la Ciudad de México o por diversos motivos familiares o personales no pueden dedicarse 100% a sus estudios (esta universidad es la única hasta ahora con programas especializado para los Centros de Readaptación Social). Por lo tanto, la impartición de clases no excede a las doce horas semanales, es decir, aproximadamente dos horas y media diarias. Este nuevo modelo universitario parece el camino lógico a seguir para ofrecer a la población estudiantil una verdadera educación democrática (Tagle, 2014).

Cabe decir que en esta universidad se imparten desde su origen algunas licenciaturas e ingenierías de nuevo orden tanto en la ciudad como en el país, lo que ha generado gran inquietud e interés entre las personas que entran a estudiar, una de estas licenciaturas es la de Promoción de la Salud, la cual avocamos nuestro estudio en esta tesis.

Características de la población estudiada

Refiriéndose al contexto latinoamericano, Claudio Rama (2009) relaciona la feminización de la matrícula en el nivel superior con una estrategia de sobrevivencia en los hogares, que derivó en una mayor integración de las mujeres a los mercados de trabajo, y en la necesidad de mayor preparación escolar. También apunta a que no sólo hay una mayor presencia de las mujeres en la universidad, sino que egresan más; y que esta presencia está focalizada en determinadas profesiones.

Por su parte, Adrián de Garay y Gabriel del Valle, relacionan la creciente participación de las mujeres en la educación superior y en otros espacios sociales ocupados primordialmente por hombres, con “las luchas emprendidas por organizaciones sociales comandadas por mujeres, y el papel de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)” (2012:5). Reconocen, además, que la inclusión progresiva de mujeres en la universidad, está contribuyendo simultáneamente a la ruptura de patrones culturales respecto a los roles sociales asignados, como los de madre, esposa y amas de casa.

En la población estudiantil para el caso de la Licenciatura de Promoción de la Salud, se puede observar una fuerte presencia de mujeres. Éste es un dato que habrá que contextualizar en procesos un poco más amplios que las Instituciones Educativas Superiores experimenta, como uno de los rasgos asociados a la expansión institucional ocurrida en nuestro país en la década de los setenta.

Con respecto a la matrícula de la UACM para el semestre 2013-II por licenciatura y sexo, permite observar la presencia de un 50.9% de universitarias. Longitudinalmente, es una condición que se mantiene, de acuerdo con las cifras reportadas en los informes del perfil del estudiante de la UACM, correspondientes a las generaciones que ingresaron desde el 2004 hasta el 2011. La relación entre sexos para la totalidad de la población (sin distinción de licenciaturas) se ha mantenido relativamente equilibrada para ese periodo con

un porcentaje promedio del 46.4% para la población masculina y del 53.6% para la femenina.

En lo que respecta en el plantel Casa Libertad el número de estudiantes de sexo femenino en el semestre 2013-II es de 581 alumnas de las cuales 259 pertenecen a la licenciatura de Promoción de la Salud, donde la distribución por turno es que 177 pertenecen al turno matutino, 79 al turno vespertino y 1 tiene turno mixto, cabe señalar que los datos fueron extraídos de los registros que se encuentran en el Sistema de Información Académica sobre la Universidad de registro escolar (UACM/COORD/0-030/13, UACM/COORD/0-019/13,2013)

Con los datos anteriores, podemos argumentar lo que dice de Garay y del Valle que a pesar de la evidente y progresiva presencia de las mujeres en los espacios universitarios “la tendencia refleja que la mujer continúa participando más en áreas académicas y carreras profesionales de servicios culturalmente asociadas al género femenino como la enfermería, nutrición, humanidades y ciencias sociales (2012:28) “.

A continuación, veremos otro rasgo sociodemográfico como la edad, la cual es relevante para la población de estudio que he elegido. Tradicionalmente, se ha identificado al universitario como el joven de entre 18 y 24 años que se prepara para el tránsito hacia una vida profesional e independiente del hogar de sus padres. Pero las condiciones de la juventud, así como las categorías y perspectivas para definir esta característica sociodemográfica, han sufrido cambios importantes. A ello, cabe agregar que también dejó de verse a la educación como un proceso encaminado exclusivamente a fines productivos, para reconocer su alcance en términos de educación para la vida (Savater, 1997). En este sentido, se empieza a tomar en cuenta la capacidad que como seres humanos tenemos para continuar aprendiendo, independientemente de la etapa de la vida en la que nos encontramos.

Si bien nuestra población estudiada está conformada con una media de 24.2 años, la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 51 años. Por el momento no fue posible contar con datos institucionales para identificar la forma en que se ha diversificado la edad de las mujeres universitarias a lo largo del

tiempo, sin embargo es posible observar en las aulas una tendencia a la incorporación de estudiantes cada vez más jóvenes.

Para cerrar esta dimensión de las principales características que refieren a mi población estudiada, se describe la delegación de procedencia que, como se observará, tiene una estrecha relación con el plantel en la que se estudia. La mayor concentración que asiste al plantel Casa Libertad, pertenecen a la delegación Iztapalapa (57%), seguida del municipio de Ixtapaluca (17%) y el resto se dispersa en 3 municipios (Chalco, los Reyes y Nezahualcóyotl) es importante decir que estos datos fueron extraídos del instrumento que se les aplicó a mi población estudiada, es sustancial destacar que este plantel se encuentra específicamente hacia el oriente de la Ciudad de México en la delegación Iztapalapa, por lo que como vimos la mayoría de los estudiantes se encuentran relativamente muy cerca de Casa Libertad.

Cabe comentar que la UACM se plantea como un proyecto que contribuye a atender las necesidades educativas de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, y uno de los criterios para decidir la ubicación de los planteles es considerar las zonas con limitada oferta educativa a nivel superior. La ley de la UACM (2005), en el apartado de exposición de motivos, hace referencia a que la ubicación geográfica de algunas Instituciones Educativas Superiores, ha provocado que amplios sectores de la metrópoli no tengan acceso a la educación superior o tengan que realizar largos desplazamientos que impactan en el aprovechamiento del tiempo para el trabajo académico de estudiantes y docentes.

Al observar la procedencia de las universitarias, parece evidente que se trata en general de una población muy local, y que corresponde con esa intención inicial de la universidad. También es pertinente comentar que este carácter local de la demanda educativa no es particular de la licenciatura, sino que es una tendencia que se observa en la matrícula general del plantel Casa Libertad.

2.1.1 Daños a la salud

Ahora bien, después de haber revisado las características de nuestra población como nuestro espacio de estudio, realizaremos a continuación una

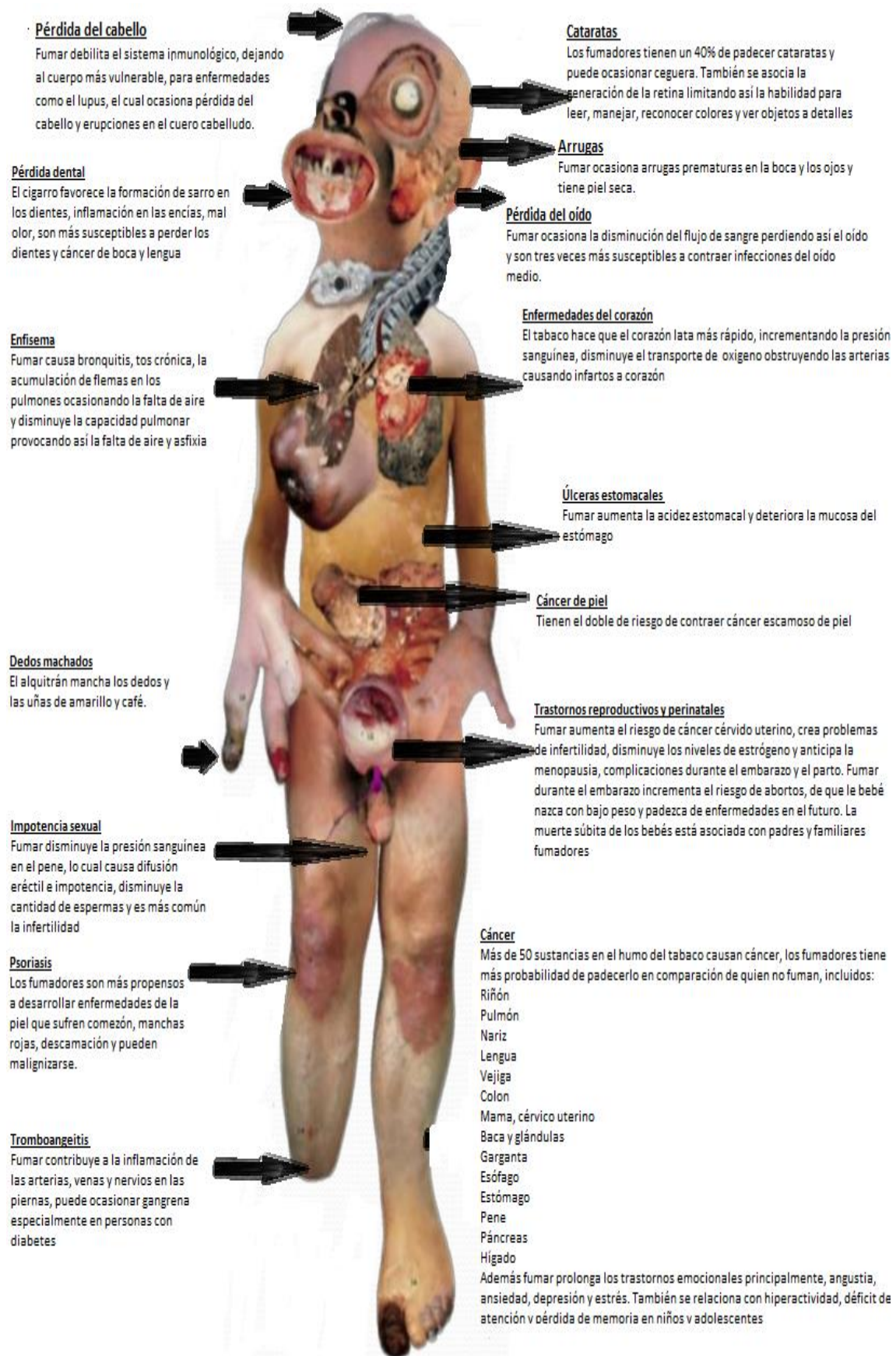
exploración general sobre distintos elementos que son necesarios para comprender la problemática del hábito del consumo de cigarros, para ello, comenzaré por los antecedentes de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, su morbi-mortalidad, también veremos los elementos naturales y químicos que componen el cigarro, además de los efectos que causan en el fumador activo y pasivo, finalmente, analizaremos el marco jurídico que norma este problema de salud en México.

Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco

La clasificación del consumo de tabaco como un problema de salud pública empezó a reconocerse a partir de la década de los años 50' en los países desarrollados, los cuales desde entonces abrieron líneas de investigación para medir y precisar los daños provocados por el consumo del tabaco (Rubio,2000).

Entre los efectos que causa el consumo de cigarros a corto plazo son: cutis y cuero cabelludo seco, tos, expectoraciones y jadeos, dientes y dedos amarillos, caries, mal aliento, arrugas, esto por mencionar algunas. A largo plazo, se observan diferentes enfermedades asociadas con el consumo (Moreno, 2004). Es por ello que en este apartado abordaremos los distintos daños que hace el consumir cigarros, los cuales van desde problemas de salud menores hasta mortales, cabe señalar que este hábito no solo daña a quien consume el tabaco, sino que las personas que se encuentran en su entorno también son dañados por los efectos del tabaco **(Ver Imagen 1)**.

Imagen 1. Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco



Fuente. Organización Mundial de la Salud (2004)

Enfermedades cardiovasculares

Entendamos por enfermedades cardiovasculares aquellas que están relacionadas con un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Por lo que, de acuerdo con el plan de acción contra el tabaco, el consumo de cigarrillos en mujeres menores de 50 años, contribuye al riesgo de infarto al miocardio, este problema es latente, he incluso aumenta hasta diez veces cuando la fumadora utiliza anticonceptivos orales. (Plan de Acción contra el Tabaco, 2000), algo que sucede a menudo debido a lo permisible que se han vuelto los métodos anticonceptivos.

Enfermedades pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Se entiende por enfermedades pulmonar obstructiva crónica a una amplia diversidad de alteraciones que presentan síntomas de bronquitis crónica y enfisema. Esta se caracteriza por la inflamación crónica de los bronquios, que genera la obstrucción del flujo del aire; esto da lugar a tos y expectoraciones; asimismo, hay pérdida de elasticidad de las paredes alveolares; los pulmones permanecen inflados a causa de la pérdida de elasticidad y ello es lo que dificulta la respiración. Es una enfermedad incapacitante y el tratamiento incluye la utilización de fármacos. Por otra parte, las jóvenes que son consumidores de cigarrillos tienen menor crecimiento pulmonar y una reducción prematura de su función (Moreno, 2004).

Cáncer pulmonar

El humo del cigarro induce la carcinogénesis; lo cual destruye las células caliciformes y dan cavidad a tumores malignos, que se diseminan y con lo que se logran obstruir los bronquios. Nueve de cada diez casos de cáncer de pulmón están relacionados con el consumo de cigarrillos. Por lo que el riesgo de morir por cáncer de pulmón es veinte veces mayor en fumadoras de más de una cajetilla de cigarrillos al día. Algunos estudios epidemiológicos recientes citan que la mujer es más susceptible a los efectos carcinogénicos del tabaco que el hombre. Un cigarro fumado por la mujer equivale a 1.7 cigarrillos fumados por un hombre, es decir su efecto carcinogénicos se duplica. El cáncer de pulmón es muy difícil de descubrir a tiempo ya que la persona no muestra síntomas, y se detecta mediante una radiografía de tórax.

Cuando el pulmón está enfermo, las células cancerosas se reproducen en 30 días o hasta 3 meses. La extirpación del pulmón enfermo puede detener la invasión a otros órganos (Moreno, 2004), aunque lamentablemente esto también puede ocasionar una vida más complicada para el paciente, debido a lo complicado que es vivir con un solo pulmón, y a lo sensible que se vuelve con otras enfermedades respiratorias que podían agravar su estado de salud.

Otros cánceres

En la actualidad, se han descubierto distintos problemas de salud que se ha convertido en cáncer, entre los que encontramos el de piel, mama, de cuello de útero, de labio, boca, garganta, laringe, esófago, páncreas, vejiga e hígado; y mujeres que fuman frecuentemente son quienes tiene un mayor riesgo de padecerlos.

Enfermedades gastrointestinales

Con el tabaquismo pueden aparecer lesiones que surgen en el tubo digestivo ocasionadas por la acidez del jugo gástrico; éstas se caracterizan por un dolor intenso que provocan las sustancias irritantes, entre ellas, el humo del cigarro (Moreno, 2004).

Además, las mujeres que fuman pueden presentar menopausia precoz y suelen tener un consumo disminuido de calcio. Ambos factores pueden condicionar la aparición temprana de osteoporosis, debido a una alteración en la reabsorción del calcio a nivel óseo. Las mujeres pos-menopáusicas que consumen tabaco tiene hasta 10% menor densidad ósea que las no fumadoras, lo que incrementa notablemente su riesgo de sufrir fracturas (Moreno, 2004).

Efectos del tabaco en el sistema reproductivo

Las mujeres son la principal fuente de vida entre los seres humanos, al contar con un sistema reproductivo, en los últimos años se han encontrado distintas enfermedades que dañan a la mujer en este aspecto, y en específico por el consumo de tabaco; esto se debe a que los compuestos del humo del tabaco alteran los ciclos menstruales. 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 el riesgo de tener embarazos ectópicos y abortos

espontáneos. Se reporta que las fumadoras tiene tres veces más el riesgo probabilidades de tener dificultades para embarazarse o de abortar en los primeros tres meses de gestación.

Por otro lado, fumar durante el embarazo propicia que las sustancias tóxicas del cigarro atraviesen la placenta produciendo efectos en el producto, entre ellos retraso del crecimiento uterino, disminución de longitud y peso del producto, malformaciones congénitas como paladar hendido, anomalías de corazón y aumento de la mortalidad perinatal (Moreno, 2004).

Efectos del consumo de tabaco en hijos de madres fumadoras

Lo anterior no solamente afecta a las mujeres, sino que además el hijo de una fumadora que consume cigarrillos durante el embarazo o una vez que nace el niño, se transforma en fumador pasivo o involuntario; este niño presentará mayores problemas como infecciones respiratorias (tos, tos con flemas, sibilancias), asma, neumonía, bronquitis, disminución de la función pulmonar, otitis, así como alteraciones de conducta (especialmente hiperactividad) y bajo desempeño escolar (Moreno, 2004).

Por otra parte, cuando la madre fuma durante la lactancia, la nicotina pasa por la leche y es absorbida por el niño; esto se puede detectar incluso 7 u 8 horas después de fumar.

Efectos del humo del cigarro sobre la salud del fumador

Los daños que puede ocasionar el hábito tabáquico en la salud del fumador son muy diversos. Rubio, Horacio y Martínez argumentan que la mortalidad del fumador es 1.7 veces mayor en relación con la del no fumador, ya que ésta aumenta significativamente en relación al número de cigarrillos fumados y al tiempo de evolución del hábito. Igualmente esto se incrementa a medida que la adicción se inicia a una edad más temprana. De esta manera, los daños que produce el fumar en cada individuo dependerá de cada uno de estos factores; por eso, es difícil estimar en qué medida se perjudica la salud de cada fumador ya que las condiciones de cada uno son diferentes (Becoña, 2006:45).

De acuerdo con el último informe de Surgeon General de E.U, se estima que el fumar es la causa de padecer cualquier tipo de cáncer, enfermedades

coronarias, enfermedad vascular cerebral, enfermedad obstructiva crónica o bronquitis crónica (Rubio, 1994:134), además, como veremos en el siguiente apartado, el humo no solo daña a quien lo consume sino a quienes están a su alrededor.

Efectos del humo del cigarrillo sobre la salud del fumador pasivo

El humo del cigarro, además de afectar la salud del fumador, también perjudica la de todos aquellos con los que se interrelaciona el fumador, incluyendo a quienes no conviven directamente con él.

Cuando se habla de tabaquismo pasivo, se hace referencia a la exposición involuntaria al humo ambiental, es decir, cuando los no fumadores, tanto niños como adultos, respiran los productos de la combustión del tabaco. En espacios cerrados, el humo se acumula y la concentración varía con el número de fumadores, con el tipo de tabaco y con las características de la habitación (SSA-CONADIC, 1992).

Es importante destacar que el humo del tabaco ambiental (HTA) se deriva de dos fuentes, la principal y la colateral¹⁵. Ambos tipos de humo tienen características comunes y componentes similares, incluidos los óxidos de nitrógeno, la nicotina, el monóxido de carbono, y un número importante de sustancias carcinogénicas y cocarcinogénicas¹⁶, como el amonio, las nitrosaminas volátiles y las aminas aromáticas. De este modo, alrededor del 85% del humo que se encuentra en un espacio cerrado se deriva de vía colateral, y prácticamente la composición de este humo es similar a la que se exponen los fumadores activos. Así, el fumador pasivo recibe concentraciones equivalentes de productos nocivos para la salud (Kuri, 1994:117).

La exposición al HTA tiene efectos contraproducentes en la salud respiratoria de infantes, entre los que se incluyen el mayor riesgo de infecciones

¹⁵ El humo de la primera fuente es un aerosol que es inhalado por el fumador, filtrado en sus pulmones y exhalado; la segunda fuente es el aerosol que se emite al ambiente de forma directa por la combustión del tabaco (Kuri, 1994:115).

¹⁶ Las sustancias carcinógenas, producen cáncer y las cocarcinógenas son compuestos que no producen cáncer por sí mismos, pero en su presencia las carcinógenas actúan con mayor rapidez (Hauser,1990:22)

de vías respiratorias severas, la otitis media, síntomas respiratorios crónicos, asma y reducción en la velocidad del crecimiento de la función pulmonar durante la niñez. En adultos, la exposición al HTA puede ser sometida por parte de sus compañeros de trabajo, y alcanza el equivalente de 5 a 25 cigarrillos diarios (Samet, 2002:157).

Samet dice que hasta 1988 en nuestro país había aproximadamente 11 millones de personas, entre 12 y 65 años, fumadoras pasivas en sus hogares; de éstas, siete millones son del sexo femenino, y el resto, cuatro millones, son hombres. En todo el país se observó que 42.5% de los no fumadores conviven con por lo menos un fumador, es decir, son fumadores pasivos. Según el sexo, el 39.5% de los hombres no fumadores son fumadores pasivos y el 44.4% de las mujeres son fumadoras pasivas; esto se debe probablemente a que existe un porcentaje mayor de fumadores activos del sexo masculino que del femenino. Lo que indica que por cada hombre no fumador en el hogar expuesto al humo ambiental del tabaco hay dos mujeres expuestas (Samet, 2002:157). Por tal motivo, el tabaquismo tiene la peculiaridad, a diferencia de otras adicciones, de afectar la salud de los que no tienen el hábito.

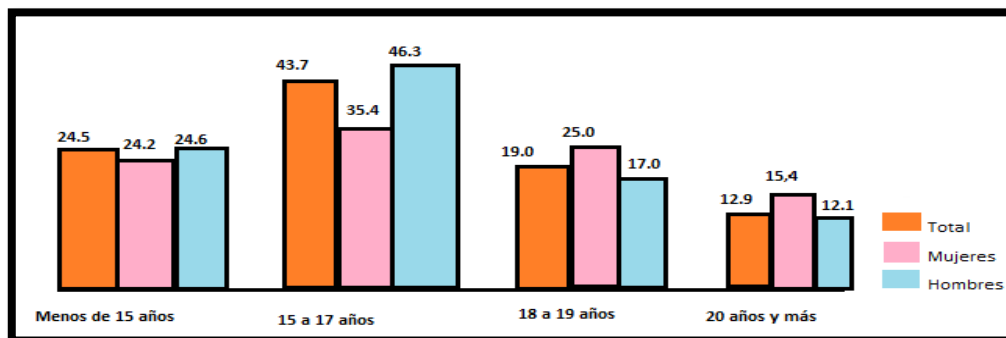
Edad de inicio en el consumo tabaco

Algunos estudios muestran que, independientemente del tipo de droga que consuma un ser humano, cuando este inicia a edad temprana, la relación de abuso y dependencia es mayor (Hernández, cols, 2009). Por ello, conocer la edad de inicio al tabaco es un indicador que permite estimar la probabilidad de recaída después de un tratamiento para abandonar este hábito, o bien de fumar de manera reiterada en la edad adulta, proceso similar al inicio temprano. El consumo de tabaco en edad temprana responde a diversos factores, entre los que destacan la facilidad de acceso, presión social y la publicidad; además de que se considera como una puerta para iniciar con la utilización de otras drogas, como la marihuana y el alcohol (ISSSTE,2010).

De acuerdo con la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009, la edad crítica de inicio para el consumo diario del tabaco en nuestro país se encuentra entre los 15 y 17 años, afectando principalmente a los hombres (46.3% contra 35.4% de las mujeres); el segundo grupo más afectado son los

varones menores de 15 años (24.5%) y las mujeres de entre los 18 y 19 años. Esta información reafirma la importancia de realizar intervenciones de Promoción de la Salud orientadas a disminuir los factores de riesgo que llevan al consumo de tabaco, principalmente entre niños y jóvenes, pues si bien se observa que aún después de cumplir la mayoría de edad hay quienes empiezan a fumar y continúan así hasta la edad adulta (**Ver Gráfica 1**).

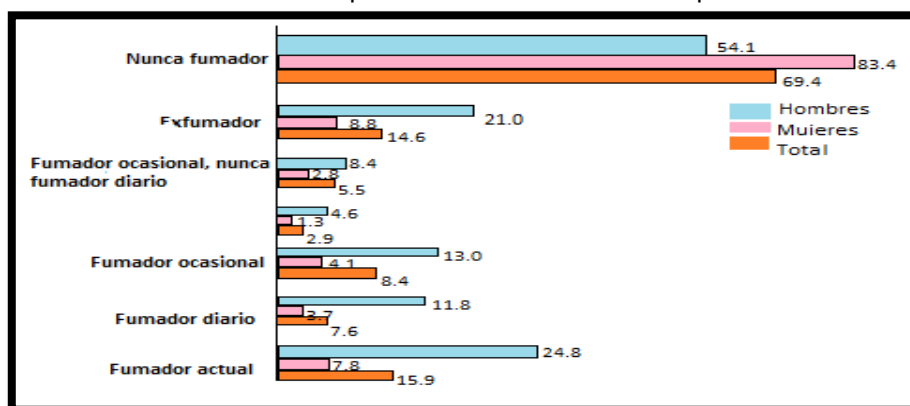
Gráfica 1. Distribución porcentual de la edad de inicio como fumador diario por sexo 2009.



Fuente: OPS, INSP (2009). Encuesta Global de Tabaquismo en adultos, México.

Actualmente, son fumadores 15.9% de la población mayor de 15 años, entre ellos hay una mujer por cada tres hombres. Las tendencias muestran que los hombres fuman más que las mujeres, independientemente del tipo de consumo, pero destaca que son ellos quienes presentan el porcentaje más alto entre los exfumadores (21%). Asimismo, se ha encontrado que son las mujeres quienes tienen mayor problema para dejar de fumar y si lo hacen, generalmente reincide (NIDA, 2011). Por otra parte, es importante destacar que 69.4% de la población de 15 años nunca ha fumado, siendo mayor la proporción de mujeres; 8 de cada 10 mujeres contra 5 de cada 10 hombres (**Ver Gráfica 2**).

Gráfica 2. Distribución porcentual de fumador diario por sexo 2009.



Fuente: OPS, INSP (2009). Encuesta Global de Tabaquismo en adultos, México.

Morbilidad atribuible al consumo de tabaco

De acuerdo con la OMS en México la prevalencia de consumo actual de cualquier producto del tabaco es de 15.9% por cada 100 habitantes, siendo mayor para los hombres en relación con la que presentan las mujeres (24.8 contra 7.8 respectivamente). Se sabe que existe una fuerte asociación entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón, enfisema y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); pero no son las únicas enfermedades que han sido asociadas al consumo del tabaco, existe una amplia gama de padecimientos asociados a este hábito (Kumate, 2010). Por ello, cuando se conocen las consecuencias del hábito de fumar con base en evidencia puede ayudar a los consumidores a tomar la decisión de continuar con el consumo o bien dejar de fumar. Es importante decir que entre los hombres, además de las enfermedades conocidas, existe la disminución de la capacidad física, la deformidad espermática, la infertilidad y la impotencia, por su parte las consecuencias menos conocidas en las mujeres, son el cáncer cervical, la insuficiencia ovárica prematura, la menopausia temprana, la disminución de la fertilidad, la menstruación dolorosa, entre otras (INSP, 2010).

Por su parte, la SSA dice que durante 2010, entre las principales enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en la población mexicana se encuentran: la ruptura prematura de membranas (20.4%), seguida por las enfermedades isquémicas del corazón (20.3%) y las cerebrovasculares (17.5 %). Por otro lado, entre los hombres encontramos las enfermedades isquémicas del corazón (30.6%), las cerebrovasculares (21.1%) y la neumonía (16.6 %); mientras entre las mujeres: la ruptura prematura de membranas (34.9%), las enfermedades cerebrovasculares (15.0%) y las isquémicas del corazón (13.0 %) **(Ver tabla 1)** (SSA, 2012).

Tabla 1. Porcentajes de egresos hospitalarios en la población de 15 años y más por enfermedades relacionadas con el tabaquismo para cada sexo 2010.

Enfermedades relacionadas con el tabaquismo	Hombres	Mujeres	Total
Tumor maligno de:			
Bronquios y de pulmón	3.1	1.2	2.0
Labio y cavidad bucal	1.1	0.6	0.8
Esófago	0.9	0.2	0.5
Páncreas	1.2	1.0	1.1
Riñón	1.2	0.6	0.9
Vejiga urinaria	2.0	0.6	1.2
Endometrio *	NA	1.0	0.6

Estomago	2.5	1.5	1.9
Leucemia mieloide	1.0	0.7	0.8
Problemas del aparato reproductor			
Ruptura prematura de membranas	NA	34.9	20.4
Placenta previa	NA	3.5	2.0
Desprendimiento de la placenta	NA	1.7	1.0
Sistema cardiovascular			
Enfermedades isquémicas del corazón	30.6	13.0	20.3
Aneurisma de la aorta abdominal	0.2	0.1	0.1
Enfermedades cerebrovasculares	21.1	15.0	17.5
Patología Ósea			
Fractura de pelvis	0.8	0.3	0.5
Patología Gástrica			
Úlcera péptica	1.3	0.8	1.0
Patología bucal			
Periodontitis	0.1	0.1	0.1
Patología pulmonar			
Neumonía	16.6	11.4	13.5
EPOC	15.0	11.8	13.1
NA=No aplicable			
* Corresponde a tumores malignos en mujeres de 50 años y más.			

Fuente: SSA (2012). Base de datos de egresos hospitalarios 2010. México: SSA.

Ahora bien, el consumo de tabaco durante el embarazo hace más susceptible al feto de presentar menor volumen pulmonar y maduración de algunos órganos, aumenta el riesgo de aborto y mortalidad neonatal, además de ser un factor asociado directamente con el bajo peso y la talla al nacer. Siendo estas afectaciones de riesgo en la edad adulta al incrementar la presencia de enfermedades crónicas degenerativas (Sánchez, cols, 2004). Por ello, resulta preocupante ver que la tasa de egreso hospitalario más alta en 2010 entre la población de 15 a 39 años, fue la ruptura prematura de membranas.

Asimismo, podemos ver que las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de egreso hospitalario entre la población de 40 a 79 años con tasas de 35.50, mientras que en el grupo 40 a 49; 141.97, para los de 50 a 59 años es de 320.93, en los de 60 a 69 años, de 513 para las personas de 70 a 79 años por cada 100 mil habitantes de cada grupo de edad; y para la población de 80 y más la tasa es de 567.69 y por último las EPOC con una tasa de 952.45.

La segunda causa de egreso hospitalario entre la población de 15 a 19 años y de 40 a 49 años es la neumonía con una tasa de 10.47 y 27.65 por cada 100 mil personas, respectivamente; para el grupo de 20 a 39 años, la placenta previa

(27.39 para el grupo de 20 a 29 y de 29.89 para el de 30 a 39 años), y para la población de 50 y más, las enfermedades cerebrovasculares (**Ver Tabla 2**).

Tabla 2. Principales causas de egreso hospitalario en la población de 15 años y más por enfermedades relacionadas con el tabaquismo según grupos de edad.

Por cada 100 mil habitantes								
Enfermedades relacionadas con el tabaquismo	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 y más
Tumor maligno de:								
Bronquios y de pulmón	0.21	0.50	1.23	3.86	12.08	30.82	55.14	48.77
Problemas del aparato reproductor								
Ruptura prematura de membranas	245.60	331.88	150.44	14.79	0.36	NA	NA	NA
Placenta previa	7.20	27.39	29.89	3.69	0,06	NA	NA	NA
Sistema cardiovascular								
Enfermedades isquémicas del corazón	0.57	2,18	7.78	35.50	141.97	320.93	513.00	567.69
Enfermedades cerebrovasculares	2.26	5.29	9.97	27.23	79.00	197.53	495.28	933.61
Patología Gástrica								
Úlcera péptica	0.32	0.57	0.95	2.04	4.59	10.13	24.45	44.56
Patología pulmonar								
Neumonía	10.47	13.66	18.83	27.65	51.84	111.23	280.59	757.12
EPOC	1.38	2.14	4.12	11.22	42.52	132.79	415.40	952.45
NA=No aplicable								

Fuente: SSA (2012). Base de datos de egresos hospitalarios 2010. México: SSA.

Por todas estas razones, es necesario enfatizar que la prevención del consumo de cigarros en los grupos más vulnerables, como lo son las mujeres y los jóvenes en general, los cuales se han vuelto el nicho para el mercado de las tabacaleras. Y esto se debe a que probablemente muchas mujeres serán madres, y lamentablemente fumarán durante el embarazo. Además, algunos jóvenes fumarán durante toda su vida y morirán por alguna afección ocasionada por su adicción. Esto quiere decir a los costos que implica mantener un recién nacido internado en terapia intensiva, o un adulto que deja de asistir al trabajo por alguna enfermedad relacionada, incluso de una mujer que deja de trabajar porque debe cuidar a su hijo, hay que adjuntarle el costo que también se paga de los impuestos, los médicos que los atienden, los hospitales, así como los recursos materiales en general que se pagan con las contribuciones de todo el país; aunado al dolor físico y emocional que estas enfermedades cobran y no pueden ser cuantificados.

Mortalidad atribuible al consumo de tabaco

De acuerdo con INSP (2010), aproximadamente la mitad de los fumadores crónicos morirán de manera prematura y perderán entre 20 y 25 años de vida,

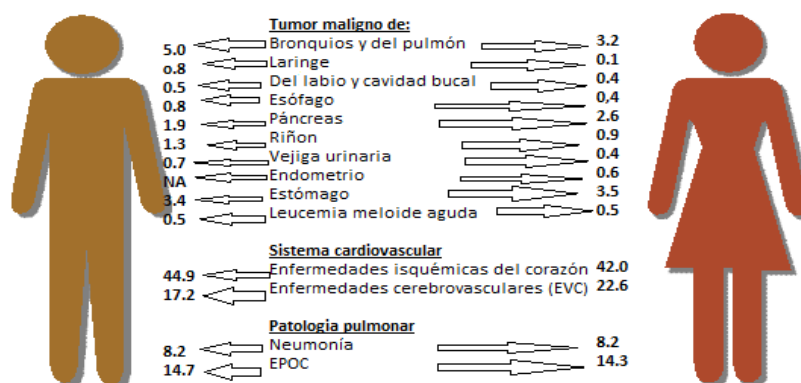
además de imponer un importante costo social y económico a sus familias y a los sistemas de salud en el país.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el sector salud destina al año aproximadamente 30 mil millones de pesos, 0.3 % del producto interno bruto, en la atención y tratamiento de pacientes que presentan enfermedades relacionadas con el tabaco (INMUJERES, 2011).

Como vimos anteriormente, en nuestro país durante 2010 las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de muerte relacionada con el consumo de tabaco tanto para hombres (44.9%) como para mujeres (42.0%); seguido por enfermedades cerebrovasculares que es un rubro donde las muertes de mujeres superan a las de los hombres (17.2% contra y 22.6%, respectivamente) y EPOC donde se observa que las defunciones en hombres es 14.7%, mientras que para mujeres 14.3% (INEGI, 2011). **(Ver Cuadro 1)**

Cuadro 1)

Cuadro 1. Porcentaje de defunciones en la población de 15 años y más por enfermedades relacionadas con el tabaquismo para cada sexo 2010.



Fuente: INEGI (2011) Estadísticas de Mortalidad. Proyecciones de población de México, México CONAPO.

Por grupos de edad en 2010, podemos ver que las principales causa de mortalidad relacionadas con algún padecimiento asociado al tabaquismo son las enfermedades isquémicas del corazón que presentan un incremento en sus tasas, al pasar de un 1.06 en la población entre los 15 a 19 años a 74.90 en el grupo de 50 a 59 años, y vertiginosamente a 2 327.63 en la población de 80 años y más, por cada 100 mil habitantes de cada grupo de edad. Otro padecimiento relacionado con el tabaco que afecta a la población mexicana son las

enfermedades cerebrovasculares, que se incrementan de 1.03 a 30.93 y 1 035.52, para cada uno de los grupos de edad antes mencionados; y finalmente, las EPOC que aumentan de 10.22 entre la población de 50 a 59 años a 995.56 en la de 80 años y más **(Ver Tabla 3)**.

Tabla 3. Tasa de mortalidad por enfermedades relacionadas por consumo de tabaco por grupo de edad 2010.

Grupo de edad	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades cerebrovasculares	Tumores malignos de bronquios y del pulmón	Neumonía	EPOC
15-19	1.06	1.03	0.13	0.87	0.07
20-29	3.03	1.71	0.24	2.05	0.22
30-39	8.53	3.7	0.8	3.67	0.57
40-49	23.52	10.52	2.67	5.54	1.96
50-59	74.9	30.93	9.89	11.2	10.22
60-69	211.94	87.67	30.77	25.75	51.46
70-79	603.21	303.74	77.79	89.08	232.37
80 y más	2,327.63	1,035.52	114.62	510.26	995.56

Fuente: INEGI (2011) Estadísticas de Mortalidad. Proyecciones de población de México, México CONAPO.

En conclusión, si bien existen diversas causas que originan estas enfermedades, el consumo de tabaco es uno de los principales factores que han provocado lamentablemente el incremento en la tasa de mortalidad de los mexicanos durante la última década, por lo que hemos podido observar incluso una importante alza en los porcentajes antes descritos.

Por ello, resulta relevante considerar que si hubiera una oportuna atención e información sobre el consumo del tabaco en enfermedades respiratorias, como tumores asociados al cáncer y problemas cardiovasculares, estos podrían ser prevenibles. Además, los excesos y estilos de vida que se tienen en la juventud actualmente siempre tendrán consecuencia en la edad adulta de los mexicanos.

Etiología del consumo del tabaco

En la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988, refieren que la edad promedio de inicio del consumo del tabaco se ubica entre los 21 años, mientras que en la encuesta del 2002, la edad promedio se ubica entre los 15 y 17 años y en la Encuesta Sobre Tabaquismo 2003, refiere que la edad va en descenso pues oscila entre los 11 y 12 años (López, 2011), por lo que consideramos que la edad promedio va en declive algo que complica aún más el problema, debido a que los fumadores comienzan este hábito a una edad en la que su organismo

incluso no alcanza su madurez y por ende puede provocar un mayor problema de salud a edades más tempranas.

Fumar es un proceso constituido por diferentes etapas que va atravesando la persona fumadora, por este motivo se le considera “la carrera del fumador”. Por lo que para llegar a ser considerados fumadores frecuentes y/o crónicos tienen que pasar por diferentes etapas y en cada una de éstas se presenta la oportunidad de abandonar el hábito, sin embargo, este proceso es muy difícil para quien ya es adicto (Garces de Marcilla ,1999).

El proceso de hacerse fumador puede dividirse en varias fases que van desde: la preparación e iniciación, en las que se incluyen los contactos iniciales con el tabaco; experimentación, en la que se repita la conducta de fumar; habituación donde se mantiene el momento en que la persona se convierte en fumador regular; adicción, periodo en el que el fumador refuerza su hábito y se hace dependiente de la nicotina (**Ver Cuadro 1**), incluso Garcés de Marcilla hace alusión a las distintas etapas que atraviesa una persona que tiene el hábito de consumir tabaco.

*“En la primera etapa (**preparación**), la persona va creando una serie de expectativas relacionadas con el fumar y comienza a creer en la utilidad de hacerlo, lo cual puede llevarlos a pensar en que se volverán más independientes, ser más adultos o reducir su estrés. Es en esta etapa que la persona asume que fumar es lo más normal, debido a su entorno (familiar y social).*

*La segunda etapa (**iniciación**), es donde se hacen los primeros intentos por fumar, en presencia de sus amigos y compañeros. Por una parte, es donde se comienzan a sentir efectos desagradables (vómitos, mareos y náuseas) y refuerzos psicosociales positivos. De estas primeras experiencias va a depender que se pase a las siguientes etapas.*

*En la (**experimentación**) que es la tercera etapa, ocurre un refuerzo del hábito por experiencias positivas de consumo de tabaco de orden físico, social y psicológico. Las influencias decisivas son las convicciones sobre los efectos del tabaco, el convencimiento de los riesgos para la salud, la conducta de los amigos en relación con el tabaco, el consumo de tabaco en la familia y el precio de los cigarros.*

Por último, cuando la persona adopta un patrón regular del consumo, se pasa a la cuarta etapa (habituación), en donde cada vez más va hacer frecuente, hasta donde la persona entra en la quinta etapa (adicción), momento en el que ya son dependientes de la nicotina “ (Garces de Marcilla ,1999)

Como vimos en estas cuatro etapas los fumadores adquieren distintos hábitos, que lo van llevando a sufrir desde problemas sociales hasta de salud, por lo que con el tiempo ésta se convierte en una adicción, que no solamente perjudica a quien fuma, sino a quienes lo rodean.

Cuadro 1. Etapas al consumo del tabaco



Fuente. Elaboración propia

Grupo de fumadores

Russell, Peto y Patel¹⁷ utilizan un cuestionario relativo a las diferencias en el fumar, las motivaciones, gratificaciones, estilos y situaciones en las cuales ocurre el hábito; y con ellas clasifica a los fumadores en siete grupos que son los siguientes:

a) Consumo de tabaco psicosocial

En este grupo las gratificaciones obtenidas son todas psicosociales. Se utiliza el valor simbólico de fumar para crear una imagen, ya sea de intelectualidad, sensualidad, sofisticación, etc. que ayudan a tener un perfil social deseado y ganar aceptación en determinado grupo. Esta imagen es obviamente de mayor relevancia para el quinceañero y esta forma de fumar está ampliamente confinada a los primeros estadios del consumo de tabaco, que ocasionalmente se dan en la adolescencia.

¹⁷ En 1974 Russell, Peto y Patel construyeron una escala de 34 ítems, apoyándose en las investigaciones de Tomkins, encontrando los factores de fumar por estimulación, fumar indulgente, fumar adicto, fumar automático, fumar sensoriomotor y fumar psicosocial.

Los fumadores que caen dentro de este grupo tienen una forma de fumar intermitente y una tendencia a hacerlo mayormente en situaciones sociales. Fuera de éstas, el deseo de fumar es poco. Para la mayoría, la rápida absorción de nicotina asegura la evolución a fumar por las recompensas farmacológicas.

Pocos son los fumadores, en especial los que nunca le dan el golpe¹⁸, en que puede persistir durante muchos años esta forma psicosocial de fumar.

b) Consumo de tabaco sensorio-motor (manipulación)

En esta categoría incluye el goce de numerosas sensaciones no farmacológicas de fumar y el uso de manipulaciones orales, manuales y respiratorias para procurarse placer y una compleja serie de reducciones de tensión.

La apariencia del paquete, la sensación del cigarrillo en la boca y en las manos, el acto mismo de encenderlo, la forma de tomar el cigarrillo, de golpearlo, de darle la chupada, el percatarse del acto, el olor, sabor y el sonido, todo ello contribuye a la elaboración de un ritual sensorio-motor complejo.

c) Consumo de tabaco por indulgencia (relajación)

Es la forma más común del consumo de tabaco y es característica de la mayoría de los fumadores leves o moderados que fuman menos de 20 cigarrillos al día, ya que el fumador indulgente fuma por placer, mayormente en periodo de descanso o relajamiento, cuando fumar puede ser deliberadamente gozado y saboreado. Existen muchos de estos instantes, por ejemplo después de los alimentos, durante las pausas en el trabajo, al tomar café, té, alcohol o para aumentar el placer de las reuniones sociales.

d) Consumo de tabaco sedante (reducción de tensión)

En este caso se fuma por tranquilizarse, para sobrellevar estados displacenteros de ansiedad o tensión. La frecuencia del consumo de tabaco varía ampliamente dependiendo de los estados emocionales. El efecto sedante está proporcionado tanto por la acción farmacológica de niveles altos de nicotina como por le mantener las manos y la boca ocupados.

¹⁸ Darle el golpe al cigarro es no dejar el humo en la boca, sino inhalarlo y tragarlo.

Este tipo de tabaquismo es más común en las mujeres y también en gente tensa o nerviosa.

e) Consumo de tabaco estimulante

En contraste con el consumo de tabaco por indulgencia que es llevado a cabo durante los periodos de descanso, el consumo de tabaco estimulante ocurre cuando el fumador está ocupado y activo. El uso está dado por la acción estimulante de la nicotina (niveles bajos), lo cual proporciona una exaltación subjetiva que ayuda a pensar, concentrarse, alejar la fatiga y mantener el desempeño adecuado durante las tareas monótonas. Esta clase de fumadores también son comúnmente fumadores adictivos o automáticos.

f) Consumo de tabaco adictivo (necesidad)

En esta categoría los fumadores experimentan síntomas de supresión a los 20 ó 30 minutos de no fumar. Se fuma para evitar o disminuir estados desagradables. Ya no se fuma tanto por el placer que ocasiona, sino por una necesidad. Pocos son realmente los cigarrillos placenteros.

No existe una relación de la frecuencia de fumar con los cambios de las situaciones externas. Se inicia inmediatamente al levantarse y cesa con el sueño.

g) Consumo de tabaco automático (hábito)

Este grupo se encuentra únicamente quienes fuman por estimulación o por adicción o más comúnmente, por ambos. El fumador se sorprende así mismo encendiendo un segundo cigarrillo, cuando todavía el primero no se ha terminado de consumir. Fumar se ha vuelto automático particularmente en el encendido del cigarrillo.

Debe hacerse énfasis en que esta clasificación representa formas de fumar y no tipos de fumadores¹⁹. Cualquier fumador puede participar en varios de estos tipos y no forzosamente en uno solo. Particularmente el tipo adictivo, automático y estimulante, tienen tendencias a encontrarse juntos en un solo fumador y representan un patrón químico adictivo de consumo de tabaco (Márquez, cols, 2011).

¹⁹ El subrayado es mío

2.1.2 Factores que interviene en el consumo del cigarro en las mujeres

Cuando se habla de adicciones y específicamente del consumo de tabaco es difícil determinar su causa principal, ya que se vincula con diversas influencias individuales, familiares y con el contexto social donde se incluye la comunidad, el medio escolar, laboral, etc. Ninguno de estos factores suele actuar de forma independiente, pues a menudo se relacionan entre sí e interactúan de forma combinada. Por lo tanto, en esta relación entre factores intrínsecos y sociales o ambientales, hay una historia diferente en cada fumador, por ello a continuación analizamos algunos de ellos:

Factores individuales

Los motivos que influyen para que un individuo adquiera el hábito de fumar son variables, sin embargo, se puede establecer una clasificación de aquellos factores que coinciden para profundizar en esta adicción, como los factores individuales.

Entre los factores personales y psicológicos característicos del género femenino asociados con el inicio del consumo de tabaco destacan fundamentalmente la autoestima, la preocupación por la autoimagen, las consideraciones por el peso corporal y los estilos de afrontamiento a situaciones estresantes, por citar algunos de los más importantes (Jané,2004). Las mujeres poco comunicativas con los padres y familiares, y más con los amigos y grupo social, tienen mayor probabilidad de ser fumadoras. Ya que son más rebeldes y propensas a actividades de riesgo, no conocen las consecuencias que acarrea el fumar y tienen una imagen positiva del fumador (CCPE, 2014).

Uno de las principales actitudes que toman las mujeres es creer que durante la adolescencia fumar les hace más femeninas y sexualmente atractivas, además que les proporciona tiempo para sí mismas y es una fuente de placer y confort. También, perciben que el cigarrillo les ayuda a estar delgadas, aumentando su autoconfianza y la impresión de estar a la moda (Jané, 2004).

En cuanto a los procesos psicológicos involucrados en el tabaquismo también podemos ver que estos son diferentes entre hombres y mujeres. Además, las jóvenes con menor autoestima tienen más probabilidad de empezar

a fumar debido a la creencia de que el tabaco calma los nervios, controla el estado de ánimo o alivia el estrés (Jané, cols,2001).

Indudablemente, algunos de los efectos comentados contribuyen a que las mujeres hagan un balance positivo de la conducta de fumar, al obtener beneficios tangibles del tabaco en su propia imagen, muy superiores a las preocupaciones no visibles e intangibles del tabaco en su salud muy a largo plazo (Jané,2004).

Factores sociales

La teoría de la socialización primaria de Oetting nos señala que aunque hay una cierta base biológica en la conducta humana, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tiene componentes principales que son aprendidos. En las primeras etapas de vida, son los padres, hermanos y maestros los que ejercen mayor influencia en nuestras costumbres, gustos y hábitos; posteriormente, son los grupos de amigos los que más van a influir (Márquez, cols, 2011).

Por su parte, los factores familiares tienen gran peso y ejercen influencia para adquirir hábitos, que la mayor parte de la vida se desenvuelve en pequeños grupos. La familia ha ocupado, un lugar muy importante dentro de la sociedad desde tiempos antiguos, de ahí que constituye una potencia para encausar los problemas que surgen en su seno. En este sentido, los padres juegan un papel trascendental en la familia, pues muchas veces con su ejemplo van marcando el futuro de sus hijos ya que con frecuencia los niños imitan sus actos y éstos últimos no están conscientes si el ejemplo es positivo o negativo, para ellos lo importante es imitar a sus mayores, sean estos sus padres o hermanos (Alfaro, 1988).

De esta manera, si algún miembro de la familia fuma representa con su ejemplo una amenaza para la salud de su familia. Y esto se debe a que los padres suelen ser modelos adultos importantes porque con su ejemplo refuerzan ciertas conductas en los demás miembros, especialmente en los hijos (Flores, cols, 1988). El hábito de fumar, constituye una especie de drogadicción permitida dentro de la sociedad y en la familia. En ocasiones, podemos darnos cuenta que un hijo puede fumar frente a sus padres sin que sea reprendido.

Diversos estudios afirman que las adolescentes cuyas hermanas mayores o madres son fumadoras, tiene una probabilidad cinco veces mayor de llegar a tomar este hábito, con respecto a las jóvenes en cuya familia no fuma nadie (Chollat, 1992), por lo tanto, el solo hecho de tener un ejemplo que consume tabaco en el hogar y en específico de su mismo género, ocasiona cierta libertad y confianza por imitar o creer hacer lo más adecuado, para sentirse aceptada en su entorno familiar y social.

Es así que la influencia de los mejores amigos o parejas es vista como una de las más importantes causas para realizar conductas negativas en los niños y jóvenes, de tal forma que más del 80% de los jóvenes se inician en el consumo de tabaco con los amigos. En ocasiones, el inicio del consumo se lleva a cabo como un fenómeno de integración en un determinado grupo (Márquez, cols ,2011), que perfila a las personas en este caso a las jóvenes a ser un adicto del tabaco.

Otro ejemplo que es importante mencionar en esta situación son los profesores, ya que muchos de ellos son un ejemplo a seguir para los jóvenes en su estancia por las distintas escuelas que cursan, lo anterior se debe a la percepción que tienen los jóvenes sobre los maestros que fuman delante de ellos, lo que en definitiva constituye un factor de riesgo no despreciable que puede llevarlos a tener la idea de que fumar es normal, sobre todo si también los padres son fumadores.

Factores ambientales

La publicidad ha influido de manera relevante en el inicio del consumo de tabaco en general y en las mujeres en particular. La mujer se inicia en el consumo de tabaco más tarde que el hombre, condicionada por factores socioculturales relacionados con su incorporación al mundo laboral y el movimiento de igualdad de derechos (Nerín y Jané, 2007).

Nerín dice que la mujer aparece en la publicidad de tabaco a principios del siglo XX. Más tarde, se inicia entre las mujeres americanas el movimiento de liberación y de igualdad de derechos con un cambio importante en los valores femeninos. Por lo que a mediados del siglo XX, cuando la industria tabaquera descubrió que podría incorporar masivamente a las mujeres, inicio fuertes

campañas asociando el hecho de fumar y poniendo los valores en alza de la época, es decir, la liberación y la lucha por la igualdad de derechos (Nerín, 2005).

Una vez que se había logrado popularizar el consumo entre las mujeres, utilizando los mensajes publicitarios de libertad e independencia, la industria lanzó el tabaco light como una opción “más saludable” para ellas (Nerín, 2005), no obstante, se ha descubierto que esta clase de tabaco es igual de perjudicial para la salud que el tabaco normal.

Incluso Márquez dice que hay algunos adolescentes, mayoritariamente mujeres, que dan cierta prioridad a la compra de cigarrillos sobre otros consumos, incluso disponiendo de poco dinero. Por lo que, frecuentemente el consumir bebidas alcohólicas en bares o discotecas se puede relacionar con el inicio del consumo de tabaco entre los jóvenes, debido a una mayor accesibilidad a la sustancia o por un deseo de imitar comportamientos de adultos con los que se relacionan los jóvenes en este tipo de espacios (Márquez, cols, 2011).

La OMS establece los siguientes factores como parte de la adquisición de tabaco entre la población: la disponibilidad, esta se refiere al lugar de su producción; es natural que en los sitios donde resulta difícil obtener ciertas drogas, el número de consumidores tiende a ser escaso, aunque puede suceder que muchas personas, a pesar de disponer fácilmente de drogas no las consumen, o viceversa; la aceptación social, existen medios culturales que facilitan la adopción de una actitud positiva hacia el consumo de drogas. La movilidad, para algunos sectores sociales, principalmente jóvenes; es decir, los viajes donde se relacionan con otras culturas en las que no están bajo la presión de su propia sociedad; los grupos de compañeros, la mayoría de los jóvenes consumidores de drogas, las obtienen de personas de su edad (Muñoz, 1999).

En conclusión, cada uno de los factores antes mencionados tiene ciertas repercusiones entre las mujeres y los hombres, de acuerdo a elementos como su constitución familiar o a cómo está integrada la dinámica familiar con los elementos necesarios para un sano desarrollo de cada miembro y por último, pero no menos importante se debe mencionar a la sociedad, la cual se entrelaza con los anteriores aspectos que permiten fomentar en definitiva la adicción en

las colectividades con especial énfasis en algunos grupos que se encuentran en condiciones de riesgo.

2.1.3 Marco jurídico y legislación sobre el control de cigarros

Internacionalmente, la OMS adoptó el 21 de mayo de 2003, por unanimidad, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), el primer tratado internacional sobre tabaquismo, lo cual se reconoce como un logro sin precedentes. El objetivo del CMCT es proporcionar un marco para identificar las medidas que los países habrán de adoptar, a fin de reducir el consumo de tabaco y proteger así a las generaciones presentes y futuras de las consecuencias del consumo del tabaco y de la exposición al humo del mismo (OMS, 2003).

Aspectos destacados:

- Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (art. 13)
- Establecimiento de normas para etiquetado y embalaje de los productos del tabaco (art. 11)
- Protección del fumador pasivo (art.8)
- Promoción de medidas para evitar el contrabando del tabaco (art.15)
- Prohibición de venta de tabaco a menores de edad (art.16)
- Aplicación de políticas tributarias para reducción del consumo de tabaco (art.6)
- Reglamentación de los contenidos de los productos del tabaco (art.9)
- Adopción de medidas para el tratamiento de la adicción al tabaco (art.14)
- Educación, comunicación y concientización del público (art.12)
- Apoyo a actividades de sustitución del cultivo del tabaco (art.17)

Entre otras cosas se contemplan medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir el consumo, especialmente entre los más jóvenes. La OMS considera que será suficiente con incrementar el precio un 10% para reducir su demanda. Por lo que los países que han aceptado este acuerdo, deberán implementar medidas legislativas, ejecutivas y administrativas para proteger a los no fumadores, en los lugares de trabajo, lugares públicos, medios de transporte e incluso regulación en los slogans de las empresas tabacaleras.

Otra medida que toman en cuenta es la reglamentación el contenido de los productos de tabaco, empaquetado y etiquetado, publicidad y patrocinio, medidas de reducción de la demanda, relativas a la dependencia y el abandono del tabaco. Asimismo, cada país miembro deberá promover investigaciones nacionales e internacionales sobre el control del tabaco; el diseño de programas de vigilancia nacional, regional y mundial sobre las consecuencias del consumo y exposición al humo (OMS, 2003).

En 2004, Irlanda se convirtió en el primer país en prohibir fumar en los bares y restaurantes y, pocos meses después, Nueva Zelanda puso en práctica una amplia prohibición que resultó exitosa. La mayoría de las naciones libres de humo de tabaco se encuentran en Europa. Aunque Estado Unidos carece de una ley federal, diecisiete estados de dicho país han sido declarados libres de humo de tabaco. En Latinoamérica, Uruguay se convirtió en el primer país en prohibir el humo de tabaco en lugares públicos (Nazira, 2012) más tarde México también se uniría a este tipo de iniciativas.

El CMCT establece las bases para una acción desde el enfoque de género a través de la aplicación de este tratado²⁰, pero es todavía difícil valorar qué significa esto realmente, aunque queda claro que es fundamental una acción coordinada y sinérgica del mayor número posible de países en todo el mundo, para lograr un mayor impulso y aprobación de programas de salud que ayuden a abatir o prohibir el consumo masivo de drogas legales como el alcohol o el tabaco.

Con este convenio se debería promover que todas las investigaciones incluyan la perspectiva de género y permitan su análisis, ya sea en un determinado país o comparando la situación de diferentes países. Y esto ayudaría a progresar aumentando la sensibilización hacia estas cuestiones y adaptando nuestras actividades y mejorar así los programas, que promuevan el cuidado de la salud.

²⁰ Subrayado mío.

Legislación sobre control de tabaco en México ²¹

La Ley es sin duda uno de los mejores instrumentos para la prevención y control del consumo de tabaco. Por ello, el Gobierno de México en los últimos años ha adoptado de manera progresiva algunas medidas no sólo vinculadas a garantizar el derecho de los no fumadores y a tener un medio ambiente libre de humo de tabaco, sino también a regular otros aspectos vinculados con el proceso de etiquetado, comercialización y distribución de cigarrillos.

Al tratar el aspecto legislativo respecto a consumo de tabaco, es importante considerar primero que en el párrafo tercero del artículo 4º constitucional de los Estados Unidos Mexicanos se consolida el derecho a la protección de la salud, que tiene entre sus objetivos el bienestar físico y mental del ser humano, así como la protección y conservación de valores que contribuyan a la defensa y disfrute de las condiciones de salud que coadyuven al desarrollo social (CPEUM, 1917).

Fue en 1986 cuando por primera vez el sector salud creó un esquema normativo contra el consumo de tabaco, donde el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias²² (INER) es nominado sede del programa contra el tabaquismo por el Secretario de Salud y los miembros del Consejo Nacional contra las Adicciones, posteriormente en 1992 el programa fue actualizado y enriquecido y en el año 2001 (SS, 2001) el programa establecería metas y acciones en materia de prevención, tratamiento, investigación, normatividad y control, personal médico (en el sentido de capacitarlos para interpretar al consumo de tabaco como padecimiento actual). Su visión era trabajar por una sociedad mejor informada y menos permisiva ante el tabaquismo. Entre sus objetivos estaban los de prevenir que los niños y jóvenes se iniciaran en el consumo del tabaco, apoyar a quienes ya fumaban para que dejaran de hacerlo y multiplicar los espacios libres de humo de tabaco (Nazira, 2012).

²¹ Ver anexo 1

²² En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hace entrega de la medalla "Tabaco o Salud" al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias por las acciones realizadas en contra del tabaquismo.

A partir de 2002 se ejecutó el Programa “Las Escuelas Libres de Humo de Tabaco” en 130 000 planteles de educación primaria y secundaria, lo que favoreció a la población de un millón de maestros y 20.5 millones de alumnos entre 6 y 15 años de edad. Más de 532 edificios han logrado su reconocimiento como “Libres de Humo de Tabaco” lo que influye directamente en la salud de más de 50 000 trabajadores federales y estatales.

El 30 de mayo de 2008 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley General para el Control del Tabaco, cuyas finalidades son proteger la salud de la población respecto del consumo del tabaco, resguardar los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios cien por ciento libres de humo de tabaco, establecer bases para la producción, etiquetado, empaquetado, promoción, publicidad, venta, consumo y uso de los productos de tabaco, así como, fomentar la promoción, la educación para la salud y la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo de tabaco y establecer los lineamientos generales para la entrega y difusión de la información sobre los productos del tabaco y sus emisiones (SS,2008).

Las principales disposiciones de la citada ley se presentan en el **cuadro 2**.

Cuadro 2. Ley General para el Control del Tabaco.

Área	Disposiciones
Establecimiento de comercio, venta, distribución o suministro de tabaco	a) Exhibir leyendas de prohibición de comercio, venta, distribución o suministro a menores. b) Solicitar la acreditación de la mayoría de edad. c) Exhibir leyendas de advertencia, imágenes y pictogramas autorizados por la SSA.
Venta de cigarrillos	Se prohíbe: <ul style="list-style-type: none"> a) Vender cigarrillos por unidad o en empaques de menores de catorce o más de veinticinco unidades, o tabaco picado en bolsas de menos de diez gramos. b) Colocarlos en sitios que permitan tomarlos directamente. c) Vender cigarrillos en máquinas expendedoras. d) Vender cigarrillos por teléfono, internet o cualquier otro medio de comunicación. e) Distribuir cigarrillos gratuitamente al público en general o con fines de promoción. f) Comerciar, vender, distribuir, exhibir, promocionar o producir accesorios. g) Comerciar, distribuir, donar, regalar, vender y suministrar cigarrillos a menores de edad y en instituciones educativas públicas y privadas de educación básica y media superior. h) Emplear a menores de edad en actividades de comercio, producción, distribución, suministros y ventas de estos productos.

Empaquetado y etiquetado	<ul style="list-style-type: none"> a) Colocar leyendas de advertencia y pictogramas. b) Aumentar el tamaño de las leyendas. c) Ocupar al menos 30% de la cara anterior, 100% de la cara posterior y 100% de una de las caras laterales del empaque. d) Incluir información sobre sus contenidos, emisiones y riesgos. e) No promocionar mensajes relacionados con estos productos de manera falsa. f) Incluir la declaración "Para venta exclusiva en México"
Publicidad, promoción y patrocinio	<p>Se prohíbe:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Realizar toda forma de patrocinio. b) Efectuar publicidad y promoción que no sea la dirigida a mayores de edad a través de revistas para adultos. c) Emplear incentivos que fomenten la compra de productos del tabaco.
Protección contra la exposición al humo del tabaco	<p>Se prohíbe:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en espacios 100% libres de humo de tabaco. b) Consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en escuelas públicas y privadas de educación básica y media superior. <p>En lugares con acceso al público o en áreas interiores de trabajo, públicas o privadas, incluidas universidades, deberán ubicarse en espacios al aire libre o en espacios interiores aislados que dispongan de mecanismos que eviten el traslado de partículas hacia los espacios libres de humo de tabaco y que no sea paso obligado para los no fumadores.</p>
Sanciones	<ul style="list-style-type: none"> a) Amonestación con apercibimiento. b) Multas c) Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total d) Arresto hasta por treinta y seis horas.

Fuente. (Nazira, 2012). Elaboración Georgina Sánchez González

Con lo anterior podemos ver que por disposición de la Ley, los congresos de cada una de las entidades federativas deben adecuar la legislación vigente o expedir una nueva, debiéndose cumplir la Ley Federal y local.

Además, en México se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de las adicciones en los últimos años, mediante investigaciones sobre el consumo de tabaco y la generación de programas para dejar de fumar (**Ver cuadro 3**).

Cuadro 3. Instituciones relacionadas con la investigación del consumo de tabaco y programas para dejar de fumar.

Instituciones relacionadas con la investigación sobre el consumo de tabaco	Instituciones relacionadas con programas y tratamientos para dejar de fumar
Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRF)
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)	Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)
Secretaría de Educación Pública (SEP)	Facultades de Medicina y de Psicología de la UNAM
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRF)	Hospital General de México

Encuesta de Consumo de Drogas de Estudiantes	Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos
Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes	Centros de Integración Juvenil

Fuente. (Nazira, 2012). Elaboración Georgina Sánchez González

Si bien en los últimos años se han tenido en México avances importantes sobre el control del tabaco, existe aún un gran número de tareas por realizar para cumplir la meta de evitar los considerables daños a la salud que el consumo de tabaco causa y causará a los mexicanos.

En este sentido, se requiere que los funcionarios gubernamentales de los diferentes ámbitos, los legisladores locales y nacionales y la sociedad civil en su conjunto conozcan con mayor profundidad los efectos adversos del tabaco y participen activamente en las medidas para su control. Para ello, los expertos también deberán realizar investigaciones sobre los factores relacionados con el consumo de tabaco y sus consecuencias y dar a conocer los resultados a la población. Para avanzar en el control del tabaco en México, las instituciones educativas de todos los niveles deben de cumplir las disposiciones de las leyes y reglamentos ya promulgados.

Para lograr lo anterior será necesario como ya se ha dicho, esforzarse para que estos preceptos jurídicos sean, además un instrumento efectivo con el que pueda promover el cambio de nuestro conocimiento científico y nuestra realidad social. Sin embargo, queda mucho por hacer, de modo que será necesario trabajar en la producción y difusión de información relevante sobre la influencia del género en los distintos aspectos relacionados con el tabaquismo, así como las enfermedades que genera en quien lo consume y/o quienes están a su alrededor.

Actividades realizadas contra el tabaquismo en el D.F

En el Distrito Federal, el 4 de marzo de 2008 se expidió la “Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores”, la primera en el país que prohibía fumar en lugares públicos.

Esta ley estaba dirigida a proteger la salud de la población de los efectos nocivos por inhalar involuntariamente el humo de la combustión del tabaco y a establecer mecanismo y acciones tendientes a prevenir y disminuir las

consecuencias derivadas de dicho consumo y de la exposición al humo en cualquiera de sus formas (GDF, 2008).

Las finalidades de la Ley son:

- Respetar el derecho de las personas no fumadoras a no estar expuestas al humo del tabaco en los sitios cerrados.
- Orientar a la población para que evite empezar a fumar y se abstenga de hacerlo en los lugares públicos donde esté prohibido.
- Prohibir fumar en los edificios públicos, privados y sociales señalados.
- Apoyar a los fumadores, cuando lo soliciten, para abandonar el consumo de tabaco mediante los tratamientos correspondientes.
- Informar a la población sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y de la exposición al humo, así como los beneficios de dejar de fumar y promover su abandono (GDF, 2008).

Las principales disposiciones de la citada ley se presentan en el **cuadro 4**.

Cuadro 4. Ley de Protección a la Salud de los No fumadores

Área	Disposiciones
<p>Protección contra la exposición al humo del tabaco</p>	<p>Se prohíbe fumar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Locales cerrados, empresas e industrias. b) Elevadores de cualquier edificación c) Establecimientos particulares y públicos en los que se proporcione atención directa al público, tales como oficinas bancarias, financieras, comerciales o de servicios. d) Oficinas de cualquier dependencia o entidad de la administración pública del Distrito Federal e) Hospitales, clínicas, centros de salud, centros de atención médica públicos, sociales o privados, salas de espera, auditorios, bibliotecas y cualquier otro lugar cerrado de las instituciones médicas y de enseñanza. f) Unidades destinadas al cuidado y atención de niños y adolescentes, personas de la tercera edad y personas con capacidades diferentes. g) Bibliotecas públicas, hemerotecas o museos e instalaciones deportivas.
<p>Sanciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Multas a las personas que fumen en los lugares prohibidos. b) Multas a los propietarios, poseedores o responsables de los establecimientos mercantiles. c) Multas al titular de la concesión o permiso cuando se trate de vehículos de transporte público de pasajeros. d) Revocación del permiso en caso de segunda reincidencia.

Fuente. (Nazira, 2012). Elaboración Georgina Sánchez González

2.2 Conceptos a revisar

En este apartado haré un primer recorrido bibliográfico y documental, que tiene la intención de conocer los estudios que se han realizado en mis categorías de análisis, de promoción de la salud y el género relacionado con el consumo de cigarrillos en mujeres universitarias, esto a partir de distintos conceptos que resultan significativos y con los que el lector pueda comprender desde una perspectiva amplia, concisa y clara el tema.

El estado del arte, está estructurado de la siguiente manera, de inicio, abordaremos el tema sobre el consumo del tabaco, para después hacerlo con el cigarrillo, producto que es la causa de que esta actividad que se vuelve para muchos una adicción y después, una enfermedad como el tabaquismo, el cual será el último concepto que analizaré en este breve apartado.

Historia del consumo del tabaco en México

En años recientes el consumo desmedido del tabaco ha hecho que éste se convierta en un producto altamente nocivo para la salud de muchas personas. No obstante, esta situación contrasta con el significado y uso que esta planta alcanzaba en la época de la América precolombina, pues varios grupos indígenas la consideraban como un regalo sagrado que se asociaba con diversas tradiciones, creencias y rituales, dada su capacidad para aliviar ciertos males, alterar la conciencia, o bien, durante su combustión, generar humos aromáticos que conectaban al mundo terrenal con lo divino (Seig ,1963).

Actualmente, es necesario conocer parte de la historia del cultivo de tabaco para entender su consumo, ya que éste encierra numerosas controversias, empezando por los argumentos que complican la determinación exacta de su sitio de origen. Sin embargo, abundan los registros que precisan la procedencia de la planta, específicamente en Latinoamericana. (Gray et al., 1979; Saloma, 2003).

De acuerdo con (Martínez, 1979) y la Comisión Nacional para el conocimiento y uso de la Biodiversidad, nos dicen, que en efecto la planta del tabaco, o mejor conocida como *Nicotianatabacum*, por su nombre científico, es

originaria de la región tropical del continente Americano y actualmente, se encuentra arraigada en distintas zonas del mundo con climas tropicales, semicálidos y semisecos, ya sea como planta silvestre o cultivada.

Por otra parte, Pascual y Vicéns (2004), precisan que el origen y el consumo del tabaco en algunas culturas como la maya, se generó a partir de la comercialización de este producto en algunos estados como Chiapas, Campeche y Yucatán, incluyendo la zona ocupada ahora por Guatemala y Honduras. Asimismo, señalan su posible ruta de expansión a través de las islas de Cuba, República Dominicana, Jamaica, etc., y es por ello que los mayas realizaban una intensa actividad marítima por todo el Golfo de México, para comercializar su producción no solo de tabaco, sino también de cacao y henequén.

En los últimos años, podemos ver que el consumo de tabaco va aumentando en todo el mundo, por lo que actualmente sigue siendo uno de los hábitos más comunes entre las sociedades actuales. Cabe decir que existe una variedad de tabaco, dentro la cual podemos encontrar la que se consume ya sea para chupar, mascar o inhalar, y a pesar de los efectos nocivos que produce a la salud para quien lo consume es muy comercial entre las personas (Mackay y Eriksen, 2002).

Lamentablemente, como ya lo apuntábamos en las últimas décadas el consumo del tabaco se ha convertido en un problema de salud pública, no sólo por su magnitud sino también por las consecuencias sanitarias que conllevan a nivel individual o colectivo, y además los elevados gastos económicos y sociales que generan para el Estado (CEIRD, 2007).

En conclusión, el consumo de tabaco a diferencia de nuestros antepasados que lo utilizaban para fines religiosos o curativos, es ahora un problema de salud que continua siendo de difícil control para la organización mundial de salud y las distintas dependencias de salud, que lo ven como una de las principales causas de muerte en el mundo, debido a las diversas enfermedades que provoca su consumo en la sociedad.

Cigarros

El cigarro o cigarrillo es uno de los formatos más populares en el consumo de tabaco. Se considera como cigarrillo al tabaco seco picado recubierto por una hoja de tabaco o papel en forma de cilindro, comúnmente acompañado por un filtro y que es muy comercial en el mundo a pesar de las distintas campañas realizadas por distintas organizaciones de salud, para evitar su consumo.

En 1492 Bartolomé de las Casas describe en su obra “Historia de las Indias” al cigarrillo, como:

«Hallaron estos dos cristianos por el camino mucha gente que atravesaba a sus pueblos, mujeres y varones, siempre los varones con un tizón en la mano, hierbas para tomar sus sahumeros, que son unas hierbas secas metidas en una cierta hoja, seca también, a manera de mosquete hecho de papel, de los que hacen los muchachos la pascua del Espíritu Santo, y encendida por la una parte dél por la otra chupan, o sorben, o reciben con el resuello para adentro aquel humo, con el cual adormecen las carnes y cuasi emborracha, y así diz que no sienten el cansancio (...). Españoles cognoscí yo en esta isla Española, que los acostumbraron a tomar, que siendo reprendidos por ello, diciéndoles que aquello era vicio, respondían que no era en su mano dejarlos de tomar; no sé qué sabor o provecho hallaban en ellos».

Por lo tanto, se considera que el cigarrillo eran hierbas envueltas en otra hierba seca, que al encenderlo e inhalarlo les producía un efecto de adormecimiento en ciertas partes del cuerpo y que además, inhibían el cansancio a quien lo consumía, por lo que Fray Bartolomé quedó sorprendido de lo que podían hacer estas hierbas al ser absorbidas por el cuerpo.

Posteriormente, para 1833 aparecen las primeras cajetillas y es cuando se le denomina cigarro o cigarrito que proviene de la palabra “cigarro” o “puro”, llamado así por su similitud con una cigarra. El cigarro pasa por un largo proceso, éste se fabrica con la hoja de tabaco, pero que antes de su cosecha se ha expuesto a una serie de sustancias saborizantes y humectantes, luego se cura mediante el secado y se mezcla con una variedad de aditivos, y por último se tritura y se enrolla en un tubo de papel al cual con frecuencia se le coloca un filtro de celulosa en uno de sus extremos para terminar de formar el cigarro (Jímenez y Fagerström ,2011).

Se dice, que los primeros cigarrillos de papeles manufacturados y empaquetados llegan a España en 1825, pero estos son introducidos por mercaderes procedentes de Brasil, que después proseguirían su expansión hacia Portugal y más tarde a Europa.

De acuerdo con Gómez en los años 80's el cigarrillo era ilegal, pero luego de varios periodos de décadas fue legalizado y así las grandes empresas pudieron seguir con su trabajo normal. La Guerra de Crimea²³ sirvió para popularizar los cigarrillos entre las tropas francesas, imitando a los turcos que fumaban en pipa. Más tarde, en España se extiende el consumo de cigarrillos, especialmente entre las mujeres y el "papel español para cigarrillos" es conocido y apreciado en toda Europa, aromatizado con licor y estampado con vivos colores. Los cigarrillos han sido, desde entonces, de gran valor en las guerras y en las situaciones de crisis económicas. Incluso, durante la Segunda Guerra Mundial se llegaron a pagar 400 francos por un cigarrillo y, más recientemente, durante los días siguientes a las revueltas en Rumanía donde derrotaron al régimen comunista, el cigarrillo se convirtió en moneda de cambio habitual (Gómez, cols, 2008).

Es importante señalar que dentro de las principales funciones que tiene el tabaco en la salud, a través del consumo de cigarrillos a diferencia de los puros y pipas, es que el primero presenta un pH más ácido, además el humo de los cigarrillos ha de ser inhalado con más profundidad con lo que se retiene hasta un 90% de los componentes de humo en su organismo, por ello se obtienen niveles de nicotina más rápidos y más elevados, esto es lo que hace que los cigarrillos sean mucho más adictivos y mucho más tóxicos a nivel sistémico. Por lo tanto, si los puros y pipas se fumaran como los cigarrillos estos serían igual de tóxicos y adictivos (Ayesta, 2007).

Ahora bien, en las últimas décadas, se ha descubierto que los cigarrillos tienen más de 4,000 constituyentes químicos individuales, 2,500 de ellos

²³ La Guerra de Crimea fue un conflicto bélico entre el imperio ruso, regido por la dinastía de los Romanovs y la alianza del Reino Unido, Francia y el Imperio otomano, esta guerra se desarrolló de 1853 hasta 1856. La mayor parte del conflicto tuvo lugar en la península de Crimea, en el mar negro.

proviene del tabaco no adulterado; los restantes representan aditivos, pesticidas y otras sustancias orgánicas y metálicas. Casi todas ellas son potencialmente tóxicas para el cuerpo humano, y éste se expone a través de la inhalación hacia el pulmón del humo producido por la combustión del tabaco quemado. De esta forma, cada vez que el fumador aspira el humo, sus pulmones entrarán en contacto con aproximadamente 109 a 1010 partículas por cada mililitro de aerosol; entre estas partículas se incluyen agentes irritantes, oxidantes y una gran variedad de toxinas y carcinógenos (CEIRD, 2007).

Finalmente podemos decir que el cigarrillo es un producto que fue utilizado por los antiguos pobladores mesoamericanos, que posteriormente fue comercializado en Europa como parte de un status económico y social alto, el cual se ha convertido no solo en un producto altamente comercial y demandado, sino que también es una de las causas principales de distintas enfermedades en el cuerpo, debido a los distintos químicos que contiene, este además es legal y no respeta edades, sexo o condición social.

Tabaquismo

El tabaquismo es propiamente considerado como la adicción al tabaco que es provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su uso en quien lo consume. Por lo tanto, se dice que el tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está catalogada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (2000). Actualmente, se cree que es la principal causa mundial de enfermedad y mortalidad evitable. Además, se le considera como una enfermedad adictiva crónica con posibilidades de tratamiento.

El tabaquismo se ha convertido en un fenómeno social de primera magnitud y es la primera causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados. Su elevada capacidad adictiva de la nicotina hace que pueda

considerarse como una autentica drogadicción y/o también como una enfermedad crónica.

En un informe reciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha publicado y reconocido que el tabaquismo es el responsable de al menos 25 grupos de enfermedades de alta relevancia para la salud pública. Por lo tanto, las muertes en nuestro medio atribuidas a éste superan a las muertes sumadas producidas por el SIDA, los accidentes de tráfico, los accidentes laborales, la heroína o la cocaína juntos. Se estima que en la actualidad, el tabaquismo produce más de 4 millones de muertes cada año y que durante el segundo cuarto de siglo XXI será responsable de 300 millones de muertos. Es así que con estos estremecedores datos se puede afirmar que el tabaco es la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo occidental. (Gómez, cols, 2008).

Por otro lado, podemos ver que la adicción al tabaco reúne muchas de las características propias de las enfermedades crónicas, incluyendo su evolución prolongada en el tiempo y sobre todo las frecuentes recaídas que produce en el adicto que con tanta frecuencia acontecen durante el proceso a pesar de conocer los catastróficos efectos para la salud y del deseo claro de abandono.

Podemos decir que el tabaquismo además de ser una conducta adictiva socialmente aceptada, es fuente de ingresos tributarios para la mayoría de los países, por estas razones ni la sociedad, ni los estados han desarrollado acciones puntuales encaminadas a reducir y controlar el consumo de tabaco y en específico de esta enfermedad.

Para concluir, podemos decir desde nuestra perspectiva que los conceptos antes expuestos en este apartado, se refieren específicamente a lo siguiente: el consumo de tabaco, representa solamente el acto de consumir tabaco ya sea para su uso en forma manual o industrial y se puede consumir a través de distintos modos ya sea fumado, inhalado o tomado, por su parte, el cigarro es el formato más común para consumir el tabaco, Existen diversos tipos: con o sin filtro, envueltos manualmente o manufacturados y finalmente, tenemos que el tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica adquirida cuando ya

existe una adicción al principio activo que es la nicotina, por parte mujeres y hombres.

2.3 Perspectiva teórica adoptada

Se eligieron dos elementos teóricos considerados congruentes como la propuesta de investigación. Por un lado se tomarán las perspectivas de género, considerando un panorama general que contempla los componentes teóricos orientados a la mujer y por otro lado la Promoción de la Salud que servirán para la comprensión y justificación de la presente investigación.

Feminismo

De inicio podemos decir que el feminismo es considerado un movimiento social por la liberación de la mujer. De acuerdo con algunos estudios teóricos que se han realizado en diversas corrientes del pensamiento y también como expresión cultural al comparar la discriminación manifestada de diversas formas de acuerdo a la misma tradición cultural, al desarrollo económico y al sistema sociopolítico de cada país, así como a la desigualdad que aún existe entre hombres y mujeres (Clemente, 2006), González dice que el feminismo es entendido desde su perspectiva como una manera creciente “de pensar, creada por y para favorecer a las mujeres, ya que como género específico las mujeres son sujetos, sus voceras, las creadoras de su teoría, de su práctica y de su lenguaje” (González, 2001:21).

Como veremos a continuación el feminismo ha tenido tres etapas evolutivas a nivel mundial, las cuales han sido para los estudios de género, un escaparate en la que se pueden mostrar los pros y contras que tiene dicho movimiento en los países donde se ha desarrollado.

Primera etapa del feminismo

Esta surge a lo largo del siglo XIX y principios del siglo XX, se dice que las mujeres se concentraban en la obtención de igualdad al hombre en términos legales, pedían derechos a la educación, derechos al trabajo, derechos matrimoniales y respecto a los hijos y en contra de los abusos dentro del matrimonio (Arranz, 2006:137).

Segunda etapa del feminismo

La segunda es conocida particularmente, por la lucha feminista de los años 70 del siglo XX con las investigaciones feministas, donde las mujeres vuelven a cuestionar su posición subordinada en las diferentes actividades y espacios (De Barbieri, 1993), lo que fue muy fructífero para las investigaciones feministas, en esta fase de lograr el derecho a elegir mediante el voto por parte de las mujeres en EEUU.

Tercera etapa del feminismo

Por último, está la etapa que comienza en 1990 y se extiende hasta el presente. Enfatiza la toma de conciencia de que no existe un único modelo de mujer, por lo contrario, existen múltiples modelos de mujer, determinados por cuestiones sociales, étnicas, de nacionalidad o religión (Valera, 2005). Además, las feministas definen el problema de las mujeres como su exclusión de la esfera pública, propugnando de esta forma su inclusión en el mercado laboral y terminaron asumiendo el postulada que lo personal es político.

Ahora bien, después de haber visto las tres fases importantes del movimiento feminista, podemos decir que uno de los principales aportes del feminismo fue diferenciar entre el sexo y el género de una persona. Ya que cuando alguien nace tiene características biológicas y anatómicas que determinan su sexo. Sin embargo, conforme el individuo crece la cultura también lo va moldeando hasta que se convierte en hombre o mujer. El género es una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott, 2000:292). Éste concepto busca explicar cómo es que las características consideradas femeninas o masculinas se derivan de una construcción social y cultural, no únicamente de los órganos sexuales con lo que se nace.

A lo largo del tiempo, en todas las sociedades del mundo, las mujeres y los hombres han sido influidos socialmente para cumplir ciertos roles. Si bien esto limita a todas las personas, a las mujeres las discrimina porque las ubica en un lugar subordinado a los hombres. Tradicionalmente, se ha pensado que las mujeres deben mantenerse en el espacio privado como es la casa, mientras

que los hombres se les permite ocupar el espacio público como es el mundo laboral y político.

Por ejemplo, en las primeras dos décadas del siglo XX en nuestro país, la idea que se tenía de las mujeres, especialmente de aquellas que pertenecían a las clase media y alta eran las que deberían dedicarse exclusivamente al ámbito del hogar, es decir, a ser cocineras, educar a los niños, cuidar del marido e ir a misa (Smith, 2009:160). Llevar a cabo estas labores era lo que definía la feminidad de una mujer, por lo que si una mujer no cumplía con esas características simplemente era acusada de ser poco femenina. Ésta era la forma socialmente aceptada y culturalmente creada de diferenciar los sexos y, a la vez, de jerarquizarlos; esta situación tenía repercusiones en todos los ámbitos, desde lo político, hasta lo cotidiano. La situación en la actualidad ha cambiado en algunos aspectos. Sin embargo, la inferioridad de lo femenino frente a lo masculino persiste y continúa permeando en diferentes ámbitos de la vida cotidiana de todas las mujeres.

Género

El concepto de género es central en la teoría feminista, que lo define como una realidad natural, consustancia al ser humano, si no como una construcción cultural (Amorós, 2000).

En 1949, Simone de Beauvoir publicó en su libro “El segundo sexo” que la sociedad es quien establece los rasgos que definen a una mujer y cuáles a un hombre. Ella explicó que la cultura de la sociedad en determinada época es un factor que define la construcción social alrededor de las etiquetas de mujer y hombre. Por otra parte, advirtió que las personas son educadas para encajar en los moldes que la sociedad ha establecido para hombres y mujeres. Por un lado, la sociedad induce a que todas las personas, basándose en su sexo, cumplan con lo que les corresponde según su mando de género. Por lo tanto, estos mandatos de género determinan los diferentes atributos que deben tener, esto quiere decir, que son sencillamente las características que se esperan de un hombre y de una mujer. Si esa persona no cumple con esas características, la

sociedad se encargará de juzgarlo y, por distintos medios, forzarlo a que se comporte conforme al género que le corresponde (Beauvoir, 1949).

El concepto de género fue propuesto desde las ciencias sociales y retomado en el campo de la medicina y psicología, aunque fue acuñado formalmente alrededor de los 70's. A partir de entonces, se parte de la premisa de que el sexo de una persona designa únicamente sus características biológicas, mientras que el género es la construcción cultural que se asigna a partir del sexo y de las actividades culturales y/o sociales del individuo.

Gayle Rubin, quien terminó construyendo el concepto de sexo/género en su artículo "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo", menciona que "el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana" (Rubin, 1986:97). Por lo tanto, su argumentación va de la mano con la de Beauvoir, ya que también nos explica que la sociedad es la que impone lo que lo que es y lo que debe entenderse por hombre y por mujer.

Continuando con esta lógica de género Joan Scott, describe al género como "un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es un forma primaria de relaciones significantes de poder" (Scott, 1990:44). Esto quiere decir que a partir del género se puede determinar la interacción social entre las personas.

Si bien todas las personas están bajo la influencia de una enorme presión social que los convierte en hombres o mujeres, la diferencia fundamental radica en que la etiqueta mujer siempre será vista como inferior a la etiqueta de hombre. Esto constituye el origen de la desigualdad de género, lo que se ve representado en la forma en la que las mujeres están subordinadas a los hombres tanto en el ámbito individual como social.

Por ello, es importante resaltar que se debe entender el concepto de género no sólo como una diferencia parcialmente establecida por la sociedad sino también como una de las tantas estructuras de poder que influyen en las mujeres, es una manera de luchar más eficazmente para mejorar sus condiciones de vida, aunque esto no sea suficiente, en vista de que las mujeres

en México, al igual que las mujeres de otros países, afronta múltiples formas de discriminación, que las han hecho buscar una equidad de género y una igualdad de oportunidades.

Perspectivas de género

Hablar sobre la perspectiva de género se configura como una visión integral e interdisciplinaria donde se conjugan diferentes saberes científicos, paradigmas y procesos de construcción del conocimiento que interpretan y explican que las diferencias entre hombres y mujeres, responden a una estructura histórica, social y psicológica y no a las condiciones biológicas que diferencian a estos individuos (Badinter, 1992). La perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres.

Esta perspectiva reconoce la diversidad de género y la existencia de las mujeres y los hombres, como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática. Sin embargo, plantea que la dominación de género produce la opresión de género y ambas obstaculizan esa posibilidad. Una humanidad diversa y democrática requiere que mujeres y hombres seamos diferentes de quienes hemos sido, para ser reconocidos en la diversidad y vivir en la democracia genérica (Lagarde, 1996).

Por ello, para comprender qué es la perspectiva de género es fundamental definir algunos conceptos previamente. En primer lugar, es necesario distinguir entre el sexo y género a través de los factores culturales y sociales y, dejar de estudiar esta diferencia por la distinción entre hombre y mujer, determinado solamente por los factores biológicos. En segundo lugar, es necesario determinar cuáles son los roles que la cultura ha asignado a cada uno de los género, así como los estereotipos que se han establecido. Finalmente, es necesario explicar cuáles son las desigualdades que se han establecido a partir de las características predefinidas por la sociedad para los géneros (INM, 2004).

Así es como la perspectiva de género hace clara la importancia de eliminar los desequilibrios en las condiciones entre hombres y mujeres mediante la

redistribución de tareas, o intercambios de roles, especialmente en el ámbito doméstico, así como la valoración de dichas actividades. También busca modificar las estructuras sociales, reglas, prácticas y valores que reproducen la desigualdad, así como fortalecer el poder de gestión y liderazgo de las mujeres para lograr relaciones de mayor equidad entre los géneros (INM, 2004).

Perspectivas de género en las políticas públicas

La consideración del género en las políticas públicas comenzó a recibir atención con las conferencias internacionales sobre la mujer (1975, 1985 y 1995) y las conferencias mundiales sobre temas específicos como salud, medio ambiente, población y desarrollo social; donde la consideración de la problemática de la mujer fue imprescindible. Estas conferencias, todas auspiciadas por las Naciones Unidas, fueron el resultado de una movilización global por parte de las mujeres; tanto aquellas en países industrializados como en los países en desarrollo (Stromquist, 2006:16).

Las políticas públicas que buscan tomar en cuenta la perspectiva de género, se desarrollan en el Estado de Derecho, y representan instrumentos de gran importancia en la búsqueda de la igualdad. Las políticas públicas, han representado un parte aguas en el progreso de las políticas que buscan atacar las desigualdades (CMM, 1995:20).

Cuando se analizan las políticas públicas de acuerdo a las perspectivas de género se encuentran distintos tipos. Como lo explica Mercedes Barquet (2012:24), en primer lugar, existen políticas ciegas o neutras al género. Estas son las que no tiene un beneficio diferenciado entre hombres y mujeres. No obstante, estas políticas no tienen resultado positivo en toda la población, sino que contiene efectos discriminatorios para las mujeres y/o refuerzan estereotipos o roles de género, lo que conlleva a reforzar las desigualdades de género.

En segundo lugar, están las políticas públicas centradas específicamente en mujeres. Se diseñan con el objetivo exclusivo de beneficiar a las mujeres o a ciertos grupos de ellas. Aun cuando esto pareciera deseable, este tipo de políticas públicas no se dirige a cuestionar y mucho menos a embestir las desigualdades de género (Mercedes, 2012:24). Esto significa que no abonan

absolutamente en nada a mejorar las relaciones sociales entre hombres y mujeres.

En tercer lugar se encuentran las políticas públicas sensibles al género. Éstas se elaboran pensando en las diferencias sociales y culturales entre hombres y mujeres. Además, reconocen que, en muchos casos en ciertos ámbitos y espacios, las mujeres tienen acceso a los recursos y a las fuentes de poder. Al basarse en esto, las políticas sensibles al género se diseñan para ampliar la igualdad de oportunidades entre hombre y mujeres, evitando así la discriminación y, en consecuencia, colaborar para lograr conseguir la igualdad de género (Mercedes, 2012:24).

Perspectivas de género en el consumo de tabaco

Si bien es cierto que el uso moderno del tabaco es un comportamiento complejo, influenciado por una variedad de factores sociales, culturales y económicos, y donde intervienen decisivamente elementos de estratificación y desigualdad social como el género, la etnicidad, el estatus socioeconómico o la edad. El género, en interacción con otros determinantes sociales y biológicos, es una variedad crucial para entender la evolución y las características del consumo de cigarrillos en las sociedades contemporáneas (Jiménez, 2007). Sin embargo, la consideración de la dimensión del género en los estudios sobre consumo de tabaco se ha producido en tiempos recientes.

La relevancia de género, o al menos el reconocimiento de las especificidades del consumo femenino de tabaco y su entroncamiento en el contexto social, comienza a plantearse en la investigación a mediados de los ochentas en Inglaterra y Estados Unidos, precisamente aquellos países donde las mujeres históricamente adoptaron en primer lugar el cigarrillo.

Posteriormente en los noventa, el interés por el tabaquismo femenino se acrecienta, especialmente como consecuencia de la observación de tres fenómenos. Primero, la reducción de las diferencias entre los sexos en la prevalencia de consumo. Segundo, el espectacular incremento del número de fumadores adolescentes y jóvenes. Y tercero, la significativa incorporación de las mujeres al consumo de cigarrillos industriales en países no occidentales. Es entonces, como se pone de manifiesto la importancia de la necesidad de considerar el género para las tendencias epidemiológicas, las estrategias de

comercialización de las empresas tabaqueras y las políticas económicas y las acciones de control del consumo de tabaco de los gobiernos (Ernster, cols, 2000)

Con lo anterior, se puede decir que a medida que las desigualdades de género tienden a reducirse, las mujeres comienzan a adquirir algunos de los hábitos de riesgo considerados tradicionalmente como masculinos. Estos factores asociados al inicio del consumo de tabaco son diferentes tanto en mujeres como en hombres. Mientras que la autoestima, el estrés, los problemas con el peso corporal y la preocupación por la autoimagen son los factores que más influyen en la iniciación en las mujeres, por lo que en los hombres fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones, factores profundamente marcadas por los roles de género.

Por otra parte, también existen diferencias de género en el mantenimiento del hábito de fumar, ya que uno de los factores que animan a la mujer a continuar fumando es el miedo a engordar. Nerín y Jané dicen que fumar puede ocasionar una reducción en el estrés, tanto en los hombres como las mujeres, pero los factores desencadenantes son distintos (Nerín y Jané, 2007). Además, es importante tener en cuenta el peso corporal como una de las diferencias de género en el inicio, mantenimiento y dificultades que influyen incluso entre cada individuo después de abandonar el tabaco.

Por otro lado, el género y la pobreza a menudo se combinan para crear barreras múltiples al bienestar de las mujeres. El 70 % de los pobres del mundo son mujeres, éstas no sólo tienen más desventajas materiales que los hombres, sino que también tienen que hacer frente a la discriminación por razón de género que a menudo exacerba más su pobreza. Se ha reconocido que las mujeres trabajan tanto o más que los hombres; sin embargo, su trabajo en gran parte no se valora y por consiguiente, no figura en las estadísticas laborales usuales ni en los reglamentos (Sen G, cols, 2005).

En este sentido, podemos ver que el consumo de tabaco es un daño adicional para la salud de las mujeres, que viene a sumarse a los efectos de otras desigualdades (pobreza, desempleo, dificultades de acceso a medicamentos y/o servicios). Ya que en los países desarrollados y en desarrollo, las prevalencias de consumo de tabaco tienden a concentrarse en mujeres con los niveles socio-económicos bajos.

Promoción de la Salud

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. De acuerdo con la Carta de Ottawa la promoción de la salud, es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción de materia de promoción de la salud (Carta de Ottawa, 1986).

Por ello, la promoción de la salud hoy en día es una disciplina que nos permite ver un problema de salud desde diferentes enfoques y, por tanto, a través de ella se pueden buscar una variabilidad de soluciones que posteriormente ayude a los individuos a mejorar no solo su calidad de vida como individuos, sino la de las personas que le rodean, como su familia. En este apartado se aborda brevemente los antecedentes de promoción de la salud y se analizarán las principales conferencias de promoción de la salud las cuales nos permitirán contextualizar dicha investigación.

Antecedentes y orígenes de Promoción de la Salud

A mediados del siglo XX, fue cuando se adopta el término de Promoción de la Salud con Henry Sigerit en 1945; en estas teorías se perfila de manera concreta la noción de controlar la salud a partir de la promoción. Sigerit, médico nacido en Francia, definió que la medicina tenía como tarea: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento del enfermo y 4) la rehabilitación (Restrepo, 2001). A partir de esta concepción se concreta que la misión primordial de la medicina es la promoción de la salud, la cual se concibe como aquella que promueve “un nivel de vida decente, logrando buenas condiciones a todos los ciudadanos, políticos, educadores, médicos y demás actores vinculados al bienestar de la sociedad” (Terris, 1992).

Lo anterior, es importante porque nadie se encuentra exento de ser parte de la construcción de planes y estrategias que lleven a la población a buscar distintas formas para promover la salud.

Es a partir de esto, que se comienza a construir en el marco de la legalidad la promoción de la salud mediante informes, declaraciones y algunos otros documentos, en la que está es definida desde una concepción amplia en la que se ve inmersa la prevención de enfermedades y adicciones como el consumo de tabaco.

Posteriormente, durante la década de los 80 se lanza el movimiento de promoción de la salud, como un proceso para mejorar la calidad de vida de las personas y poblaciones, y se basa en cinco principios:

- La implicación de la población en el contexto de su vida cotidiana en vez de centrarse en personas con riesgo de enfermedades.
- La orientación de actividades hacia los determinantes de salud como son los ingresos económicos, el trabajo, la vivienda, la protección social, la alimentación, etc.
- La combinación de métodos diversos y complementarios que abarcan desde la educación, la legislación, medidas fiscales, desarrollo comunitario.
- La participación de la población en la definición de los problemas y en las decisiones que afectan a su salud.
- El reconocimiento del carácter intersectorial de la promoción de la salud, es decir, donde sectores como la educación, los servicios sociales, las asociaciones y ONG's tiene que trabajar coordinados y en conjunto (Mazarraza, 2001).

Conferencias Internacionales de promoción de la salud

A través del tiempo han existido diferencias fundamentales respecto a la Promoción de la Salud, las cuales han surgido, a partir de la duplicidad que existe, con respecto a la definición de las causas específicas de las enfermedades por un lado, y por el otro las determinantes de la salud y las interrelación que existe entre ellas y del mismo de salud.

La interpretación, prácticas y criterios otorgados anteriormente a la promoción de la salud, la llevan a representar un papel importante en las conferencias internacionales de salud. Estas reuniones produjeron importantes declaraciones y planteamientos de un nuevo enfoque de la salud para los habitantes en el planeta, pero en específico para las mujeres por ser consideradas como uno de los grupos más vulnerables, junto con los niños, a continuación se presentan las principales conferencias internacionales de promoción de la salud que abordan la temática de la mujer.

2da. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Adelaida (1988)

La Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se celebró en Adelaida, Australia en 1988, con el eslogan “Políticas públicas favorables a la salud” esta proponía que los países comenzaran a elaborar políticas públicas nacionales en favor de la salud de las mujeres. Argumentaban que las políticas públicas debían ser las principales promotoras de salud por las acciones de cuidados que realizaban, reconociendo que la mayor parte de este trabajo lo hacían gratuitamente o con una remuneración mínima, lo que representa una sobre carga de trabajo y responsabilidad que les produce malestar y problemas de salud (Adelaide, 1988).

También, se reconocía que la forma de trabajar de las asociaciones de mujeres constituía un modelo para el proceso de organización, planificación y ejecución de la promoción de la salud, por lo que se pedía que estas tuvieran acceso tanto a la información, a las redes como a los fondos financieros, para con ello garantizar el respeto a su propia identidad de género.

Por otro lado, a través de la segunda Conferencia de Promoción de la Salud, se enfatizó la necesidad en la reducción del consumo de tabaco y alcohol, ya que los consideraban como dos de los principales riesgos para la salud que merecían una acción inmediata por medio del desarrollo de políticas públicas favorables a la salud. Esto se debe, no sólo a que el consumo directo de tabaco es nocivo para la salud del fumador, sino que existen otras consecuencias para la salud el tabaquismo pasivo, especialmente para los niños, además, podemos ver que también hay graves consecuencias ecológicas, económicas y sobre todo

en la violación de los derechos humanos, esencialmente por actividades como el cultivo y la producción de tabaco, las cuales provocaron algunas crisis sobre economías empobrecidas de países en desarrollo que no han podido ser superadas incluso en la actualidad, en las que se afectaba incluso la distribución de alimentos, entre la población.

Es por ello que esta conferencia se exhorta a todos los gobiernos a considerar el precio tan alto que se está pagando en potencial humano perdido, al encubrir la pérdida de vidas y contribuir a la generación de distintas enfermedades derivadas del hábito del cigarrillo (Adelaide, 1988) así como a consecuencia de la producción de este producto.

3ra. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Sundsvall (1991)

En 1991, se celebra en Sundsvall, Suecia, la Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud titulada “Podemos hacerlo”, dentro de esta convención se pone en manifiesto que un elemento favorecedor de la promoción de la salud es el reconocimiento y uso de habilidades y conocimientos de las mujeres en todos los sectores, incluidos los políticos y económicos, lo que llevaría al desarrollo de una infraestructura más positiva para crear ambientes de apoyo a las mujeres en la instituciones.

Hay una serie de aspectos que describen estas Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud que se puede resumir en cuatro puntos (Sundsvall, 1991):

- Concienciación de las mujeres sobre su derecho a decidir sobre su salud.
- Participación real de las mujeres en la toma de decisiones sobre las prácticas que son favorables a la salud de la población general y a la suya propia.
- Las mujeres tienen que compartir equitativamente con los hombres las tareas del cuidado a la salud en la familia.
- Es necesario invertir en recursos e infraestructura adecuados a las necesidades y percepciones de salud de las mujeres.

Estos cuatro puntos son muy importantes para comprender el papel que juegan las mujeres en cuanto la promoción de la salud, y es por ello que debíamos analizar antes la perspectiva de género que se vive en el mundo, lo que nos dará claves fundamentales para realizar intervenciones como profesionales de la salud.

5ta. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ciudad de México (2000)

La quinta conferencias internacional de la promoción de la salud se celebró del 5 al 9 de junio de 2000 en la Ciudad de México titulada “Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad”. Esta conferencia se ha apoyado con base a las cinco prioridades definidas en la conferencia de Yakarta en 1997.

En dicha conferencia surgieron temas claves para la pertinencia de la promoción de la salud como el papel de la mujer en el desarrollo de la salud, ya que este tema fue permanente en toda la conferencia debido al papel de la mujer como una piedra angular del desarrollo de la salud. Las condiciones de vida deficientes y la posición social de la mujer son los motivos principales de la inequidad en materia de salud, ya que las mujeres asumen la responsabilidad social de sí mismas y de sus hijos. El empoderamiento de la mujer por medio de medidas económicas, educación y sobre todo, mediante la acción colectiva de la mujer en un elemento crucial en la resolución de las principales inequidades de la vida (Ciudad de México, 2000). Por ello la importancia de continuar trabajando con las mujeres para asegurar que la mujer tenga voz en los procesos decisorios y apoyar su participación podría tener un impacto considerable en la promoción eficaz de la salud.

Promoción de la Salud frente al problema del consumo de cigarros

En las últimas décadas, la lucha contra el tabaco ha sido intensa. En todo el mundo hay importantes avances que la industria tabacalera, con sus influencias y poder económico, no ha sabido detener. No obstante, los costos sociales, sanitarios y económicos que viene dejando la epidemia del tabaco son cuantiosos, mientras que la industria tabacalera se enriquece.

No se trata sólo de los costos de salud: es la agresión al medio ambiente que genera la industria tabacalera por la proliferación de desechos de residuos químicos de los plaguicidas empleados en el cultivo del tabaco, los cuales afectan las aguas subterráneas y el agua potable. Además, está la tala de árboles, por la madera que se emplea como combustible para curar las hojas de tabaco y la construcción de graneros donde se cura. Anualmente se talan unas 200 mil hectáreas de bosques y de áreas boscosas; 37 mil se hallan en América Latina (Banco Mundial, OMS, 2000).

Debido a esta dramática situación, en 1987 los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) instauraron el 31 de mayo como Día Mundial sin Tabaco (DMST), con el propósito de sensibilizar a los gobiernos locales, comunidades, grupos e individuos sobre los problemas de salud que provoca el tabaquismo y las acciones para combatir este hábito.

Una década más tarde, en 1997, en la 10ª Conferencia Mundial sobre el Tabaco realizada en Pekín, China, el Banco Mundial convocó a una sesión de consulta para revisar los aspectos económicos del tabaquismo. Los países reconocieron que era insuficiente la atención prestada a este aspecto. Al año siguiente, en 1998, se celebró una conferencia independiente en Ciudad del Cabo, en la cual se realizó un análisis extenso sobre la economía del control del tabaquismo (Banco Mundial, OMS, 2000). El Banco Mundial y la OMS se vieron entonces impulsados a articular sus esfuerzos.

En marzo del año 1999, líderes mundiales de la salud de más de treinta países se reunieron en la Organización de Estados Americanos (OEA), en la Conferencia Internacional sobre la Niñez y el Tabaco, en Washington D.C. Se revisaron las distintas políticas que las naciones de todo el mundo pueden implementar para enfrentar el problema. Ese año, la OMS inició la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ).

En el año 2000, se publicó la Epidemia de tabaquismo, el primer informe de trabajo colaborativo entre el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El informe reveló que, cualquiera fuese el país estudiado, los pobres tienden a fumar más que los ricos. Sus recomendaciones son claras: se

debe elevar los impuestos sobre el tabaco y aumentar, al mismo tiempo, los ingresos estatales a mediano plazo. Otras medidas no relacionadas con el precio —como la prohibición completa de la publicidad y promoción de cigarrillos— también reducirían de forma significativa el consumo de tabaco.

En el año 2001, la OPS puso en marcha la iniciativa América libre de humo, con el propósito de crear conciencia acerca de los efectos perjudiciales de la exposición involuntaria al tabaco ajeno y apoyar los esfuerzos para lograr entornos libres de humo de tabaco en todos los lugares públicos y los lugares de trabajo (Castro, 2006). Con esta iniciativa, la OPS brinda cooperación técnica a los gobiernos de los países de las Américas que se unen a ella en la implementación de ambientes libres de humo de tabaco, y apoya con diversos recursos el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil y el público en general.

En la 56ª. Asamblea Mundial de la Salud, en el año 2003, se produjo un hito en la historia de la salud pública: 192 Estados Miembros de la OMS adoptaron por unanimidad el primer tratado mundial de salud pública: el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Este es el primer instrumento jurídico diseñado para reducir las defunciones y enfermedades relacionadas con el tabaco en todo el mundo (Castro, 2006).

A finales del 2004, la EMJT había recogido más de un millón de encuestas en 141 países. Los resultados de la muestra de jóvenes en las Américas mostraron que la mitad de ellos, con edades entre 13 a 15 años, ya ha fumado. Este porcentaje es prácticamente el doble del que se ha encontrado en todo el mundo (26%). La cifra de los que habitualmente fuman alcanza 18%, que supera al 10% en el mundo. Otro dato alarmante es el de los jóvenes que fuman involuntariamente: 59% de los encuestados está expuesto al humo de tabaco ajeno, 43% en sus propios hogares y el resto en lugares públicos (Castro, 2006).

CAPÍTULO III MÉTODO

3.1 Diseño

Este trabajo se realizó desde un enfoque cuantitativo ya que pone énfasis en la medición objetiva de hechos sociales, opiniones o actitudes individuales, así como en la demostración de la causalidad y en la generalización de resultados de la investigación (Cea D´Ancona, 2001), lo anterior se debe a que este enfoque se encuentra basado en la estadística, que tiene como principal finalidad cuantificar la realidad social de los fenómenos estudiados. Así mismo, logramos un estudio de corte transversal que determino la situación del sujeto de estudio en un momento dado en este caso 2013, sin pretender evaluar su evolución, también fue descriptiva ya que puntualizo situaciones, eventos y hechos, cuyo objeto fundamental fue la representación de fenómenos detallando las características de un objeto de estudio en este caso, dirigida a conocer el consumo de tabaco en la mujeres universitarias de la UACM, también fue una investigación no experimental ya que busco que se realice sin manipular las variables y la que solo se observa a los sujetos en su ambiente natural para después analizarlos.

3.2 Universo

Para fines de este estudio, el universo lo constituye todas las mujeres del plantel “Casa Libertad” UACM de la carrera de Promoción de la Salud reinscritas en el semestre 2013-II turno matutino. Para obtener el tamaño del universo, se tomó como base el registro que me proporcionó la coordinación de la UACM, las mujeres reinscritas en el semestre 2013-II, fue de 581 estudiantes de las cuales 257 estudian Promoción de la Salud, de estas 177 pertenecen al turno matutino y 70 al turno vespertino.

3.3 Muestra

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia porque sólo se tomaron a las alumnas de promoción del turno matutino reinscritas en el semestre 2013-II. Que de acuerdo con la información del “Sistema de Información Académica de la UACM” estaba conformado por 177 universitarias, pero cuando se aplicó el instrumento la muestra solo se conformó por 120

universitarias, ya que algunas no acudían a clases, se dieron de baja, se cambiaron de turno y quedaron algunas excluidas por los criterios de eliminación.

3.4 Contexto

El contexto en el cual se desarrolló la aplicación del instrumento, fue en el plantel “Casa Libertad” de la UACM, con las mujeres de la Licenciatura de Promoción de la Salud del turno matutino, para la aplicación del instrumento primero se presentó un oficio a cada profesor de promoción de la salud del turno matutino, con el objetivo de que me autorizaran la aplicación del instrumento en las aulas a la hora de su clase. Con todos los profesores se obtuvo autorización oportuna.

Una vez que se tuvo el permiso, se acudió al salón a la hora de clases de cada profesor, el tiempo de espera para comenzar con la aplicación del instrumento en algunos grupos fue hasta de 30 minutos ya que las alumnas tardaban en llegar a su clases, en otros grupos la aplicación tenía que ser 15 minutos antes de terminar la clases.

El instrumento fue autoaplicado de manera colectiva, se les explico en qué consistía la investigación, el objetivo a lograr, la confidencialidad de sus datos y las instrucciones para su aplicación.

3.5 Instrumentos

Para la construcción de la “Encuesta a las mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertad”, se tomaron como base dos instrumentos, por un lado está la “Encuesta del Consumo de Tabaco entre los Hispanos/Latinos de 18 Años de Edad o Más”, dicha encuesta se realiza año con año el cual se aplica a adultos hispanos/latinos de 18 años de edad o más y está patrocinado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CCPE) que tiene como propósito identificar los problemas del uso del tabaco y las necesidades en su propia comunidad y ayudar a mejorar los servicios y programas destinados a prevenir o disminuir el uso del tabaco y su efectos hacia la salud.

El segundo instrumento fue “Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009”, el cual tiene como finalidad conocer la prevalencia del consumo de tabaco, así como los niveles de exposición del humo de tabaco ajeno. Con

lo cual se espera conocer el comportamiento del consumo de tabaco y asimismo medir de manera indirecta el impacto de las medidas de control del tabaco establecidas como políticas públicas, lo que permite verificar su efectividad y planear reorientaciones. La encuesta fue realizada en México por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) con la asistencia técnica de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y los Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades de Estados Unidos. El apoyo financiero de la encuesta fue proporcionada por Bloomberg Philanthropies.

A continuación se detalla cuáles son los ítems que fueron elaboración propia y cuales preexistieron de las encuestas ya antes mencionadas.

	Ítems
Elaboración propia	1,2,3,4,5,6,8,9,10,17,18,32,33,34,42,43 y 44
“Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009”	12,13,14,16,21,22,23,26,27,28,31,40 y 41
“Encuesta del Consumo de Tabaco entre los Hispanos/Latinos de 18 Años de Edad o Más”	7,11,15,19,20,24,25,29,30,35,36,37,38 y 39

3.6 Definición de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente
Fumador	Persona que tiene el hábito de fumar cigarros.	Quienes reporten sí haber fumado cigarros.	Encuesta
No fumador	Persona que no tiene, y nunca ha tenido hábito o costumbre de fumar cigarros.	Quienes reporten no haber fumado, ni fumar cigarrillos.	
Factores personales	Circunstancias propias o particulares de una persona que contribuyen a un efecto.	Sensaciones negativas que influyen en la decisión o hábito de fumar	

Factores sociales	Circunstancia de la sociedad que contribuye a un efecto.	Presencia de familiares o amigos que fuman y su influencia en el comportamiento de la persona en relación al consumo de cigarrros.	
Factores familiares	Circunstancia de la familia que contribuye a un efecto.	Presencia de familiares que fuman y su influencia en el comportamiento de la persona en relación al consumo de cigarrros.	

3.7 Elaboración y desarrollo de instrumentos

El instrumento se diseñó para ser autoaplicado, el cual está conformado por 4 apartados para que cubriera las variables individuales, familiares, económicas y sociales, además de daños a la salud (**Ver anexo 2**).

i. Datos generales

En este apartado describe las características principales que distinguen a este grupo. Es así como en las primeras variables que comprenden del ítem 1 al 8 se pregunta la edad, semestre que cursan, materias que cursan en el presente semestre, las horas que pasan en el plantel, estados civil y si tiene hijos.

Asimismo del ítem 9 al 13 algunos datos demográficos, como en que delegación viven, numero de cuartos que tiene sus vivienda y cuantas personas viven en su casa. Finalmente del ítem 14 al 16 se preguntó si trabajan y cuantas horas a la semana lo hacen, si cuentan con algún servicio médico y los ingresos que obtiene mensualmente independientemente de que se tenga una actividad remunerada o no.

ii. Factores individuales

Este segundo apartado que abarca del ítem 17 al 28 fue conveniente hacerlo exclusivamente para describir el hábito de las mujeres fumadoras. Se les pregunta si fuman en casa, son fumadoras actualmente, cuando cigarrros fuman al día, el tiempo que transcurre durante el día para fumar su primer cigarro, donde fuma habitualmente, en qué contexto fuma frecuentemente, cómo consigue los

cigarros, cuánto es su gasto mensual en la compra de cigarros y si les importa a sus padres que ellas fumen.

iii. Factores familiares y sociales

Este apartado fue contestado por las fumadoras activas y pasivas, en el cual se abordan cuestiones de este grupo, y comprende del ítem 29 al 41 por ello se les preguntó si existen antecedentes de fumadores en su familia nuclear, y el establecimiento de reglas que prohíban el fumar dentro de su casa.

Mientras que los factores sociales se localizan del ítem 32 al 41, se les cuestiona sobre la imagen que les percibe ver a una mujer y/o hombre fumar, así como cuantos de sus amigos son fumadores, la frecuencia con la que ven publicidad de cigarros, si han trabajado en lugares expuestas al humo de cigarro de otros.

iv. Daños a la salud

Este último apartado era para fumadoras activas y pasivas del ítem 42 al 44 se les pregunta si conciben el hábito de fumar como un problema de salud, qué enfermedades puede causar el fumar y finalmente conocer si el consumir tabaco o estar expuesta al humo de tabaco de otros ha perjudicado su salud.

También, el diseño fue estructural, ello implica que las preguntas se encuentran ordenadas y estandarizadas, ofreciendo al encuestado una opción entre varias alternativas de respuesta; para lo cual se aplicaron preguntas dicotómicas²⁴, y de opción múltiple²⁵, esta consulta se encuentra integrada bajo una forma de las ordinales²⁶, también la encuesta cuenta con preguntas de tipo numérico.

3.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

1. Mujeres universitarias inscritas en el periodo 2013-II
2. Mujeres inscritas en el plantel “Casa Libertad”
3. Mujeres que estén cursando 2^o, 4^o, 6^o y 8^o semestre

²⁴ Son aquellas que tienen únicamente dos alternativas de respuesta

²⁵ Son aquellas que presentan en una pregunta varias opciones de respuesta

²⁶ Son aquellas que presentan un orden establecido

4. Estar inscrito en la Licenciatura de Promoción de la Salud
5. Contar con matrícula 2005 hasta la 2012.
6. Estado civil, religión, nivel socioeconómico, indistinto
7. Comprometerse libre y voluntariamente a participar durante el tiempo indicado

Criterios de exclusión

1. Mujeres que no estén inscritas en el plantel “Casa Libertad”.
2. No desear participar en la aplicación de la encuesta.
3. Profesoras del plantel “Casa Libertad”.
4. Trabajadoras administrativas e intendencia de dicho plantel.

Criterios de eliminación

1. Cuestionarios con menos de 8 preguntas contestadas.
2. Cuestionarios resueltos de manera dudosa (por alumnas distraídas, o que no le daban seriedad al cuestionario).

3.9 Recolección de la información

Para la aplicación del instrumento, se solicitó un oficio de autorización en la coordinación del plantel y a las maestras y maestros de la Lic. de Promoción de la Salud, informándoles el propósito del trabajo garantizando la confidencialidad de los datos. Una vez obtenida la autorización, se procedió a aplicar el instrumento a la muestra seleccionada. A las mujeres encuestadas se les dio la información sobre el propósito del estudio e instrucciones acerca de la manera de llenar el cuestionario. Además se informó sobre el carácter confidencial de toda la información proporcionada. La duración de la aplicación fue aproximadamente de 10 minutos.

Luego de realizar el trabajo de campo se recolectaron todos los instrumentos, y se procedió a realizar el procesamiento de datos. Se codificaron los datos la cual consiste en realizar una revisión minuciosa de todos los cuestionarios, con el propósito de asegurar que se encuentren debidamente llenados, para luego poder ser ingresadas y procesadas en una base de datos.

3.10 Prueba piloto

Para verificar la calidad de las preguntas en término de grado de comprensión, adecuación de las opciones de respuesta, disposición de las personas a responder, la confiabilidad del instrumento, la concordancia de las respuestas y claridad el instrumento se sometió del 9% de la muestra, realizándose con estudiantes que estuvieran fuera de la población que se determinó, es decir con mujeres universitarias de otras licenciaturas. Esto fue en el “Jardín Cultural” que se localiza en la parte central del plantel Casa Libertad y se realizó con un total de 10 mujeres.

La razón por el cual se eligió este lugar para la prueba piloto del instrumento, fue por la diversidad de alumnos que acuden al “Jardín”. Como resultado de la aplicación de la prueba piloto se realizaron algunas modificaciones en la redacción y claridad de algunas preguntas. Por otra parte, las instrucciones se formularon con claridad, por lo que no hubo necesidad de explicarles más de dos veces.

3.11 Análisis y procesamiento de datos

Después del levantamiento de datos, se realizó el procesamiento de éstos, para ello, se diseñó la base de datos, y la captura de los instrumentos. Una vez realizada lo antes ya mencionado, se codificaron cada uno de los ítem, todo este procedimiento fue realizada en el paquete de estadística básica de Office Excel y el paquete estadístico Stata versión 12; con la que se obtuvo estadística descriptiva para conocer la frecuencia y proporción de los datos, así como medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar).

CAPITULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para explicar los resultados de la información obtenida se estimó pertinente abordar cuatro apartados. El primer apartado, comprende antecedentes del encuestado donde se integran aquellos datos demográficos y económicos que se consideran importantes para describir a la población de las mujeres. En el segundo apartado, se observan los factores individuales, exclusivo para las mujeres fumadoras. En el tercer apartado, se hace una comparación entre las mujeres fumadoras activas en el contexto familiar y social. Finalmente, en el cuarto apartado se compara el daño a la salud tanto para las fumadoras activas y pasivas.

i. Datos generales

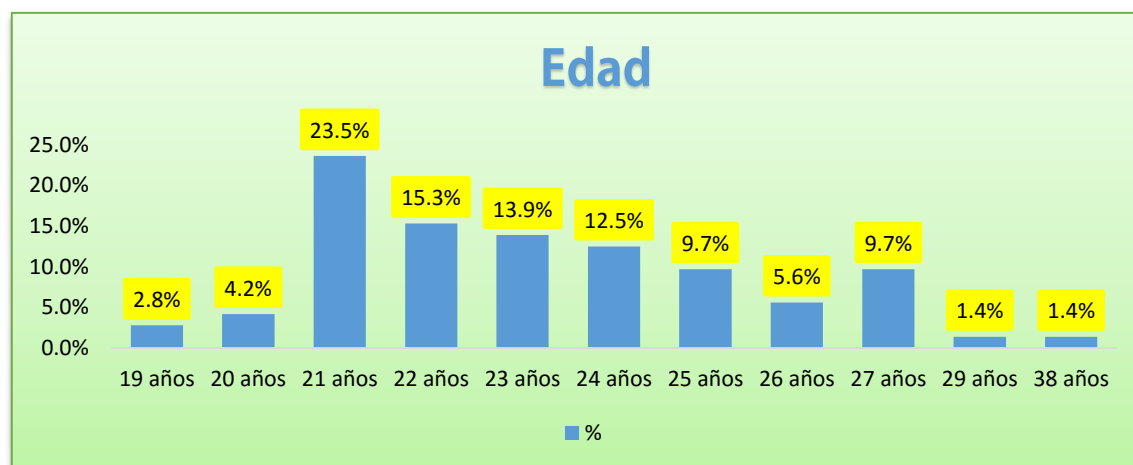
En ésta sección se analizan las características generales más importante que describen a las mujeres universitarias de Promoción de la Salud de la UACM, plantel “Casa Libertad”, que fueron encuestadas para esta investigación.

Edad

La población estuvo conformada por 120 mujeres universitarias con una media de 24.2 años, la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 51 años.

(Ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Edad de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM ,2013.

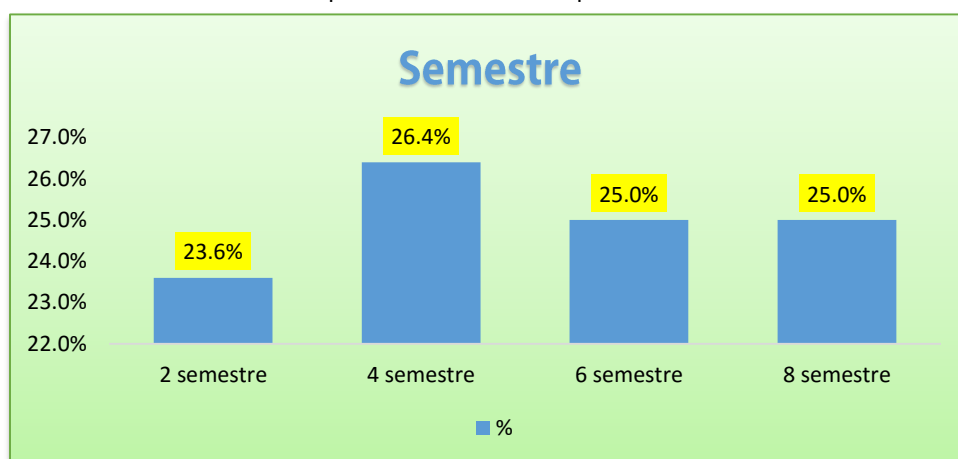


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

Semestre que cursaban

El periodo escolar durante el cual se realizó este trabajo fue 2013-II, la población encuestada pertenecía el 26.4% al cuarto semestre, el 23.6% de mujeres al segundo semestre, el 25.0% al sexto semestre y el 25.0% octavo semestre (**Ver Gráfica 2**).

Gráfica 2. Proporción de estudiantes por semestre 2013-II.

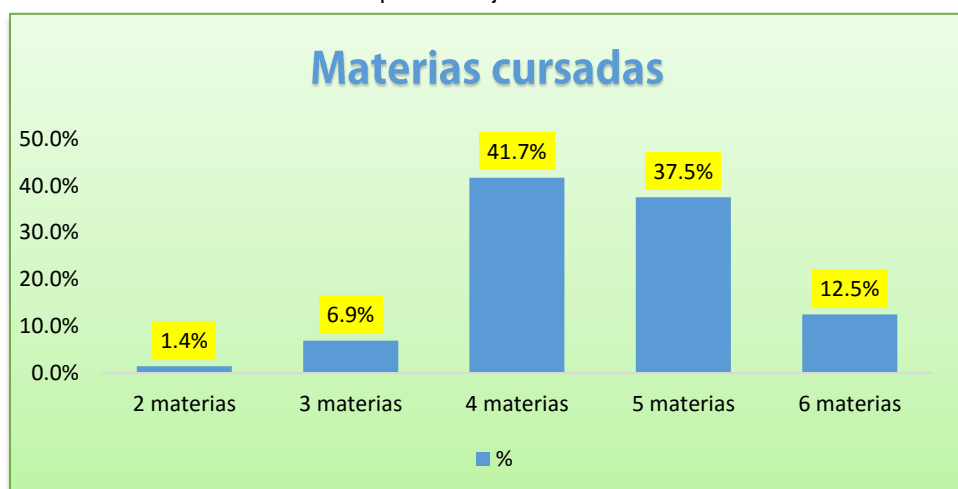


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Número de materias cursadas

En relación con el número de materias cursadas durante el semestre 2013-II, el 41.7% cursaba 4 materias, el 37.5% 5 materias, el 12.5% 6 materias, mientras que el 6.9% 3 materias y el 1.4% restante 2 materias (**Ver Gráfica 3**).

Gráfica 3. Número de materias cursadas por las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.



Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Horas que pasan durante el día en el plantel

De las mujeres encuestadas el 86.1% pasan entre 5 a 9 horas en el plantel, el 8.3% de 1 a 4 horas y el 5.6 de 10 a 12 horas (**Ver Gráfica 4**).

Gráfica 4. Número de horas que pasan en el plantel durante el día las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

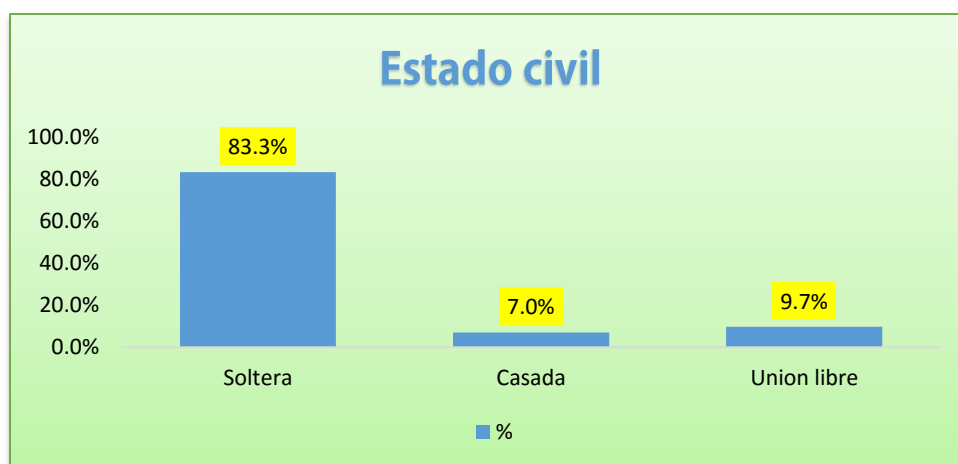


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

Estado civil

En lo que respecta al estado civil la muestra está constituida por un 83.3% de mujeres universitarias solteras, el 9.7% se integra por unión libre y el porcentaje restante se compone por la categoría de casadas (**Ver Gráfica 5**).

Gráfica 5. Estado civil las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

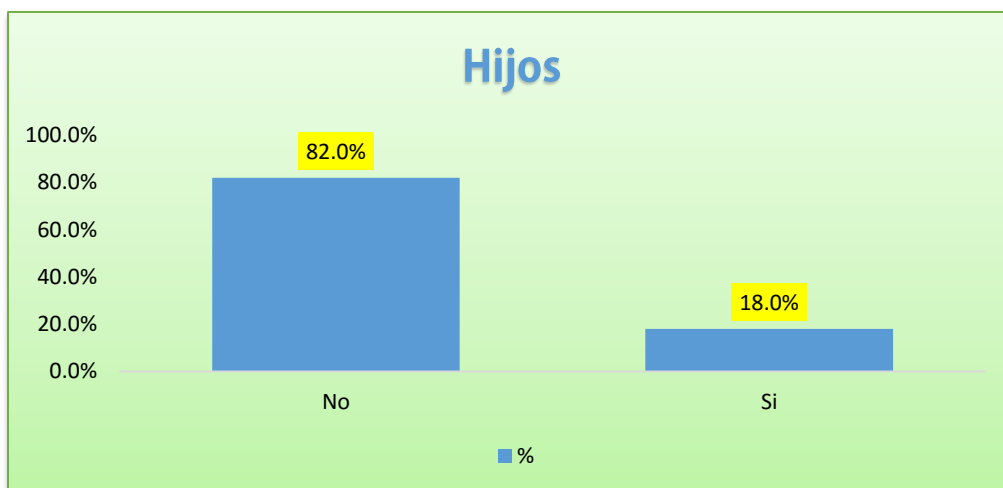


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

Tienen hijos

De las mujeres encuestadas el 82.0% no tienen hijos, mientras que el 18.0% si tiene hijos (**Ver Gráfica 6**).

Gráfica 6. Mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013 que tiene hijos.

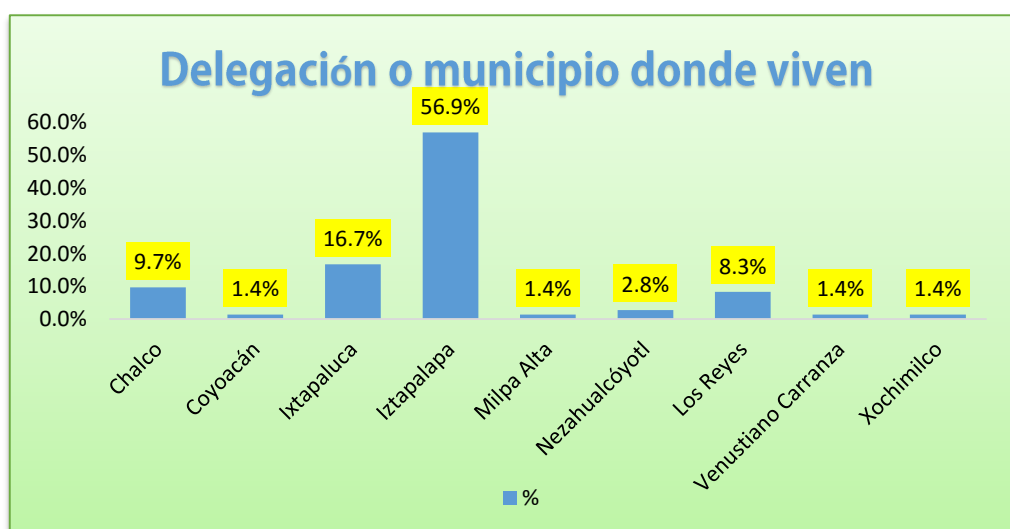


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

En que delegación o municipio viven

El 56.9% vive en la delegación Iztapalapa, el 16.7% en Ixtapaluca, el 9.7% en Chalco, el 8.3% en Los Reyes y el 16.8% restante viven en Coyoacán, Milpa Alta, Nezahualcóyotl, Venustiano Carranza y Xochimilco (**Ver Gráfica 7**).

Gráfica 7. En que delegación o municipio viven las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

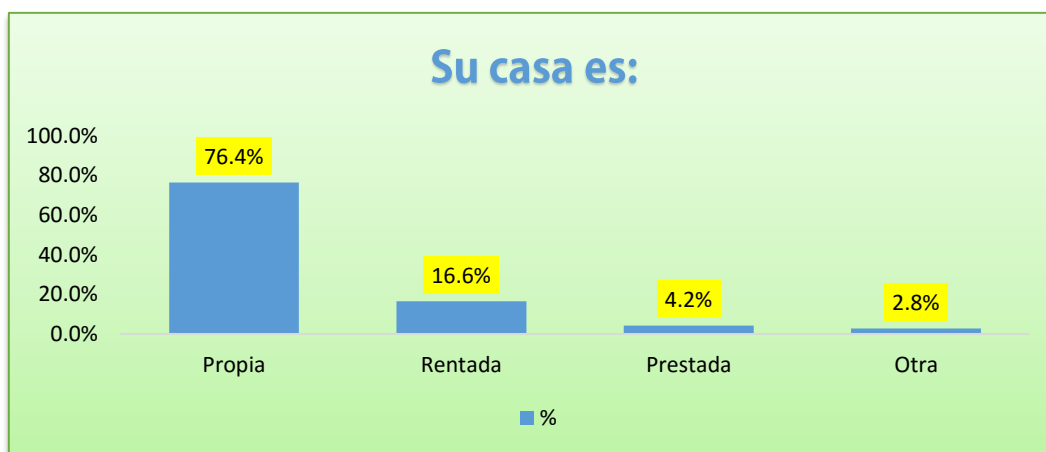


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Su casa es:

De las mujeres encuestadas 76.4% su casa en propia, el 16.6% rentan, el 4.2% su vivienda es prestada y el 2.8% otra (Ver Gráfica 8).

Gráfica 8. Característica de que casa de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

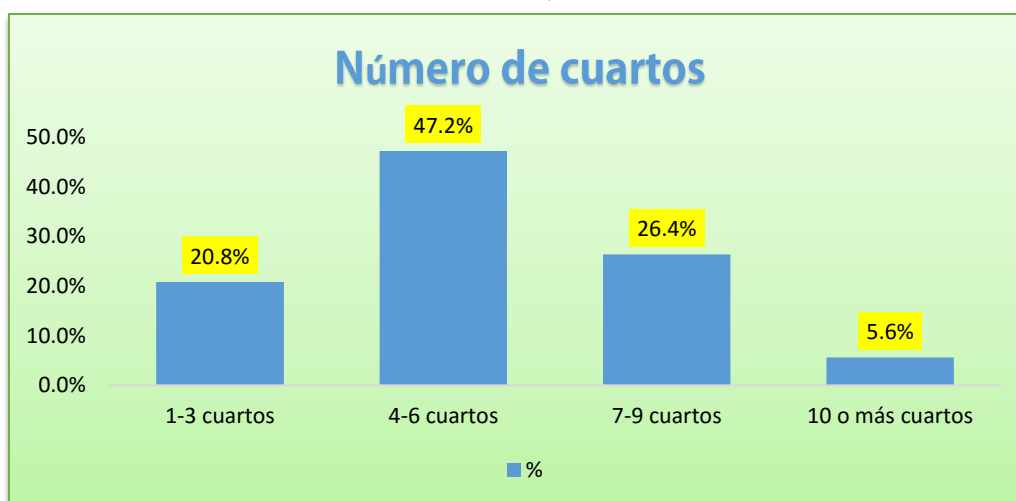


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Número de cuartos con los que cuentan su vivienda

El 47.2% de la mujeres encuestadas su casa cuenta con 4 a 6 cuartos, el 26.4% con 7 a 9 cuartos, el 20.8% con 1 a 3 cuartos y el 5.6% 10 o más cuartos (Ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Número de cuartos con los que cuentan su vivienda de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

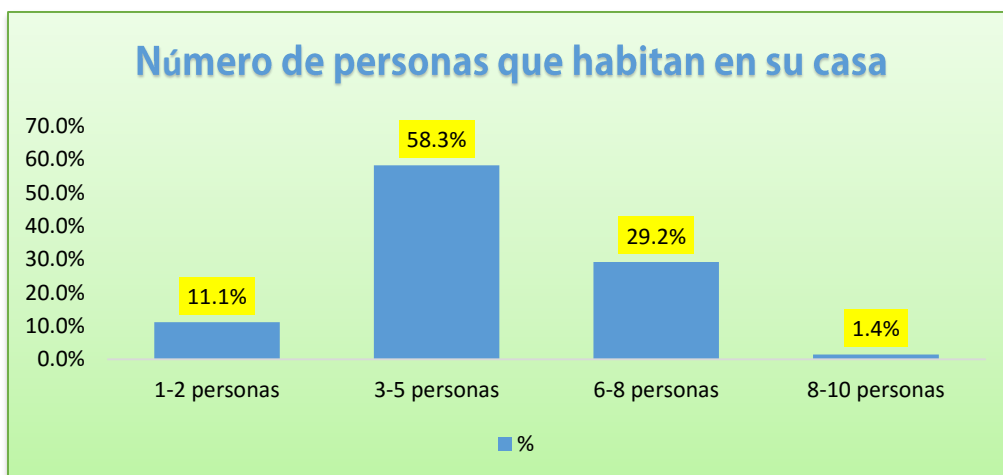


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Número de personas que habitan en su casa

Respecto al número de personas que habitan en su casa de la mujeres universitarias el 58.3% habitan de 3 a 5 personas, mientras que un 29.2% habitan de 6 a 8 personas, el 11.1% de 1 a 2 personas y el 1.4% restante habitan de 8 a 10 personas (**Ver Gráfica 10**).

Gráfica 10. Número de personas que habían en su casa de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

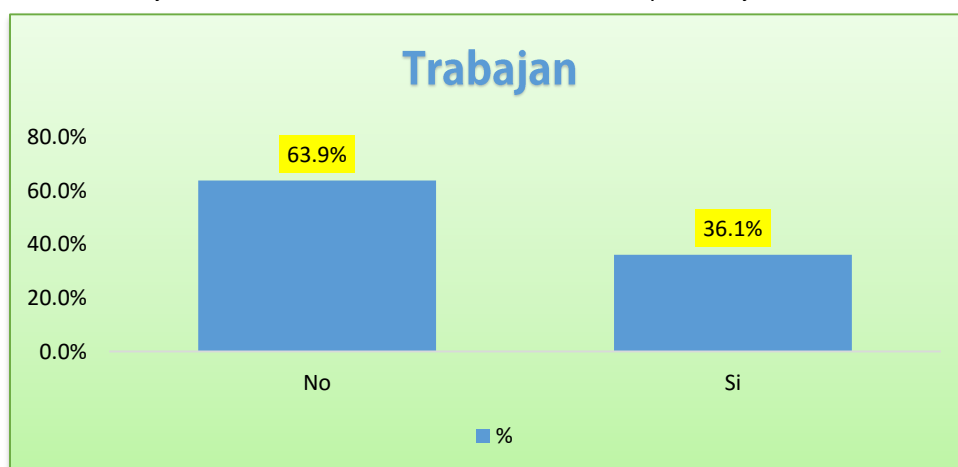


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Trabajo laboral

De las mujeres encuestadas el 63.9% no trabaja, mientras que el 36.1% si lo hace (**Ver Gráfica 11**).

Gráfica 11. Mujeres universitarias encuestadas de la UACM que trabajan actualmente, 2013.

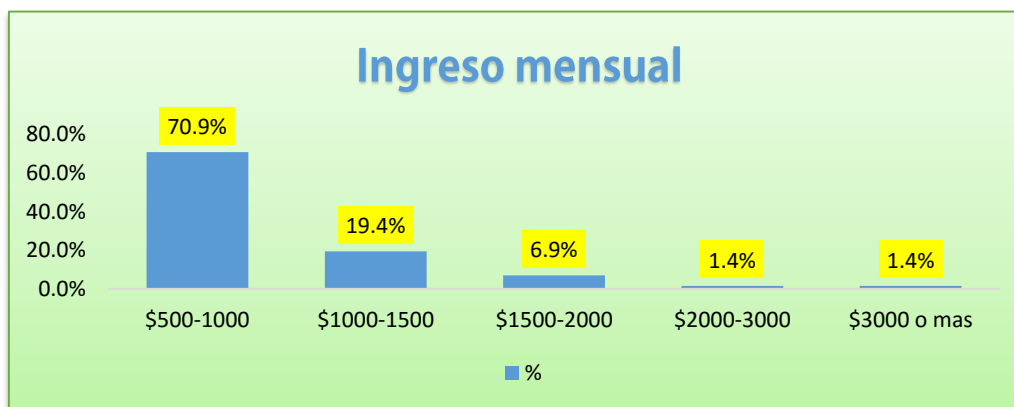


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Ingresos económicos

Cuando se cuestionó respecto al ingreso mensual de las mujeres universitarias se incluyó también a las que no trabajan con la intención de tener un indicio sobre su nivel socioeconómico. Por una parte 70.9% tiene un ingreso mensual de \$500 a \$1000 pesos, siguiéndole el 19.4% de \$1000 a \$1500 y el 9.7% restante tiene un ingreso mayor a \$1500 (**Ver Gráfica 12**).

Gráfica 12. Ingresos económicos mensuales de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

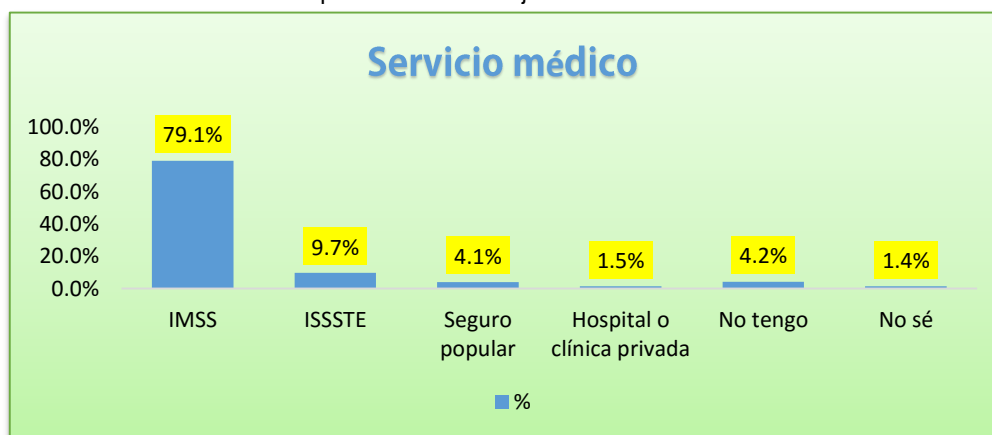


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Servicio médico con el que cuentan

Respecto al servicio médico el 79.1% pertenece al IMSS ya que es un derecho que la universidad le otorga, un 9.7% al ISSSTE, el 4.2% no tiene algún servicio médico, el 4.1% cuentan con Seguro Popular, el 1.5% cuentan con clínica privada y el 1.4% no sabe (**Ver Gráfica 13**).

Gráfica 13. Servicio médico con el que cuentan las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

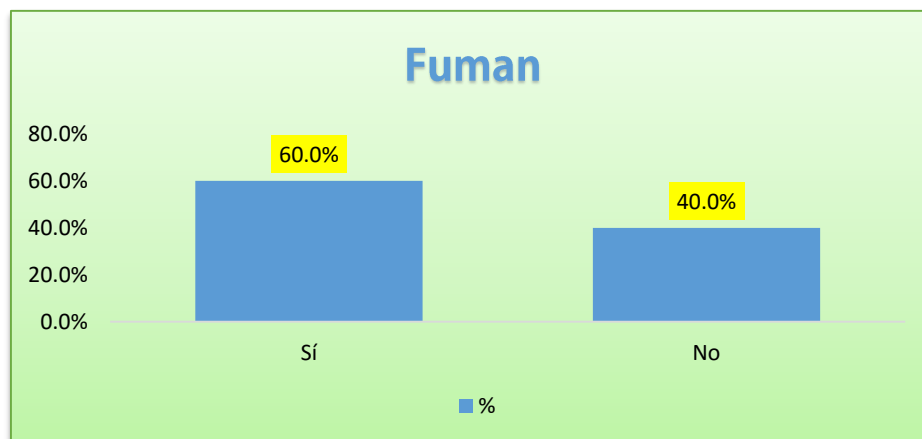


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

ii. Factores individuales

De la población de las mujeres encuestas el 60.0% son fumadoras y el 40.0% no son fumadoras (**Ver Gráfica 14**).

Gráfica 14. Mujeres universitarias fumadoras y no fumadoras encuestadas de la UACM, 2013.

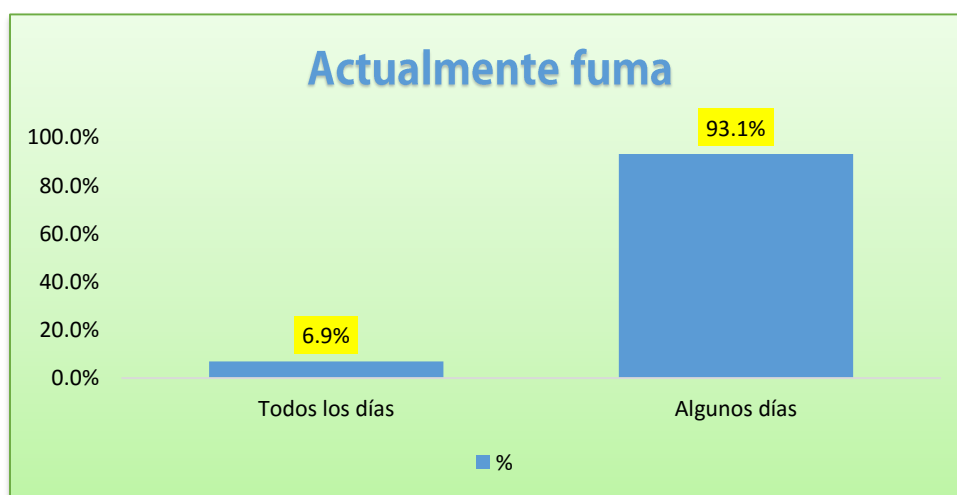


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Actualmente fuma

Actualmente 93.1% de las mujeres fumadoras lo hacen algunos días, mientras que el 6.9% fuman todos los días (**Ver Gráfica 15**).

Gráfica 15. Mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013, que fuman actualmente.

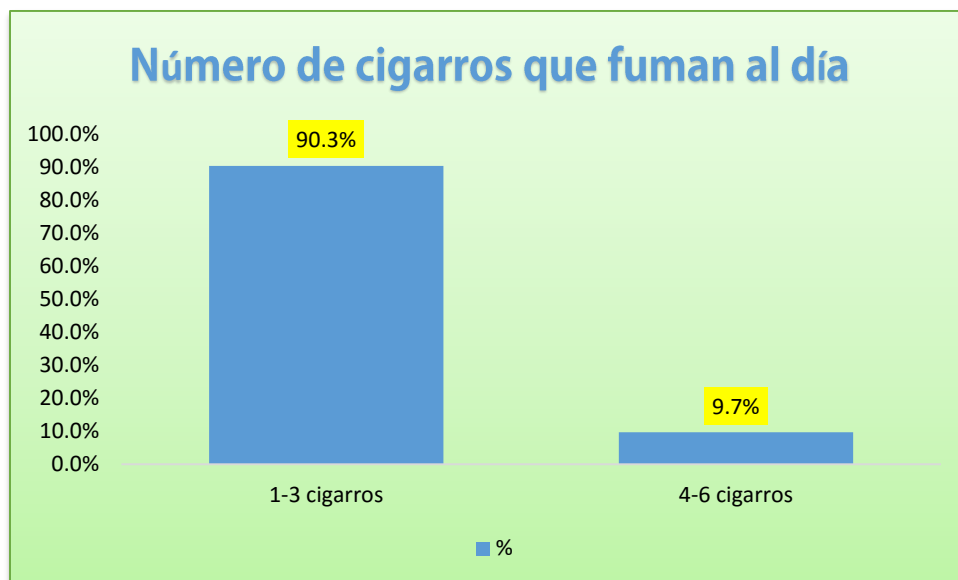


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Número de cigarros que fuman al día

De las mujeres universitarias fumadoras el 90.3% fuma de 1 a 3 cigarros al día y el 9.7% fuma de 4 a 6 cigarros al día (**Ver Gráfica 16**).

Gráfica 16. Número de cigarros que fuman al día las mujeres encuestadas de la UACM, 2013.

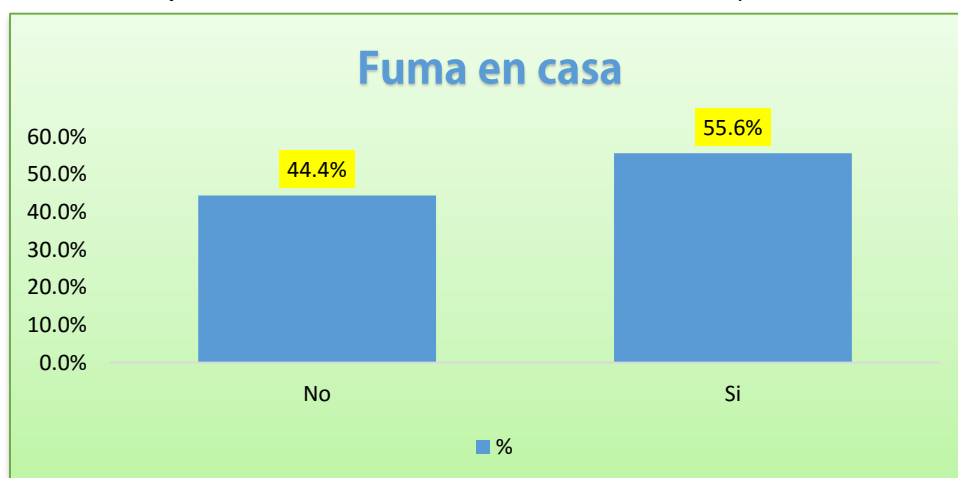


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Fuma en casa

Del 60% de las mujeres fumadoras, el 55.6% fuma en su casa, mientras que el 44.5% lo hacen fuera de su hogar (**Ver Gráfica 17**).

Gráfica 17. Mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013, que fuman en su casa.

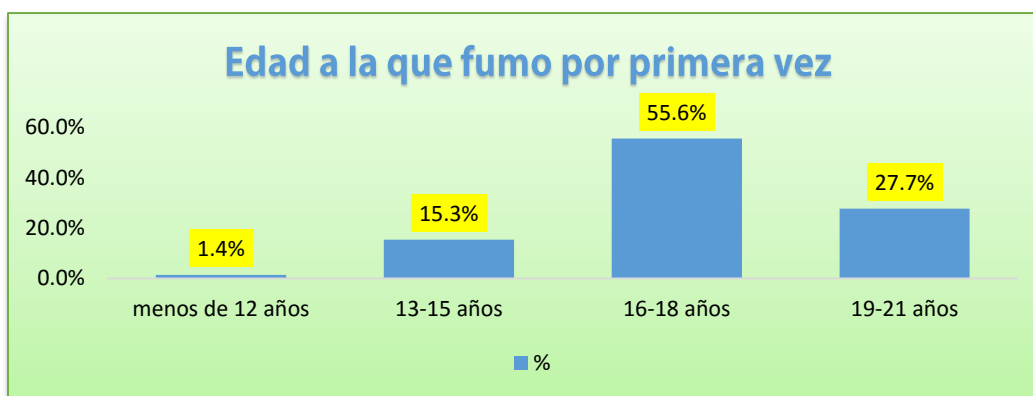


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Edad a la que fumo por primera vez

Cabe destacar que el 55.6% de las mujeres fumadoras comenzaron a fumar entre los 16 a 18 años, el 27.7% de ellas iniciaron entre los 19 y 21 años y el resto de la población comenzó antes de los 15 años (**Ver Gráfica 18**).

Gráfica 18. Edad en la que fumo por primera vez las mujeres fumadoras universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM.

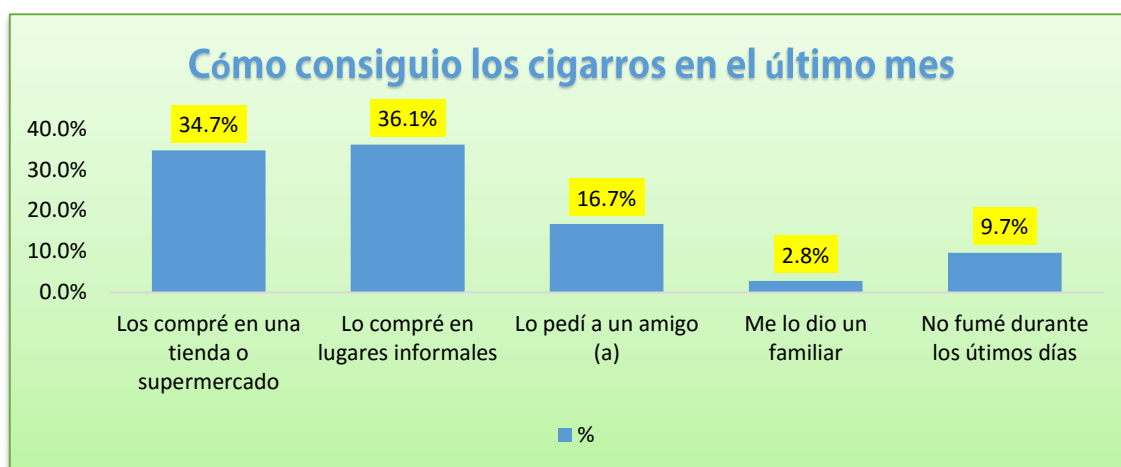


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

Cómo consiguió los cigarrillos en el último mes

Se muestra que el 36.1% de las mujeres fumadoras compran los cigarrillos en lugares informales (puestos informales, vendedores ambulantes y cruces vehiculares), el 34.7% en tiendas o supermercados, el 16.7% se los pidió a un amigo, el 9.7% no fumo durante un mes y el 2.8% se los dio un familiar (**Ver Gráfica 19**).

Gráfica 19. Cómo consiguió los cigarrillos el último mes las mujeres fumadoras universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM.

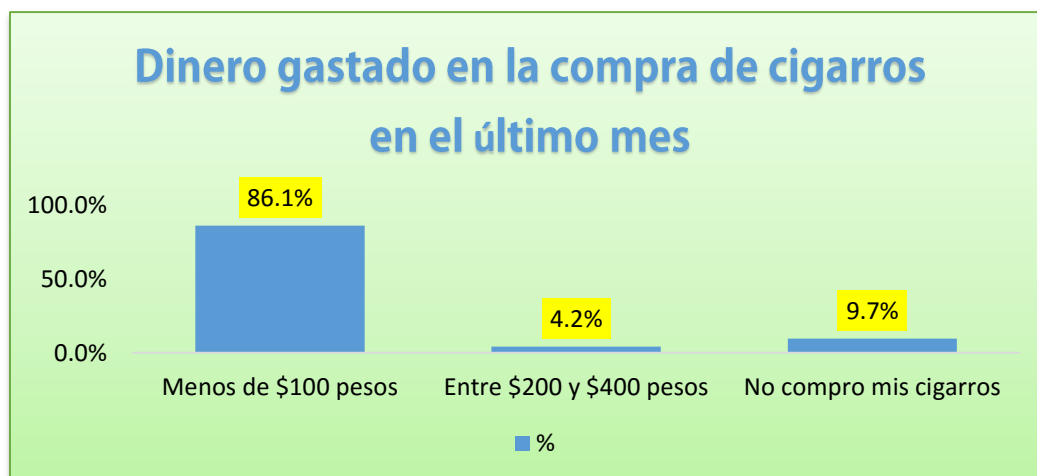


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

Cuanto gasto en la compra de cigarros en el último mes

El 86.1% de las mujeres fumadoras gastaron en la compra de cigarros en el último mes menos de \$100 pesos, el 9.7% no compra sus cigarros y el 4.2% gasto entre \$200 a \$400 pesos (**Ver Gráfica 20**).

Gráfica 20. Cuanto gasto en la compra de cigarros en el último mes las mujeres fumadoras universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM.

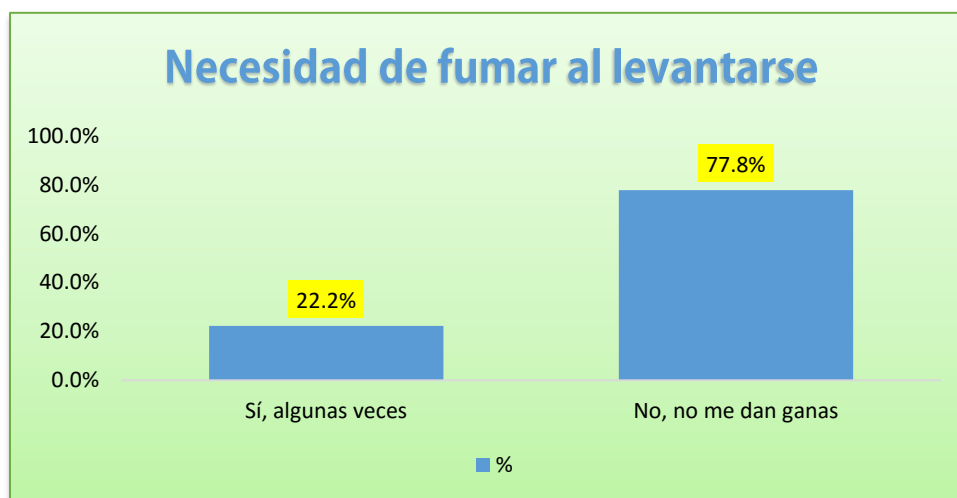


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Necesidad de fumar al levantarse

En lo que respecta a la necesidad de fumar al levantarse el 77.8% no le da ganas y el 22.2% algunas veces tienen la necesidad (**Ver Gráfica 21**).

Gráfica 21. Las mujeres fumadoras universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM, que tienen la necesidad de fumar al levantarse.

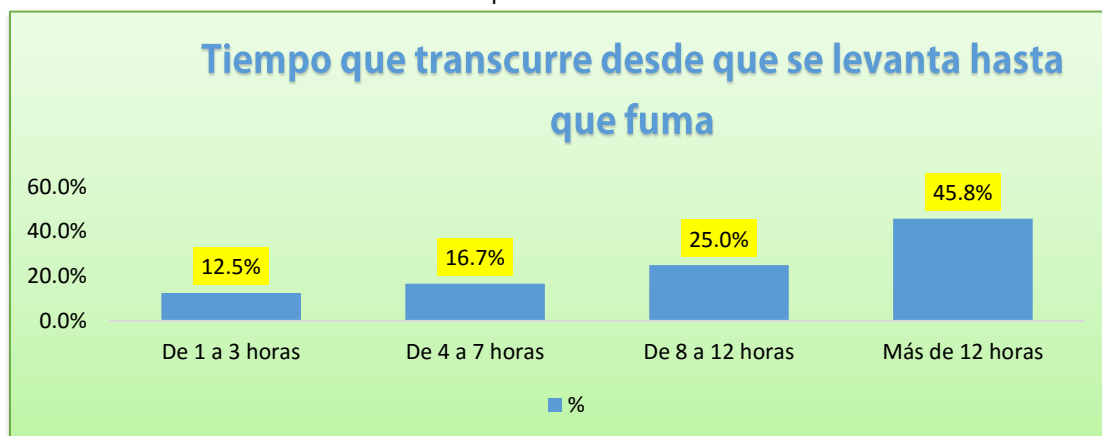


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Tiempo que transcurre desde que se despierta hasta que fuma

Cabe destacar que el 45.8% de las mujeres fumadoras transcurren más de 12 horas desde que despiertan hasta que fuman, el 25.0% transcurre entre 8 a 12 horas, mientras que el 16.7% dura entre 4 a 7 horas y el 12.5% pasa de 1 a 3 horas para que fumen (**Ver Gráfica 22**).

Gráfica 22. Tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que fuman las mujeres fumadoras universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM.

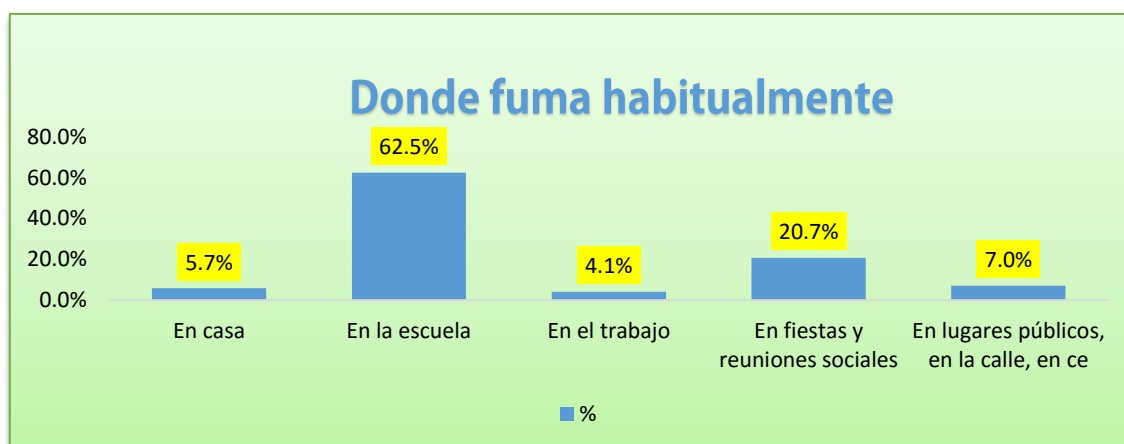


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

Lugar donde fuma habitualmente

El 62.5% de las mujeres fumadoras, refieren que el lugar donde habitualmente fuman es en la escuela, seguido de las fiestas con el 20.7%, en la calle con el 7.0%, en la casa con un 5.7% y 4.1% lo hacen en el trabajo (**Ver Grafica 23**).

Grafica 23. Lugares donde fuma habitualmente las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM.

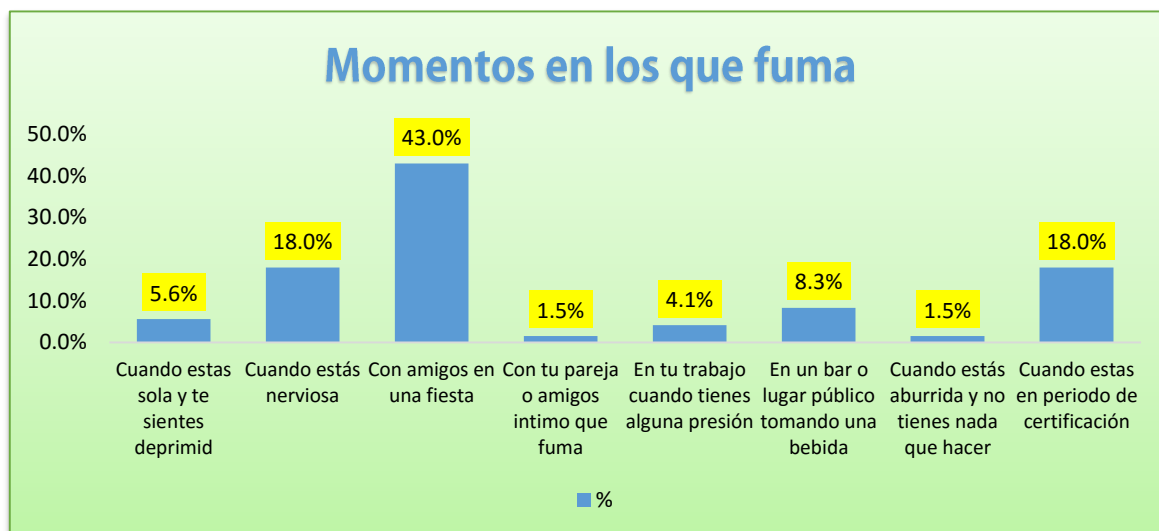


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

Momentos en los que fuman regularmente

El 43.0% fuman con amigos en fiestas, seguido con el 18.0% que lo hacen en periodo de certificación o cuando se encuentran nerviosas, mientras que las menos consideradas fueron cuando están con su pareja y/o están aburridas con el 1.5% (**Ver Gráfica 24**).

Gráfica 24. Momentos en los que fuman regularmente las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM.

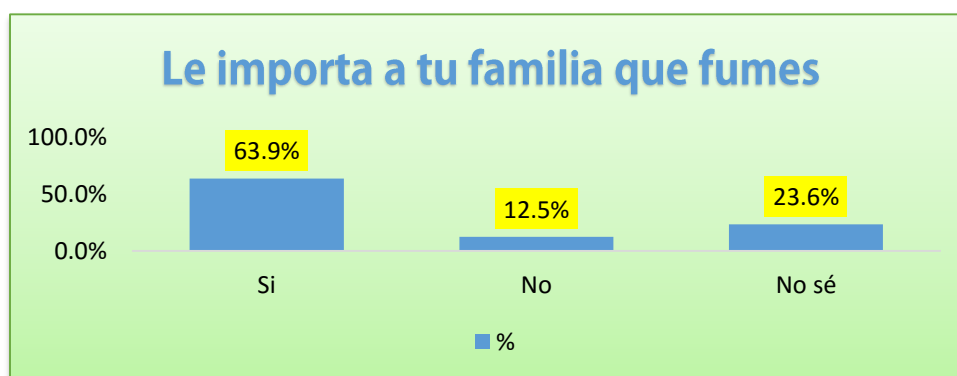


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Le importa a su familia si fuma

El 63.9% de las mujeres refieren que si les importa a su familia que fumen, el 23.6% no lo saben y el 12.5% no le importa a su familia que fumen (**Ver Gráfica 25**).

Gráfica 25. Importancias por parte de la familia de que fumen las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM.



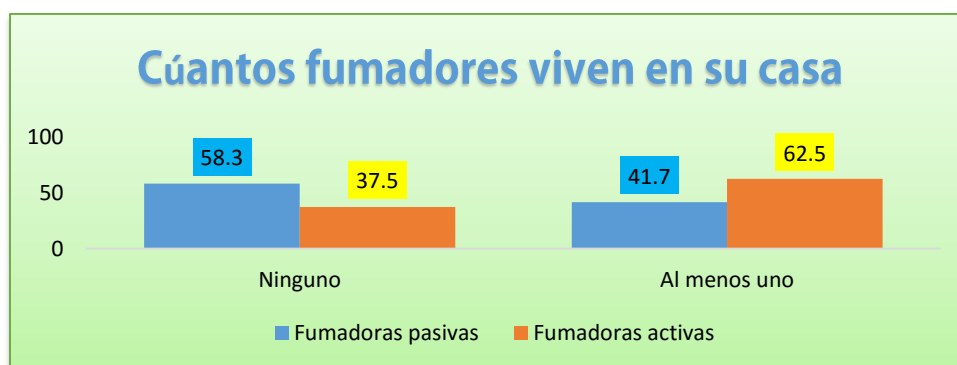
Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Factores familiares y sociales

Número de fumadores que viven en su casa

Cuando se analizó el contexto familiar, se observa que el 58.3% de las fumadoras pasivas no vive con fumadores, mientras que el 41.7% de ellas al menos vive con uno. Por otro lado las mujeres fumadoras activas, vive con al menos una persona que fuma, lo que representa el 62.5% y el 37.5% no vive con fumadores (**Ver Gráfica 26**).

Gráfica 26. Número de fumadores que viven en las casa de las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM.



Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Papás fumadores

En lo que respecta al consumo de cigarrillos en los padres de las encuestadas, el 70.8% de las fumadoras pasivas ninguno de ellos fuma y el 29.2% al menos uno de ellos fuma. En el caso de las mujeres fumadoras activas, el 47.8% ninguno fuma, mientras que 43.7% al menos uno de ellos fuma y el 8.5% ambos fuman (**Ver Gráfica 27**).

Gráfica 27. Padres fumadores de las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM

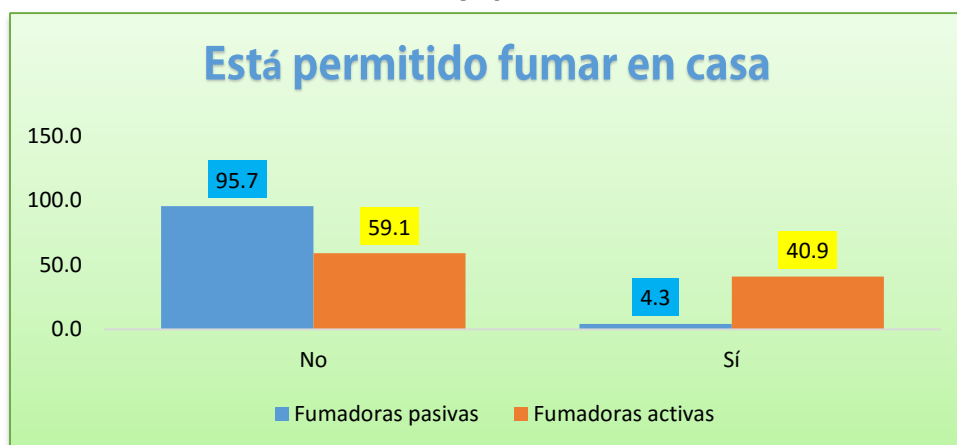


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Está permitido fumar en casa

Al 95.7% de las mujeres fumadoras pasivas no está permitido fumar en su casa y al 4.3% de las mujeres pasivas si está permitido, mientras que el 59.1% de las mujeres fumadoras activas no está permitido fumar en su casa y el 40.9% si está permitido fumar en su casa (**Ver Gráfica 28**).

Gráfica 28. Está permitido fumar en su casa de las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM

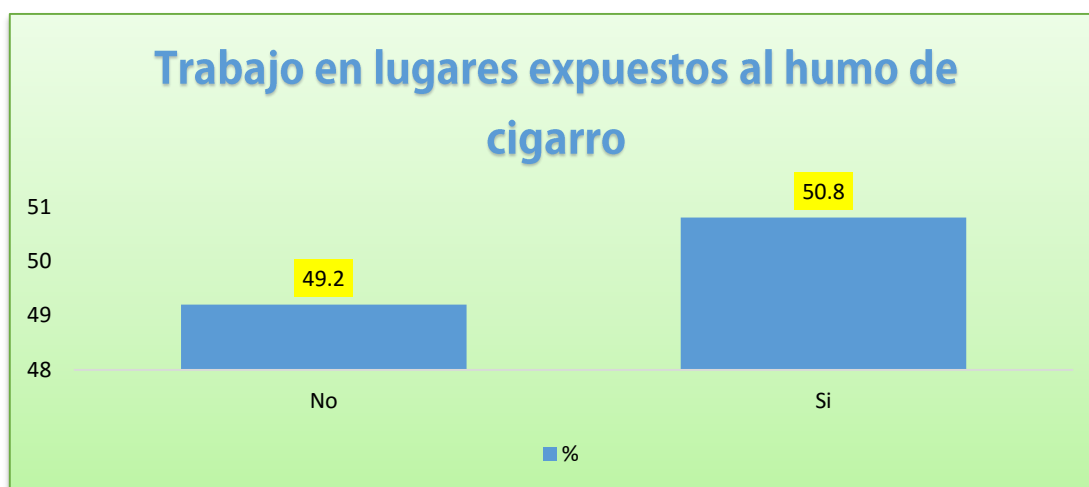


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

Han trabajado en lugares expuestos al humo de cigarro

El 50.8% de las encuestadas han trabajado en lugares expuestos al humo de cigarrillo de otros, mientras que el 49.2% nunca ha trabajado en lugares expuestos al humo de cigarro (**Ver Gráfica 29**).

Gráfica 29. Las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, que han trabajado en lugares expuestos al humo de cigarrillo.

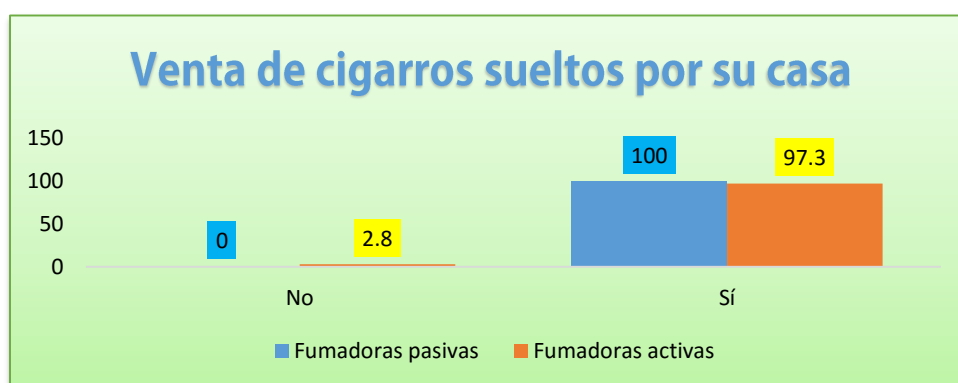


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

Venta de cigarrillos sueltos por donde viven

Cuando se les cuestionó sobre la venta de cigarrillos sueltos por donde viven, el 100% de las mujeres fumadoras pasivas afirmaron que si existe venta de cigarrillos sueltos, el 97.3% de las fumadoras también testifican que existe venta de cigarrillos y el 2.8% dicen que no hay venta de cigarrillos sueltos por su casa (**Ver Gráfica 30**).

Gráfica 30. Posibilidad de comprar cigarrillos sueltos por las casas de las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM.

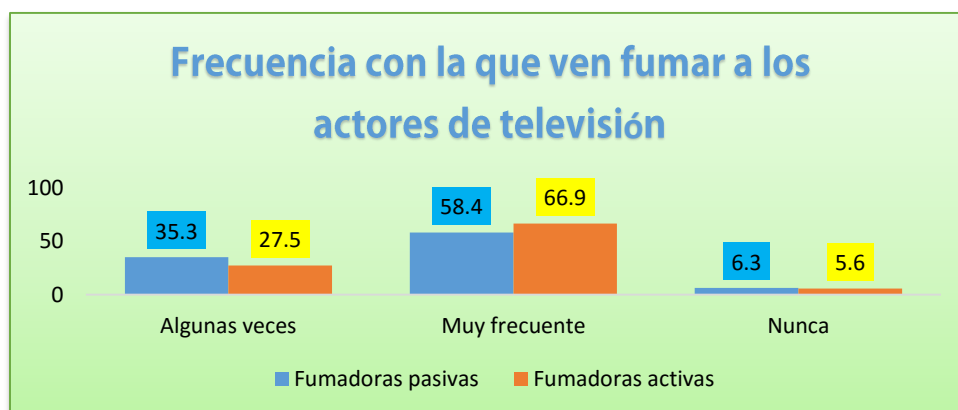


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Frecuencia con la que ven fumar a los actores de televisión

De las mujeres fumadoras pasivas el 58.4% muy frecuentemente ven fumar a los actores, el 35.3% algunas veces y el 6.3% nunca, por otro lado el 66.9% de las mujeres fumadoras activas muy frecuente ven fumar a los actores, el 27.5% algunas veces y el 5.6% nunca (**Ver Gráfica 31**).

Gráfica 31. Frecuencia con la que ven fumar a los actores, las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM.

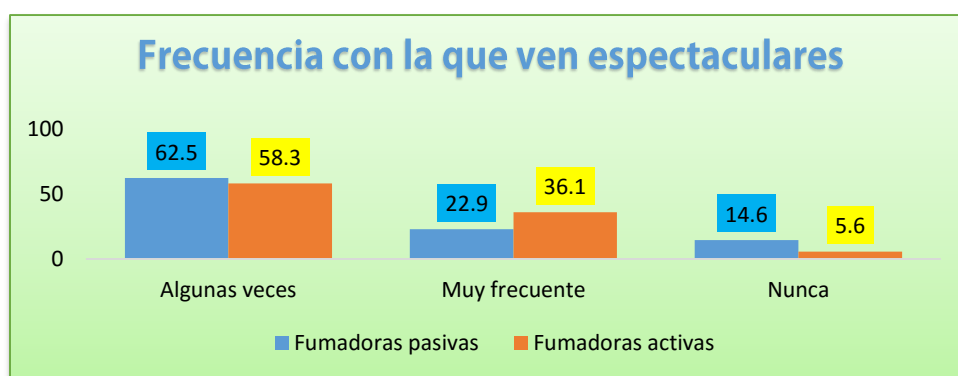


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Frecuencia con la que ven espectaculares de cigarros

El 62.5% de las mujeres fumadoras pasivas algunas veces han visto espectaculares o publicidad exterior, 22.9% muy frecuente y el 14.6% nunca han visto, por otro lado el 58.3% de las mujeres fumadoras activas algunas veces han visto espectaculares, 36.1% muy frecuentemente y el 5.6% nunca han visto espectaculares **(Ver Gráfica 32)**.

Gráfica 32. Frecuencia con la que ven espectaculares las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM.

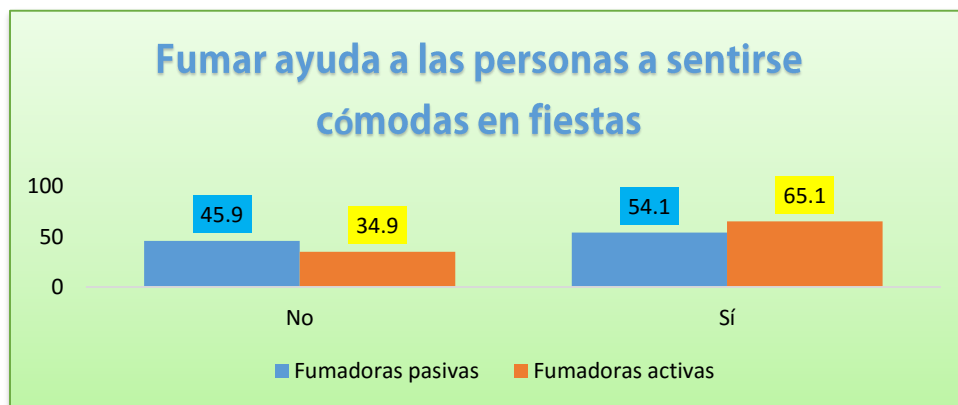


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Fumar ayuda a la gente a sentirse cómoda en fiestas o reuniones sociales

Cuando se les pregunto acerca de que fumar ayuda a la gente a sentirse más o menos cómoda en fiestas o reuniones el 54.1% de las mujeres fumadoras pasivas aseguran que sí, mientras que el 45.9% afirma que no. Por otro lado el 65.1% de las mujeres fumadoras activas aseveran que sí y el 34.9% dice que fumar no ayuda a la gente a sentirse comida en fiestas **(Ver Gráfica 33)**.

Gráfica 33. Que piensan las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM, sobre la gente que fuma en fiestas o reuniones.

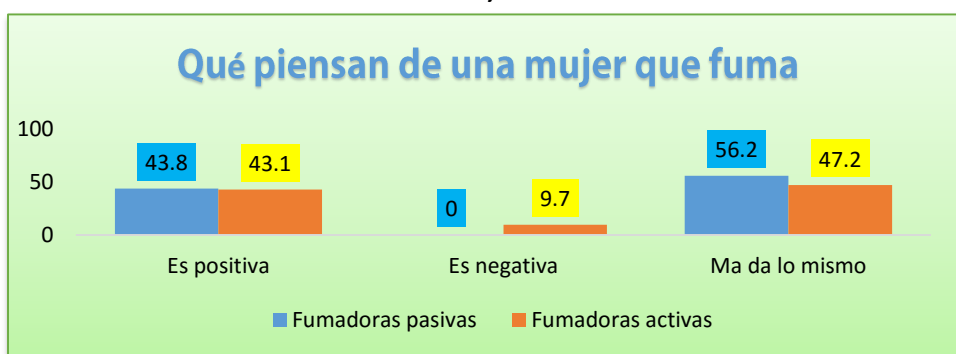


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Cuando ven a una mujer fumando que piensan

El 56.2% de las mujeres fumadoras pasivas les da lo mismo al ver fumar a una mujer, mientras que el 43.8% piensa que es algo positivo, es decir, que son mujeres populares, que son inteligentes y se ven sexy. Por otro lado el 47.2% las mujeres fumadoras activas les da lo mismo ver fumar a otra mujeres, el 43.1% piensa que es algo positivo y el 9.7% que es algo negativo, es decir, son personas no inteligentes, están nerviosas o les falta confianza **(Ver Gráfica 34)**.

Gráfica 34. Que piensan las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM, al ver fumar a una mujer.

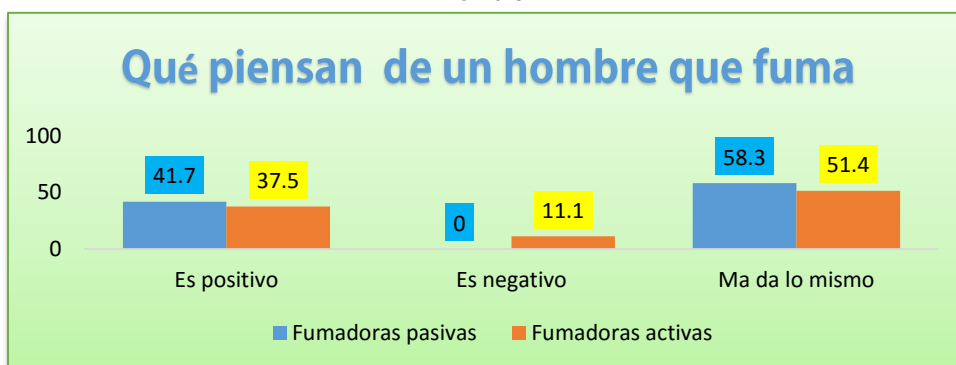


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Cuando ven a un hombre fumando que piensan

El 58.3% de las mujeres fumadoras pasivas les da la mismo ver fumar a un hombre, mientras que el 41.7% piensa que es algo positivo, es decir, que son hombres populares, que inteligentes y se ven sexy. Por otro lado el 51.4% las mujeres fumadoras activas les da lo mismo ver fumar a un hombre, el 37.5% piensa que es algo positivo y el 11.1% que es algo negativo, es decir, son personas no inteligentes, están nerviosas o les falta confianza **(Ver Gráfica 35)**.

Gráfica 35. Que piensan las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM, al ver fumar a un hombre.

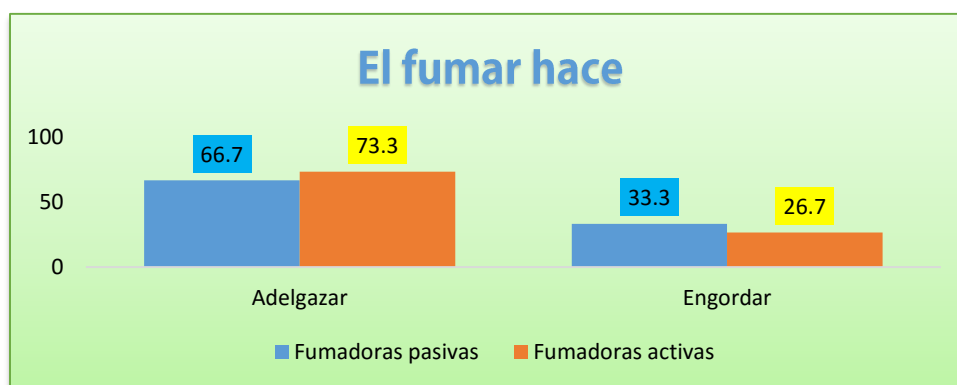


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Crees que fumar cigarros te hace:

Cuando se les pregunto si creen que fumar cigarros las hace adelgazar el 66.7% de las fumadoras pasivas respondieron que sí, mientras que el 73.3% de las fumadoras activas consideran que también les provoca lo mismo. Sin embargo, el 33.3% de las fumadoras pasivas consideran que fumar les ha ocasionado engordar, mientras que el 26.7% de las fumadoras activas consideran lo mismo (**Ver Gráfica 36**).

Gráfica 36. Las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, creen que fumar hace:

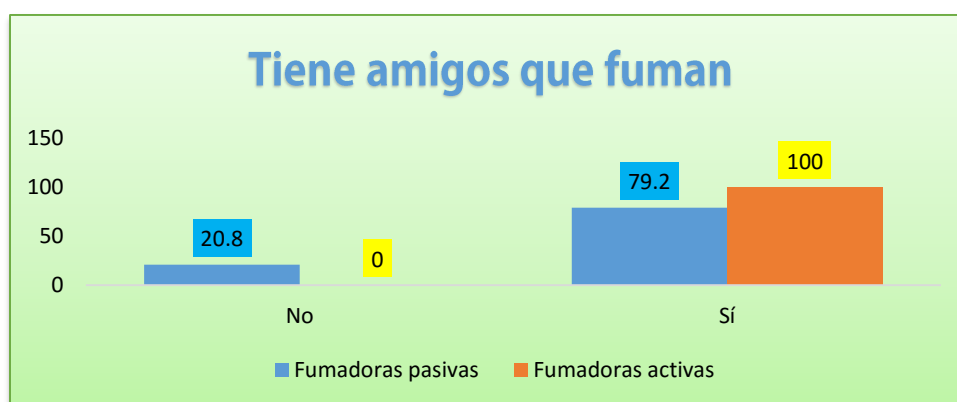


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

Amigos fuman

En la **Gráfica 37**, se muestra como el 100% de los amigos de las fumadoras activas fuman, mientras que el 79.2% de las fumadoras pasivas también tienen amigos fumadores.

Gráfica 37. Tiene amigos fumadores las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM.



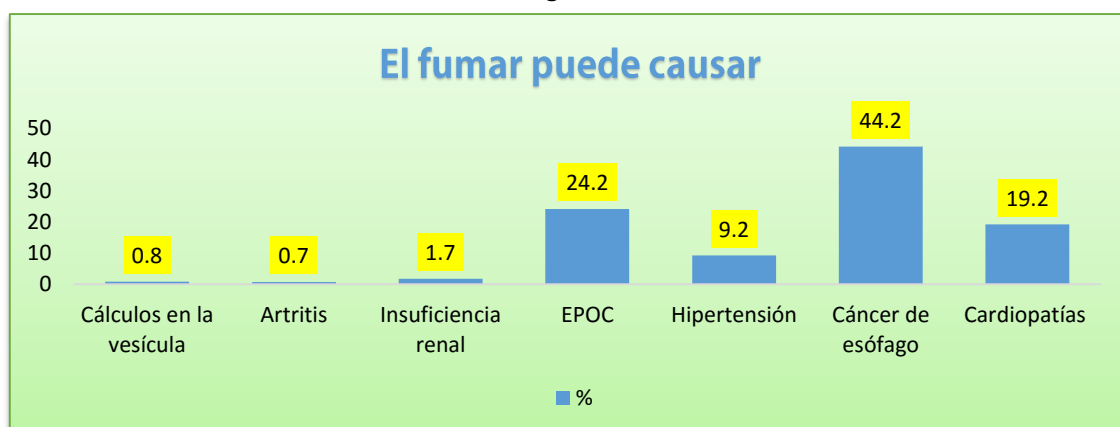
Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

iii. Daño a la salud

Que causa el fumar cigarrillos

En la **Gráfica 38**, se muestra que 44.2% piensa que el consumo de cigarrillo causa cáncer de esófago, el 24.2% causa EPOC, siguiéndole el 19.2% cardiopatías y el resto dice que el cigarro ocasiona hipertensión, insuficiencia renal, artritis y cálculos renales.

Gráfica 38. Las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, que creen **que causa el cigarrillo**.

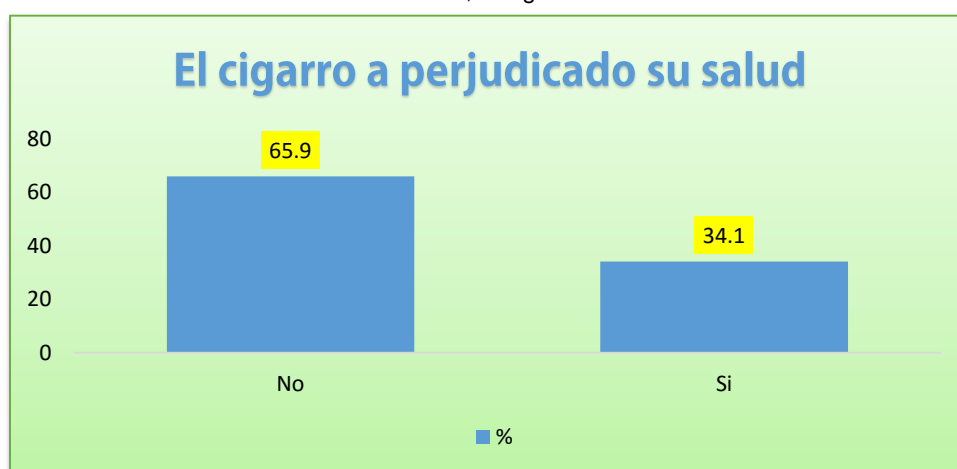


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

El cigarro ha perjudicado su salud

En la **Gráfica 39**, se muestra que el 34.1% de las mujeres encuestadas ha perjudicado su salud y el 65.9% no ha perjudicado su salud.

Gráfica 39. Ha perjudicado el cigarro la salud de las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” UACM, el cigarro.

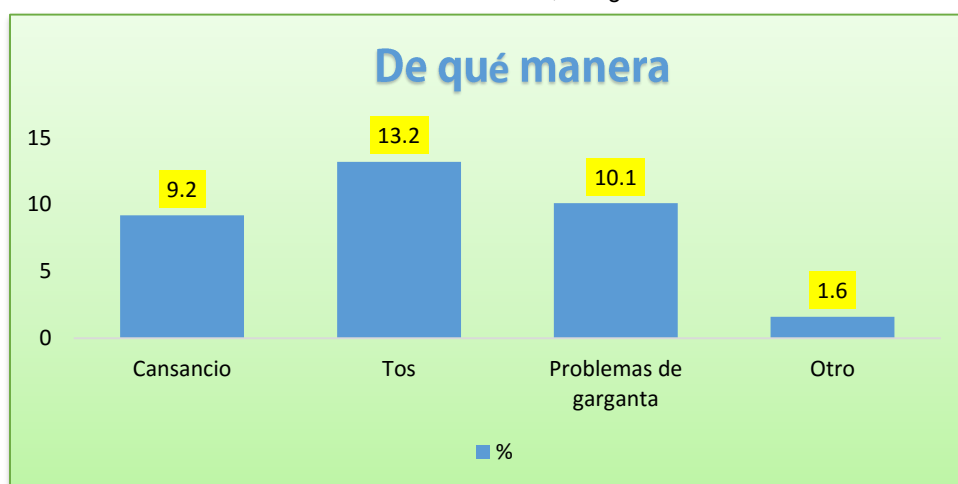


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM “Casa Libertada” 2013, Georgina Sánchez González.

De qué manera

De las que reportaron que si le ha perjudicado a su salud el cigarro, el 13.2% les ha ocasionado tos, el 10.1% problemas de la garganta, 9.2% cansancio (**Ver Gráfica 40**).

Gráfica 40. De qué manera ha perjudicado el cigarro la salud de las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM, el cigarro.



Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

5.1 Discusión de los resultados

En este apartado haremos un análisis de los resultados obtenidos a través, de la metodología realizada en esta investigación sobre el consumo de tabaco en las mujeres universitarias de la licenciatura en promoción de la salud, plantel Casa Libertad en la UACM, con las distintas perspectivas que hemos abordado en nuestro marco teórico como lo son género, los factores que influyen al consumo de tabaco entre las mujeres universitarias, la promoción de la salud, y por último, la legislación del consumo de tabaco en México. Esta discusión se hará en cuatro distintos subtemas.

5.1.1 Características generales de las mujeres universitarias

En lo que respecta al estado civil la muestra está constituida por (83.3%) de las mujeres solteras. Estamos hablando de una población que se caracteriza por tener pocas responsabilidades o las correspondientes a la de estudiantes. Como se observa el (86.1%) de las encuestadas pasan de 5 a 9 horas en el plantel y un poco más del (70%) cursan entre 4 y 5 materias. Por otro lado, un (56.9%) de mi población encuesta vive en la delegación Iztapalapa.

Es importante destacar que (76.4%) su casa es propia. Sobre el número de personas que habitan en su casa el (58.3%) habitan entre 3 a 5 personas.

5.1.2 Consumo de tabaco en las mujeres universitarias

En el marco teórico, hemos abordado el tema de género a partir de distintos autores como Badinter, Simone de Beauvoir, Gayle Rubin, Joan Scott entre otros, los cuales dicen que si bien existe una diferencia entre el hombre y la mujer en la sociedad que era vista desde el ámbito biológico, actualmente ésta puede ser observada a partir de distintas ideas culturales y sociales que se han ido introduciendo entre los individuos y con las que se construye el concepto de género.

Scott (2000) dice que el género es en cierta forma el elemento con el que se pueden construir las relaciones sociales, y que a partir de ellas se dan también algunas relaciones de poder, en las que el hombre era el que mejor estaba posicionado ante la sociedad al ser visto como quien tenía el poder y la fuerza, a diferencia de la mujer que jugó por mucho tiempo el papel de sumisa y abnegada.

Ahora bien, en nuestra investigación mencionamos en concreto que solamente se habían escogido a las mujeres como parte de nuestro estudio metodológico, y lo anterior no se debe necesariamente a que los hombres no fumen, sino que elegimos al género femenino porque como vimos en capítulos anteriores ha habido un aumento en el consumo de tabaco en las mujeres en el mundo como en México.

Por lo tanto, los resultados que nos arrojó el trabajo estadístico es que el 60% de las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" de la UACM son fumadoras, mientras que el (40%) de las mujeres encuestadas no son fumadoras, por lo tanto con estos porcentajes se puede apreciar que las mujeres universitarias de promoción de la salud turno matutino, 2013-II han comenzado con la adicción al consumo de cigarros.

Es así que a diferencia de lo que se creía sobre las mujeres de acuerdo con INMUJERES, que ellas eran el sexo débil y que debían demostrarlo con distintas actitudes como miedo, tristeza e inseguridad ante la sociedad, por lo que no podían realizar actividades que hasta en ese momento eran solamente de hombres. En este sentido, podemos ver que el (36.1%) de las mujeres encuestadas que fuman ahora son quienes trabajan y probablemente cuentan con recursos económicos para comprar cigarros. Sin embargo, se observa que la mayoría dependen económicamente de sus padres o familiares.

Respecto al ingreso mensual de las mujeres encuestadas se incluyó también a las que no trabajan con la intención de tener un indicio acerca del nivel socioeconómico y reflejo que el (70.9%) cuentan con un ingreso mensual de \$500 a \$1000 pesos y un (19.4%) de \$1000 a \$1500 pesos. De esta forma ratificamos el nivel de dependencia económica proviene de sus padres, ya que

como se menciona anteriormente la mayoría de ellas no tiene una actividad asalariada, pues su ocupación principal es estudiar. De acuerdo con algunos estudios, el ingreso económico se convierte en un factor facilitador para tener acceso a cigarros.

Ahora bien, el (86.1%) de las mujeres fumadoras en el momento de la encuesta, gastaron en la compra de cigarros en el último mes menos de \$100 pesos, el (9.7%) no compro sus cigarros y el (4.2%) gasto entre \$200 a \$400 pesos.

Posiblemente las universitarias sean uno de los grupos principales de fumadoras en el país, por lo menos en esta investigación (55.6%) de las mujeres fumadoras adquirieron el hábito entre los 16 y 18 años, sin embargo, el (27.7%) lo adquirió casi al finalizar la etapa de la adolescencia. Esto al compararlo con la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009, concuerda con los resultados citados que la edad de inicio en el consumo de tabaco en nuestro país es entre los 15 y 17 años (hombres y mujeres) y el segundo grupo más afectado en las mujeres es entre los 18 y 19 años. Además, nos da un buen panorama, sobre la importancia que es trabajar con las mujeres universitarias, ya que aquellas que están comenzando con el hábito aún están a tiempo de cambiar esto y evitar que se convierta en adicción.

Garcés de Marcilla (1999), hace alusión a cinco etapas (preparación, iniciación, experimentación, habituación y adicción), por las que cualquier individuo se hace adicto al tabaco. Por lo anterior, y al observar los datos arrojados por las mujeres universitarias de la UACM, está claro que la mayoría de ellas ya se encuentra en la etapa de la habituación que es donde cada vez se hace más frecuente el consumo de cigarros, además un punto importante a retomar en este apartado es que la media de edad fue de 24.5 años. Es decir, el 50% de las estudiantes están por encima de los 20 años, y demuestra que hay una gran proporción de mujeres en la etapa del adulto joven, esto implica que es una de las etapa más prolongada ya que abarca de los 20 a los 40 años (Jiménez, 2012).

En otro orden de ideas, Russell, Peto y Patel (1974), han clasificado distintos grupos de fumadores entre los que encontramos aquellos que necesitan consumir el tabaco, para crear una imagen con la que se les valore desde la sociedad hasta aquellos que lo hacen por obtener un estimulante o una adicción que les generará a largo plazo distintos padecimientos y posteriormente verán mermada su salud.

Desde nuestra perspectiva, creemos que las mujeres universitarias forman parte del grupo de fumadores psicosocial, debido a que fuman en forma ocasional y su tendencia mayormente se debe a las situaciones sociales que enfrentan, ya que ellas refieren en la encuesta que el momento en el que más fuman son en las fiestas (43.0%), y es en este espacio donde se dan las relaciones sociales, en las que pueden conseguir desde amigos hasta empleo.

Por último, podemos ver que las mujeres universitarias de promoción de la salud de la UACM se han convertido en cierta forma en un grupo de fumadores, que a pesar de tener ciertos conocimientos sobre este hábito y los problemas que generan a su salud, lo hacen porque les importa generar una apariencia en su entorno social, y es por ello que un alto porcentaje de ellas fuman (62.5%) en la universidad, por consiguiente se podría asumir que hay un gran número de la población de la UACM del plantel “Casa Libertad”, que se encuentran expuestos al humo de cigarro, el cual no solamente le hace daño a quien lo inhala sino que es más nocivo para los no fumadores según la OPS y OMS.

En conclusión, es importante ver que el consumo de tabaco en las mujeres universitarias, de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, si no se toman las medidas adecuadas, puede llegar a ser una adicción que difícilmente pueda controlarse o erradicarse entre este género.

5.1.3 Factores que influyen en el consumo de tabaco en las mujeres universitarias

Se sabe que no existe una causa única para fumar cigarrillos. Se combinan factores biológicos (sexo, edad) con factores sociales (amigos que fuman,

padres fumadores) y factores personales (baja autoestima, estrés, depresión, otras conductas de riesgo). La fácil venta de cigarrillos sueltos y el bajo precio.

Por otra parte, podemos ver de acuerdo con Jiménez (2007), el consumo de tabaco en las mujeres universitarias se ha ido fomentando a partir de distintos factores sociales, culturales y económicos que hacen que éstas comiencen a fumar a una temprana edad como consecuencia principal de la aceptación dentro de la sociedad con la que conviven en el ámbito universitario.

Algunos autores hacen alusión sobre los distintos factores que inciden a que las mujeres universitarias, comiencen y mantengan el hábito de consumir tabaco, ya que esto se ha convertido en una adicción, y posteriormente en muchos otros casos, se vuelve una enfermedad que causa desde un deterioro en los distintos órganos del ser humano hasta la muerte.

Por ello podemos ver que el consumo de cigarrillos ha adquirido para las mujeres fumadoras, un significado nuevo y específico en el contexto de su vida cotidiana con una relevante funcionalidad en las relaciones sociales donde juegan importantes roles emocionales, corporales y sociales, que influyen en la construcción de su vida diaria.

Jané (2004) dice que existen distintos factores que influyen a que las mujeres universitarias comiencen con el hábito de fumar, como lo son los psicológicos y personales, estos factores se deben principalmente a distintos elementos que surgen en la familia y que orillan a éstas a tomar el cigarrillo como una salida a sus problemas familiares, estrés individual y sociales.

Uno de los motivos personales que se observó en esta investigación, fue que las mujeres fumadoras activas creen que fumar ayuda a controlar el peso (66.7%), por otro lado, las mujeres fumadoras pasivas también consideran que fumar ayuda a bajar de peso (73.3%), por lo tanto, a pesar de que mujeres encuestadas piensan que el consumo de tabaco provoca la disminución en su peso, hay distintos factores que involucran la pérdida de peso que van desde enfermedades crónico degenerativas, hasta el haber dejado de comer por la inhibición del hambre que provocan las sustancias que tiene el tabaco.

Por lo tanto, las universitarias dicen que a través de la utilización del cigarro, se puede regular el apetito, lo cual se encuentra ligado al aumento de su autoconfianza, y por ello tienen la impresión que serán más femeninas y sensuales, que aquellas mujeres que no fuman. El (90.3%) de las fumadoras activas, fuman entre 1 a 3 cigarros por día, con esto nos queda claro que pueden tratar de regular el apetito.

Otro factor que ha contribuido a que las mujeres fumen es cuando se encuentran en una situación de estrés como son los periodos de certificación (exámenes o entrega de trabajos finales). Ya que en el ambiente universitario se deben cumplir con ciertas exigencias y presiones académicas que caracteriza la vida académica en el nivel superior según Wario (1998) donde el estudiante con la ayuda del tabaco capta mejor las clases y soporta los desvelos en estas épocas por lo que de esta manera, la etapa universitaria hace que se convierta más difícil para el fumador abandonar el hábito del tabaco, como bien lo hemos percibido en la encuesta realizada.

Entre otro motivo por los que fuman las mujeres es por moda de emancipación de la mujer, imagen corporal y moda de vestir, esto se puede corroborar cuando se les pregunto el que piensan al ver a una mujer fumando y el (43.1%) de las mujeres fumadoras activas consideran que es algo positivo, es decir, que son mujeres populares, inteligentes y se ven sexys, mientras que al ver a un hombre fumando las mujeres fumadoras lo consideran algo positivo.

El factor social es para nosotros el más importante ya que como dice Márquez estos factores también inciden a que las universitarias inicien a fumar y esto se debe principalmente a las costumbres que se generan en el entorno familiar y con los amigos. Por ejemplo, la familia, sin lugar a dudas, está directamente relacionada con el hábito del consumo de tabaco, ya que esta juega un papel muy importante para el ser humano durante el proceso de socialización, por eso, a continuación se abordarán algunos aspectos que puedan dar algunos elementos para analizar la influencia de la familia hacia las mujeres universitarias fumadoras.

La característica principal que hemos encontrado en el contexto familiar de las mujeres fumadoras activas, es que un (43.7%) vive con al menos un padre fumador, es decir, además de formar parte de familiares nucleares, sujetas a reglas y normas, al tener como ejemplo principal ya sea la mamá o el papá siguen distintos patrones entre los que se encuentra el hábito de fumar, entre otras adicciones, no obstante pensamos que al ser este el principal modelo a seguir creen que el consumo del cigarro es lo mejor para contrarrestar los problemas sociales.

Es decir, la influencia familiar marca diferencias importantes en estos grupos como las mujeres universitarias, y se debe a que está familiarizado con el hábito de fumar, sin embargo, este es solo uno de los factores que interviene en que las mujeres tomen la decisión de fumar más no es determinante.

Por otra parte, podemos ver que la influencia de que tengan amigos fumadores, también es una vertiente importante ya que las que no fuman, pero tienen amigos fumadores conviven con el humo del cigarro en el ambiente donde se relacionan, mientras que las fumadoras corren el doble de riesgo de afectar su salud. Todas las mujeres fumadoras tienen por lo menos un amigo fumador, mientras que las no fumadoras (50%) cuentan con un amigo fumador.

En el ámbito laboral, que también pertenecen a los factores sociales, podemos ver que algunas de ellas trabajan, por ende el porcentaje de mujeres que han trabajado en lugares expuestas al humo de cigarro es de aproximadamente un (50%) de ellas han estado expuestas, esto se ve que también corren dos riesgos en la escuela y en lo laboral.

Otro de los factores que interviene en la influencia de consumo de tabaco en las mujeres son los ambientales, y no nos referimos con esto a los distintos ecosistemas naturales en los que habitan las mujeres a los que sin duda alguna también afecta el humo del cigarro, sino específicamente a la publicidad de las empresas tabacaleras que gastan millones de pesos.

En conclusión, podemos ver que si bien existen distintos factores que influyen a que las mujeres universitarias tomen el hábito de fumar como parte esencial de su vida, algunos de ellos pueden ser evitados a partir de distintos

programas de concientización sobre los problemas sociales y de salud que pueden provocar en el individuo como entre los habitantes un cambio que promueva la mejora en la salud de ellos mismos, sus familiares y los demás individuos con los que se relacionan en la sociedad, además, el gobierno a través de las instituciones de salud debe tomar parte de la creación de estos programas.

5.1.4 El consumo de cigarros visto desde la legislación

La publicidad y promoción directa e indirecta del tabaco aumenta el consumo de cigarros y es un factor importante que contribuye al inicio del consumo. Los estudios recientes muestran que la prohibición o restricción integral de la publicidad reducen el consumo de cigarros. Sin embargo, a pesar de estas restricciones aún se puede observar dicha publicidad en televisión y/o cine, como lo afirman las fumadoras pasivas (58.4%) y activas (66.9%), ya que muy frecuentemente han visto a los actores fumar.

En la actualidad la industrias tabacaleras han dejado de hacer publicidad en para televisión y radio, concentrándose en accionar en carteles en la vía pública, revistas, internet, eventos musicales y de otra índoles. No obstante, esta estrategia no está funcionando, ya que las mujeres tanto pasivas como activas han visto en menor porcentaje publicidad externa.

Si bien en los últimos años se han tenido en México avances importantes en el control del tabaco, existe aún un gran número de tareas por realizar para cumplir la meta de evitar los considerables daños a la salud.

Para ello se requiere que se cumplan las disposiciones de las leyes y reglamentos ya promulgados, como el respeto irrestricto a los espacios libres de humo, no vender cigarros a menores de edad y la venta de cigarros sueltos. Pero, parece que estas leyes no funcionan como lo vemos en esta investigación, el (100%) de la mujeres fumadoras afirman que la venta de cigarros sueltos se ejerce y sin dejar a un lado las mujeres pasivas (97.3%) con afirman que también ven este tipo de actividad.

Con esto nos queda claro que las medidas legislativas necesarias para reducir el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco no están funcionando.

5.1.5 El consumo de tabaco visto a través de la promoción de la salud

Parafraseando a Terris (1992) podemos ver que a través de la promoción de la salud se ha tratado mejorar la calidad de vida entre la población, en la que se adquieran mejores condiciones de salud y bienestar entre la sociedad, es por ello que a través de la promoción de la salud se continúa buscando distintos conjuntos para contrarrestar los efectos que provocan algunos problemas de salud.

De acuerdo con la Carta de Ottawa, con la promoción de la salud se permite a la personas crear un determinado control sobre algunos aspectos de la salud para con ello mejorar un estilo de vida, en esta carta se hace alusión a la participación de la sociedad como de los gobiernos para optimizar los servicios de salud entre las sociedades, y con ello prevenir algunas adicciones que afectan a los seres humanos.

Por otra parte, en la 2da conferencia de Adelaida se hace alusión a la Políticas Publicas, en específico las de salud, estas políticas son muy importantes para el fomento de la salud en distintos países como México. El gobierno es responsable de originarlas, establecerlas y aplicarlas entre la población, con el fin de mejorar el estado de salud de los individuos y además disminuir los altos costos que se hacen en este ámbito.

Ahora bien, en la 3ra conferencia Sundsvall se hace énfasis sobre la importancia que tiene la salud como derecho para las mujeres, se dice que éstas deben en cierta forma tomar sus propias decisiones para lograr una mejor perspectiva de vida, por lo que, a diferencia de lo que hacen la mayoría de las mujeres universitarias de adquirir el hábito de fumar deberían de buscar la manera de cómo evitar este tipo de adicciones que afectan a sus familiares y amigos, y que posteriormente lo hará con sus hijos.

Está demostrado que más de 50 enfermedades son causadas por consumir tabaco. Estas pueden agruparse en patologías cardiovasculares, respiratorias, cáncer y un grupo heterogéneo que afecta diversos sectores del organismo. Cuando se les pregunto a las universitarias sobre los daños que puede ocasionar al organismo el tabaco generalmente pudimos ver que poseen información al respecto, pero ¿hasta dónde esa información está logrando una real concientización del daño? o solo es información que han escuchado repetidamente en los medios de comunicación a tal grado que les es tan familiar que ya no le dan la importancia que merece. Con base en los datos obtenidos de la encuesta, las mujeres comprenden que al consumir tabaco les puede, desde su perspectiva, causar cáncer de esófago (44.2%), seguida de EPOC (24.2%) de tal manera que ellas tienen este conocimiento de las enfermedades que se generan por este hábito, porque son las que más promocionan los medios de comunicación. Sin embargo, la principal causa de morbilidad en las mujeres de nuestro país que tienen entre 15 a 39 años es la ruptura prematura de membranas, seguidas por neumonías y la principal causa de mortalidad en este mismo grupo de edad están las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades de las que se habla muy poco.

En conclusión, creemos que a partir de esta carta y las distintas conferencias que analizamos de forma breve, en los últimos años la promoción de la salud ha tomado parte de la construcción de las políticas públicas y de salud, con las que se genera calidad de vida no sólo de las mujeres, sino de todo ser humano, y es aquí donde radica la importancia de la promoción de la salud, ya que a partir de ella se pueden prevenir e informar a la población sobre los factores y causas de las adicciones.

5.2 A manera de discusión

Como pudimos observar a lo largo de esta investigación el consumo de tabaco en las mujeres universitarias del plantel “Casa Libertad” de la UACM, realmente se ha convertido en un problema que además de afectar a este género, puede causar enfermedades ya sean degenerativas o mortales en fumadores y no fumadores.

Por lo tanto, en este apartado se pretende resaltar los hallazgos y características más importantes de este estudio, que puede representar avances en el conocimiento del consumo de tabaco que envuelve a un sector muy importante de nuestra sociedad, las mujeres universitarias, y que al mismo tiempo puede estar reflejando la situación de otros estados del país u otros lugares.

En este sentido, consideramos que realmente existen diversos factores entre los que se encuentran los personales, familiares y sociales lo cuales influyen a que las universitarias comiencen y/o continúen con el hábito de fumar, a pesar de conocer los efectos dañinos que ocasiona este producto en su salud.

Otro de los objetivos establecidos en este proyecto fue reconocer si las estudiantes de promoción de la salud tienen la información necesaria sobre el daño a la salud que ocasiona el fumar o inhalar el humo del tabaco, por lo que en efecto identificamos que cuentan con los datos teóricos y estadísticos sobre este tema, sin embargo aún persisten carencias de los daños que ocasiona al género femenino, y es ahí donde profesores y estudiantes deben crear a través de programas o investigaciones, más datos que ayuden a comunicar lo que está pasando con la mujeres no solo universitarias como aquí lo hicimos, sino las del país y distintas naciones.

En definitiva, creemos que el problema del consumo de tabaco no es fácil de erradicar en las últimas décadas, no obstante, y aunque hay mucho por hacer, por parte del gobierno y las instituciones educativas, así como por parte de las mujeres afines a las carreras de la salud.

La consideración de los aspectos cuantitativos permitió contrastar la aproximación numérica o estadística sobre el impacto del género en la adopción de determinadas prácticas. El consumo de tabaco ha ido adquiriendo un conjunto de sentidos relevantes para un amplio sector de mujeres, convirtiéndose el cigarro en un instrumento compatible con las exigencias contemporáneas de la feminidad y enormemente funcional para hacer frente a las expectativas y necesidades de las mujeres derivadas de estructuras desigualitarias.

La posición desfavorable de las mujeres para acceder a determinados recursos para controlar el estrés, hace del cigarro una herramienta rápida, eficaz y accesible. Pero sobre todo se trata de un consumo socialmente aceptado.

Por otro lado, el peso de los modelos de belleza y de éxito femenino basados en la delgadez y en la sexualización del cuerpo, hace del cigarro un artefacto estético capaz no sólo de modificar la imagen a nivel simbólico sino también a nivel morfológico, mediante el control de peso, quedando el cuerpo de la mujer definido en términos de objeto de deseo.

El interés en el desarrollo de estudios y programas que incluyan la perspectiva de género se apoya en las pocas investigaciones existentes en el tema del consumo de tabaco, que permitan ampliar los marcos de comprensión existentes para entender cómo influye la transformación de la cultura, las formas de organización familiar, la identidad de género y las construcciones de la realidad, en el uso de sustancias adictivas en la mujer.

Como hemos podido ver que el consumo de tabaco es un problema con importantes repercusiones económicas, ambientales, sociales, políticas y de salud para el país. La solución a este problema se lograría únicamente con la participación comprometida de los gobiernos y de la sociedad. Para ello, es necesario abordar el problema con una visión desde género y desarrollar políticas de empoderamiento en las mujeres, que esto no es dar poder sino generar las condiciones que faciliten el fortalecimiento de las mujeres y generar condiciones para que, las mujeres en específico las universitarias, tomen conciencia del problema que ha corporeizado en su historia y que lo incluyan en la formulación de sus proyectos de vida.

5.3 Perspectivas

A partir del estudio que se realizó y las discusiones presentadas en este trabajo de investigación, las perspectivas de trabajo futuro dejan abiertas nuevas líneas de investigación, tanto para el área de investigación, como para la intervención. Es claro que el consumo de tabaco ha sido muy estudiado a lo largo del tiempo y desde diversas perspectivas y disciplinas. Se pueden encontrar estudios médicos, antropológicos, sociológicos, psicológicos, entre otros. Pero la problemática y las consecuencias adversas que producen el abuso y la posterior adicción al tabaco, siguen justificando el que los profesionales de la salud tengan que seguir estudiando el área y busquen alcanzar un nivel alto de comprensión del fenómeno del consumo.

En este sentido, es necesario seguir en la búsqueda de modelos eficaces que puedan disminuir el consumo de tabaco por lo menos en los estudiantes de nivel superior. Mientras se sigan reportando cifras altas del consumo, enfermedades relacionadas con el tabaco o cualquier otro acto indeseable, y que se asocien con el tabaco, se tendrá que seguir pensando en cómo mejorar las estrategias para que los individuos puedan manejar el consumo de tabaco de una manera más consiente.

Finalmente, sería de interés la realización de un estudio de los posibles tratamientos farmacológicos y psicológicos que pueden ser aplicados en las mujeres que desean dejar de fumar. Por otro lado, conocer la legislación del tabaco y si es que se aplique en los planteles de la universidad.

5.4 Recomendaciones

A partir de la investigación realizada, consideramos importante tener en cuenta las recomendaciones siguientes:

Se deben cambiar las conductas frente al hábito de fumar como cualidad normal o aceptable. Para lo cual hay que buscar que, estudiantes y profesores, así como personal administrativo y otros servidores dentro de la UACM, se comprometan con el auto cuidado de la salud tanto individual como colectivamente, para crear así una conciencia comunitaria.

La protección debe dirigirse en defensa de los que no fuman, sobre todo los más vulnerables como los niños que se encuentran en la estancia que está ubicada dentro del plantel “Casa Libertad” de la UACM y las embarazadas que asisten a clases, con la finalidad de evitar que se vean obligados a respirar humo de tabaco ambiental.

Por otra parte se considera necesario generar políticas restrictivas; con las que se proporcione información acerca del daño que causa el cigarro y dejar claro que no produce ningún beneficio, por lo tanto se debe reconceptualizar el cigarro como algo exclusivamente dañino para la salud y derribar el mito de glamour, independencia y éxito en la vida.

Asimismo se debe proporcionar asistencia especializada a las fumadoras establecida y ofrecerles la posibilidad real de abandono a la adicción. Por lo que otra recomendación es que el consultorio médico y psicológico tenga el personal capacitado para hacerse cargo de los programas de salud en la escuela y propiciar un ambiente sano.

Es recomendable considerar la adopción y adaptación para la implementación de programas de intervención de acuerdo al contexto en que se necesiten, para que coadyuven en el control de tabaquismo en estudiantes del nivel educativo superior.

También sería importante proporcionar información clara y comprensible a las mujeres fumadoras y no fumadoras de la UACM acerca de la naturaleza adictiva del tabaco y sobre la carga de enfermedad mortal y discapacitante que puede desarrollar el consumo de tabaco.

Establecer medidas publicitarias masivas que abarquen todo los medios posibles para seguir educando a la comunidad de la UACM, esto a través de formar grupos interdisciplinarios con otras licenciaturas.

Que los estudiantes de Promoción de la Salud realicen conferencias sobre el consumo de cigarros para concientizar a estudiantes, docentes, personal administrativo e intendentes. Y generar conciencia entre sus propios compañeros.

Facilitar la negociación con otras universidades, para presentar los programas sobre las mujeres, así como los resultados obtenidos en la UACM tras su implementación, para que con ello se lleve su operación conjunta con las demás universidades.

La prevención del hábito del consumo de tabaco debería formar parte del currículum de promoción de la salud, de una manera más estructurada, como parte de una política universitaria antitabáquica.

Promover una campaña para declarar las instalaciones de la UACM como libre de tabaco, mediante la prohibición de su consumo dentro de las instalaciones para los estudiantes, docentes y personal administrativo.

Dar a conocer los resultados obtenidos en este estudio, para elevar el conocimiento de los estudiantes de promoción de la salud, sería interesante proporcionar una mayor formación y motivación sobre la problemática del consumo de tabaco y su prevención a largo plazo de su plan de estudio.

Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológicas sobre el consumo de tabaco en la población en general que permitan dar a conocer las cifras y los datos estadísticos que hasta el momento son muy pobres en nuestro estudio.

Si bien sorprende la escasez de trabajos similares a este, con lo anterior se destaca la importancia de potenciar investigaciones similares entre los futuros profesionales de la salud.

5.5 Propuesta

“Las personas tienen diferentes formas de entender la promoción de la salud. Algunos lo ven como “folletos e impresos” o programas para promover cambios en los estilos de vida individual. Otros lo ven fundamentalmente como estrategias de prevención de las enfermedades o políticas sociales. Sin embargo, cuando uno considera las diversas variables que determinan la salud, la promoción de la salud se ve como un proceso más complejo. El marco estructural ofrece una imagen de los componentes de la promoción de la salud de un vistazo. Moviendo los anillos pueden alinearse muy diversas interacciones dentro y entre los componentes. El marco estructural puede ayudar a entender la promoción de la salud como un proceso realmente dinámico que incluye muchas personas y estrategias” (Sarría, Villar, 2014).

En base a mi experiencia como promotora de la salud y a la vista de los resultados obtenidos en este trabajo, creo conveniente formular una propuesta que pueda enriquecer futuros trabajos que vayan en esta misma línea.

Como lo es la implementación de un programa para el control del tabaco a nivel universitario, tendrá tres componentes principales, el primero es la creación de un programa universitario contra el tabaco, el segundo de prevención y promoción y el tercero de cesación.

- 1. Programa universitario contra el tabaco:** El objetivo de la creación de este programa es para coordinar las actividades de prevención como de cesación del tabaco. Como el problema abarca a gran parte de la universidad, es necesario convocar a todo el personal administrativo así como estudiantes y maestros de todas las licenciaturas que se imparten en la UACM. La creación de dicho programa debe tener un valor a nivel de las autoridades de la universidad, como lo es el Consejo Universitario y la coordinación del plantel con el fin de asegurar el seguimiento y financiamiento del programa.

Objetivos del programa

El objetivo fundamental de este programa es evitar el consumo de cigarrillos, educar para la salud, concientizar a los que fuman, prevenir el inicio de nuevos fumadores y lograr la cesación del consumo de cigarrillos.

Funciones del programa

- Educación para la salud
- Prevención del consumo de tabaco
- Cesación del consumo de tabaco
- Investigación

2. Prevención y Promoción: Deberá de contemplar varios aspectos por medio de distintas actividades para que sea efectiva.

- **Educación en salud**
 - **Carteles informativos:** Estos deberán ser creados dentro de la universidad con la participación de todos los estudiantes de todas las licenciaturas por medio de concursos que tengan valor curricular.
 - Deben de colocarse más carteles indicando la prohibición de fumar dentro del plantel.
 - Se deben de colocar ceniceros en la entrada del plantel invitando a dejar el cigarro antes de ingresar al mismo. Estos tendrán que ser visibles para todas las personas que concurren el plantel y aquellas que visitan el plantel.
 - **Conferencias y talleres²⁷:** Estas deberán ser dirigidas especialmente al tema del consumo de tabaco, debe ser amplio, tocando distintos temas como la historia, composición química, epidemiología, legislación, efectos a la salud de consumidor en hombre, mujeres, niños y fumadores pasivos, papel de las industrias tabacaleras y diferentes programas e instituciones para ayudar al control del consumo de tabaco. Esto sería un medio muy efectivo para comunicar la información a toda la población

²⁷ Ver **Anexo 3**

universitaria e indirectamente a la población que acude a la guardería del plantel.

- **Restricción:** Se deberá restringir el fumar dentro de las aulas, oficinas o cualquier otro espacio cerrado dentro de la universidad. Además se debe de prohibir la venta de cigarros en el campus universitario y sus alrededores, así como la publicidad.
- **Apoyo legislativo:** El Centro Universitario contra el consumo de tabaco debe proponer a las autoridades universitarias, la creación de un reglamento interno, que contemple áreas para fumar, así como proyectos de ley para su aprobación y con ellos buscar apoyo financiero por parte de Asamblea Legislativa del Distrito Federal en curso. Y la creación de una comisión que vele por el cumplimiento de las leyes nacionales, así como las establecidas en el reglamento interno de la universidad.

3. Cesación: El fumador debe tener terapias personales y grupales.

- El objetivo fundamental de las terapias deberán ser el de ayudar aquellos fumadores activos al abandono del cigarro. Las tres fases esenciales del tratamiento a cargo de un especialista en tabaquismo son: valoración, intervención y seguimiento.
- **Valoración:** Durante esta fase se recogen datos sobre el estado de adicción a la nicotina, los intentos previos de abandono y el interés en el mismo.
- **Intervención:** En esta etapa se le deberá de aconsejar al fumador activo a elegir la fecha para dejar de fumar y que corte de manera radical la adicción.
- Se elegirá un método de abandono y se pondrá en práctica, con frecuencia algún método que con frecuencia los médicos facilitan es material educativo sobre el consumo de cigarros, consejos y tratamientos de sustitución de nicotina. Tanto el chicle como los parches transdérmicos. Existen nuevas terapias como el spray nasal de nicotina, el bupropión y la vareniclina.
- **Seguimiento:** Implicara evaluar los procesos, prestar apoyo y tratar la recaída. Ésta última no debe de contemplarse como

fracaso sino como parte del proceso cíclico que conduce al abandono.

Para tener mayor certeza de los logros que se pueden alcanzar con este programa, se debe de realizar mediante el método PRECEDE-PROCEED ya que es una herramienta que facilita la elaboración de un amplio diagnóstico en cuanto que aborda múltiples determinantes de la salud y permite la participación activa de la población y reúne los aportes de diferentes disciplinas, tales como la epidemiología, las ciencias sociales, ciencias de la educación, las ciencias conductuales y la administración en salud, ya que como señalan algunos autores los riesgos a la salud son causas por múltiples factores, y por lo tanto se necesitan esfuerzos multidimensionales y multisectoriales para intervención y generar acciones efectivas. Dicho modelo ofrece como ventaja la posibilidad de realizar un amplio diagnóstico, buscando el existo del programa.

Para finalizar, pienso que programas como este no solamente ayudarían a abatir o disminuir el porcentaje de mujeres fumadoras universitarias, sino que se podría permear a los demás sectores de la sociedad como los jóvenes, adultos, personas de la tercera edad y lo que preocupa más es que en las últimas décadas la creciente tasa de niños y mujeres por adquirir el hábito de fumar es muy elevada, es por ello, que se debe hacer algo.

5.6. Reflexión

Como estudiante de la Lic. Promoción de la Salud he decidido hacer una pequeña reflexión de mi paso por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y algunas asignaturas que me ayudaron para elaboración de mi trabajo recepcional.

Al ingresar a la licenciatura sentí que el camino estaba lleno de muchas interrogantes, mismas que son parte de nuestra formación. El desarrollo como estudiante no es fácil y por momentos parece que está lleno de contradicciones insalvables, por ejemplo, que se plantea en los primeros semestres entre la visión biológica y la social de la salud. Sin embargo, con el tiempo y el estudio he comprendido que no hay tal contradicción y que, más bien, lo que se nos da con esas dos visiones es la posibilidad de construir una mirada sobre la salud mucho más compleja, donde los aspectos sociales complementan y enriquecen la mirada biológica.

Luego de 4 años de reflexionar sobre la salud, mi mirada hacia la salud no es la misma que tenía al principio. Hoy es mucho más rica e integral, lo que sin duda me hace pensar de una manera más compleja a la promoción de la salud y su quehacer, para llegar a esta construcción tuve materias como: cuerpo humana, célula, crecimiento y desarrollo, psicología social, introducción a la metodología de la investigación, salud pública, salud comunitaria, epidemiología, patología, farmacología, bioestadística, etc. Materias de distintos campos del saber que a veces me llegaban a confrontar como estudiantes. ¿Por qué psicología?, ¿Por qué física?, ¿Por qué metodología? Si lo que importa son los estudios de enfermedades.

Con el tiempo fui entendiendo porque estudiamos todo esto y la importancia de hacerlo. Ya que cada una de las materias enriqueció mi pensamiento y me dieron las herramientas para poder elaborar mi trabajo recepcional.

Lo anterior no significo un esfuerzo individual de reflexión, de integración de ideas, de posición y de visiones de la salud. En lo personal una materia que me sirvió fue la materia de Bioética, ya que desde el inicio de la carrera hubiéramos aprendido a respetarnos y tolerarnos como compañeros y futuros

colegas, este esfuerzo individual hubiera sido un proceso grupal y por ende un proceso mucho más rico y fácil para todos.

Otras materias para mí importantes fue Bioestadística ya que con los conocimientos obtenidos pude trabajar con el desarrollo de la metodología, salud comunitaria III, con lo cual me ayudo al diseño de mi instrumento y la elaboración de mi propuesta de este presenta trabajo.

En otro sentido, creo que información necesaria para nuestra formación como promotores no se limita a lo visto y aprendido en la Universidad, sino que también está en juego nuestra propia experiencia, es decir como miramos, pensamos y vivimos la Promoción de la Salud.

Para concluir, considero que el plan de estudio de la licenciatura en Promoción de la Salud, tiende a que como estudiantes, estimulen nuestro propio aprendizaje de una manera significativa para crear un pensamiento crítico reflexivo y perdurable. Para ello, el profesional de promoción de la salud debe formarse con disciplinas pedagógicas, filosóficas, sociológicas, psicológicas, antropológicas, metodológicas y éticas. Para ello el soporte que aporten todas esas disciplinas requieren de un gran esfuerzo reflexivo y la elaboración de modelos teóricos, que posibiliten la mejor interpretación de cada estudiante. También, quiero compartir que los diferentes conceptos de promoción de la salud de cada materia y cada profesor me ayudaron a formarme como una persona crítica y me han dado herramientas para poder aportar mi conocimiento a la sociedad.

REFERENCIAS

Alfaro, Hortensia

1988 El tabaquismo como problema social, México, ENTS, UNAM.

Amorós Celia

2000 Feminismo y filosofía, síntesis, Madrid.

Ayesta F, Rodríguez M.

2007 Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Manual PIUFET: Santander.

Banco Mundial/OMS

2000 La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos del control de tabaco. Publicación científica N.577, Washington D.C.

Barquet Mercedes y Benítez Alejandra

2012 La transversalización de la perspectiva de género: una estrategia para avanzar a la igualdad, México.

Becoña, Elisardo

2006 Tabaco: Prevención y Tratamiento, Piramide, Madrid, 2006.

Belsasson G., Estañol B., Juárez H.

2002 Nuevas estrategias farmacológicas en el tratamiento de las adicciones, CONADIC, México.

Berenzon S, Villato J, Medina M, Fleiz C, Alcántar E, Navarro C.

1999 El consumo de tabaco de la población estudiantil de la Ciudad de México, Salud Mental; 22:20-5 Rev. Méd Chile.

Calleja, Nazira

2012 Medidas para el control del tabaco en México y en el Mundo. *Enseñanza e investigación en Psicología* [en línea].VOL. 17, NUM. 1: 83-99 ENERO-JUNIO, 2012. Recuperado de <http://www.cneip.org/documentos/6.pdf>

Carta de Ottawa

1986 Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Canadá, 17 al 21 de noviembre

Casillas, M

2007 Origen social de los estudiantes y trayectorias estudiantiles en el Universidad Veracruzana.

Castro Alemán A.M, Garzona Rauda V. Guzmán Flores M.V

2005 Plan de mercado para el relanzamiento en el mercado local del puro el indio Aquino (Tesis de Licenciatura, Universidad Dr. José Matías Delgado, Salvador) Recuperado de <http://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/BIBLIOTECA%20VIRTU/AL/TESIS/01/MER/ADCP0000837.pdf>

Castro, Alicia

2006 Ambientes libres de humo de tabaco en municipios saludables [Fecha de consulta 28 de mayo 2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/libredetabaco/docsTrab/amblibrestabaco_cuaderno9_DGPS_2006.pdf

Cea D´Ancona, Ma. Ángeles

2001 Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación.

Centro de Explotación e Inversión de la Republica Dominicana (CEIRD)

2007 Perfil Económico de Tabacos y Cigarros en República Dominicana. [Fecha de consulta 30 de mayo 2014]. Disponible en: http://www.cei-rd.gov.do/estudios_economicos/estudios_productos/perfiles/TABACO%20Y%20CIGARRO.pdf

Centro de Integración Juvenil, A.C (CIJ)

2005 Tabaco y Mujeres, Dr. Víctor Guisa, México. p.7. Madrid: Síntesis.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)

1917 Constitución publicada en el diario oficial de la federación de 1917, última reforma publicada 09-02-2012

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)

2005 Se puede dejar de fumar claves para conseguirlo, Ministerio de sanidad y consumo, España. p 5,6.

Comisión Federal de Mejora Regulatoria (CFMR)

2012 Tabaquismo en México: análisis y recomendaciones de mejora regulatoria, SENTRY, México. p.15, 16.

Conferencia internacional de Promoción de la Salud

2000 Promoción de la salud: hacia una mayor equidad Ciudad de México. [Fecha de consulta 28 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>

Declaración de Adelaida

1988 Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Australia, del 5 al 9 de Abril.

Declaración de Sundsvall

1991 Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Suecia, 9-15 junio.

De Garay A y del Valle Díaz G

2012 Una mirada a la presencia de las mujeres en la educación superior en México. Revista Iberoamericana de Educación Superior, Vol. <III, núm. 6, pp. 3-30

Esteves E, Llambi L

2008 Abordaje del tabaquismo en Policlínica General: ¿Qué hago por mis pacientes fumadores?. Disponible en:

http://www.comepa.com.uy/Eventos/09-ago-tabaquismo/AbordajeTabaquismo_ESTEVES_LLAMBI.pdf

Ernster V, Kaufman N, Nichter M, Samet J y Yoon

2000 Women and tobacco: moving from policy to action [Fecha de consulta 10 de Agosto 2014]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000700006&script=sci_arttext

Fernández, Francisco

2006 EL hombre libre y sus sombras: una antología de la libertad. Los emancipados y los cautivos, ANTHROPOS, Baecelona.

Flores y colaboradores

1988 La participación del trabajador social ante los efectos psicosociales del tabaquismo, México, ENTS, UNAM.

Garces de Marcilla del Valle, L.

1999 Tabaquismo en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas: Prevalencia y Control. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

García Aberasturi, L, González González, M.

2002 *Consumo de sustancias en chicas adolescentes*, Colegio Oficial de M., Psicólogos de Las Palmas, Gran Canaria.

García Ferrando, Manuel

1989 La encuesta".El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social, Madrid: Alianza

Gobierno del Distrito Federal (GDF)

2008 Secretaria de Salud (SS) (2001), Programa de acción en adicciones: Tabaquismo. México: Secretaria de Salud- CONADIC.

Gómez Lopera F, Vélez Corre J, Vélez Zuluaga J.

2008 Consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de medicina de la universidad es. [Fecha de consulta 28 de mayo 2014]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/484/1/Consumo_alcohol_cigarrillo_estudiantes_ces.pdf

González, C

2001 Autonomías y alianzas. El movimiento feminista en la Ciudad de México, UNAM, México.

González, R. M.

2007 Conciliación, Trabajo y Familia. Boletín Jurídico del Ministerios de Justicia.

Goodman, Jordan

2004 Tobacco in History and Culture. Thomson Gale Volume I y II.

Gray, J.C., S.D. Kung, S.G. Wildman y S.J. Sheen.

1974 Origen of *Nicotiana tabacum* L. detected by polypeptide composition of Fraction I protein. *Nature*. pp 226-227

Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Sánchez-Garnica, D. y Pérez, M.

2009 La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Intervención Psicosocial*, 18(3). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592009000300002&script=sci_arttext

INMUJERES

2011 El consumo de Tabaco en mujeres se incrementa y afecta seriamente su salud. Recuperado de: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/418-el-consumo-de-tabaco-en-mujeres-se-incrementa-y-afecta-seriamente-su-salud>

2003 Modelo de la Equidad de Género (MEG: 2003). México: Instituto Nacional de las Mujeres

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

2011 Estadísticas de Mortalidad. Proyecciones de población de México, México CONAPO.

2010 Cuéntame...Población. Recuperado de: <http://cuentame.inegi.org.mx/impresion/poblacion/mujeresyhombres.asp>

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

2012 Secretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Recuperado de: <http://www.spps.gob.mx/salud-hoy/659-mexico-segundo-lugar-mundial-en-fumadoras.html>

2010 Por tabaquismo, México pierde 50 mil MDP al año. Recuperado de <http://www.insp.mx/noticias/salud-poblacional/1345-75-mil-millones-de-pesos-al-ano-gasta-mexico-por-tabaquismo.html>

Instituto Nacional de las Mujeres

2004 El ABC de género en la Administración Pública. Primera edición, México.

Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CMM)

1995 Beijing.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]

2010 *Modulo de Abuso de Sustancias, Alcohol y Tabaco. Preven ISSSTE*. Recuperado de: <http://www.prevenissste.gob.mx/Default.aspx?tabid=5408>

Jané Checa M.

2004 Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. Recuperado de [http://www.adicciones.es/files/3.4\).pdf](http://www.adicciones.es/files/3.4).pdf)

Jané M, Pardell H, Salto E, Sallerras L.

2001 Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. Prev Tab.

Jiménez Rodrigo M.

2007 La feminización del consumo de cigarrillos en España (Tesis de Doctorado, Universidad de Granada) Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/16924952.pdf>

Kuri, Pablo

1994 Tabaquismo pasivo, Las adicciones: dimensiones, impacto y perspectivas EL Manual Moderno, México, pp.109-120.

Lamas, M.

2008 La perspectiva de género. Revista de Educación y Cultura de la sección 47 del SNTE, 8(2), 14-20. Recuperado de <http://200.4.48.30/webmujeres/biblioteca/Genero/LA%20PERSPECTIVA%20DE%20GeNERO.pdf>

León Adrián

2004 Fumstop. Recuperado de http://www.psicologo-alencia.com/fumstop/historia_tabaco_1.htm

Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México

2005 En Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 2-BIS. Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

López Espino F.

2011 Dependencia del tabaco y Adicción, Control y Vigilancia, Alianza contra el tabaco, A.C., México.

Lorenzo P., Ladero J., Leza C., Lizasoain I.

1998 Drogadependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación, Panamericana, España.

Mackay, J. y M. Ericksen

2002 The tobacco atlas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Márquez Pérez F.L. Garrido Romero J.J. Domínguez Moreno J.L.

2011 El consumo de tabaco como un proceso. En C.A Jiménez (Ed), Tratado de tabaquismo (pp.31-43). Madrid: Aulamédica.

Martínez Arauna, L.

2005 La personalidad tabáquica en algunos profesores de educación física en el Distrito Federal. (Tesis inédita de Maestría). Universidad Pedagógica Nacional, México.

Martínez, M.

1979. Catálogo de Nombres Vulgares y Científicos de Plantas Mexicanas. 1ª. Ed. Fondo de Cultura Económica. México

Mazarrasa Alvear L

- 2001 Estrategias de promoción de la salud (Perspectivas de género en salud: Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferentes sexuales no previstos), Minerva Ediciones.

Miccarelli María Elena

- 2000 Drogadependencia, ediciones jurídicas judo, Argentina

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (MSPN)

- 2011 Programa Nacional de Control del Tabaco. Cigarros light vs cigarros comunes. Recuperado de:
<http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-profesionales/tabaquismo-en-el-mundo-generalidades/otros-productos-del-tabaco/cigarrillos-light>

Muñoz Valencia M

- 1999 El tabaquismo en la UANL, abordaje desde una perspectiva social. Tesis en maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León). Recuperado de
<http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080090212/1080090212.PDF>

National Institute on Drug Abuse (NIDA)

- 2011 *Adicción al tabaco ¿Hay diferencias entre los sexos al fumar tabaco?* Recuperado de:
<http://drugabuse.gov/researchreports/tabaco/tabaco4.html>

Nazira Calleja

- 2012 Tobacco control policies in Mexico and in the world. Vol. 17, num. 1: 83-99 (Enseñanza e investigación en psicología) Recuperado de <http://www.cneip.org/documentos/6.pdf>

Nerin e la Puerta I, Jané Chaca M,

- 2007 Libro blanco sobre mujeres y tabaco: Abordaje con una perspectiva de género, Comité Nacional para la prevención del Tabaquismo y ministerio de sanidad y consumo, Zaragoza.

Organización Mundial de la Salud [OMS].

- 2010 *10 datos sobre el género y el tabaco.* Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/es/
- 2003 Convenio Marco del la OMS para el control del tabaco, Suiza, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

- 2010 Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS, por sus siglas en ingles), México.
- 2001 43er Consejo Directivo. 53ª Sesión del Comité Regional. El Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica: una oportunidad para mejorar la salud pública de las Américas. CD43/13 (Esp) Washington DC, EUA, 24 al 28 de septiembre de 2001.

1992 Tabaquismo y Salud en las Américas, informe de la cirujana

Padilla, A

2003 Revista Varede, No. 7. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Pardell H., Saltó E., Salleras LL.

1996 Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo, Paramericana, OPS, INSP (2009). Encuesta Global de Tabaquismo en adultos, México.Madrid.

Pascual, P.F. y S. Vicéns.

2004 Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. Adicciones. pp. 13-24.

Ponciano Rodríguez, Guadalupe

2008 Tratamiento integral al tabaquismo, trillas, México. P.17-23,29. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/es/

Restrepo H, Del L

2001 Antecedentes históricos de promoción de la salud. En P Ramirez D, Acervo H, Montiel H, Palacio M, Lucia M, Isabel R, Staff VV, Restrepo H, Málaga H, Saez A, Ignacio J, Guimaraea L y Perdomo M, (Eds.). Promoción de la Salud; como construir vida saludable (pp.15-23). Bogotá, Editorial Médica Panamericana.

Rico B, Troncoso E, López M, Nigenda G y Langer Ana

2005 Políticas públicas en salud, género y mujer. [Fecha de consulta 28 de septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/caleidoscopio/17%20PolíticasPublicasGenero.pdf>

Rodríguez Faraldo M., Zilocchi H

2012 Historia del Cultivo del Tabaco en Salta, Ministerio de Agricultura, Buenos Aires 9-16.

Rubio Monteverde, Horacio

2009 Tabaquismo: Grave problema de salud [en línea]. 09 de Septiembre 2009. [Fecha de consulta: 3 de Mayo 2013]. Disponible en: http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2009/09_sep_2k9.pdf

Rubio Monteverde, Horacio R. y Luis A. Martínez Rossier

1994 Enfermedades y trastornos provocados por el tabaquismo, *Las adicciones: dimensiones, impacto y perspectivas*, EL Manual Moderno, México, pp.123-135.

Saloma, G.A.

2003 Tres historias en torno a la industria del tabaco: España, México y Cuba. De la manufactura artesanal a la maquinación. Cuicuilco, pp10-23

Samet, Jonathan

- 2002** Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo, *Salud Pública de México* [en línea], Salud Pública de México / vol.44, suplemento 1 de 2002:144-160. [Fecha de consulta: 10 Enero del 2014]
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pib/riesgos_tabaq.pdf

Sansores, Raúl

- 2011** Mujeres ...entre colillas, Bioquimed, México

Sansores Raúl H., Espinosa M.

- 1999** Manual del programa cognitivo conductual de la clínica para dejar de fumar: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México,p.5.

Salas Carmona, Carlos

- 2007** ¿Qué hay en el humo del cigarrillo?, recuperado el 25 de Febrero Del 2014, en <http://quimicayciencias.over-blog.es/>

Sánchez-Zamorano, L., Téllez-Rojo, M. y Hernández-Avila, M.

- 2004** Efecto del tabaquismo durante el embarazo sobre la antropometría al nacimiento. *Salud Pública México*, 46(6), 529-533.

Sarría Santamera, A., Villar Álvarez F.

- 2014** Promoción de la salud en la Comunidad. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.

Savater, F.

- 1997** El valor de educar (2da. Ed.). Barcelona: Editorial Ariel.

Scott Joan W.

- 2000** El género: una categoría útil para el análisis histórico, Porrúa, México.
- 1990** El género: una categoría útil para el análisis histórico, en Amelang y Nash, Historia y género: las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea, El Magnánim, Valencia , p 23-56.

Secretaria de Salud (SS)

- 2008** Decreto por el que se expide la Ley para el Control del Tabaco; y deroga y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 2008, Primer sección, 54-63.

Seig L.

- 1963** The spread of tobacco: a study in cultural diffusion. The Professional Geographer. 17-21

Sen G., George A., Östlin P.

- 2005** Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas, Organización Panamericana de la Salud, Suecia.

Smith Stephanie

2009 Si el amor esclaviza...maldito sea el amor, en Género, poder y política en el México posrevolucionario, Fondo de Cultura Económica, México.

Stromquist P. Nally

2006 La construcción del género en las políticas públicas: Perspectivas comparadas desde América Latina, Instituto de Estudios Peruanos, Perú.

SSA-CONADIC

1992 Programa contra el Tabaquismo, México, Secretaria de Salud y Consejo Nacional contra las Adicciones.

Tagle Tania

2014 A diez años de la UACM. Ni laxos ni autoritarios. [Fecha de consulta 28 de mayo 2014]. Disponible en:
<http://revistareplicante.com/a-diez-anos-de-la-uacm/>

Terris, M

1992 Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades de la teoría pública. Trabajo presentado en la Conferencia sobre la implementación de la Estrategia de la Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. OPS. Documento no publicado. Citado en: Sotelo J M y Rocabado F (1994). Salud desde el municipio; una estrategia para el desarrollo, Salud Publica de México, 36 (004), 439-446. Revisado el 25 de junio de 2009, [Fecha de consulta 28 de mayo 2014]. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10636411.pdf>

Valdés S, Meneses F, Lazcano EC, Hernández ML, Hernández M

2004 Encuesta sobre tabaquismo en jóvenes, México 2003, Instituto Nacional de Salud Pública; 5-79.

2002 Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, 1989 a 1998. Salud Pública, México; 44(1):44-53

Valera, N

2005 Síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria. Mujeres y Salud n.16.

Cronograma Normativo del Tabaco en México

Documento	Fecha de publicación
Ley General de Salud http://dof.gob.mx/index.php?year=1984&month=02&day=07 http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php	7 de febrero de 1984
Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios (Presidente) http://dof.gob.mx/index.php?year=1999&month=08&day=09 http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php	9 de agosto de 1999
Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf	21 de mayo de 2003
Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en relación a la publicidad del tabaco. (Presidente) http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=676735&fec_ha=19/01/2004	19 de enero de 2004
Decreto por el que se aprueba el Convenio Marco de la oms para el Control del Tabaco, adoptado en Ginebra, Suiza, el veintiuno de mayo de dos mil tres. (Presidente) http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=670232&fec_ha=12/05/2004	12 de mayo de 2004
Acuerdo por el que se emite recomendación a fin de proteger la salud de los no fumadores por la exposición involuntaria al humo de tabaco. (Consejo de Salubridad General) http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=671566&fec_ha=28/05/2004	28 de mayo de 2004
Decreto Promulgatorio del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptado en Ginebra, Suiza, el veintiuno de mayo de dos mil tres. (Presidente) http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=789064&fec_ha=25/02/2005	25 de febrero de 2005
Decreto por el que se expide la Ley General para el Control del Tabaco; y deroga y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud. (Presidente) http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5037388&fec_ha=30/05/2008	30 de mayo de 2008
Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco. (Presidente) http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5092133&fec_ha=31/05/2009	31 de mayo de 2009
Acuerdo mediante el cual se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos. (Secretario de Salud) http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5126251&fec_ha=24/12/2009	24 de diciembre de 2009
Decreto por el que se reforma el artículo 27 de la Ley General para el Control del Tabaco. (Presidente) http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5127490&fec_ha=06/01/2010	6 de enero de 2010
Aclaración al Acuerdo mediante el cual se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, publicado el 24 de diciembre de 2009. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5129550&fec_ha=28/01/2010	28 de enero de 2010

<p>Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, respecto de los productos del tabaco, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria. (Secretario)</p> <p><u>http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5153501&fecha=28/07/2010</u></p>	<p>28 de julio de 2010</p>
<p>Acuerdo por el que se modifica el diverso mediante el cual se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos y se dan a conocer la serie de leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos a partir del 24 de septiembre de 2011. (Secretario)</p> <p><u>http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5188528&fecha=09/05/2011</u></p>	<p>9 de mayo de 2011</p>

Fuente. Comisión Federal de Mejora Regulatoria. Tabaquismo en México: análisis y recomendaciones de mejora regulatoria, 2012.



ENCUESTA A LAS MUJERES UNIVERSITARIAS DE LA UACM "CASA LIBERTAD"

Por favor responde verazmente las siguientes preguntas acerca del consumo del tabaco, las respuestas obtenidas serán usadas únicamente con fines estadísticos. Gracias.

INSTRUCCIONES: A continuación conteste las siguientes preguntas y marque con una "X" solo una opción de respuesta.

DATOS DEL ENCUESTADO

1. **Edad** |__|__| años
2. **Matricula** |__|__|_|_|_|_|_|
3. **¿Estás inscrita en el semestre 2013-II?**
1 Sí No
4. **¿Qué semestre cursas?**
2º..... 1
4º..... 2
6º..... 3
8º..... 4
5. **¿Cuántas materias cursas en este semestre?**
1..... 1
2..... 2
3..... 3
4..... 4
5..... 5
6 o más..... 6
6. **En promedio ¿Cuántas horas al día pasas en este plantel?**
1 a 4 horas..... 1
5 a 9 horas..... 2
10 a 12 horas..... 3
7. **Estado civil**
Soltera..... 1
Casada..... 2
Viuda..... 3
Divorciada..... 4
Unión libre..... 5
8. **Tienes hijos**
1 Sí* 0 No *¿Cuántos? |__|

DATOS DEMOGRAFICOS

9. **lugar de nacimiento** (*Estado de la República*)

 10. **En que delegación o municipio vives**

 11. **Tu casa es:**
Propia..... 1
Rentada..... 2
Prestada..... 3
Otra: _____ 4
 12. **¿Cuánto cuartos tiene tu vivienda? contando cocina y baño**
1 a 3..... 1
3 a 5..... 2
5 a 8..... 3
8 a 10..... 4
10 o más..... 5
 13. **¿Cuántas personas habitan en tu vivienda? contándote a ti**
1 a 2..... 1
2 a 4..... 2
4 a 6..... 3
6 a 10..... 4
10 o más..... 5
- ECONÓMICO**
14. **¿Actualmente trabajas?**
1 Sí* 2 No
 - * **En promedio ¿cuántas horas trabajas a la semana?**
1 a 5 horas..... 1
6 a 10 horas 2
11 a 15 horas..... 3
16 a 20 horas..... 4
21 a 25 horas..... 5
26 a 30 horas 6
31 a 35 horas 7
36 a 40 hrs 8
+ de 40 horas..... 9

15. ¿Cuál es el ingreso mensual que percibes?

- 500 a 1000..... 1
- 1000 a 1500..... 2
- 1500 a 2000..... 3
- 2000 a 3000..... 4
- 3000 o más..... 5

16. ¿Cuentas con algún servicio médico...?

- IMSS..... 1
- ISSSTE..... 2
- Seguro popular de salud (SSA)..... 3
- Pemex..... 4
- Ejército, Marina..... 5
- Hospital o clínica privada..... 6
- Otra institución del gobierno..... 7
- No tengo..... 8
- No sé..... 9

USO DEL CIGARRILLO

17. Eres:

- Fumadora..... 1
- *No fumadora..... 2

***pasar a la pregunta 29**

18. ¿Fumas en tu casa?

- 1 Sí*
- 2 No

19. ¿Cuántos años tenías cuando trataste de fumar por primera vez un cigarro?

- 12 años o menos..... 1
- 13 a 15 años..... 2
- 16 a 18 años..... 3
- 19 a 21 años..... 4
- 22 a 25 años..... 5
- 25 o más..... 6

20. ¿Actualmente fumas?

- Todos los días..... 1
- Algunos días..... 2

21. ¿Cuántos cigarros fumas al día?

- 1 a 3..... 1
- 4 a 6..... 2
- 7 a 9..... 3
- 10 o más..... 4

22. En los últimos 30 días, ¿Cómo conseguiste tus cigarros?

- No fumé durante los últimos 30 días..... 1
- Los compré en una tienda o supermercado..... 2
- Lo pedí a un amigo(a)..... 3
- Me lo dio un familiar..... 4
- Los compré en lugares informales..... 5

23. ¿Cuánto dinero crees que gastaste en la compra de cigarros en los últimos 30 días?

- No compro mis cigarros..... 1
- Menos de 100 pesos..... 2
- Entre 200 y 400 pesos..... 3
- Entre 500 y 800 pesos..... 4
- Más de 1000 pesos..... 5

24. ¿Sientes la necesidad de fumar, cuando te levantas en la mañana?

- No, no me dan ganas..... 1
- Sí, algunas veces..... 2
- Sí, siempre tengo ganas..... 3

25. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que te despiertas hasta que fumas tu primer cigarro?

- Menos de 5 minutos..... 1
- De 15 a 30 minutos..... 2
- De 40 a 60 minutos..... 3
- Más de 60 minutos..... 4

26. ¿Dónde fumas habitualmente? (Seleccionar una sola respuesta)

- En casa..... 1
- En la escuela..... 2
- En el trabajo..... 3
- En casa de amigos..... 4
- En fiestas y reuniones sociales..... 5
- En lugares públicos (por ejemplo: parques, en la calle, en centros comerciales, etc.)..... 6
- En otros lugares..... 7

27. ¿De las siguientes situaciones indica en cuál o cuáles tú fumas habitualmente:

- Cuando estás sola y te sientes deprimida..... 1
- Cuando estás nerviosa..... 2
- Con amigos en una fiesta..... 3
- Con tu pareja o amigo íntimo que fuma..... 4
- En tu trabajo cuando tienes alguna presión..... 5
- En un Bar o lugar público tomando una bebida..... 6
- Cuando estás aburrida y no tienes nada que hacer..... 7
- Cuando estás feliz..... 8
- Cuando estás en periodo de certificación..... 9

28. ¿Le importa a tu familia si fumas cigarros?

- Sí..... 1
- No..... 2
- No sé..... 3

Familiar

29. ¿Cuántos fumadores viven en su casa?

- Ninguno..... 1
- Al menos uno..... 2

- 30. ¿Tus padres fuman?**
 Ninguno.....□ 1
 Ambos.....□ 2
 Al menos uno.....□ 3

- 31. Dentro de su casa, ¿está permitido fumar en cualquier habitación?**
 Sí□ 1
 No.....□ 2
 No sé.....□ 3

Trabajo

- 32. ¿Has trabajado alguna vez en un lugar donde haya estado expuesto al humo del cigarrillo de otros?**
 1 □ Sí 2 □ No

- 33. ¿Actualmente trabajas en un lugar donde está expuesto al humo del cigarrillo de otros?**
 1 □ Sí 2 □ No

Sociedad

- 34. ¿Es posible comprar cigarrillos sueltos dónde vives?**
 1 □ Sí 2 □ No 3 □ No sé

- 35. ¿Cuándo ves televisión, videos o vas al cine, ¿con qué frecuencia ves fumar a los actores?**
 Muy frecuentemente.....□ 1
 Algunas veces.....□ 2
 Nunca.....□ 3

- 36. ¿Durante los pasados 30 días ¿Cuántos anuncios publicitarios de cigarrillos viste en anuncios espectaculares u otro tipo de publicidad exterior?**
 Muchos anuncios publicitarios.....□ 1
 Pocos.....□ 2
 Ninguna.....□ 3

- 37. - ¿Fumar cigarrillos ayuda a la gente a sentirse más o menos cómoda en fiestas o reuniones sociales?**
 □ Sí 2 □ No 3 □ No sé

- 38. Cuando ves a una mujer fumando, ¿qué piensas de ella?**
 (Seleccionar una sola respuesta)
 Le falta confianza/ es insegura.....□ 1
 No es inteligente.....□ 2
 Esta nerviosa.....□ 3
 Me da lo mismo.....□ 4
 Es más popular.....□ 5
 Es inteligente.....□ 6
 Es sexy.....□ 7

- 39. - Cuando ves a un hombre fumando, ¿qué piensas de él?**
 (Seleccionar una sola respuesta)
 Le falta confianza/ es inseguro.....□ 1
 No es inteligente.....□ 2
 Está nervioso.....□ 3
 Me da lo mismo.....□ 4
 Es más popular.....□ 5
 Es inteligente.....□ 6
 Es varonil.....□ 7

- 40.- ¿Crees que fumar cigarrillos te hace engordar o adelgazar?**
 Engordar.....□ 1
 Adelgazar.....□ 2
 Ninguna.....□ 3

- 41. ¿Algunos de tus mejores amigos fuma?**
 Ninguno.....□ 1
 Algunos.....□ 2
 La mayoría.....□ 3

Salud

- 42. - ¿Crees que fumar cigarrillos es dañino para tu salud?**
 1 □ Sí 2 □ No

- 43. Crees que el cigarrillo puede causar:**
 Cálculos en la vesícula.....□ 1
 Artritis.....□ 2
 Insuficiencia renal.....□ 3
 EPOC.....□ 4
 Hipertensión.....□ 5
 Cáncer de esófago.....□ 6
 Cardiopatías.....□ 7

- 44. ¿Siente que el tabaco ha perjudicado su salud?**
 1 □ Sí* 2 □ No

- *¿De qué manera le ha perjudicado?
 Cansancio.....□ 1
 Tos.....□ 2
 Trastornos.....□ 3
 Problemas de garganta.....□ 4
 Otros.....□ 5

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

FUENTE: "Encuesta del Consumo de Tabaco entre los Hispanos/Latinos de 18 Años de Edad o Más" y "Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009"

ADAPTACIÓN: Georgina Sánchez González, 2013.

Plan de trabajo para talleres

A quien va dirigido

Estos talleres van dirigidos a todos los individuos pertenecientes a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, plantel “Casa Libertad” (docentes, alumnos, administrativos, personal de seguridad y personal de intendencia).

EL sexo es indistinto, en edades comprendida de 17 en adelante que quiera participar en los talleres

Tiempo de ejecución

El tiempo total de ejecución es de 5 sesiones, realizándose 1 vez por semana, con una duración de 1 hora por cada sesión.

Metodología

Este taller se implementara con una estrategia teórico-práctico.

El abordaje teórico y práctico estará a cargo del facilitador y los participantes, en donde se expondrán en forma sencilla cuales son los riesgos del consumo del cigarro, como se inicia el hábito, consecuencias, tanto sociales, familiares y personales.

Recursos

Humanos:

Comunidad de la UACM

Materiales:

Equipo de cómputo

Textos especializados

Hojas de papel

Sesión	1 Inicio al habito	2 Mensajes publicitarios	3 Mitos y realidades	4 Daños a la salud	5 Prevención
OBJETIVO	Reconocer en forma rápida cuales son los pasos que conllevan a la adquisición de la conducta de fumar cigarros, aceptación del primer cigarro, ofrecimiento, compra de cigarros y consumo regular.	Sensibilizar a los participantes frente al efecto e importancia de la publicidad que la industria tabacalera, desarrollando una actitud crítica ante ella y fomentar una campaña publicitaria en contra del consumo.	Fomentar el espíritu crítico ante los mitos e información erróneos sobre el tabaco. Ofrecer conocimientos objetivo y veraz sobre la consecuencia del consumo del tabaco	Identificar los efectos que tiene el consumo de cigarros en los diferentes órganos y sistemas	Fomentar la prevención del consumo del cigarro por medio de la realización de un eslogan simbólico.
CONTENIDO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición del tabaco, cigarro y tabaquismo. 2. Componentes 3. Factores de riesgo 4. Introducción del hábito. 5. Padres fumadores 6. Amigos fumadores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de publicidad y su función. 2. Publicidad en cubierta (mensaje implícito y explícito) 3. Vinculo social. 4. Imitación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consejos para no iniciar el hábito de fumar 2. Proceso de cesación tabáquica 3. Enfermedades que producen el consumo de cigarros. 4. Perspectiva estética del consumo del cigarro (vejez, arrugas, falta de oxigenación etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daños que ocasiona el cigarro a la salud, tanto en aquellos que son fumadores activos como en los pasivos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivar la prevención
ESTRATEGIA METODOLOGICA	Saludos y bienvenida de los participantes. *Presentación de la sesión. *Desarrollo: -Organización en grupo.	Saludos y bienvenida de los participantes. *Presentación de la sesión *Desarrollo:	Saludos y bienvenida de los participantes. *Presentación de la sesión *Desarrollo: -Formación de 2 grupos -Entrega de mitos, material bibliográfico.	Saludos y bienvenida de los participantes. *Presentación de la sesión *Desarrollo: -Charla magistral con especialistas en	Saludos y bienvenida de los participantes. *Presentación de la sesión *Desarrollo:

	-Análisis y discusión de los resultados.	-Organización en grupo. -Análisis y discusión de anuncios publicitarios. -Identificación de artificios publicitarios -Diferencia entre mensaje implícito y explícito.	-Alusivo a la prevención del consumo. -Análisis y estudio de los mitos. -Elaboración de listados con las razones por las que cuestionan el mito. -Elaboración de listado de enfermedades producidas por el tabaco.	tabaquismo, sobre los efectos nocivos del uso del cigarro en los diferentes órganos.	-Elaboración de un eslogan que incluya todas las sesiones del programa de prevención vistas hasta el cierre del proyecto.
RECURSOS	Humanos : Facilitador y participantes Materiales: Proyector, computadora	Humanos : Facilitador y participantes Materiales: Proyector, computadora y anuncios publicitarios	Humanos : Facilitador y participantes Materiales: Proyector, computadora y hojas de papel	Humanos : Facilitador y participantes Materiales: Proyector, computadora y hojas de papel	Humanos : Facilitador y participantes Materiales: Proyector y computadora.
ESTRATEGIA EVALUATIVA	Dialogo	Debate intergrupales Conclusiones expuestas	Discusión Exposición de conclusiones	Discusión grupal Reflexión de respuestas	Se evaluará la prevención