



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD MENTAL

COMPORTAMIENTO DE MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE FRENTE AL TABAQUISMO

Autores:

Olivera, Yoseline
Orihuela, Tania
Pereira, Noelia
Rodríguez, Verónica
Rondán, Martín

Tutores:

Prof. Adj. Lic. Álvaro Díaz
Prof. Asist (S) Lic. Natacha Caraballo

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

Montevideo, 2006

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a la comisión directiva de CEPRODIH así como en particular a la Dra. Alma Fernández por permitirnos realizar nuestra investigación. A las mujeres albergadas en dicha institución por mostrar buena disposición.

A nuestros tutores.

A los profesionales que nos brindaron su experiencia y su apoyo:

Dra. Adriana Blanco

Lic. Enf. Pablo Beltrame

Prof. Estadística Rosa Espina

Prof. (IPA) Sociología Isabel Miraglia

A nuestra familia por el apoyo incondicional, el cariño y la comprensión

INDICE

RESUMEN	Pág. 1
INTRODUCCIÓN	Pág. 2
JUSTIFICACIÓN	Pág. 3
OBJETIVO GRAL Y ESPECIFICOS	Pág. 5
MARCO TEORICO	Pág. 6
DROGA	Pág. 6
- El consumo de droga	
- Uso	
- Abuso	
- Dependencia: - Física	
- Psíquica	
TABACO	Pág. 9
- Componentes del Tabaco..	
- Humo de tabaco ambiental	
- Conducta adictiva	
TABAQUISMO	Pág. 11
- ¿Es el tabaquismo una enfermedad?	
- Fumadores pasivos	
EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE TABACO A NIVEL MUNDIAL.....	Pág. 16
EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE TABACO EN LATINOAMÉRICA	Pág. 19
EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE TABACO EN URUGUAY	Pág. 19
HISTORIA DEL TABAQUISMO EN LA MUJER	Pág. 26
PORQUE COMIENZAN A FUMAR LAS MUJERES	Pág. 28
DAÑOS QUE PRODUCE EL TABAQUISMO EN LA SALUD DE LA MUJER	Pág. 30
COMPORTAMIENTO	Pág. 31
POBREZA	Pág. 32
SITUACIÓN DE CALLE	Pág. 32
DISEÑO METODOLOGICO	Pág. 33
TABLAS Y GRAFICAS	Pág. 37
ANÁLISIS	Pág. 50
CONCLUSIONES	Pág. 51
SUGERENCIAS	Pág. 53
BIBLIOGRAFÍA	Pág. 54
ANEXOS	Pág. 55

RESUMEN

La presente investigación fue realizada por un grupo de estudiantes de Licenciatura en Enfermería para la presentación de su Tesis Curricular.

El estudio busco conocer el comportamiento de mujeres en situación de calle frente al tabaquismo en la ciudad de Montevideo y la muestra fue relevada el día 17 de Octubre de 2006 en un refugio para dicho grupo de mujeres.

El tabaco es la segunda droga mas consumida entre los uruguayos, estadísticas de la Junta Nacional de Drogas reflejan que el 35,5% de las mujeres son fumadoras, destacándose que el 90% de la población femenina de los refugios en el periodo 2005 (plan invierno) es fumadora, cifra que supera ampliamente la media a nivel nacional.

Como objetivo general se planteo conocer las características del consumo de tabaco, como el comportamiento que presentan frente al mismo.

Para alcanzar dicho objetivo se planteo:

- Caracterizar la población de mujeres que concurren al refugio.(edad, situación laboral, percibe otros ingresos, nivel de instrucción, estado marital, cohabitan con sus hijos)
- Conocer la prevalencia del consumo de tabaco en un refugio.
- Conocer el comportamiento que tiene la población de mujeres que concurren al refugio frente al consumo.

El estudio es de tipo: cuantitativo, descriptivo, transversal, ya que se busco determinar la situación de las variables estudiadas en esta población, haciendo un corte en el tiempo.

Los datos se obtuvieron mediante una encuesta a través de una entrevista estructurada; utilizando como instrumento un formulario.

Del relevamiento de la información surge que las mujeres tienen una formación media incompleta, poseen una aproximación al conocimiento del tema, conocen la normativa vigente, y los perjuicios del consumo sobre ellas, sus familias y personas que las rodean, conociendo los riesgos.

Respecto del consumo, la mayor parte de las entrevistadas fuman desde hace más de dos años, todos los días, entre 1 y 10 cigarrillos diarios, esto denota que la propaganda en contra del consumo no hace impacto en estos grupos sociales.

Las causas del tabaquismo en estos grupos marginales son atribuidas a preocupación, nervios, ansiedad, miedo, a la soledad, a la desprotección, verificándose un estado de vulnerabilidad apto para el consumo.

Esta tesis es punto de partida para la elaboración de un plan de abordaje, específico y aplicable, en la que se trabaje con los factores que provocan la adicción , anteriormente expuestos.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación pertenece a un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería Universidad de la República cursando el cuarto ciclo del primer modulo de la Licenciatura en Enfermería.

El mismo tuvo como objetivo conocer el comportamiento de mujeres en situación de calle frente al tabaquismo.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo transversal ya que se pretendió determinar como era la situación de las variables, haciendo un corte en el tiempo.

El relevamiento de los datos se realizó en un refugio de la ciudad de Montevideo CEPRODIH (Centro de promoción de la dignidad humana), se tomo una muestra por conveniencia, la misma se extrajo el día 17 de octubre de 2006 de las mujeres fumadoras que se albergaban en el refugio.

Teniendo en cuenta que el tabaco es la segunda droga más consumida entre los uruguayos y según estadísticas de la Junta Nacional de Drogas reflejan que un 35,5% de las mujeres son fumadoras y destacándose además que el 90% de la población femenina de los refugios en el periodo 2005 (plan invierno) era fumadora. Consideramos relevante realizar dicha investigación dado que el consumo de tabaco en esta población se encuentra por encima de la media del consumo femenino de todo el país.

JUSTIFICACIÓN

La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece que el tabaquismo constituye la gran pandemia del siglo XX, hay 3 millones de muertes prematuras por año.

En los países desarrollados el consumo de tabaco ha comenzado a bajar en los últimos 30 años. Este descenso refleja una franca reducción del consumo en los hombres y un aumento en las mujeres. Esto último se ha traducido en un ascenso de las patologías tabaco - dependientes en la mujer y en particular el cáncer de pulmón, que ha superado en los EEUU (Estados Unidos) a la mortalidad por cáncer de mama.(1)

Por su parte, en los países en vías de desarrollo el consumo ha aumentado en los dos sexos y también en mayor proporción en mujeres.(2)

En Latinoamérica, el tabaquismo en la mujer ha aumentado un 200%. Entre los 20 y 50 años la mujer fuma mas que el hombre.(3)

El tabaco es la segunda droga mas consumida entre los uruguayos.

En Uruguay el 52,2% de las personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida y el 32,3% lo ha hecho en los últimos 30 días.

La edad de inicio promedio para el consumo de tabaco en nuestro país es de 13,3 años aunque a los 12 años ya el 20% ha experimentado el consumo, dándose un aumento en la precocidad del mismo; donde la población femenina presenta porcentajes superiores a la masculina ya sea en la experimentación como en el consumo habitual, confirmándose una notoria feminización del consumo de tabaco.(4)

De un estudio anterior realizado en el Barrio Lavalleja (Montevideo) sobre Tabaquismo y Pobreza se refleja la existencia de una marcada relación entre ambos creándose un círculo vicioso. (5)

De acuerdo a lo mencionado anteriormente el tabaco es una problemática que afecta a nuestro país, con un marcado aumento en la población femenina, es por eso que nosotros como enfermeros profesionales integrantes de un equipo interdisciplinario de salud nos interesa trabajar con mujeres en situación de calle debido a que el consumo de tabaco en las mismas está por encima de la media del consumo femenino de todo el país. Según estadísticas de la Junta Nacional de Drogas el consumo de tabaco en mujeres en nuestro país es de 35,5%; en comparación tomando como dato relevante que un 90% de la población femenina de los refugios en el periodo 2005 (plan invierno) era fumadora consideramos de suma relevancia conocer cuál es el comportamiento de dichas mujeres frente al consumo de tabaco (6). Considerando además que las mismas son vulnerables socialmente y económicamente.

Cabe mencionar aquí que el estado esta implementando políticas que apuntan a la erradicación del consumo de tabaco. (7)

Debemos resaltar entonces que la prevención, además del intrínseco contenido ético, siempre resulta más eficiente y también más económico que atender a los efectos últimos de cualquier problemática; dado que cuando la degradación y el deterioro han avanzado considerablemente; a menudo se transforman en irreparables.

Podemos decir que se pretende con este estudio conocer el comportamiento y las posturas que adopten frente al consumo, este grupo de mujeres, con el fin

de proponer la elaboración de un plan de abordaje específico y aplicable que ayude a prevenir el consumo y así minimizar riesgos para elevar la calidad de vida de la población.

- (1)(2)(3) Atlas de tabaquismo de la organización mundial de la salud.
- (4) Junta Nacional de Drogas. Drogas: más información menos riesgos, 3ª ed. Montevideo, 2004. p.34
- (5) Anexo1 Investigación Tabaquismo y Pobreza en el barrio Lavalleja
- (6) Anexo2 Informe de CEPRÓDIH
- (7) Anexo3 Decreto / Ley sobre Tabaquismo.

TEMA:

COMPORTAMIENTO DE MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE FRENTE AL TABAQUISMO

PROBLEMA:

CUAL ES EL COMPORTAMIENTO QUE PRESENTAN FRENTE AL CONSUMO DE TABACO UN GRUPO DE MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE QUE CONCURREN A UN REFUGIO DE MONTEVIDEO.

OBJETIVO GENERAL:

CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO, ASI COMO EL COMPORTAMIENTO QUE PRESENTAN FRENTE AL MISMO DICHO GRUPO DE MUJERES.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- CARACTERIZAR LA POBLACIÓN DE MUJERES QUE CONCURREN AL REFUGIO.(EDAD, SITUACION LABORAL, PERCIBE OTROS INGRESOS, NIVEL DE INSTRUCCIÓN, ESTADO MARITAL, COHABITAN CON SUS HIJOS)
- CONOCER LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN UN REFUGIO.
- CONOCER EL COMPORTAMIENTO QUE TIENE LA POBLACIÓN DE MUJERES QUE CONCURREN AL REFUGIO FRENTE AL CONSUMO.

MARCO TEORICO

DROGA

Una primera definición de drogas psicoactivas realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos permitirá tener una idea clara de lo que llamamos droga "Droga es toda sustancia de origen natural o sintético que al ser consumida alterará la fisiología del organismo".

Según otra definición "Droga será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o estado de ánimo". (Jaime Funes Arteaga).

El Consumo de las Drogas

Las drogas pueden consumirse por diversas vías:

- Fumada (como ocurre con el tabaco).
- Ingerida por vía oral (como el alcohol o las drogas de síntesis).
- Inhalada (como cocaína y los pegamentos).
- Inyectada (como la cocaína y heroína).

Aunque las relaciones con las drogas sean tantas y tan diversas como consumidores, convengamos al menos en la necesidad de establecer 3 tipos básicos: uso, abuso y dependencia.

Uso

Entendemos por uso, aquel tipo de consumo de drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias en el consumidor ni en su entorno. Se trata por lo tanto de un uso problemático. (8)

En la práctica es muy difícil definir un consumo como "uso", ya que son tantos los factores a considerar que lo que para el consumidor podría parecer un uso moderado, puede estar traspasando las fronteras del abuso para otro observador.

Es preciso, entonces, afinar la mirada antes de valorar como "uso" una determinada forma de consumo. No basta con fijarse en la frecuencia, porque podrían darse consumos esporádicos en los que el sujeto abusara rotundamente de la sustancia.

Tampoco podemos atender sólo a la cantidad, ya que podría haber consumos en apariencia no excesivos, pero repetidos con tanta frecuencia que podrían estar dando cuenta de una dependencia.

Es preciso también tener en cuenta el entorno del sujeto, puede tratarse de un consumo de drogas que, además de perjudicar al sujeto, afectara gravemente a terceros.

Abuso

Entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o entorno. (9)

El consumo de 10 cigarrillos por día podría ser considerado no excesivo. Sin embargo, cuando esta cantidad se consume con frecuencia diaria, puede favorecer la aparición de alteraciones respiratorias. Por otra parte, alguien podría consumir cocaína en una sola ocasión, pero hacerlo en tal cantidad desencadenara algún tipo de problema cardíaco. (10)

Puede que una mujer sea moderada en sus consumos habituales de alcohol y tabaco, pero si los mantiene durante el embarazo estará incurriendo en abuso. (11)

O sea que, más allá de ideas preconcebidas, en cada caso tenemos que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y la contexto personal y social en el que el consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de una situación de uso o de abuso.

Se ofrece aquí una pauta que puede ser útil para orientarnos inicialmente en cuanto a si se trata o no de un abuso abusivo.

Durante un período relativamente prolongado (un año), debería estar presente alguna de las siguientes manifestaciones:

- Complicaciones físicas y/o psíquicas relacionadas con el uso de la sustancia.
- Utilización repetida de una sustancia que conduce a una incapacidad para cumplir con las obligaciones.
- Utilización repetida de sustancias en situaciones cuyo uso puede comportar un peligro.
- Problemas judiciales ligados a la utilización de una sustancia.
- Problemas interpersonales o sociales persistentes o recurrentes causados o agravados por el uso de la sustancia.

Dependencia

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, podemos definir dependencia como aquella pauta de comportamiento en el que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas como más importantes. El consumo de drogas, que puede haber comenzado como una conducta esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse en una conducta de entorno a la cuál se organiza la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, para consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc. Para poder hablar de dependencia es una condición imprescindible la presencia de un síndrome de abstinencia cuando se suprime el uso de la sustancia.

El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones:

Dependencia Física

En este caso, el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad.

Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia que es característico de cada droga.

El concepto de dependencia física esta muy asociado al de tolerancia que hemos visto. Es el proceso que se da, por ejemplo, con el alcohol. En los primeros consumos afecta notablemente aún a dosis muy bajas. Sin embargo, si se supera esta fase y el consumo se hace habitual, el organismo se va adaptando a la sustancia como medida de protección. Conviene aclarar que no todas las drogas psicoactivas son capaces de generar dependencia física. La evidencia de este fenómeno es la instalación de un conjunto de síntomas y signos a nivel corporal como por ejemplo, temblores, diarrea, vómitos, dolores musculares, sudoración abundante, dolor de cabeza, fiebre, entre otros.(12)

Dependencia Psíquica

Esta se impone de manifiesto por la compulsión por consumir periódicamente la droga, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o para librarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc.).

La dependencia física se puede superar tras un periodo de desintoxicación que, en función de cada droga, se prolonga durante un tiempo determinado.

Es más complejo desactivar la dependencia psíquica, ya que requiere de cambios de conducta y emociones del sujeto que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, superar, el aburrimiento, afrontar la ansiedad, tolerar la frustración, establecer relaciones, etc.) sin necesidad de recurrir a las drogas.(13)

(8) Junta Nacional de Drogas, Drogas: más información menos riesgos, 3ª ed. Montevideo, 2004., p11

(9,10,11) Junta Nacional de Drogas, Drogas: más información menos riesgos, 3ª ed. Montevideo, 2004. p12

(12,13) Junta Nacional de Drogas, Drogas: más información menos riesgos, 3ª ed. Montevideo, 2004. p13-14

TABACO

El tabaco es una planta americana cuyo consumo aparece en grupos indígenas en forma habitual y en ceremonias, rituales dado las propiedades alucinógenas que le atribuían. También era consumido, curiosamente por los efectos supuestamente medicinales que se derivaban de la planta.

Se trata de una planta solanácea, la *Nicotina tabacum*, de cuyas hojas se obtienen distintas labores destinadas al consumo humano (cigarrillos, puros, picadura de pipa, rapé, tabaco de mascar, etc.). (14)

Componentes del Tabaco

El cigarrillo contiene una mezcla de alrededor de 4600 a 5000 sustancias.

Entre estos componentes se encuentran muchos conocidos por sus actividades tóxicas, mutágenas y carcinógenas, como compuestos inorgánicos tales como el arsénico (tóxico poderoso), níquel, cromo, cadmio, plomo, polonio 210 (sustancia radioactiva).

Además contiene acetona (solvente), naftilamina, metanol, pireno, dimetilnitrosamina, naftalina (anti polilla), nicotina (utilizada como herbicida e insecticida), monóxido de carbono (gas de los caños de escape), benzopireno, cloruro de vinilo (utilizado en los materiales plásticos) ácido clanhídrico (que fuera empleado en cámaras de gas), uretano, tolueno (solvente industrial), dibenzacridina, fenol, butano, DDT (insecticida).

La nicotina, es la que genera dependencia física y a largo plazo puede causar daño cardíaco.

Los alquitranes, residuos de la combustión, penetran en los pulmones e impiden el proceso natural de limpieza, lo que lleva al desarrollo de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

El monóxido de carbono se une a los glóbulos rojos impidiendo el transporte completo del oxígeno a todo el organismo.

Las Compañías Tabacaleras en el procesamiento de tabaco siguen agregando nuevas sustancias con el fin de potenciar la acción psicoactiva y adictiva de la nicotina.

El efecto carcinógeno del tabaco se ejerce en forma más específica sobre los tejidos expuestos directamente al humo del cigarrillo, como el epitelio bronquial, e indirecta a nivel de otros parénquimas por la acción de sus metabolitos.

La morbilidad aumenta cuando estos agentes están combinados con otros factores de riesgo, como alcoholismo, estilo de vida, ocupaciones o ambientales.

(14) Junta Nacional de Drogas. Drogas: más información menos riesgos, 3ª ed. Montevideo, 2004. p24.

Humo de Tabaco Ambiental

El humo de tabaco ambiental (HTA) es el humo que queda en el entorno (el 80% de nuestro tiempo lo vivimos en ambientes cerrados y el 80% de esos ambientes están contaminados), supone un 85% del humo que el fumador no aprovecha (ya que se inhala solo un 15%) y origina un fenómeno tóxico conocido como tabaquismo pasivo o humo de segunda mano.

La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer, (IARC) en el año 2002, presentó una monografía donde se confirma la clasificación del humo de tabaco ambiental como carcinógeno del "grupo A" que contiene componentes en fase líquida, sólida, gaseosa y por su toxicidad. Destacan 43 componentes carcinógenos (el alquitrán y el monóxido de carbono entre otros).

El HTA afecta a todas las personas expuestas y en particular a niños, aumentando el riesgo de: cáncer de pulmón, infarto, angina, bronquitis, neumonía, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfisema, infecciones del oído medio, reducción de la función pulmonar, desarrollo de asma o aumento de crisis severas en asmáticos, muerte súbitas en niños, bajo peso al nacer, posible asociación con linfomas, alergias, irritación de ojos, nariz y garganta, dolor de cabeza, náuseas, mareos.

Este trabajo científico, examinado por 29 expertos de 12 países, muestra la relación significativa entre el cáncer de pulmón y la exposición al humo de tabaco ambiental.

En los cónyuges el riesgo aumenta en un 20% para las mujeres y un 30% para los hombres y para la población en general expuesta de HTA en el trabajo, el riesgo aumenta entre un 16 y 19%. Los riesgos para otros tipos de cáncer no son concluyentes.

La Organización Mundial de la Salud alerta a la sociedad sobre la necesidad de despertar conciencia social sobre los riesgos por contaminación de tabaco ambiental y de procurar que la población sea informada sobre las consecuencias sanitarias del mismo.

Conducta Adictiva

Se ha reconocido que el tabaquismo es una enfermedad crónica y se comprueba que el tabaco contiene sustancias adictivas, lo que transforma al acto de fumar en una enfermedad crónica de carácter adictivo.

Este reconocimiento permite tratar esta enfermedad desde una perspectiva diferente. En primer lugar se reconoce como enfermedad crónica, la posiciona en un lugar similar a otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión lo que hace que se oriente la intervención hacia el logro de cambios de valores estilos de vida (cambio de conductas). (15)

Se han podido desarrollar tratamientos farmacológicos efectivos con el fin de minimizar los síntomas, a veces desagradables, que aparecen a partir de la abstinencia a la nicotina. Así mismo, como enfermedad crónica, se contempla la posibilidad de recaídas y remisiones.

En el tabaquismo se encuentran asociadas la dependencia física, psicológica y la social, debido a los mecanismos que se ponen en juego al momento o precediendo al acto de fumar.

Es fácil de comprobar la dependencia psicosocial, tomando en cuenta el alto porcentaje de fumadores reincidentes.

(15) <http://www1.worldbank.org/tobacco/chapter2.asp>

TABAQUISMO

Se considera la tabaquismo como una enfermedad crónica con recaídas, así se lo tipifica en los registros de enfermedades médicas y se tipifica a la nicotina como una droga adictiva de acuerdo con los registros de American Psychiatric Association para la dependencia de sustancia (Diagnostic and Statistical Manual of Disorder – DMS IV).

Se considera como tabaquismo al consumo regular, durante un tiempo prolongado de productos que contienen tabaco, ya se por vía inhalatoria (el acto de fumar) o por masticación (“smokless tobacco”). (16)

¿Qué es fumar?

1- Es una conducta humana, entendiendo por conducta todas las actividades que desarrollamos los seres humanos: como trabajar, comer, leer, etc. Basándonos en la teoría del aprendizaje social, toda conducta se mantiene por sus consecuencias. Si determinada conducta nos otorga beneficios, la mantenemos; si nos genera inconvenientes la discontinuamos. Es decir, la conducta se mantiene por reforzamientos, los cuales pueden ser de 2 tipos: positivos, cuando aporta una recompensa o gratificación; negativo, cuando evita un suceso o evento desagradable.

Si una persona continúa fumando, es porque dicha conducta esta siendo reforzada, tanto con reforzadores positivos (gratificación del fumar), como negativos (fumando se evitan las molestias que genera el estar sin fumar).

Es decir que el fumador encuentra en su conducta de fumar más beneficios que inconvenientes. Lo que se debe definir es si los beneficios “percibidos” son reales o imaginarios. El cuestionamiento y análisis crítico de dicho beneficio percibido, será medular en el cambio de conducta.

2- esta conducta es aprendida: nadie nace fumando, alguien directa o indirectamente nos enseña a fumar y nadie comienza a fumar directamente 20 cigarrillos por día, si no que hace un proceso de aprendizaje hasta convertirse en fumador regular. Este proceso lleva tiempo. El fumador suele necesitar, aproximadamente 2 años, desde la experimentación inicial, para convertirse en un fumador regular.

3- Es una conducta compleja, porque en el inicio, que en el 80% de los casos es antes de los 18 años, se da como “algo divertido”, como una actividad pasajera. Nadie empieza a fumar pensando que en unos años va a empezar a fumar 20 a 30 cigarrillos por día, o que va a fumar por 20 o 30 años. En el otro extremo tenemos al adulto fumador (sobre todo aquel que lleva unos 10 años de consumo regular), quien desde la mañana a la noche, su vida “gira entorno al cigarrillo”. Si fuma porque fuma, si no fuma porque no fuma.

Si sale a la calle sin cigarrillos, no se siente “seguro”. Si no fuma, mientras trabaja, “no rinde” su tabaquismo se mete en todos sus aspectos, lugares, situaciones y emociones de la vida. Vive su tabaquismo como una “necesidad”. Se genera entre el individuo y la conducta, una “relación” o “vinculo”, que no está en el plano racional, si no afectivo, configurando una relación afectiva de primer orden, tan o más importante que los hijos, que la pareja y que la vida misma.

(16) <http://www.svsoncologia.org.uy/uitayer/tabaquismo.htm>

4- La razón de ello, es el último aspecto de la definición: fumar es una conducta de carácter adictivo: la inmensa mayoría de los fumadores establece con la conducta y con las sustancias que lleva implícito el consumo, una relación de dependencia configurando una adicción al consumo de tabaco.

Esta relación de dependencia es compleja, porque involucra el efecto de una sustancia adictiva (nicotina) y una adicción conductual poderosa.

Al ser una adicción el fumar es una enfermedad crónica. Como toda enfermedad crónica, no tiene curación, y admite "empujes y recaídas". Esto no quiere decir que la persona no pueda dejar de fumar si no que, durante quizás toda su vida queda con una vulnerabilidad al consumo, manifestadas fundamentalmente por el hecho de que fumar "un solo cigarrillo" cualquiera sea el tiempo de abstinencia, determina una alta probabilidad de recaída. Algo similar a lo que le ocurre al alcohólico quién sabe que no debe tomar una sola copa porque suele ser incapaz de controlar el consumo. La única posibilidad de esta enfermedad es la recuperación a través de un proceso de superación personal.

¿ Es el Tabaquismo una Enfermedad ?

El tabaquismo ha sido definido como una "enfermedad" e incluido por los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el código internacional de enfermedades.

A su vez, la asociación de psiquiatras de Norteamérica, lo ha incluido (DSM) en el capítulo de trastorno vinculados al consumo de sustancias psicoactivas. Según la definición de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas de dicho manual, el 80% de los consumidores de tabaco, serían dependientes o adictos al consumo de tabaco.

La American Medical Association, la American Psychiatric Association y la OMS han declarado que la adicción es una enfermedad.

En el año 2000, el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, en su día de práctica clínica: "Trialing tobacco use and dependence", ubica la dependencia al consumo de tabaco como una enfermedad crónica. Para poder ilustrar y reafirmar el concepto de tabaquismo como enfermedad y drogadicción, realizamos el siguiente análisis.

La enfermedad puede ser definida según varios criterios. Lewis sugiere que para incluir una condición de enfermedad se requiere:

- 1- el cuadro clínico tenga claras bases biológicas
- 2- sea identificable por claros signos y síntomas
- 3- muestre un curso y evolución predecibles
- 4- el cuadro clínico o sus manifestaciones

La adicción siguiendo a Imán, Leshner y el DSM-IV se caracteriza porque la persona presenta un marcado deterioro en su capacidad para controlar el consumo de la droga. Esta pérdida de control se expresa como una incapacidad para predecir cuando discontinuara su uso, una vez comenzado el consumo. Este cuadro clínico está caracterizado: crónico, progresivo y con frecuentes recaídas.

¿Qué datos aporta la ciencia para avalar los criterios de enfermedad de Lewis en el caso de la adicción?

a) " una enfermedad tiene base biológicas"

- muchos estudios han demostrado que el alcoholismo, tabaquismo y la adicción a otras drogas tiene influencias genéticas.
- El uso repetido de productos clínicos produce cambios biológicos. Imán en su estudio de función neural, encontró que la célula cerebrales se adaptan a la introducción de sustancias químicas esta adaptación molecular puede modificar el funcionamiento de vías cerebrales críticas que controlan la motivación conductual.
Las 4870 sustancias críticas contenidas en el humo del cigarrillo, incluida la nicotina provoca cambios en el funcionamiento neuronal, que persiste en tiempo luego de la cesación.
- Leshner sugiere que el cerebro tendría un mecanismo que sufre un cambio en cierto punto, durante el consumo de drogas. Se produciría "un switch" a nivel molecular, que determinaría el cambio de uso / abuso a adicción.

b) una enfermedad tiene síntomas y signos identificables:

El manual de la Asociación de Psiquiatría de Norteamérica (DSM-IV) a codificado los síntomas de dependencia, basados en la investigación de expertos.

Los síntomas mayores incluyen:

- Síntomas de abstinencia.
- Tolerancia.
- Mayor consumo que el deseado.
- Fracasos en intentos por controlar el uso.
- Empleo de mucho tiempo en obtener, usar y recuperarse de los efectos del consumo.
- Uso continuado a pesar de sus consecuencias.

Se diagnostica enfermedad adictiva, cuando varios de estos síntomas están presentes. Más del 80% de los fumadores, cumplen por lo menos 3 de los mismos.

c) Una enfermedad tiene un curso y evolución predecible.

Está descrita una secuencia de experimentación, uso, consumo regular, abuso y dependencia, que puede ir seguida de varias repercusiones de salud.

Si bien la evolución deseada por la mayoría es lograr la abstinencia, la evolución natural de la enfermedad incluye periodos de abstinencia y recaída, con bajas tasas de abstinencia prolongada.

d) Las manifestaciones de la enfermedad no son causadas por actos volitivos.

Un elemento clave de la dependencia, es la inhabilidad personal para controlar el consumo, una vez comenzado. Además, para la mayoría de los dependientes, el consumo adquiere una elevada prioridad a pesar de

desear lo contrario. Esta pérdida de capacidad volitiva es lo que diferencia abuso de dependencia.

La enfermedad "ADICCION" es muy comparable a otras enfermedades crónicas. Un grupo de investigadores realizó un estudio que mostró que:

- La contribución genética en la adicción es comparable a otras enfermedades HTA, diabetes y asma.
- La respuesta, cumplimiento del tratamiento, y sus resultados, también son muy comparables.

En suma: para la mayoría de los consumidores de tabaco su uso resulta una verdadera dependencia a consumo de droga, comparable, a la causada por opiáceos, anfetaminas y cocaína.

La dependencia al consumo de tabaco muestra muchas de las características de una enfermedad crónica.

Son muy pocos los consumidores de tabaco que alcanzan una abstinencia permanente de un primer intento por dejar, la gran mayoría persiste consumiendo por muchos años y típicamente alternan en forma cíclica múltiples periodos de remisión – recaída. El error de no apreciar la naturaleza crónica de la dependencia al consumo de tabaco, es una de las razones por las cuales los médicos fallan en el tratamiento de esta afección y pierden motivación para tratarla.

Los datos epidemiológicos sugieren que más del 70% de los fumadores en EEUU han hecho por lo menos un intento por dejar, y que aproximadamente 46% trata de dejar cada año. Desafortunadamente, la mayoría de estos intentos nos son exitosos, por lo que solo el 7% de aquellos que intentaron y aproximadamente 3% del total, se mantiene abstinentes un año más tarde. Estas desalentadoras estadísticas pueden conducir a estos médicos a sentirse inefectivos en el tratamiento de esta dependencia.

Lamentablemente tanto la investigación como la práctica clínica médica a estado orientada a identificar "el tratamiento ideal" que transformara a todos los fumadores en no fumadores en forma permanente. Estos esfuerzos, inadvertidamente han comunicado dos mensajes de dudosa viabilidad:

- 1- Que habría solo un tratamiento que sería virtualmente efectivo para todos los fumadores.
- 2- Que el éxito debería ser definido como una abstinencia permanente.

Estos mensajes pueden haber ocultado la verdadera naturaleza de la adicción al consumo de tabaco: ella es una enfermedad crónica que conlleva en si misma la vulnerabilidad a la recaída, la cuál persiste semanas, meses, y por supuesto años, luego de lograr un período de abstinencia.

Un enfoque sanitario mas productivo sería reconocer la cronicidad de la dependencia al consumo de tabaco. Un modelo basado en el concepto de enfermedad crónica nos permite:

- a) reconocer que se trata de una condición que naturalmente evoluciona a largo plazo, donde debe esperarse que los pacientes puedan tener periodos de remisión y recaída.
- b) Si los médicos entienden la cronicidad de la enfermedad, aceptarían mejor el fenómeno de la recaída, y desarrollarían una estrategia a largo plazo, mas que una intervención aguda.

La recaída refleja, entonces, la naturaleza crónica de la enfermedad, no la falla personal del médico en su habilidad para tratar al paciente, ni la falla del paciente en seguir el tratamiento.

Fumadores Pasivos

Los fumadores pasivos son aquellos no fumadores que respiran el humo de los fumadores. En 1950, un grupo de médicos evidenció que un niño que sufría de asma grave mejoraba rápidamente cada vez que su madre dejaba de fumar. Se describió así por primera vez la relación entre ser fumador pasivo y tener problemas pulmonares.

Desde entonces, diversos estudios han demostrado que la exposición al humo de tabaco ambiental se asocia con muchas de las mismas enfermedades relacionadas al consumo de cigarrillos (cardiopatías, cáncer de pulmón, empeoramiento del asma). En un estudio realizado en Japón en 1981, se demostró que las mujeres no fumadoras cuyos maridos eran fumadores se morían 40% de cáncer de pulmón que las mujeres no fumadoras que vivían con no fumadores.

En 1980, la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de los Estados Unidos determinó que sólo aquellos lugares cerrados, totalmente libres de tabaco, cumplían con los estándares de aire limpio. En 1992, esta misma agencia declaró que el tabaco es un carcinógeno de clase A (demostrado carcinógeno en humanos).

Desafortunadamente la exposición de humo de tabaco ambiental es generalizada y afecta a la mayor parte de la población. Sin embargo, los más afectados son los niños. Los hijos de fumadores tienen más probabilidades de tener enfermedades respiratorias bajas (bronquitis) enfermedades del oído (otitis), asma, reducción de la función pulmonar y síndrome de muerte súbita, especialmente en el primer año de vida. A mayor consumo por parte de los padres, mayor grado de enfermedad.

EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DEL TABACO A NIVEL MUNDIAL

La OMS establece que el tabaquismo constituye la gran pandemia del siglo XX, y que hay 3 millones de muertes prematuras por año en el mundo por dicha causa.

Las previsiones indican que si se continúa fumando con los mismos patrones que los actuales en el año 2030 morirán 12 millones de personas por año en el mundo por enfermedades tabaco dependientes. En 1998 los Centros de Control de Enfermedades, (EEUU) comprobaron que el 20% de las muertes se relacionaban con el tabaquismo. Esta situación constituye actualmente un desafío sanitario y el objetivo de los promotores de salud, es lograr modificar dichas conductas a fin de revertir las altas cifras de mortalidad previstas.(17)

En los países industrializados, en individuos mayores de 15 años, el consumo de cigarrillos per cápita es de 7 a 10 cigarrillos por día, lo que equivale a un consumo mundial a 5 billones de cigarrillos por año, siendo su costo de 100.000 millones de dólares.(18)

Al observar las tasas de tabaquismo de los diferentes países, y sus diferencias sexuales, se podría pensar que no hay consistencia en los patrones. Las tasa de Prevalencia del consumo de tabaco varían desde 58% en Nepal, un poco más de 1/3 de la población en países europeos como Dinamarca, y niveles casi indetectables como en Cote de Ivoire (África) donde fuma el 1% de la población.(19)

Sin embargo, dichas diferencias solo reflejarían la existencia de distintos estudios evolutivos de la epidemia de tabaquismo en cada país.

Se ha propuesto un modelo de 4 etapas, basado en la evidencia que proporcionan los países con más larga historia de tabaquismo, que describe la evolución típica del consumo y la subsiguiente mortalidad, que se observarían en los diferentes países.

Estadio 1: (Ej: algunos países en desarrollo, principalmente del África Subsahariana).

Las tasa de Prevalencia masculina son menos al 15% pero incrementándose rápidamente. La tasa femenina es menor al 5%. Las consecuencias sobre la salud no son aún aparentes.

Estadio 2: (Ej: China, Japón, algunos países Asiáticos, Latinoamericanos y de África del Norte).

Las tasas de Prevalencia en hombres alcanzan rápidamente a 50 – 80%, con pocos ex fumadores. Las tasas en mujeres se incrementan 10 a 20 años después. Las muertes de hombres relacionadas con el tabaquismo, comienzan a incrementarse.

Estadio 3: (Ej: Este t sur de Europa).

La Prevalencia en hombres comienza a declinar, llegando al 40%. En las mujeres, la Prevalencia alcanza su máximo y llega a una meseta (que es inferior alcanzada por los hombres) y comienza la declinación.

Estadio 4: (Ej: EEUU, Reino Unido, Canadá, países del oeste de Europa)

(17,18,19) CHLCC. "Epidemiología del tabaquismo en el Uruguay", Primer Taller en la formación de formadores en el abandono del hábito del tabaquismo; Montevideo:1999. p 9.

Se observa una lenta declinación en ambos sexos. La mortalidad masculina, vinculada al tabaquismo, alcanza su pico mientras que la femenina comienza a incrementarse rápidamente.

Este modelo revela importantes conceptos:

1-Las mujeres comienzan a fumar, como hábito ampliamente difundido, luego de décadas de haber comenzado los hombres.

Esto se debería principalmente a factores socioculturales: no ser socialmente aceptable para las mujeres fumar en público, concepciones religiosas, menor capacidad e independencia económica de las mujeres para solventar sus gastos.

Si el tabaquismo se incrementa entre los hombres, es muy probable que se incremente entre las mujeres en el futuro.

Mientras que en los países como EEUU y el Reino Unido, hubo un período de latencia de 20 a 30 años entre el comienzo del tabaquismo de hombres y mujeres, la evidencia actual que en los países con etapa evolutiva más temprana, dicha brecha se está acortando, particularmente donde hay una agresiva promoción dirigida a la mujer y o hubo rápidos cambios en la posición socioeconómica de la mujer.

2-Incluso en los países donde la epidemia de tabaquismo está creciendo, existe poca preocupación a cerca de esta tendencia, dado que las tasas de tabaquismo femenino son considerablemente inferiores a las masculinas y las consecuencias sobre la salud de la mujer aún no han aparecidos.

Si no se llevan a cabo acciones efectivas para detener esta tendencia el tabaquismo terminara constituyéndose en un a causa mayor de muerte en dichos países. Sin embargo, esto no es inevitable, como lo demuestra Singapur, que en 1970, cuando esta en el comienzo del estadio 2, la implementación de políticas de control adecuadas revirtió la tendencia, pasando la tasa femenina de 9.5% en 1979 a 3% en 1992.

3-Las mujeres que más probablemente comiencen a fumar en grandes números, en los países en desarrollo, son las de mayor nivel educativo y socioeconómico, que viven en áreas urbanas.

En España en 1989 fumaba el 52% de la clase alta y el 12% de las rurales pobres.

Pero así como son las primeras en comenzar, también son las primeras en abandonar la conducta, registrando altas tasas de cesación.

En los países donde el tabaquismo está disminuyendo se observa un crecimiento en la población femenina con desventajas sociales. En estos países, la típica mujer fumadora tiene educación limitada, bajo status laboral o es desempleada, con bajos ingresos y altos niveles de privación.

4-Dado el tiempo de latencia entre el comienzo del tabaquismo y los efectos sobre la salud, aún en países con larga historia de tabaquismo femenino, pueden haber experimentado el impacto completo sobre la salud femenina.

En los países desarrollados, los hombres fueron los primeros en fumar en grandes cantidades, y la mayoría de los estudios epidemiológicos fueron desarrollados en poblaciones masculinas. Por lo tanto, el conocimiento del verdadero impacto del tabaquismo en la salud de la mujer es limitado. Sin embargo hay suficiente evidencia de que donde la mujer ha fumado

regularmente por algunas décadas el porcentaje de muerte por tabaquismo en mujeres, se aproxima al de los hombres.

En los países desarrollados con mujeres que han fumado regularmente, a través de su vida adulta el consumo de tabaco causa por lo menos la mitad, o más, de las muertes en edad media.

EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DEL TABACO A NIVEL DE LATINOAMÉRICA:

- Hoy hay más de 100 millones de fumadores en Latinoamérica y El Caribe.
- Para el año 2020 el tabaco será el causante del 9% de las muertes que se produzcan en Latinoamérica.
- Más el 30% de los latinoamericanos son fumadores, el 40% de los hombres y más del 20% de las mujeres.
- Más del 50% de los hombres fuman en Bolivia, Cuba, R. Dominicana y Nicaragua.(20)

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL TABAQUISMO EN URUGUAY

El consumo de tabaco a nivel mundial es variable, dependiendo de la etapa de la epidemia del tabaquismo en que se encuentra cada país. La OMS ha estimado la prevalencia del consumo de tabaco en mayores de 15 años, dividiendo los países según regiones socioeconómicas definidas por el Banco Mundial, determinado para la región de Latinoamérica y el Caribe una prevalencia global del 30% siendo de 40% para los hombres y 21% para las mujeres. Históricamente al aumentar los ingresos de las mujeres, aumenta el consumo.

En países que ya han alcanzado el pico de la epidemia (EEUU, Canadá), el consumo máximo se observó en la década del 60. Dicho consumo se encuentra en descenso, pero la disminución es mayor en los hombres que en las mujeres.

En cambio en los países Latinoamericanos la prevalencia del consumo aumento cerca de un 20%, entre 1970 y 1985, en ambos sexos, y más en las mujeres, acompañando a la urbanización y los cambios en el estilo de vida que registraron estas poblaciones en los últimos 40 años.

¿Qué ha pasado en Uruguay?

Para estimar la prevalencia e intensidad del consumo se utilizan las siguientes herramientas:

- Realización de encuestas sobre el consumo de tabaco en adolescentes y adultos.
- Determinación del consumo de cigarrillo per cápita.
- Análisis de base de datos.

1- Datos recogidos en las décadas de las 70 y 80 en nuestro país, la mayoría realizadas en Montevideo; en base a estas encuestas, Uruguay fue catalogado como uno de los países latinoamericanos donde más se fumaba.

2- Consumo de cigarrillos per cápita por un año en mayores de 15 años.

Es uno de los parámetros utilizados para valorar la intensidad de consumo de tabaco. Definir este parámetro no es fácil por la imposibilidad de calcular el comercio ilegal de cigarrillos provenientes de los países vecinos o de cigarrillos uruguayos exportados que reingresan al país.

(20) http://www.tabacoysalud_estadistica.com

La Organización Mundial de la Salud informó en 1990 que el consumo per cápita por años en Uruguay aumentó un 14% desde 1970 a 1985, mientras que AFITYC informaba sobre una disminución en el consumo entre 1979 y 1985.

Los datos sobre el tabaquismo a partir de la década del 90 con respecto al consumo anual per cápita dice que en 1990 y 1992, otro informe de la OMS colocaba a Uruguay en el lugar 42 del mundo y tercero en Latinoamérica (después de Cuba y Venezuela), con respecto al consumo de tabaco, con 1700 cigarrillos per cápita.

En 1994, una de las tabacaleras manifestaba que se consumían 1158 cigarrillos per cápita.

En cuanto a datos obtenidos por encuestas en 1991, la consultora EQUIPOS, sobre 1100 individuos de 18 años y más, tanto en capital como interior, mostraba una prevalencia de 31% para todo el país con un 34% en Montevideo (43% en el sexo masculino y 26% en el femenino) y 28% en el interior (40% en hombres y 18% en mujeres). Señalando además, un 23% de ex fumadores y un 45% de nunca fumadores.

En 1993 la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer realizó una encuesta por muestreo de la población de Montevideo y 6 capitales departamentales (Maldonado, Colonia, Durazno, Salto, Rivera y Melo). Se encuestaron 9930 personas, 8811 de sexo masculino y 1119 de sexo femenino. El objetivo fue tener información sobre los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas con respecto al cáncer. Se determinó que el 29.1% de la población era fumador, el 18.3% ex fumador, un 68.6% manifestó nunca haber fumado. Dentro del sexo masculino el 41% se manifestó como fumador, el 26% como ex fumador y un 33% nunca fumó. Entre las mujeres el 18.6% eran fumadoras, 12.8% ex fumadoras y 68.6% nunca fumó. Destacándose que casi el 50% de las mujeres fumadoras son menores de 35 años, mientras que los hombres son el 32%. A medida que se reduce la edad son progresivamente más fumadoras que los hombres.

Esta situación de la mujer estaría asociada a los cambios en la condición social de la mujer, como fenómeno característico de los procesos de modernización. Estos datos sugieren que en nuestro país habrá progresivamente más mujeres fumadoras y si la tendencia a experimentar mayores dificultades para dejar que los hombres que se observa a nivel internacional.

También se observa que en nuestro país, es muy probable que en las próximas décadas veamos un cambio en mortalidad femenina: un descenso de los cánceres genitales y un ascenso en la mortalidad por cánceres tabaco dependientes.

Recién en 1993 cuando el Instituto Nacional de Estadística (INE) le brinda la oportunidad al Programa Nacional del Cáncer de Pulmón del Ministerio de Salud Pública, de incluir en la encuesta continua de hogares un módulo adicional con preguntas sobre el tabaquismo, en que se obtienen los primeros datos confiables del país. De esta forma Uruguay se coloca dentro de los pocos países de América en haber realizado este tipo de encuesta.

El objetivo de dicha encuesta fue permitir una investigación sobre la prevalencia del tabaquismo en la población urbana y estudiar sus diferencias en función de distintas variables demográficas, educacionales, ocupacionales y socioeconómicas.

La encuesta se realizó entre octubre y diciembre de 1993, siendo entrevistados 11847 personas de 14 años y más.

El 21.9% admitió ser fumador regular, 0.4% fumador ocasional. Un 13.9% admitió ser ex fumador y 63.8% dijo no haber fumado nunca. Si bien la prevalencia citada es sobre el área urbana dado que Uruguay es un país esencialmente urbano, más del 85% de su población, estos datos representan la realidad nacional de un modo muy certero.

De acuerdo a esta realidad Uruguay se contraría dentro de los países menos fumadores de Latinoamérica compartiendo con Perú el privilegio de presentar la prevalencia más baja.

La menor prevalencia con respecto a encuestas previas, podría obedecer a la diferencia en las definiciones de tabaquismo, ninguna tan exigente como la que estamos analizando; también podría obedecer a que la edad mínima de la muestra es menor (14 años), aunque se analiza sólo los mayores de 20 años la prevalencia se sitúa en 23.7%.

Con respecto a las diferencias sexuales en el consumo de tabaco: el tabaquismo predominó frecuentemente en el sexo masculino, correspondiéndole a los hombres el 64.5% y a las mujeres 35.5% de los fumadores de todo el país, siendo más marcado este predominio en el interior (70% versus 30%) que en la capital (60% versus 40%).

La prevalencia para todo el país fue significativamente mayor en los hombres (31.1%) que en las mujeres (14.3%), diferencia que se acentúa entre los fumadores del interior (30.6% versus 11.2%), acercándose en Montevideo (31.7% versus 17%), destacándose la importante diferencia entre las mujeres de capital y de interior, que seguramente son expresión de los cambios de la urbanización y el estrés de la vida actual le imprime a la mujer montevideana.

Analizando la distribución por edad, dentro de los fumadores, el grupo más numeroso fue el de los 30 – 39 años con 20.9%, correspondiéndole el 25.6% del total, seguido por el de 40 – 49 años con 21.6% y luego el de los 20 – 29 años con 20.9%. Los fumadores menores de 20 años representaron 6.1% del total. Con respecto a este último dato nos queda la duda por haberse hecho la encuesta en el hogar.

Con respecto a la distribución etarea por sexo:

- En todos los grupos etareos fuman menos las mujeres que los hombres, con una razón que evidencia una tendencia creciente a medida que aumenta la edad, alcanzando el máximo en el grupo de 60 y más, donde fuman 5 hombres cada mujer.
- Como era de esperar, en ambos sexos, el grupo más fumador fue el de los 30 – 39 años, donde fuma casi la mitad de los hombres (47.6%) y algo más de la cuarta parte de las mujeres (26.2%).
- Si bien en ambos sexos la mayor prevalencia se encontró en los grupos de edad media (20 – 49 años), el predominio fue más acentuado en el femenino, donde esta franja etarea representó las 3 cuartas partes (74.6%) frente a los 2/3 partes (64.6%) en el masculino. Por el contrario, en los hombres fue comparativamente mayor el porcentaje de los 50 años y más con un 28.8% contra el 20.3 en las mujeres. Esta diferencia obedece a que, también en Uruguay la mujer comenzó a fumar varias décadas después que lo hizo el hombre.

Según el nivel de instrucción predomina el nivel de enseñanza media con la tercera parte de los casos (34.5%), siendo ello más marcado en Montevideo, donde los fumadores con instrucción media/ superior constituyen el 53.2% del total.

Cuando se analiza el nivel educacional, se observa que el grupo que más fuma es el de la instrucción básica con una prevalencia del 34.5%, seguida por el grupo sin instrucción 30.2%, siendo el que menos fuma el de instrucción media/superior con el 27.2%.

Por el contrario, en el sexo femenino fuman más las de mayor nivel de instrucción 18.6%, seguida por las de instrucción básica 10.3% y las de sin instrucción 6.9%. Lo cual constituye uno de los indicadores de la etapa de epidemia de tabaquismo en el país, dado que cuando recién comienza la epidemia, el tipo de mujer que suele comenzar en masa es el de mayor nivel sociocultural, cuando la epidemia avanza es también este grupo social femenino, quien primero dejará de fumar. En las etapas finales, el tabaquismo de la mujer quedara relegado aquellas de más bajo nivel sociocultural y económico.

En cuanto a las diferencias observadas según el tipo de cobertura asistencial médica que presentan, observamos que las personas que carecen de cobertura asistencial tienen la mayor prevalencia de tabaquismo seguida por la que disponen de carné de salud pública, siendo las que tienen cobertura mutual las de menor.

Cuando se toma en cuenta la ocupación laboral, se observa que entre los que manifestaron ocupación laboral la prevalencia fue del 31% (un 9.1% mayor que la prevalencia global).

Es posible agrupar a los diferentes tipos de ocupación en 4 categorías según el esfuerzo físico que demandan, observándose que la prevalencia aumenta a medida que aumenta este.

En el sexo femenino, excluyendo a las gerente, conductoras y agropecuarias por su baja representatividad que les resta validez estadísticas, las más fumadoras son las oficinistas, con una prevalencia de un 25.3%, siguiéndoles las comerciantes, las profesionales/técnicas que se sitúan en tercer lugar, las operarias y las trabajadoras en servicios personales, que son las que menos fuman.

Existe diferencia entre el comportamiento de las mujeres capitalinas y las del interior, excluyendo por su baja representatividad a los mismos grupos, en Montevideo las más fumadoras continúan siendo las oficinistas con una prevalencia del 28%, siguiéndoles de cerca las operarias, situándose en el último lugar las profesionales/técnicas, mientras que en el interior predomina este último grupo, con una prevalencia del 21.8% desplazando a las oficinistas al tercer lugar detrás de las comerciantes.

Cuando se analiza la población estudiada según nivel de ingreso se observo que en el hombre no existieron diferencias significativas en el comportamiento de los distintos grupos, con un leve predominio del nivel medio, mientras que en las mujeres existe una tendencia a fumar más a medida que aumenta el nivel de ingreso.

Cuando se analiza el nivel de ingreso por área geográfica y por sexo, se aprecia que en Montevideo entre los hombres se acentúa el predominio del nivel medio (37%), mientras que en el interior predomina levemente el nivel

bajo/medio (33.3%). Por el contrario, en el sexo femenino, tanto en capital como interior, fuman más las de ingreso alto.

Con respecto al análisis del consumo de tabaco en relación a la cantidad de horas semanales trabajadas, existió una clara tendencia a fumar más a medida que aumenta la cantidad de horas trabajadas. Dicha tendencia se mantuvo tanto en función del sexo como del área geográfica.

En relación con la edad de inicio del tabaquismo, esta encuesta aportó los siguientes datos:

- El 77% comenzó antes de los 20 años.
- El 22.6% se inició precozmente, antes de los 15 años. En este grupo predominaron los hombres (26.6% versus 15.3%).
- Cuando se analizó según el nivel de instrucción se verificó una clara tendencia a fumar más precozmente cuanto menor es el nivel alcanzado. Esta tendencia se observa tanto en el sexo femenino como el masculino y tanto en capital como interior.
- Cuando se consideró la edad del fumador en el momento de la encuesta con respecto a la edad de inicio se verificó una tendencia a fumar más tempranamente a medida que la edad aumenta, alcanzó un máximo de precocidad el grupo de 60 y más años, donde casi uno de cada 3 fumadores (30.9%) comenzó antes de los 15 años, con respecto a una de cinco (19.1%) en el de 20 – 29 años.

Al analizar los perfiles de fumador de cada sexo, se observa claramente que:

El hombre fumador predomina entre aquellos con un nivel de instrucción básico, dedicado a tareas que demandan un mayor esfuerzo físico más intelectual, con ingresos bajos acorde con ocupaciones de operarios quienes además deben trabajar gran cantidad de horas.

La mujer fumadora predomina entre aquellas con un nivel de instrucciones media/superior, dedicadas a tareas de tipo intelectual, con ingresos altos acorde con ocupaciones como profesionales/técnicas y oficinistas, quienes también tienen una gran carga horaria de trabajo.

Con respecto a los ex fumadores, dicha encuesta nos dice que el 14% de la población manifestó haber abandonado el consumo en dicho momento, con una prevalencia en el sexo masculino del 21% y en el femenino del 8%, con lo cual se evidencia una menor tendencia al abandono del tabaquismo en la mujer que en el hombre lo cual está en relación a la etapa de la epidemia en que se encuentran ambos.

A su vez, cuando se correlaciona con el nivel de instrucción se observa que son los hombres sin instrucción (36%) y los que tienen primaria incompleta 38% los que más han dejado de fumar, en donde puede presumirse que el factor económico pueda haber sido la razón principal, mientras que en el sexo femenino quien más ha dejado (%) es la mujer con un nivel de enseñanza terciaria, por lo que se puede suponer que el factor principal de abandono sería la toma de conciencia.

Con respecto a la actividad laboral, si bien no existen diferencias significativas en los fumadores actuales considerándose si están desocupados con respecto a la prevalencia de consumo, si lo hay en el grupo de ex fumadores, donde la condición de desocupado disminuye a menos de la mitad la probabilidad de haber dejado de fumar en comparación con los ocupados.

En relación a los nunca fumadores, que constituyen el 63% de la población urbana presentan una clara diferencia sexual: 47% de los hombres y 78% de las mujeres. En el sexo femenino, son fundamentalmente las mujeres con nivel de instrucción (sin instrucción sola las que tienen primaria incompleta) las que en mayor proporción no han iniciado a las conductas de fumar.

Es mayor el porcentaje de mujeres que nunca fumo en el interior (81%) que en la capital (75%), mientras que en masculino, son los hombres con enseñanza superior 54% los que menos se han iniciado en el consumo no existiendo diferencias significativas entre capital e interior.

La segunda encuesta nacional de drogas se realizó entre 1998-1999 se entrevistaron 3458 personas entre 12 y 64 años de edad residentes en ciudades de más de 5000 habitantes.

De los resultados de los mismos:

- La prevalencia de un tabaquismo activo se registro en el 32.5% de la población, lo cual es levemente inferior a lo de la encuesta anterior, pero hay que destacar que se incluye un nuevo grupo los adolescentes entre 12 y 15 años, que tienen baja prevalencia de consumo de tabaco.
- El 79.2% de la población estuvo de acuerdo con que el alcohol y el tabaco deberían ser considerados como drogas.
- La mitad de los encuestados (53.5%) planteo percibir como más perjudicial fumar 10 cigarrillos que tomar un litro de vino por día.
- El consumo de tabaco aumenta a medida que se eleva el nivel socioeconómico.
- Tomando en consideración la edad de los encuestados, se observa que en el correr de las décadas, la iniciación del consumo de tabaco se ha hecho más precoz, pasando de 14 años en el grupo de 12 a 19 años, a 18 años en los mayores de 50. La variación esta dada fundamentalmente a expensas de la mujer, quien pasa de 23 años en las mayores de 60 años, a 14 años en los grupos de 12 a 19 años, mientras que los hombres presentaron una leve fluctuación entre los 14 y 16 años. Esta observación esta en contraposición con lo que había presentado la encuesta del INE (1993), por lo que se necesitaran más estudios para definirlos, visto que el consumo de tabaco precede en edad al consumo de otras drogas legales e ilegales tanto en el hombre y la mujer, el tabaquismo debe considerarse como "la droga de inicio".

Se podría estimar que en el momento de la encuesta (1998/1998) se estaba produciendo en Uruguay la aparición de 5% de nuevos consumidores de tabaco por año. Si a esta cifra se le restase la que habíamos obtenido de personas que estarían dejando de fumar anualmente: 2.5% nos encontraríamos con la perspectiva de que si es correcto el relacionamiento que hemos realizado es muy probable que en Uruguay, la prevalencia del tabaquismo este creciendo un 2.5% por año. Y dado que existen fuertes indicadores de que la prevalencia de tabaquismo en el hombre se esta reduciendo, dicho incremento se estaria verificando en función de un aumento de consumo de tabaco por parte de la mujer.

Según una Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas de la Secretaría Nacional de Drogas: Evolución del consumo de tabaco en Uruguay 2001.

El tabaco es la segunda droga más consumida entre los uruguayos.

El 52.2% de las personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida y el 32.3% lo ha hecho en los últimos 30 días. Estos datos no presentan diferencias significativas con los obtenidos en 1998 manifestándose de esta manera una estabilización del consumo en la población general. De cada 10 personas que han experimentado con tabaco, casi 7 de ellas ha continuado fumando intermitentemente, presentándose una importante fidelización del consumo. Cuatro de cada diez fumadores declararon haber intentado dejar sin éxito, manifestándose de esta manera la dificultad en cortar la dependencia.

Aunque en la población general fuman habitualmente más hombres que mujeres, esta relación se invierte en los más jóvenes.

El estudio realizado en estudiantes de Enseñanza Media muestra que la prevalencia de vida hallada del 56% pasando del 44.8% observado en segundo ciclo básico a un 67% al finalizar el ciclo de Enseñanza Media. El consumo es sensiblemente superior en Montevideo que en el interior tomado en conjunto. Una confirmación importante, es el hecho que los episodios de experimentación se dan fundamentalmente en el Ciclo Básico.

En cuanto a la condición de fumador actual (fumó en los últimos 30 días), alcanza al 30.2% de la población estudiada. Tomando por curso, se incrementa notoriamente entre segundo ciclo básico y primer ciclo básico (entre los 13 y los 15 años), pasando del 21.3% al 36.9%, porcentaje que se estabiliza para los alumnos del tercer ciclo básico. Las mujeres presentan porcentajes significativamente superiores a los hombres, tanto en la experimentación como en el consumo habitual, tendencia que aumenta por curso y que confirma la notoria feminización del consumo.

La edad de inicio del consumo para la población investigada es de 13.3 años, aunque a los 12 años ya el 20% de los experimentadores ya lo han hecho. No se presentan diferencias significativas por sexo pero sí por curso, donde se obtiene que los alumnos de segundo ciclo básico son más precoces que los de primer ciclo básico, y estos últimos a los de tercer ciclo básico reflejando una tendencia de aumento de la precocidad de consumo.

HISTORIA DEL TABAQUISMO EN LA MUJER

La planta del tabaco sería originaria de América. La historia del consumo de tabaco o por parte de los aborígenes americanos es situada hace 2000 años por unos historiadores, y 8000 por otros.

Luego del descubrimiento de América por colon, la plantación y el consumo de tabaco, fueron trasladados a Europa, y desde allí se difundieron por todo el mundo.

Hasta el siglo XX, el uso de cigarrillos por parte de una mujer no era común. Aunque el consumo de tabaco ha sido parte de la cultura y economía de los EEUU desde los tiempos de las Colonias, la utilización de cigarrillos no fue una práctica difundida hasta muy avanzados el 1800.

Desde finales del siglo XIX en que James Bonsack diseñó y puso en práctica la máquina de hacer cigarrillos, y se tuvo disponibilidad de mezclas de tabacos suaves, el consumo del mismo se transformó en la principal forma de consumo de tabaco de todo el mundo, propagándose especialmente por los países más desarrollados.

En EEUU, hasta ese momento el consumo se realizaba en base de puros y pipas, los cigarrillos eran considerados como una forma desacreditada de consumo de tabaco en todo el mundo, utilizada población urbanas masculinas. La posibilidad de que la mujer pudiera involucrarse en este "sucio" y, por inferencia, inmoral hábito, generó un movimiento nacional para prohibir el consumo de cigarrillos por la mujer, apoyado por organizaciones como el National Council for women, y la Women Christian Temperance Union, y un número importante de legisladores estatales.

Con la amplia y creciente aceptación de los cigarrillos como forma de consumo de tabaco por parte de los hombres, sobre todo luego de la 1ª guerra mundial, la mujer vio facilitado el inicio del consumo.

Pero dado el consumo de cigarrillo por la mujer, no era aun hábito aceptado públicamente al inicio del siglo XX, es difícil precisar la prevalencia del mismo en esa época. En 1924, se estimaba que la mujer era responsable del 5% de los cigarrillos consumidos, por lo que la prevalencia calculada para dicho momento, para la mujer, era cercana al 6%. El 1935, dicho número se había elevado al 18,1% y continuó aumentando hasta 1965, cuando alcanzó el pico máximo de consumo en la mujer en EEUU: 34,2%. Desde entonces, se inició una lenta declinación, llegando al año 2000 con una prevalencia estimada de 21,3%.

Al examinar la evolución de la prevalencia del consumo de tabaco en la mujer, surge desde inicio, una fuerte ubicación del mismo como símbolo del movimiento de liberación femenina y como potente factor de influencia de la publicidad, y estrategias de marketing de comportamientos sociales.

Hacia 1920, el fumar ya se había convertido en símbolo de liberación femenina y se asociaba con la joven mujer trabajadora liberada y con al mujer cosmopolita y educada de colegios de alto nivel.

Por lo tanto, la industria tabacalera, interpretando correctamente las tendencias sociales de la época, lanzó en los 20 una intensa campaña para obtener un incremento en el consumo de cigarrillos por parte de la mujer. En 1928, la Compañía American Tobacco y E.Bernays se asociaron con el objetivo de

quebrar la prohibición social que pesaba sobre el fumar en público por parte de la mujer.

Dos históricas estrategias publicitarias surgieron de esta asociación: el primero fue el reconocimiento de que la moda en la mujer se estaba dirigiendo hacia considera la delgadez como un atributo de belleza, por lo que la primera campaña incluía testimonios de mujeres socialmente influyentes (actrices, atletas, etc.) que manifestaban su beneplácito por ser el cigarrillo un medio efectivo para el control del peso corporal.

En 1934, la primera dama Eleanor Roosevelt fue vista en público fumando. Entre 1930 y 1940 los cigarrillos terminaron por asumir el rol de símbolo de la "nueva mujer americana", independiente, glamorosa y capaz de cambiar tradiciones.

Fue la segunda guerra mundial la que marca otro hito histórico, en la evolución de estas epidemias. Con la incorporación masiva de la mujer a la industria, por motivos bélicos, se inicia un proceso sin retorno que consolida la igualdad femenina en todos los ámbitos.

A partir de este momento, se observa un creciente aumento del tabaquismo femenino. Así la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres, que había sido insignificante, aumento a finales de la contienda a 40% en el Reino Unido, 30% Australia y 25% en EEUU. A ello contribuyó, sin duda, el cambio de actitud social que implica que la mujer se sume al mundo laboral, con la mayor autonomía social, personal y económica que ello conlleva.

El incremento del número de mujeres fumadoras y el aumento de enfermedades relacionado con el consumo de tabaco de la mujer anglosajona y americana, sirven de testimonio del éxito que han tenido los anuncios publicitarios del tabaco dirigidos a la mujer.

El cáncer de pulmón, una vez raro en la mujer, ha sobrepasado al cáncer de mamas como principal causa de muerte por cáncer en la mujer en los EEUU, y responsable actual ente del 25% de todas las muertes por cáncer en la mujer. Y el cáncer de pulmón es solo uno de los múltiples riesgos serios a los que está sometida la mujer que fuma. Aunque mujeres y hombres que fuman comparten el exceso en riesgos en enfermedades neoplásicas, cardiovasculares y enfisema, las mujeres también experimentan riesgos específicos vinculados al embarazo, uso de anticonceptivos orales, función menstrual y cáncer cervical.

En suma, en todas las sociedades, los primeros en iniciar masivamente el consumo de tabaco fueron los hombres de las clases sociales mas privilegiadas. Un par de décadas después, les surgieron los hombres de las otras clases sociales. Solo cuando el consumo se había extendido por toda la población masculina, las mujeres empezaron a consumir tabaco. De nuevo, este proceso comenzó por las mujeres pertenecientes a las clases sociales mas favorecidas y después se extendió alas de todos los grupos.

La progresiva aceptación social del consumo de tabaco por parte de las mujeres contribuyó a su incremento entre la población femenina. Esta aceptación social se debió en parte a la liberalización general de las normas que afectaban el comportamiento esperado de las mismas, que reflejaban un aumento de la igualdad entre sexo. (21)

(21) BIANCO E, El Tabaquismo de la mujer, Monografía, Montevideo: CHLLC, 2002. p 10-13.

¿PORQUE COMIENZAN A FUMAR LAS MUJERES?

EL INICIO:

Generalmente se comienza fumar en la adolescencia: edad del descubrimiento, del desafío y la experimentación, pero el proceso sociológico que convierte al individuo en un fumador que puede haberse iniciado en la infancia.

Aunque algunas empiezan experimentar con los cigarrillos en la niñez, la mayoría lo hace en la adolescencia, estando las edades más frecuentes de experimentación inicial entre los 10-14 años, pero este comienzo se ve influido por la etapa de la epidemia en que se encuentra en el país. Cuanto más prolongada es la epidemia, menor es la edad de inicio. (22)

Edad de inicio:

Un estudio de la OMS en 10 países europeos, encontró que un tercio de los jóvenes probaron cigarrillos a la edad de 13 años, incrementando al 60% alrededores de los 15 años.

En nuestro país los datos que conocemos son los siguientes:

En 1984 Kasdorf informó que el 21% de los hombres y el 30% de las mujeres comenzaron a fumar antes de los 15 años, y que la mayoría (63%) informó haber empezado entre los 16 y 18 años.

Según la encuesta de hogares del INE, con respecto a la edad de inicio, que el grupo más numeroso correspondió al de 15 a 19 años (54,5%), seguido por el de 10 a 14 años (20,6%). Solo el 2% manifestó haber comenzado antes de los 10 años.

La segunda encuesta nacional sobre drogas realizada por la secretaria nacional de drogas, entre 1998 y 1999, determinó que la edad promedio de inicio del consumo ha ido disminuyendo en la mujer, desde los 23 años para el grupo de mujeres mayores a 60 años, a 14 para el grupo de 12 a 19 años, mientras los hombres han presentado una leve fluctuación entre los 16 y 14 años. (23)

Características del inicio del consumo en adolescentes uruguayos:

En diciembre de 1994, se publicó una investigación sobre tabaquismo en la adolescencia, realizado por el Área de Capacitación Técnico Profesional de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. En el mismo se obtuvieron datos de adolescentes de 9 liceos (6 públicos y 3 privados), abarcando 1015 participantes (594 de liceos públicos y 421 de privados). Los resultados evidenciaron que el 11% de los adolescentes fumaba regularmente y que el 42% lo hacía ocasionalmente. Las mujeres fumaban más que los varones (58% vs. 47%), y a menor nivel socioeconómico, menor era la prevalencia de fumadores.

Con respecto a las diferencias en consumo entre liceos privados y públicos, según sexo, se observó que en los liceos públicos la prevalencia de tabaquismo sería mayor tanto en varones como en niñas.

Las conclusiones que realizaron los autores, son que: nuestra juventud no escapa a la situación internacional. Que el comienzo, también en Uruguay, se da de la preadolescencia, entre los 11 y 15 años, en plena etapa de búsqueda de una identidad propia.

(22,23) BIANCO E, El Tabaquismo de la mujer, Monografía, Montevideo: CHLCC, 2002. p 65.

Porque comienzan a fumar los jóvenes:

La iniciación, tanto en hombres como en mujeres, es fuertemente influenciada por los factores sociales incluyendo (influencia del entorno y de sus pares), personales: información, actitudes y creencias acerca del tabaquismo.

La mayoría de los jóvenes empiezan a fumar por diversas razones, en particular: estímulo y desafío (rebelión contra los propios padres o la sociedad, curiosidad, emoción); formación de identidad propia y necesidad de autoestima (sentirse bien, parecer mas adulto y moderno, tener mejor apariencia); y pertenencia a grupo (necesidad de ser aprobado y aceptado por los amigos que fuman y evitar el rechazo o desaprobación de estos). Además muchas adolescentes consideran el fumar un medio para estar en línea.

La adolescencia es a menudo un periodo de rebelión y el fumar puede ser atractivo para los jóvenes. A menudo se asocia el tabaco con las bebidas alcohólicas y las drogas ilícitas.

En proceso de convertirse en fumador se divide esencialmente en cuatro frases: 1) percepción; 2) iniciación/experimentación; 3) adquisición del habito; 4) persistencia/dependencia. En estas frases hay factores socioculturales, ambientales y personales cuya influencia es dinámica y puede cambiar con el tiempo. Par algunas muchachas y mujeres, las oportunidades, la edad o la posición social influirá en el proceso de iniciación y persistencia del tabaquismo.(24)

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 5er. Piso
Montevideo - Uruguay

(24) BIANCO E, El Tabaquismo de la mujer, Monografía, Montevideo: CLCC, 2002. p 66

DAÑOS QUE PRODUCE EL TABACO EN LA SALUD DE LA MUJER.

El conocimiento de la repercusión física que tiene el consumo de tabaco prolongado en la mujer, proviene fundamentalmente de aquellos países desarrollados, de larga historia de tabaquismo donde la epidemia está plenamente consolidada. En ellos las principales causas de muerte en la mujer, vinculadas al consumo de tabaco, son las mismas que en los hombres: los cánceres (sobre todo el de pulmón), la cardiopatía coronaria y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Pero el tabaquismo también afecta en la mujer en forma específica, por su condición de mujer. En los países desarrollados las mujeres que fuman tienen:

- 10 veces mayor riesgo de cardiopatía, y riesgo incrementado de AVE (accidente vascular encefálico), si utiliza concomitantemente anticonceptivos orales.
- Duplica el riesgo de cáncer cervical.
- Deterioro de su capacidad reproductiva (deterioro de fertilidad, dismenorrea, reducción de la fertilidad y menopausia adelantada).
- El fumar durante el embarazo incrementa el riesgo de aborto (en un 25%), de muerte perinatal (en un 33%), duplica el riesgo de parto prematuro y triplica la posibilidad de bajo peso al nacer. En los países en desarrollo donde la salud de madre e hijo son afectados por la pobreza y la mal nutrición, los efectos del tabaquismo son aun mayores. En Chile, p. Ej. Se estima que el 10% de las muertes por accidentes perinatales son atribuidos al tabaquismo.(25)

(25) BIANCO E, El Tabaquismo de la mujer, Monografía, Montevideo: CLCC, 2002. p 30.

COMPORTAMIENTO

De manera más general y usual se puede definir el comportamiento: la manera de ser o de reaccionar de un sujeto en la vida corriente o en presencia de circunstancias particulares. El sentido de este término difiere del de "conducta", que se refiere más bien a la actitud de un sujeto hacia sus obligaciones morales.

Las tendencias naturales del comportamiento se expresan sin obstáculo alguno en los seres primitivos, y quedan reducidas en general a formulas simples de inspiración puramente instintivo, a creencias y supersticiones. (26)

(26) POROT A. Diccionario de psiquiatría. Barcelona: Labor; 1977. comportamiento; p. 258.

POBREZA

La pobreza es un producto humano, resultante de la marginación política, económica y social de importantes sectores de la población, con ingresos insuficientes, con carencias de alimentación, salud, vivienda y servicios (como luz, agua y saneamiento). Todo esto provoca un deterioro global de las condiciones y calidad de vida, debilitando la salud física y psicológica de los individuos, afectando su desarrollo personal.

Es un fenómeno complejo, que abarca una diversidad de dimensiones (económicas, sociales, ambientales, psicológicas, culturales, religiosas) difícilmente cuantificables; es un concepto relativo, según escalas de valores, factores ideológicos, visión políticas, corrientes teóricas de quienes la analizan, variando así el criterio de que es lo justo y aceptable como decoroso para una sociedad.

Complementariamente y dadas las actuales expectativas de consumo, se ha elevado notoriamente el mínimo de lo considerado indispensable para vivir de modo "no pobre". En consecuencia, cuando hablamos de los pobres, nos estamos refiriendo a personas cuyas condiciones de vida no son a nuestro juicio las aceptables para vivir dignamente en esta sociedad.

Al explicar la pobreza, se ha resaltado su rasgo de carencialidad. El pobre es fundamentalmente el que no tiene, el que carece de vivienda, salud, vestimenta, alimentación, educación, trabajo, cultura, deseos de vivir, progresar y triunfar en la vida. A partir de la carencialidad se han elaborado la mayor parte de las teorías explicativas, y en consecuencia, se han diseñado estrategias de abordaje que intentan satisfacer las múltiples insatisfacciones.

Esta visión parcial de la realidad, los ha colocado como objeto de prácticas asistenciales públicas y privadas que no han modificado sustancialmente su situación. Por el contrario, la sociedad ha desnudado sus propias carencias; falta de una perspectiva pedagógica transformadora, ignorancia sobre el universo cultural y psicológico que pautan sus relaciones sociales, ausencia de un enfoque integral, desconocimiento del protagonismo de la gente para resolver sus propios problemas, imposición de diagnóstico, proyectos, métodos, y forma de combatir las dificultades.

Los pobres son además, depositarios de un conjunto de problemáticas que abarcan a toda la sociedad: trasgresión de las normas, violencia, abandono, falta de afecto, delincuencia.

Por todo lo que engloba la pobreza es que en la actualidad existen en la sociedad, individuos en situación de calle. (27)

DEFINICIÓN DE SITUACIÓN DE CALLE

Tomaremos como definición de personas en situación de calle la del NIMH (National Institute of Mental Health, USA): Incluye a aquellas personas que han pasado por lo menos cinco de los últimos cuarenta y cinco días en la calle, refugio o albergue; o catorce de los últimos ciento ochenta días en cualquier otra forma de alojamiento temporario con por lo menos dos cambios de domicilio en los últimos seis meses.(28)

(27)(28) KATZAME R, Marginalidad e integración social en el Uruguay. Montevideo: CEPAL; 1996, pág.38-41

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un tipo de estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, ya que está dirigido a determinar como es o como está la situación de las variables que se estudia en esta población en forma simultánea haciendo un corte en el tiempo.

AREA DE ESTUDIO:

Refugio, ubicado en zona urbana de la ciudad de Montevideo.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

- **TABAQUISMO**

Definición conceptual: es el consumo regular durante un tiempo prolongado de productos que contienen tabaco ya sea por vía inhalatoria o por masticación.

Definición operacional: conocer si fuma o no.

Variable cualitativa simple.

- **EDAD**

Definición conceptual: tiempo transcurrido en la vida de un individuo desde la fecha de su nacimiento hasta el momento actual.

Definición operacional: <20 años, 20-29 años, 30- 39 años, 40-49 años, >50 años.

Variable cuantitativa continúa.

- **SITUACIÓN LABORAL**

Definición conceptual: se refiere a la situación laboral del individuo.

Definición operacional: trabaja, no trabaja.

Variable cualitativa nominal.

- **PERCIBE OTROS INGRESOS**

Definición conceptual: percibe dinero por otros medios.

Definición operacional: percibe, no percibe.

Variable cualitativa nominal.

- **NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

Definición conceptual: es el grado de escolarización alcanzado por la persona según el sistema educativo establecido en el país.

Definición operacional: analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, estudios terciarios.

Variable cualitativa ordinal.

- **ESTADO MARITAL**

Definición conceptual: condición social o vínculo sentimental que se da entre un hombre y una mujer.

Definición operacional: soltera, casada, viuda, divorciada y unión estable.

Variable cualitativa nominal

- **HIJOS**
Definición conceptual: son los descendientes de los progenitores.
Definición operacional: si y no.
Variable cualitativa nominal
- **COHABITAN CON SUS HIJOS**
Definición conceptual: viven con sus hijos dentro del refugio.
Definición operacional: si y no.
Variable cualitativa nominal.
- **TIEMPO DE FUMADOR**
Definición conceptual: tiempo transcurrido desde la experimentación inicial hasta el momento actual.
Definición operacional: menos de 2 años - más de 2 años.
Variable cuantitativa continua.
- **FRECUENCIA DE FUMAR**
Definición conceptual: repetición del acto de fumar.
Definición operacional: fines de semana- todos los días.
Variable cualitativa nominal.
- **QUE FUMA**
Definición conceptual: que consume.
Definición operacional: cigarrillos - tabaco - ambos
Variable cualitativa nominal.
- **NUMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR DÍA**
Definición conceptual: cantidad de cigarrillos que consume por día.
Definición operacional: 1-10 cig., 11-20 cig., 20 mas cig.
Variable cuantitativa discreta.
- **FACTORES QUE INDUCEN A FUMAR**
Definición conceptual: momento o estado emocional que llevan a fumar.
Definición operacional: alegre, triste, cansada, relajada, ansiosa, preocupada, presionada, nerviosa, aburrida, con miedo, soña o acompañada.
Variable cualitativa nominal.
- **CONOCE EL DECRETO / LEY**
Definición conceptual: saber de la existencia de un Decreto / Ley que prohíbe fumar en espacios cerrados.
Definición operacional: si o no.
Variable cualitativa nominal.
- **DONDE FUMA**
Definición conceptual: lugar donde consume tabaco.
Definición operacional: dentro o fuera del refugio.
- **FUMA DELANTE DE SUS HIJOS**
Definición conceptual: consume tabaco en presencia de sus hijos.
Definición operacional: si o no.
Variable cualitativa nominal.
- **CONOCE LOS RIESGOS QUE LE PRODUCE FUMAR**
Definición conceptual: poseer conocimientos de los daños que provoca el tabaco.
Definición operacional: conoce los riesgos o no.
Variable cualitativa nominal.

- **INTENTO DEJAR DE FUMAR**
Definición conceptual: se propuso abandonar el hábito de fumar
Definición operacional: si o no.
Variable cualitativa nominal.
- **INFLUENCIA DE LA PROPAGANDA A FAVOR DEL CIGARRILLO**
Definición conceptual: acción que ejerce la propaganda del cigarrillo.
Definición operacional: si o no.
Cualitativa nominal.
- **IMPACTO DE LA PROPAGANDA EN CONTRA DEL CIGARRILLO**
Definición conceptual: acción que ejerce la campaña en contra del cigarrillo.
Definición operacional: es efectiva y no es efectiva.
Cualitativa nominal.

UNIVERSO

Son las mujeres fumadoras en situación de calle de la ciudad de Montevideo.

MUESTRA

Se tomara una muestra por conveniencia de las mujeres fumadoras en situación de calle que se encuentran albergadas en un refugio de la ciudad de Montevideo. (16 mujeres fumadoras)

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

MUESTREO NO PROBABILISTCO POR CONVENIENCIA: selección de los individuos o unidades más fácilmente accesibles como sujeto de un estudio. (29)

METODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para esta investigación hemos seleccionado como método para la recolección de datos la encuesta a través de una entrevista estructurada; utilizando como instrumento un formulario, ya que le brinda a nuestra investigación ventajas como(30):

- Es aplicable a toda persona, siendo muy útil con analfabetos, niños o con aquellos que tienen alguna limitación física y orgánica.
- Es más fácil para el entrevistado dar respuestas, pues se le hace un tipo de interrogatorio
- La información es más fácil de procesar, simplificando el análisis comparativo
- El entrevistador no necesita ser entrenado
- Hay uniformidad en el tipo de información obtenida.(31)

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Autorización

- Se solicita autorización a los tutores de dicha investigación.(32)
- Solicitar autorización con la directora del refugio previo a la recolección de datos.
- Solicitud de consentimiento a las personas que participaran en el estudio.

Tiempo

-Ver diagrama de Gannt.(33)

Recursos

-RRHH: 5 estudiantes de licenciatura en enfermería, 2 tutores, docente de facultad de enfermería asesor en bioestadística, doctora especializada en tabaquismo.

-RRMM: material de papelería, computadora, disquetes.

-RRFF: materiales y de locomoción.

(29,31) PINEDA E, ALVARADO E, CANALES F, *Metodología de la investigación*, 2ª. ed. Washington: OPS, OMS, 1994.

(30) Anexo4 Instrumento

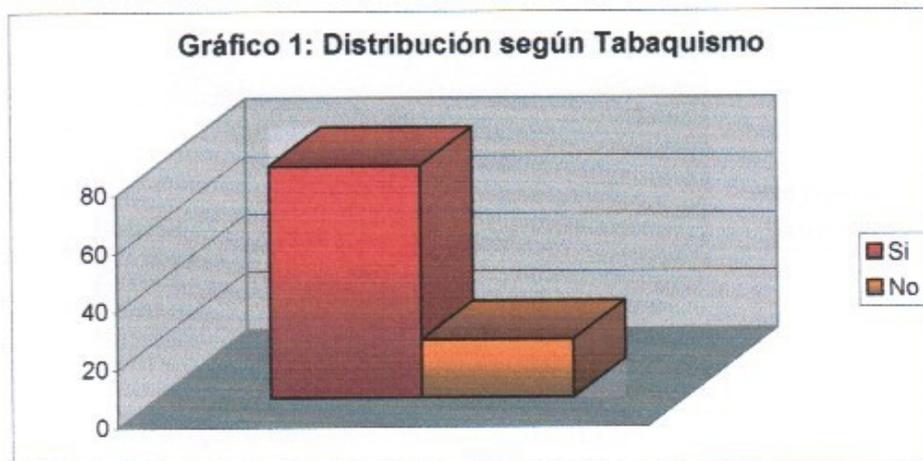
(32) Anexo5 Carta de autorización

(33) Anexo6 Diagrama de Gannt

TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1: Distribución según Tabaquismo.

Fuma	FA	FR%
Si	16	80
No	4	20
Total	20	100



El 80% de las mujeres fuma y el 20% no fuma.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Nota: De aquí en adelante se profundizo en el estudio de las mujeres fumadoras siendo las mismas un total de 16.

Tabla 2: Distribución según Edad

Edad	FA	FR%
< 20	1	6
20-29	11	69
30-39	3	19
40-49	1	6
> 50	0	0
Total	16	100



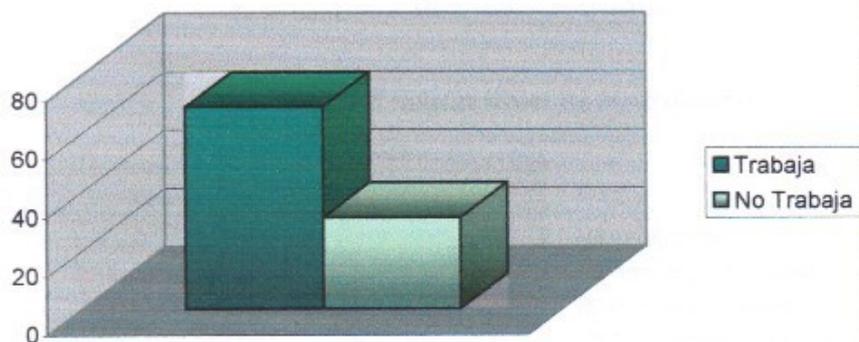
El 69% de las mujeres que fuman tienen entre 20 y 29 años, seguido por un 19% que tienen entre 30 y 39 años.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 3: Distribución según Situación Laboral

Situación Laboral	FA	FR%
Trabaja	11	69
No Trabaja	5	31
Total	16	100

Gráfica 3: Distribución según Situación Laboral



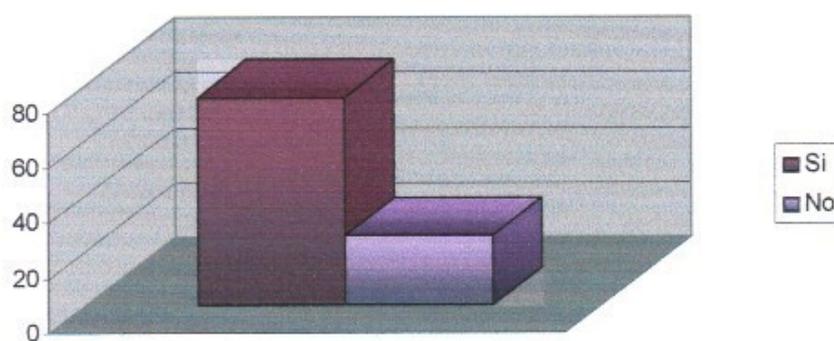
El 69% trabaja y el 31% restante no trabaja.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 4: Distribución según percibe otros ingresos

Percibe otros Ingresos	FA	FR%
Si	12	75
No	4	25
Total	16	100

Gráfica 4: Distribución según Percibe otros Ingresos



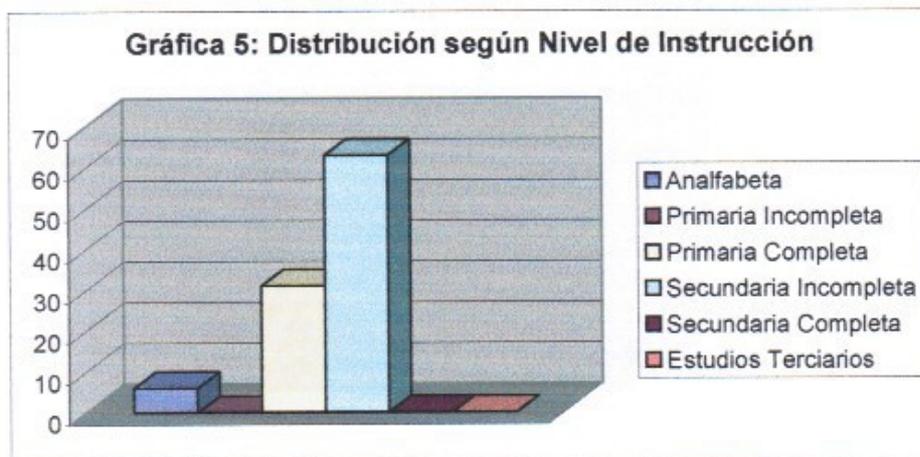
El 75% percibe otros ingresos y el 25% no percibe ingresos.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 5: Distribución según Nivel de Instrucción

Nivel de Instrucción	FA	FR%
Analfabeta	1	6
Primaria Incompleta	0	0
Primaria Completa	5	31
Secundaria Incompleta	10	63
Secundaria Completa	0	0
Estudios Terciarios	0	0
Total	16	100

Gráfica 5: Distribución según Nivel de Instrucción



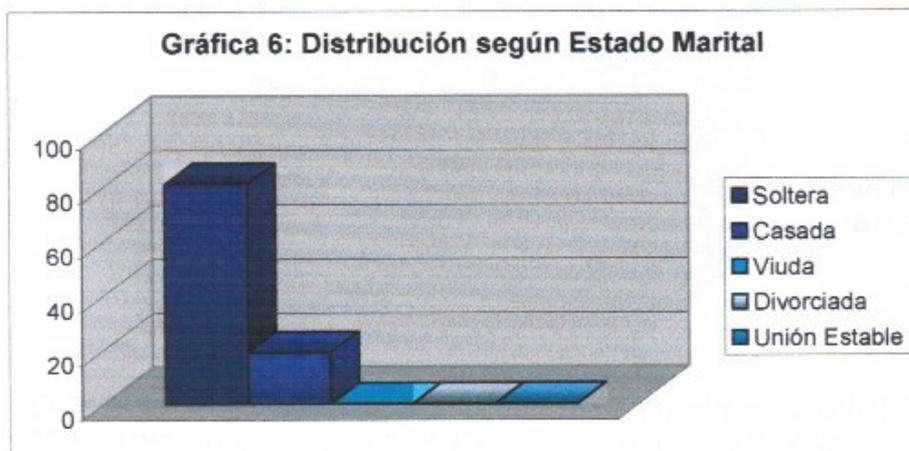
El 63% posee secundaria incompleta, 31% primaria completa y un 6% analfabeta.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 6: Distribución según Estado Marital

Estado Marital	FA	FR%
Soltera	13	81
Casada	3	19
Viuda	0	0
Divorciada	0	0
Unión Estable	0	0
Total	16	100

Gráfica 6: Distribución según Estado Marital



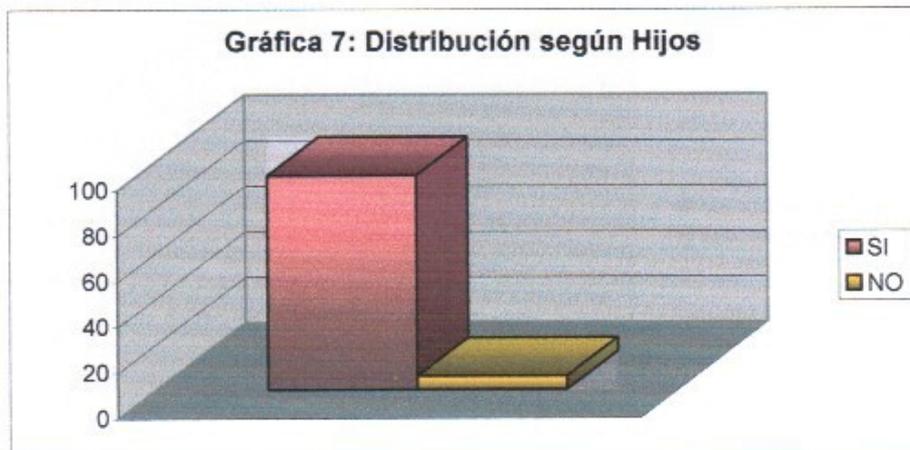
El 81% de estas mujeres son solteras y un 19% casadas.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 7: Distribución según Hijos

Hijos	FA	FR%
SI	15	94
NO	1	6
Total	16	100

Gráfica 7: Distribución según Hijos

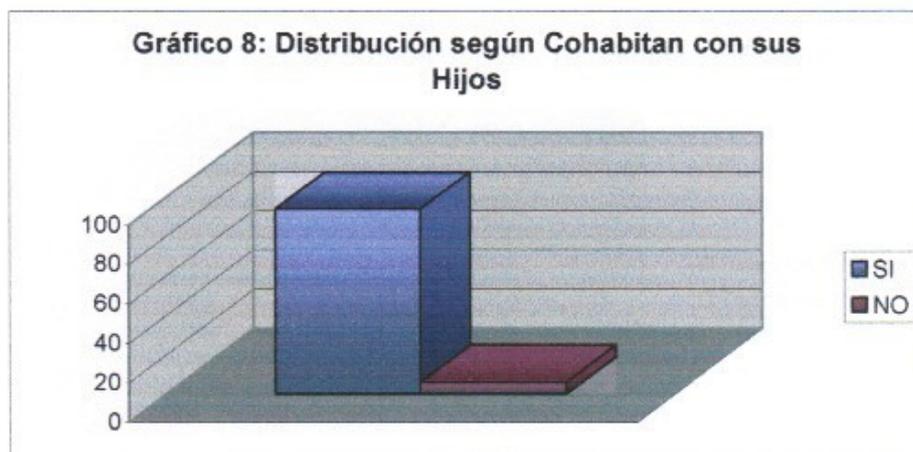


El 94% de las mujeres fumadoras tienen hijos.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 8: Distribución según cohabitan con sus Hijos

Cohabitan con sus Hijos	FA	FR%
SI	15	94
NO	1	6
Total	16	100

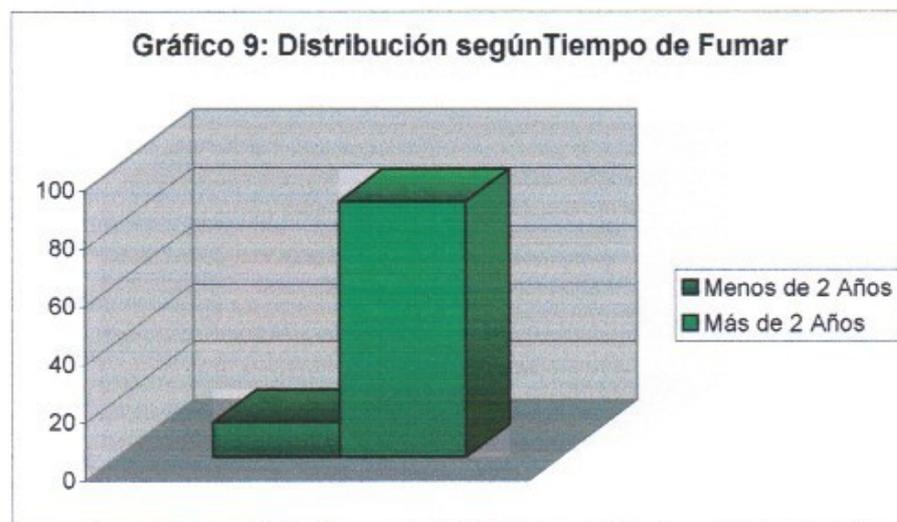


El 94% de las mujeres cohabitan con sus hijos y el 6% no cohabitan

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 9: Distribución según tiempo de fumar

Tiempo de Fumar	FA	FR%
Menos de 2 Años	2	12
Más de 2 Años	14	88
Total	16	100



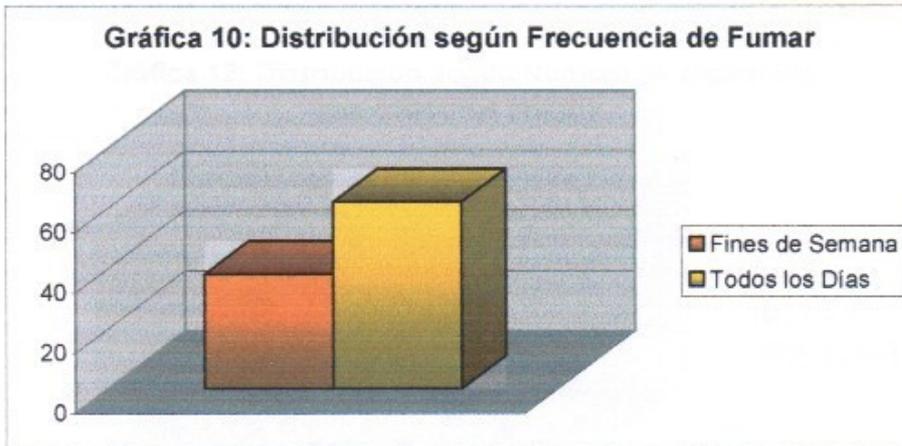
El 88% fuman hace más de dos años y el 12% hace menos de 2 años.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 10: Distribución según frecuencia de fumar

Frecuencia de Fumar	FA	FR%
Fines de Semana	6	38
Todos los Días	10	62
Total	16	100

Gráfica 10: Distribución según Frecuencia de Fumar



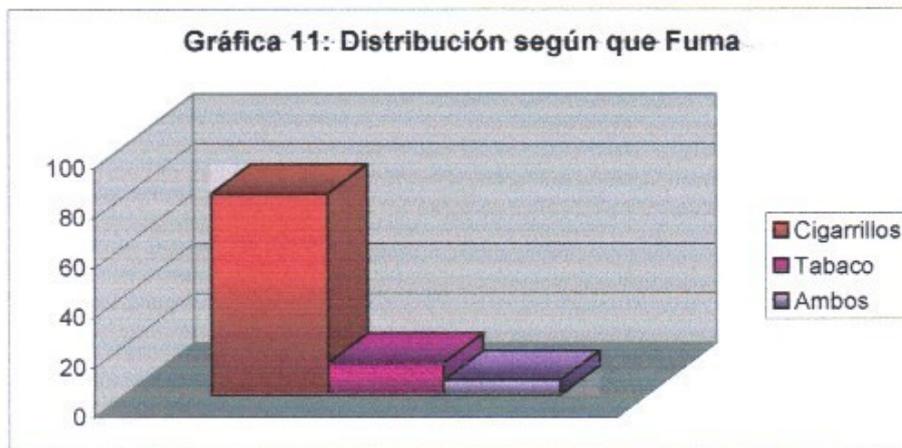
El 62% fuman todos los días y un 38% fuma a veces.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 11: Distribución según que fuma

Que Fuma	FA	FR%
Cigarrillos	13	81
Tabaco	2	13
Ambos	1	6
Total	16	100

Gráfica 11: Distribución según que Fuma

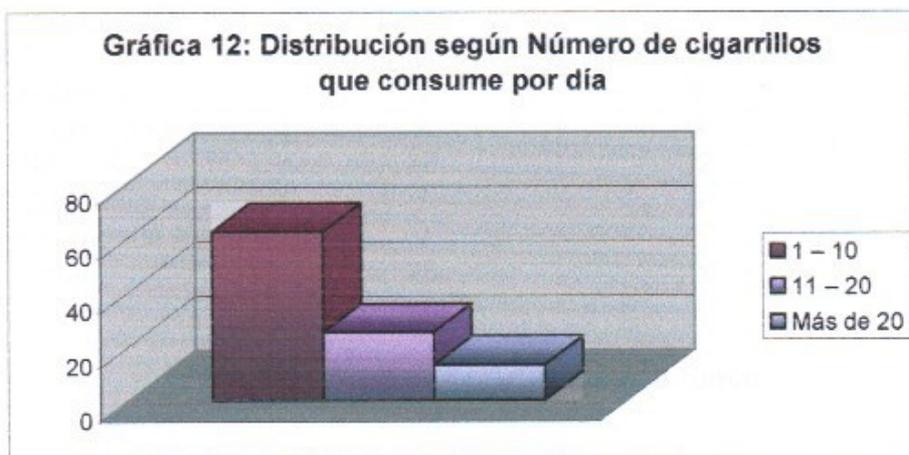


El 81% fuma cigarrillos y el 13% tabaco.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 12: Distribución según número de cigarrillos que consume por día

Nº de cigarrillos que consume por día	FA	FR%
1 – 10	10	62
11 – 20	4	25
Más de 20	2	13
Total	16	100



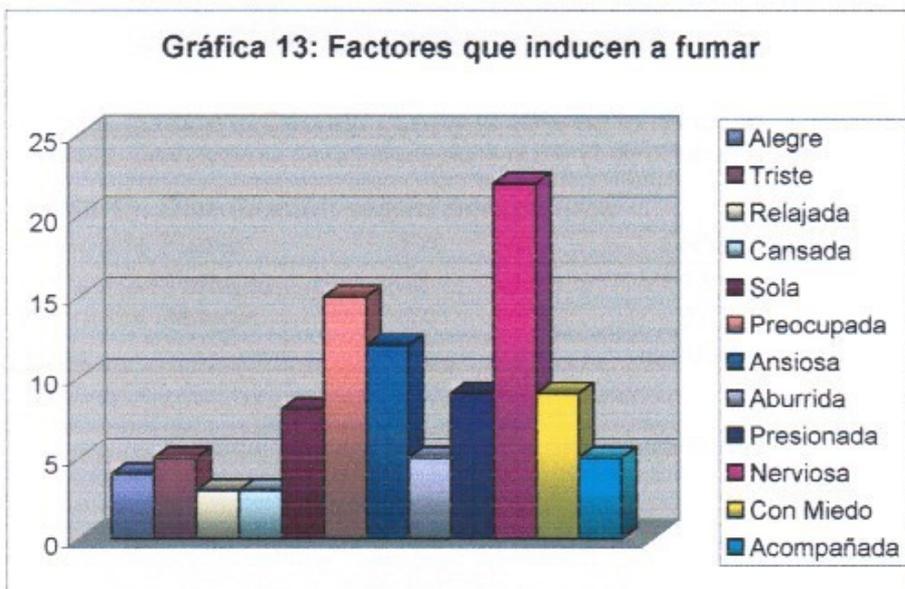
El 62% consume de 1 a 10 cigarrillos por día, el 25% de 11 a 20 cigarrillos y un 13% más de 20 cigarrillos por día.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 13: Distribución según factores que inducen a fumar

Factores que inducen a fumar	FA	FR%
Alegre	3	4
Triste	4	5
Relajada	2	3
Cansada	2	3
Sola	6	8
Preocupada	11	15
Ansiosa	9	12
Aburrida	4	5
Presionada	7	9
Nerviosa	16	22
Con Miedo	7	9
Acompañada	4	5
Total	75	100

Gráfica 13: Factores que inducen a fumar



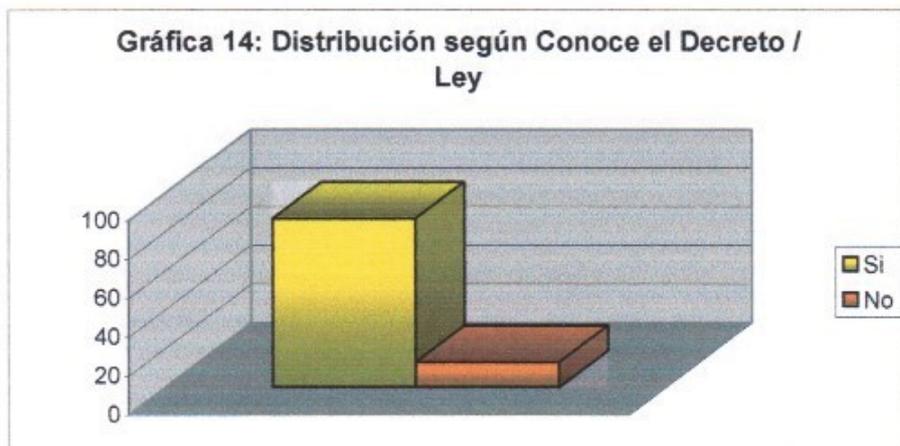
Un 22% fuma cuando esta nerviosa, un 15% nerviosa, el 12% lo hace ansiosa y con un 9% cuando se siente presionada.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Nota: Cabe aclarar que las mujeres eligieron más de una opción.

Tabla 14: Distribución según conoce el Decreto / Ley

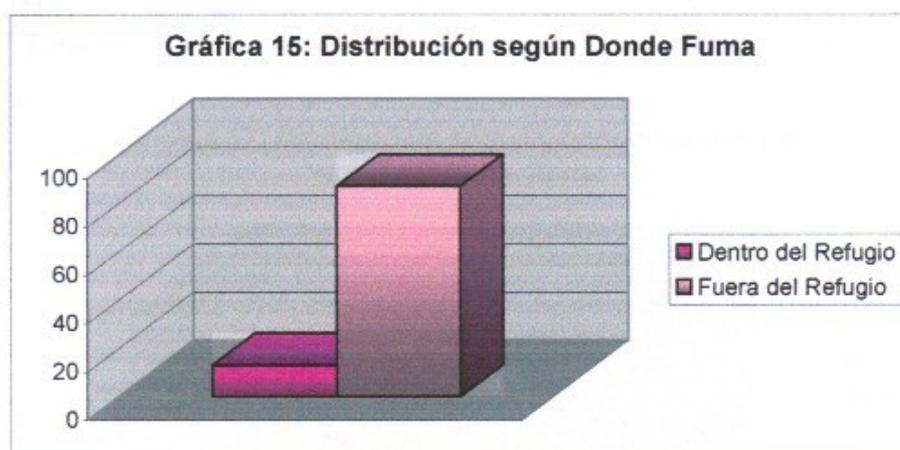
Conoce el Decreto/ Ley	FA	FR%
Si	14	87
No	2	13
Total	16	100



El 87% conoce el Decreto / Ley y el 13% no lo conocen.
 * Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 15: Distribución según donde fuma

Donde Fuma	FA	FR%
Dentro del Refugio	2	13
Fuera del Refugio	14	87
Total	16	100

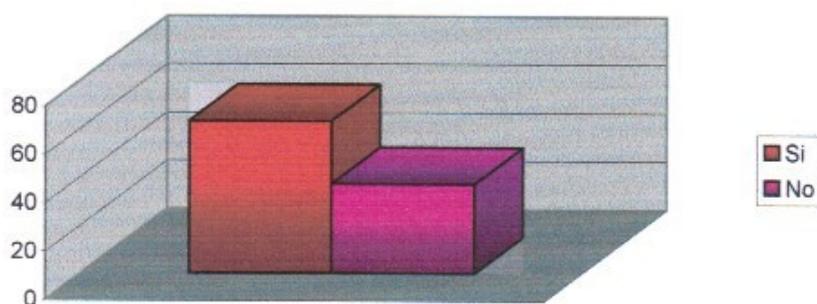


El 87% fuma fuera del refugio y el 13% no fuma dentro del mismo.
 * Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 16: Distribución según Fuma delante de sus hijos

Fuma delante de sus hijos	FA	FR%
Si	10	63
No	6	37
Total	16	100

Gráfica 16: Distribución según Fuman delante de sus Hijos



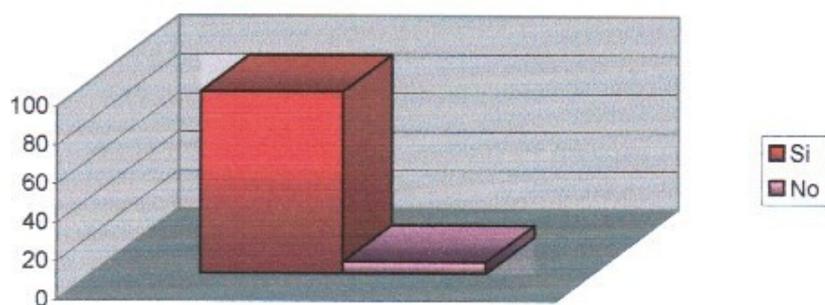
El 63% fuma delante de sus hijos mientras que el 37% no fuma delante de ellos.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 17: Distribución según conoce los riesgos que le produce fumar

Conoce los riesgos que le produce fumar	FA	FR%
Si	15	94
No	1	6
Total	16	100

Gráfica 17: Distribución según Conoce los riesgos que le produce fumar

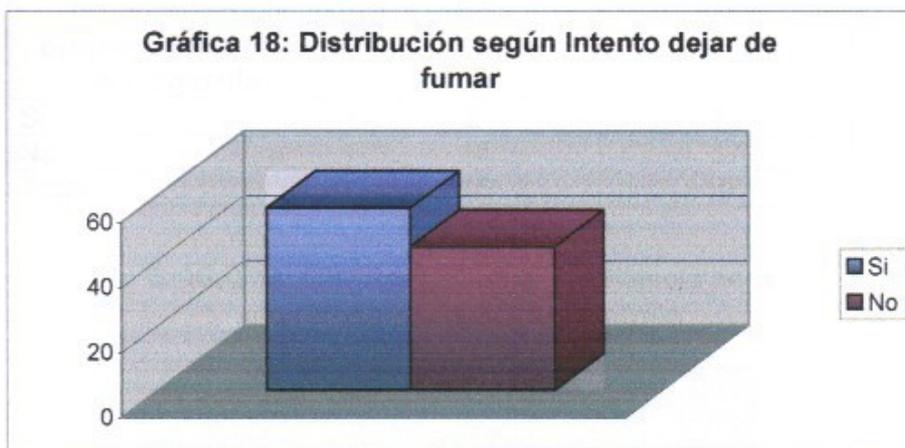


El 94% conoce los riesgos que le produce fumar.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 18: Distribución según intento dejar de fumar

Intento dejar de fumar	FA	FR%
Si	9	56
No	7	44
Total	16	100



El 56% intentó dejar de fumar y el restante 44% no lo hizo.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 19: Distribución según influencia de la propaganda a favor del cigarrillo.

Nota: Los datos que se presentan a continuación respecto de las campañas publicitarias a favor y en contra del consumo de cigarrillos surge de las entrevistas realizadas al grupo estudio y no de un análisis del resultado de las campañas en si mismas.

Influencia de la propaganda a favor del cigarrillo	FA	FR%
Si	2	13
No	14	87
Total	16	100



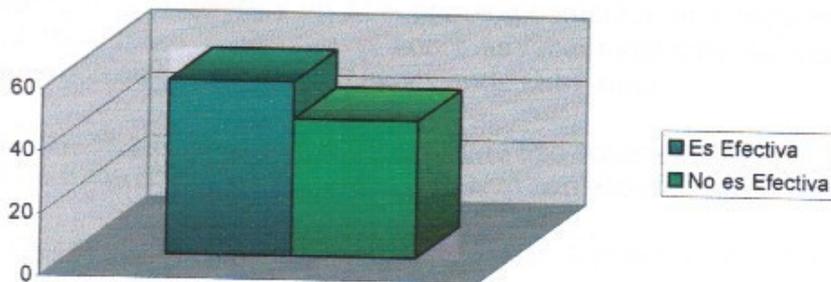
El 87% considera no que la propaganda a favor del cigarrillo no influye.

* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

Tabla 20: Distribución según Impacto de la propaganda en contra del cigarrillo

Impacto de la propaganda en contra del cigarrillo	FA	FR%
Es Efectiva	9	56
No es Efectiva	7	44
Total	16	100

Gráfica 20: Distribución según Impacto de la propaganda en contra del cigarrillo



El 56% refiere que es efectiva la propaganda a favor del cigarrillo y el 44% no.
* Fuente: Relevamiento de datos extraídos el día 17 de octubre de 2006.

ANÁLISIS

De un total de 20 mujeres que se encontraban albergadas en el refugio al momento de recoger la muestra, se obtuvo que 16 de las mismas eran fumadoras, podemos decir entonces que existe una prevalencia de consumo del 80%. Esto se asemeja a los datos del relevamiento del plan invierno 2005 realizado en dicha institución.

De la caracterización surge que el 69% de las mujeres estudiadas pertenece al grupo etareo entre 20 a 29 . El 19% de 30 a 39 años, el 6% son menores de 20 y 6% restante es de 40 a 49 años.

Con respecto al nivel de instrucción cabe destacar que en un 63% poseen secundaria incompleta y un 31% primaria completa; en contraposición a lo que se conoce sobre la pobreza, el pobre es fundamentalmente el que no tiene, el que carece de educación, salud, vivienda entre otros.

Las mismas en un porcentaje mayoritario son solteras 94%.
El 94% tiene hijos y el 94% de estás viven con ellos.

En cuanto a los ingresos un 69% posee trabajo y un 75% percibe otros ingresos tales como plan de emergencia, asignación familiar, pensión, etc.

Con respecto al consumo un 81% consume preferentemente cigarrillos mientras que un 13% tabaco. Un 62% lo hace diariamente fumando de 1 a 10 cigarrillos día y un 25% de 11 a 20 cigarrillos día.

Los factores que inducen a estás mujeres a fumar son en un 100% cuando están nerviosas en un 69% cuando están preocupadas y en un 56% ansiosas.

El 88% fuma desde hace más de un año y el 56% intento dejar de fumar .

Un 87% no considera que la propaganda promocionando el consumo de tabaco influya en el hábito, y el 67% considera efectiva las campañas en contra del tabaquismo.

De la población estudiada el 87% conoce la existencia de un Decreto / Ley en el cuál se prohíbe fumar en espacios cerrados, reflejándose a su vez que el mismo porcentaje fuma fuera del refugio.

El 94% refiere conocer los riesgos que produce el habito de fumar y en contra posición a esto un 67% fuma delante de sus hijos.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Del análisis de la investigación se desprenden las siguientes conclusiones y sugerencias:

- Podemos concluir que la mujeres tienen una educación media incompleta, por lo que no desconocen el tema, la normativa vigente, y los perjuicios del consumo, sobre ellas y sus familias, o personas que las rodean, conociendo los riesgos.
- La mayoría de las entrevistadas fuman desde hace más de dos año, todos los días entre 1 y 10 cigarrillos por día, se podría deducir con esto que la propaganda en contra del consumo no haría impacto en estos grupos sociales.
- Las causas del tabaquismo en estos grupos marginales son atribuidas a preocupación, nervios, ansiedad, miedo, a la soledad, a la desprotección, verificándose un estado de vulnerabilidad apto para el consumo.

Propuesta: La exposición permanente al manejo de factores vitales estresantes, la baja autoestima, la falta de expectativas para si mismas, sus hijos y entorno, la falta de horizontes, de metas posibles de concretar, llevan a estos grupos socialmente vulnerables al consumo de tabaco.

Los intentos de dejar de fumar fracasan y esta verificado que la propaganda en contra del consumo no influye en el cambio de conducta adictiva.

Seria pertinente y necesario ser vehículo de cambio, en cuanto a fortalecer actitudes y potencialidades de estos grupos buscando una incentivación y estímulo, que lleve a la persona a la motivación de dejar el hábito perjudicial de fumar.

Esta tesis es punto de partida para la elaboración de un plan de abordaje, especifico y aplicable, en la que se trabaje con los factores que provocan la adicción anteriormente expuestos.

El desarrollo de programas de enfermería para la prevención del consumo de tabaco para estos grupos deberán contener en su propuesta talleres que puedan controlar los factores que entendamos predisponentes.

Programas de salud mental donde las usuarias de los mismos puedan aprender a manejar los motivos de angustia, estrés, lugares donde puedan expresar los miedos y recomponer su autoestima, utilizando una metodología participativa.

Cabe subrayar una serie de ítems que consideramos relevantes para alentar el debate académico y técnico entorno al tema, pero también para debatir con respecto a las estrategias más idóneas y eficaces para abatir el fenómeno del tabaquismo.

Desafíos pendientes:

- Incidir en el contexto sociocultural y en la multidimensionalidad, causas y consecuencias del tabaquismo. Como? Por ejemplo: Desde el rol de enfermería profesional como integrante de un equipo interdisciplinario llevando a cabo educación para la salud.
- Igualdad de oportunidades para mejorar el acceso a los servicios.
- Necesidad de trabajar en un nuevo marco de relacionamiento institución familia.
- Intercambio con redes sociales que apoyen la tarea.
- Lucha contra el desinterés, resignación, o indiferencia de las mujeres en esa situación.

Reflexión:

El escenario futuro de las políticas de salud, educación y sociales, sean pautados por la resignificación del valor del ser humano y la educación en las vidas individuales y colectivas, no solo por su incidencia en la socialización de valores democráticos si no por el principal instrumento que de oportunidades reales y de desarrollo generando condiciones para una sociedad, socialmente más integrada.

Las políticas deben fortalecer los impactos desde la infancia y no constituir en los hechos una etapa donde se cortan abruptamente las redes de protección social.

Si esa población no trabaja no tiene donde vivir, no estudia no tiene una vida digna y decorosa se evidencia un drama social que alimenta la frustración y el desgano, marcando la ruta que lleva a la marginalidad.

SUGERENCIAS

Consideramos que con los datos obtenidos se puede profundizar en la investigación así como tomar como punto de partida para el planteo de otros problemas de investigación

BIBLIOGRAFÍA

- BIANCO E, El Tabaquismo de la mujer, Monografía, Montevideo: CHLCC; 2002.
- BIANCO E, La Epidemia del Tabaquismo en el Uruguay, Monografía, Montevideo: CLCC; 2000.
- CHLCC. "Epidemiología del tabaquismo en el Uruguay", Primer Taller en la formación de formadores en el abandono del hábito del tabaquismo; Montevideo:1999.
- ERNSTER V, KAUFMAN N, NITCHER M, SAMET J, YOON S, Las mujeres y el tabaco: de la política a la acción. En: Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(7): 891-901.
- ESTEVEZ D, BLANCO A, GONZALEZ M, Servicios de salud con humo de tabaco, Médico, ético y legal, Montevideo: OPS, 2004.
- FERRANDOJ, Cuando el encuadre no cuadra: equipo de investigación sobre el trabajo psicológico de la marginación. Montevideo .Roca Viva;1992.
- FUILGUEIRA, C. Sobre las revoluciones ocultas de la familia en Uruguay. Montevideo: CEPAL; 1996.
- GUIA ACTUALIZADA PARA EDUCADORES, Tabaco: Lo que todos debemos saber, Washington: ed .2002.
- JUNTA NACIONAL DE DROGAS, Drogas: más información menos riesgos, 3ª ed. Montevideo, 2004.
- KATZAME R, Marginalidad e integración social en el Uruguay. Montevideo: CEPAL; 1996.
- LOS MARGINADOS URUGUAYOS, ed. Banda Oriental, 1984.
- PINEDA E, ALVARADO E, CANALES F, Metodología de la investigación, 2ª. ed. Washington: OPS, OMS, 1994.
- PSICOLOGÍA DEL MARGINADO, IPRU, 1985.
- POROT A, Diccionario de psiquiatría. Barcelona: Labor, 1977. comportamiento; p. 258.
- TAPIA, R., Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. México, D.F. Ed. Manual Moderno, 1994.
- <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr - forwomen/factsheet - outcomes.htm>.
- <http://www.bvsoncologia.org.uy/uilayer/tabaquismo.htm>.
- <http://www.urucan.org.uy>
- <http://www.ine.gub.uy>
- www.infodrogas.gub.uy

ANEXOS

ANEXO 1

INVESTIGACIÓN TABAQUISMO Y POBREZA EN EL BARRIO LAVALLEJA

Dra. Adriana Blanco Marquizo; Lic. Álvaro Díaz; A.S. Beatriz Berreta.
Policlínica Lavalleja. Intendencia Municipal de Montevideo

UN CÍRCULO VICIOSO

¿QUIEN PAGA REALMENTE EL PRECIO DEL TABACO? LOS PAÍSES

- **MITO 1:**
La recaudación de impuestos al tabaco genera ganancias.
- **LA REALIDAD:** El tabaco le cuesta 200.000 millones de dólares anuales a la economía mundial.

PAGAR IMPUESTOS NO DA DERECHO A PROVOCAR UN DAÑO
EQUIVALENTE A LA CANTIDAD DE IMPUESTOS ABONADOS

- **MITO 2:**
La industria tabacalera genera una enorme cantidad de puestos de trabajo.
- **LA REALIDAD:** La producción de cigarrillos está altamente mecanizada y genera por tanto pocos puestos de trabajo.
En Uruguay ocupa poco más de 500 personas en forma directa

CUANDO LA GENTE DEJA DE GASTAR DINERO EN TABACO, ADQUIERE
BIENES Y SERVICIOS CON MAYOR VALOR AGREGADO Y SE GENERA ASÍ
UN NÚMERO IMPORTANTE DE FUENTES DE TRABAJO

LOS CULTIVADORES

- Problemas de salud
- Bajos ingresos
- Mano de obra infantil

EL MEDIO AMBIENTE

- **DEFORESTACIÓN:**

América Latina: 37.200 ha de vegetación natural por año.

Uruguay: 40% de la deforestación anual

EL MEDIO AMBIENTE

- EMPOBRECIMIENTO DEL SUELO
- COMPETENCIA TABACO / ALIMENTOS
- BASURA Y CONTAMINACIÓN
 - 26% de los objetos encontrados en la Limpieza Costera Internacional
 - 2.000 millones de Kg. de desechos anuales
 - 209 millones de Kg. de residuos químicos anuales
 - contaminación de aguas por plaguicidas

LAS FAMILIAS MÁS POBRES

- En el mundo entero los pobres tienen mayor probabilidad de fumar que los ricos.
- Gastan un porcentaje mayor de sus ingresos en tabaco.
- Factor de mayor empobrecimiento

CON EL COSTO DE UNA CAJILLA DE LOS CIGARRILLOS MÁS VENDIDOS EN URUGUAY SE PUEDE COMPRAR:

3 litros de leche
1.5 Kg. de arroz
3 flautas de pan
2 Kg. de azúcar

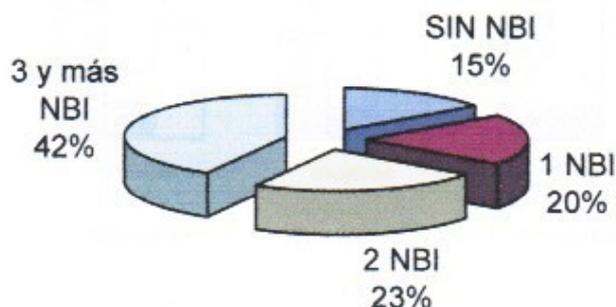
CONSUMO DE TABACO Y POBREZA IMPLICANCIAS ECONÓMICAS Y SANITARIAS

ASENTAMIENTO
25 DE AGOSTO

- 290 HOGARES
- 229 hogares encuestados(79%)
- 943 personas:
- 60% mayores de 12 años
- distribución por sexo:
- 49 % hombres
- 51 % mujeres
- media de edad: 28 años

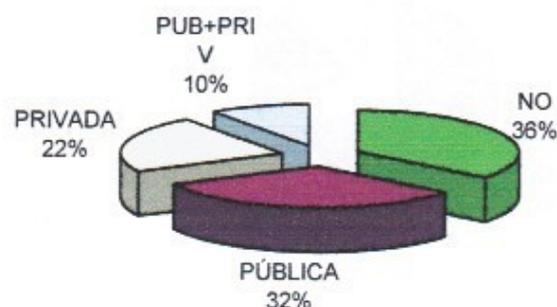
Características socioeconómicas

Necesidades básicas insatisfechas (NBI)



Características socioeconómicas

Ayuda alimentaria



Características socioeconómicas

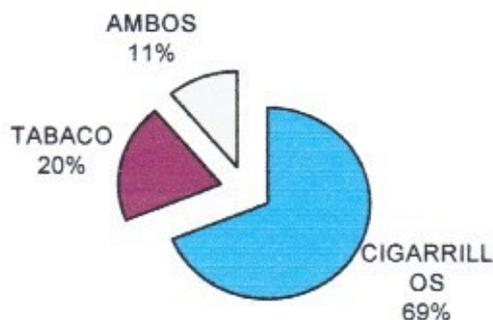
Ingreso total mensual*	\$ 3473
Promedio mensual per capita*	\$ 1150
Línea de pobreza (LP) INE (12/2001)	\$ 1482 (33% de los hogares por debajo de la LP)
Línea de Indigencia (LI) INE (12/2001)	\$ 707 (43% de los hogares por debajo de la LI)
Gasto promedio per capita en tabaco	\$ 328
Gasto promedio por hogar en tabaco	\$ 482 (14% promedio hogares)

* Datos obtenidos a partir de la encuesta del Centro Cooperativista Uruguayo del 2001.

Prevalencia tabaquismo



Características del consumo de tabaco



Características del consumo de cigarrillos



ANEXO 2

Plan Invierno 2005

Proceso salud – enfermedad – atención en usuarios de CEPRODIH.

- 1. El Proceso salud – enfermedad - atención.**
- 2. Área Salud. Actividades con Mujeres.**
- 3. Preinforme. La búsqueda de atención médica.**

1. El Proceso Salud – Enfermedad – Atención.

El proceso salud enfermedad atención se aborda, en la población usuaria de los refugios CEPRODIH, en clara apuesta a lo inter y transdisciplinar y desde los siguientes imperativos:

1. Evidenciar las dimensiones culturales, sociales y económicas que subyacen al proceso de enfermar.
2. Exponer la inequidad en la distribución de agentes protectores y destructores de salud. Evitar la transpolación de los problemas sociales a un individuo.
3. Cuestionar la visión reduccionista de la persona impuesta por el modelo médico hegemónico..
4. Entender y atender la enfermedad de los usuarios desde la perspectiva antedicha.
5. Promover una relación de menor asimetría entre el “sector salud” y los usuarios, así como, una coordinación efectiva con dicho sector y con aquellos otros sectores que tengan responsabilidad en la distribución de determinantes de salud que están fuera de la competencia del sector salud.

En el marco del plan invierno 2005, en local central de CEPRODIH de Cerrito 617, se albergan mujeres que ingresan con sus hijos y mujeres que ingresan solas. Un contingente de más de 80 mujeres y 85 niños, heterogéneo e inestable a inicios del plan se suma a la población del proyecto Puerto; hogar de pre-egreso para madres con hijos. Se constituye así, un colectivo, que en algún momento, superó las 90 personas albergadas en este local y que categorizamos en tres grupos, para facilitar el análisis:

1. Las mujeres que ingresan con sus hijos.
2. Los hijos.
3. Las mujeres que ingresan solas.

En el primer más de un 80% de las mujeres tienen menos de 40 años, en el tercer grupo más de 80% tienen más de 40 años y corresponden, casi en su totalidad a mujeres ingresadas en el marco del plan invierno.

Las mujeres que ingresan con sus hijos, pueden permanecer en el refugio durante las 24 hrs. integrándose a las actividades del Proyecto Puerto de CEPRODIH.

Algunas, una vez abiertas las puertas del Centro Diurno – plan invierno 2005, concurren al mismo.

El local de Pagola 2186, alberga durante la noche, a unas cuarenta personas, por lo general, mayores de 55 años, de ambos sexos, ingresadas en el marco del plan invierno 2005. El local tiene capacidad para unas cuarenta personas. Ingresaron más de 65 personas, con una relación, que tiende a mantenerse, de una mujer por cada seis varones.

Las mujeres ingresan con sus hijos

Las mujeres que ingresan con sus hijos comparten características de las mujeres ya albergadas en CEPRODIH, así como con aquellas usuarias de otros refugios montevideanos. Durante este plan ingresan unas cuarenta mujeres de este guapo. Reconocer estas características resulta útil a la hora de cualquier intento de sistematización;

- Proviene generalmente de hogares resultantes de varias generaciones de pobreza urbana, con ausencia de cooperación intergeneracional e intrageneracional y déficit de endoculturación. Las mujeres con hijos con historia de situación de calle son cuatro (reciente o crónica); habitualmente proceden de asentamientos y pensiones, aprovechando el marco de plan invierno para ingresar a CEPRODIH en un intento de escapar de un ambiente hostil, habitualmente cargado de violencia doméstica.

Solamente tres de 64 mujeres de refugios montevideanos que han ingresado con sus hijos durante el último año tienen una historia real de "situación de calle".
--

- El nivel educativo alcanzado rara vez supera el primario. Aún aquellas que han cursado algunos años en la educación secundaria presentan, con frecuencia, dificultades serias en la lectoescritura. Dos de las mujeres ingresadas durante este plan invierno son analfabetas. Se agrega a esto el analfabetismo social como otro factor perpetuador de su propia exclusión social.
- Sus incursiones en el mercado de trabajo son escasas y marcadas por la segregación ocupacional con techo salarial bajo. Si bien, según el último informe de CEPRODIH al respecto (febrero 2005), en 9 de 27 mujeres se evidenció la existencia de hábitos de trabajo, lo menguado de sus ingresos impiden, por lo general, la autovalencia económica. Experiencias de capacitación en PROMOVER, ámbito de capacitación e inserción laboral, facilitan una mejor inclusión en el mercado de trabajo.
- Tienden a repetir modelos familiares en lo que a conducta reproductiva se refiere con parejas inestables, múltiples, habitualmente violentas. Se constata una alta tasa de embarazo adolescente con multiparidad y corto período intergestacional. La tasa de fertilidad para el último informe de

CEPRODIH (febrero 2005) fue de 3,25 para este grupo. Los embarazos, por regla general, son no o mal controlados. Se evidencia ambigüedad en la toma de decisiones referidas al futuro reproductivo, así como mal conocimiento de técnicas anticonceptivas y difícil acceso a ellas.

De 100 mujeres usuarias de refugios montevideanos atendidas durante el último año, 64 corresponden a mujeres con hijos, en general menores de 40 años y 36 a mujeres que ingresan solas a los refugios, en general mayores de 40 años. De el primer grupo, 22 (34,3%) han abandonado o debido dejar al cuidado de terceros a por lo menos uno de sus hijos; del segundo grupo, entre las que se destaca clara ambigüedad en las respuestas obtenidas en relación a su pasado fértil, 20 (54,05%) han abandonado o dejado al cuidado de terceros a todos sus hijos.

El desprendimiento paulatino de sus hijos parece ser, en estas mujeres, otra de sus dolorosas constantes vitales: cuanto mayor va siendo su edad, menor número de hijos parecen conservar.

- Si bien, muchas de estas mujeres han estado internadas en hospital durante su infancia, no suelen recordar el motivo de ingreso. Tampoco recuerdan otros antecedentes patológicos personales ni familiares.
- Las relaciones asimétricas, marcan el tipo de interacción a las que estas mujeres se someten durante su curso vital. Este tipo relación se da con el "hombre proveedor" así como con diversas instituciones con las cuales las usuarias establecen algún tipo de contrato (BPS – MSP – INDA – ONGS, etc): "a cierta acción corresponde una determinada prestación". Para cada "prestador" parece existir un discurso aprendido. Sabido es, asimismo, que tales prestaciones difícilmente satisfacerán sus aspiraciones. A esto se agrega una nueva noxa derivada de la internación que es necesariamente prolongada en la organización, dadas las dificultades a la hora de obtener soluciones que faciliten un egreso digno. Todo lo anterior impresiona directamente relacionado con la situación de dependencia e incompetencia que muchas veces es ostensible en esta población, así como con los sentimientos de rabia y frustración que el grupo evidencia.

Probablemente es en estos sentimientos de rabia y frustración donde hallaremos las causas de la rotura de bienes muebles e inmuebles, de robos, de deposiciones halladas en sitios inadecuados, así como la falta de tolerancia a normas impuestas para asegurar la permanencia en un territorio que siempre resulta ajeno.

La asimetría en cuestión, adquiere su faceta más amenazante en las relaciones al interior del espacio privado de estas mujeres, espacio donde a la asimetría, se suman factores estresantes múltiples y la decisión de resolver conflictos de modo violento.

De 100 mujeres usuarias de refugios montevideanos atendidas en el último año, 86 reconocen antecedentes de violencia doméstica por parte de su pareja o ex -pareja, 79 reconocen haber sido maltratadas en su infancia y 28 han sufrido abuso sexual durante su infancia y/o adolescencia. Los agresores múltiples han sido padres (madre y padre), cuidadores, otros parientes, parejas y ex parejas. Solo en un caso de abuso sexual en la adolescencia el abusador fue desconocido para la víctima.

La violencia se encuentra naturalizada en esta población y se constituye en el modo habitual de resolución de conflictos. Del abuso sexual se habla poco; al problematizarlo se minimiza, como pensándolo parte del vivir.

Durante su estadía en el refugio estas mujeres consultan asiduamente. A pesar del déficit mencionado en su proceso de endoculturación se hace ostensible su pertenencia a una sociedad altamente medicalizada: aspiran a que sus males, habitualmente vinculados a problemáticas socioculturales complejas, alivien con fármacos.

- Casi la totalidad de las usuarias sufre de dolores músculo esqueléticos que las afectan durante la mayor parte de los días, presentando empujes dolorosos habitualmente refractarios a medicación AINE. Estos dolores, que predominan en región lumbar y cervical afectan con frecuencia articulaciones tibiotarsianas y pies. Esto dolores constituyen la principal preocupación sanitaria "sentida" por estas mujeres.

El modo en que las mujeres conciben su salud se relaciona con aquello que les permiten o no desempeñarse en la cotidianeidad. Los dolores, que casi a diario, dificultan sus movimientos, son en general descalificados como "enfermedad" por un modelo médico reduccionista, para el que "sin lesión no existe enfermedad".

El reduccionismo del modelo médico hegemónico es consecuencia de sus rasgos estructurales. El biologicismo, en particular, es el principal factor de exclusión de los factores históricos, socioeconómicos y culturales del proceso salud - enfermedad - atención y tiene un efecto deletéreo sobre la población que nos ocupa.

- El insomnio y la somnolencia diurna constituyen la segunda preocupación sanitaria en estas mujeres. Esto síntomas se presentan aislados o formando parte del cortejo sintomático de la depresión. La ingesta de psicofármacos, en forma continua o esporádica, es frecuente. Los trastornos de personalidad de diverso grado son frecuentes en esta población. Los intentos de autoeliminación se recogen como antecedente de un gran número de estas mujeres y en casi todas ellas han sido por ingesta de psicofármacos. Las crisis de angustia, en general con rica sinología conversiva son harto frecuentes.

Es habitual el antecedente de consumo de psicofármacos, aunque el grupo ingresado durante este plan invierno parece presentar menor incidencia de éste que grupos anteriores; en 11 de 25 entrevistas se reconocen antecedentes consumo de psicofármacos.

76 de 100 mujeres usuarias de refugios montevideanos atendidas durante el último año consumen psicofármacos (en forma continua o esporádica). A veces, son obtenidos por indicación en consulta en policlínica de salud mental. Otras veces, se accede a ellos a través de la venta clandestina, del trueque por diversos bienes o son administrados por pares.

- Una de las mujeres ingresada en el marco del plan invierno 2005, presenta un consumo problemático de alcohol. La adicción a otras drogas se detecta con mayor frecuencia que en encuestas realizadas años pasados en similar población (Refugio Santa Clara-2002). El consumo de marihuana se da por lo menos en seis madres de este grupo sin provocar deterioro de redes, daño sanitario ni transgresión de normas. El consumo de PBC tiene un efecto deletéreo sobre las mujeres ingresadas a CEPRODIH y suele vincularse expulsiones y egresos no programados; solo en una de las mujeres ingresadas con sus hijos durante este plan se relaciona el egreso a tal consumo.

El alcoholismo afecta a cuatro de 100 madres ingresadas a CEPRODIH en el último año, tres de las cuales presentan un consumo altamente problemático. Tres de las cuatro consumidoras de PBC de un grupo de 100 mujeres ingresadas a refugios durante el último año no pudieron sostener su estadía en los mismos.

- El tabaquismo es la regla; el hábito si inicia en la infancia-adolescencia en casi todas estas mujeres y no se suspende durante los embarazos. Fuman más del 90% de este grupo. Solamente una de las mujeres usuarias de CEPRODIH durante el último año tiene historia de bronquitis crónica.
- Dos mujeres de este grupo se detectaron como hipertensas, no detectándose otra afectación del aparato cardiovascular ni patología metabólica en este grupo.
- La desnutrición inespecífica y específica es ostensible. La anemia clínica se hace evidente en el examen físico a nivel de piel y mucosas en varias usuarias del plan. Carencias crónicas, insuficiente información, mal control gineco-obstétrico con multiparidad con corto periodo intergestacional, etc. están en la base de este déficit multifactorial.

En dos mujeres de 100 usuarias de refugios montevideanos atendidas durante el último año, se constataron pesos corporales inferiores a lo 35 Kg. y se evidenció signo de mioedema positivo, lo que nos habla a las claras de la gravedad de la situación.

- La patología infectocontagiosa es de altísima prevalencia entre estas mujeres en quienes se han manifestado:
 1. infecciones respiratorias altas y bajas, habitualmente de etiología presumiblemente viral y en ocasiones; con sobreinfección bacteriana. Durante este plan invierno, tales infecciones se han caracterizado por lo tórpido de su evolución.
 2. gastroenterocolitis.
 3. infecciones de piel y partes blandas, bacterianas y micóticas.
 4. ecto y endoparasitosis.
 5. dos madres con serología positiva para HIV ingresan a CEPRODIH en el marco del plan invierno 2005. La adherencia a controles y tratamientos es baja.
 6. las infecciones urinarias y ginecobstétricas han sido infrecuentes.
 7. otras patologías son poco frecuentes.

Doce usuarios de CEPRODIH durante el último año han resultado infectados por el HIV. Siete son mujeres que han ingresado con sus hijos, una es una niña, dos han sido mujeres que han ingresado solas en el marco del plan invierno 2005, otra es usuaria del centro diurno para mujeres en situación de calle y el restante es un varón adulto. Es probable que la baja adherencia a controles y tratamientos responda al uso que de sus capacidades debe hacer la población que nos ocupa para asegurar su supervivencia diaria y a las dificultades evidenciadas a la hora de elaborar proyectos de vida con escasas herramientas materiales y simbólicas; con ausencia de éxitos en sus pasados.

Los hijos.

Se trata de niños y adolescentes, habitualmente productos de embarazos mal programados que crecen sin espacios propios reales ni simbólicos. En general correctamente inmunizados, presentan una exposición excesiva a agentes destructores de salud:

- maternaje deficiente.
- lactancia incorrecta.
- desalimentación sostenida,
- insuficientes cuidados higiénicos,
- violencia,
- etc.

Estos niños y adolescentes, con NBI sostenidas durante toda su vida, expresan una serie extensa de patologías, muchas de ellas vinculadas a las condiciones socioculturales y económicas en las que éstas se producen.

Los niños ingresados por plan invierno 2005 se integran sin dificultad a aquellos usuarios de Proyecto Puerto.

Durante este plan, se han albergado en CEPRODIH, un porcentaje mayor de adolescentes que en planes pasados; once de los menores son adolescentes. Seis de ellos son fumadores y tres han consumido pasta base de cocaína con carácter problemático. El consumo de marihuana no parece adquirir carácter problemático en el grupo.

Cuatro de estos adolescentes evidencian trastornos de conducta, con frecuentes episodios de auto y heteroagresividad. Durante agosto de este plan invierno ocurre un episodio de peculiar violencia que tuvo como protagonistas a tres adolescentes. Rabia, necesidad de transgresión, frustración y un permanente coqueteo con la muerte marcaron el episodio para cuya resolución se solicitó la intervención judicial.

De un total aproximado de 160 niños ingresados a CEPRODIH hasta mayo de 2005, se midieron 57. La talla se relaciona con percentil de crecimiento de la tabla CDC (<http://www.cdc.gov/growcharta>) obteniéndose:

Total	o	57 niños
percentil 5	o	15 niños
percentil 10	o	18 niños
percentil 25	o	10 niños
percentil 50	o	11 niños
percentil 75	o	3 niños

Así, de esos niños medidos a su ingreso al refugio, un 75% están por debajo del percentil 50 de la curva de talla para su edad, lo que es altamente sugestivo de desnutrición crónica.

La carga de morbilidad en niños y adolescentes se vincula a las enfermedades infectocontagiosas que constituyen el primer motivo de consulta. Se diagnostican:

1. infecciones respiratorias, en general de etiología presumiblemente viral. Ocasionalmente, dada la evolución tórpida de las anteriores y los signos sugestivos de sobreinfección bacteriana, se requirió tratamiento con antibióticos. La faringoamigdalitis bacteriana parece ser de mayor prevalencia durante este plan invierno en relación al anterior. La complicación con broncoespasmo, fue este año, de alta incidencia; debieron ingresar al hospital tres lactantes.
2. gastroenterocolitis, que habitualmente se sortean con éxito mediante dieta y prevención de la deshidratación, requiriéndose en una oportunidad la internación del niños afectado.
3. ecto y endoparasitosis, que son de altísima prevalencia en esta población, siendo difícil un control adecuado dados hábitos de la población. Se desparasitó masivamente a la población del refugio, tras haberse constatado la presencia de oxiuros y áscaris lumbricoides en niños. Las recidivas han sido frecuentes.
4. infecciones de piel y partes blandas son la regla en el grupo.

Las infecciones de piel y partes blandas adquieren en esta población una connotación peculiar; impétigos y furunculosis y hasta abscesos y celulitis, no son preocupaciones sanitarias en las madres, quienes suelen insistir en la tendencia a la curación espontánea de estas lesiones.

5. la infección por HIV afecta a una niña usuaria de CEPRODIH desde el pasado plan invierno y restan exámenes para descartarla en otra lactante ingresada durante este plan.

- Muchos niños son sometidos a diversas formas de maltrato: golpes, violencia psicológica y abandono durante su estadía en el refugio. Algunas situaciones de peculiar gravedad merecieron la solicitud de intervención judicial.
- Enuresis, trastornos del aprendizaje, alteraciones de conducta son comunes en estos niños que por lo general están escolarizados o lo son durante su estadía en el refugio.
- Dolores musculoesqueléticos, habitualmente topografiados en cuello y dorso, sin evidencia de lesión esquelética asociada afectan con llamativa frecuencia a estos niños.
- Otras patologías son menos frecuentes.

Mujeres que ingresan solas.

Las mujeres que ingresan sin hijos durante lo que va del plan invierno 2005 al local central de CEPRODIH, son, como ya está dicho, en general mayores de 40 años. En el marco del plan invierno 2005 han ingresado unas 41 mujeres que toleran una doble y pesada carga epidemiológica: la de las enfermedades infectocontagiosas, transmisibles y la de las enfermedades crónicas, degenerativas, con una prevalencia muy alta de patología psiquiátrica. La permanencia en el refugio fue efímera en algunas de ellas.

Se reconocen como algunas características en común en estas mujeres:

- Severo deterioro y/o destrucción de redes primarias. La mayoría de estas mujeres han tenido hijos y existe cierta ambigüedad al ser interrogadas en relación a su pasado reproductivo. 21 de las últimas 41 mujeres de este grupo ingresadas durante este plan han abandonado o dejado al cuidado de terceros a por lo menos un hijo. La tendencia al desprendimiento paulatino de hijos, se da en la población atendida y como ya fue dicho, desde edades tempranas.
- Nivel educativo bajo con claro analfabetismo social.
- Tendencia a la pérdida de empleos. Empleos de baja calificación con clara segregación ocupacional y techo salarial bajo.
- Alta prevalencia de patología psiquiátrica crónica: trastornos de personalidad, psicosis crónica, depresión severa. Siete de las 41 mujeres atendidas durante el plan invierno 2005 tienen diagnóstico de psicosis crónica. El diagnóstico de trastorno de la personalidad de diversa severidad es, por lejos, el más frecuentemente consignado en las historias clínicas de dependencias del MSP. En siete de estas mujeres el trastorno se expresa en descompensaciones frecuentes caracterizadas por intensa heteroagresividad, conducta que se vincula a las expulsiones decididas por el equipo de trabajo de CEPRODIH. Ya ha sido analizado el consumo de psicofármacos en esta población.

La altísima prevalencia de los trastornos de personalidad y la ingesta masiva de psicofármacos en la población que nos ocupa obliga a pensar constantemente acerca de:

1. la relación, que se nos hace evidente, entre el desorden mental y las problemáticas sociales complejas (pobreza urbana, exclusión, violencia, consumos, etc.).
2. la reflexión de G. Orwell: "Si la igualdad humana ha de ser evitada para siempre.....será imprescindible que el estado mental prevalente sea la locura controlada".

- La violencia física, psíquica y/o sexual impregna, todo el curso vital de estas mujeres y esta problemática ya fue analizada en el apartado anterior. La tendencia a resolver violentamente sus conflictos se evidencia a diario.
- Por lo menos seis de estas mujeres presentan consumo problemático de drogas. Son fumadoras casi la totalidad de las mujeres de este grupo y se reconoce historia de bronquitis crónica en tres de ellas. Una usuaria, con historia de situación de calle crónica y consumo problemático de alcohol, murió en agosto pasado.
- Dos de estas mujeres son portadoras de HIV.
- Las patologías detectadas en el grupo son similares a las de los grupos anteriores de mujeres destacándose el hallazgo de hipertensión arterial en dos pacientes, historia de bronquitis crónica en tres pacientes, así como frecuente signología clínica y ocasionalmente radiológica de artrosis. Dos de ellas son diabéticas no insulino dependientes y otra es diabética insulino dependiente y presenta ceguera vinculada a cataratas bilaterales.

Personas mayores de 55 años

Las personas mayores de 55 años albergadas en el refugio de Pagola 2186 son en su mayoría usuarios habituales de sucesivos planes inviernos. Algunos, han vivido en situación de calle desde la finalización del plan 2004 y en ellos se hace ostensible el deterioro secundario a la hostilidad del ambiente, a las dificultades para su aseo, al abandono de tratamientos, etc. Con una población estable de unas 40 personas y se mantiene relación de 5 hombres por mujer, ingresando unas 65 personas en total.

Las mujeres comparten características que las señaladas para el grupo anterior con la diferencia que un porcentaje mayor de ellas tienen historia de situación de calle crónica y como es de esperar, aumenta en ellas la carga de morbilidad por enfermedades crónicas, degenerativas.

Los varones, en general, han vivido una situación de calle crónica y han perdido o deteriorado francamente sus redes primarias. Algunos, aseguran sentirse a gusto en la calle. Esta sensación no se vincula necesariamente con padecimiento psiquiátrico alguno. Muchos de ellos han tenido trabajo y vivienda la mayor parte de su vida y se desempeñaron en variados oficios, algunos en vías de extinción (zapatero, panadero artesanal, colchonero, etc), siendo altísima la presencia de obreros textiles y de la construcción. Tras perder su rol productivo, el desgaste y el incremento del consumo de alcohol, se hacen ostensibles; a grandes rasgos la edad biológica supera con creces la cronológica, luego de años de marginación, abandono, disalimentación y pérdida de ciertos hábitos. No todos los usuarios deciden realizar consulta médica en el refugio.

Son afectados por una amplia gama de patologías, dentro de las que destacamos:

- El alcoholismo afecta intensamente a esta población. Para diagnóstico de alcoholismo se ha utilizado, en grupos anteriores, el cuestionario CAGE ya usado en nuestro medio y considerado una herramienta útil para detección de la afección. El mismo, que puede leerse a continuación, no se aplicó durante este plan por hacerse evidente el consumo, con gran frecuencia problemático, de alcohol en más de un 95% de los usuarios:

C	Cut	¿alguna vez sintió que debería cortar con la bebida?
A	Annoyed	¿lo ha molestado la gente criticándole por la bebida?
G	Guilty	¿alguna vez se sintió mal o culpable por su forma de beber?
E	Eye opener	¿alguna vez tomó una copa como primera cosa para fijar nervios o deshacerse de una resaca?

Durante el año 2004, se entregaron cuarenta cuestionarios. Se recibieron veintiocho contestados, solo tres fueron negativos para el diagnóstico de alcoholismo. Esto representa un 89% de diagnóstico positivo para alcoholismo para esta muestra, valor que supera al 56% obtenido hace cuatro años en una población de similares características (Refugio Mateo XXV-2001). Parece, entonces, que la prevalencia de alcoholismo en la población que nos ocupa, aumenta año a año.

- La enfermedad psiquiátrica es de alta prevalencia; demencia, psicosis crónica, trastornos de la personalidad afectan a un gran número de usuarios. La depresión, en general con criterios de depresión mayor, es frecuente. Se realiza durante este año, por parte de médica psiquiatra de CEPRODIH una evaluación sistemática del deterioro cognitivo a este grupo.
- Fuman casi la totalidad de los usuarios y la bronquitis crónica, con frecuentes episodios de descompensación, es de alta prevalencia. Las infecciones respiratorias bajas complicando una historia de EPOC han sido la regla. La evolución tórpida de éstas ha sido la regla. Dos usuarios ingresaron al Hospital por neumonías agudas.
- La hipertensión afecta a casi el 40% de los usuarios que han consultado y dos pacientes ingresan con síntomas y signos sugestivos de insuficiencia cardíaca que mejoran con normalización de cifras tensionales y tratamiento médico habitual. Dos usuarios presentan antecedentes de haber sido sometidos a cirugía cardíaca por insuficiencia coronaria.
Dolores osteoarticulares afectan a casi la totalidad de los usuarios. Signos clínicos y a veces, radiológicos, de deterioro osteoarticular son frecuentes.

En cuanto a la evaluación psiquiátrica se evaluaron seis usuarias de sexo femenino y 27 usuarios de sexo masculino.

Debe destacarse que la reticencia (la negativa) a una entrevista psiquiátrica es muy intensa al principio, manifestando luego en el correr de la entrevista miedo a ser internados, sedados o ser catalogados como locos.

También es llamativo en este grupo etareo el desconocimiento o no recuerdo de antecedentes familiares o de enfermedades o sufrimientos propios en el correr de su vida.

Los datos obtenidos en cuanto a consumo de sustancias, considerando tanto las legales como ilegales son los siguientes:

- 1 consumidor de cocaína
- 23 usuarios son fumadores en su mayoría hombres.
- 20 usuarios consumen o consumieron alcohol, solo 1 mujer respondió positivamente a esta pregunta. Aunque debería analizarse con detenimiento, impresiona que existiría una fuerte asociación entre su situación actual y el consumo.

En cuanto al antecedente de consultas psiquiátricas 9 respondieron que sí, 5 de ellos fueron internados por lo menos en una ocasión. Actualmente reciben tratamiento en policlínica 6 personas destacando todos ellos el buen vínculo generado con el psiquiatra tratante.

Se evaluó en todos los usuarios la presencia de deterioro cognitivo (a través de la entrevista y el test de screening Mini Mental). En base a estos datos se encontró que 6 hombres codifican para diagnóstico de deterioros cognitivos de diferente etiología y gravedad.

En cuanto a la presencia de usuarios portadores de psicosis crónicas se encontraron 8 personas con este diagnóstico correspondiendo a 3 mujeres y 5 hombres.

Se diagnosticaron 8 trastornos de la personalidad en su mayoría del grupo B.

Seis usuarios aceptaron iniciar un tratamiento con medicación, obteniéndose en ellos una buena respuesta; otros 5 usuarios se negaron a recibir medicación de los cuales 3 fueron expulsados en las semanas siguientes.

- La patología infecciosa ha sido de altísima prevalencia, tomando particular jerarquía las ectoparasitosis. Micosis superficiales y ungueales son frecuentes. Infecciones bacterianas de piel y partes blandas afectan a esta población en gran porcentaje. Las infecciones respiratorias ya se han mencionado y las de la esfera digestiva tuvieron una incidencia alta a inicios de este plan invierno.
- La patología de la esfera urológica, clínicamente evidente, es llamativamente baja.
- Otras patologías (insuficiencia hepatoictérica, ceguera por retinitis pigmentaria, probable patología neoplásica de la esfera ORL) han sido de menor prevalencia.

2. Área Salud. Actividades con mujeres

Las mujeres que ingresan a CEPRODIH, en el marco del plan invierno 2005, se integran a las actividades que se realizan en la casa destinadas a construir, a través del intercambio entre técnicos y usuarias, contenidos que permitan a estas últimas un egreso con mayor conocimiento de sus derechos, de sus cuerpos y

capaces de tener una mejor performance a la hora de posicionarse extramuros frente a personas, organizaciones e instituciones.

Durante los últimos 10 meses y en el área salud, tales actividades se vinculan con las siguientes temáticas:

- Relación de las usuarias con el sector salud.
- Abuso sexual en niños y adolescentes.
- Derechos sexuales y reproductivos.

Así, y a través de metodología combinada: talleres, encuestas y juegos (ONG-CLAVES) se abordan las temáticas señaladas con el objetivo de:

- conocer la forma en la que se establece la relación mujer pobre – médico.
- conceptualizar el abuso sexual, transmitiendo contenidos y herramientas que permitan problematizar, prevenir, detectar y tratar el abuso sexual, desnaturalizándolo.
- investigar acerca de conocimientos adquiridos por usuarias de CEPRODIH en relación a derechos sexuales y reproductivos y regulación de la fecundidad. Creación de ámbito de trabajo que permita la transmisión de elementos conceptuales que permitan a las usuarias una vivencia responsable y gratificante de la sexualidad. Brindar herramientas útiles para la regulación de la fertilidad.

La relación mujer pobre – médico.

Se trabaja en metodología de taller y a través del planteo y análisis de diversas situaciones problemáticas, enfrentadas en la cotidianeidad de estas mujeres. Por ejemplo:

- Indicación de una dieta mixta, balanceada rica en hierro y proteínas a un niño desnutrido integrante de una familia indigente.
- Indicación de analgésicos, como única conducta, en traumatismos producidos por episodios de violencia doméstica.
- Indicación de reposo en neumonías agudas en pacientes en situación de calle.
- Indicación de fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina, como única conducta, en pacientes usuarias de refugios, con síntomas y signos de depresión.

Participaron, en forma semanal y durante dos meses, un total de catorce mujeres con participación promedio de seis mujeres por sesión.

Para valorar las conclusiones a extraer de dichas actividades se analizan:

- Pertinencia de las consultas.
 - Pertinencia de las indicaciones médicas.
 - Pertinencia a sociedad medicalizada.
-

En relación a la pertinencia de las consultas, parece claro, que para las participantes "toda consulta" al médico parece pertinente. Esta realidad, asimismo, surge de la praxis diaria con esta población: tristeza, frío, rabia, hambre, así como cualquier otro síntoma de exclusión social, pueden constituirse en motivo de consulta y cualquier comprimido parecen amortiguar el malestar.

En relación a la pertinencia de la indicación médica, las usuarias de CEPRODIH, no cuestionan al médico: "hizo lo que tuvo que hacer", "hizo lo que le corresponde" han sido opiniones frecuentes previas a la problematización en taller de las situaciones en cuestión.

La totalidad de las participantes dice no haber sido interrogadas en el pasado en relación a tipo de hábitat, antecedentes de violencia doméstica (como generadora de enfermedad) ni analfabetismo (como generador de dificultades en lectura y comprensión de prescripciones), ni a otro factor socioeconómico o cultural productor de enfermedad y muerte.

Las usuarias de CEPRODIH evidencian a cada paso su pertenencia a una sociedad altamente medicalizada; aspiran a que cada uno de sus malestares, habitualmente de profunda raíz socioeconómica, tengan una respuesta en el dispensador de servicios de salud. Sin embargo, a través del análisis de situaciones problemáticas que las usuarias enfrentan en el ámbito de los talleres, reconocen que el dispensador de servicios de salud rara vez da respuesta adecuada a sus malestares.

Asimismo, resulta fácilmente constatable que el médico es constantemente absuelto por las usuarias. Sin embargo, son duramente cuestionados en su proceder otros funcionarios involucrados en el proceso de atención de sus consultas: administrativos, nutricionistas, trabajadores sociales, etc.

En cada una de las instancias se problematiza en torno a la importancia de adquirir capacidades para tornar menos asimétrica la relación mujer pobre-médico, insistiendo en la obtención de conocimiento como favorecedor de empoderamiento.

El abuso sexual en niños y adolescentes.

El abuso sexual como antecedente en nuestras usuarias, se da en porcentaje alarmante, alcanzando en el último recuento a 28 de 100 de ellas. Asimismo, y al interior del local de CEPRODIH, se han percibido situaciones de riesgo para abuso sexual en niños y adolescentes y se ha detectado un caso de abuso sexual entre dos menores entre los que existe una diferencia etaria significativa.

El abuso sexual en niños y adolescentes, tanto como antecedente o como afección actual, tiende a minimizarse en esta población; por su prevalencia se naturaliza. Al tiempo de efectuar las derivaciones oportunas hacia organizaciones especializadas en la problemática, se comienza el abordaje de la misma en CEPRODIH trabajando con metodología de taller en base a transmisión de información general, ejercicios de prevención, detección precoz y adquisición de herramientas facilitadoras para obtener intervenciones secundarias y terciarias oportunas, en caso de necesidad.

Participaron, en forma bisemanal y durante un mes, unas 12 usuarias con un promedio de 6 usuarias por sesión. La actividad tuvo carácter obligatorio y se

produjo en los meses de abril-mayo, reiterándose a poco de comenzado el plan invierno 2005.

Derechos sexuales y reproductivos

Las actividades vinculadas al conocimiento y disfrute de los derechos sexuales y reproductivos requirieron de un proceso anterior de transmisión de información en relación a:

- La construcción del concepto de género en nuestra sociedad. Roles de género prescriptos y aspectos materiales y simbólicos agravantes secundarios al nicho socioeconómico al que estas mujeres pertenecen.
- La necesidad de conocimiento del propio cuerpo y de los derechos al ejercicio pleno de la sexualidad.

Esta fase responde a la constatación, a través de encuestas y charlas informales, de una escasez clara de conocimientos en relación a cuerpo – genitalidad – sexualidad y género.

En una segunda fase se trabaja a través de metodología de talleres informativos – formativos y juegos (ONG-CLAVES), seguido de instancias para evaluación de conocimientos adquiridos. Se trabajó, entonces, en relación a los siguientes ítems:

- Cuerpo – genitalidad – el ser sexual como totalidad. Cuidado del cuerpo.
- Funciones de la sexualidad: relaciones interpersonales – placer –embarazo.
- Regulación de la fecundidad.
- Roles prescritos de género. Problematización. Análisis de mitos, refranes y tabúes.

Participaron en forma bisemanal y durante casi cuatro meses 15 mujeres, con un promedio de seis mujeres por sesión. La asistencia fue de carácter voluntario.

3. Preinforme. La búsqueda de atención médica.

Muchos síntomas de exclusión social parecen ser motivo de consulta frecuente en personas añosas en situación de calle o usuarias de refugios montevideanos. Así, la soledad, el frío, la rabia, la tristeza y el abandono pueden convertirse en otros malestares que leídos desde una perspectiva biologicista pueden resultar pasibles de ser medicados.

Estos pacientes pueden ocupar gran número de horas de sus días en la búsqueda de atención médica en diversos servicios de salud públicos. En ocasiones, parece suficiente para obtener cierto alivio, pasar algunas horas con sus pares en la sala de espera de una puerta de emergencia, pero el alivio será mayor de obtenerse fármacos y supremo al acceder a ciertas tecnologías

Naturalmente, se trata de personas toleran una carga mórbida pesadísima dependiente del nicho socioeconómica que ocupan, sin embargo y en ocasiones, la respuesta a sus malestares no estará en el sector salud y parecen demasiadas las horas que ellos ocupan en esa búsqueda.

Preocupados por esta percepción, se decide investigar acerca del tiempo que nuestros usuarios destinan a la búsqueda de atención médica en una primera fase de un trabajo que pretenderá, a posteriori, evaluar satisfacción y repercusiones sobre la calidad de vida de la actividad en cuestión, así como, detectar signos claros del fenómeno de medicalización en la población que nos ocupa.

Así y durante una consulta del mes de mayo y otra de agosto de este año, se interroga a 29 usuarios de CEPRODIH, mayores de 55 años, en relación al tiempo dedicado en la última semana previa a la consulta, a la obtención de atención médica en cualquier servicio de salud público. Se trata de usuarios del centro diurno y del refugio nocturno de plan invierno 2005, ambos ubicados en la calle Pagola 2186.

Cinco de nueve usuarios del centro diurno, habían consultado médico, por lo menos una vez, durante la última semana (55,5%).

Seis de veinte usuarios del refugio nocturno de plan invierno 2005, habían consultado médico, por lo menos una vez, durante la última semana (30%).

Así, once de veintinueve usuarios consultaron médico en la semana previa a la consulta (38%). De ellos, siete son mujeres (64%) y cuatro son varones (36%).

Se recogen, asimismo, los motivos de consulta, que fueron los siguientes:

- Infecciones respiratorias altas y bajas4
- Malestar general.....4
- Prurito3
- Cefaleas.....1
- Traumatismo craneoencefálico.....1
- Control con médico tratante / repetición de medicamentos.....1
- Control de presión arterial.....2
- Dolor abdominal.....1
- No recuerda.....1

Los motivos de consulta superan en número a la cantidad de pacientes involucrados, debido a que se superponen dos síntomas en la misma consulta o se ha consultado más de una vez durante la semana en cuestión.

Si bien, no resulta fácil evaluar la pertinencia o no de cada consulta, ninguno de los usuarios requirió observación ni internación y todos recibieron prescripciones de fármacos.

El número de consultas en esa semana osciló entre una y cuatro:

1 consulta	20 usuarios
2 consultas	6 usuarios
4 consultas	3 usuarios

Un 38% de usuarios (64% mujeres-36% varones), en su mayoría del centro diurno, buscaron atención médica durante la semana previa a las consultas en las que es recogida esta información. Lo hicieron por síntomas varios, destinando a ello entre 3 y 18 horas de esa semana por usuario, acumulando un total de 90 horas.

Como ya fue dicho, constituye ésta, una primera fase de un trabajo, que entre otras cosas, pretenderá hallar signos claros de medicalización en la población que nos ocupa.

ANEXO 3

DECRETO / LEY

Todo local cerrado de uso público y toda área laboral ya sea de la órbita pública o privada destinada a la permanencia en común de personas, deberán ser ambientes 100% libres de humo de tabaco.

DECRETO N° 268/005

NUEVA NORMATIVA SOBRE TABACO

El gobierno modificó la normativa vigente sobre el tabaco, en lo que refiere a consumo, comercialización y publicidad de sus productos; a continuación se publican los textos de dichas reglamentaciones.

31/05/05 – SE AMPLÍA LO DISPUESTO EN EL DECRETO N° 36/005 DE 25 DE ENERO DE 2005.

VISTO: la necesidad de ampliar lo dispuesto por el Decreto N° 36/005 de 25 de enero de 2005, reglamentario de la Ley N° 17.714 de 28 de noviembre de 2003, que sustituyó el art.2° del Decreto Ley N° 15.361 de 14 de diciembre de 1982, en cuanto a la discrecionalidad del Ministerio de Salud Pública en la elaboración de las advertencias sanitarias que deben llevar las cajillas de cigarrillos;

RESULTANDO: I) que de la comparación de la efectividad de las distintas advertencias sanitarias contenidas en las cajillas de cigarrillos, surgió que existe una conexión entre las advertencias de éstas, los intentos de cesación y el éxito de las mismas;

II) que ello está directamente relacionado con la discrecionalidad potestativa del Estado en elaborar las pautas o leyendas que contengan la advertencia sanitaria, entendiéndose que esta advertencia sea rotativa y que podrá incluirse imágenes y/o pictogramas;

CONSIDERANDO: I) lo informado por la Comisión Asesora para el Control del Tabaco creada en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, en cuanto recomienda colocar en todos los paquetes y envases de productos de tabaco, y en todo empaquetado y etiquetado de similar característica, en la parte externa de los mismos, advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco y otros mensajes apropiados;

II) que el consumo de tabaco produce un importante daño a la sociedad, por lo que en tal sentido resulta imprescindible adoptar todas aquellas medidas que coadyuven a disminuir dicho consumo, en razón precisamente de ese interés general;

III) que conforme lo prevé el art. 44 de la Constitución de la República, al Estado le corresponde legislar en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto, y a lo dispuesto por los arts. 44 de la Constitución de la República, Convenio Marco para el Control del Tabaco, art. 11°, la ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934- Orgánica de Salud Pública-, Ley N° 17.714 de 28 de noviembre de 2003, Decreto Ley N° 15.361 del 24 de diciembre de 1984, arts. 2° y 5° del Decreto N° 263/983 y Decreto N° 36/005 de 25 de enero de 2005, demás disposiciones modificativas y concordante;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

Artículo 1°.- Ampliase lo dispuesto en el Decreto N° 36/005 de 25 de enero de 2005, en cuanto a que las advertencias sanitarias que deberán ocupar el 50% de las superficies totales expuestas en los paquetes y envases de productos de tabaco, deberán ser rotativas e incluirán imágenes y/o pictogramas. Asimismo se establece que en dichos productos no se podrá emplear expresiones, términos, elementos, marcas, o signos que tengan el efecto directo de crear una falsa impresión, como ser "bajo contenido de alquitrán", "ligeros (lights)", "ultraligeros (ultralight)", o "suaves (mild)".

Artículo 2°.- Encomiéndase al Ministerio de Salud Pública la definición de la tipología, la leyenda, las imágenes y/o los pictogramas a incluirse en los mismos.

Artículo 3°.- La violación a las disposiciones de este Decreto faculta al Ministerio de Salud Pública la imposición de sanciones previstas en la normativa vigente en su carácter de "policía sanitaria" del Estado.

Artículo 4°.- Comuníquese, publíquese.

31/05/05 – SE PROHIBE LA DIFUSIÓN DE PUBLICIDAD DE PRODUCTOS Y/O MARCAS DE CIGARRILLOS, TABACOS Y AFINES EN CANALES DE TELEVISIÓN ABIERTA, CERRADA, POR CABLE O CODIFICADA, DURANTE EL HORARIO DE PROTECCIÓN AL MENOR.

VISTO: la necesidad de proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, culturales, ambientales y económicas que genera el consumo de tabaco;

RESULTANDO: I) que la salud constituye un bien social y por lo tanto debe ser garantizado por el Estado mediante el dictado de la normativa correspondiente en cumplimiento de las disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias vigentes;

II) que se ha comprobado estadísticamente un creciente aumento de publicidad de cigarrillos en el horario central de los canales de televisión, ya sea esta abierta, cerrada, por cable codificada;

CONSIDERANDO: I) que existe comprobación científica en cuanto a que la propagación de la epidemia del tabaquismo es un problema mundial con graves consecuencias para la salud pública en general y que particularmente genera condiciones adversas para la salud y desarrollo del niño,;

II) que resulta imprescindible implementar medidas tendientes a disminuir la incidencia de dicho hábito en la contracción de enfermedades cardiovasculares y oncológicas, ya que el consumo de tabaco produce un importante daño a la

sociedad, resultando conveniente la adopción de medidas que coadyuven a disminuir dicho consumo, por razones de interés general;

III) que conforme lo prevé el art. 44 de la Constitución de la República, al Estado le corresponde legislar en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país;

IV) que en atención a lo dispuesto por el Decreto N° 445/988 de 5 de julio de 1988, se estableció un horario de protección al menor que rige en todos los canales de televisión, iniciándose este con la señal de apertura y culminando a la hora 21:30;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto, y a lo dispuesto por los arts. 44 de la Constitución de la República, 2° de la ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934-Órgánica de Salud Pública-, Decreto N° 445/988 de 5 de julio de 1988 y demás disposiciones modificativas y concordantes;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

Artículo 1°.- Prohíbese la difusión de publicidad de productos y/o marcas de cigarrillos, tabacos y afines en cualquiera de sus formas en los canales de televisión abierta, cerrada, por cable o codificada, durante el horario de protección al menor, conforme lo dispuesto por el Decreto N° 445/988 de 5 de julio de 1988.

Artículo 2°.- Facúltase al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) el contralor de la ejecución del presente decreto, quien ante el constatado incumplimiento del mismo, deberá dar cuenta inmediata a la Unidad Reguladora de los Servicios de Comunicaciones (URSEC) y al Ministerio de Salud Pública a efectos de la aplicación de las sanciones que correspondan.

Artículo 3°.- Comuníquese, publíquese.

31/05/05 – SE PROHIBE SPONSORIZACIÓN DE PRODUCTOS DERIVADOS DEL TABACO EN ESCENARIOS DEPORTIVOS Y EN GENERAL EN TODAS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DEL DEPORTE.

VISTO: lo establecido en el "Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco", aprobado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada el 12 de mayo de 2003, en cuanto a que la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco reduciría considerablemente el consumo de tabaco;

RESULTANDO: que el referido convenio establece, entre otros, que se procederá dentro de un plazo determinado (cinco años) a la restricción de la publicidad, la promoción y el patrocinio por radio, televisión, medios impresos, y según proceda otros medios;

CONSIDERANDO: I) que asimismo en el art. 14 del precitado Convenio Marco se establecen medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco y con ese fin procurar la idealización y la aplicación de programas eficaces de promoción al abandono del consumo del tabaco en lugares tales como Instituciones Docentes, Unidades de Salud, lugares de trabajo y entornos deportivos;

II) que al tenor de lo expresado se estima oportuno establecer un marco restrictivo a la promoción, publicidad y patrocinio de productos derivados del tabaco en los escenarios deportivos y en general en toda actividad vinculada al deporte;

III) que el consumo de tabaco produce un importante daño a la sociedad, por lo que en tal sentido resulta imprescindible adoptar todas aquellas medidas que coadyuven a disminuir dicho consumo, en razón del interés general;

IV) que conforme lo prevé el art. 44 de la Constitución de la República, al Estado le corresponde legislar en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto, y a lo dispuesto por los arts. 44 de la Constitución de la República, 2° de la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 Orgánica de Salud Pública-, Ley N° 17.793 de 16 de julio de 2004, Decreto N° 263/983 de 22 de julio de 1983, demás disposiciones modificativas y concordantes;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

D E C R E T A:

Artículo 1°.- Prohíbese la sponsorización, ya sea esta a través de la publicidad, la promoción y/o el patrocinio de los productos derivados del tabaco, en los escenarios deportivos y en general en todas las actividades relacionadas con la práctica del deporte de nuestro país.

Artículo 2°.- Establécese un período de transición de 90 días a partir de la vigencia del presente decreto con el fin de adecuar las situaciones generadas al presente.

Artículo 3°.- La violación a las disposiciones de este Decreto faculta al Ministerio de Salud Pública a la imposición de sanciones previstas en la normativa vigente en su carácter de "policía sanitaria" del Estado.

Artículo 4°.- Comuníquese, publíquese.

31/05/05 - ESTABLECIMIENTO DE ÁREAS DE FUMADORES EN RESTAURANTES, BARES Y LUGARES DE ESPARCIMIENTO.

VISTO: lo establecido en el "Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco", aprobado por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada el 12 de mayo de 2003;

RESULTANDO: que el reconocimiento científico ha demostrado que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad;

CONSIDERANDO: I) la necesidad de garantizar ambientes 100 % libres de humo de tabaco en todos los lugares de uso público, cualesquiera sea la actividad que en ellos se desarrollen;

II) que en atención a ello, podrán señalizarse en Restaurantes, Bares y lugares de esparcimiento, áreas debidamente señaladas bajo el nombre "Área de Fumadores" las cuales a fin de garantizar los derechos de los no fumadores deberán estar a lo dispuesto en la normativa a crearse a tales efectos;

III) que conforme lo prevé el art. 44 de la Constitución de la República, al Estado le corresponde legislar en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene pública, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto en los arts. 44 de la Constitución de la República, 2° de la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934-Ley Orgánica de Salud Pública-, Decreto 203/996 de fecha 28 de mayo de 1996 y 98/004 de 16 de marzo de 2004, demás disposiciones modificativas y concordantes;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

Artículo 1°.- Las "Áreas de Fumadores" en Restaurantes, Bares y lugares de esparcimiento, deberán ser claramente delimitadas, sin conexión con otros sectores del edificio, deberán contar con una salida propia al exterior y disponer de ventilación independiente del resto del edificio.

Artículo 2°.- Establécese un período de transición de 180 días a partir de la vigencia del presente decreto con el fin de facilitar la implementación de las "Áreas de Fumadores".

Artículo 3°.- Cumplida esta etapa de transición, queda expresamente prohibido el consumo de tabaco fuera de las "Áreas de Fumadores".

Artículo 4°.- La violación a las disposiciones de este Decreto faculta al Ministerio de Salud Pública a la imposición de sanciones previstas en la normativa vigente en carácter de "policía sanitaria" del Estado.

Artículo 5°.- Comuníquese, publíquese.

ANEXO 4

**INSTRUMENTO
TABAQUISMO EN LA MUJER**

FECHA :
INSTITUCIÓN:

• **TABAQUISMO**

FUMA? SI NO

• **EDAD**

• **SITUACIÓN LABORAL**

TRABAJA NO TRABAJA

• **PERCIBE OTROS INGRESOS**

SI NO

• **NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

ANALFABETO	<input type="checkbox"/>
PRIMARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>
PRIMARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
SECUNDARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>
SECUNDARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
ESTUDIOS TERCIARIOS	<input type="checkbox"/>

• **ESTADO MARITAL**

SOLTERA	<input type="checkbox"/>
CASADA	<input type="checkbox"/>
VIUDA	<input type="checkbox"/>
DIVORCIADA	<input type="checkbox"/>
UNION ESTABLE	<input type="checkbox"/>

• **HIJOS**

SI NO

• **COHABITAN CON SUS HIJOS**

SI NO

• **TIEMPO DE FUMAR**

MENOS DE 1 AÑO MAS DE 1 AÑO

• FRECUENCIA DE FUMAR

FINES DE SEMANA TODOS LOS DIAS

• QUE FUMA

CIGARRILLOS TABACO AMBOS

• NUMERO DE CIGARRILLOS QUE CONSUME POR DIA

1-10 11-20 MAS DE 20

• FACTORES QUE INDUCEN A FUMAR

ALEGRE TRISTE RELAJADA

CANSADA SOLA PREOCUPADA

ANSIOSA ABURRIDA PRESIONADA

NERVIOSA CON MIEDO ACOMPAÑADA

• CONOCE EL DECRETO / LEY

SI NO

• DONDE FUMA

DENTRO DEL REFUGIO FUERA DEL REFUGIO

• FUMA DELANTE DE SUS HIJOS

SI NO

• CONOCE LOS RIESGOS QUE LE PRODUCE FUMAR

SI NO

• INTENTÒ DEJAR DE FUMAR?

SI NO

• INFLUENCIA DE PROPAGANDA A FAVOR DEL CIGARRILLO

SI NO

• IMPACTO DE LA PROPAGANDA CONTRA DEL CIGARRILLO

ES EFECTIVA NO ES EFECTIVA

ANEXO 5

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE MUESTRA

Montevideo, octubre de 2006.-

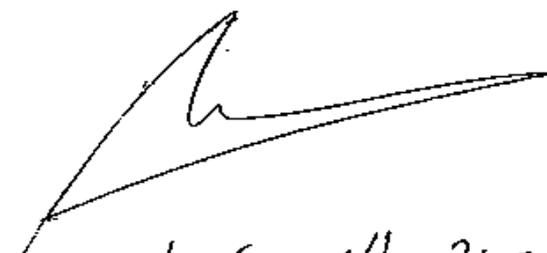
CEPRODIH
Directora Dra. Alma Fernández

Presente:

Los que suscriben, Martín Rondan, Tania Orihuela, Noelia Pereira, Yoseline Olivera y Verónica Rodríguez; estudiantes del último módulo de la carrera de licenciatura en enfermería; realizando un trabajo de investigación final (tesis). Tutoriados por los docentes Lic.Enf Alvaro Díaz y Lic.Enf Natacha Caraballo.

Nos dirigimos a Ud. para solicitar autorización de ejecutar la toma de la muestra para nuestro trabajo de investigación en el refugio central de CEPRODIH.

Saludan Atte:



Prof. adj. Lic. Enf. Alvaro Díaz



Lic. Enf. Asis (s) Cátedra
Enfermería en Salud Mental

ANEXO 6

DIAGRAMA DE GANTT

