

Tabaquismo en enfermeras de atención primaria: un estudio cualitativo

Miguel Bennasar Veny¹

Jordi Pericas Beltrán²

Susana González Torrente³

Priscila Seguí González⁴

Antoni Aguiló Pons⁵

Pedro Tauler Riera⁶

El objetivo de este trabajo fue identificar los factores percibidos por las enfermeras fumadoras como moduladores del cese tabáquico, con el fin de diseñar posteriormente intervenciones de ayuda con la máxima especificidad para este colectivo. Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevista semiestructurada a 15 enfermeras fumadoras de atención primaria de Salud. Contrariamente a otros estudios en los que las enfermeras no percibían una especial presión social para dejar el hábito tabáquico, 18 meses después de vigencia de la Ley de Prevención del Tabaquismo sí que la expresan. Por ello, entre los principales motivos de cese figura el que cada día esté peor considerado fumar en público, unido a un sentimiento de vergüenza y de culpa ante su entorno social y familiar, especialmente por tratarse de un colectivo profesional dedicado a los cuidados de salud.

Descriptores: Cese del Tabaquismo; Enfermería; Atención Primaria de Salud; Disonancia Cognitiva; Salud de la Mujer; Investigación Cualitativa.

¹ Enfermero, Maestría en Antropología, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, España. E-mail: miquel.bennasar@uib.es.

² Enfermero, Doctor en Ciencias, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, España. E-mail: jordi.pericas@uib.es.

³ Enfermera, Maestría en Atención Primaria de Salud. Servicio Balear de Salud, España. E-mail: sgonzalez@ibsalut.caib.es.

⁴ Socióloga, Maestría em Sociología, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, España. E-mail: priscila.segui@gmail.com.

⁵ Médico, Doctor en Medicina, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, España. E-mail: aaguilo@uib.es.

⁶ Bioquímico, Doctor en Bioquímica, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, España. E-mail: pedro.tauler@uib.es.

Correspondencia:

Miguel Bennasar Veny
Universitat de les Illes Balears
Edificio Guillem Cifre de Colonya
Cra. de Valldemossa km 7,5, 07122
Palma España
E-mail: miquel.bennasar@uib.es

Tabagismo em enfermeiras de cuidados primários à saúde: um estudo qualitativo

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores percebidos por enfermeiras fumantes como facilitadores ao abandono do tabagismo, com o propósito de, posteriormente, elaborar intervenções de ajuda com maior especificidade para esse grupo. Foi realizado estudo qualitativo, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 15 enfermeiras de cuidados primários à saúde, que eram fumantes. Ao contrário de outros estudos, os quais as enfermeiras não percebiam pressão social para deixar o hábito tabágico, 18 meses após a vigência da Lei de Prevenção ao Tabagismo, as enfermeiras entrevistadas expressaram sentir pressão social. Portanto, entre os principais motivos para abandonar o hábito tabágico é que, a cada dia, fumar em público é malvisto, e está aliado a sentimentos de vergonha e culpa no seu entorno social e familiar, principalmente por se tratar de um grupo profissional dedicado aos cuidados da saúde.

Descritores: Abandono do Hábito de Fumar; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Dissonância Cognitiva; Saúde da Mulher; Pesquisa Qualitativa.

Self-perceived factors associated with smoking cessation among primary health care nurses: a qualitative study

The aim of this work was to characterize the views of nurses about factors modulating smoking cessation. Results of this study will allow us to design helping interventions with the maximum specificity for nurses. A qualitative study through a semi-structured interview of 15 Primary Health Care nurses who were smokers was performed. In contrast with other studies in which nurses were not aware of any particular social pressure to give up smoking, 18 months after the application of the Anti-Smoking Spanish Law, this feeling was expressed. Therefore, the main reasons for giving up smoking include that smoking in public is every day worse seen, together with a sense of shame and guilt in front of their social and family environment, especially for being a professional group dedicated to health.

Descriptors: Smoking Cessation; Nursing; Primary Health Care; Cognitive Dissonance; Women's Health; Qualitative Research.

Introducción

Según la Encuesta Nacional de Salud 2006, la prevalencia del tabaquismo en España fue del 29.5% (35.3% en varones y 23.9% en mujeres), con tasas de prevalencia muy similares en las Islas Baleares. Estos porcentajes habitualmente son mayores: para las enfermeras que llevaban trabajando entre 35 y 40 años para el Instituto Nacional de Salud, la prevalencia de tabaquismo fue del 45% en 1998 y del 47% en Madrid en 2001. Sin embargo, en 2006, entre las enfermeras de las Islas Baleares, la prevalencia de tabaquismo fue sólo del 26.7%, 25.0% entre las mujeres y el 33,7% de los hombres⁽¹⁾. La tendencia actual de la prevalencia del tabaquismo, es a la baja en los hombres, mientras que en las mujeres se mantiene estable, o incluso al alza.

Una de las principales funciones de las enfermeras es educar a los fumadores en la prevención de hábitos no saludables y enfermedades. Este objetivo, se puede lograr a través del conejo profesional respecto a las prácticas poco saludables (tales como fumar), ayudando a los individuos y a la población a modificar este comportamiento, y también, a través de los estilos de vida de los profesionales, jugando así un papel de modelo para el resto de la población⁽¹⁻²⁾.

En relación al tabaquismo, las enfermeras están llevando a cabo la función de promoción de la salud, incluido el asesoramiento sobre el abandono del tabaco, tanto individualmente como en grupos, y han demostrado su competencia y capacidad en relación con estos temas.

De hecho, en España, en torno al 50-70% de las enfermeras piensan que tienen que desempeñar frente a la sociedad un papel de modelo de salud en todos los temas relacionados con el tabaquismo (prevención, abandono, etc.). Además, el 90% opina que el consejo antitabáquico y la ayuda para dejar de fumar es competencia del profesional de enfermería⁽³⁾. Por lo tanto, las enfermeras pueden jugar un papel importante en la prevención del tabaquismo mediante la promoción de la salud. Sin embargo, el papel de las enfermeras en la prevención del hábito de fumar o en la ayuda para dejar de fumar se ve obstaculizada porque la prevalencia del tabaquismo entre las enfermeras es muy similar a la de la población en general.

En nuestro entorno, se han realizado pocos estudios cualitativos que evalúen la opinión de las enfermeras respecto al abandono del tabaco desde su punto de vista como fumadoras. El objetivo de este trabajo es identificar factores percibidos por las enfermeras fumadoras como facilitadores del cese tabáquico, con el fin de diseñar posteriormente intervenciones de ayuda con la máxima especificidad para este colectivo.

Métodos

En este estudio se ha usado una metodología cualitativa, basándonos en la perspectiva fenomenológica, desde en el punto de vista de los informantes, con el fin de reconstruir las formas de sentir, pensar y actuar de las enfermeras de Atención Primaria de Salud (APS), con el objetivo de perfilar los determinantes que influyen en el abandono del tabaquismo y en el supuesto de que la realidad que interesa es la que las propias enfermeras perciben como importante.

Este enfoque nos ha permitido investigar cómo, de acuerdo con los demás miembros de la sociedad, las enfermeras que fuman tienen que vivir con su propia conciencia y relatar los actos realizados, que entran en contradicción con el constructo social del mundo de vida ("life-world"), es decir, la construcción social de una enfermera no se identifica con el "life-world" como un fumadora, de manera que la conciencia individual de la enfermera fumadora entra en contradicción con la realidad intersubjetiva creada por la sociedad. Schultz sugirió el término "life-world" en 1932⁽⁴⁾. Este autor, no concibe al sujeto aislado, sino en constante relación, caracterizada por acciones e intenciones. Schultz describió cómo, en un mundo intersubjetivo, en el que la gente crea la realidad social, a la vez que está sujeta a restricciones, influye sobre las estructuras sociales y culturales que crearon sus predecesores. De esta manera, las enfermeras que fuman, dotan de un significado a la experiencia vivida, de forma

que este significado, entra en contradicción con el mundo de la vida que las rodea, ya que este último, es el que determina aquello que es percibido como algo negativo y aquello que es percibido como algo positivo. Por lo tanto, las enfermeras que fuman están en contradicción, porque el "life-world" es incompatible con su realidad subjetiva⁽⁴⁻⁵⁾.

El objetivo del presente estudio fue establecer los factores que inducen a las enfermeras a abandonar el hábito tabáquico, buscando los factores éticos percibidos como positivos o negativos para fomentar el abandono del tabaco⁽⁵⁾. Por lo tanto, decidimos realizar un estudio cualitativo, ya que nos interesa llevar a cabo un análisis detallado del discurso elaborado por las enfermeras para explicar sus puntos de vista: un miembro del grupo de investigación llevó a cabo entrevistas semiestructuradas en profundidad a enfermeras fumadoras de APS. Básicamente, la entrevista consistió en explorar los principales factores que animaban a las enfermeras a dejar de fumar.

En este estudio fueron tenidos en cuenta los siguientes criterios de inclusión: enfermeras que fumaran durante los dos últimos años, que hubieran trabajado en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) durante al menos un año y que consintieran participar en el estudio.

Respecto a la forma de reclutamiento de los participantes, en primer lugar, fue elaborado un folleto informativo, explicando que los investigadores estaban buscando personal para participar en el estudio. Sin embargo, este método fue totalmente infructuoso. Por lo que finalmente, con el permiso institucional, acudimos a la supervisora de la unidad para que nos facilitara la posibilidad de contacto con las enfermeras.

En las Islas Baleares, hay 36 CAPS. Se solicitó información sobre el número de enfermeras que cumplían los criterios de inclusión a las 24 supervisoras de todos los centros, obteniendo una población de 34 enfermeras. Después de informar a las enfermeras sobre el objetivo del estudio e invitándolas a participar, 28 aceptaron. Finalmente, 20 de estas 28 enfermeras, fueron seleccionadas sobre la base de criterios de representatividad de la población. Entre los participantes en el estudio, el 60% pertenecían a centros de salud urbanos y el 40% restante a centros rurales. Se concertó una cita para la entrevista y durante la misma, se le informó nuevamente sobre el objetivo del estudio. Además, se resolvieron las dudas que los participantes pudieran plantear y se firmaba el formulario de consentimiento informado, a fin de garantizar la voluntariedad, la confidencialidad y la autonomía a la hora de tomar decisiones.

De abril a junio de 2007, las entrevistas se realizaron en el CAPS del entrevistado, dado que así, pensamos

que se favorecería una mayor espontaneidad en las respuestas a las preguntas al ser un lugar conocido por las entrevistadas. Se utilizó una grabadora para realizar el análisis posterior de las respuestas. Las entrevistas fueron realizadas de forma individual durante un período de varios días y sin presencia de terceras personas. Las entrevistas eran semiestructuradas, de manera que los sujetos podían agregar cualquier elemento de interés con el fin de hacerlas más interactivas y participativas.

Se obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación de la Universidad de las Islas Baleares para el desarrollo del presente estudio y a todos los participantes les fueron asignados nombres ficticios que garantizaran el anonimato.

A medida que se recogían los datos se analizaban y alcanzaron su saturación cuando se habían realizado 15 entrevistas. Tres investigadores compararon los datos y codificaron, clasificaron y compartieron los resultados hasta llegar a un consenso total. Para el análisis cualitativo se utilizó la aplicación informática Atlas-Ti.

Para un análisis completo de los textos del discurso, se llevó a cabo un análisis basado en la interpretación hermenéutica. Así, dividimos los textos en unidades de significado, englobadas en diferentes categorías, que reflejaban aquellas acciones que ejecutaban las enfermeras en relación al tabaco y que se encontraban influenciadas por el "life-world" y por su propia consciencia⁽⁴⁻⁵⁾. Además, se crearon subcategorías para permitir un análisis más detallado. Estas categorías y subcategorías estaban directamente relacionadas con la pregunta de investigación establecida en el inicio del estudio. Por otra parte, las categorías de significado se analizaron de la manera más objetiva posible, para evitar la introducción de conceptos relacionados con nuestra propia realidad profesional subjetiva.

El estudio presenta algunas limitaciones que necesitan ser reconocidas y abordadas: 1) Como hemos apuntado anteriormente, se dieron problemas con el reclutamiento de las participantes, hasta el punto de tener que cambiar el método de obtención de información de grupo focal a entrevista; 2) La participación de las enfermeras fue voluntaria, por tanto podría haberse producido un sesgo en la selección de las participantes y sus opiniones respecto al tabaquismo; 3) La media de edad (45.8 años) del grupo es elevada respecto a la media de edad de la totalidad de profesionales de las Islas Baleares (38.1 años); 4) Solamente se han considerado las enfermeras fumadoras, pero no las exfumadoras o las no fumadoras que podrían tener un punto de vista distinto; 5) Dado que los investigadores son enfermeras, pudiera

darse el sesgo denominado por Bourdieu "ilusión de transparencia", que puede provocar una comprensión de la realidad apresurada, y sobre todo, condicionada por su propia proyección subjetiva. Sin embargo, por otra parte y con la debida cautela, creemos que las intervenciones en salud deben estar basadas en los conceptos de salud de su propia comunidad y por otra parte, sentimos un compromiso hacia los problemas de los pacientes y de los profesionales que los cuidan, en este caso, las enfermeras de AP⁽⁶⁾.

Resultados

Las componentes de la muestra presentaban una media de edad de 45.8 ± 9.6 años, desarrollando una labor como enfermera con una media de 22.4 ± 8.7 años (14.1 ± 5.7 años en AP). El 73.3% estaban casadas y el 26.6% separadas o divorciadas. El 20% no tenían ningún hijo, el 40% tenían 1 el 40% restante 2.

La edad de inicio al tabaco fue de 18.9 ± 3.0 años. Fumaban 16.7 ± 11.5 cigarrillos/día y desde que se levantaban hasta que encendían el primer cigarrillo pasaban 41.9 ± 22.3 minutos. En cuanto a la fase de cambio en el hábito tabáquico, el 27% se hallaban en precontemplación, el 47% en contemplación y el 4% en acción. Además, el 80% habían intentado dejar de fumar y el 20%, no.

El contenido de las entrevistas, fue agrupado por categorías, teniendo en cuenta un contenido temático similar.

Voluntad para dejar de fumar

Casi todas las entrevistadas piensan en dejar de fumar antes o después. Consideran poco adecuado llegar a una edad avanzada fumando: *Pienso dejar de fumar. Es que ya me acerco a los cincuenta y no quiero ser vieja fumando, ¿verdad?* (E15)

Una de las bases para el éxito en el cese en la que la mayoría coinciden, es que la eficacia de cualquier método para dejar de fumar está supeditada a la firme decisión de querer dejarlo. Por otra parte, un factor que ayuda a las terapias en grupo parece ser la homogeneidad del mismo, el hecho de que todos se sientan a un nivel social, cultural y laboral semejante. Que sientan que comparten algo más que el hábito: *Para dejar de fumar, has de querer. O sea, que has de estar preparada. Ningún método funciona hasta que tú realmente quieras dejarlo...* (E7)

En cuanto a los intentos de dejar de fumar, casi todas manifiestan haberlo intentado en algún momento de su vida, atribuyendo el fracaso o el éxito a factores

tan materiales como el haber pagado o no: *Una vez fui a una clase para dejar de fumar de un laboratorio, no me fue bien porque yo no me confié, era como una hipnosis en grupo y me daba miedo hacer el ridículo. No he vuelto a intentarlo nunca... Tal vez si hubiera pagado.* (E2)

Implícitamente o explícitamente casi la totalidad de las entrevistadas manifiestan su intención de dejar el hábito tabáquico y su incapacidad para hacerlo. A pesar de haber usado las estrategias (incluso farmacológicas) más habituales: *Me lo planteé hace dos años. Me compré todo el tratamiento, los parches... Bueno, me gasté doscientos euros. Yo me compré todo el tratamiento. Dije, pues allá voy. Ocho de la mañana. Ya desesperada porque no me podía fumar mi cigarro de la mañana, me puse el parche... Once de la mañana salí al patio, salí a la calle y me fumé un cigarro. Me quité el parche y dije mira déjalo. (Ríe).* (E13)

Motivos para dejar de fumar

La salud, o más exactamente el temor a la pérdida de salud, se presenta comúnmente como motivador en el cese tabáquico, a veces por delante de la belleza, aunque muchas de ellas reconocen que "no basta", y que no lo dejarán hasta que el problema de salud se manifieste. Una motivación con arraigo en nuestro medio es el miedo al cáncer -frecuentemente al cáncer de pulmón- relacionándolo con el tabaquismo: *Yo soy un desastre pero bueno... supongo que un día me darán un susto y entonces diré ¡Ah! tengo que dejarlo. Pero tendrá que ser un susto. Sí, somos así... Porque lo... que me preocupa un montón, es el cáncer, claro, como es natural y... claro, pff!, cuando lo tengas (ríe) ya la has cagado...* (E13).

La mayoría dejan de fumar o disminuyen muy sensiblemente el consumo al quedarse embarazadas. Entre las que no tienen hijos una de las hipotéticas situaciones para dejar de fumar sería si se quedaran embarazadas. Describen que no fuman porque no quieren dañar a nadie (al hijo) y que una vez han tenido el hijo, o al acabar la lactancia materna, si se da el caso, pueden volver a fumar porque solamente se perjudican a sí mismas. Entre las que no tienen hijos, una de las hipotéticas situaciones en las que dejarían de fumar, sería en caso de quedarse embarazadas: *Durante el embarazo tampoco fumé. Pero después, ya no hacía daño a nadie ¿entiendes? Te dañas a ti misma. El embarazo es un motivo tan fuerte que te bloquea totalmente. A mí me bloqueó totalmente. Pero mientras estás embarazada, ni necesidad ni nada. Yo tenía que estar embarazada toda mi vida, así no fumaría (ríe).* (E9)

Por otra parte la presión de los hijos cuando ya son un poco mayores, en algunos casos incluso pagando terapias de deshabitación tabáquica a su madre, también puede

favorecer el dejarlo, aunque condicionado a que no les cueste mucho esfuerzo el dejarlo: *En casa mis hijas me dicen de todo, todo lo posible... No les hago caso, me voy a otro lado y me fumo un cigarro, en el balcón, en la cocina, dónde sea. Con ellas al lado no fumo, porque es un espacio cerrado y las niñas tampoco tienen porque inhalar humo mío habiendo otros sitios donde yo pueda estar sin molestar a nadie. Que yo sé que molesto fumando.* (E8)

Los profesionales sanitarios como modelo de salud

Las entrevistadas opinan que últimamente está bastante mal visto el acto de fumar en público teniendo connotaciones más negativas si la fumadora es una enfermera. Algunas de ellas manifiestan verlo así desde su perspectiva personal, considerándolo aún peor si fuman llevando la bata puesta, con lo que, a primera vista, ya se las identifica como profesionales sanitarios: *A nosotras nos han educado que estaba bien visto fumar y ahora está tan mal visto, es por lo que pienso que en un futuro la gente fumará mucho menos. O sea, yo ahora fumo y me escondo. Si puedo me escondo ¿sabes? Y antes no era así, en absoluto. La verdad es que los fumadores estamos tan mal vistos que tampoco creo que tenga que ser así, pero bueno. Yo si puedo me escondo (...). En cualquier hospital se ve gente fuera con uniforme fumando y eso es una sensación un poco violenta, yo sería incapaz de salir con la bata a fumarme un cigarro. El que mis pacientes que me conocen y que me vieran en la puerta del centro fumando un cigarro. No, no.* (E14)

La vergüenza o la incongruencia entre el consejo de no fumar que emiten los sanitarios (médicos o enfermeras) a los pacientes y la condición de fumadores que muestran a veces, también se ve como un factor para el abandono del tabaco. Frecuentemente opinan ser un modelo de conducta en materia de salud para los pacientes: *Porque como te digo, en el trabajo yo tampoco encuentro que tienes que fumar, primero, porque ahora está prohibido, pero incluso antes yo evitaba el fumar en el trabajo. Yo pienso que en mi trabajo no puedo dar consejos que sean como digo, no sólo de fumar, yo no puedo estar así de gorda y decir a otro paciente tú tienes que adelgazar.* (E4)

Contradicciones, excusas y autojustificaciones

La mayoría no se sienten discriminadas por sus compañeros, y aunque lo sentían al principio, los demás llegan a cansarse de criticarlas.

Además de que, en general, procuran no fumar en el centro de trabajo. Otras sí se sienten discriminadas, y aunque consideran que ya saben que el tabaco es perjudicial y que deberían dejarlo, respetan el entorno de los demás fumando aparte y sienten como una intromisión

en su vida personal el que constantemente se les increpe al respecto, no piensan que esto les ayude a abandonar el hábito, a veces todo lo contrario, e incluso se sienten "criminalizadas": *Sí, lo encuentro pesado y desagradable y alguna vez contesto mal. Que se metan en algo tan, íntimo, una cosa personal... si yo pudiera dejar de fumar, solo si me lo aconsejaran, pero la cosa no funciona así... Se ha criminalizado mucho el tabaco, hoy mismo he curado a un drogadicto y esos dan pena, pero con el tabaco te tratan como a una criminal.* (E3)

Algunas explican sus experiencias sobre las recaídas sin encontrar una causa que justifique el "retorno" al tabaco: *Yo tengo experiencia como paciente ¿sabes? Que no volvería... o sea, si dejara de fumar, como dejé de fumar unos años, no cogería ni un pitillo, vamos, ni en broma.* (E14)

Las enfermeras manifestaban haber disfrutado del reconocimiento general cuando habían conseguido permanecer temporadas sin fumar. Pero al recaer sienten vergüenza ante los demás, tal vez incrementada por el hecho de ser enfermeras: *Yo hice el curso, me gustó mucho, dejé de fumar en aquel curso, me aplaudieron... ahora ya no me aplaudirían... Yo ahora fumo un poco más de lo que fumaba, me siento culpable. Ahora, llevo ya más de un año sintiéndome bastante culpable cuando fumo.* (E6)

Discusión

Los intentos de dejar el hábito, así como la expresión de la voluntad de dejar de fumar sin poder conseguirlo son frecuentes y comunes en la mayoría de estudios realizados en enfermeras, lo cual viene a confirmar el poder adictivo del tabaco⁽⁷⁾.

En casi todos los estudios el temor a la pérdida de salud (especialmente el miedo al cáncer), se presenta como el principal motivador del cese tabáquico⁽⁸⁾, si bien, como hemos visto, no siempre tiene la suficiente fuerza para que la fumadora pase de la contemplación a la acción en el abandono del tabaco. La presencia de enfermedades relacionadas con el tabaco en otras personas, también puede ser motivo de cese, pero sólo en algunos casos y situaciones⁽⁹⁾. Los sentimientos de vergüenza y culpa ante un entorno social y familiar que juzga que ellas debieran saber mejor que nadie los problemas del tabaquismo y no debieran fumar, aparecen también en otros estudios⁽⁷⁾. Nuestras entrevistadas, manifiestan la creencia de que las enfermeras (y la población general) saben todo lo que hay que saber acerca de la nocividad del tabaco, sin embargo, poco conocen de los mecanismos bioquímicos de su acción, del síndrome de abstinencia o de la combinación de estrategias para el cese, suponiéndoseles por tanto, unos conocimientos -y consecuentemente, unas exigencias- en

la mayoría de casos inexistentes⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Contrariamente a otros estudios en los que las enfermeras no percibían una especial presión social para dejar el hábito (EEUU-California) en nuestro medio actual, probablemente después de un año y medio de vigencia de la Ley de Prevención del Tabaquismo sí que la expresan. La culpabilidad y la vergüenza aparecen como una constante y parecen ser fruto de la disonancia cognitiva³⁵ que, aunque sea fuente de sufrimiento, puede ser capaz de dar la energía o la motivación suficiente para que la persona se plantee abandonar el hábito. Así, en general, la presión ejercida por familiares y amigos o por otros profesionales son considerados por las enfermeras de AP como factores favorecedores del cese de acuerdo con otros autores⁽¹²⁾.

Muchas enfermeras opinan que haber intentado abandonar el hábito tabáquico más de una vez puede ser considerado como un factor predisponente a dejarlo definitivamente, puesto que suelen expresarlo como una experiencia positiva e indicando que se encontraban mucho mejor cuando no fumaban. Sin embargo, en la mayoría de estudios no aparece como factor predisponente al cese, pudiendo estar incluso relacionado con el fracaso⁽¹³⁻¹⁴⁾.

La mayoría de enfermeras considera incompatible el tabaco con el embarazo, a veces incluso durante el período previo de "búsqueda" del mismo. Este temor a perjudicar al feto, a los niños u otros miembros de su familia es compartido ampliamente con otros estudios⁽¹⁵⁾. El abandono del hábito de fumar durante el embarazo ya ha sido descrito en múltiples trabajos, alcanzando porcentajes aproximados del 20% al 25%, si bien alrededor del 75% de las madres vuelven a fumar pasados 6 meses después del parto⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Es curioso que en ninguna de nuestras entrevistas aparece la economía como motivo para el cese, al contrario que en otros muchos estudios, sobre todo del extranjero^(12,18). Este dato parece confirmar que España es uno de los países desarrollados con el precio del tabaco más económico⁽¹⁹⁾.

En cuanto a la autoconsideración como profesionales que desempeñan un papel de modelo de vida saludable, y de acuerdo con otros estudios, hemos visto que las enfermeras de AP se consideran a si mismas como un modelo de salud. Además, tanto en este estudio como en otros previos, la casi totalidad opinan que los sanitarios jamás debieran fumar delante de los pacientes⁽²⁰⁾. Sin embargo, el caso de que las enfermeras sean fumadoras, disminuye tanto la sensación de sentirse un modelo de salud hacia sus clientes, como la promoción del cese tabáquico^(7,21-22).

El olor que deja el humo de tabaco es un motivo frecuente de queja, tanto de los que rodean a la fumadora (hijos, marido, compañeros...) como de la misma fumadora que puede llegar a adoptar multitud de medidas para aminorar el mismo y que no se note que fuma ante pacientes o compañeros de trabajo, tales como perfumes, lavados continuos, cambios frecuentes de ropa, caramelos aromatizados... pudiendo ser un factor favorecedor del cese⁽²³⁾. En mujeres embarazadas, se ha descrito un elevado grado de intolerancia al olor del tabaco, que las ayuda a dejar de fumar, pero que desgraciadamente desaparece después del parto. No obligar a los hijos a respirar humo de tabaco, es otro motivo para dejar de fumar o al menos para no hacerlo en estancias compartidas⁽²³⁾.

Como efecto de la Ley de Prevención del Tabaquismo vigente en España desde 2006, la prohibición de fumar en los centros de trabajo y el creciente número de gente que deja el hábito también son vistos, de acuerdo con otros estudios, como un motivo para el cese⁽¹⁾.

A veces, el hábito tabáquico es motivo de discusión entre la fumadora y aquéllos que comparten su entorno, pudiendo en ocasiones, sentirse atosigada, sobre todo si éstos no fuman. No obstante, nuestras entrevistadas creen que uno de los principales motivos de que no se las discrimine, es porque la mayoría de ellas ha dejado de fumar en el centro de trabajo, lo cual hace pensar que sigue habiendo un cierto nivel de pugna en lo que fumadores y no fumadores captan como consideración o desconsideración a la hora de compartir espacios tal como se ha descrito en la literatura al respecto, siendo en general muy débil la asertividad de los no fumadores frente a los fumadores⁽²⁴⁾.

La mayoría de enfermeras fumadoras se sienten (como pacientes) aisladas y olvidadas por los compañeros y sobre todo por las instituciones donde trabajan⁽²⁵⁾. Piensan que les sería de mucha ayuda para el abandono del hábito tabáquico un apoyo específico dentro de su propio estamento profesional: sanidad y enfermería. El mensaje de cese debería hacerse en revistas de enfermería y en los centros de trabajo, reuniendo las características de ser positivo, no creador de culpa y ser comprensivo con la gran dificultad que entraña dejar de fumar⁽¹⁰⁾.

Aunque parece ampliamente demostrado que las enfermeras son uno de los grupos profesionales ideales para ayudar a dejar de fumar y que los resultados que obtienen son tan eficientes como los de otros profesionales, el colectivo enfermero se enfrenta con obstáculos concretos durante el desarrollo de su labor contra el tabaquismo, juntamente con otros relacionados

a su condición femenina. Entre los más importantes subrayamos:

Una ausencia de política de pactos antitabaco por parte de las instituciones sanitarias⁽²⁴⁾. Políticas de este estilo podrían poner de relieve ciertos aspectos, tales como: a) Formación en distintas estrategias para ayudar a dejar de fumar y el reconocimiento de dicha formación; b) Incentivación para dejar de fumar; c) Proveer de herramientas de afrontamiento del estrés relacionadas con factores que a menudo ocurren en el sector de la salud; d) Asegurar condiciones de trabajo menos estresantes (asesoría eficiente, promoción de la autoeficiencia, adaptación de la actividad a guías de procedimientos, especificación de competencias, carrera profesional, etc.).

Un conflicto cognitivo entre la conciencia de los efectos perjudiciales del tabaco y la conducta tabáquica en el caso de aquellas enfermeras que siguen fumando. Esto a la vez puede tener amplias repercusiones en el paciente, al reducir la credibilidad de las enfermeras en una relación en la que la conducta de un profesional de la salud contradice sus mismos consejos.

Conclusión

A partir de las opiniones recogidas de nuestras entrevistadas, podemos concluir que, al igual que en la población general todas las enfermeras manifiestan estar arrepentidas de haber iniciado el hábito tabáquico y más de tres cuartas partes manifiesta su voluntad de dejarlo y no poder conseguirlo.

La razón más expresada en apoyo del cese tabáquico es el temor a la pérdida de salud, especialmente el miedo al cáncer. Entre los principales motivos de cese, figura el que cada día más, esté mal visto fumar en público, unido a un sentimiento de vergüenza y de culpa ante su entorno social y familiar, además de la percepción de ser un modelo de salud para el resto de la sociedad. De hecho, la mayoría de ellas manifiesta haber dejado de fumar en el lugar de trabajo y esconder su hábito ante compañeros o clientes fuera de él. La prohibición de fumar en el centro de trabajo desde 2006 y el hecho de que muchos compañeros hayan abandonado el hábito tabáquico son vistos como motivos de cese.

A diferencia de la mayoría de trabajos extranjeros en los que el coste económico directo del tabaco ocupa los primeros lugares como motivo para el cese, en nuestro estudio no aparece en ninguna de las entrevistas.

En las instituciones sanitarias debieran implementarse políticas antitabáquicas claras que afecten a todo el

personal, incluidos los cargos más altos, prohibiendo fumar tanto en lugares cerrados como en los alrededores de la zona, muy especialmente cuando se está trabajando de cara al público. Al mismo tiempo, deberían ofrecerse medidas de apoyo a todos los trabajadores que decidiesen dejar de fumar.

A partir de nuestros hallazgos, creemos que sería interesante llevar a cabo una mayor investigación complementaria con el objetivo de explorar ciertos temas que emergieron durante el estudio, tales como la evaluación de la asociación entre el nivel de formación y la conceptualización y la práctica del tabaquismo, o bien la valoración de los efectos de la Ley sobre las actitudes y comportamientos tabáquicos, o la importancia de la influencia de la familia en el inicio, mantenimiento y cese tabáquicos.

Agradecimientos

El presente estudio recibió apoyo financiero del Gobierno de España para llevar a cabo estudios de investigación acerca de la evaluación de tecnologías en salud en servicios de salud, Plan I + D + I.

Referencias

1. Pericas J, Ayensa JA, Milán J, Contreras P, Serra F, Sureda AM. El hábito tabáquico en el colectivo de colegiados en enfermería de la Comunidad de las Islas Baleares. *Index Enferm*. 2007;58:26-30.
2. Svavarsdóttir MH, Hallgrímsdóttir G. Participation of Icelandic nurses in smoking cessation counselling. *J Clin Nurs* 2008;17(10):1335-41.
3. Fernandez ML, Sanchez M. Evolución de la prevalencia del tabaquismo entre las médicas y las enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2003;17(1):5-10.
4. Merighi MA, Jesus MC, Domingos SR, Oliveira DM, Baptista PC. Being a nursing teacher, woman and mother: showing the experience in the light of social phenomenology. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(1):164-70.
5. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Car Sci*. 2004;18(2):145-53.
6. Amezcua M, Gálvez A. Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: Perspectiva Crítica y Reflexiones en Voz Alta. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76(5):423-36.
7. Hyland A, Rezaishiraz H, Bauer J, Giovino GA, Cummings KM. Characteristics of low-level smokers. *Nicotine Tob Res*. 2005;7(3):461-8.
8. McKenna H, Slater P, McCance T, Bunting B, Spiers A, McElwee G. Qualified nurses' smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. *J Adv Nurs*. 2001;35(5):769-75.
9. Bialous SA, Sarna L, Wevers ME, Froelicher ES, Danao L. Nurses' Perspectives of Smoking Initiation, Addiction, and Cessation. *Nurs Res*. 2004;53(6):387-95.
10. Sarna L, Lillington L. Tobacco: an emerging topic in nursing research. *Nurs Res*. 2002;51(4):245-53.
11. Wevers M, Kidd K, Armbruster D, Sarna L. Tobacco dependence curricula in U.S. baccalaureate and graduate nursing education. *Nur Outlook*. 2004;52(2):95-101.
12. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Cont*. 2005;14(6):425-8.
13. Schultz ASH, Hossain S, Johnson J. Modeling influences on acute care nurses' engagement in tobacco use reduction. *Res Nurs Health*. 2009;32(6):621-33.
14. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of Smoking Cessation Success in Adults. *Resp Med*. 2005;99(10):1303-10.
15. Palma S, Pérez-Iglesias R, Pardo-Crespo R, Llorca J, Mariscal M, Delgado-Rodríguez M. Smoking among pregnant women in Cantabria (Spain): trend and determinants of smoking cessation. *BMC Pub Health* 2007;7:65.
16. Grangé G, Vayssiere C, Borgne A, Ouazama A, L'Huillier J, Valensi P, et al. Description of tobacco addiction in pregnant women. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol*. 2005;120(2):146-51.
17. Röske K, Hannover W, Grempler J, Thyrian JR, Rumpf HJ, John U, et al. Post-partum intention to resume smoking. *Health Educ Res*. 2006;21(3):386-92.
18. McKenna H, Slater P, McCance T, Bunting B, Spiers A, McElwee G. The role of stress, peer influence and education levels on the smoking behaviour nurses. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(4):359-66.
19. Bloor RN, Mesón L, Crome IB. The effects of a non-smoking policy on nursing staff smoking behaviour and attitudes in psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(2):188-96.
20. Slater P, McElwee G, Fleming P, McKenna H. Nurses' smoking behaviour related to cessation practice. *Nurs Tim*. 2006;102(19):32-7.
21. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;4. doi. 10.1002/14651858.CD001118.pub2
22. Radsma J, Bottorff JL. Counteracting ambivalence: Nurses who smoke and their health promotion role with patients who smoke. *Res Nurs Health*. 2009;32(4):443-52.
23. Katotomichelakis M, Balatsouras D, Tripsianis G, Davris S, Maroudias N, Danielides V, et al. The effect of smoking on the olfactory function. *Rhinology*. 2007;45(4):273-80.

24. Young C, Kornegay K. Understanding Why Health Care Professionals Continue to Smoke. *J Addict Nus.* 2004;15(1):31-5.
25. Andrews JO, Felton G, Wewers ME, Waller J, Tinggen M. The effect of a multi-component smoking cessation intervention in African American women residing in public housing. *Res Nurs Health.* 2007;30(1):45-60.

Recibido: 19.10.2010

Aceptado: 26.10.2011

Como citar este artículo:

Bennasar-Veny M, Pericas Beltrán J, González Torrente S, Seguí González P, Aguiló Pons A, Tauler Riera P. Tabaquismo en enfermeras de Atención Primaria: un estudio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov.-dic. 2011 [acceso: ____/____/____];19(6):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL