

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1.- Planteamiento del problema

En 1995, según la segunda encuesta nacional a hogares sobre consumo de drogas, realizadas por el CONSEP, la prevalencia de vida, afectaba al 51.6% de la población comprendida entre los 12 a 49 años y a 28.3% en prevalencia mensual. Entre las personas que alguna vez en su vida fumaron tabaco durante el último mes, 44.6% no ha fumado, 33.8% alguna vez ha fumado, 17.0% fumo entre 1 a 5 tabacos al día, 2,5% fumo entre 6 y 10, 1,5% fumo entre 11 y 20 y 0.5% fumo entre 20 o más tabacos diarios.¹

El tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo, además de ser una sustancia adictiva, socialmente aceptada y de consumo legal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que de la población mundial 30% de los adultos son fumadores, y de estos fumadores 3.5 millones fallecen al año, lo que equivale a la muerte de siete personas cada minuto por enfermedades relacionadas con el tabaquismo.²

A pesar de que en la actualidad se conocen los daños a la salud causados por fumar, el tabaquismo continúa en ascenso, especialmente en los países en vías de desarrollo; por las proporciones alcanzadas se le considera una epidemia universal. Algunos estudios mencionan, que globalmente, hay casi 1100 millones de fumadores, de los cuales 300 mil son de países

¹ Base de datos indicadores básicos en salud OPS.

² World Health Organization. The smoking epidemic- A fire in the global village. 25th August, Ginebra: 1997, Press Release WHO/61

desarrollados, con una relación de dos hombres por cada mujer, en comparación con los 800 mil en países en proceso de desarrollo donde la relación es de siete hombres por cada mujer. Estos datos apoyan la teoría de que la epidemia del tabaquismo ha llegado a su máximo punto en países desarrollados, pero se encuentra en ascenso en los países en desarrollo.³

La OMS, advierte que las proyecciones indican que, si continúa el ritmo de consumo actual, para el año 2020 habrá 10 millones de muertes anuales por patologías relacionadas con el consumo de tabaco, de las cuales siete de cada diez ocurrirán en países en desarrollo⁴.

El Día Mundial Sin Tabaco se celebra el 31 de mayo cada año, como una forma de llamar la atención sobre los efectos nocivos del uso de tabaco y para promover medidas de salud pública que apunten a reducir el consumo de productos tabacaleros y la exposición al humo de tabaco.⁵

Dentro de las 10 primeras causas de mortalidad se encuentran las patologías que según la información bibliográfica revisada tiene como una de las causas el consumo de cigarrillo así; Enfermedad cardio vascular 5.7%, hipertensión arterial 5.4%, influenza neumonía 5.3%, isquemias del corazón 4.6%, insuficiencia cardiaca 3.9%, y otras complicaciones a nivel nacional; en cuanto a nivel provincial enfermedad cardio vascular 6.5%, hipertensión arterial 2.6%, influenza neumonía 4.1%, isquemias del corazón 5%, insuficiencia cardiaca 3.6%. El 61% del consumo inicia a los 13 años, el 15% consumió cigarrillo durante el último mes y el 5% consumió más de 10 cigarrillos.⁶

En septiembre del 2006 se aprobó la reforma a la ley de orgánica de defensa del consumidor, prohíbe el consumo en sitios públicos, obliga a las empresas tabacaleras a advertir sobre los efectos adversos del consumo.⁷

³ Ibid

⁴ The smoking epidemic: ibid

⁵ Consumers International: América Latina: avanza lucha contra el humo del cigarrillo. <http://es.consumersinternational.org/news-and-media/news/2011/05/tabaco>

⁶ Indicadores básicos en salud de Ecuador 2009.

⁷ El hoy.com.ec metropolitana

1.1.1. Formulación del problema

¿Existe relación entre la jornada laboral y el consumo de cigarrillo en el personal de enfermería del servicio de emergencias en el hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La OPS (2001) en su informe anual, menciona que de continuar las tendencias actuales, para el año 2030 en el mundo morirán 10 millones de personas, por causas relacionadas con el uso del tabaco, de éstas el 50% vivirá en los países en vías en desarrollo⁸. Estas cifras se tornan aún más preocupantes si se analizan los datos nacionales y provinciales respecto del consumo de cigarrillo, y los efectos en las causas de mortalidad, Dentro de las 10 primeras causas de mortalidad se encuentran las patologías que según la información bibliográfica revisada tiene como una de las causas el consumo de cigarrillo así; Enfermedad cardio vascular 5.7%, hipertensión arterial 5.4%, influenza neumonía 5.3%, isquemias del corazón 4.6%, insuficiencia cardiaca 3.9%, y otras complicaciones a nivel nacional; en cuanto a nivel provincial enfermedad cardio vascular 6.5%, hipertensión arterial 2.6%, influenza neumonía 4.1%, isquemias del corazón 5%, insuficiencia cardiaca 3.6%. El 61% del consumo inicia a los 13 años, el 15% consumió cigarrillo durante el último mes y el 5% consumió más de 10 cigarrillos.⁹

Es importante mencionar que en nuestro país Ecuador, no existen estudios actualizados, según un estudio del CONSEP el 61% del consumo inicia a los 13 años, el 15% consumió cigarrillo durante el último mes y el 5% consumió más de 10 cigarrillos. Tampoco existen estudios realizados sobre el consumo de cigarrillo en el personal sanitario en el Ecuador, así también no existen estudios específicos de la relación entre la jornada laboral y el consumo de cigarrillo, estudios que son necesarios para realizar recomendaciones tendientes a disminuir el consumo de cigarrillo y la presencia de patologías derivadas del mismo.¹⁰

Como profesional de enfermería en formación, y preocupado por este problema de Salud Pública, es mi deseo realizar este trabajo y elaborar una Guía para la Prevención del Consumo de Cigarrillo dirigido al personal de enfermería del hospital “San Vicente de Paúl”

⁸ El hoy.com.ec : Neumólogo Bryan Canelos

⁹ Indicadores básicos en salud de Ecuador 2009.

¹⁰ CONSEP datos, Normas y procedimientos de atención integral en salud de adolescente.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1.- Objetivo general:

Determinar la relación existente entre la jornada laboral que cumple el personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul y el consumo de cigarrillo en el período 2010-2011.

1.3.2.- Objetivos específicos:

- Identificar las características socio demográficas del grupo en estudio.
- Analizar la relación existente entre la jornada Laboral y el consumo de cigarrillo en el personal de enfermería del servicio de Emergencias del HSVP.
- Reconocer el tipo de fumadores existentes en el servicio.
- Determinar la presencia de Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del servicio de Emergencias del HSVP.
- Elaborar una guía de conocimientos sobre prevención de consumo de cigarrillo.

1.4. Preguntas Directrices

- ¿Cuáles son las características socio demográficas del grupo en estudio?
- ¿Cuál es relación entre la Jornada Laboral y el Consumo de Cigarrillos en el personal de Enfermería del Servicio de Emergencia de HSVP?
- ¿Distinguir los tipos de fumadores en el personal de Enfermería del Servicio de Emergencia del HSVP?
- ¿Existe relación entre el consumo de cigarrillo y la presencia de stress?
- ¿Cómo se puede prevenir el consumo de cigarrillo, en los profesionales de enfermería del servicio de Emergencia del HSVP?

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Tabaco

El tabaco se elabora a partir de las hojas secas de la planta del mismo nombre, contiene varias sustancias, destacando la nicotina que es la responsable de generar dependencia. El tabaco, planta originaria de América, fue utilizado por los indios amazónicos dentro de un contexto cultural, con fines mágico-religiosos y curativos. Con el descubrimiento de América sale de este contexto, extendiéndose su uso por España primero y posteriormente por el resto de Europa. Su consumo en un principio, fue privilegio de las clases sociales más elevadas por su alto precio y se le atribuyeron extraordinarias propiedades terapéuticas.¹¹

2.1.2.- La planta de tabaco

El tabaco pertenece al género *Nicotiana*, familia botánica de las Solanáceas. La planta del tabaco se caracteriza a la vista por tener grandes hojas y unas hermosas flores junto con una gran altura, igual o mayor que la de una persona adulta. Esta planta es la única en la naturaleza que sintetiza y luego conserva en sus hojas secas un potente alcaloide que recibe el nombre de nicotina y que da el nombre a su género vegetal.

¹¹ MedlinePlus (2004). Tabaco y Sustancias Químicas. Estados Unidos. Extraído el 03 de mayo del 2010 desde:
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/17193.htm

Existe una gran diversidad de variedades del género *Nicotiana*, contándose más de sesenta. Las dos más importantes y que tienen interés comercial y de consumo son la *Nicotiana tabacum*, de la que se extrae el tabaco comercial, la *Nicotiana glauca*, que se cultiva en distintos países americanos y que no se utiliza tanto por ser de sabor menos agradable. A su vez, dentro de la *Nicotiana tabacum* hay distintas variedades en función de su apariencia, tamaño y cualidades. Esta variedad ha producido que cada tipo de tabaco precise un clima y una tierra determinada, especializándose regiones o países del mundo en tipos concretos de tabaco (ejemplo, el tabaco amarillo, el oscuro, el oriental, etc.).¹²

El principal productor de tabaco es China, seguida por Estados Unidos, produciendo entre ambos aproximadamente el 40% del total del tabaco mundial, seguidos de India y Brasil.¹³



¹² THRASHER, James F; HAMMOND, David; FONG, Geoffrey T y ARILLO-SANTILLÁN, Edna. Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: a comparison between Mexico and Canada. *Salud pública Méx* [online]. 2007, vol.49 ISSN 0036-3634. Similaridad:0.565551

¹³ Ibid

2.1.3.- Aspectos farmacológicos de la nicotina.

2.1.3.1- Las formas de administración

Las formas de administración del tabaco según Jiménez, Bascarán, García, Sáiz, Bousoño & Bobes (2004) son:

Digestiva: como mascar tabaco, beber té de tabaco.

Respiratoria: esnifar en forma de rape, fumar tabaco en pipa, pipas de agua, cigarros, puros.

Cutánea: vía percutánea.

Mascar tabaco: El tabaco se mezcla con ceniza o cal y se retiene en la parte interna de la mejilla o el labio inferior durante horas. Si bien no son necesarias para la liberación de la nicotina (a diferencia de las hojas de coca, donde se absorbe mejor la sustancia), las citadas sustancias alcalinizantes aceleran e intensifican el efecto de la droga, facilitando su absorción tanto en la mucosa bucal como en el estómago e intestino (Lorenzo & Ladero, 2003).

Beber tabaco: se mezclan las hojas de tabaco cocidas con sal o ceniza para hacer infusiones y jarabes, frecuente en tribus de las Guayanas y de la cuenca del alto Amazonas. Es habitual combinarlo con otras modalidades de tabaco (cigarros, rape) y con sustancias alucinógenas o bebidas alcohólicas (Lorenzo & Ladero, 2003).

Administración percutánea: La administración de tabaco en la piel intacta o lesionada es un método de curación de algunas tribus de Sudamérica.

La intensidad y velocidad de absorción se puede incrementar aumentando la superficie y el tiempo de contacto, aplicando el tabaco en forma de hojas húmedas, pasta o abluciones. Estas tribus también han aplicado el jugo y el humo de tabaco en los ojos, donde la nicotina es absorbida por la conjuntiva y la superficie interna de los párpados. La vía percutánea puede causar envenenamientos graves ya que se alcanzan altas concentraciones sanguíneas en muy poco tiempo.

Aspirar tabaco por la nariz: Esnifar polvo de tabaco o rape. Habitualmente se esnifa mezclado con otras sustancias tóxicas y se puede administrar bien por inhalación directa, bien utilizando algún dispositivo para facilitar la inhalación. Con este método se consigue una buena absorción de la nicotina y niveles sanguíneos elevados. Las personas no acostumbradas a este tipo de consumo pueden llegar a perder la consciencia durante horas (Lorenzo & Ladero, 2003).

Fumar tabaco: De los métodos de administración respiratoria, fumar tabaco es el que consigue mayores efectos farmacológicos ya que, a través de la absorción en bronquios y alvéolos pulmonares, se alcanzan importantes niveles plasmáticos y tisulares con rapidez, especialmente en el Sistema Nervioso Central (SNC).

Los métodos más habituales de fumar tabaco son: el cigarrillo, el cigarro puro y la pipa, existiendo entre ellos algunas diferencias de tipo farmacocinéticas. El fumador de pipa o puros no acostumbra a tragarse el humo, debido a que el humo es más irritante para las vías respiratorias; el fumador de cigarrillos, sí. De hecho, en el humo del puro y de la pipa hay una mayor cantidad de nicotina y alquitrán. Por ejemplo, un puro contiene 4 veces más nicotina que un cigarrillo estándar.

Debido a estas diferencias, también existen distintas enfermedades asociadas a cada tipo de tabaco. La mortalidad de los fumadores de puros y pipa es menor que la de los fumadores de cigarrillos; sin embargo, la mortalidad atribuida a los cánceres de boca, laringe y esófago es parecida.

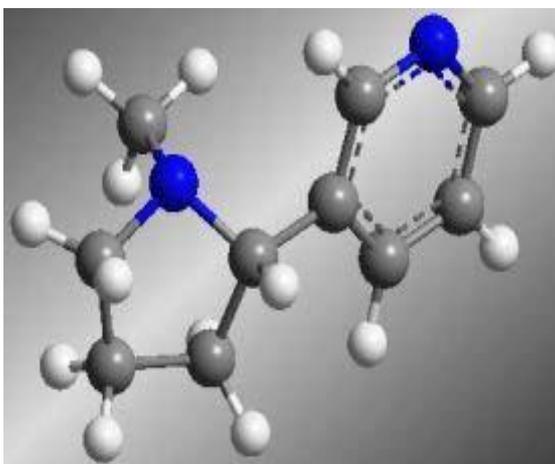
El cigarrillo administra una dosis óptima de nicotina al cerebro de forma rápida. Cada cigarro normal de 1 gramo contiene de 10 a 20 miligramos de nicotina. El 10 % de esta nicotina pasa al humo del cigarrillo, es decir 1 a 2 miligramos (Rose, Behm, Westman & Coleman, 1999).

En los cigarrillos hay múltiples aditivos como el alquitrán, compuesto por varios agentes químicos, muchos de los cuales se generan como resultado de la combustión (cianuro de hidrógeno, monóxido de carbono, dióxido de

carbono, óxido de nitrógeno, amoníaco, etc.). Además, se han identificado más de 4.000 sustancias químicas en el humo del tabaco, esto provoca que el efecto del tabaco sea todavía más placentero (Vleeming, Rambali & Opperhuizen, 2002).

2.1.3.2.- Mecanismo de acción

La nicotina es un alcaloide natural que se extrae de las hojas del tabaco, y es el principal responsable de la adicción al tabaco (Shytle, Silver, & Sanberg, 1996).



Absorción: La nicotina se absorbe fundamentalmente a través de los pulmones (de un 79 a un 90%) y en menor medida a través de la mucosa bucal y plexos sublinguales (4 a 40%) y de la piel. Se absorbe al cabo de unos 7 segundos por la mucosa nasal, oral y respiratoria llegando al cerebro (Shytle, Silver & Sanberg, 1996). Esta relación casi inmediata entre la inhalación del humo y su efecto a nivel cerebral es uno de los factores que contribuye al alto poder adictivo de la nicotina. Esto no ocurre ni con los parches de nicotina ni con los chicles, ya que la absorción de nicotina es más lenta.

La vida media de la nicotina es de dos horas, oscilando entre 1 y 4 horas de acuerdo con las diferencias individuales, y la mayor parte se metaboliza en el hígado transformándose en uno de sus metabolitos inactivos “la cotinina”.

Únicamente el 7 % de la nicotina se excreta por vía renal sin transformarse junto con la cotinina (Rose, Behm, Westman & Coleman, 1999).

Receptores colinérgicos-nicotínicos: La nicotina comienza su acción uniéndose a los receptores colinérgicos-nicotínicos. El agonista endógeno de estos receptores es la acetilcolina, mientras que la nicotina es el agonista exógeno más significativo. Los receptores nicotínicos pertenecen a la superfamilia de los receptores asociados a canales iónicos, que incluye otros receptores como los GABA_A o los serotoninérgicos 5-HT₃. Una característica de estos receptores es que producen una respuesta neuronal casi inmediata (en milisegundos) tras la unión del ligando, al contrario que otro tipo de receptores asociados a un segundo mensajero.

El complejo canal-receptor está compuesto por cinco subunidades proteínicas que se acoplan conformando un poro central (Cooper, Couturier, Ballivet & Pentameric, 1991). Existen diferentes tipos de subunidades que, al combinarse, conforman los distintos tipos de receptores nicotínicos. La velocidad de activación y recuperación, así como la farmacología y la regulación de estos receptores, dependen de las diferentes subunidades que los componen, aunque estas diferencias sólo son apreciables entre receptores homo-oligoméricos (alfa o beta) y los formados por combinaciones de subunidades alfa y beta.

A pesar de las múltiples combinaciones posibles, sólo las subunidades $\alpha 7$, $\alpha 8$ ó $\alpha 9$ forman receptores homo-oligoméricos, y de éstas, sólo la $\alpha 7$ se distribuye ampliamente por el sistema nervioso central de los mamíferos (Cooper, Couturier, Ballivet & Pentameric, 1991). Por ejemplo, los receptores $\alpha 7$ homo-oligoméricos tienen una cinética más rápida y una mayor permeabilidad al calcio que otros receptores, mientras que los receptores $\alpha 4\beta 2$ tienen más afinidad por la nicotina. Para añadir más complejidad, los receptores se pueden encontrar en tres estados conformacionales básicos.

El proceso completo de unión del ligando al receptor y el efecto posteriores un proceso dinámico. En todo momento los receptores se van a distribuir en los tres diferentes estados conformacionales, y esta distribución depende de la presencia de los ligandos (acetil-colina o nicotina) (Buisson, Bertrand,

Allosteric, 1998; Changeux, Bertrand, Corringier, Dehaene, Edelstein, Lena, et al., 1998).

La nicotina tarda más que la acetilcolina en alcanzar concentraciones similares, aunque también va a estar presente en la sinapsis durante más tiempo que la acetilcolina al no poder ser metabolizada por la acetilcolinesterasa. Esta mayor exposición de los receptores a menores concentraciones de ligando favorece los procesos de desensibilización. De hecho, se puede llegar a conseguir la desensibilización sin que el receptor haya pasado por la fase de activación al ser esta conformación la que presenta una mayor afinidad por el ligando (Jiménez, Bascarán, García, Sáiz, Bousoño & Bobes, 2004). El uso continuado de nicotina hace que los receptores se pueden convertir en no funcionantes (Margiotta, Berg & Dionne, 1987) o entrar en un estado de desensibilización (Lester & Dani, 1994), lo que explica las distintas sintomáticas de la abstinencia y el desarrollo de tolerancia.

Efectos en el SNC: cuando el cerebro está libre de nicotina, los receptores colinérgicos-nicotínicos mantienen su actividad sináptica colinérgica habitual. En el momento en el que aparece la nicotina, los receptores se activan, produciéndose la despolarización de las neuronas y se dispara un potencial sináptico (Jiménez, Bascarán, García, Sáiz, Bousoño & Bobes, 2004).

Este proceso tiene lugar en toda la masa cerebral y conlleva múltiples consecuencias. Se activan neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral mesencefálica, particularmente las que se proyectan mediante el haz prosencefálico medial al núcleo accumbens, núcleo principal del sistema de recompensa (Balfour, Benwell, Birrell, Kelly & Al Aloul, 1998; Bobes, Casas & Gutiérrez, 2003).

La activación dopaminérgica sirve como refuerzo para repetir el comportamiento de fumar y las conductas asociadas que han motivado esta liberación de dopamina (Marks, Stitzel, Romm, Wehner & Collins, 1986). Por otro lado, también comienza la desensibilización de receptores, lo que provoca que disminuya el efecto si se fuman más de dos cigarrillos seguidos (Pidoplichko, DeBiasi, Williams & Dani, 1997; Dani, Radcliffe, Pidoplichko &

Variations, 2000.). Al desencadenarse la desensibilización comienza también el fenómeno de tolerancia a próximos cigarrillos. Si la exposición a la nicotina se mantiene de forma prolongada, se va a producir un aumento en el número de receptores nicotínicos en el cerebro, especialmente de los que poseen una mayor afinidad por la nicotina.

Cuando la nicotina desaparece del cerebro, el exceso de receptores va a resultar en una excesiva excitabilidad del sistema colinérgico-nicotínico en el fumador, lo que provoca una sensación de malestar y nerviosismo y contribuye a que el fumador necesite el siguiente cigarrillo. Así pues, el siguiente cigarrillo desensibiliza parte de los receptores nicotínicos, volviendo a un estado normal de activación colinérgica.

Por este motivo la mayoría de fumadores consideran el primer cigarrillo del día como el más placentero, ya que tras una noche de abstinencia, las concentraciones de nicotina están en su nivel más bajo y el número de receptores desensibilizados es menor. Y es por esto que el primer cigarrillo es el que activa de forma más potente a los receptores nicotínicos y provoca una mayor liberación de dopamina, por lo que se obtiene un mayor efecto placentero. El resto de cigarrillos fumados durante el día van a aumentar el nivel basal de nicotina lentamente, garantizando un número suficiente de receptores desensibilizados que eviten la hiperactivación colinérgica.

Si se evita la nicotina durante unas semanas, el número de receptores volverá al nivel de los no-fumadores, por lo que se podría decir que el fumador está “desintoxicado”. A pesar de esto, la mayoría de los intentos de abandono son infructuosos.

De hecho, el craving por fumar se puede experimentar hasta años después de haber abandonado el tabaco, debido a los fuertes componentes psicológicos que también posee esta adicción.

2.1.4- Tabaquismo

El tabaquismo es un fenómeno social de primera magnitud que se ha convertido en la primera causa de muerte y discapacidad en los países

desarrollados. La elevada capacidad adictiva de la nicotina hace que el tabaquismo pueda considerarse como una auténtica drogadicción y también como una enfermedad crónica.

En un informe reciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha publicado y reconocido que el tabaco es el responsable de al menos 25 grupos de enfermedades de alta relevancia para la salud pública. Las muertes en nuestro medio atribuidas al tabaco superan a las muertes sumadas producidas por el SIDA, los accidentes de tráfico, los accidentes laborales, la heroína o la cocaína juntos.

Se estima que en la actualidad el tabaco produce más de 4 millones de muertos cada año y que durante el segundo cuarto de siglo XXI será responsable de 300 millones de muertos. Con estos estremecedores datos se puede afirmar que el tabaco es la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo occidental.

Por otro lado, la dependencia del tabaco reúne muchas de las características propias de las enfermedades crónicas incluyendo su evolución prolongada en el tiempo y sobre todo las frecuentes recaídas que con tanta frecuencia acontecen durante el proceso a pesar de conocer los catastróficos efectos para la salud y del deseo claro de abandono. El reconocimiento del tabaquismo como enfermedad crónica y recurrente es una valiosa ayuda para la deshabituación de esta drogadicción.

2.1.4.1.- La adicción al tabaco

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. El tabaquismo según el Manual

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV de la American Psychiatric Association es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones.

Según el Manual de Psiquiatría Norteamericano (DSM IV 3), en el capítulo de trastornos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, los criterios que debe cumplir una sustancia para considerarla como adictiva son:

A nivel psicológico:

1. Preocupación o compulsión por el consumo.
2. Disminución o pérdida de control con respecto al uso de la sustancia.
3. Uso continuado a pesar de consecuencias negativas.
4. Minimización o negación de problemas asociados con el uso de sustancias.

A nivel fisiológico:

1. Tolerancia

2. Síndrome de abstinencia

Como podemos comprobar, todos estos criterios los cumple el tabaquismo, generando tanto la dependencia psicológica, como la fisiológica.

2.1.4.2.- Modelos explicativos de la adicción al tabaco.

Ahora pasaremos a revisar los modelos teóricos que explican la adicción al tabaco y en último lugar veremos el modelo de drogodependencias de Juan Mayor que sustenta este trabajo.

2.1.4.2.1.-Teoría de la personalidad

Un gran número de estudios ha analizado la relación entre fumadores y no fumadores con vista a encontrar rasgos diferenciadores entre unos y otros. Esta tarea ha dejado de hacerse en los últimos años. La única relación que ha surgido consistentemente ha sido entre extraversión y consumo de tabaco por ejemplo, aunque no es posible justificar una relación causal, ya que el consumo de cigarrillos y la extraversión esta modulada por otras variables y, como ya vamos apreciando, la conducta de fumar es sumamente compleja.

Después, ha entrado en polémica por su intento de justificación del consumo de tabaco y su relación con la personalidad y el estrés, llegando a sugerir afirmaciones infundadas como que los que fuman lo hacen para satisfacer ciertas necesidades y que dejando de fumar no hay ninguna mejoría en la salud. Su libro, claramente pro-consumo de tabaco, ha sido duramente criticado, al tiempo que denota un sesgo que va en contra de miles de estudios que han demostrado claramente las graves consecuencias del tabaco en la salud y los claros beneficios que se obtienen al dejar de fumar.

Otra línea paralela se ha realizado con los patrones de fumar, estudios que parten de la idea de encontrar patrones específicos para el fumador y poder explicar a través de ellos la conducta de fumar. En los últimos años, la atención que se le viene prestando a las variables de personalidad respecto al consumo de tabaco es escasa para la explicación del mismo.

2.1.4.2.2.- Teorías farmacológicas basadas en el papel de la nicotina

En los años 70, fueron propuestos varios modelos farmacológicos, basados en el papel de la nicotina para explicar la dependencia de tabaco. Éstos se pueden agrupar en tres modelos, el modelo del efecto fijo, el modelo de regulación nicotínica y el modelo de regulación múltiple. El modelo del efecto fijo de la nicotina sostiene que fumar es reforzante porque la nicotina estimula centros específicos del sistema nervioso, se concentra en el cerebro (diencefalo) y da lugar a una serie de cambios bioquímicos.

Pequeñas dosis producen un efecto estimulante sobre el sistema nervioso central, mientras que grandes dosis lo deprimen, dé ahí que los fumadores cuando están nerviosos fumen más y más deprisa. Se considera que el efecto de la nicotina se consigue a través de la liberación de noradrenalina la cual lleva a la producción de distintas alteraciones psíquicas, como la elevación de la activación autonómica, la relajación y la elevación del estado de ánimo.

Este modelo es muy simple tanto para explicar la conducta de fumar como su cambio (Leventhal & Clary, 1980). El modelo de regulación de la nicotina sostiene que fumar sirve para regular el nivel de nicotina del fumador, cuando el nivel óptimo de nicotina esta bajo, el fumador necesita fumar para llegar a

su nivel óptimo y cuando es demasiado alto pierde su carácter reforzante y el fumador fuma menos.

Este modelo sugiere que cualquier incremento o descenso en el consumo (asumiendo su correspondiente incremento o descenso en el nivel de nicotina) causado por eventos en el ambiente de la persona debería ser temporal, y la persona debería inmediatamente volver a su punto fijo personal cuando el ambiente cambia. Acerca de este modelo, Jarvik (1973) presentó una considerable evidencia a favor del mismo. También hay varias investigaciones que sostienen esta postura Schachter, 1977; Schachter 1986; Schachter, Kozlowski, Herman & Liebling, 1977; Schachter, Silverstein & Petrick, 1977; Russell, 1977.

A pesar de la evidencia anterior, este modelo no permite una completa explicación de la conducta de fumar. Leventhal y Cleary (1980) se preguntan: ¿por qué tanto los fumadores ligeros como los fumadores duros fuman más en fiestas, exámenes, discusiones o situaciones de estrés?

El modelo de regulación múltiple surge como una reacción a aquellos aspectos no explicados por el modelo de regulación de la nicotina, ante lo que se pueden iniciar las explicaciones inconsistentes con este modelo, tales como (Leventhal & Cleary, 1980) las altas tasas de recaídas después de dejar de fumar, la no siempre compensación por parte de los fumadores del cambiar de marca o fumar menos, el fracaso de la ingestión oral de nicotina en producir un correlativo descenso en el consumo de cigarrillos -a menos que al sujeto se le entrene para ello, la regulación de estados emocionales, la dificultad de dejar de fumar bajo situaciones de estrés, los distintos patrones de fumar en un mismo fumador.

La historia de desarrollo de fumar en cada fumador, la inadaptación del fumador cuando es privado del tabaco o se le reduce su cantidad. Aunque Schachter (1977) apunta que las diferencias individuales pueden explicar los anteriores problemas dado que el modelo de regulación de la nicotina se aplicaría para los fumadores duros pero no para los blandos, que utilizarían el fumar para regular sus estados emocionales, el modelo de regulación múltiple

intenta explicar de un modo más amplio el papel de la nicotina en el consumo de cigarrillos.

El modelo de regulación múltiple sostiene que la regulación emocional juega un papel determinante en el fumar y que las alteraciones de la homeostasis emocional o hedónica son las que estimulan la conducta de fumar. Esta homeostasis se puede alterar tanto por descensos en el nivel de nicotina, como por estímulos displacenteros externos. Inicialmente, fumar regula respuestas emocionales elicadas por el estrés inducido externamente, y después se sigue fumando para regular el ansia de nicotina causada por estímulos externos y, por último, el ansia causada por la necesidad de nicotina.

La regulación emocional se convierte en central en el proceso de dependencia. La conexión de los niveles de nicotina en plasma y el ansia no es automática; depende de la historia concreta de la experiencia de fumar y puede ser alterada por técnicas capaces de disociar o cambiar el nexo entre estados afectivos y niveles de nicotina plasmáticos. Los fumadores duros dependientes regulan su nivel de nicotina cuando tienen un bajo nivel en la sangre, lo que les produce un estado hedónico disfórico de querencia (craving). Pero otros estímulos externos también pueden generar esta reacción afectiva.

Por ello, tanto los estímulos externos como los internos se relacionan con fumar y con las fluctuaciones del estado emocional. Para explicar la querencia, en este modelo se sigue la teoría del proceso oponente de Solomon y Corbit (1974).

Este modelo explica el proceso del comienzo del consumo indicando que la persona comienza a fumar como un experimento para verse maduro y por la excitación que produce probar los primeros cigarrillos. Dado que el consumo se produce tanto en situaciones placenteras como estresantes, poco a poco se va produciendo condicionamiento entre las emociones

negativas y el descenso en el nivel de nicotina en la sangre. Fumando se reduce o elimina este efecto; de este modo sirve para controlar la querencia.

La regulación emocional es central para el proceso de dependencia; esto es: el individuo no fuma precisamente para sostener los niveles plasmáticos de nicotina, sino para suprimir el diestrés emocional inducido por el descenso en los niveles de nicotina en plasma. En 1992, Velicer, Redding, Richmond, Greeley y Swift analizaron la utilidad de los tres modelos anteriores, realizando para ello dos medidas diarias a lo largo de dos meses a diez fumadores. Estas fueron: consumo de cigarrillos, monóxido de carbono en el aire espirado y cotinina en saliva. Utilizando análisis de series temporales con el modelo ARIMA (modelo estadístico que utiliza variaciones y regresiones de datos estadísticos con el fin de encontrar patrones para una predicción hacia el futuro) encontraron un patrón: 7 de los 10 sujetos en las tres medidas anteriores, lo que es consistente con el modelo de regulación múltiple.

2.1.4.2.3.- Teorías de regulación de la activación (arousal)

Para el estado psicológico de una persona es muy importante el control de la activación (arousal). La activación tiene dos polos que van desde el sueño (activación baja) a la hiperactividad (activación alta), pasando por fases como somnolencia, aburrimiento, alerta, etc. Dado que fumar produce en un tiempo de 7 segundos un estado de alerta en el cerebro (Pomerlau & Pomerlau, 1987; Pomerleau, 1997; Smith, Pomerleau & Wadland, 1997) permite incrementar el nivel de activación cuando se precisa. Por el contrario, dejando de fumar se baja el nivel de activación, pudiendo llegarse aun nivel de aburrimiento o depresógeno.

La teoría hedónica de la activación (Mangan & Golding, 1984) sostiene que existe:

- 1) Un principio homeostático de un nivel de estimulación o activación óptimo para cada individuo, y
- 2) Un tono hedónico que se incrementa en los niveles bajos de activación y se decrementa en los niveles de activación altos displacenteros. Los conceptos

de bajo y alto son relativos a nivel óptimo y son vistos como eventos reforzantes.

Fumar, por tanto, controlaría la activación. Así, el fumador fuma para incrementar su activación cuando está tenso. Cuando el fumador no tiene activación alta o baja, continúa fumando parcialmente, por el hábito y por ser un reforzador positivo. En cada individuo, la nicotina puede producir tanto efectos estimulantes como depresógenos, dependiendo de la dosis de nicotina administrada o de la valoración cognitiva de los efectos de la misma. Por ello se dice que la nicotina tiene un efecto bifásico. Mangan y Golding (1978) mostraron, entre otros, cómo los efectos de fumar pueden ser estimulantes o depresógenos dependiendo del ambiente (Golding, Prosyankova & Gresty, 2005), y Ashton y Stepney (1982), revisando varios estudios, indican cómo una inyección de nicotina en los fumadores puede producir un efecto estimulante o depresor dependiendo de la dosis administrada.

Así, pequeñas dosis de nicotina tienen un efecto estimulante en el S.N.C., y dosis mayores, efectos depresógenos. A pesar de que este fenómeno bifásico en la curva de dosis-respuesta se produce en todos los sujetos, varía individualmente para cada uno de ellos. Esto sugiere que variando el estilo de fumar el fumador puede regular uno u otro efecto.

Dejar de fumar puede causar ansiedad, inquietud, trastorno de sueño, irritabilidad, sudoración y temblor. Igualmente puede producir dificultad en concentrarse, distracción y depresión. En algunos casos puede ocasionar presión sanguínea baja y tasa cardiaca variable. El E.E.G. puede indicar un descenso en el nivel de alerta. Dado que la nicotina mantiene en algunos fumadores su nivel de humor, dejar de fumar puede llevar a que se sientan deprimidos (Ashton & Stepney, 1982; Hall, Muñoz, Reus & Sees, 1993).

Los datos existentes permiten sostener que para mantener el nivel óptimo de activación, la nicotina facilita la ejecución, en fumadores, de gran número de tareas (Ney & Gale, 1989). En los últimos años, la teoría de la reversión (Apter, 1982, 1989), basada en el nivel de activación, ha sido aplicada a distintos trastornos, y entre ellos al de fumar. O'Connell (1989) ha indicado

que los estados tónico-paratónico y negativista-conformista son de gran importancia en los fumadores:

* En el estado tónico, los individuos están orientados seriamente a metas y hacia el futuro. Además, evitan la alta activación.

*En el estado paratónico, los individuos están orientados hacia su actual actividad y a sus sensaciones relacionadas. Tienen buen humor, están orientados al presente y son espontáneos. Prefieren prolongar la actividad en que están ocupados, creen que su actividad no es de gran importancia y buscan la alta activación.

La alta o baja activación es vista de modo distinto para los estados tónico y paratónico:

*En el estado tónico, la baja activación es placentera y denominada calma; la alta activación es desagradable y es denominada ansiedad.

*En el estado paratónico, la baja activación es experimentada como desagradable y es denominada aburrimiento; la alta activación es placentera y es denominada excitación.

En el estado negativista, los individuos experimentan la necesidad de actuar contra alguna regla, que puede ser impuesta dentro o fuera de ellos. La ira es un concomitante frecuente del estado negativista. En el estado conformista, hay una ausencia de ira y rebeldía y una preferencia a conformarse a las reglas y convenciones.

Aplicando esta teoría, el estudio de Potocky, Gerkovich, O'Connell y Cook (1991) indica que los fumadores abstinentes son más probablemente tónico/conformistas, mientras que los que recaen son más probablemente paratónico/conformistas, paratónico/negativistas o tónico/negativistas. En otro estudio, la recaída la encontraron relacionada con los estados tónicos en los que el sujeto hace esfuerzos para obtener cigarrillos, mientras que las caídas

estaban asociadas con los estados paratéticos en los que los cigarrillos estaban fácilmente disponibles.

Lo anterior indica que la disponibilidad de cigarrillos es importante para las personas que experimentan situaciones de alta tentación en los estados paratéticos. Y los sujetos en estado paratético están a menudo en fiestas, bares y restaurantes, en donde fumar cigarrillos es lo más normal.

2.1.4.2.4.- Teorías genéticas

Se han propuesto diversas teorías genéticas para explicar por qué la gente fuma. Algunas de ellas se recogen y analizan extensamente en Mangan y Golding (1984) y Eysenck y Eaves (1980). Básicamente lo que sostienen tales teorías es que el hábito de fumar se hereda, o que hay una predisposición genética a fumar. Sólo comentar aquí que otro gran número de autores han desechado tales planteamientos y los estudios epidemiológicos han demostrado que las razones genéticas no explican por qué la gente fuma.

Sin embargo, en gemelos algún estudio, como el de Heath y Martín (1993), han encontrado efectos genéticos significativos, aunque para una adecuada explicación del inicio y de la persistencia en el consumo de cigarrillos lo propios autores apuntan que son también otros factores de riesgo ambientales, junto a los genéticos, los que permiten explicar esta conducta.

Otra línea de interesantes investigaciones se centra en analizar sustancias, distintas a la nicotina, que puedan explicar un origen biológico del consumo de cigarrillos. Bauman, Foshee y Haley (1992) han realizado una serie de estudios acerca del papel de la testosterona y fumar cigarrillos. Estos autores han encontrado correlaciones entre padre fumadores y testosterona en sus hijos.

A pesar de estos interesantes resultados, sería reduccionismo querer explicar la conducta de fumar por el nivel de testosterona. Aparte, los resultados son poco consistentes y más bien deben ser explicados por una interacción de variables sociales, biológicas y psicológicas, como cada vez se sostiene más para esta conducta.

2.1.4.2.5.- Teorías psicoanalíticas

Freud fumaba 20 puros diarios y cuando dejó de fumar temporalmente en 1894, a los 38 años, se sintió irritable y deprimido (Mangan & Golding, 1984). Este hecho y el ser un gran fumador le llevó a preocuparse por este tema, sobre el cual escribió en su libro sobre la sexualidad infantil (Ernest, 2003).

Aunque algún psicoanalista ha teorizado sobre esta conducta “oral”, la realidad es que en los últimos años se aprecia una falta de interés por parte de la teoría psicoanalítica hacia el tabaco. Esto viene motivado por la imposibilidad de demostrar sus supuestos iniciales basados en la oralidad, carencia de utilidad e imposibilidad de aportar datos fiables, al tiempo que existen datos contundentes y abundantes desde otras perspectivas que la contradicen abiertamente.

2.1.4.2.6.- Teorías conductistas

La nicotina tiene un efecto bifásico, a pequeñas dosis actúa como estimulante del sistema nervioso central, que a dosis elevadas se bloquea. Esto se debe a la dualidad de acción del sistema nervioso vegetativo (Simpático y Parasimpático). En el cerebro la nicotina actúa sobre los receptores colinérgicos centrales. Ello produce un aumento en la liberación de recambio de acetilcolina y catecolaminas (noradrenalina, adrenalina y dopamina). La nicotina también estimula la liberación de diversas sustancias tales como la vasopresina, la hormona del crecimiento, la prolactina y los opiáceos endógenos. Niveles elevados de nicotina estimulan la zona que produce el vómito, estimulándose también las zonas de los centros respiratorio y vasomotor, entre otros.

Pero no hay que olvidar que la nicotina es solo uno de los males del fumar; en el humo del tabaco existen más de 4.000 sustancias químicas, muchas de las cuales pueden dar lugar a la presentación de interacciones (Schein, 1995). De ahí la necesidad de diferenciar entre el tabaco y su componente principal: la nicotina (del Río & Álvares, 1997). Cuando una persona toma nicotina pura (por ejemplo en forma de chicle o parche de nicotina), solo se producen interacciones de relevancia en casos muy determinados, (p. ej.,

antidepresivos tricíclicos), y en todo caso en menor frecuencia que en aquellos que fuman (Heinzingfield, 1995).

A pesar de que los primeros estudios publicados daban una vida media a la nicotina de 20 a 40 minutos (Benowitz, Peng, & Jacob, 2003), en la actualidad se considera que la nicotina tiene una vida media de dos horas (Benowitz & Dempsey, 2004).

Por la vida media podemos sacar el tiempo que va a permanecer en el organismo, la tasa de acumulación. En el caso de la nicotina, ésta se acumula en el organismo de 2 a 6 horas, como se ha encontrado en estudios con fumadores regulares analizando sus niveles de nicotina en la sangre. Esto lleva a que en un fumador regular haya niveles de nicotina en su organismo a lo largo de las 24 horas del día.

Hay evidencia de que los fumadores ajustan su conducta de fumar para procurar o mantener un nivel particular de nicotina en su cuerpo (Hofer, Nil & Bätting, 1991). Se ha encontrado, por ejemplo, en fumadores habituales, que cuando la disponibilidad de cigarrillos está restringida pueden incrementar la ingestión de nicotina por cigarrillo en un 300 por 100, respecto a las situaciones donde no tenían restricciones.

Para conocer la farmacodinámica de la nicotina (relación entre los niveles de nicotina en el cuerpo y sus efectos sobre la conducta y la función biológica), son relevantes dos factores: una relación compleja dosis-respuesta y el nivel de tolerancia a la nicotina.

En lo que atañe a la relación dosis-respuesta, la nicotina, a bajas dosis, produce estimulación ganglionar y, en altas dosis, causa bloqueo ganglionar a continuación de una breve estimulación. Este tipo de efecto es denominado bifásico (Benowitz & Dempsey, 2004). Con altas dosis o administración rápida, la nicotina produce hipotensión y descenso de la tasa cardíaca, medida por la activación vagal periférica o por los efectos directos sobre los depresores centrales.

Con la nicotina se produce el efecto de tolerancia; esto es, después de varias dosis se produce un menor efecto de la droga y hay que incrementar la dosis para conseguir el mismo efecto. Se consideran varios tipos de tolerancia: funcional o farmacodinámica, disposicional o farmacocinética y conductual. La tolerancia funcional o farmacodinámica se refiere a la concentración de una droga particular en un determinado receptor que produce menos efecto que el que producía después de una exposición previa.

La tolerancia disposicional o farmacodinámica se refiere a la eliminación acelerada de droga como un mecanismo para disminuir el efecto después de repetidas dosis de la droga. La tolerancia conductual se refiere a las conductas compensatorias que reducen el impacto de una droga que afecta adversamente a la ejecución.

El número de estudios acerca de la tolerancia a la nicotina es abundante. El informe del Surgeon General de 1988 concluye con que el fenómeno de tolerancia se produce con la nicotina. Así, indica que: las consideraciones psicodinámicas pueden ayudar a explicar el patrón de fumar cigarrillos a lo largo del día. Los intervalos entre cigarrillos pueden ser determinados al menos en parte por el tiempo requerido para que la tolerancia desaparezca. Con el fumar regular se produce una acumulación de nicotina en el cuerpo resultante en un mayor nivel de tolerancia. Temporales niveles cerebrales altos de nicotina después de fumar cigarrillos pueden parcialmente superar la tolerancia. Pero los efectos de los cigarrillos tienden a disminuir a lo largo del día. A la abstinencia a lo largo de la noche sigue una considerable re sensibilización a los efectos de la nicotina, y el diario ciclo de fumar comienza de nuevo.

La nicotina es una poderosa droga psicoactiva, con efectos estimulantes y depresores que ejerce su acción sobre los sistemas nervioso central y periférico, cardiovascular, endocrino, gastrointestinal y neuromuscular. Estos efectos heterogéneos, junto con variables conductuales y psicológicas, resultan en el auto administración de tabaco, dependencia del tabaco y síndrome de abstinencia con el abandono brusco del mismo. Los efectos relajantes del tabaco pueden contribuir a su uso habitual.

Algunas de las acciones de la nicotina resultan de la liberación de acetilcolina y otros neurotransmisores, incluyendo la norepinefrina. La administración de nicotina incrementa la cantidad de otras sustancias químicas en la sangre y el cerebro, incluyendo serotonina, opioides endógenos pépticos, hormonas pituitarias, catecolamina y vasopresina.

La nicotina ejerce varios efectos farmacológicos, tanto en el sistema nervioso periférico, como en el S.N.C. Las acciones periféricas de la nicotina son importantes, y algunas pueden reforzar la auto administración de nicotina. Por ejemplo, la estimulación de la tráquea (Rose, Zinser, Tashkin, Newcomb & Ertle, 1984) parece estar implicada en algunos de los efectos placenteros de fumar. La relajación muscular esquelética y la activación electrocortical, ambas estimuladas por las acciones de la nicotina en el pulmón, pueden contribuir al uso habitual del tabaco. Sin embargo, se cree, generalmente, que las acciones centrales de la nicotina son de importancia primaria para reforzar el uso del tabaco.

Los fumadores crónicos y duros tienen un descenso en la actividad de la testosterona, sugiriéndose que en estos casos se incrementa el metabolismo hepático de la testosterona. Fumar cigarrillos está asociado con un efecto antiestrogénico en la mujer, incluyendo la temprana menopausia, baja incidencia de cáncer de pecho y endometrio e incremento de la osteoporosis (U.S.D.H.H.S., 1989). Sin embargo, en adolescentes, y para el comienzo del consumo y posterior consolidación, se ha apuntado la importancia de la testosterona junto a otros factores sociológicos (Bauman & Phongsavan, 1999).

La nicotina es una poderosa droga psicoactiva, con efectos estimulantes y depresores que ejerce su acción sobre los sistemas nervioso central y periférico, cardiovascular, endocrino, gastrointestinal y neuromuscular. Estos efectos heterogéneos, junto con variables conductuales y psicológicas, resultan en el auto administración de tabaco, dependencia del tabaco y síndrome de abstinencia con el abandono brusco del mismo (Gale & Ney, 1989). Los efectos relajantes del tabaco pueden contribuir a su uso habitual.

Los fumadores crónicos y duros tienen un descenso en la actividad de la testosterona, sugiriéndose que en estos casos se incrementa el metabolismo hepático de la testosterona. Fumar cigarrillos está asociado con un efecto antiestrogénico en la mujer, incluyendo la temprana menopausia, baja incidencia de cáncer de pecho y endometrio e incremento de la osteoporosis (U.S.D.H.H.S., 1989). Sin embargo, en adolescentes, y para el comienzo del consumo y posterior consolidación, se ha apuntado la importancia de la testosterona junto a otros factores sociológicos (Bauman & Phongsavan, 1999).

Factores de condicionamiento relacionados con la nicotina

Las Drogas producen efectos que modifican la conducta de cuatro modos distintos:

- 1) Las drogas pueden producir efectos de estimulación interoceptiva; esto es, pueden producir efectos que una persona o animal puede distinguir del estado de no droga. Mientras que no son idénticos en significado, los siguientes términos son a menudo utilizados para designar los efectos interoceptivos de las drogas: psicoactivo, discriminativo, subjetivo, auto indicado.
- 2) Las drogas pueden servir como premios o refuerzos positivos, en las que la presentación produce repetición y fortalecimiento de las conductas que llevan a su presentación, esto es auto administración de la droga, búsqueda de droga.
- 3) Las drogas pueden servir como estímulos incondicionados, en cuyo caso pueden directamente elicitar varias respuestas; estas respuestas pueden subsecuentemente ser elicidadas por los estímulos que están asociados con la droga (estímulos condicionados), incluyendo la presencia de indicios ambientales o internos.
- 4) La administración de drogas o la abstinencia pueden también funcionar como castigo o estímulo aversivo.

2.1.4.2.7.- El Burnout

Se considera el Burnout como un síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral, que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la que el eje del trabajo es el apoyo y la ayuda ante los problemas. Este síndrome abarca principalmente síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y sensación de reducido logro personal. Se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales y problemas en relaciones interpersonales. Además de estos aspectos individuales, este síndrome se asocia con elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuerte tensión en el trabajo e insatisfacción laboral (Maslach, 2001).

Existen algunos conceptos que se han precisado y que son fundamentales para entender el problema de burnout en profesionales que trabajan con violencia. Uno de ellos es la contaminación temática, que se refiere al efecto que tiene sobre las personas y los equipos el trabajar con temas de alto impacto emocional, como son el daño y la violencia en todas sus formas. Este impacto se traduce en fenómenos como la traumatización vicaria y la traumatización de los equipos (Arón & Llanos, 2001; Ayala, 2000; Steed & Bicknell, 2001).

La traumatización vicaria describe el efecto de reproducir en uno mismo los síntomas y sufrimientos que de las víctimas de cualquier forma de violencia nos reportan (Arón & Llanos, 2001; Ayala, 2000; Steed & Bicknell, 2001). La traumatización de los equipos se refiere al efecto de reproducir en el grupo de trabajo las dinámicas del circuito de la violencia. Los equipos más traumatizados presentan aislamiento de sus miembros, dificultad para ventilar los conflictos y aparecen extremadamente silenciados. La traumatización de los equipos es una de las principales causas que esgrimen los profesionales y operadores sociales que abandonan este campo de trabajo (Academia Judicial, 2000, 2001; Fondef, 2000; SENAME, 1998, 1999, 2000, citados en Arón & Llanos, 2001; Azar, 2000; Steed & Bicknell, 2001).

Se pueden analizar las fuentes del desgaste profesional que llevan al burnout desde distintas perspectivas, todas relacionadas entre sí. Desde una perspectiva individual, desde una perspectiva institucional, y desde lo suprainstitucional o contextual más amplio.

Los factores personales incluyen variables demográficas, el soporte de las características de personalidad y las actitudes relacionadas con el trabajo. Sin embargo, las relaciones entre burnout y aspectos personales no son tan grandes como para los factores circunstanciales de burnout, lo cual sugiere que el burnout es más un fenómeno social que individual (Arón & Llanos, 2001; Maslach, 2001).

El entorno laboral percibido determina si profesionales altamente motivados se desgastarán o sentirán que su trabajo es significativo y con sentido (Bandura, 1989 en Arón & Llanos, 2001). Conflicto de roles y expectativas poco realistas sobre el profesional y la sobrecarga de trabajo son factores que inciden. Por otra parte, si en una organización las personas no tienen apoyo social adecuado en condiciones de estrés, hay una alta probabilidad que sufran de tensión y estrés que culminen en un proceso de burnout (Arón & Llanos, 2001).

Los factores suprainstitucionales y contextuales también producen desgaste; el comportamiento de los profesionales de ayuda se contrapone con las motivaciones de control social y es una fuente de tensión constante entre los operadores más comprometidos con su trabajo. Los cambios de modelos económicos también han contribuido al estrés profesional, ya que los individuos cada vez deben trabajar más para mantener los estándares socialmente aceptados, lo que aumenta los niveles de tensión y de estrés sobre ellos. De este modo, cada vez son más los que acuden a los servicios de ayuda, pero al mismo tiempo cada vez es menor el monto de recursos asignados a estos servicios (Arón & Llanos, 2001; Barudy, 2000).

Por otra parte, las distintas instituciones están yuxtapuestas y cerradas en sí mismas, aunque teóricamente deberían ser complementarias para dar un mejor servicio a los mismos contextos. Los sistemas institucionales son habitualmente muy jerarquizados y no se adecuan a los sistemas más funcionales de coordinación, de tal modo que exista un *máximo* de coherencia entre las políticas de acción y los datos que surgen de la práctica en terreno (Arón & Llanos, 2001; Larraín & Vega, 2000).

En cuanto a los factores protectores, Aguilar (1996) propone una revisión de algunos aspectos importantes si se quiere abordar el cuidado de los equipos. En primer lugar, una formación y preparación adecuada para abordar el tema específico. En segundo lugar, se plantea que un trabajo con estas características debiera ser realizado y vivido tanto desde la persona que se atiende como desde los profesionales, como un esfuerzo de equipo. En tercer lugar, un espacio en que el equipo pueda mirarse a sí mismo frente al impacto que recibe, y pueda trabajar sus propias ansiedades, temores, impotencias y confusiones, resulta imprescindible.

Por su parte, Maslach (2001) afirma respecto al burnout, que la investigación ha encontrado que los factores circunstanciales y de la organización desempeñan un papel más importante en el burnout que los del individuo. Además, las estrategias individuales son relativamente ineficaces en el lugar de trabajo, donde una persona tiene mucho menos control sobre los estresores que en otros aspectos de su vida.

2.1.5.- El modelo multidimensional – sistémico de la drogodependencia

A continuación exponemos el modelo explicativo de las drogodependencias de Juan Mayor que pretende ser integrador de los demás modelos.

El fenómeno de las drogodependencias

Cuando dejó de categorizarse como un vicio o un delito, su categorización como enfermedad supuso un avance importante, porque se dedujo la estigmatización que suponía aplicar a alguien la etiqueta de drogadicto; predispuso a que se encargaran de estos sujetos problemáticos personas cualificadas profesionalmente; y permitió que se iniciara una investigación científica y rigurosa sobre este problema.

Hoy, sin embargo, se considera que esta conceptualización de la drogodependencia como enfermedad no es correcta, lo cual no quiere decir que la enfermedad no pueda estar vinculada a la drogodependencia como un factor previo, concomitante o como un efecto de la misma, ni tampoco quiere decir que la profesión médica no tenga que jugar un papel importantísimo en el tratamiento de la drogodependencia, en especial, en el proceso de desintoxicación, así como en la búsqueda de los mecanismos

biofarmacológicos de la acción de las drogas y en el tratamiento de los efectos laterales de las mismas.

A pesar de que todavía sigue usándose esta categorización, más bien como estereotipo simplificador útil o interesado, por el público y los medios de comunicación, por los políticos y por algunos médicos que siguen pensando, como decía Jellinek (1960), que una enfermedad es lo que la profesión médica reconoce como tal; a pesar de ello, decimos hoy que no se puede discutir en serio que la drogodependencia es una conducta o un patrón de comportamiento que consiste en el uso y abuso de drogas. Incluso en el DSM IV se afirma explícitamente que es un patrón de uso de sustancias que afecta a la conducta personal, laboral y social. Se trata de un tipo de conducta que puede caracterizarse como desviada, desajustada, desadaptada, anormal o trastornada.

Se podría decir que hay que categorizar a la drogodependencia dentro de la categoría más general de conducta desviada o de trastorno del comportamiento. Hay que advertir que la desviación es un concepto polémico que se presta a múltiples, y a veces equivocadas, interpretaciones; por eso proponemos categorizar a una conducta como desviada únicamente en el caso de que concurren en ella los siguientes criterios:

- 1.- Un alejamiento significativo de las normas (utilizando de forma convergente criterios estadísticos, socioculturales y funcionales).
- 2.- Una falta de flexibilidad adaptativa.
- 3.- Una progresiva circularidad auto limitativa para las perspectivas vitales.

Decíamos también que la drogodependencia es una conducta cambiante, por lo que es más preciso hablar de patrón de conductas, ya que no puede reducirse a un acto aislado, sino a una serie de actividades encadenadas y progresivas que configuran un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo y que va cambiando la naturaleza de los actos (de las conductas, del patrón conductual), de sus determinantes y de sus efectos. Por eso decimos que se trata de una conducta cambiante a lo largo de un continuum temporal que se

extiende desde el simple uso de sustancias al consumo compulsivo y repetido de las mismas; desde una conducta inicial normal (aunque pueda constituir un factor de riesgo del abuso) hasta una conducta terminal desviada y de efectos personales y sociales devastadores.

Por último, decíamos que la drogodependencia es una conducta interactiva, porque a lo largo del proceso descrito, las conductas aisladas de consumo o los patrones conductuales que llevan al abuso están atravesados por vectores centrípetos y centrífugos que implican una interacción dinámica con factores personales, ambientales y sociales y que dan lugar a efectos biológicos, psicológicos y sociales, entre los que destacan por su visibilidad, las enfermedades corporales y/o mentales que se enroscan con frecuencia a ese continuum de patrón conductual propio de la drogodependencia (Mayor, 1996).

Definiríamos, pues, la drogodependencia como una actividad de continuo y progresivo consumo de drogas que, a lo largo del tiempo, y gracias a fenómenos como la tolerancia, el anhelo y el síndrome de abstinencia, se convierte en una actividad auto limitativa, desviada y nociva para el sujeto y para la sociedad (Mayor, 1996).

2.2.- Clasificación de los fumadores

Fumadores Se Incluyen tanto los individuos que lo consumen de forma habitual como los que lo hacen de forma esporádica. No existe unanimidad acerca de a quienes debemos considerar fumadores leves, moderados o severos ni del límite exacto que separa el fumador habitual del esporádico. En los trabajos científicos suelen aparecer rangos de clasificación pero estos son variables y en todos casos arbitrarios, así, y a modo de ejemplo, un fumador de más de 20 cigarrillos al día podría llamarse fumador severo, entre 10 y 20 moderado y menos de 10 leve.

Pero en este punto es necesario hacer algunas consideraciones: No sólo debe tenerse en cuenta el número de cigarrillos ya que no todas las personal que lo consumen lo hacen de la misma manera pudiendo existir amplias variaciones en la profundidad de la inhalada, el tiempo de retención del humo

en sus pulmones, el tipo de tabaco consumido, entre otros.

Ante el mismo nivel de exposición hay diferencias muy significativas en cuanto a la susceptibilidad de los diferentes sujetos para desarrollar las diferentes enfermedades relacionadas con el tabaco. Así, no puede equipararse el riesgo de fumar en una embarazada o en un enfermo crónico que en un sujeto sano. El nivel de exposición al tabaco tiene un efecto acumulativo, por lo que aparte del consumo actual o puntual es de gran interés el consumo global a lo largo de toda la vida.

Dentro del grupo de los fumadores se encuentra la siguiente subclasificación:

A. Fumador negativo: Fuma en situaciones de crisis, usa el tabaco como relajante.

B. Fumador hedonista: Fuma de forma controlada, generalmente consume cigarrillo luego de las comidas y obtiene placer a través del humo del cigarrillo.

C. Fumador habitual o crónico: Fuma constantemente, en forma automática y en grandes cantidades. No es consciente de ello.

D. Fumador drogo-dependiente: Constantemente tiene deseos de fumar y se siente incómodo si le falta el cigarrillo, enciende un cigarrillo detrás de otro sin fumárselos completamente.

E. Fumadores complacientes: El fumador que lo hace para que los demás se sientan bien con él y lo acepten.

Ex fumadores Tampoco está bien establecido el tiempo necesario para considerar a una persona como ex fumador. Lo más habitual es admitir el plazo de un año de abstinencia. Sí existe acuerdo unánime en que esta abstinencia debe ser absoluta y total no debiendo haber recaído ni siquiera con una calada durante ese tiempo. No fumador

En este grupo se clasifican los sujetos que nunca han tenido una exposición al tabaco de forma activa ni mantenida.

Fumador pasivo

Es un grupo aparte que merece especial atención. Al consumir un cigarrillo se producen dos tipos de corrientes de humo: la primera (corriente principal) es aquella que, al aspirar una inhalada, pasa por el interior del cigarrillo hasta alcanzar los pulmones del fumador activo; la segunda (corriente secundaria) es la que se desprende al ambiente desde el extremo incandescente del cigarrillo y que puede ser inhalada por un sujeto pasivo que respira en ese entorno contaminado. La nocividad de esta corriente secundaria para el fumador pasivo actualmente está fuera de toda duda. Algunos efectos del cigarrillo en los fumadores pasivos son: cáncer de pulmón, rinitis, conjuntivitis, faringitis, infecciones respiratorias, crisis asmática, mayor riesgo de aborto espontáneo, partos prematuros, disminución de la medidas del recién nacido en especial talla y peso, muerte en los primeros años de vida del niño.

2.3.- Causas de iniciación del consumo de cigarrillo

- **Imitación:** Referida a la curiosidad que despierta el hecho de ver en forma repetida como fuman los adultos, en especial los dos modelos más importantes que son padres y educadores.

Este aprendizaje en la mayoría de los casos finaliza en una dependencia tabáquica.

- **Amistades íntimas:** Juegan un papel decisivo entre los 10 y 14 años. Esta es la etapa de mayor necesidad de aceptación de adultos para expresar su autonomía e independencia y dejar atrás su niñez.

- **El primer cigarrillo:** Este supone una agradable o desagradable experiencia (náuseas, mareos, tos, etc.), a pesar de ello el hecho de fumar más de un cigarrillo e insistir en la repetición supone una alta probabilidad de dependencia.

- **Relación placer/displacer físico y psicosocial:** A pesar que el inicio de

fumar resulte poco placentero físicamente, la satisfacción psicosocial es intensa.

2.4.- El cigarrillo como Factor de Riesgo

El consumo de cigarrillo es un factor de riesgo para más de 20 grupos de enfermedades que afectan casi todo el organismo, es la primera causa de muerte evitable y anualmente provoca la muerte prematura de 5 millones de personas en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa un grave problema de salud pública, porque su inicio muchas veces ocurre en la adolescencia, lo cual genera morbilidad en la adultez. Según este organismo internacional, la prevalencia mundial en el 2000 entre hombres y mujeres mayores de 14 años fue de 35.1 y 22% respectivamente.

El Consumo de cigarrillo es la principal causa prevenible de muerte en Estados Unidos. Se calcula que causa 440.000 o casi 1 de cada 5 muertes cada año. Esta cifra incluye 35.000 muertes por exposición al humo secundario. En los países en desarrollo, el Consumo de cigarrillo ha sido históricamente inferior, y por ello la mortalidad debida al hábito de fumar, en comparación con las naciones ya desarrolladas, es proporcionalmente más baja; sin embargo, su prevalencia ha aumentado en más del 70% en los últimos 25 años. De proseguir las tendencias actuales, habrá 7 millones de muerte al año por tabaquismo en los países de desarrollo en los dos o tres decenios próximos.

Mientras que el consumo de cigarrillo producirá de dos a tres millones de defunciones de tabaquismo en el decenio en 2020-2030, y alrededor de un millón de éstas se deberán a cáncer pulmonar. En Ecuador, de acuerdo con los resultados de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFREC II), se ha observado un descenso progresivo en la prevalencia de tabaquismo en adultos en los últimos treinta años.

En los setenta, aproximadamente el 35% de los adultos fumaba; en los ochenta esta cifra era cercana al 30%, y en los noventa se situó alrededor del 20%, como lo han demostrado las dos últimas encuestas nacionales: la

realizada por la fundación Santa Fe en 1996, que mostró que había fumado en el último año el 21.4% de las personas entre 12 y 60 años, y ENFREC II, realizada en el segundo semestre de 1998, que indicó que el 19.8% de las personas entre 18-69 años habían fumado 100 o más cigarrillos en su vida y fumaban al momento de la encuesta, y concluyó que la reducción del consumo de cigarrillos en Ecuador se hace a expensas de un creciente número de jóvenes que no empiezan a fumar.

Según los especialistas, el tabaquismo no sólo es un claro factor de riesgo para todas las enfermedades cardiovasculares, en especial para la cardiopatía isquémica, sino que también es responsable directo del 85% de los casos de cáncer pulmonar y más del 80% de los casos de EPOC.

El consumo de cigarrillo no sólo tiene efectos dañinos sobre los fumadores. Los no fumadores, o los fumadores pasivos, muchas veces se ven obligados a compartir espacios cerrados cargados de humo de tabaco. Los modernos sistemas de limpieza del aire son ineficaces frente a muchos componentes del ambiente contaminado por humo de tabaco (ACHT), ya que estos sistemas retiran eficazmente las partículas del aire pero no eliminan los gases. El riesgo de padecer cáncer de pulmón se incrementa entre 20 y 50% en los que conviven con personas que fuman, en comparación con los no expuestos al ACHT. Una revisión sistemática de la prevalencia de factores de riesgo para tabaquismo en adolescentes en América del Sur, publicada en la Revista Panamericana de la Salud, mostró que el aumento de la prevalencia del tabaquismo entre adolescentes estaba directamente asociado a la edad. Mediante este metanálisis se demostró que el Odds ratio para tabaquismo fue de 9.9 en los grupos de 14-16 años y de 28.7 en los de 17-19 años.

Otro factor de riesgo para adolescentes, según este estudio, es la práctica del tabaquismo entre amigos y familiares, que demostró un OR de 2.4 en esta asociación, de 4.0 para adolescentes con dos amigos fumadores y de 17.5 para aquellos con tres o más amigos fumadores. La asociación entre tabaquismo y nivel socioeconómico no mostró resultados consistentes, mientras que un nivel

socioeconómico alto fue factor de riesgo para tabaquismo en el estudio de Ivanovic. Al contrario, un nivel socioeconómico bajo fue factor de riesgo para el hábito de fumar en el estudio de Muza en Costa Rica. La escolaridad fue señalada por el estudio de Schio como factor de riesgo para tabaquismo, y mostró un OR de 1.7 entre hábito de fumar y bajo rendimiento escolar.

Además, se encontró que la práctica de deportes y la religión fueron reportadas como factores protectores en los adolescentes. Según un estudio realizado en Cuba, los fumadores eran principalmente hombres (61.2%) mientras que las mujeres se mostraron más dispuestas a abandonar el cigarrillo que los hombres.

2.5.- El consumo de cigarrillo en el personal de salud

El tabaquismo es uno de los comportamientos que pueden ser prevenidos, evitando así graves consecuencias para la salud, lo que es bien conocido por todos los profesionales de la salud. Este tema es considerado como un gran problema de salud pública y afecta cada vez más a las poblaciones jóvenes; anualmente, su consumo causa millones de muertes alrededor del mundo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) confirma estos datos y considera que las acciones para el control del uso de tabaco están entre las prioridades de las políticas sanitarias mundiales para las próximas décadas.

Por otro lado, en las últimas décadas, la literatura mundial ha presentado un número bastante considerable de estudios al respecto de la prevalencia del tabaquismo entre los enfermeros y estudiantes de enfermería, visualizando las preocupaciones sobre las implicancias de ese comportamiento en la salud de ese grupo y también en relación al papel que estos profesionales desarrollan en el ámbito de la prevención y de la promoción de la salud.

Este hecho fue identificado en una revisión sistemática sobre consumo de tabaco entre enfermeros y estudiantes de enfermería, donde se señala que estos profesionales constituyen un gran grupo que promueven la salud; al mismo tiempo, los índices de consumo de tabaco de este grupo son

considerablemente altos, considerado por algunos autores como un hecho paradójico debido a que estando aptos en sus habilidades cognitivas y de interacción, los profesionales de la salud poseen la credibilidad y las oportunidades para ayudar a las personas a modificar su comportamiento con relación al hábito de fumar.

Por tanto, el déficit de conocimiento, la falta de habilidades y la falta de programas educativos en los currículos de graduación acerca del tema pueden constituirse en barreras, para los enfermeros y otros profesionales de la salud, para implementar políticas de control y programas de intervención para el cese del tabaquismo; además el tabaquismo entre los profesionales de la salud constituye una influencia negativa sobre los pacientes que están intentando dejar de fumar. La falta de conocimiento formal sobre los riesgos del fumar, sobre el manejo de programas para el cese del consumo de cigarrillo y la falta de habilidades pueden ser vistas como las principales dificultades para que los enfermeros asuman sus funciones de educador frente al control del tabaquismo.

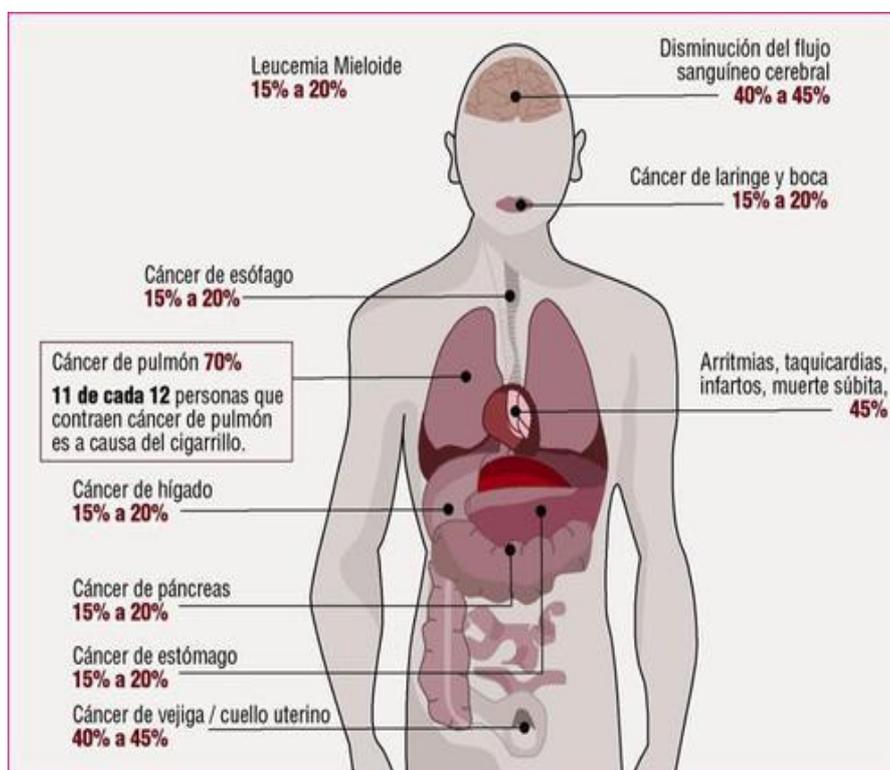
En el pasado, parece haber existido un consenso general, entre los estudios de prevalencia del consumo de tabaco entre los enfermeros en muchos países, de que el porcentaje de consumo de estos profesionales era equivalente al de las mujeres de la población, en general, siendo estas también muy elevadas. En Latinoamérica es sabido que cuanto más crítica es la economía del país, más altos son los índices de consumo de tabaco en los diversos grupos de la población; también la práctica de desarrollar estudios, para monitorizar los índices de prevalencia del comportamiento de fumar, como en el caso de los enfermeros, aún son escasos.

Los estudios disponibles en la literatura demuestran índices de alrededor de 42,7% en Chile, 43,1% en México, 30% en Brasil y 22,1% en Argentina; a pesar de existir diferencias metodológicas y de tamaños de muestreo que no permiten comparaciones, se puede afirmar que los estudios se realizaron en enfermeras hospitalarias, que en su mayoría eran mujeres. En Perú, vienen siendo realizados esfuerzos considerables por los organismos gubernamentales para realizar investigaciones de forma más constante sobre el uso de diversos tipos de drogas, como medio de monitorizar la

implementación de políticas públicas de control del uso. Uno de los estudios recientes identificó que la prevalencia del uso del tabaco en profesionales de la salud es mayor que la prevalencia en la población general.

De acuerdo al Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) 63,4% de los peruanos ha fumado alguna vez en la vida; en esa encuesta se demostró que más de la mitad de la muestra eran consumidores actuales (último mes) y principalmente los usuarios eran adolescentes y jóvenes⁽¹¹⁾. Si consideramos los índices de la literatura, podemos afirmar que de cada diez enfermeros seis son fumadores.

2.6.- Consecuencias asociadas al consumo de cigarrillo



Los efectos del cigarrillo se reflejan en una serie de enfermedades entre las cuales se destacan las siguientes:

2.6.1.- Cáncer de pulmón: El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón es 5 a 20 veces mayor en los fumadores que entre quienes no fuman. De 80% a 85% de las muertes por cáncer de pulmón tienen como causa fumar cigarrillo, cifras que son muy significativas si se tiene en cuenta que el cáncer de pulmón es

responsable de 25% de las muertes por cáncer en general, y de 5% de las muertes por todo tipo de causas.

2.6.2.- Cáncer de laringe: Existe una fuerte asociación entre el cáncer de laringe y el consumo de cigarrillo; hasta 84% de los casos en hombres se pueden atribuir al hábito de fumar.

2.6.3.- Cáncer de esófago: Entre 75% y 78% de los casos de cáncer de esófago se deben a fumar. Hay una clara relación entre la dosis de cigarrillo y la mortalidad relacionada con este tipo de cáncer.

2.6.4.- Cáncer de vejiga: La proporción de casos de cáncer de vejiga que es consecuencia de fumar varía entre 40% y 60% para hombres y 25% a 35% para mujeres.

2.6.5.- Otros tipos de cáncer: Se han relacionado con el hábito de fumar, aunque en menor proporción que los ya mencionados, los cánceres de boca, páncreas, estómago y cuello del útero.

2.6.6.- Enfermedad coronaria: Hace referencia a la obstrucción de los vasos sanguíneos del corazón y se traduce en problemas serios como la angina de pecho o infartos del corazón. Se calcula que 30% a 40% de las muertes por enfermedad coronaria dependen de fumar cigarrillo, y así este hábito se convierte en el principal factor de riesgo modificable para esta enfermedad. Existe una franca relación entre la dosis (edad en que se empezó a fumar, número de cigarrillos al día, tiempo de exposición y profundidad de la inhalación) y el riesgo de muerte por esta enfermedad. Además, la exposición al cigarrillo aumenta los efectos nocivos que sobre la enfermedad ejercen otros factores como la diabetes y el exceso de colesterol sanguíneo.

2.6.7.- Enfermedad cerebro-vascular: El fumador tiene el doble de posibilidades de presentar un accidente cerebro-vascular; este riesgo es mayor en el grupo de fumadores jóvenes. En las mujeres fumadoras que utilizan anticonceptivos orales la posibilidad de presentar cuadros trombo-embólicos (desprendimiento de coágulos sanguíneos hacia ciertos órganos vitales del

cuerpo) y hemorragia subaracnoidea, aumenta hasta 20 veces.

2.6.8.- Enfermedad oclusiva arterial periférica: Esta enfermedad consiste en la oclusión progresiva de un vaso sanguíneo, con mayor frecuencia en las piernas, y puede llevar a la suspensión del flujo circulatorio a esa zona y la pérdida de la extremidad. Fumar cigarrillo es el principal factor que predispone a esta dolencia. Si el paciente tiene además diabetes, la oclusión del vaso se puede presentar mucho más temprano y ser más severa.

2.6.9.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): La EPOC se manifiesta en dos formas principales: La BRONQUITIS CRÓNICA que produce tos y expectoración en forma persistente, y el ENFISEMA PULMONAR, que genera destrucción del pulmón y dificultad respiratoria en forma progresiva. Se podría aseverar que en la práctica la EPOC es patrimonio de los fumadores, tanto en la forma de bronquitis crónica como en la de enfisema pulmonar. En el gran fumador la posibilidad de EPOC es 30 veces mayor que en el no fumador. Entre 80% y 90% de las muertes por EPOC se presentan por causa de fumar. Adicionalmente, fumar acelera el deterioro de la función de los pulmones, con aumento en la frecuencia de síntomas como tos, expectoración, dificultad respiratoria y sibilancias. Además, se incrementa el número de personas que presentan enfermedades respiratorias agudas.

2.6.10.- Úlcera péptica: Existe mayor riesgo de desarrollarla en el fumador, también se retarda la curación y se aumenta la posibilidad de recaídas de la enfermedad.

2.6.11.- Efectos sobre el embarazo: Hay una clara relación entre fumar cigarrillo y hechos como retardo del crecimiento intrauterino, aborto espontáneo, prematuridad, muerte fetal y neonatal, alteraciones en el desarrollo físico y mental del infante y muerte súbita en la infancia. Además, hay una relación entre la cantidad de cigarrillo fumado y la posibilidad de la presencia de desprendimiento de la placenta y ruptura prematura prolongada de membranas.

2.7.- Promoción y consumo de tabaco en Ecuador

Existen actualmente prohibiciones que intentan regular el espacio disponible entre los no fumadores y la especie adicta al cigarrillo, pasando por premios para los que dejen de fumar, hasta campañas que hablan de la nicotina como una droga adicta. Los argumentos de uno y otro son variados y no se han modificado a lo largo de la historia: El fumador es un delincuente social, en tanto reparte enfermedades comprobados por las más serias investigaciones según un adicto y del otro lado la opinión es: cada individuo tiene el derecho a usar y gastar su cuerpo como más le guste. Hemos conocido ya la represión política en muchos lugares del mundo. Ahora entramos en la era de represión científica.

El cigarrillo perdió prestigio con los años y su imagen ya es interpretada como un símbolo de enfermedad y muerte. El nuevo cuerpo legal aprobado en Ecuador busca particularmente alejar a los jóvenes de este hábito, dado que este segmento es blanco de la publicidad de las tabacaleras.

Los ecuatorianos y ecuatorianas no podrán fumar en ningún espacio cerrado de entidades públicas -instituciones de salud, educación, lugares de trabajo, medios de transporte- y en ambientes cerrados destinados a actividades deportivas.

También prohíbe la venta de tabaco en centros de cuidado infantil, instituciones educativas públicas y privadas, establecimientos de salud, organismos y escenarios dedicados al deporte y a todo tipo de espectáculos y espacios frecuentados por niños, niñas y adolescentes.

La regulación no abarca a discotecas, bares, casinos y otros lugares de entretenimiento para adultos. A los restaurantes se les permite designar espacios a cielo abierto donde se permita fumar.

Tribuna Ecuatoriana de Consumidores

La directora de la Tribuna del Consumidor, María José Troya, dijo que "es un avance tener una ley de control del tabaco, algo por lo que siempre

estuvimos luchando porque consideramos que es la forma adecuada de dar una respuesta a la lucha contra el tabaco".

Añadió que a pesar del avance en el texto de la ley "se ha suavizado la propuesta original que, por ejemplo, prohibía vender cigarrillos sueltos e impedía fumar en todos los espacios públicos".

Publicidad

La nueva ley también limita todo tipo de publicidad de tabaco en medios de comunicación.

Las sanciones económicas van desde 264 a 1320 dólares a quienes permitan la violación de los espacios libres de humo, a quienes vendan cigarrillos en lugares prohibidos o a menores de 18 años, aunque todavía no se estipuló sobre quien recaerá la responsabilidad de hacer cumplir con las nuevas normas, lo cual probablemente requiera de un reglamento específico. Además, la nueva legislación obliga al estado a garantizar el tratamiento de la adicción al tabaco a las personas afectadas.

Multas

Del producto de las multas económicas a quienes no acaten estas disposiciones, un 50% se destinará a la lucha antitabaco, el 30% a municipios que presenten planes que coadyuven al control del tabaquismo y el 20% para proyectos de organizaciones no gubernamentales con el mismo objetivo. La nueva ley, impulsada por el partido de gobierno, Alianza País, debe ser enviada al ejecutivo, que de no incluir cambios, la promulgará para que cobre vigencia.

2.8.- Variables

Variable Dependiente: Consumo de cigarrillo

Variable Independiente: Jornada Laboral

2.9.- Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	MANEJO DE DATOS
Características socio demográficas	El género es una categoría taxonómica que se ubica entre la familia y la especie.	Sexo	Género de cada profesional de enfermería	Masculino y femenino	Cuali-cuantitativo Describir Proporciones
	Tiempo que ha vivido una persona, animal o planta. Duración de las cosas materiales, a contar desde que empezaron a existir. Tiempo, época.	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad de cada profesional de enfermería.	21 – 30 años 31 – 40 años >40 años	Cuantitativo Describir Proporciones
	Conjunto humano	Etnia	Agrupación de individuos que presentan afinidades	Mestiza	Cuali-cuantitativo

	caracterizado por factores lingüísticos, somáticos y culturales.		somáticas, lingüísticas o culturales y que habitan un espacio geográfico determinado.	Afro-Ecuatoriana Nacionalidades y Pueblos Indígenas	Describir Proporciones
	Situación en que está una persona o cosa en relación con los cambios que influyen en su condición:	Estado civil	Condición de soltería viudez, matrimonio, entre otros, de un individuo.	Soltero Viudo Divorciado Unión libre	Cuali- cuantitativo Describir Proporciones
	Hecho de vivir en un lugar determinado	Residencia	Lugar donde reside actualmente el trabajador.	Urbana Rural	Cuantitativo Describir Proporciones
	Toma de alimentos o bebidas y otras sustancias que pueda ingerir el ser humano	Consumo de cigarrillo	Frecuencia de consumo de cigarrillo	Nunca Menos de 2 veces a la semana De 2 a 3 veces a la semana 4 ó más veces a la semana Todos los días	Cuantitativo Describir Proporciones
	Que antecede o precede a lo referido de una sola persona	Antecedentes patológicos Personales	Enfermedades que haya sufrido el trabajador.	Enfermedades que refiera el trabajador	Cualitativo Describir proporciones

Antecedentes patológicos personales y familiares	singularmente Circunstancia anterior que sirve para juzgar hechos posteriores				
	Son documentos gráficos o escritos de las enfermedades y afecciones presentes en una familia.	Antecedentes patológicos familiares	Enfermedades que afecten a los familiares de los trabajadores.	Enfermedades que refiera el trabajador que presenta alguno de sus familiares directos	Cualitativo Describir proporciones
	Gasto o consumo total de algo, cansancio extremado	Agotamiento emocional	Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos. Emocionales en el personal de enfermería.	Siempre Casi siempre A veces Nunca	Cualitativo Describir Proporciones
	Ordenación armoniosa y regular, basada en los acentos y el número de sílabas, que puede establecerse en el lenguaje, Velocidad a	Ritmo de trabajo	Se refiere al tiempo necesario para realizar una determinada tarea de enfermería, que se manifiesta en trabajar a	Muy rápido Rápido Regular	Cualitativo Describir Proporciones

Jornada laboral	que se desarrolla algo		una cierta velocidad		
	Acción de atender, cortesía, urbanidad, demostración de respeto	Grado de atención	Nivel de atención que presta el profesional de enfermería durante la jornada de trabajo.	Alto Medio Bajo	Cualitativo Describir Proporciones
	Resolución o determinación acerca de algo dudoso, Cumplimiento de las obligaciones o cuidado al hacer o decidir algo, Obligación de responder ante ciertos actos o error	Decisiones de mucha responsabilidad	Una decisión es el producto final del proceso mental-cognitivo específico de un individuo o un grupo de personas u organizaciones, la cual la enfermera debe tomar en cuenta a la hora de actuar con pacientes.	Siempre Casi siempre A veces Nunca	Cualitativo Describir Proporciones
	Alteración física o psíquica de un individuo por exigir a	Estrés por trabajo directo con pacientes.	Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una	Siempre Casi siempre A veces	Cualitativo Describir Proporciones

	su cuerpo un rendimiento superior al normal		situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.	Nunca	

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

La presente investigación consiste en un estudio descriptivo, explicativa, no experimental, transversal, observatorio, propositivo por que aspira a dar a conocer la realidad que vive el personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra. Los resultados de esta investigación son valiosos ya que nos permitirán proponer acciones de prevención de esta enfermedad.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de este trabajo se lo tomo de acuerdo al consumo de cigarrillo en el personal y el cruce de variables, relacionándolas con la jornada laboral, agotamiento emocional, la despersonalización y realización personal.

3.3 Técnicas e Instrumentos utilizados

Se elaboró una encuesta especialmente diseñada para el presente trabajo, la misma que fue validada en una población de características similares a las del estudio, con los resultados obtenidos son utilizados para describir la realidad en la que se encuentra el personal de enfermería del servicio de emergencias en relación con las jornadas laborales y el consumo de cigarrillo.

Al ser la investigación un proceso sistemático, dirigido, organizado y buscando conocimientos válidos y confiables me permio poner en consideración los siguientes tipos de investigación que se aplicará:

Bibliográfica y lincográfica.- La cual se basa en investigación de libros, documentos, medios video gráficos, manuales instructivos, documentales y medios informáticos que también pueden ser de internet y de gran ayuda para la realización del estudio investigativo.

3.4.- Población

La población de sujeto de estudio está constituida en un total de 23 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra

3.4.1.- Validez y confiabilidad

La validez y confiabilidad se determinó mediante juicio de expertos y la aplicación de una prueba piloto, la cual fue realizada en un grupo de profesionales con características semejantes a la población de estudio.

3.4.2.- Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión: todos los profesionales de enfermería que laboren en el servicio de emergencias del hospital San Vicente de Paul exclusivamente ya sean estos de planta, o contrato.
- Criterios de exclusión: Enfermeros/as que no pertenezcan al servicio de emergencias, personal que no pertenezca a esta institución de salud, personal de aseo, administrativos, personal médico y personal de mantenimiento, personas en general que no pertenezca al hospital San Vicente de Paul.

3.5.- Análisis e interpretación de resultados

El procesamiento y sistematización del texto se lo realizó con la ayuda de Microsoft Word. Para el respectivo análisis e interpretación de resultados que se recabaron mediante las encuestas realizadas a la población en estudio se aplicó la estadística descriptiva en donde, a través de un cuadro de doble entrada se determinó la variable con cuadro de frecuencia y porcentaje de equivalencia y respectiva representación gráfica, con la ayuda del programa Microsoft Excel. Los datos obtenidos a través de la presente investigación serán procesados, analizados y sistematizados estadísticamente utilizando el programa Software Excel, Epi info.

RESULTADOS

TABLA N°1
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL “SAN
VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
21 – 30 años	6	20%
31 – 40 años	14	68%
>40 años	3	12%
TOTAL	23	100%
GENERO		
Femenino	18	78%
Masculino	5	22%
Total	23	100%
ESTADO CIVIL		
Soltera	4	9%
Unión libre	1	2%
Casada	11	25%
Divorciada	5	11%
Viuda	1	2%
Total	23	100%
SECTOR RESIDENCIA		
Urbana	17	77%
Rural	5	23%
Total	23	100%
CONSUMO CIGARRILLO		
Nunca	9	39%
Menos de 2 veces a la semana	7	30%
3 o más veces a la semana	5	22%
Todos los días	2	9%
Total	23	100%
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE CIGARRILLO FARINGITIS, ALITOSIS, ICTERICIA, RONQUERA, AFONIA, LARINGITIS, DISNEA, FATIGA, GINGIVITIS.		
SI	17	74%
NO	6	26%
Total	23	100%
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE CIGARRILLO CANCER DE PULMON, LARINGE, TRAQUEA, PANCREAS, HIGADO, ESTOMAGO, ARRITMIAS.		
SI	19	86%
NO	3	14%
Total	23	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

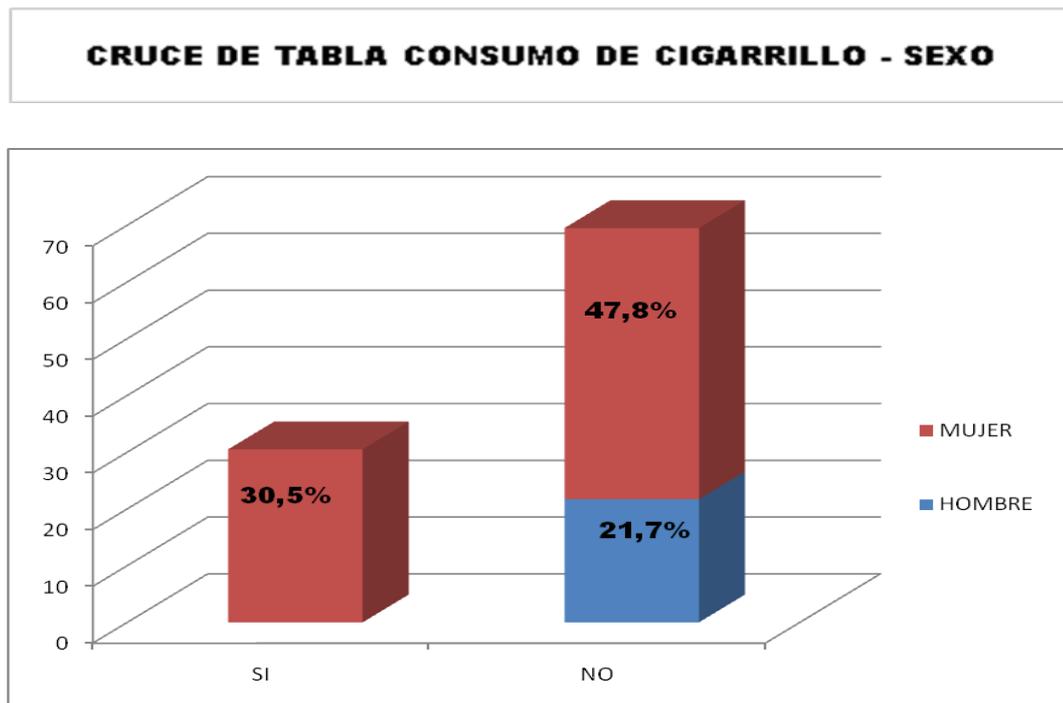
AUTOR: Investigador

Los resultados que anteceden nos permiten evidenciar las características socio demográficas del personal de enfermería del servicio de emergencias, la mayor parte del personal es femenino porque es una profesión que en sus inicios era netamente femenino, siendo la mayoría de los encuestados de estado civil casados, se asume que el personal de enfermería cumple un triple rol al asumir tareas propias del hogar, al observar el sector de residencia la mayoría vive en el sector urbano, al analizar el consumo de cigarrillo miramos que el 61% manifiesta consumir de alguna manera, se puede observar la existencia de antecedentes de las patologías y sus síntomas asociadas al consumo de cigarrillo tanto familiares así como personales del personal de enfermería.

TABLA N°2

CONSUMO DE CIGARRILLO EN EL LUGAR DE TRABAJO DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMGERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

GRAFICO N°2



FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Se realizó el cruce de variables entre consumo de cigarrillo y el sexo del personal del servicio el cual nos muestra que el 30.5% del género femenino consume cigarrillo, mientras un 47,8% no lo consume en cuanto al género femenino, en lo referido al género masculino se evidencia q no existe consumo mostrado en un 21.7%, pudiendo deberse a que representan una cantidad inferior en relaciona al femenino, y mostrando quienes están con mayor riesgo ante el consumo de cigarrillo.

TABLA N°3

**AGOTAMIENTO EMOCIONAL DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL
SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010
- 2011.**

Agotamiento emocional	Porcentaje	Grafico N°3
Siempre	26.1%	
Casi siempre	30.4%	
A veces	43.5%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Los datos nos dan a conocer que el porcentaje superior de profesionales sienten agotamiento emocional durante la jornada laboral, datos que coinciden con el mayor número de personal del estudio que consume cigarrillo, entre los estudios revisados a nivel de Sudamérica está el de Perú el cual fue realizado en el 2010 en el hospital nacional el cual manifiesta que existe relación entre estado anímico por la jornada laboral con el consumo de cigarrillo.

TABLA N°4

AGILIDAD EN EL RITMO DE ATENCION DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

Ritmo de atención	Porcentaje	Grafico N°4
Muy rápido	39.1%	
Rápido	56.5%	
Regular	4.3%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Dentro del servicio se necesita un ritmo rápido durante la jornada laboral para la realización de las tareas por parte del personal de enfermería, lo que lleva a un agotamiento físico, mental y psicológico al culminar la jornada laboral, el cual en algunos casos es remediado mediante el consumo de cigarrillo, por los efectos relajantes que produce, pero siendo más importantes todos los efectos adversos que causa su consumo, poniendo en riesgo la salud del profesional de enfermería, así como también la de los pacientes.

TABLA N°5

DEMANDA DE ATENCION DURANTE LA JORNADA LABORAL DEL PERSONAL ENFERMERIA SERVICIO EMERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE PAUL” 2010 – 2011.

Demanda Atención	Porcentaje	Grafico N°5
Alto	65.2%	
Medio	34.8%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

La demanda de atención en el servicio es alta en mayor porcentaje, sobre todo con la reforma de Sistema Nacional de Salud y la gratuidad de la atención de los servicios, la afluencia masiva de usuarios, a razón de ello el personal debe cumplir muchas actividades con los pacientes y en tiempos determinados, siendo una causa para que el consumo de cigarrillo se vea influenciado por la jornada laboral que se realiza, por esta razón el consumo y la jornada laboral tienen una gran relación.

TABLA N°6

PRESION A LA TOMA DECISIONES EN LA JORNADA LABORAL PERSONAL ENFERMERIA SERVICIO EMERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE PAUL” 2010 – 2011.

Presión toma decisiones	Porcentaje	Grafico N°6
Siempre	39.1%	
Casi siempre	34.8%	
A veces	17.4%	
Nunca	8.7%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Un porcentaje considerado del personal respondió que existe presión siempre ante la toma de decisiones durante las atenciones en el servicio, mientras que un uno casi igual con poca diferencia manifestó que casi siempre, mientras un en más bajos porcentajes manifestó que a veces, y el porcentaje más bajo asumió que nunca. Dado que el servicio requiere gran concentración en las actividades que se realizan, ya que las personas que acuden al servicio por atención llegan en malas condiciones de salud que llegan a poner en riesgo su vida.

TABLA N°7

VALORES DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMGERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

Valores	Porcentaje	Grafico N°7
Siempre	30.4%	
Casi siempre	43.5%	
A veces	21.7%	
Nunca	4.3%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

En el servicio se fomentan distintos valores ya sean estos éticos, morales y profesionales, los cuales en muchas ocasiones concuerdan con los personales de cada profesional de enfermería que labora dentro del servicio, una parte del personal se pronuncio que siempre, mientras que casi la mitad del porcentaje casi siempre, seguido por a veces y nunca según el personal en muy bajo porcentaje mostrando la concordancia que existe de pensamientos entre el trabajador y la institución.

TABLA N°8

RECONOCIMIENTO DEL TRABAJO DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMGERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

Reconocimiento trabajo enfermería	Porcentaje	Grafico N°8
Siempre	26.1%	
Casi siempre	73.9%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Dentro del servicio de emergencias la mayor parte del personal pronuncio que casi siempre existe el reconocimiento al trabajo que realiza durante la jornada laboral, y que siempre en un porcentaje considerado por lo que demuestra que si se reconoce la labor que se realiza por parte de enfermería, reflejando la atención que brindan los profesionales a diario.

TABLA N°9

PROBLEMAS DEL TRABAJO LLEVADOS A CASA DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMGERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

Problemas de trabajo a casa	Porcentaje	Grafico N°9
Siempre	30.4%	
Casi siempre	17.4%	
A veces	13.0%	
Nunca	39.1%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Muchos de los pacientes así como sus familiares por la condición en la que se encuentran, mas la alta demanda de atención inmediata producen problemas negativos al personal de enfermería durante la atención, como la falta de respeto por parte de los familiares, agresión física, psicológica hacia el personal afectando la calidad de atención y causando daño al personal, el cual manifiesta un porcentaje considerable que siempre estos problemas se trasladan hacia el hogar, influyendo en el consumo de cigarrillo, seguido por un porcentaje no muy elevado casi siempre, no obstante en pequeña cifra a veces en mayor porcentaje nunca, afectando así la calidad y calidez de atención.

TABLA N°10

TOMA DE DESCANSOS CORRESPONDIENTES DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMGERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

Descansos correspondientes	Porcentaje	Grafico N°10
Siempre	21.7%	
Casi siempre	43.5%	
A veces	34.8%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Durante la jornada laboral en el servicio es necesario la toma de descansos correspondientes para así poder realizar de una manera tranquila, consiente y de mejor manera las actividades con los pacientes, por lo cual la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio dijeron que casi siempre toman un descanso necesario, en un porcentaje más bajo siempre, un marcado porcentaje menciona que a veces lo que se relaciona mucho al consumo de cigarrillo, siendo un porcentaje notable por lo que se encuentra en un continuo riesgo a patologías derivadas por el cigarrillo o el humo del mismo.

TABLA N°11

LA JORNADA LABORAL COMO CENTRO DE VIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

Jornada laboral centro de vida	Porcentaje	Grafico N°11
Siempre	26.1%	
Casi siempre	39.1%	
A veces	30.4%	
Nunca	4.3%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Dado que el cumplimiento de la jornada laboral por parte del personal de enfermería requiere de la una gran demanda de tiempo diario, más que tiempo que se dedica a la familia por lo que se convierte el trabajo en el centro de atención, el centro de vida según un buen número de profesionales del servicio dijo que siempre, en mayor porcentaje casi siempre, seguido de un número muy aproximado al anterior que ha dicho a veces y en un pequeño porcentaje nunca, lo que deja al descubierto la prioridad del trabajo, la jornada laboral, ante la familia provocando así el aumento de consumo de cigarrillo a efecto de ello.

TABLA N°12

AGOTAMIENTO DESPUES DE JORNADA LABORAL DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMGERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

Agotamiento después de jornada laboral	Porcentaje	Grafico N°12
Siempre	26.1%	
Casi siempre	39.1%	
A veces	34.8%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

La jornada laboral en el servicio de emergencia requiere de un gran esfuerzo por la demanda de atención inmediata y la gratuidad, por lo que el agotamiento que existe luego contribuye al aumento del consumo de sustancias relajantes tales como el cigarrillo, lo que contribuye al aumento de personas afectadas en su salud por el consumo del cigarrillo así como también por efectos del humo del mismo, por lo que la mayoría de profesionales de enfermería del servicio están de acuerdo en la existencia de agotamiento después de realizada la jornada laboral.

TABLA N°13

ESFUERZO AL TRABAJAR EN JORNADA LABORAL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

Esfuerzo jornada laboral	Porcentaje	Grafico N°13
Medio	43.5%	
Alto	56.5%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

El esfuerzo para la realización de muchas de las actividades que requiere el paciente por parte del personal de enfermería es alto, dado a las actividades como movilización de pacientes, entre otras requieren la utilización de fuerza que influye luego en problemas de salud que empeoran con el consumo de cigarrillo siendo más de la mitad de profesionales que expresan que el esfuerzo es alto, y un considerado porcentaje que es un esfuerzo medio, evidenciando el alto riesgo que corren los profesionales con el consumo de cigarrillo.

TABLA N°14

**ESTRÉS POR JORNADA LABORAL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL
SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010
- 2011.**

Estrés	Porcentaje	Grafico N°14
Casi siempre	26.1%	
Siempre	52.2%	
A veces	21.7%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

La jornada laboral que realiza el personal de enfermería en el servicio de emergencias produce estrés siempre mostrado con un porcentaje de mas e la mitad del personal que lo asegura , casi siempre por un porcentaje menor, a veces un porcentaje considerado, por lo que es muy evidente la presencia del estrés dentro del servicio, lo que contribuye al consumo de cigarrillo por parte del personal de enfermería siendo un problema tanto para el profesional de forma individual así como del grupo de trabajo del servicio.

TABLA N°15

**ENDURECIMIENTO EMOCIONAL DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL
SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010
- 2011.**

Endurecimiento emocional	Porcentaje	Grafico N°15
Siempre	26.1%	
Casi siempre	30.4%	
A veces	17.4%	
Nunca	26.1%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Dado que el trabajo que realiza el personal de enfermería durante su jornada laboral, el cual es directo con los pacientes y demás personas así como familiares de los mismos, aparece el endurecimiento emocional como una manera de afrontar el estrés, como un recurso necesario para poder cumplir otra jornada más de trabajo, y este endurecimiento emocional se encuentra presente en el servicio con un gran porcentaje que dijo casi siempre, seguido de uno poco más bajo siempre, y el menor porcentaje a veces, siendo notorio los porcentajes que acumulados muestran que existe este endurecimiento a medida de afrontar el estrés producido durante la jornada lo que influye de igual manera al consumo de cigarrillo en los profesionales.

TABLA N°16

CULPA DE PROBLEMAS AL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

Culpa de problemas al personal	Porcentaje	Grafico N°16
Siempre	17.4%	
Casi siempre	39.1%	
A veces	21.7%	
Nunca	21.7%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Cuando un paciente se encuentra en malas condiciones de salud presenta muchas emociones como la ira, el miedo, infelicidad, dolor, etc, así como también de parte de sus familiares, las cuales en muchos de los casos actúan de manera muy negativa, siendo el personal de salud, en este caso el personal de enfermería del servicio que es el que pasa más tiempo con los pacientes el afectado y contribuyendo al aumento del consumo de cigarrillo, evidenciado en la mayoría del porcentaje que aseguro que siempre, casi siempre y a veces el personal es culpado ya sea con acciones o palabras, de los problemas que traen consigo los pacientes que acuden a ser atendidos en el servicio.

TABLA N°17

DEMASIADO TRABAJO DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMGERGENCIAS HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” 2010 - 2011.

Demasiado trabajo	Porcentaje	Grafico N°17
Siempre	26.1%	
Casi siempre	34.8%	
A veces	21.7%	
Nunca	17.4%	
Total	100.0%	

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

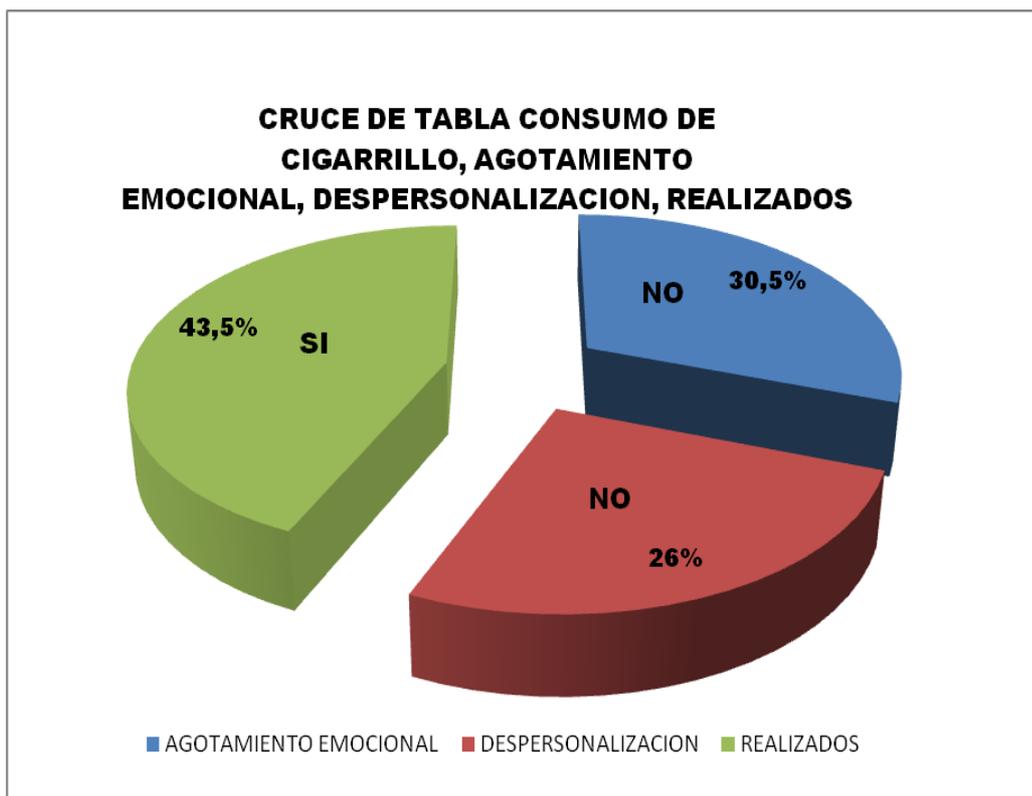
AUTOR: Investigador

Por la alta demanda y la gratuidad de la atención la mayor parte de personal ha evidenciado la existencia de mucho trabajo durante la jornada laboral siendo más de la mitad del personal de enfermería quien lo asegura, dando a mostrar la relación entre el estrés, mas el trabajo, y el consumo de cigarrillo que existe en el servicio por parte del personal, y siendo un porcentaje muy bajo en relación al expuesto que no hay tanto trabajo durante la jornada laboral.

TABLA N°18

CONSUMO DE CIGARRILLO EN EL LUGAR DE TRABAJO Y EL SINDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMGERGENCIAS HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL" 2010 - 2011.

GRAFICO N°18



FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

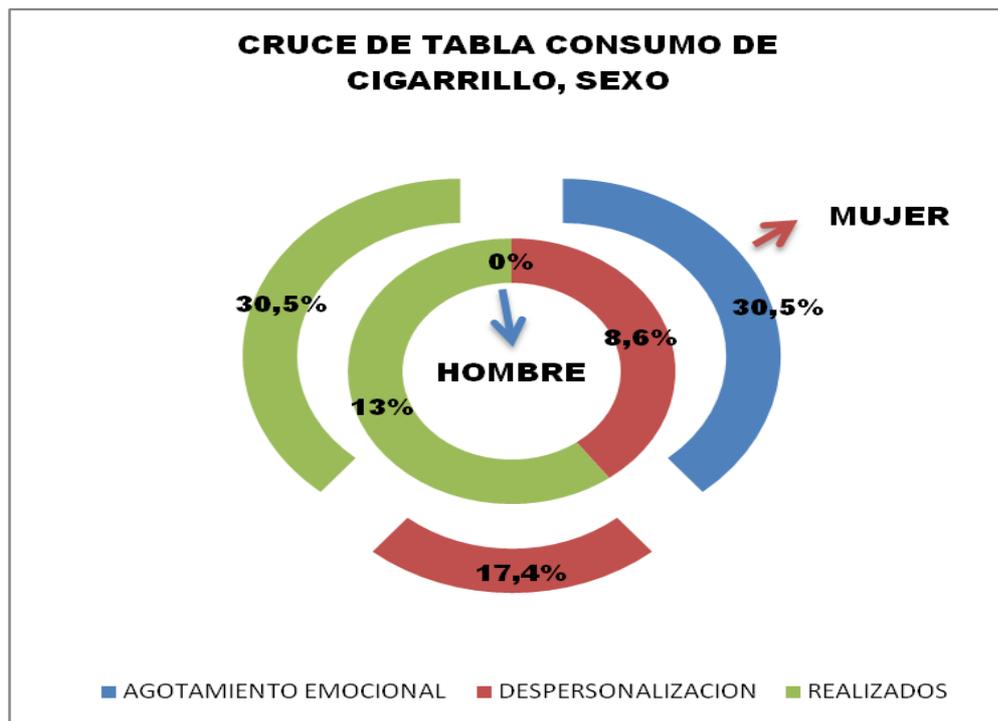
AUTOR: Investigador

Se realizó el cruce de variables, entre consumo de cigarrillo y las respuestas que entregó el personal de enfermería del servicio en la cual se puede evidenciar que en un 30,5% padece agotamiento emocional, mientras que 26% presenta una despersonalización, y un 43,5% se encuentra en estado de realizado, mostrando la situación del servicio.

TABLA N°19

CONSUMO DE CIGARRILLO EN EL LUGAR DE TRABAJO Y EL SEXO DEL PERSONAL DE EMFERMERIA DEL SERVICIO DE EMGERGENCIAS HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL" 2010 - 2011.

GRAFICO N°19



FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul.

AUTOR: Investigador

Se realizó el cruce de variables mostrando los siguientes resultados, el 30,5% de mujeres consume cigarrillo y por lo cual presenta agotamiento emocional, 17,4% muestra despersonalización y un 30,5% están realizados, en cuanto al sexo masculino se evidencia lo siguiente, el 8,6% presenta despersonalización, 13% está realizado, y cabe mencionar que en este género no existe agotamiento emocional, dando así a conocer la relación entre el consumo de cigarrillo y el grupo que más susceptible del servicio el cual es el femenino.

3.6 Discusión de resultados

- Por una parte el gobierno ha aportado con leyes que son positivas, como la de no fumar en lugares públicos y peor aun en instituciones de salud.
- Según los resultados obtenidos con los efectos relacionados a las alteraciones de Burnout y el consumo de cigarrillo durante la jornada laboral en el trabajo, se puede observar que la mayor parte del personal se encuentra en un estado civil casada, por lo que se asumen que cumplen un triple rol al asumir tareas propias del hogar, se determino consumo de cigarrillo por parte del personal de enfermería durante la jornada laboral, siendo el grupo que se encuentra en mayor riesgo en sufrir complicaciones derivadas al consumo de cigarrillo el femenino, pudiendo ser debido a que el mayor porcentaje es conformado por las mujeres ya que la profesión desde sus inicios era netamente femenino, mediante el procesamiento de los datos se puede destacar la existencia de agotamiento emocional por parte del personal de enfermería del servicio, así como también la presencia de despersonalización, pero de igual manera mediante las respuestas obtenidas se mira que una parte también se encuentra en un estado de realización personal.

3.7.- Conclusiones

- No existen datos bibliográficos actualizados sobre el consumo de cigarrillo a nivel del Ecuador, y peor aún sobre el tema de investigación, lo que refiere en falta de investigación.
- Es evidente que en el Ecuador hace falta el fomento a la investigación, dado que durante la revisión bibliográfica no se encontró ningún estudio relacionado, siendo lo contrario fuera del país donde el tema ha captado mucha atención por parte de los investigadores.
- La investigación es muy importante porque nos permite prevenir las patologías derivadas del consumo de cigarrillo mejorando la calidad de vida de las personas así como también de nosotros mismos.

3.8.- Recomendaciones

- Se debe profundizar en posteriores investigaciones que permitan desarrollar estrategias para eliminar el consumo de cigarrillo en el personal de enfermería.
- Desarrollar un Plan de intervención incorporando las buenas prácticas para la prevención de consumo de cigarrillo.
- Actualizar datos para posteriores trabajos de investigación.
- Se recomienda énfasis de la cátedra de salud pública capacitando alternadamente al personal de salud para que no consuman cigarrillo en el servicio.

CAPITULO IV

4.- MARCO ADMINISTRATIVO

4.1.- Recursos

4.1.1. Talento humano

- Tutor de tesis
- Estudiante investigador
- Población de estudio

4.2.- Recursos materiales

4.2.1. Técnicos:

- Copias 500
- Materiales de escritorio (Hojas de papel bond A4, lápices, esferográficos, borradores, correctores).
- Fuentes bibliográficas
- Folletos de información.
- CD's
- Flash memory
- Encuestas
- Cartuchos de tinta para impresora

4.2.2.- Tecnológicos:

- Computador
- ESTADISTICO Equipo de multimedia
- Cámara fotográfica digital
- Internet
- Impresora

4.3 Presupuesto

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	VALOR \$ USA
2	Resmas de papel boom	\$5.00	\$10.00
600	Impresiones	\$0.25	\$80.00
400	Copias	\$0.5	\$40.00
50	Gasolina	\$1.00	\$50.00
30	Transporte	\$0.25	\$15.00
2	CD, Flash memory	\$25.00	\$50.00
60	Impresión (Encuestas)	\$0.10	\$6.00
1	Cámara	\$250.00	\$250.00
5	Imprevistos	\$10.00	\$50.00
3	Empastado	\$20.00	\$60.00
100	Horas Internet	\$1.00	\$100.00
1	Digitador	\$50.00	\$50.00
8	Anillados	\$2.50	\$20.00
10	Viáticos	\$5.00	\$50.00
4	Guías	\$25.00	\$100.00
TOTAL:			\$985.00

4.4.- Cronograma

Actividades \ Meses	2010 - 2011														
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Semanas	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4	1-2-3-4
Inicio y desarrollo de la investigación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Recolección de datos a través de la encuesta											■	■	■	■	
Procesamiento de la información recolectada										■	■	■	■	■	
Interpretación de la información							■	■	■	■	■	■	■	■	
Revisión bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Redacción y escritura de la investigación										■	■	■	■	■	
Presentación del estudio														■	■

CAPITULO V

5.- MARCO PROPOSITIVO

5.1 Titulo

GUIA DE PREVENCION DE ADICCIONES

Realizada a un costo de \$100.00 incluyendo el trabajo de impresión, y material.

5.2 Introducción

La ciencia de la prevención ha progresado mucho en los últimos años. Se están ensayando muchas intervenciones en ambientes de la vida real para que se puedan adaptar más fácilmente al uso comunitario. Los científicos están estudiando un rango mayor de poblaciones y temas. Por ejemplo, han identificado intervenciones eficaces con poblaciones más jóvenes para ayudar a prevenir las conductas de riesgo antes de que ocurra el abuso de drogas.

5.3 Objetivos

- 1)** Proteger la salud de toda la población que se atiende o trabaja en las instituciones de salud (fumadores y no fumadores).
- 2)** Evitar los daños producidos por el tabaquismo pasivo en la salud de los no fumadores.
- 3)** Disminuir el consumo y la prevalencia de tabaquismo en el equipo de salud.
- 4)** Conseguir un mayor compromiso y conciencia del equipo de salud con la problemática del tabaquismo.
- 5)** Constituir un modelo social a seguir por otro tipo de instituciones de la sociedad.

5.4 Desarrollo de propuesta

- Introducción
- Justificación
- Generalidades
- Instituciones de salud libres de humo
- Prevención de las adicciones
- ¿Qué son las adicciones?
- ¿Cuántos tipos de adicciones existen?
- ¿Qué es prevención?
- ¿Cómo se previenen las adicciones?
- Prevención en la educación
- ¿Se puede prevenir cuando ya se consume?
- ¿Qué es la reducción del daño?
- Tipos de prevención
- Prevención del tabaquismo
- Prevención del alcoholismo
- Prevención de la drogadicción
- Prevención en el hogar
- Prevención en la escuela
- Prevención en general
- Bibliografía