



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA SALUD MENTAL



# **¿QUÉ FACTORES PSICOSOCIALES INFLUYEN EN LA EMBARAZADA FUMADORA A CONTINUAR Y/O A ABANDONAR LA ADICCIÓN AL TABACO?**

## **AUTORES:**

Arburúas, Carolina  
Collazo, Candelaria  
Espalter, Ivanna  
Montfalcón, Marcelo  
Nieves, Patricia

## **TUTORES:**

Prof. Adj. Mag. Álvaro Díaz  
Prof. Lic. Esp. Margarita Garay

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2010

## INDICE

	Página
Índice.....	1
Agradecimientos.....	2
Siglas.....	3
Introducción.....	4
Planteamiento del problema.....	5
Justificación.....	6-7
Marco Conceptual.....	8-24
Objetivos.....	25
Metodología.....	26-30
Instrumento para recolección de información.....	31-33
Procedimiento para garantizar aspectos éticos en la Investigación.....	34
Resultados.....	35-50
Análisis.....	51-53
Conclusiones.....	54-55
Sugerencias.....	56
Bibliografía.....	57-58
Anexo I Protocolo de Investigación.....	60-72
Anexo II Prueba de Validación.....	73-77

## **AGRADECIMIENTOS**

Deseamos hacer llegar nuestro más sincero agradecimiento a los docentes tutores de la presente investigación, al Lic. Prof. Mg. Álvaro Díaz y a la Prof. Lic Esp. Margarita Garay de quienes recibimos el permanente apoyo y guía, para lograr nuestro objetivo.

Deseamos dar un especial reconocimiento a las autoridades del Centro Hospitalario por abrimos las puertas para realizar nuestra investigación.

A todos los que de una u otra forma colaboraron brindándonos su apoyo, información y estímulo ya que sin su aporte no hubiésemos podido llevar a buen destino nuestro estudio.

A nuestros familiares, amigos, compañeros por estar siempre allí acompañándonos cada día a continuar en este camino.

## **SIGLAS**

**APS Atención Primaria en Salud**

**CLAP Centro Latinoamericano de Perinatología**

**IECS. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria**

**INDE Instituto Nacional de Enfermería**

**INE Instituto Nacional de Estadística**

**LSD Lyserg Säure-Diäthylamid**

**NIH Institutos Nacionales de la Salud (Estados Unidos)**

**OMS Organización Mundial de la Salud**

**OPS Organización Panamericana de la Salud**

**SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida**

**SIP Sistema Informático Perinatal**

**SNC Sistema Nervioso Central**

**UNICEM. Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo**

## INTRODUCCION

El presente trabajo es fruto de la labor de investigación llevada a cabo como requisito final de la carrera Licenciatura en Enfermería (correspondiente a la exigencias curriculares del Cuarto Ciclo, Primer Módulo) Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

El mismo está enmarcado en la Cátedra de Salud Mental de la Facultad de Enfermería, y es llevada a cabo por cinco estudiantes contando con la tutoría de docentes de la mencionada Cátedra.

El objetivo general en la presente investigación es: identificar los factores psicosociales que influyen en la embarazada fumadora a continuar o a abandonar la adicción al tabaco durante el embarazo.

Se considera sumamente importante esta temática debido a la alta tasa de mujeres tabaquistas en el país y a los efectos perjudiciales del tabaco durante el embarazo.

Dado el grave problema que genera el tabaquismo en la embarazada como amenaza para el binomio madre-feto, se debe insistir en este tema desde la investigación y educación preventivas en este especial grupo poblacional

El tema elegido ha ofrecido diversas dificultades en su abordaje por su complejidad; la cual no ha hecho sino potenciar los esfuerzos para lograr adquirir las herramientas con el fin de llevar a buen puerto esta investigación.

En cuanto a la metodología utilizada en la investigación se puede decir que el tipo de estudio es descriptivo, de corte transversal, cuyo universo lo conforman todas las Historias Clínicas de las embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el período entre 1 de enero y el 31 de marzo de 2010. La muestra está conformada por todas las Historias Clínicas de usuarias fumadoras que concurren al control prenatal en el mismo período.

Las variables seleccionadas para dicha investigación son: edad, estado civil, procedencia, núcleo familiar, ocupación, nivel de instrucción, nivel socio económico, planificación familiar, tiempo de fumadora, números de cigarrillos por día, factores que inducen a fumar, factores que inducen a abandonar la adicción durante el embarazo.

Para recabar la información se confecciona un instrumento que se aplica durante la revisión de las Historias Clínicas. El resultado obtenido es plasmado mediante el uso de frecuencias relativas porcentuales y la expresión será en gráficos.

Es muy importante garantizar los aspectos éticos en una investigación por lo cual es necesario asegurarse respetando la confidencialidad y anonimato, no se realizarán juicios de valor.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en la embarazada fumadora a continuar o abandonar con la adicción al tabaquismo, según datos obtenidos de la revisión de Historias Clínicas de usuarias que concurren al control prenatal en un Centro de Atención en el periodo de tiempo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de marzo de 2010?

## JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el tabaquismo constituye la gran pandemia del siglo XXI. Según datos actuales se establece que el tabaquismo es el principal factor de riesgo de muerte por cáncer constituyendo alrededor del 30% de todas las defunciones. Actualmente en el mundo mueren 5 millones de personas al año por esta causa y si continúan las tendencias actuales, se calcula que para el año 2025 ese número se duplicará, ocurriendo 70% de esas muertes en países subdesarrollados (1).

En Latinoamérica, el tabaquismo en la mujer ha aumentado un 200%. Entre los 20 y 50 años la mujer fuma más que el hombre, trayendo esto aparejado un aumento en las complicaciones materno-fetales, ya que este rango de edad representa casi el 100% de la vida reproductiva de la mujer. (2).

En el país, la mortalidad por cáncer atribuible al tabaquismo es de 2.500 muertes por año. La principal causa de muerte es el cáncer de pulmón, responsable de tres defunciones diarias (3) Para tener una idea de la magnitud del problema, se puede comparar con las 400 muertes anuales por accidentes, o las 120 por SIDA.

De acuerdo con un estudio de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de los Estados Unidos, las tasas de consumo de tabaco durante el embarazo, así como la exposición de mujeres embarazadas y de sus niños al humo de tabaco en el ambiente constituyen amenazas significativas para la salud en varios países de ingresos medios y bajos.(4)

Este estudio es el primero que evalúa el consumo de tabaco entre mujeres embarazadas, y así fue como alrededor de 8.000 mujeres embarazadas participaron en la encuesta en cinco sitios de América Latina (Argentina, Uruguay, Ecuador, Brasil y Guatemala), dos sitios de África (Zambia y la República Democrática del Congo) y tres sitios de Asia (dos en India y uno en Pakistán).

La encuesta se fijó en el consumo de productos de tabaco entre mujeres embarazadas, sus percepciones de la aceptación social del consumo de tabaco entre mujeres, y en la exposición al humo de tabaco en el ambiente que han experimentado ellas y sus niños.

Las mujeres embarazadas constituyen una población con prioridad para los esfuerzos de prevención contra el tabaco, porque el consumo de tabaco presenta riesgos graves para la salud del feto y de la madre.

(1) <http://www.ops-oms.org.uy> (fecha de acceso agosto de 2009)

(2) <http://www.ama-med.org.ar> ( fecha de acceso agosto 2009)

(3) <http://www.urucan.org.uy> (fecha de acceso en agosto de 2009)

(4) <http://www.cancer.gov/español> (fecha de acceso en agosto de 2009)

En las naciones estudiadas (detalladas anteriormente) los investigadores encontraron que un 18% de las mujeres embarazadas fumaban cigarrillos, y la mitad estaban expuestas regularmente al humo de tabaco en el ambiente como fumadoras pasivas.

De los diez sitios del estudio, Uruguay y Argentina tuvieron los niveles más altos de consumo de tabaco durante el embarazo (18% y 10% respectivamente). Si bien los otros tres lugares de América Latina reportaron que menos mujeres fumaban durante el embarazo, todos tuvieron números altos de encuestadas que habían probado fumar cigarrillos por lo menos una vez.

La encuesta se realizó sobre 1512 mujeres embarazadas, de 18 años o mayores (796 en Argentina; 716 en Uruguay), quienes concurrían a control prenatal en hospitales públicos.

El 44% de las mujeres argentinas y el 53% de las uruguayas habían sido o eran fumadoras. Durante el embarazo, el 11% de las mujeres de Argentina y el 18% de las del país continuaron fumando. En ambos países, la proporción de mujeres que vive con fumadores permite fumar en el hogar y regularmente o siempre se encuentra en lugares cerrados con personas que estén fumando.

De acuerdo a todo lo expuesto anteriormente, se revela que el tabaquismo es una delicada problemática que afecta a gran parte de la sociedad actual, no escapando a esta, las mujeres embarazadas.

Los graves efectos del tabaquismo materno en el feto y recién nacido, hacen de las mujeres en edad fértil uno de los grupos sobre los que deben incidir de forma prioritaria las medidas destinadas a la prevención del tabaquismo. Todas las mujeres embarazadas deberían ser informadas sobre los efectos negativos que el tabaco ocasionará en su futuro hijo si permanecen con la adicción al tabaco durante la gestación y motivarlas para que abandonen dicha adicción.

Con este estudio se pretende indagar acerca de los factores psicosociales en la adicción al tabaco; así como también investigar acerca de la importancia que tiene la conducta que adopten las usuarias embarazadas frente a la misma.

Se considera que esta investigación es viable, ya que se poseen los conocimientos necesarios para el abordaje de la misma, y la guía metodológica de los docentes tutores a cargo.

En las naciones estudiadas (detalladas anteriormente) los investigadores encontraron que un 18% de las mujeres embarazadas fumaban cigarrillos, y la mitad estaban expuestas regularmente al humo de tabaco en el ambiente como fumadoras pasivas.

De los diez sitios del estudio, Uruguay y Argentina tuvieron los niveles más altos de consumo de tabaco durante el embarazo (18% y 10% respectivamente). Si bien los otros tres lugares de América Latina reportaron que menos mujeres fumaban durante el embarazo, todos tuvieron números altos de encuestadas que habían probado fumar cigarrillos por lo menos una vez.

La encuesta se realizó sobre 1512 mujeres embarazadas, de 18 años o mayores (796 en Argentina; 716 en Uruguay), quienes concurrían a control prenatal en hospitales públicos.

El 44% de las mujeres argentinas y el 53% de las uruguayas habían sido o eran fumadoras. Durante el embarazo, el 11% de las mujeres de Argentina y el 18% de las del país continuaron fumando. En ambos países, la proporción de mujeres que vive con fumadores permite fumar en el hogar y regularmente o siempre se encuentra en lugares cerrados con personas que estén fumando.

De acuerdo a todo lo expuesto anteriormente, se revela que el tabaquismo es una delicada problemática que afecta a gran parte de la sociedad actual, no escapando a esta, las mujeres embarazadas.

Los graves efectos del tabaquismo materno en el feto y recién nacido, hacen de las mujeres en edad fértil uno de los grupos sobre los que deben incidir de forma prioritaria las medidas destinadas a la prevención del tabaquismo. Todas las mujeres embarazadas deberían ser informadas sobre los efectos negativos que el tabaco ocasionará en su futuro hijo si permanecen con la adicción al tabaco durante la gestación y motivarlas para que abandonen dicha adicción.

Con este estudio se pretende indagar acerca de los factores psicosociales en la adicción al tabaco; así como también investigar acerca de la importancia que tiene la conducta que adopten las usuarias embarazadas frente a la misma.

Se considera que esta investigación es viable, ya que se poseen los conocimientos necesarios para el abordaje de la misma, y la guía metodológica de los docentes tutores a cargo.

## MARCO CONCEPTUAL

La salud- enfermedad se define como el proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud – enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurada por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos. (5).

Existen factores condicionantes y determinantes del proceso salud- enfermedad, Lalonde en el modelo ecológico nos plantea los factores condicionantes y determinantes del proceso salud- enfermedad, el cual está basado en la admisión de que la salud depende de la interacción dinámica entre dos universos ecológicos; el interno y el externo. Los más influyentes son:

- Biológicos: incluye todos aquellos aspectos físicos y mentales que conforman la corporalidad del ser humano, tales como la herencia genética, la maduración, y el envejecimiento, las características de los diferentes sistemas del cuerpo (nervioso, endocrino, digestivo, etc.).

- Estilos de Vida: son los comportamientos de los individuos y las colectividades, que ejercen influencia sobre el proceso salud enfermedad. Los hábitos de vida nocivos (consumo de drogas, nutrición inadecuada, sedentarismo, conducción temeraria, etc.) tienen consecuencias nefastas para la salud. Depende de las relaciones familiares, el nivel de formación, comunicación, creencias, y de la ocupación laboral.

- Entorno: el entorno incluye todos aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo, sobre los cuales el individuo tiene una muy limitada capacidad de control y que influyen sobre la salud. Medio ambiente físico (calidad del aire, agua, suelos, contaminantes químicos, etc.). Medio ambiente social y cultural (aspectos demográficos, relacionales, nivel económico, grado de desarrollo, etc)

- Servicios Sanitarios: esta incluye la organización de los centros de salud, cantidad y calidad de los recursos utilizados para satisfacer las necesidades.

(5)Material editado por Facultad de Enfermería. (Plan de Estudio) Montevideo, 1993

Existen diversos modelos de teorías de enfermería, las contribuciones de Hildegard Peplau a la enfermería han sido importantes, se le considera la madre de la enfermería psiquiátrica, su modelo se denomina "Modelo de relaciones interpersonales". Introdujo el concepto de práctica avanzada de enfermería, puso de relieve la importancia de la capacidad de la enfermera para comprender su propio comportamiento para ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas.

Potter en su obra refiere que según Peplau la enfermería es como "un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria."(6)

Para Peplau los cuidados en Enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. Es por esto que en la enfermería psicodinámica no sólo el conocimiento va a intervenir en esta relación enfermera- paciente, sino también el comportamiento, conducta y sentimientos de cada cual.

Esta teoría permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo, en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos, y los comportamientos pudieran ser explotados e incorporados a las intervenciones de la enfermería.

El hombre se pasa su vida interactuando en comunidad con otros, ya sea directa o indirectamente, por lo cual se considera interesante citar la definición de comunidad de San Martín y Pastor, quienes se refieren a la misma como: "El conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural.

Los miembros de la comunidad están ligados en grados variables, por características (étnicas, culturales, profesionales, etc) comunes y/o por intereses y aspiraciones que puedan devenir comunes". En una comunidad la familia juega un papel muy importante, la OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."

En el Artículo 16. 3. de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Asamblea General de las Naciones Unidas (1948), se establece que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

(6) Potter, P. Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. Vol. 1 y 2. Madrid: Harcourt Brace Interamericana; 1999.

Las redes sociales cumplen una función fundamental dentro de una comunidad, las mismas se definen como un sistema abierto, que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que poseen. Según la OMS, el sistema de atención sanitaria son las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos.

Dentro del sistema sanitario es necesario ordenar, estratificar, y organizar los recursos para satisfacer la demanda de la población, por lo cual se definieron los Niveles de Atención. La OPS los define como: "La mayor o menor complejidad tecnológica y organizacional de los recursos de que se disponen permanentemente, en forma oportuna una comunidad o una región para enfrentar las necesidades de atención médica de la población." Los clasifica en tres niveles:

-El Primer Nivel se refiere a los primeros cuidados que recibe la población. Se desarrollan de forma ambulatoria o en domicilio. Protección de salud mediante prevención de la enfermedad.

-El Segundo Nivel está constituido por cuidados especializados. Los usuarios son enviados por el primer nivel para diagnóstico y tratamiento precoz.

-Tercer Nivel conformado por cuidados muy especializados efectuados en grandes centros hospitalarios, recuperación y rehabilitación de la salud.

En 1978, en la Conferencia OMS-Unicef se definió el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS), como: "La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptadas, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas cada una de las etapas del desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y de autodeterminación. La atención primaria es la parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (7) Las acciones de la salud están destinadas a prevenir la enfermedad y a recuperar la salud, hay tres tipos de acciones: acciones de promoción, protección y acciones de recuperación o de rehabilitación.

(7) Alma Ata, Urss, 6-12 de setiembre 1978. Informe Ginebra: OMS; 1978

Los elementos conceptuales que caracterizan a la APS son:

-Integral: considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial y hacia el medio ambiente y hacia el medio ambiente.

-Continúa: a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario).

-Accesible: los servicios deben organizarse de tal manera que la atención que brinda llegue a la población que le corresponda atender.

-Equipo Interdisciplinario: la atención será planificada y brindada por el equipo, mas allá que se personifique en un integrante del equipo.

-Comunitaria y participativa: la participación es esencial para el desarrollo de la práctica sanitaria y esta dirigido al colectivo no sólo a la demanda individual.

-Programada-evaluable: no se realiza al azar, se planifica teniendo en cuenta el diagnóstico realizado y por lo tanto se deben establecer indicadores de evaluación.

El tema seleccionado para el presente estudio conduce a tener en cuenta conceptos como el de adicción, según la OMS, la misma es un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

-Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.

-Una tendencia al aumento de la dosis.

-Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.

-Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. (8)

La palabra "adicto" viene del latín *addictus*, "apegado o adherido a una persona, una opinión, etcétera", participio pasivo del verbo *addicere*: "asignar, adjudicar, dedicar" (de *ad*, "a, hacia, para" + *dicere*, "decir"). De modo que, por su etimología, *adicto* es, simplemente, apegado.

El uso y abuso de sustancias, tiene una historia tan antigua como el hombre mismo. Los incas, mayas, egipcios, griegos y otros pueblos los han utilizado con fines religiosos, místicos, y para predecir el futuro; dichas culturas han tenido sus propias leyes; valiéndose de las plantas, fueron usuarios de los fármacos para reafirmar sus valores culturales. En cambio las sociedades modernas hacen uso de ellos muchas veces como una forma de rebelión, como una búsqueda de placer o como un escape de la realidad. (9)

(8) <http://www.ops-oms.org.uy> (fecha de acceso agosto de 2009)

(9) Escohotado, A. Historia General de las Drogas. Mexico: Espasa Calpe;1999

La sensación de bienestar o placer que produce el consumo de algunas sustancias es provocada por transformaciones bioquímicas en el cerebro, de tal manera que la ausencia de consumo provoca el efecto contrario: malestar generado por la carencia de químicos que alivien la tensión.

El placer que provoca la sustancia al adicto es poco duradero y según transcurre el tiempo, el placer es menor. Esta insensibilización progresiva se denomina tolerancia.

Si las drogas se usan como un escape de problemas que no se saben resolver, la probabilidad de adicción es mucho más alta que si es por motivos lúdicos. Aunque siempre hay, en mayor o menor medida, algún tipo de riesgo.

Las influencias sociales juegan un papel esencial al hacer atractivo el consumo de drogas.

Las primeras tentaciones para consumir drogas pueden darse en situaciones sociales en forma de presiones para " aparentar ser adulto " al fumar cigarrillos o consumir alcohol o marihuana. Por lo común el consumo de drogas avanza por etapas, desde el uso ocasional hasta el uso habitual, pasando por el consumo de diversas drogas, hasta una total dependencia. En cada etapa, el consumo aumenta, se diversifica y, cada vez más, sus efectos son extenuantes. (10)

La alteración que produce la sustancia en el momento de ser introducida al organismo, y en el momento posterior es lo que se denomina efecto producido por la sustancia. Estos efectos pueden ser los de excitar o estimular (como por ejemplo la cocaína, las anfetaminas) tranquilizar o eliminar el dolor (como el alcohol, las benzodiazepinas –tranquilizantes–, la heroína y otros derivados del opio, etc.); ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad, alucinaciones, provocar cambios conductuales como aumento o disminución de la agresividad (tabaco, anfetaminas o neurolepticos respectivamente), incrementar la sociabilidad, la locuacidad o la desinhibición (alcohol, tabaco, cocaína, anfetaminas). (11)

Estos efectos, sin embargo, no son constantes, dependen de la dosis, de la vía de administración, de la persona: su personalidad, su estado físico, su historia personal; del contexto de uso: las circunstancias, las compañías.

La tolerancia es el estado de adaptación al consumo de una sustancia con cierta dosis, la cual tiende a ser aumentada paulatinamente para obtenerse los efectos que producía en un comienzo del consumo, podría decirse también que es el acostumbramiento del organismo a una cierta toxicidad. Con el aumento de la tolerancia se puede ir escalando desde el uso hacia el abuso para llegar posiblemente a la dependencia. Sin embargo, el punto culmine de la tolerancia es diferente para cada persona y varía también con cada sustancia.

(10) <http://www.ops-oms.org.uy> (Fecha de acceso: setiembre de 2009)

(11) Cano Vindel A. Psicología de las Drogodependencias. Universidad Complutense de Madrid. 2003.

Se considera importante definir el concepto de compulsión, la misma es un impulso irracional irresistible y repetitivo de realizar un acto contrario a la razón, que produce ansiedad si no se lleva a cabo. Suele ser resultado de una idea obsesiva, como en la compulsión de repetición. Cuando una persona ha llegado a ser dependiente de una sustancia, tiene una relación con la misma. El consumo es continuo y las dosis, según los casos, son administradas en periodos de tiempos más o menos cortos.

Cuando por alguna razón la administración de dicha sustancia es suspendida, durante determinado tiempo, se produce un cuadro psicofísico denominado "síndrome de abstinencia". Los signos y síntomas que el síndrome representa pueden ser muy variados y puede derivarse hasta en un cuadro clínico de gravedad

Según la OMS, droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Las drogas modifican y alteran el comportamiento psicológico, físico, social de una persona, además de ocasionar dependencia física y emocional.

Los consumidores pueden desarrollar una irresistible ansiedad por ciertas drogas, y sus cuerpos responder a la presencia de drogas de manera que los conduzcan a aumentar su consumo, se dice que la dependencia ocurre cuando una persona necesita el producto químico con regularidad para enfrentar los problemas que se presentan en su vida diaria.

La dependencia física es una adaptación o tolerancia de un organismo hacia una determinada droga; cuando esta se suspende, provoca trastorno físico y malestar, como es el Síndrome de Abstinencia.

La dependencia psíquica se manifiesta cuando una persona experimenta la necesidad de la droga que le va a producir satisfacción, placer o bien para evitar malestares, lo cual lo impulsa a una administración periódica o continua.

Las drogas han sido clasificadas según múltiples sistemas de categorización, predominando, en la actualidad, las clasificaciones en función de sus efectos farmacológicos. Entre los diferentes tipos de clasificación empleados a lo largo del tiempo destacan los siguientes:

Clasificación de las drogas según sus efectos sobre el sistema nerviosos central:

- drogas duras y drogas blandas

- drogas legales e ilegales

La clasificación de las drogas según los efectos que producen a nivel del sistema nervioso central constituye el sistema de clasificación más aceptado en la actualidad (frente a la distinción entre drogas duras y blandas o legales e ilegales) (12)

Las sustancias depresoras del SNC son: alcohol, opiáceos (heroína, morfina), benzodiazepinas, barbitúricos, cannabis, inhalantes.

Las sustancias estimulantes del SNC son: cocaína, anfetaminas, nicotina, xantinas (caféina, teína).

Existen sustancias que poseen efectos alucinógenos como el LSD, psilocibina, peyote, drogas de síntesis

La nicotina posee un potencial de adicción del 100 % Es un compuesto orgánico y se obtiene de la planta del tabaco (*Nicotiana tabacum*). Es la principal razón de que el tabaco sea adictivo.

La clasificación entre drogas duras y blandas es una forma poco precisa y arbitraria de designar a las drogas que en la actualidad se encuentra en desuso, por lo cual en esta investigación no vamos a detallar.

Con respecto a la clasificación en drogas legales e ilegales podemos decir que, aquellas que se denominan legales son: alcohol, tabaco, psicofármacos, estimulantes menores y otras sustancias bajo prescripción médica.

Mientras que las drogas ilegales son todas las que no forman parte de las detalladas anteriormente y a las que se accede a través del mercado ilegal.

El Tabaco es el nombre común de dos plantas de la familia de las Solanáceas cultivadas por sus hojas que, una vez curadas, se fuman, se mascan o se aspiran en forma de rapé. La especie más cultivada alcanza entre 1 y 3 m de altura y produce de 10 a 20 hojas anchas alternas que brotan de un tallo central. Contiene un alcaloide, la nicotina. Es tóxica y puede producir alteraciones en el aparato circulatorio y los pulmones del ser humano.

El tabaco es uno de los principales productos agrícolas no alimenticios del mundo. La planta madura mide de 1 a 3 m de altura y produce entre 10 y 20 hojas grandes. Éstas se secan, curan y utilizan para fabricar cigarrillos, puros y tabaco de pipa y de mascar.

El tabaco es una planta originaria del continente americano. Según observó Cristóbal Colón, los indígenas del Caribe fumaban el tabaco valiéndose de una caña en forma de pipa llamada tobago, de donde deriva el nombre de la planta. Al parecer le atribuían propiedades medicinales y lo usaban en sus ceremonias.

(12). González Ordí, H. e Iruarrizaga, M. Características de los principales tipos de drogas. Madrid: Espasa Calpe;1993

En 1510, Francisco Hernández de Toledo llevó la semilla a España, cincuenta años después lo introdujo en Francia el diplomático Jean Nicot, al que la planta debe el nombre genérico (Nicotiana). En 1585 lo llevó a Inglaterra el navegante sir Francis Drake; el explorador inglés Walter Raleigh inició en la corte isabelina la costumbre de fumar el tabaco en pipa. El nuevo producto se difundió rápidamente por Europa y Rusia, y en el siglo XVII llegó a China, Japón y la costa occidental de África. España monopolizó el comercio del tabaco, para lo cual estableció en 1634 el estanco de este producto para Castilla y León, régimen que en 1707 se amplió a todos los territorios de la corona, acompañado de la prohibición de cultivar la planta en la península para facilitar el control aduanero. La extensión del estanco a Cuba, donde tenía lugar gran parte de la producción, provocó numerosas revueltas y, en 1735, España cedió la explotación a la Compañía de La Habana. La América colonial anglófona se convirtió en el primer productor mundial de tabaco; el cultivo se inició en el asentamiento de Jamestown, donde ya en 1615 la planta crecía en jardines, campos y hasta en las calles; en poco tiempo se convirtió en el producto agrícola básico y en el principal medio de cambio de la colonia. En 1776, el cultivo se extendió hacia Carolina del Norte y llegó por el oeste hasta Missouri. Con respecto a la producción del tabaco, se basa en el curado del tabaco es una operación lenta que debe vigilarse con cuidado para obtener hojas de color, marchitamiento y grado de sequedad bien determinados. Se utilizan tres métodos (aire, humo y calor), cada uno de los cuales aporta a la hoja un aroma característico. El tabaco recién curado es amargo, y el destinado a fabricar cigarrillos casi siempre se seca, enfría y rehidrata antes de almacenarlo durante dos o tres años. De este modo la hoja fermenta y se vuelve más suave y oscura. Aunque se cultiva tabaco en unos 120 países de condiciones climatológicas diversas, que llegan por el norte hasta los 50° de latitud, las mejores labores comerciales se fabrican con el producto obtenido en ciertas regiones que dedican mucha atención y trabajo a su cultivo. En el humo de tabaco se han identificado más de 4000 sustancias de las cuales las más conocidas son: la nicotina y el alquitrán.

La nicotina es la responsable de la dependencia física y de alteraciones en diversos aparatos y sistemas del organismo.

El alquitrán (partículas de carbón), no es un compuesto único, ya que con este nombre se engloban alrededor de 500 componentes dentro de los cuales se encuentran los hidrocarburos aromáticos policíclicos que tienen poder carcinogénico, el monóxido de carbono que es un gas tóxico y que produce hipoxia tisular, amoníaco, formaldehído, monóxido de carbono, tolueno, dióxido de nitrógeno, cianuro hidrógeno, acroleína, acetaldehído.

Los agentes carcinógenos son: Benzopireno, 2-Naftilamina, 4-Aminobifenil, Benceno, Clorhidrato de vinilo, Arsénico, Cromo, Polonio-210.

Los biomarcadores del humo de tabaco muestran que los no fumadores lo absorben El humo del tabaco ambiental causa muerte y enfermedades en los niños y los adultos. A cualquier nivel de

exposición el humo del tabaco ambiental implica un riesgo para la salud. Los fumadores pasivos son aquellas personas que no fuman, pero que están en contacto constante con los fumadores e inhalan el humo del cigarrillo; los fumadores pasivos también pueden contraer problemas en las vías respiratorias. Existen numerosos estudios médicos que han vinculado El consumo de tabaco con el cáncer de pulmón, las afecciones vasculares del corazón, el enfisema y otras enfermedades; todo ello ha llevado a muchos países a financiar intensas campañas orientadas a restringir el uso y la venta de tabaco. Fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. El humo produce una reacción irritante en las vías respiratorias. La producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos. Debido a la inflamación continua se produce bronquitis crónica. También produce una disminución de la capacidad pulmonar, produciendo al fumador mayor cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio físico.

La OMS catalogó en la última edición de la clasificación internacional de las enfermedades al tabaquismo como una enfermedad crónica y adictiva. Considera como fumador a una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. El tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte prematura del mundo. El tabaquismo está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer, y es la principal causa del 95% de los cánceres de pulmón, del 90% de las bronquitis y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares.

En el mundo más de 1.100 millones de fumadores (2002), lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5,827 billones de cigarrillos al año. El 74 % de todos los cigarrillos se consumen en países de bajo-medio nivel de ingresos. Tanto para hombres como para mujeres, el segmento de edad en la que fuma mayor proporción es el comprendido entre 30 y 49 años.

Las mayores prevalencias mundiales se encuentran en Vietnam, Corea, parte de África y República Dominicana en hombres (73, 68 y 66 %, respectivamente), mientras que Dinamarca y Noruega la presentan en la población femenina (37 y 36 % respectivamente). Por su elevado volumen poblacional, China, India y la Rusia son las que agrupan la mayor parte de fumadores del mundo.

## DATOS DE MORTALIDAD POR TABAQUISMO EN URUGUAY

Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, mortalidad atribuible al tabaquismo

Uruguay 2000-2001-  
2002

Año	N° de defunciones			
	Todas las causas	Enfermedades cv	Atribuibles al tabaquismo	Atribuibles al tabaquismo en cv
2000	30417	10233	4410	1760
2001	31228	10472	4528	1807
2002	31450	10229	4560	1820

Informe del Área Epidemiología y programación de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular-Ley 16626

2 de cada 10 muertes por cardiovasculares son atribuibles al tabaquismo

12 personas mueren por día por todas las causas cardiovasculares, tumores, respiratorias atribuibles al tabaquismo

5 personas por día se mueren por enfermedades cardiovasculares atribuibles al tabaquismo (13)

El informe de la OMS titulado "La mujer y la salud" revela que de los más de 1000 millones de fumadores que hay en el mundo, aproximadamente un 20% son mujeres.

El tabaco también es causa de cánceres específicos de la mujer y pone en peligro el embarazo y la salud reproductiva.

Aunque muchas mujeres se consideran a sí mismas adictas y sienten rechazo a fumar, los cigarrillos producen efectos físicos, psicológicos y sociales que hacen que sigan fumando. La ausencia del conocimiento acerca de los peligros de fumar para la salud, aunque no es una razón fundamental, puede no obstante contribuir a que algunas mujeres fumen. Las mujeres, al igual que los hombres, en parte fuman debido a las propiedades adictivas de la nicotina.

Las mujeres también pueden fumar para tener tiempo para sí mismas, para facilitar la interacción social y como una fuente de placer y confort. (Op. Cit).

Hay otras razones que pueden impulsarlas a continuar fumando tales como tener una sensación de autonomía, o como medio de autodefinición, o para dar imagen de frialdad, de difícil, desafiante, sexy y esbelta.

(13) [www.who.int/bulletin/volumes](http://www.who.int/bulletin/volumes) (fecha de acceso agosto de 2010)

Es más probable que las mujeres fumen si sus apoyos sociales significativos también fuman. Algunos de estos beneficios, tales como el manejo del estado de ánimo y el control de peso, son especialmente relevantes para las mujeres. Hay evidencia que demuestra que muchas mujeres no intentan dejar de fumar por miedo a ganar peso. Numerosos estudios muestran que los fumadores mantienen bajo su peso y que su control es una motivación significativa para continuar fumando.

Un estudio en mujeres adolescentes de Londres y Ottawa concluyó que la ansiedad relacionada con el control del cuerpo, el miedo a sentirse demasiado gordas y el miedo a perder el control sobre la ingesta de comida, pueden ser factores que condicionan de forma importante el mantenimiento del consumo de tabaco entre las adolescentes, quienes a menudo creen que el tabaco les ayudará en su objetivo de control y pérdida de peso.(14)

Curiosamente, las mujeres que dejan de fumar tan sólo ganan un promedio de 1.6 kilos en un plazo de 3 años. También se ha encontrado una clara relación entre fumar cigarrillos y la depresión, sintomatología depresiva o afecto negativo. (Op.Cit).

La eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en este subgrupo de fumadores es menor, especialmente entre las mujeres.

Según Vázquez, hay tres factores fundamentales que pueden ser un obstáculo para que una fumadora abandone los cigarrillos: 1) afrontamiento del afecto negativo; 2) obtener apoyo social; y, 3) controlar el peso corporal. El estrés y /o el afecto negativo provocan más recaídas en las mujeres que en los hombres. Las mujeres afrontan de una forma más pasiva sus problemas laborales, matrimoniales, etc. Parece ser que la forma de afrontamiento con el estrés es más de tipo paliativo que activo con el evento estresante. En cuanto al apoyo social, es bien conocido que las mujeres lo usan más que los hombres para afrontar el estrés y cambiar los estilos de vida. El apoyo social debe ser un componente básico en las programas para dejar de fumar dirigidos a las mujeres. De hecho, las mujeres obtienen porcentajes de eficacia más bajas en intervenciones para dejar de fumar con farmacoterapia y en tratamientos educacionales que en intervenciones conductuales o de psicoterapia. El apoyo social en forma de asistencia de grupo o individual para dejar de fumar y el apoyo posterior de otras personas relevantes (esposo, hijos, amigos) para mantener la abstinencia, es un componente especialmente indicado para las mujeres. Por último, el factor peso es clave para que una mujer se implique en el abandono de los cigarrillos. El miedo a ganar peso y el que en algunos casos ocurra después de dejar de fumar son cuestiones que preocupan a las mujeres fumadoras. La mayoría de éstas no quiere engordar, como mucho estarían dispuestas a ganar unos dos kilos.

(14) Vázquez FL, Becoña, E. ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? Madrid: Psicothema; 1998.

Vázquez sostiene que, es más probable que las mujeres abandonen los tratamientos para dejar de fumar que los hombres por esta razón. Por lo tanto, los programas asistenciales para mujeres deberían tener en cuenta sus necesidades específicas. Una intervención de tabaquismo dirigida a mujeres debería ofrecer apoyo terapéutico farmacológico y conductual, combinado con enfoques específicos de género tales como la gestión del propio estilo de vida, programas nutricionales para el control de peso y estrategias de manejo del estrés.

Con respecto a la salud reproductiva la OMS señala que: la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información, y planificar su familia a elección, así como la elección de métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, al derecho a recibir servicios adecuados de atención de salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Se considera pertinente realizar una breve reseña sobre las diferentes etapas que caracterizan el proceso de la reproducción humana y sobre la toxicología del tabaco, para comprender de manera más satisfactoria el posible mecanismo de acción del tabaco y los riesgos de vulnerabilidad del organismo embrionario y fetal en el embarazo.

Según Schwarz, (15), la definición legal del embarazo sigue a la definición médica de la OMS: el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

(15) Schwarz, R, *Obstetricia. Modificaciones de la anatomía y fisiología materna producidas por el embarazo.* Capítulo 4 Pág. 47-73. Argentina: El Ateneo. 2003.

El huevo o germen comienza a dividirse en células cada vez más numerosas y más diminutas: células de segmentación o blastómeras. Luego aparece la cavidad de segmentación que establece la separación entre una masa procedente en su interior, el embrioblasto y una capa de células externas que rodea a aquella y que se conoce como trofoblasto. En la primera se desarrolla el embrión; la otra entra en contacto con los tejidos maternos y posibilita la alimentación del embrión en el embarazo.

El paso siguiente a la mutilación celular es la formación de diferentes grupos celulares, dotados cada uno de éstos de fuerzas formativas o potencias distintas.

La formación de territorios celulares diferenciados o especializados se hace en forma de lágrimas u hojas germinativas. Estas hojas, en número de tres, representan los distintos esbozos de los órganos embrionarios.

El embrión humano consta de una envoltura llamada trofoblasto, dentro de la cual se encuentra el esbozo embrionario propiamente dicho.

De esa envoltura deriva el corion, membrana compuesta por una serie de excrescencias o vellosidades que entran en íntima conexión con la membrana que reviste la cara interna del útero materno o decidua, formándose así la placenta. Esta es un verdadero conjunto de pequeños lagos sanguíneos y en ellos se nutre el embrión en el embarazo materno tomando sustancias nutritivas y oxígeno por medio de un sistema de vasos sanguíneos (arterias y venas umbilicales); los productos de desecho siguen el mismo camino pero en sentido inverso. El intercambio nutritivo comienza a edad muy temprana. La vida intrauterina culmina alrededor de las 38 semanas, momento en que se produce el parto.

Los mecanismos, a los que se hace responsables de la acción del tabaquismo en el feto, son varios. Por un lado, el consumo de tabaco puede producir una disminución del consumo de oxígeno por parte del feto.

El oxígeno es necesario para la vida celular y es algo así como la energía o el combustible que se necesita para poner en marcha los procesos de división o multiplicación celular que llevan a la formación del embrión. El mismo se necesita para la maduración fetal, el oxígeno es aportado por la sangre materna, haciéndose el intercambio con la sangre fetal a nivel de la placenta. Este elemento tan necesario para la vida es transportado en la sangre y fijado a una sustancia llamada hemoglobina. Esta es un pigmento que rellena los glóbulos rojos y que a nivel del sistema circulatorio materno de la placenta lo cede a la hemoglobina de los glóbulos rojos fetales. La combinación del oxígeno con la hemoglobina se conoce como oxihemoglobina.

En la mujer embarazada que consume tabaco, el humo que surge de la combustión de éste contiene un gas tóxico que se conoce como óxido de carbono y que contamina el aire que inhalan los pulmones, en una verdadera competencia con el oxígeno. De esta manera será menor el aporte de oxígeno a la sangre fetal, que se verá privada parcialmente de un elemento esencial para el crecimiento embrionario o fetal.

Los estudios llevados a cabo indican que los efectos adversos del consumo de tabaco sobre el feto son debidos en una mayor parte a la nicotina y al monóxido de carbono, aunque el principal factor causal de la toxicidad del feto se le atribuye al segundo.

Se sabe que la nicotina provoca una hipoxemia aguda, pero transitoria en la sangre fetal, al reducir el flujo sanguíneo en la placenta. El monóxido de carbono por el contrario produce una hipoxia crónica en el feto debido a que incrementa los niveles de carboxihemoglobina (COHb) en la sangre materna y todavía más en la fetal, reduciendo así el transporte de oxígeno y su liberación por los tejidos y órganos del feto, dando lugar a una hipoxia lo que va a conducir a una alteración en el desarrollo del feto. Los adultos tienen gran capacidad de adaptación a la intoxicación crónica de monóxido de carbono (CO), generan poliglobulia (aumento de los glóbulos rojos) y aumentan su afinidad por la oxihemoglobina (HbO<sub>2</sub>), y por esta razón mantienen el equilibrio entre el contenido de oxígeno (O<sub>2</sub>) y la disponibilidad del mismo en los tejidos. El feto humano por el contrario, no dispone de esa capacidad hemática para acomodarse al hábito de fumar de la madre y por este motivo es muy sensible a los efectos del humo del tabaco durante el embarazo. Esta falta de adaptación eficaz a la exposición de CO puede ser la explicación del reducido peso al nacer que presentan los hijos de madres fumadoras.

Un hecho aceptado ampliamente por todos los investigadores que se han ocupado del tema tabaquismo y embarazo, es que el peso de nacimiento de los hijos de madres que fuman, los hijos de madres fumadoras pesan al nacer un promedio de 250 gr menos que aquellos cuyas madres no fuman durante el embarazo. (16). La reducción en el peso del recién nacido es proporcional al número de cigarrillos que fuma la madre. El bajo peso al nacer es uno de los principales predictores de morbilidad en el bebé.

El tabaquismo incrementa los riesgos de infertilidad total y de embarazo ectópico. (Op.Cit)

Además se destacan las observaciones de: estaturas o tallas inferiores y menores circunferencias cefálicas en los niños de fumadora consuetudinarias. (17)

(16) Coutinho Sento C., Amorim, W. de. Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da mulher, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Ed. port., vol.5, no. 1, p.1-18. fev. 2009.

(17) Sánchez-Zamorano, J. ; Téllez-Rojo, M; Hernández-Avila, M. Efecto del tabaquismo durante el embarazo sobre la antropometría al nacimiento. Salud pública Méx;46(6):529-533, nov.-dic. 2004.

Otra posible causa que puede determinar peso subnormal, menor talla y circunferencia cefálica del recién nacido de fumadoras crónicas es el espasmo vascular en la madre, esencialmente en el sistema circulatorio de la placenta. (18).

Esta acción nociva se ejercería por efecto de un alcaloide contenido en el tabaco que se conoce como nicotina. La consecuencia esencial de esos espasmos de las arterias maternas de la placenta es la alteración de las funciones de respiración, nutrición y excreción que cumple éste último órgano. El menor flujo sanguíneo provoca la disminución del aporte de oxígeno y de las sustancias necesarias para el crecimiento del embrión. Además está disminuída la excreción del anhídrido carbónico y de otras sustancias de desecho que deben pasar, a su vez, al organismo materno. Es muy frecuente que los grandes fumadores, como uno de los signos de intoxicación crónica, un estado de adelgazamiento. En gran parte esto se debe a una restricción de calorías o alimentos, por una disminución o falta de apetito. Incluso puede llegarse a un adelgazamiento extremo descrito como caquexia tabáquica.

En otros estudios se sugirió que entre las fumadoras sería mayor la incidencia de desprendimientos de placentas, con la consiguiente precipitación de los partos. Al respecto se considera el tabaquismo como una causa general de prematuridad. En las mujeres embarazadas que fuman diez cigarrillos por día, la frecuencia del parto prematuro llega al 10%, que aumenta al 13% en las que fuman 20 cigarrillos, para llegar al 30% en las que fuman 30 cigarrillos diarios. El tabaquismo materno origina un aumento de los abortos espontáneos, y mayor número de complicaciones durante el embarazo y el parto. A través de estas dos últimas complicaciones, el tabaquismo de la gestante fumadora provoca un incremento del riesgo de pérdida del feto, en especial en el caso de embarazo de altos riesgos por otras causas. Los hijos de madres fumadoras, presentan mayor riesgo de presentar "muerte súbita del lactante", que es aquella muerte que se diagnostica cuando en la autopsia no se descubre ninguna otra enfermedad que la justifique.

Es de importancia aclarar, que no existe evidencia científica en que el consumo de cigarrillos light (bajos en alquitrán y nicotina) sea menos perjudicial para el feto que los cigarrillos habituales.

(18) Rodríguez, P.; Hernández, J.; Reyes, A. Bajo peso al nacer: algunos factores asociados a la madre: Rev. Cuba. obstet. ginecol;32(3), tab. sep.-dic. 2006.

### Efectos del humo de cigarro sobre el bebé durante el primer trimestre del embarazo:

- Un aumento significativamente mayor de abortos en mujeres que fumaron durante el embarazo o que habían fumado anteriormente.
- Ligero aumento en la incidencia de Labio leporino.
- Ligero aumento en la incidencia de Paladar hendido.
- Ligero aumento en la incidencia de Microcefalia.

### Efectos del humo de cigarro sobre el bebé en etapas tardías del embarazo:

- Aumento significativo de Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta, hemorragias, ruptura de las membranas,
- Doble tasa de mortalidad en mujeres que siguieron fumando durante el embarazo, sobre las que dejaron de hacerlo.
- Aumento en la incidencia de Rotura Prematura de Membranas.
- Disminución en el peso de los bebés al nacer de entre 150 y 200 gramos.
- parto prematuro

### Efectos del humo de cigarro sobre los hijos después del nacimiento:

- Tres veces más frecuente la muerte súbita.
- Excitación aumentada del Sistema Nervioso.
- Una función intelectual disminuida en cuatro puntos en comparación con los hijos de no Fumadoras.
- Déficit de atención.
- Comportamiento desadaptativo
- Aumento de probabilidad de: bronquitis, neumonía, asma, infecciones del oído medio. (19)

Lo más importante de esto es que también corren riesgo los hijos de fumadoras pasivas.

Las embarazadas que fuman durante su embarazo completo corren considerables riesgos como se ha detallado anteriormente.

(19) Aguirre C.; Tabaquismo durante el embarazo: efectos en la salud respiratoria infantil. 23(3):173-178. Revista chilena de enfermería. Enfermedades respiratorias, sep. 2007

No obstante, las mujeres que dejan de fumar antes del embarazo o durante los 3 ó 4 primeros meses reducen el riesgo de tener un bebé de peso bajo al nacer igual al de las mujeres que nunca han fumado.

Los efectos negativos del tabaquismo pasivo también requieren un intento más firme de ayudar a dejar de fumar a los fumadores que viven en una casa donde hay una embarazada.

Varios estudios realizados en Norteamérica, Europa y Australia (20) muestran que los porcentajes de fumar en algún período durante el embarazo oscila entre el 20% y el 40%. Más del 16% de las mujeres gestantes fuma durante la segunda mitad del embarazo y aproximadamente la mitad de éstas fuma más de 10 cigarrillos diarios, poniéndose a ellas mismas y a sus fetos en riesgo de sufrir consecuencias adversas para la salud. Es de destacar que si la mujer deja de fumar al quedar embarazada, los riesgos de desarrollar alguna patología son idénticos a los de una no fumadora (20) Aguirre refiere que si todas las mujeres renunciasen a fumar durante el embarazo el número de muertes fetales y de lactantes disminuiría en aproximadamente un 10%. La utilización de sustitutos de la nicotina durante el embarazo es discutible.

Se recomienda que las mujeres embarazadas utilicen métodos no farmacológicos como primera opción de tratamiento para dejar de fumar y la terapia sustitutiva con nicotina como segunda cuando los primeros no sean exitosos. La nicotina podría repercutir negativamente en el desarrollo del sistema nervioso central. Sin embargo, el nivel de nicotina al que el feto puede ser expuesto es mucho más bajo si se utilizan chicles o parches de nicotina. La terapia sustitutiva de nicotina debería ser tomada en consideración durante el embarazo, en concreto el parche de nicotina, en aquellas mujeres que no han sido capaces de dejar de fumar a causa de los síntomas del síndrome de abstinencia. Aguirre sostiene que si se utiliza un sustituto de nicotina, la mujer debería comprender los beneficios y los riesgos de la terapia sustitutiva con la misma y los clínicos deberían considerar una dosis más baja y un tratamiento más corto para reducir la exposición del feto a la nicotina.

(20) Ruiz, MJ, Nerín, I. Tabaco y embarazo. Rev Prevención Tabaquismo 5: 10-1, 1996.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores psicosociales que influyen en la embarazada fumadora que concurre a control prenatal al Centro Hospitalario en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2010 a continuar o no con la adicción al tabaco a lo largo del embarazo.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar la población de estudio según edad, trimestre de embarazo, tiempo de fumadora, número de cigarrillos que fuma diariamente.
- Identificar los factores de riesgo psicosocial presentes en la población de estudio (embarazo adolescente, medio socioeconómico deficitario, entre otros)
- Identificar si la usuaria ha intentado dejar la adicción al tabaco.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de Estudio:**

El estudio a realizar es descriptivo, de corte transversal.

### **Área de Estudio:**

**Universo:** todas las Historias Clínicas de las embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el período entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2010.

**Muestra:** todas las Historias Clínicas de usuarias fumadoras que concurren al control prenatal al Centro Hospitalario en el período entre 1 de enero y el 31 de marzo de 2010.

### **Instrumento para la recolección de datos:**

Para la recolección de datos se confecciona un instrumento que se aplica durante la revisión de Historias Clínicas de usuarias fumadoras que concurren al control prenatal al Centro Hospitalario en el periodo comprendido entre 1 de enero y el 31 de marzo de 2010.

### **Criterios de inclusión:**

- Historias Clínicas de embarazadas fumadoras que concurren al control prenatal del Centro Hospitalario.

### **Criterios de exclusión:**

- Historias Clínicas de embarazadas no fumadoras que concurren al control prenatal Centro Hospitalario.

Además de las Historias Clínicas, se utiliza como fuente de información el registro SIP del CLAP dado que el Centro Asistencial posee un registro detallado que brinda información acerca de la embarazada, adicciones durante la gestación, entre otros aspectos relevantes de la misma.

## **Variables**

### **1- Edad.**

- Definición conceptual: período de tiempo transcurrido en años desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.
- Definición operativa: Cuantitativa continúa ordinal.
- Categoría: 15-19 años, 20-34 años, 35-44 años

### **2- Procedencia**

- Definición conceptual: hecho de proceder alguien de un determinado lugar, persona o grupo.
- Definición operativa: cualitativa, nominal.
- Categorías: Maldonado, otros.

### **3- Estado civil**

- Definición conceptual: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. El estado civil de una persona puede ser: soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre.
- Definición operativa: cualitativa nominal.
- Categoría: casada, unión estable, soltera

### **4- Núcleo familiar**

Definición conceptual: según el INE se define como la unidad jerárquica intermedia entre el residente y la familia. La idea de núcleo familiar corresponde a una concepción restringida de la familia, limitada a los vínculos de parentesco más estrechos.

Definición operativa: cualitativa, nominal

Categorías: vive sola, matrimonio o pareja sin hijos, matrimonio o pareja con hijos, madre con uno o más hijos (familia monoparental).

## **5- Ocupación**

- Definición conceptual: situación de trabajo en la cual se desempeña un individuo. Conjunto de conocimientos teóricos, habilidades, destrezas y actitudes que son aplicados por el trabajador en el desempeño de su ocupación o cargo.
- Definición operativa: cualitativa, nominal.
- Categoría: empleo estable, empleo inestable, ama de casa, estudiante, desocupada.

## **6- Nivel de instrucción**

- Definición conceptual: es el grado de escolarización alcanzado por la persona según el sistema educativo del país
- Definición operativa: cualitativa, ordinal
- Categoría: analfabeto, primaria, secundaria, estudios universitarios.

## **7- Nivel socio económico.**

- Definición conceptual: situación socioeconómica: es la capacidad que tiene una persona de generar ingresos económicos.
- Definición Operacional: cualitativa continua
- Categoría: ingresos < \$3000, entre \$3000 y \$6000, entre \$6000 y \$12000, > \$12000,.

**8- Planificación familiar** es el conjunto de prácticas -que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores- orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales. Este control o planificación puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos- el momento y las circunstancias -sociales, económicas y personales- en las que se desea tenerlos. También se incluye dentro de la planificación familiar la educación sexual, la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la concepción y durante el embarazo, así como el tratamiento de la infertilidad mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

Definición operacional: cualitativa nominal

Categoría: si, no

### **9- Tiempo de fumadora**

- Definición conceptual: tiempo transcurrido en años desde la experimentación inicial de tabaco hasta el momento actual.
- Definición operacional: cuantitativa, continua
- Categoría: < 5 años, < 10 años, > 10 años

### **10-Números de cigarrillos consumidos por día.**

- Definición conceptual: cantidad de cigarrillos que fuma diariamente
- Definición operacional: cuantitativa, discreta
- Categoría:1-10 cigarrillos, 11-20 cigarrillos, > 20 cigarrillos

### **11- Intento de abandonar la adicción**

- Definición operacional: cualitativa, nominal
- Categoría: si, no

### **12-Factores que inducen a fumar:**

Definición conceptual: se refiere a aquellos factores que inducen a fumar

Definición operacional: cualitativa, discreta

Categorías: Ansiedad

Cambios en el estado de ánimo

Otros

### **13-Factores que inducen a abandonar la adicción**

Definición conceptual: se refiere a aquellos factores que poseen influencia en el hecho de abandonar la adicción

Definición operacional: cualitativa, discreta

Categorías:

- Conocimiento de los efectos perjudiciales del tabaco en el feto (bajo peso al nacer, parto prematuro, mayor incidencia de malformaciones fetales, entre otros)

- Confirmación de embarazo

- Otros

## **INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION**

### **1-Edad**

### **2-Estado civil**

Casada:

Soltera:

Unión estable

### **3-Procedencia:**

Maldonado

Otros

### **4-Núcleo familiar:**

Vive sola

Matrimonio o pareja sin hijos

Matrimonio o pareja con hijos

Jefe de familia monoparental

### **5-Ocupación:**

Ama de casa

Fijo

Trabajos esporádicos

Desocupada

Estudiante

**6-Nivel de instrucción**

Primaria

Secundaria

Universitaria

**7-Nivel socioeconómico:**

Menor a \$3000

Entre \$3000-6000

Entre \$6000-12000

Mayor a \$12000

**8-Embarazo planificado:**

Si

No

**9-Tiempo de fumadora:**

Menor a 5 años

Menor a 10 años

Mayor a 10 años

**10-Número de cigarros al día:**

1 a 10 cigarros/día

11 a 20 cigarros/día

Mayor a 20 cigarros/día

**11- Ha intentado dejar de fumar**

Si

No

**12-Factores que inducen a fumar:**

Ansiedad

Cambios en el estado de ánimo

Otros

**13-Factores que inducen a abandonar la adicción:**

Conocimiento de los efectos perjudiciales del tabaco en el feto (bajo peso al nacer, parto prematuro, mayor incidencia de malformaciones fetales, entre otros)

- Confirmación de embarazo

- Otros

## **PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS EN LAS INVESTIGACIONES.**

La revisión de Historias Clínicas se realiza respetando la confidencialidad de los datos obtenidos de las mismas, así como también se respeta la intimidad, anonimato y no se emiten juicios de valor.

## **RESULTADOS**

El presente trabajo de investigación tiene como universo 112 mujeres embarazadas que concurren a control prenatal en el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de marzo de 2010, en un Centro Hospitalario del interior del país. Se trabaja con una muestra de 52 Historias Clínicas de mujeres embarazadas fumadoras.

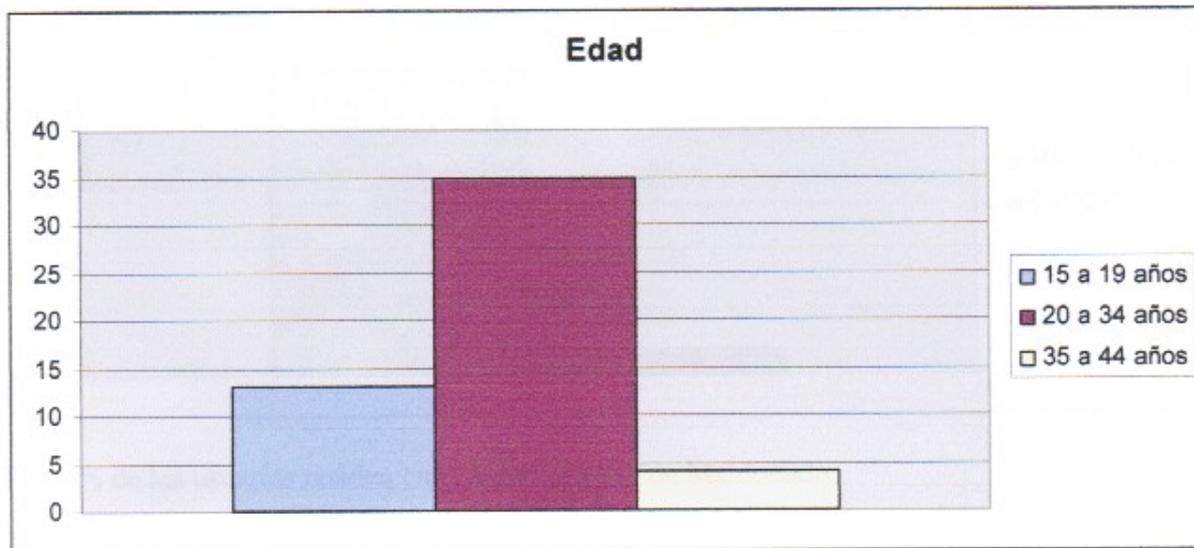
La revisión de las Historias Clínicas y obtención de información de los registros de planillas SIP se realiza durante los días 25 al 28 de octubre de 2010.

**Tabla N°1: Distribución de las embarazadas fumadoras según la edad que asisten al control prenatal en un Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**

EDAD	FA	FR%
15 a 19 años	13	25
20 a 34 años	35	67
35 a 44 años	4	8
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país.

**Gráfico N°1: Distribución de las embarazadas fumadoras según la edad que asisten al control prenatal en un Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**



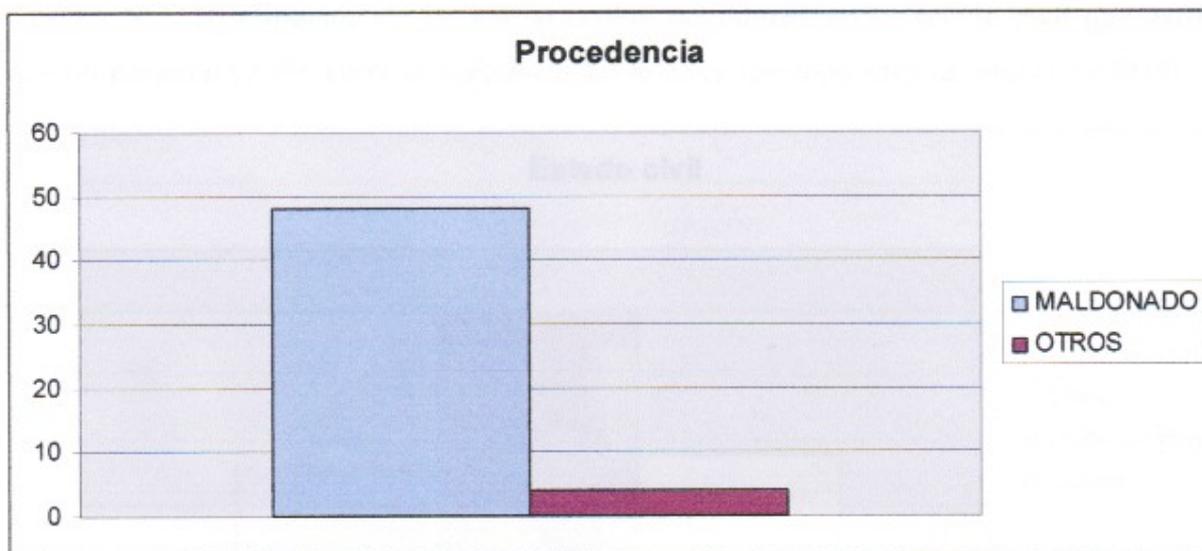
Lo más destacado de esta variable es que el 67 % de las embarazadas fumadoras se encuentran entre los 20 a los 34 años de edad, correspondiendo este rango a casi el 100 % de la vida reproductiva de la mujer.

**Tabla N°2: Distribución de las embarazadas fumadoras según la procedencia que asisten al control prenatal en un Centro Hospitalario de Maldonado (período enero a marzo de 2010)**

PROCEDENCIA	F.A	F.R%
MALDONADO	48	92
OTROS	4	8
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfico N°2: Distribución de las embarazadas fumadoras según la procedencia que asisten al control prenatal en un Centro Hospitalario de Maldonado (período enero a marzo de 2010)**



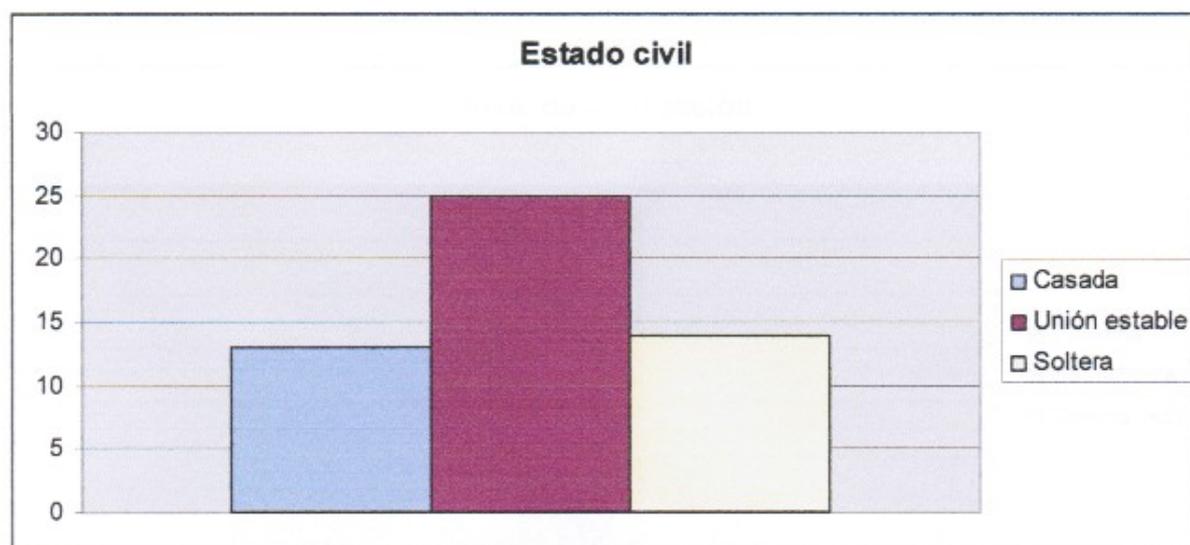
El 98 % de las usuarias residen en el departamento de Maldonado.

**Tabla N°3: Distribución de las embarazadas fumadoras según estado civil que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**

ESTADO CIVIL	FA	FR%
Casada	13	25
Unión estable	25	48
Soltera	14	27
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfico N°3: Distribución de las embarazadas fumadoras según estado civil que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**



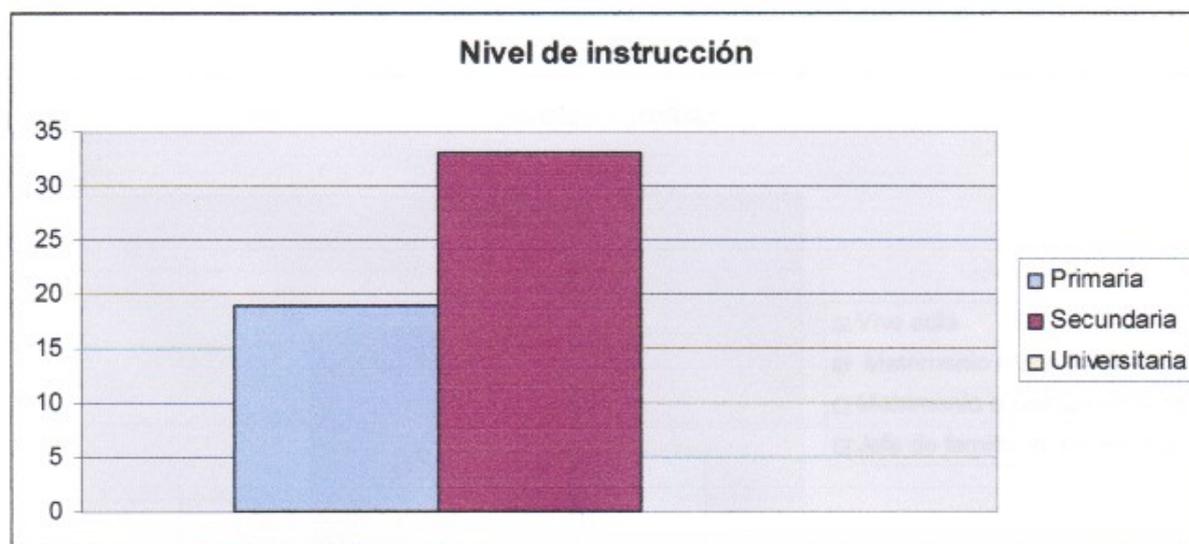
Con respecto a la variable estado civil, se puede observar que el 48% de las embarazadas fumadoras mantienen unión estable.

**Tabla N°4: Distribución de las embarazadas fumadoras según nivel de instrucción que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR %
Primaria	19	37
Secundaria	33	63
Universitaria	0	0
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfico N°4: Distribución de las embarazadas fumadoras según nivel de instrucción que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**



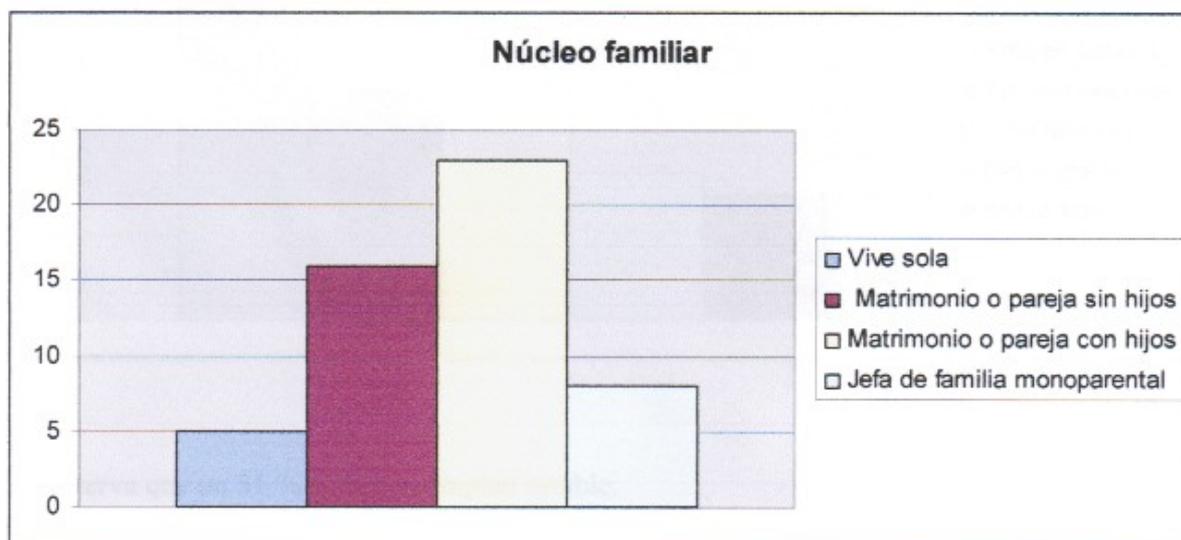
Con respecto a esta variable podemos observar que un 63% de las embarazadas fumadoras cursaron estudios secundarios, ninguna de ellas realizó estudios universitarios.

**Tabla N°5: Distribución de las embarazadas fumadoras según núcleo familiar que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el interior del país en el período (período enero a marzo de 2010)**

NÚCLEO FAMILIAR	FA	FR %
Vive sola	5	10
Matrimonio o pareja sin hijos	16	31
Matrimonio o pareja con hijos	23	44
Jefa de familia monoparental	8	15
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfico N°5: Distribución de las embarazadas fumadoras según núcleo familiar que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**



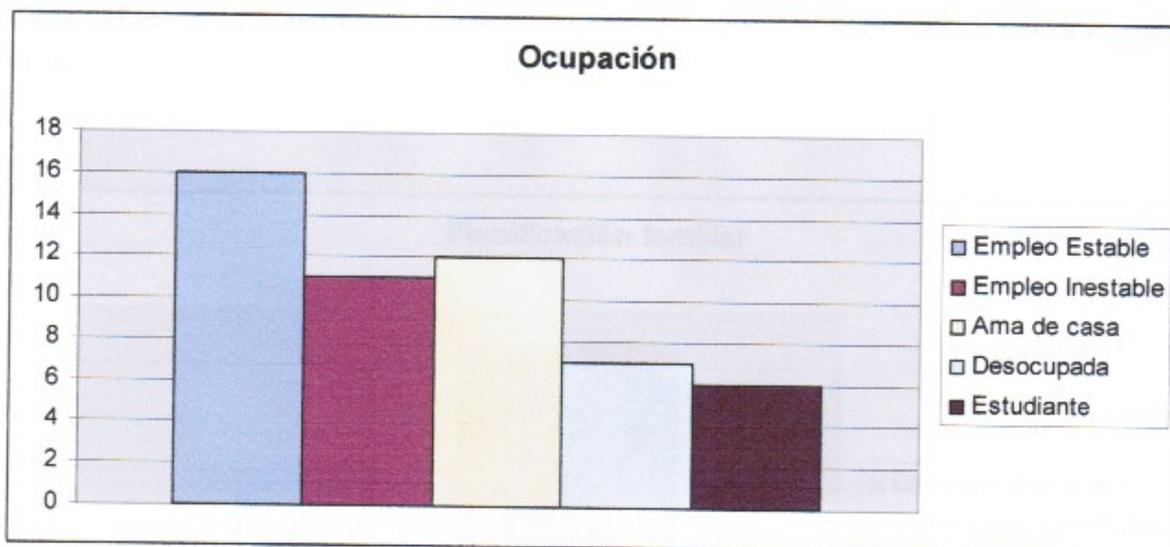
Se destaca que el 44% de las embarazadas que fuman viven con su esposo o pareja y tienen hijos.

**Tabla N°6: Distribución de las embarazadas fumadoras según ocupación que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el interior (período enero a marzo de 2010)**

OCUPACIÓN	FA	FR%
Empleo Estable	16	31
Empleo Inestable	11	21
Ama de casa	12	23
Desocupada	7	14
Estudiante	6	11
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfico N°6: Distribución de las embarazadas fumadoras según ocupación que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el interior (período enero a marzo de 2010)**



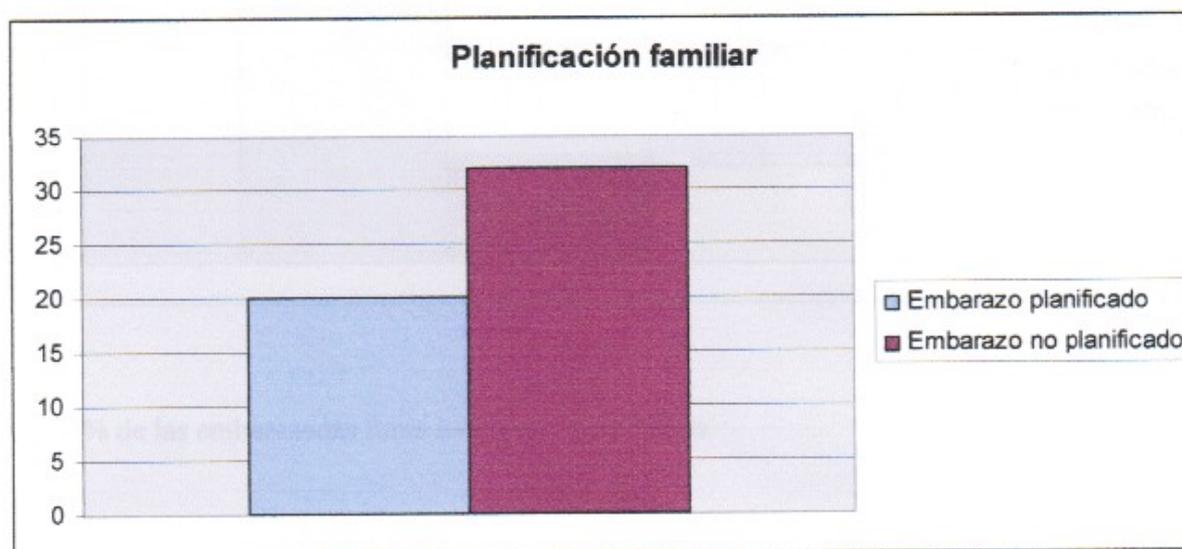
Se observa que un 31 % posee un empleo estable.

**Tabla N°7: Distribución de las embarazadas fumadoras según planificación familiar que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el interior (período enero a marzo de 2010)**

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	FA	FR %
Embarazo planificado	20	38
Embarazo no planificado	32	62
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfico N°7: Distribución de las embarazadas fumadoras según planificación familiar que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el interior (período enero a marzo de 2010)**



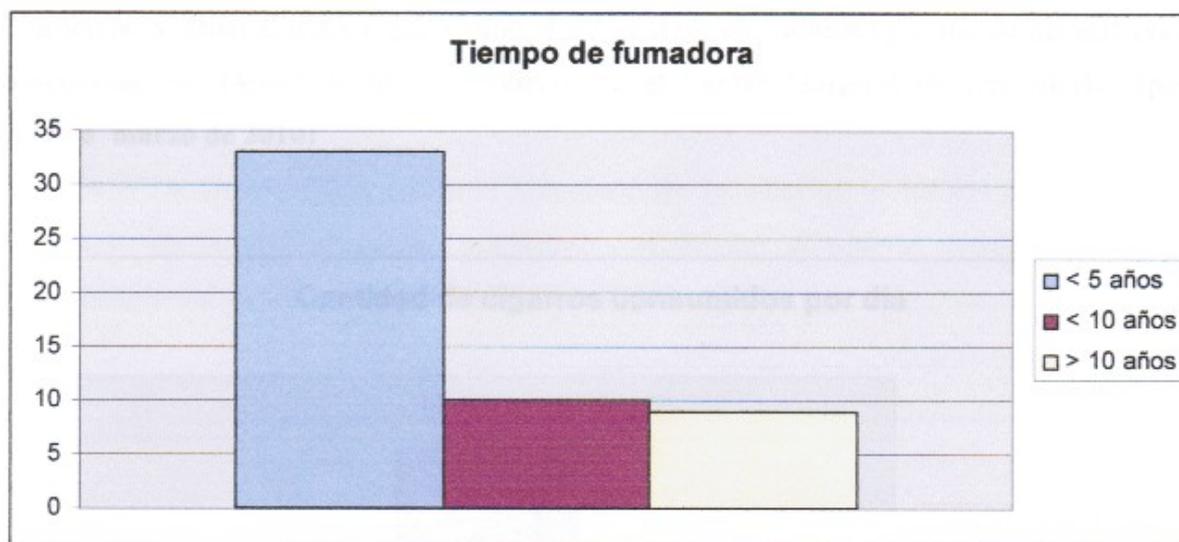
De esta variable se destaca que un 62% de las embarazadas no planificó su embarazo

**Tabla N° 8: Distribución según tiempo de fumadora de las embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el interior (período enero a marzo de 2010)**

TIEMPO DE FUMADORA	FA	FR %
< 5 años	33	63
< 10 años	10	20
> 10 años	9	17
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfica N° 8 Distribución según tiempo de fumadora de las embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el interior (período enero a marzo de 2010)**



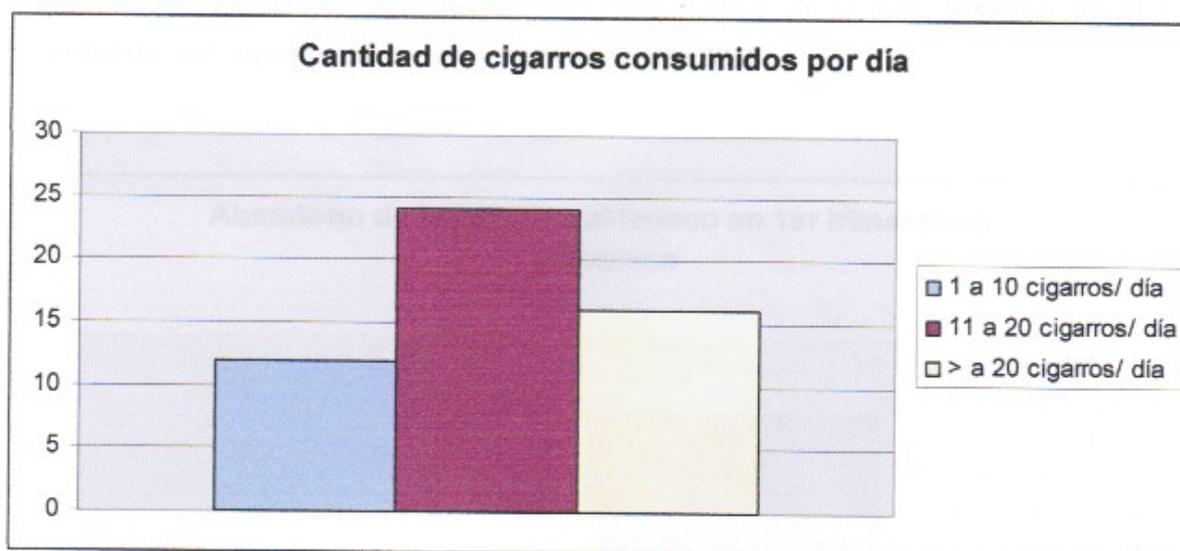
Un 63% de las embarazadas fuma hace menos de 5 años

**Tabla N° 9: Distribución según cantidad de cigarros consumidos por día de las embarazadas fumadoras que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**

CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS/ DÍA	FA	FR %
1 a 10 cigarros/ día	12	23
11 a 20 cigarros/ día	24	46
> a 20 cigarros/ día	16	31
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfico N° 9: Distribución según cantidad de cigarros consumidos por día de las embarazadas fumadoras que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**



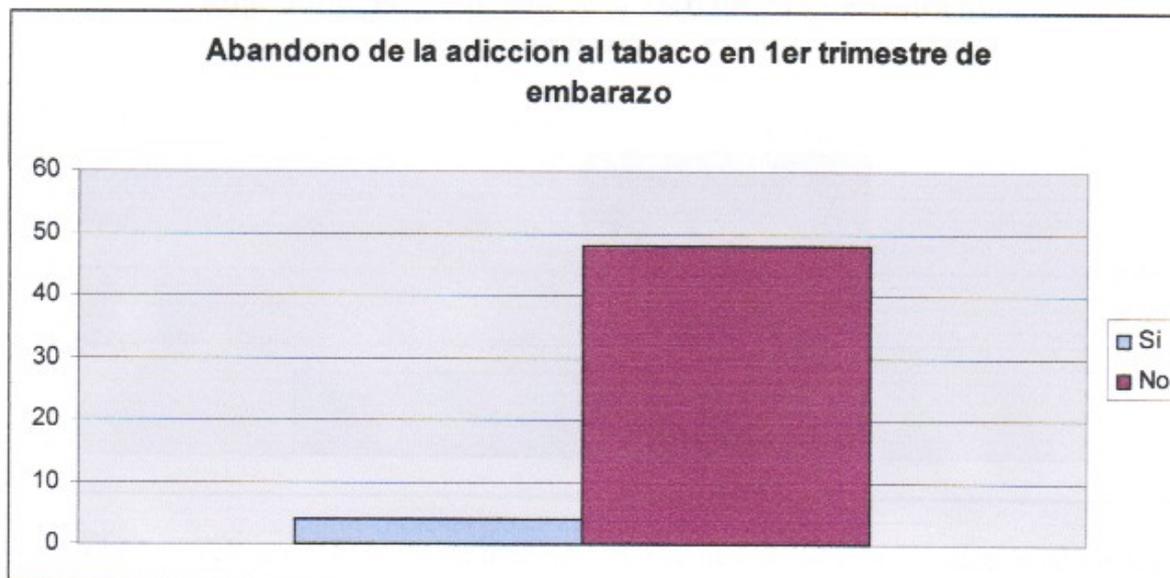
El 46 % de las embarazadas fuma 11 a 20 cigarros por día

**Tabla N°10: Distribución según el abandono de la adicción al tabaco durante el primer trimestre, de las embarazadas fumadoras que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**

Abandono de la Adicción al tabaco en 1er trimestre de embarazo	FA	FR %
Si	4	8
No	48	92
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfica N°10: Distribución según el abandono de la adicción al tabaco durante el primer trimestre, de las embarazadas fumadoras que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**



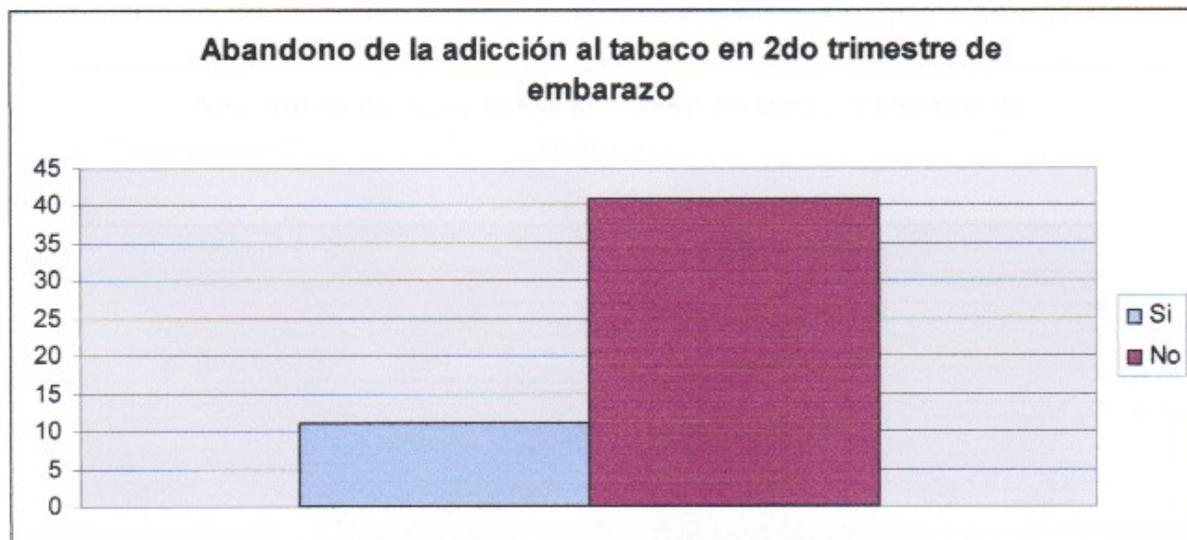
De la presente variable podemos destacar que tan sólo un 4 de las embarazadas fumadoras abandonan la adicción al tabaco, durante el primer trimestre de embarazo.

**Tabla N°11: Distribución según el abandono de la adicción al tabaco durante el segundo trimestre, de las embarazadas fumadoras que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**

Abandono de la Adicción al tabaco en 2do trimestre	FA	FR %
SI	11	21
NO	41	79
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfica N°11: Distribución según el abandono de la adicción al tabaco durante el segundo trimestre, de las embarazadas fumadoras que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**



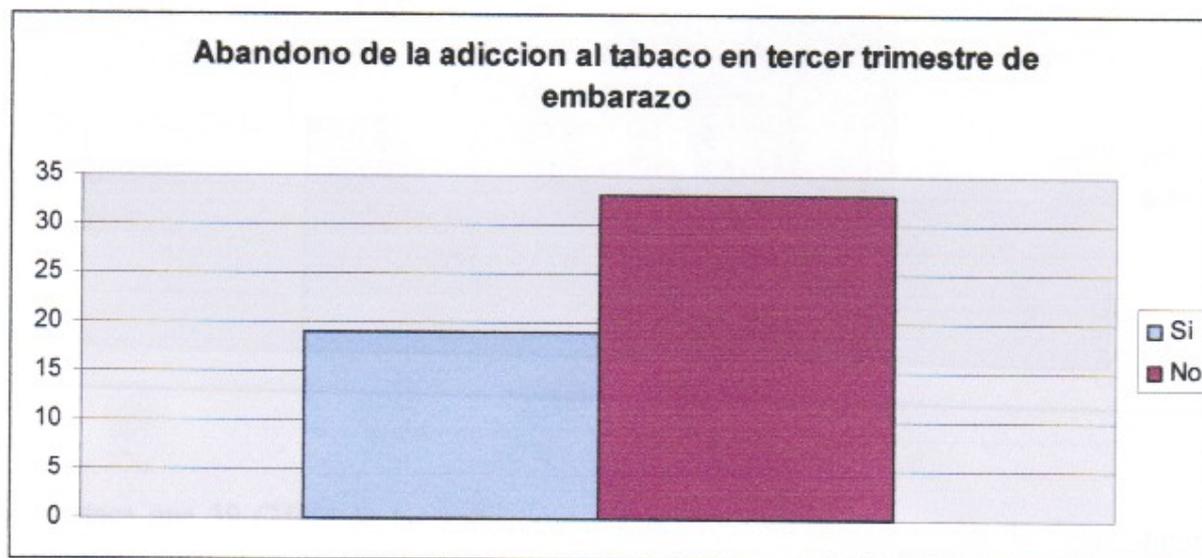
Esta variable revela que 11 de las embarazadas fumadoras abandonan la adicción al tabaco en el segundo trimestre de embarazo.

**Tabla N° 12: Distribución según el abandono de la adicción al tabaco durante el tercer trimestre, de las embarazadas fumadoras que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**

Abandono de la adicción al tabaco en 3er trimestre de embarazo	FA	FR %
Si	13	25
No	39	75
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfico N°12: Distribución según el abandono de la adicción al tabaco durante el tercer trimestre, de las embarazadas fumadoras que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**



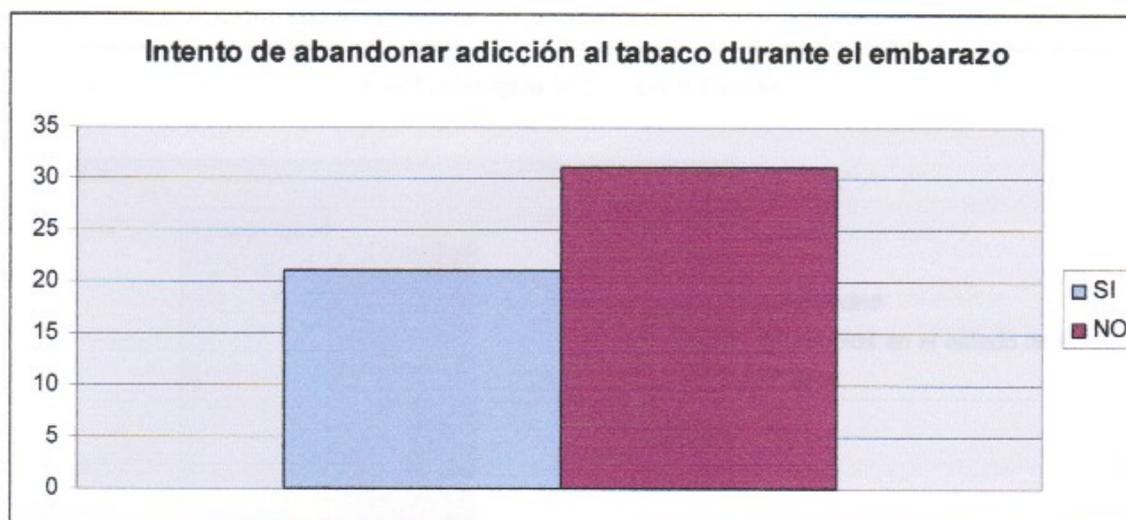
En este grafico se destaca que 39 embarazadas fumadoras continúan con la adicción al tabaco durante toda la gestación.

**Tabla N°13: Distribución de intento de abandonar adicción al tabaco durante el embarazo en las usuarias que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**

Intento de abandonar adicción al tabaco durante el embarazo	FA	FR %
SI	13	25
NO	39	75
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfico N°13: Distribución de intento de abandonar adicción al tabaco durante el embarazo en las usuarias que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero a marzo de 2010)**



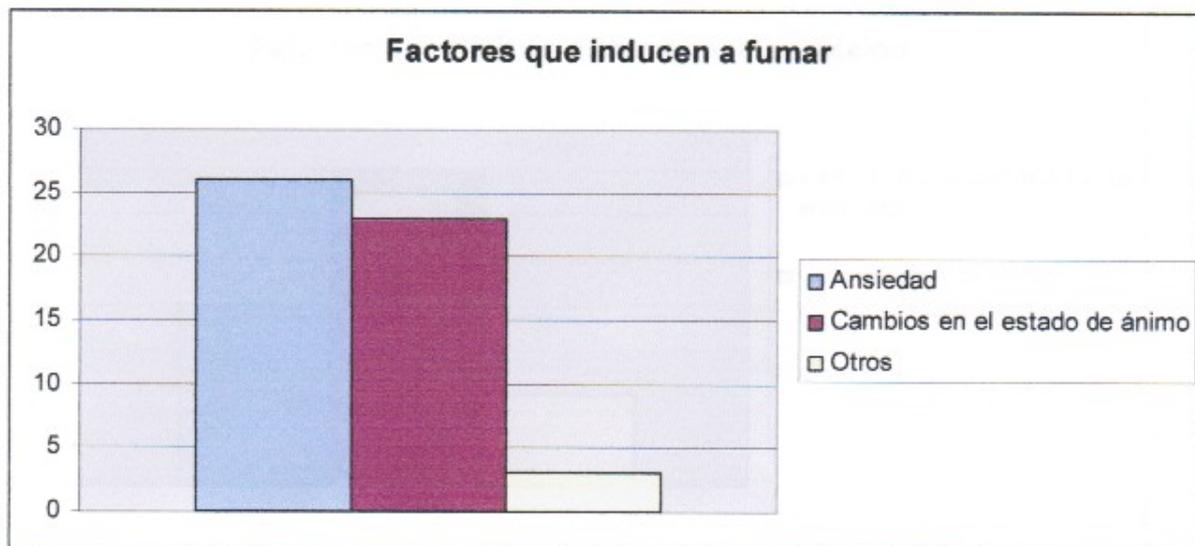
Se destaca que 39 (75%) de las embarazadas fumadoras no intentan dejar de fumar durante la gestación.

**Tabla N° 14: Distribución según los factores que inducen a fumar en las embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero de marzo de 2010)**

Factores que inducen a fumar	FA	FR %
Ansiedad	26	50
Cambios en el estado de ánimo	23	44
Otros	3	6
Total	52	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país

**Gráfico N °14: Distribución según los factores que inducen a fumar en las embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero de marzo de 2010)**

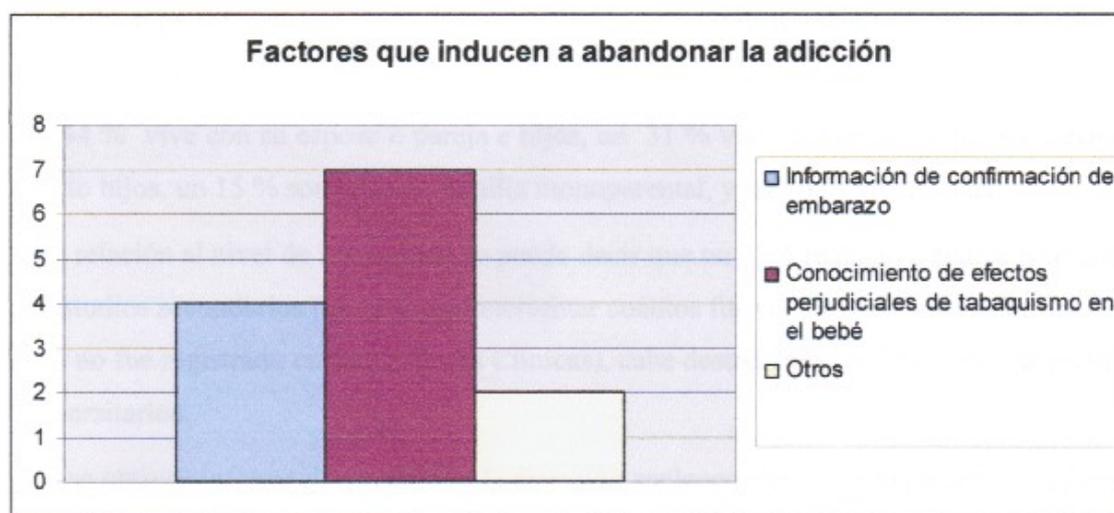


Se observa que la ansiedad corresponde a un 50 % de las embarazadas fumadoras.

**Gráfico N° 15: Distribución según los factores que inducen a abandonar la adicción en las embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario del interior (período enero de marzo de 2010)**

Factores que inducen a abandonar la adicción	FA	FR %
Información de confirmación de embarazo	4	31
Conocimiento de efectos perjudiciales de tabaquismo en el bebé	7	54
Otros	2	15
TOTAL	13	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro Hospitalario del Interior del país



Se destaca que 54 % de las embarazadas fumadoras abandonan la adicción luego de conocer los efectos perjudiciales del tabaquismo en el bebé

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de marzo de 2010, 112 usuarias asistieron al control prenatal en un Centro Hospitalario del interior del país, el universo de esta investigación está conformado por las 112 Historias Clínicas de dichas usuarias.

El presente análisis comienza con la caracterización de la población abordada, de forma de obtener un perfil de la misma, cumpliendo con uno de los objetivos planteados.

La muestra está conformada por 52 Historias Clínicas de usuarias embarazadas fumadoras que concurren al control prenatal al Centro Hospitalario en el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de marzo de 2010; a las mismas se les aplica el instrumento para la recolección de información. Por lo anteriormente expuesto se revela que un 46 % de las usuarias embarazadas fuman, se considera preocupante este alto porcentaje.

Con respecto a las edades: un 25 % se encuentran en edades comprendidas entre los 15 a los 19 años, un 67% entre los 20 a los 34 años y un 8% entre 35 a 44 años. El rango de edad entre los 20 y los 34 años corresponde a casi la totalidad de la vida reproductiva de la mujer.

Un 92 % de las usuarias pertenecen al departamento de Maldonado.

Con respecto al estado civil, un 48% mantienen una unión estable, 27 %son solteras y 25 % de ellas son casadas

Un 44 % vive con su esposo o pareja e hijos, un 31 % vive con esposo o pareja aunque aún no ha tenido hijos, un 15 % son jefas de familia monoparental, y un 10 % viven solas.

Con relación al nivel de instrucción se puede decir que un 37% realizan estudios primarios, y un 63 % estudios secundarios (no se logra determinar cuántos fueron los años aprobados dado que este dato no fue registrado en las Historias Clínicas), cabe destacar que ninguna usuaria realiza estudios universitarios.

No se obtiene información acerca de la situación socioeconómica de la usuaria y su familia, dado que no se halla registro al respecto en las Historias Clínicas ni en los registros de SIP. Estos datos son de suma importancia para conocer el medio socio-económico en que está inserta la usuaria y su familia; así como identificar los factores condicionantes o determinantes de la salud de ellas. Según la OMS, el 74% de todos los cigarrillos se consumen en países de bajo-medio nivel de ingresos.

Con respecto a la ocupación un 31 % poseen un empleo estable, un 21 % un empleo inestable (trabajos esporádicos), un 23 % es ama de casa y un 11 % es estudiante.

Un 38 % planifica su embarazo mientras que el 62 % de las usuarias cursan embarazos no

planificados. Esto revela que posiblemente una de las razones del no abandono del tabaco por parte de las embarazadas, sea el embarazo no deseado.

El abandono de la adicción al tabaco en el primer trimestre de embarazo es de un 8% de las usuarias, mientras que en el segundo trimestre fue de un 21% y en el tercer trimestre de embarazo fue de un 25 %. Se considera que es escaso este porcentaje dado que un 75 % de embarazadas continúan fumando en el tercer trimestre.

Al contrastar los datos de la presente investigación con los obtenidos en un estudio de la NHI realizado a 716 mujeres embarazadas en Uruguay, el cual revela que un 18 % de las mujeres embarazadas continúan fumando durante el embarazo, se destaca de esta investigación la elevada tasa de mujeres que mantienen la adicción al tabaco durante la gestación (25%).

Con respecto al tiempo de fumadora de las usuarias: un 63 % hace menos de 5 años que fuma, un 20 % tienen menos de 10 años fumando y un 17 % son fumadoras hace más de 10 años.

Un 23 % de las usuarias fuman de 1 a 10 cigarrillos por día, 46 % fuman de 11 a 20 cigarrillos diariamente y 31 % > de 20 cigarrillos por día. La OMS considera como fumador a una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

Muchas mujeres se consideran a sí mismas adictas y sienten rechazo a fumar, los cigarrillos producen efectos físicos, psicológicos (manejo de los estados de ánimo) y sociales que hacen que sigan fumando. La ausencia del conocimiento acerca de los peligros de fumar para la salud, aunque no es una razón fundamental, puede no obstante contribuir a que algunas mujeres fumen. Además se debe recordar las propiedades adictivas de la nicotina.

La presente investigación revela que los factores que inducen a fumar en las gestantes son: la ansiedad en un 50 %, los cambios de estado de ánimo 44 % y otros factores 6 %.

Si la mujer deja de fumar al quedar embarazada, los riesgos de desarrollar alguna patología son idénticos a los de una no fumadora. Aguirre refiere que si todas las mujeres renunciasen a fumar durante el embarazo el número de muertes fetales y de lactantes disminuiría en aproximadamente un 10%. Así mismo, las mujeres que dejan de fumar antes del embarazo o durante los 3 o 4 primeros meses reducen el riesgo de tener un bebé de peso bajo al nacer igual al de las mujeres que nunca han fumado.

Según los datos obtenidos, los factores que inducen a abandonar la adicción son: el conocimiento de los efectos perjudiciales del tabaquismo en el bebé en un 54%, información de confirmación del embarazo en un 31 % y otros factores un 15%.

La motivación y el deseo de protección al hijo constituyen herramientas fundamentales del equipo de salud para lograr el cese de la adicción.

Es más probable que las embarazadas continúen fumando si sus apoyos sociales significativos también fuman. Algunos de estos beneficios, tales como el manejo del estado de ánimo, son especialmente relevantes para ellas.

Los programas asistenciales para embarazadas deberían tener en cuenta sus necesidades específicas. Una intervención de tabaquismo dirigida a las mismas debería ofrecer apoyo terapéutico farmacológico y conductual, combinado con enfoques específicos de género tales como la gestión del propio estilo de vida, y estrategias de manejo del estrés.

El apoyo social debe ser un componente básico en los programas para dejar de fumar dirigidos a las embarazadas. Las mujeres obtienen porcentajes de eficacia más bajas en intervenciones para dejar de fumar con farmacoterapia y en tratamientos educativos que en intervenciones conductuales o de psicoterapia. El apoyo social en forma de asistencia de grupo o individual para dejar de fumar y el apoyo posterior de otras personas relevantes (esposo, hijos, amigos) para mantener la abstinencia, es un componente especialmente indicado para las mismas.

## CONCLUSIONES

Los objetivos planteados han sido alcanzados en su amplia mayoría, se ha logrado caracterizar la población según las variables seleccionadas, así como también se han identificado los factores psicosociales que influyen en la embarazada fumadora, a continuar o no con dicha adicción al tabaco a lo largo del embarazo.

Dado que la fuente de información en la presente investigación son las Historias Clínicas y el registro SIP del CLAP y no las usuarias, la variable situación socioeconómica no ha sido posible abordar globalmente porque no se hallan datos al respecto en las mismas.

Esta investigación aporta que: un gran porcentaje de las usuarias embarazadas fuman, el porcentaje de abandono de la adicción durante la gestación es de un 25%, considerando este porcentaje como escaso, dado que más de un tercio de las usuarias embarazadas continúa fumando durante todo el embarazo, esto constituye una grave amenaza para el binomio madre-feto.

De la información obtenida se concluye que los factores que inducen a fumar en las mujeres embarazadas son: la ansiedad en más mitad de los casos, y en un porcentaje algo menor los cambios de estado de ánimo.

En tanto que los factores que inducen a abandonar la adicción son: el conocimiento de los efectos perjudiciales del tabaquismo en el bebé en un 54% de los casos, en 31% de ellos la información de confirmación del embarazo y 15 % se debe a otros factores. La confirmación de información del embarazo está estrechamente relacionada con la motivación el cual es un factor fundamental para dejar de fumar y por lo cual el embarazo puede resultar un acontecimiento que refuerce o impulse esta intención de dejar de fumar.

Los graves efectos del tabaquismo materno en el feto y en el recién nacido, hacen de las mujeres en edad fértil, un grupo en el cual se debe hacer énfasis en la promoción y prevención de las complicaciones que genera el tabaquismo durante el embarazo, debiendo incidir de forma prioritaria las medidas destinadas al abandono de dicha adicción. Según la Asociación Médica Argentina el tabaquismo en la mujer ha aumentado un 200 % en Latinoamérica entre los 20 y los 50 años, y dado que este rango de edad representa casi el 100 % de la vida reproductiva de la mujer, se considera que se hace imperioso redoblar los esfuerzos para lograr disminuir este alto porcentaje de adicción en esta especial sub-población.

Los enfermeros profesionales deben identificar y aplicar las herramientas adecuadas para generar conductas que generen salud, especialmente en la mujer que atraviesa la particular etapa de la vida como es un embarazo, fomentar en las primeras semanas de gestación la necesidad de la mujer de proteger y cuidar fervientemente a su hijo constituyen los pilares de la motivación de abandonar una adicción como es el tabaquismo. De esta manera los enfermeros profesionales podrán sentirse

orgullosos de su disciplina y acercarse cada vez más al concepto que Peplau posee acerca de la enfermería cuando la define como “un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria.”

## SUGERENCIAS

- ❖ Promover la educación sanitaria en los centros de primer nivel de atención, tanto individual como colectiva, como fuente de obtención de información oportuna, concisa, clara y accesible sobre los efectos perjudiciales que implica el tabaquismo haciendo énfasis en ésta adicción durante el embarazo.
- ❖ Identificar precozmente todas las gestantes fumadoras que asisten a control prenatal.
- ❖ Derivación oportuna de las usuarias embarazadas fumadoras a los grupos de cesación tabáquica.
- ❖ Sensibilización acerca de la importancia de un embarazo sin adicciones en todos los controles prenatales.
- ❖ Sensibilizar al equipo de salud y a las estudiantes acerca de esta adicción ya que en un futuro la gran mayoría cursarán un embarazo.
- ❖ Promover la capacitación de los integrantes del equipo de salud para brindar una atención oportuna.
- ❖ Enfermería profesional debe contribuir en la elaboración de programas desde el primer nivel de atención, con un enfoque biosicosociocultural, generando así una línea de acción sólida y permanente, mejorando la atención que se le brinda a mujeres embarazadas.
- ❖ Realizar actividades extramuro, promoviendo la participación comunitaria de grupos de trabajo, familia, instituciones barriales, centros educativos.

## BIBLIOGRAFÍA

Aguirre C.; Tabaquismo durante el embarazo: efectos en la salud respiratoria infantil. 23(3):173-178. Revista chilena de enfermería. Enfermedades respiratorias, sep. 2007.

Canales, F.H de. Metodología de la Investigación. Washington. Organización Panamericana de la Salud. 1994

Cano Vindel A. Psicología de las Drogodependencias. Universidad Complutense de Madrid. 2003.

Coutinho Sento C., Amorim, W. de. Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da mulher, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Ed. port.,vol.5, no.1, p.1-18. fev. 2009.

Escohotado, A. Historia General de las Drogas. Mexico: Espasa Calpe;1999

González Ordi, H. e Iruarrizaga, M. Características de los principales tipos de drogas. Madrid: Espasa Calpe;1993

Potter, P. Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. Vol. 1 y 2. Madrid: Harcourt Brace Interamericana; 1999.

Rodríguez, P.; Hernández, J.; Reyes, A. Bajo peso al nacer: algunos factores asociados a la madre. Fuente: Rev. Cuba. obstet. ginecol;32(3), tab. sep.-dic. 2006.

Ruiz, MJ, Nerín, I. Tabaco y embarazo. Rev Prevención Tabaquismo 5: 10-1. 1996.

Sánchez-Zamorano, L.; Téllez-Rojo, M; Hernández-Avila, M.Efecto del tabaquismo durante el embarazo sobre la antropometría al nacimiento. Salud pública Méx;46(6):529-533, nov.-dic. 2004.

Schwarz, R, Obstetricia. Modificaciones de la anatomía y fisiología materna producidas por el embarazo. Capítulo 4 Pág. 47-73. Argentina: El Ateneo. 2003.

Vázquez FI., Becoña, E. ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? Madrid: Psicothema; 1998.

### Páginas web consultadas

<http://www.ops-oms.org.uy> (fecha de acceso agosto de 2009)

<http://www.ama-med.org.ar> ( fecha de acceso agosto 2009)

<http://www.urucan.org.uy> (fecha de acceso en agosto de 2009)

<http://www.cancer.gov/cspañol> (fecha de acceso en agosto de 2009)

<http://www.ops-oms.org.uy> (Fecha de acceso: setiembre de 2009)

<http://www.ops-oms.org.uy> (fecha de acceso agosto de 2009)

<http://www.who.int/bulletin/volumes> (fecha de acceso agosto de 2010)

**Conferencias**

Alma Ata, Urss, 6-12 de setiembre 1978. Informe Ginebra: OMS; 1978

**Material docente**

Material editado por Facultad de Enfermería. (Plan de Estudio) Montevideo, 1993

# Anexo I

# PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

## INTRODUCCION

El presente trabajo es fruto de la labor de investigación llevada a cabo como requisito final de la carrera Licenciatura en Enfermería (correspondiente a la exigencias curriculares del Cuarto Ciclo, Primer Módulo) Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

El mismo está enmarcado en la Cátedra de Salud Mental de nuestra Casa de Estudios, y es llevada a cabo por cinco estudiantes contando con la tutoría de docentes de la mencionada Cátedra.

El objetivo general en la presente investigación es: identificar los factores psicosociales que influyen en la embarazada fumadora a continuar o a abandonar la adicción al tabaco durante el embarazo.

Se considera sumamente importante esta temática debido a la alta tasa de mujeres tabaquistas en el país y a los efectos perjudiciales del tabaco durante el embarazo.

Dado el grave problema que genera el tabaquismo en la embarazada como amenaza para el binomio madre-feto, se debe insistir en este tema desde la investigación y educación preventivas en este especial grupo poblacional.

El tema elegido ha ofrecido diversas dificultades en su abordaje por su complejidad; la cual no ha hecho sino potenciar los esfuerzo para lograr adquirir las herramientas con el fin de llevar a buen puerto esta investigación.

En cuanto a la metodología utilizada en la investigación se puede decir que el tipo de estudio es descriptivo, de corte transversal, cuyo universo lo conforman todas las Historias Clínicas de las embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el período entre 1 de enero y el 31 de marzo de 2010. La muestra está conformada por todas las Historias Clínicas de usuarias fumadoras que concurren al control prenatal en el mismo período.

Las variables seleccionadas para dicha investigación son: edad, estado civil, procedencia, núcleo familiar, ocupación, nivel de instrucción, nivel socio económico, planificación familiar, tiempo de fumadora, números de cigarrillos por día, factores que inducen a fumar, factores que inducen a abandonar la adicción durante el embarazo.

Para recabar la información se confecciona un instrumento que se aplica durante la revisión de las Historias Clínicas. El resultado obtenido es plasmado mediante el uso de frecuencias relativas porcentuales y la expresión será en gráficos.

Es muy importante garantizar los aspectos éticos en una investigación por lo cual es necesario

manejarse respetando la confidencialidad y anonimato, asimismo absteniéndonos de realizar juicios de valor.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en la embarazada fumadora a continuar o abandonar con la adicción al tabaquismo, según datos obtenidos de la revisión de Historias Clínicas de usuarias que concurren al control prenatal en un Centro de Atención en el período de tiempo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de marzo de 2010?

## JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el tabaquismo constituye la gran pandemia del siglo XXI. Según datos actuales se establece que el tabaquismo es el principal factor de riesgo de muerte por cáncer constituyendo alrededor del 30% de todas las defunciones. Actualmente en el mundo mueren 5 millones de personas al año por esta causa y si continúan las tendencias actuales, se calcula que para el año 2025 ese número se duplicará, ocurriendo 70% de esas muertes en países subdesarrollados (1).

En Latinoamérica, el tabaquismo en la mujer ha aumentado un 200%. Entre los 20 y 50 años la mujer fuma más que el hombre, trayendo esto aparejado un aumento en las complicaciones materno fetales, ya que este rango de edad representa casi el 100% de la vida reproductiva de la mujer. (2).

En el país, la mortalidad por cáncer atribuible al tabaquismo es de 2.500 muertes por año. La principal causa de muerte es el cáncer de pulmón, responsable de tres defunciones diarias (3) Para tener una idea de la magnitud del problema, se puede comparar con las 400 muertes anuales por accidentes, o las 120 por SIDA.

De acuerdo con un estudio de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de los Estados Unidos, las tasas de consumo de tabaco durante el embarazo, así como la exposición de mujeres embarazadas y de sus niños al humo de tabaco en el ambiente constituyen amenazas significativas para la salud en varios países de ingresos medios y bajos.(4)

Este estudio es el primero que evalúa el consumo de tabaco entre mujeres embarazadas, y así fue como alrededor de 8.000 mujeres embarazadas participaron en la encuesta en cinco sitios de América Latina (Argentina, Uruguay, Ecuador, Brasil y Guatemala), dos sitios de África (Zambia y la República Democrática del Congo) y tres sitios de Asia (dos en India y uno en Pakistán).

La encuesta se fijó en el consumo de productos de tabaco entre mujeres embarazadas, sus percepciones de la aceptación social del consumo de tabaco entre mujeres, y en la exposición al humo de tabaco en el ambiente que han experimentado ellas y sus niños.

Las mujeres embarazadas constituyen una población con prioridad para los esfuerzos de prevención contra el tabaco, porque el consumo de tabaco presenta riesgos graves para la salud del feto y de la madre.

(1) <http://www.ops-oms.org.uy> (fecha de acceso agosto de 2009)

(3) <http://www.ama-med.org.ar> ( fecha de acceso agosto 2009)

(3) <http://www.urucan.org.uy> (fecha de acceso en agosto de 2009)

(4) <http://www.cancer.gov/español> (fecha de acceso en agosto de 2009)

En las naciones estudiadas (detalladas anteriormente) los investigadores encontraron que un 18% de las mujeres embarazadas fumaban cigarrillos, y la mitad estaban expuestas regularmente al humo de tabaco en el ambiente como fumadoras pasivas.

De los diez sitios del estudio, Uruguay y Argentina tuvieron los niveles más altos de consumo de tabaco durante el embarazo (18% y 10% respectivamente). Si bien los otros tres lugares de América Latina reportaron que menos mujeres fumaban durante el embarazo, todos tuvieron números altos de encuestadas que habían probado fumar cigarrillos por lo menos una vez.

La encuesta se realizó sobre 1512 mujeres embarazadas, de 18 años o mayores (796 en Argentina; 716 en Uruguay), quienes concurrían a control prenatal en hospitales públicos.

El 44% de las mujeres argentinas y el 53% de las uruguayas habían sido o eran fumadoras. Durante el embarazo, el 11% de las mujeres de Argentina y el 18% de las del país continuaron fumando. En ambos países, la proporción de mujeres que vive con fumadores permite fumar en el hogar y regularmente o siempre se encuentra en lugares cerrados con personas que estén fumando.

De acuerdo a todo lo expuesto anteriormente, se revela que el tabaquismo es una delicada problemática que afecta a gran parte de la sociedad actual, no escapando a esta, las mujeres embarazadas.

Los graves efectos del tabaquismo materno en el feto y recién nacido, hacen de las mujeres en edad fértil uno de los grupos sobre los que deben incidir de forma prioritaria las medidas destinadas a la prevención del tabaquismo. Todas las mujeres embarazadas deberían ser informadas sobre los efectos negativos que el tabaco ocasionará en su futuro hijo si permanecen con la adicción al tabaco durante la gestación y motivarlas para que abandonen dicha adicción.

Con este estudio se pretende indagar acerca de los factores psicosociales en la adicción al tabaco; así como también investigar acerca de la importancia que tiene la conducta que adopten las usuarias embarazadas frente a la misma.

Se considera que esta investigación es viable, ya que se poseen los conocimientos necesarios para el abordaje de la misma, y la guía metodológica de los docentes tutores a cargo.

## **Objetivo General:**

Identificar los factores psicosociales que influyen en la embarazada fumadora que concurre a control prenatal al Centro Hospitalario en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2010 a continuar o no con la adicción al tabaco a lo largo del embarazo.

## **Objetivos Específicos:**

- Caracterizar la población de estudio según edad, trimestre de embarazo, tiempo de fumadora, número de cigarrillos que fuma diariamente.
- Identificar los factores de riesgo psicosocial presentes en la población de estudio (embarazo adolescente, medio socioeconómico deficitario, entre otros)
- Identificar si la usuaria ha intentado dejar la adicción al tabaco.

## METODOLOGIA

### **Tipo de Estudio:**

El estudio a realizar es descriptivo, de corte transversal.

### **Área de Estudio:**

**Universo:** todas las Historias Clínicas de las embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Hospitalario en el período entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2010.

**Muestra:** todas las Historias Clínicas de usuarias fumadoras que concurren al control prenatal al Centro Hospitalario en el período entre 1 de enero y el 31 de marzo de 2010.

### **Instrumento para la recolección de datos:**

Para la recolección de datos se confecciona un instrumento que se aplica durante la revisión de Historias Clínicas de usuarias fumadoras que concurren al control prenatal al Centro Hospitalario en el período comprendido entre 1 de enero y el 31 de marzo de 2010.

### **Criterios de inclusión:**

- Historias Clínicas de embarazadas fumadoras que concurren al control prenatal del Centro Hospitalario.

### **Criterios de exclusión:**

- Historias Clínicas de embarazadas no fumadoras que concurren al control prenatal Centro Hospitalario.

Además de las Historias Clínicas, se utiliza como fuente de información el registro SIP del CIAP dado que el Centro Asistencial posee un registro detallado que brinda información acerca de la embarazada, adicciones, entre otros aspectos relevantes durante la gestación.

## **Variables**

### **1- Edad.**

- Definición conceptual: período de tiempo transcurrido en años desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.
- Definición operativa: Cuantitativa continúa ordinal.
- Categoría: 15-19 años, 20-34 años, 35-44 años

### **2- Procedencia**

- Definición conceptual: hecho de proceder alguien de un determinado lugar, persona o grupo.
- Definición operativa: cualitativa, nominal.
- Categorías: Maldonado, otros.

### **3- Estado civil**

- Definición conceptual: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. El estado civil de una persona puede ser: soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre.
- Definición operativa: cualitativa nominal.
- Categoría: casada, unión estable, soltera

### **4- Núcleo familiar**

Definición conceptual: según el INE se define como la unidad jerárquica intermedia entre el residente y la familia. La idea de núcleo familiar corresponde a una concepción restringida de la familia, limitada a los vínculos de parentesco más estrechos.

Definición operativa: cualitativa, nominal

Categorías: vive sola, matrimonio o pareja sin hijos, matrimonio o pareja con hijos, madre con uno o más hijos (familia monoparental).

## **5- Ocupación**

- **Definición conceptual:** situación de trabajo en la cual se desempeña un individuo. Conjunto de conocimientos teóricos, habilidades, destrezas y actitudes que son aplicados por el trabajador en el desempeño de su ocupación o cargo.
- **Definición operativa:** cualitativa, nominal.
- **Categoría:** empleo estable, empleo inestable, ama de casa, estudiante, desocupada.

## **6- Nivel de instrucción**

- **Definición conceptual:** es el grado de escolarización alcanzado por la persona según el sistema educativo del país
- **Definición operativa:** cualitativa, ordinal
- **Categoría:** analfabeto, primaria, secundaria, estudios universitarios.

## **7- Nivel socio económico.**

- **Definición conceptual:** situación socioeconómica: es la capacidad que tiene una persona de generar ingresos económicos.
- **Definición Operacional:** cualitativa continua
- **Categoría:** ingresos < \$3000, entre \$3000 y \$6000, entre \$6000 y \$12000, > \$12000.

**8- Planificación familiar** es el conjunto de prácticas -que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores- orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales. Este control o planificación puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos- el momento y las circunstancias -sociales, económicas y personales- en las que se desea tenerlos. También se incluye dentro de la planificación familiar la educación sexual, la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la concepción y durante el embarazo, así como el tratamiento de la infertilidad mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

**Definición operacional:** cualitativa nominal

Categoría: sí, no

### **9- Tiempo de fumadora**

- Definición conceptual: tiempo transcurrido en años desde la experimentación inicial de tabaco hasta el momento actual.

- Definición operacional: cuantitativa, continua

- Categoría: < 5 años, < 10 años, > 10 años

### **10-Números de cigarros consumidos por día.**

- Definición conceptual: cantidad de cigarrillos que fuma diariamente

- Definición operacional: cuantitativa, discreta

-Categoría:1-10 cigarrillos, 11-20 cigarrillos, > 20 cigarros

### **11- Intento de abandonar la adicción**

-Definición operacional: cualitativa, nominal

-Categoría: sí, no

### **12-Factores que inducen a fumar:**

Definición conceptual: se refiere a aquellos factores que inducen a fumar

Definición operacional: cualitativa, discreta

Categorías: Ansiedad

Cambios en el estado de ánimo

Otros

### **13-Factores que inducen a abandonar la adicción**

Definición conceptual: se refiere a aquellos factores que poseen influencia en el hecho de abandonar la adicción

Definición operacional: cualitativa, discreta

Categorías:

-Conocimiento de los efectos perjudiciales del tabaco en el feto (bajo peso al nacer, parto

premature, mayor incidencia de malformaciones fetales, entre otros)

- Confirmación de embarazo

- Otros

## **PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS EN LAS INVESTIGACIONES.**

La revisión de Historias Clínicas se realiza respetando la confidencialidad de los datos obtenidos de las mismas, así como también se respeta la intimidad, anonimato y no se emiten juicios de valor.

## **LOS RECURSOS NECESARIOS**

- **RECURSOS HUMANOS:**

El trabajo de investigación será realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

- **RECURSO INSTITUCIONAL.**

Es considerado el Centro Hospitalario, como centro de referencia para la obtención de los datos necesarios para la ejecución de la investigación.

- RECURSOS FINANCIEROS

La financiación del proyecto provendrá de los cinco estudiantes.

RUBRO	CANTIDAD	DETALLE	TOTAL
<b>EQUIPOS</b>			
Computadora	2		
Impresiones (cartuchos)	4	2 color y 2 blanco y negro	\$ 850
Teléfonos	5	Llamadas y conexión Internet	\$ 1500
<b>MATERIALES</b>			
Fotocopias	250	\$ 1,5 c/u	\$ 375
Lapiceras	5	\$ 5 c/u	\$ 25
Encuadernación	7	\$ 50 c/u	\$350
Hojas	500	1 resma A4	\$250
CD	5	\$ 20 c/u	\$100
Carpetas	7	\$ 15 c/u	\$ 105
<b>LOCOMOCIÓN</b>			
Boletos urbanos	128	\$ 17c/u	\$2176
		<b>TOTAL.</b>	<b>\$ 5731</b>

# **ANEXO II**

# PRUEBA DE VALIDACION

## 1-Edad

## 2-Estado civil

Casada:

Soltera:

Unión estable

## 3-Procedencia:

Maldonado

Otros

## 4-Núcleo familiar:

Vive sola

Matrimonio o pareja sin hijos

Matrimonio o pareja con hijos

Jefe de familia monoparental

## 5-Ocupación:

Ama de casa

Fijo

Trabajos esporádicos

Desocupada

Estudiante

**6-Nivel de instrucción**

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Universitaria

**7-Nivel socioeconómico:**

Menor a \$3000

Entre \$3000-6000

Entre \$6000-12000

Mayor a \$12000

**8-Embarazo planificado:**

Si

No

**9-Tiempo de fumadora:**

Menor a 5 años

Menor a 10 años

Mayor a 10 años

**10-Número de cigarros al día:**

1 a 10 cigarros/día

11 a 20 cigarros/día

Mayor a 20 cigarros/día

**11- Ha intentado dejar de fumar**

Si

No

**12-Factores que inducen a fumar:**

Ansiedad

Cambios en el estado de ánimo

Otros

**13-Factores que inducen a abandonar la adicción:**

Conocimiento de los efectos perjudiciales del tabaco en el feto (bajo peso al nacer, parto prematuro, mayor incidencia de malformaciones fetales, entre otros)

- Confirmación de embarazo

- Otros

Montevideo, 16 de agosto de 2010

**Hospital Departamental de Maldonado**

Directora Dr. Carlos Olivet

De nuestra mayor consideración

Por la presente nos dirigimos a Ud. con el fin de solicitar autorización para que los siguientes estudiantes:

Arburúas Carolina

Collazo Candelaria

Espalter Ivanna

Montfalcón Marcelo

Nieves Patricia

que se encuentran finalizando la Licenciatura en Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República, puedan realizar la recolección de datos que les permitan llevar a cabo el trabajo de investigación final, Titulado "¿Qué factores influyen en la embarazada fumadora a continuar y/o abandonar la adicción al tabaco?".

Se adjunta protocolo de investigación, el cual está aprobado académicamente y desde el punto de vista ético por los tutores. Sin más que agregar y en espera de una respuesta favorable.

Saludan atentamente.

.....

.....

Prof. Adj. Mg. Álvaro Díaz

Prof. Adj. Lic.Esp. Margarita Garay