

**EXPERIENCIAS DE LOS
PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA SOBRE EL INICIO,
MANTENIMIENTO Y
DESHABITUACIÓN DEL HÁBITO
TABÁQUICO**

AUTORA

M^a ZORAIDA CLAVIJO CHAMORRO

Título:

Experiencias de los profesionales de enfermería sobre el inicio, mantenimiento y deshabituación del hábito tabáquico

Autor:

M^a Zoraida Clavijo Chamorro

I.S.B.N.: 978-84-695-6848-4

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1. CONCEPTO DEL HÁBITO DE FUMAR.....	4
2.2. IMPORTANCIA Y CONSECUENCIAS DEL HÁBITO DE FUMAR.....	5
2.2.1. Importancia	5
2.2.2. Consecuencias	6
2.3. PREVALENCIA DEL HÁBITO EN LA POBLACIÓN.....	7
2.4. PREVALENCIA DEL HÁBITO EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.....	9
2.5. PREVALENCIA DEL HÁBITO EN ENFERMEROS/AS.....	10
2.6. PAPEL QUE DESEMPEÑAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABACO.....	12
2.7. FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL HÁBITO.....	14
2.7.1. En la población.....	14
2.7.2. En estudiantes de enfermería	16
2.7.3. En enfermeros y enfermeras.....	16
2.8. INTENCIONES DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.....	18
2.9. MOTIVOS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.....	20
2.10. MEDIDAS DE REGULACIÓN Y FACILITADORES DE ABANDONO DEL HÁBITO.....	21
3. JUSTIFICACIÓN	23
4. OBJETIVOS	24
4.1. OBJETIVO GENERAL	24
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
5. METODOLOGÍA	25
5.1. Diseño.....	25
5.2. Selección de participantes.....	26
5.3. Obtención de la información.....	27
5.4. Análisis de la información	28
5.5. Confiabilidad y calidad del estudio.....	30
6. RESULTADOS	31
7. DISCUSIÓN.....	43
8. LIMITACIONES	48
9. CONCLUSIONES	49
10. BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXO I.....	55

1. RESUMEN

Introducción: La conducta de fumar en la población es un problema de carácter mundial en salud pública. Pero tiene mucha relevancia que los profesionales de enfermería posean altas prevalencias de esta conducta, ya que éstos ejercen un papel modelo para la sociedad, además de poseer como objetivo y responsabilidad laboral la prevención y el control del tabaquismo.

Objetivos: El objetivo de este estudio se centra en conocer y comprender las experiencias vividas por profesiones de enfermería fumadores/as en relación al hábito de fumar, cómo se iniciaron en el hábito, por qué continúan fumando, y qué factores les facilitarían el abandono de éste.

Metodología: Se trata de un diseño cualitativo, con un abordaje desde la perspectiva de la fenomenología realizada en 5 enfermeras fumadoras habituales de

tabaco, para obtener la información se realizaron entrevistas en profundidad en los distintos lugares en los que ellas se sintieron más cómodas (en el lugar de trabajo y sus casas). Los datos fueron analizados mediante análisis del contenido.

Resultados: Como resultados se obtuvieron 16 categorías emergentes en torno a 3 categorías establecidas previamente (factores de inicio, factores de mantenimiento, y factores de deshabitación), alrededor de éstas emergieron como: "por tonterías", "circunstancias de ocio y placer", "modelo y cuidado familiar", "medidas reguladoras" "precio del tabaco", "enfermera pero persona"...

Conclusiones: Las enfermeras explicaron que comenzaron a fumar muy jóvenes, cuando aún no pensaban en las consecuencias que esa conducta podía tener. Continúan fumando porque asocian el hábito a una serie de actividades diarias, que suelen ser de ocio y placer, y en compañía de otras personas fumadoras. Tratan de justificar la conducta para seguir fumando. Y revelan algunos factores facilitadores de deshabitación tabáquica como, proteger a las personas allegadas de esta conducta, la necesidad de tomarse en serio la planificación del abandono del tabaco, realizar actividades para el cuidado de la propia salud, mantenerse ocupadas, y las medidas reguladoras que se están llevando a cabo desde el gobierno.

ABSTRACT

Introduction: The smoking behavior in the population is a global problem in public health. But it has much relevance to nurses having high prevalence of this behavior, since they have a role model for society, besides having as an objective and responsible labor prevention and tobacco control.

Objectives: The aim of this study is to know and understand the experiences of nursing professions Smoking in relation to smoking, how it started in the habit, why continue to smoke, and what factors will facilitate the abandonment of it.

Methodology: This is a qualitative design, with an approach from the perspective of phenomenology performed in 5 normal smokers snuff nurses to obtain information in depth interviews were conducted in different places where they felt more comfortable

(in workplace and home). Data were analyzed using content analysis.

Results: As results were 16 categories emerging around 3 previously established categories (factors of initiation, maintenance factors, and factors for rehabilitation), emerged around them as "over trifles", "circumstances of leisure and pleasure" "family care model", "regulatory measures" "price of snuff", "nurse but person"...

Conclusions: The nurses explained that they started smoking very young, before I thought of the consequences that such behavior could have. Continue to smoke because they associate the habit with a series of daily activities, which tend to be leisure and pleasure, and in the company of other smokers. They try to justify the behavior to continue smoking. And reveal some factors such as smoking cessation facilitators, to protect those close to this behavior, the need to take seriously the abandonment of snuff planning, activities for the care of their own health, stay busy, and regulatory measures that being carried out by the government.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPTO DEL HÁBITO DE FUMAR

El hábito de fumar, es un comportamiento, es la forma en que las personas se exponen a la nicotina de forma repetida, lo cual produce una adicción fisiológica y psicológica, también traducida como dependencia y adicción.

La nicotina, cuando entra en contacto con los receptores cerebrales de la dopamina, causa una sensación de placer, y la persona se acostumbra a eso fisiológica y psíquicamente, ocasionando esas ganas de fumar que experimenta la persona (dependencia), y el trastorno físico, malestar si no se produce la acción de fumar (adicción) ^(1,2). Existen diferentes grados de adicción a la nicotina, los cuales se pueden medir mediante la escala de Fagerström: dependencia muy baja o sin dependencia, dependencia baja, dependencia moderada, dependencia alta, y muy alta ⁽³⁾.

2.2. IMPORTANCIA Y CONSECUENCIAS DEL HÁBITO DE FUMAR

2.2.1. Importancia

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud de todo el mundo, y además es evitable. Con lo que cobra una tremenda importancia ⁽³⁻⁷⁾. En España también es una de las causas de mortalidad y morbilidad más grandes que existen, ⁽⁸⁻¹⁰⁾. En 2006, 53.000 personas murieron como consecuencia del consumo de tabaco en España, una de cada siete muertes en personas mayores de 35 años es debida a este hábito, ⁽⁴⁾. Y tres millones de personas mundialmente, mueren cada año ⁽³⁾. Cada 6 segundos muere alguien como consecuencia del tabaco ⁽¹¹⁾. Se ha demostrado que estas muertes han ido en aumento anteriormente. ⁽⁷⁾, y sin embargo otros estudios muestran esperanzas en la evolución de esta epidemia ⁽⁸⁾.

En el año 2003, España se situaba como el quinto país con mayor prevalencia de personas fumadoras (hombres y mujeres), de la Unión Europea ⁽¹⁾.

Todo esto también supone unos costes económicos ⁽³⁾, ocasiona billones de dólares en la economía global ^(1,4).

Hay que decir que este comportamiento ha ido creciendo entre la población femenina, y como consecuencia su mortalidad y morbilidad ^(3-5, 8, 10,12).

Se estima que el 29% de la población mundial fuma ⁽⁶⁾.

Pero por supuesto hay que destacar la importancia de éste hábito en los profesionales sanitarios, ya que como se podrá ver más adelante, existen prevalencias muy altas de profesionales sanitarios fumadores, y concretamente en enfermería. Esto cobra tanta magnitud por el papel patrón que desempeñan los y las profesionales de enfermería, en la prevención y control del tabaquismo ⁽⁴⁾.

2.2.2. Consecuencias

Existen numerosas enfermedades causadas por el hábito de fumar, pero sobretodo cardiovasculares y de pulmón. Concretamente se relaciona con más de 25 enfermedades y causa un porcentaje altísimo de cánceres, el 30% ^(1, 3, 10,12).

Cada año en los Estados Unidos, mueren 140.000 personas por enfermedades cardiovasculares ⁽¹³⁾. Y también tiene graves consecuencias sobre el feto si se practica este hábito durante el embarazo: recién nacido con bajo peso, parto prematuro e incluso la muerte del recién nacido. Produce una disminución de la fertilidad y acelera la menopausia por la pérdida de calcio que provoca, además de suponer un riesgo de enfermedad cardiovascular, si combinamos este comportamiento de fumar con la toma de anticonceptivos orales ^(1,11).

Entre los principales riesgos cardiovasculares se encuentra la enfermedad vascular periférica, las arritmias y la trombosis, todo esto ocasiona un aumento de riesgo de infarto agudo de miocardio o de muerte súbita. Y es importante conocer que si una persona deja de fumar, enseguida estos riesgos se reducen considerablemente.

Los agentes precursores de las enfermedades cardiovasculares son: la nicotina, el monóxido de carbono, y los gases oxidantes, entre otros.

En concreto, la nicotina produce una estimulación del sistema nervioso simpático, lo cual desencadena un aumento de la frecuencia cardíaca (de hasta 20 latidos por minuto), provocando un aumento en la demanda de oxígeno del corazón, y por consiguiente un desequilibrio, ya que el monóxido de carbono se une a la hemoglobina para reducir su cantidad en sangre, y por tanto reduce también el consiguiente transporte de oxígeno (isquemia coronaria). Como resultado obtenemos un aumento del gasto cardíaco. Hay que decir que esta exposición a la estimulación simpática, en un fumador habitual es persistente.

Los componentes del tabaco también crean inflamación, disfunción endotelial, anomalías en los lípidos, y activación de plaquetas.

La inflamación es un factor de riesgo de la aterogénesis, y la activación de plaquetas junto con la disfunción endotelial contribuye a la trombosis.

La nicotina puede ocasionar resistencia a la insulina, y en las personas que ya poseen enfermedades coronarias, este hábito tabáquico solo les aporta riesgos y posibles consecuencias negativas, como las arritmias, intolerancia al ejercicio, aumento de la masa de las células sanguíneas (haciéndola más viscosa, y por tanto hipercoagulables) ⁽¹⁴⁾.

Las causas de muerte que se atribuyen al tabaco, son enfermedades que se encuentran dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y son: a) Tumores malignos, de labio, boca, faringe, páncreas, esófago, cuello, vejiga, pulmón, bronquios...; b) enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, como la cardiopatía isquémica, enfermedades circulatorias...; c) enfermedades respiratorias, como EPOC, bronquitis crónica, enfisema, asma, y otras ^(1,4).

Fumar disminuye la esperanza media de vida en aproximadamente 14 años. Hay muchísimos componentes tóxicos en el tabaco, y dentro de éstos se encuentra un grupo bastante grande que es cancerígeno. Una persona fumadora aparentemente se encuentra bien de salud, pero internamente le está afectando, y si además añadimos que la persona posee enfermedades precursoras, el riesgo es mayor. Y hay que tener en cuenta que no solo se hace daño el sujeto fumador, sino que las personas expuestas al humo también están siendo afectadas por éste de manera negativa, produciéndoles un riesgo de padecer cáncer y aumentando la incidencia de infecciones respiratorias en los niños ^(2,4).

2.3. PREVALENCIA DEL HÁBITO EN LA POBLACIÓN

Según datos de las dos últimas Encuestas Nacionales de Salud de España, en 2001 los datos mostraban una prevalencia del consumo de tabaco del 34,4% entre la población mayor de 16 años española. Y pasó a ser en 2006, de un 38,69%, pero la población entrevistada fue de edades comprendidas entre los 35 y 65 años, y del 15,39%, en mayores de 65 años.

Hay que destacar que los datos muestran que la prevalencia de este hábito en las mujeres tuvo un gran cambio, pasó de ser un 23% en 1987, a un 27,2% en 2001, y en 2006 se mantiene.

Sin embargo en los varones hubo un descenso importante en el consumo, en el periodo 1987-2001, de 55,1% a 42,1%, y en 2006 aún había descendido algo más, 38,69% ^(1,15).

En Barcelona, se hizo un estudio descriptivo transversal para ver la evolución de la conducta tabáquica en la población entre los años 1983-2006. Y los resultados obtenidos se asemejan a los presentados por el Instituto Nacional de Estadística, la única diferencia encontrada es que a partir del año 2000 empieza a descender este hábito en las mujeres ⁽⁸⁾.

En Gran Canaria, optaron por estudiar el comportamiento de los adolescentes sobre este hábito y sus tendencias. El estudio transversal reflejó como resultado, que durante el curso académico 1996-97, el 18,1% eran fumadores habituales, y el 11,1% eventual, y la edad media de los/las estudiantes era de 17, 8 años, con una media de edad de inicio de 15 años ⁽⁷⁾.

En Gran Bretaña, en 2004 la prevalencia de fumadores era del 27% en los hombres y del 25% en las mujeres. Las mujeres ya se encontraban muy cerca de los hombres en esta conducta ⁽¹²⁾.

En Andalucía se han desarrollado dos informes recientes sobre la actitud hacia las drogas, en las cuales se incluía información sobre la conducta de fumar en los andaluces de 12 a 64 años de edad. Y el comportamiento cambió de un 40,2% en 2005, a un 32,4% en 2007. El porcentaje de hombres fumadores (34,9%) seguía siendo mayor que el de las mujeres (29,9%), pero este dato aumentaba y se igualaba en género al hablar de fumadores ocasionales. La nicotina es la sustancia psicoactiva más consumida diariamente en Andalucía ^(16,17).

La propensión del comportamiento de fumar es más típica en los hombres, en personas con muy bajo o ningún poder adquisitivo y menores de 40 años. Los indios nativos de Alaska son los que poseen la prevalencia más alta de este hábito, más que las personas hispanas, no hispanas y personas de color. En EE. UU. El porcentaje de

fumadores es casi igual entre los adultos (21%) y los adolescentes (22,5%), en total 45,1 millones de fumadores estadounidenses⁽²⁾.

En todo el mundo, el 47% de los varones y el 12% de las mujeres fuman. Y en los países desarrollados las mujeres triplican la cifra respecto de los no desarrollados⁽⁵⁾.

2.4. PREVALENCIA DEL HÁBITO EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Es importante conocer este hábito desde todas las perspectivas posibles, y una de estas es la prevalencia en los estudiantes de enfermería.

En la Universidad de Sao Paulo, en el año 1995, el 13% de los 248 de los estudiantes de enfermería, eran fumadores⁽¹⁸⁾.

La Universidad de Antioquia hizo un estudio descriptivo transversal en el año 2009 para conocer las características del hábito de fumar entre los estudiantes de enfermería. Se obtuvieron datos de 435 estudiantes y la tasa de consumo fue del 39,5%, y de cada cuatro fumadores, uno comenzó su hábito en la universidad. El 98,2% de los estudiantes piensa que no es bueno que una persona profesional de la enfermería fume, y que si lo hace, no puede ofrecer consejos antitabaco a sus pacientes.

De los estudiantes fumadores, tres de cada cinco poseían una fuerte intención de dejar la conducta de fumar⁽⁶⁾.

Una revisión sistemática nos muestra información sobre la cantidad de estudiantes de enfermería fumadores de diferentes países desde el año 1990 al 2006. Y son muchos estudiantes los que fuman a pesar del papel que desempeñan.

Los estudios desarrollados en Australia, Italia, Gran Bretaña, y Hungría son los que poseen una tasa más alta de estudiantes fumadores (65%, 51%, 43%, y 48%). Aunque existen algunas investigaciones contradictorias en un mismo país, por ejemplo en Japón, dos estudios realizados en el mismo año (2005), uno muestra un 24 % de fumadores y el otro un 6%. Aunque se encontraron diferentes hallazgos en cada uno de los estudios.

Uganda e Irán fueron los lugares en los que se encontró el porcentaje de estudiantes fumadores más bajo (1% y 3%)⁽¹⁹⁾.

2.5. PREVALENCIA DEL HÁBITO EN ENFERMEROS/AS

Según los datos del último Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, la prevalencia de consumo de tabaco en profesionales sanitarios era de 42,2% en las mujeres y 34,4% en los hombres (en el año 1998). Teniendo un mayor porcentaje el personal de enfermería (43,2%), que el personal médico (34,7%)⁽¹⁾.

Un estudio del Insalud llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha llegado a mencionar como conclusión de su investigación, que la tasa de fumadores/as en enfermería ha sobrepasado la de la población general⁽⁹⁾.

En la Comunidad de Madrid, se realizó un estudio para observar la evolución del hábito de fumar entre los/las profesionales de enfermería, durante el periodo 1998-2001. Pasaron encuestas a 1.400 profesionales de enfermería. Estos cuestionarios también se pasaron al personal médico, y el resultado fue que enfermería fumaba más que el personal médico. Siendo el 83% de los profesionales de enfermería mujeres.

La prevalencia en el personal de enfermería fue de 47,6% en el año 1998, y el 47% en el 2001. Es un porcentaje muy elevado⁽²⁰⁾.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, ha sido uno de los pocos lugares en el que se ha observado una baja prevalencia de consumo de tabaco entre el personal de enfermería (12,5%), comparado con el resto de trabajadores/as. Y todo esto durante los años 1998-2000⁽²¹⁾.

Un estudio del Norte de Irlanda del año 2000, muestra la conducta de fumar entre 1074 enfermeras, y el resultado observado fue de 25,8% de personal de enfermería fumador⁽²²⁾.

Las características del hábito tabáquico de 221 trabajadores/as de salud del municipio de Centro Habana mostraron que el 46% de las enfermeras fumaban frente al 32% del personal médico en el año 2000. Pero lo más significativo fue que del porcentaje fumador en enfermería, el 20% opinó sobre su hábito como más beneficioso que perjudicial como característica personal⁽²³⁾.

Otra investigación de la IX Región de Chile nos dice que el 37,9% de las enfermeras fuman, y que el 21,5% inició su hábito en la universidad. ⁽³⁾.

Del Hospital de Santa Marina de Bilbao se obtuvo un porcentaje del 41% de profesionales de enfermería que fumaban, superando en número de nuevo al personal médico (21%), aunque entre todos los profesionales sanitarios existían un 80% con intenciones de deshabituación ⁽²⁴⁾.

Y en otro artículo de Bilbao, entre los/las 218 profesionales de enfermería de Atención Primaria el 22% fumaba durante el periodo 2003-2004 ⁽²⁵⁾.

Algunas enfermeras piensan que se encuentran exentas de las consecuencias de las drogas por encontrarse familiarizadas con ellas en su profesión. Pero esto para nada se encuentra justificado, por ejemplo a la hora de fumar.

En el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de La Habana, 58 trabajadores registrados como fumadores fueron encuestados para saber en qué fase del cambio se encontraban y otras particularidades. Y como resultados destacados pudieron observar que el porcentaje de prevalencia más alto de fumar se encontraba en enfermería (34,4%) ⁽¹³⁾.

Es curioso destacar que un artículo de investigación nos expresa la prevalencia de consumo de sustancias entre los/las profesionales de enfermería según la especialidad en la que se encuentran trabajando, y como resultado Psiquiatría se encuentra en el porcentaje más alto (23%) de enfermeras que fuman, seguido de Geriatria, Urgencias, médico-quirúrgica y UCI ⁽²⁶⁾.

La República de Irlanda, ha sido el primer país en prohibir fumar en bares, restaurantes, y en los lugares de trabajo en el año 2004, sin embargo, una investigación del año 2009, muestra como la prevalencia de este hábito en la profesión enfermera por ejemplo, fue del 21% de entre 430 enfermeras de un hospital de enseñanza de Cork, Irlanda del Sur, lo cual aún es bastante alto, teniendo en cuenta que este estudio se realizó justo después de poner esta ley antitabaco en vigor. Y como dato añadido, las enfermeras que poseían la mayor tasa de fumadoras trabajaban en los servicios psiquiátricos y coronarios ⁽²⁷⁾.

En una investigación publicada en el año 2010, del Hospital Nacional de Lima, Perú, el 67,1% de las enfermeras y enfermeros de diversos servicios asistenciales, fumaban (28).

Todos estos datos reflejan unos altísimos porcentajes de este hábito en la profesión que ocupa este estudio, enfermería, la cual debe representar un modelo de prevención y control de la conducta de fumar.

2.6. PAPEL QUE DESEMPEÑAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABACO

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad y el gran peso de la prevención y control del tabaquismo. Son las personas que pueden ayudar a quienes tienen esta conducta nociva, pues tienen la capacidad para ello, además de encontrarse coordinados y con objetivos comunes para evitar que esta plaga continúe. Y dentro de este gran grupo de profesionales se encuentra la enfermería.

Sus actuaciones están encaminadas a:

- Ser una imagen de conducta, de ellos se espera que tengan actuaciones saludables para que la población los imite. Aunque esto no siempre ocurre así, pues como hemos podido ver anteriormente existe una gran prevalencia de profesionales sanitarios fumadores, y esto incide en la educación que ofrecen los sanitarios, de modo que se propone que habría que formar mejor a los profesionales para alentarlos a ser una mejor imagen para sus pacientes y para la población.
- Englobar determinadas prácticas relacionadas con el hábito tabáquico, durante la atención cotidiana de los pacientes, informándose de las conductas de las personas y registrándolas en sus historias clínicas para que se sepa y se puede actuar; siempre se pueden aprovechar un par de minutos para averiguar el hábito del paciente y poder ofrecer consejo sanitario adaptado a la edad de cada usuario/a.

- Formar a los futuros profesionales de la salud, en la práctica, en la universidad, en estudios de postgrado...; por eso es tan importante incorporar a todos los programas formativos teoría, recursos y estrategias prácticas para prevenir y controlar este hábito de consumo.

Cada tipo de profesional sanitario puede advertir de los riesgos del tabaco en su área específica.

- Concienciar a los/las trabajadores/as de la salud de la importancia de la investigación científica en los temas relacionados con el tabaco para poder abordarlo y conocer las consecuencias y lo que aporta a las enfermedades que ocupa. Para todo ello es crucial adquirir financiación, la cual se consigue demostrando con estudios la significación mundial de esta epidemia de consumo de tabaco.

- El personal sanitario es una figura de líder, y como tal participa en programas políticos para promover lugares sin humo, abolir la publicidad sobre el tabaco, y así favorecer al cambio de esta conducta. También se puede hacer esto apoyando grupos de personas que tienen como fin reducir esta práctica de consumo.

- Influenciar en la salud pública asociándose con otras organizaciones o instituciones para conseguir mayores beneficios que mejoren el problema.

- Acusar las maniobras de la industria tabacalera dirigidas a aumentar el consumo de tabaco ⁽²⁹⁾.

Han existido numerosos programas o planes para el control y la prevención del hábito de fumar, en ellos por supuesto participan los profesionales sanitarios, los cuales representan una figura modélica para la población, y dentro de estos se encuentra la enfermería.

Por ejemplo, en 1998 existió el programa "cortar por lo sano", creado por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el apoyo del Insalud, las Comunidades Autónomas y el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Con la meta de reducir la tasa de consumo de tabaco entre el personal sanitario, ya que son la base de la educación en la promoción de conductas saludables ⁽⁹⁾.

Se hace imprescindible incorporar en el trabajo de enfermería el tratamiento del tabaco, orientándolas previamente en cómo pueden realizar ese trabajo, en lo que supone verdaderamente una dependencia al tabaco, y conocer lo que exista disponible para saber cómo se puede actuar para abordar esa sumisión al tabaco ^(30,31).

La tarea que enfermería desempeña en relación a la deshabituación tabáquica puede ser la de mayor influencia en la salud de una persona ⁽¹²⁾.

Desde los Centros de Salud, en las consultas de enfermería se captan pacientes fumadores, se les ofrece consejo sanitario y recursos, e incluso se puede seguir trabajando ese tema invitando a tener próximas consultas con esa persona para continuar aproximándose al tema. Todo esto enfermería lo lleva a cabo con un método y un lenguaje normalizado, traducido en los planes de cuidados de enfermería, en concreto existen 3 orientados a cada fase de los/las fumadores/as: Plan de cuidados para el fumador en fase de precontemplación, Plan de cuidados para el fumador en fase de contemplación, y Plan de cuidados para el fumador en fase de preparación al cambio ⁽³²⁾.

Siendo líderes, educadoras, fuentes de información y modelos de conducta a seguir, lo cierto es que enfermería continúa fumando, y como consecuencia esto produce un efecto negativo sobre los usuarios y usuarias que están tratando dejar de fumar ^(3,33).

E incluso, existen enfermeras y enfermeros, que mencionan no disponer de suficiente tiempo y capacitación para ofrecer consejo antitabaco ⁽²⁷⁾.

2.7. FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL HÁBITO

2.7.1. En la población

La edad media de inicio en el consumo de cigarrillos en Andalucía es de 16,7 años en los hombres y 17,2 en las mujeres. Sin embargo los fumadores esporádicos suelen comenzar a una edad más tardía. Del total de personas fumadoras, el 67,7% comenzó antes de los 18 años de edad. El estrés o el nerviosismo son los factores que en mayor

medida instigan a fumar (64,4% de la población estudiada respondió esto), luego como circunstancias añadidas les sigue el ocio (33,3%), la desgana (29,6%), y el tiempo de respiro (13%).

Como agentes que han suscitado interés a la hora de iniciarse en el hábito tabáquico se encuentra la experimentación, el placer, y la escapada o liberación. Pero también hay factores de riesgo como la baja autoestima, poseer familiares que fuman y/o beben alcohol (sobretudo conviviendo en casa), no llevarse bien con la familia, la propia insatisfacción, el juntarse con amigos/as implica fumar o beber, creencia del aporte positivo del tabaco frente al negativo.

Los jóvenes mencionan consumir tabaco para mejorar la autoestima y vigilar el peso. Ya que la obesidad también es un factor de riesgo asociado al mantenimiento del uso del tabaco, o más concretamente a las recaídas cuando se ha abandonado el tabaco. Dejar de fumar puede ocasionar un aumento de peso entre 2 y 3 Kg. de peso. Aunque también la raza, el género, y el nivel socioeconómico bajo, respaldan esta conducta. Además, la publicidad y la televisión han sido también factores motivadores y conservadores de este hábito. Pero sobretudo, la adicción y/o dependencia solo es saciada con la continuidad de la acción de fumar. Y si no se satisface ese hecho, se puede incurrir en síntomas desagradables como el malestar y otros trastornos físicos y cognitivos. El rendimiento que les sacan los entrevistados, a este tipo de droga (el tabaco), y otras, y con lo cual hace que sigan fumando es: el encontrarse bien, la calma, la tranquilidad, aumenta las relaciones sociales, estimula, te da energía, y perfecciona las relaciones sexuales.

Las personas somos de costumbres, y normalmente es más complicado abolir las conductas que la propia adicción física.

Los lugares donde se suele fumar más indican que de alguna manera invitan también a continuar fumando, estos lugares nombrados por los andaluces en 2005 son: los bares, los centros de trabajo, el hogar y el colegio, encontrando como mayor porcentaje los bares, con un 56,4% ^(2,7,16,34,35).

2.7.2. En estudiantes de enfermería

Una cantidad importante de estudiantes de enfermería comienza a fumar en la universidad mientras cursa sus estudios, uno de cada cuatro fuman, y cuatro de cada cinco son mujeres, con una edad media de 23,5 años. Las causas de fumar que ofrece el alumnado son: el disfrute y la tranquilidad. Y todo esto puede deberse a querer rebajar el estrés del estudio, y de las prácticas clínicas. Continúan fumando porque les preocupa poder ser enjuiciados por no hacerlo. Otros factores asociados al consumo de tabaco en este tipo de población son: el género, la etnia, la religión, el primer año de universidad, creencias erróneas sobre las consecuencias del tabaco, tener compañeros/as y amigos/as fumadores/as, el alivio de la tensión y la confusión sobre el rol que desempeñan, entre otros ^(6,19).

Existe otro punto de vista ofrecido por los jóvenes universitarios, estructurando los elementos favorecedores de la conducta de fumar entorno a 3 categorías de análisis obtenidas: la negación del término vicio (el alumnado entrevistado no asume la importancia del tabaco en su vida, no lo ve como un vicio o dependencia significativo, niegan la realidad de que están afectados por el tabaco o que poseen una dependencia); el cigarro como reducción del estrés (según el alumnado, el estilo de vida reúne una serie de hábitos favorecedores del estrés, y creen que el cigarro proporciona alivio a ese estrés, saciando la dependencia que aumenta al elevarse el nivel de estrés, por eso se fuma más); futuro como profesional de la salud (niegan que su futuro sea influenciado por su uso actual del tabaco, y otros/as lo ven como una preocupación ligada a la profesión que van a desempeñar como modelo a seguir de la población). Y de modo complementario ven el hábito tabáquico como un criterio para la inserción en determinados grupos sociales ⁽⁵⁾.

2.7.3. En enfermeros y enfermeras

Un artículo de revisión del año 2000 explica que los diferentes elementos que respaldan la conducta de fumar en profesionales de enfermería, son semejantes a los que inciden en la población general.

Estos factores asociados son:

- el estrés: muchas investigaciones sobre el hábito tabáquico en enfermería pretenden manifestar que el tabaco es un medio de afrontamiento del estrés y la ansiedad que causa el ambiente laboral en las enfermeras y enfermeros, como pueden ser, los turnos de noche, el compromiso laboral; la carga de trabajo...; aunque se cuestiona, si esa carga laboral como elemento estresante, es un dispositivo real de afrontamiento, o esas personas acostumbran normalmente a percibir como angustiosas determinadas circunstancias del trabajo.

Puede ser que el estrés tenga una función que ocupar en el sostenimiento del hábito, pero no en el inicio. Sí que es cierto que la fatiga laboral en la profesión enfermera ha aumentado en los últimos años.

- La intervención social de compañeros/as: es relevante que en numerosos estudios, los y las profesionales de enfermería dicen fumar en compañía de otras personas, y que así comenzaron su tabaquismo, porque amigos y amigas fumaban. El enlace más fuerte es la amistad, y éste mueve montañas, aunque las consecuencias sean negativas.

- Experiencias educativas: Como se ha mencionado, muchas enfermeras habían empezado a fumar antes de estudiar enfermería, y en esas circunstancias pasadas las experiencias que una persona vive crea líneas de conductas, como puede ser la de fumar.

- Género: El hecho de ser mujer, ha sido un factor potencial a explotar por la industria tabacalera, su incorporación al trabajo, le ha supuesto doble tarea (en el hogar, y fuera de éste), y esto ha sido utilizado como un elemento estresante, aliviado por el tabaco, como un factor social en el que fumar lleva a establecer relaciones laborales y sociales, y como un placer (escape).

Hay enfermeras y enfermeros que opinan que fumar les aporta ventajas. Dicen fumar porque les agrada y por costumbre ^(23, 25, 33,36).

Hay enfermeras que opinan que la adicción y el placer son las causas primordiales de persistir con este hábito, seguidas por la presión en el trabajo, la depresión y la vigilancia del peso; y que la de menor peso es la influencia de las amistades. Otras y otros piensan que los factores de inicio y mantenimiento son: la iniciación en el tabaco para adaptarse en el grupo de amigos/as, antes fumar era sinónimo de poseer cualidades que hacen sobretodo a la mujer más interesante; el estrés incrementa el consumo, y se utilizan justificaciones para seguir con la conducta de riesgo que supone fumar

Ocho grupos focales de enfermeras y enfermeros de diferentes lugares de los Estados Unidos, describieron la dependencia a la nicotina, y las presiones psicológicas, como las causas más corrientes por las cuales fuman. De estos grupos hubo enfermeras/os que comenzaron a fumar en la universidad, y otro grupo de personas que empezó antes de sus estudios universitarios, sin embargo a éste último grupo que ya era fumador, el estudiar enfermería (la formación que ofrece), no le supuso ninguna razón suficiente como para dejar el hábito. Estas enfermeras sugieren como factor de mantenimiento de la conducta de fumar, el control del peso, por el miedo a engordar si se quitan de fumar.

Se ha demostrado que existe una relación significativa entre el tiempo de servicios prestados en la profesión enfermera, y ser fumador/a, mostrando que la edad es de gran influencia, ya que las que tenían más años trabajados, eran las no fumadoras, luego quienes tenían menos años de experiencia laboral también poseían una menor edad, y eran fumadoras ^(3, 22, 37,38).

2.8. INTENCIONES DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

La deshabitación tabáquica ha aumentado considerablemente. En un estudio poblacional de la evolución del tabaquismo durante los años 1983-2006, en Barcelona, pasó a ser de un 24,5% en los varones en 1983, a un 42,2% en 2006; y en las mujeres se transformó de un 21,4% en 1983, a un 41,1% en 2006. Aunque hay que decir que el cambio a sido paulatino. Pero estos resultados han ofrecido variaciones beneficiosas en cuanto a mortalidad y morbilidad, y eso es lo importante ⁽⁸⁾.

Durante el año 2006, de entre 1.634 fumadores/as españoles/as, el 37,4% de los varones, y el 43,4% de las mujeres, han tratado de dejar el tabaco ⁽³⁹⁾.

Para el caso de estudiantes de enfermería, se llevó a cabo un estudio cualitativo, en el que 13 estudiantes de enfermería fumadores/as respondían a un cuestionario para aportar información sobre la conducta de fumar, 6 afirmaban no haber intentado nunca dejar de fumar, otros 6 lo habían intentado aunque continúan fumando, y solo una persona ha probado a quitarse en tres ocasiones y también aún fuma. La mayoría de este grupo de estudiantes no ve el tabaquismo como un vicio, así que las pretensiones de deshabituación son escasas ⁽⁵⁾.

Sin embargo, cuatro de cada cinco fumadores (estudiantes de enfermería), han tratado de dejar de fumar, y tres de cada cinco tienen una fuerte pretensión de deshabituación tabáquica, de 435 estudiantes de enfermería encuestados/as en la Universidad de Antioquía ⁽⁶⁾.

Sobre la voluntad de dejar el tabaco en el personal de enfermería: 61,56% de las enfermeras y de los enfermeros han probado abandonar el tabaco, y muchos de estos profesionales creen que cuando pasen 5 años ya no estarán practicando este hábito, o que habrán bajado la cantidad de cigarrillos que fuman ⁽¹⁰⁾.

Muchos de los profesionales de enfermería del Insalud, España (1998), creen que en dos años habrán dejado de fumar, concretamente el 27,4% de los que trabajan en atención primaria, y el 33,5% de los que trabajan en atención especializada. De todo el personal sanitario fumador encuestado, un 46,7% poseía algún intento formal de deshabituación tabáquica ⁽⁹⁾.

La generalidad de los trabajadores fumadores del Hospital de Santa Marina, Bilbao, desean dejar de fumar, y que en este centro se lleven a cabo medidas de ordenación de este consumo. Un 33,3% dice ser capaz de dejar el tabaco sin ayuda, y un 35,8% explica que podría con ayuda ⁽²⁴⁾.

Siete de cada diez profesionales de enfermería de una muestra de 102 enfermeros y enfermeras fumadores/as, expresaron una actitud positiva hacia el cambio en la conducta de fumar, en el municipio de Centro Habana ⁽²³⁾.

Tres cuartas partes de 1074 enfermeras del Norte de Irlanda dicen cesar su tabaquismo en 6 meses ⁽²²⁾.

El personal de enfermería de atención primaria de Bilbao admite no haber cambiado su hábito en los últimos dos años desde el estudio (2003-2004), pero el 48% estaba seguro/a de que esto se modificaría dentro de dos años, hacia una conducta saludable, en la que no tiene cabida el tabaco ⁽²⁵⁾.

Una investigación para reconocer la fase para el cambio en la que se encuentran trabajadores fumadores de una institución sanitaria de La Habana, registró que la mitad de ellos y ellas se encontraban en la fase de preparación para el cambio de comportamiento ⁽¹³⁾.

Es muy importante reconocer estas intenciones de cambio de conducta, para poder aplicar ayuda personalizada con éxito, porque para poder obtener buenos resultados, primero tienen que desear el cambio esas personas.

2.9. MOTIVOS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

En España, durante el año 2007, se realizó un estudio para conocer los motivos que llevan a la población a dejar de fumar, y los hallazgos encontrados fueron estos:

- Entre las personas más jóvenes (de 18 a 30 años), las razones para abandonar el hábito eran estéticas.
- Ser un ejemplo para sus hijos/as era otra de las causas para dejar el tabaco entre los padres y madres (de 31 a 45 años).
- La mayor parte de los hombres y de los mayores de 65 años opina que la indicación médica es la influencia que poseen para no continuar fumando.
- Y la población femenina se preocupa por prevenir enfermedades, esto es lo que les motiva a la deshabituación tabáquica, en un alto porcentaje ⁽³⁹⁾.

Existen dos notables objetos de abandono tabáquico de los profesionales sanitarios (enfermería): El interés de uno/a mismo/a, y el desasosiego por las consecuencias

negativas a las que lleva el tabaco. El 80,4% siente desazón por el malestar que produce fumar para otras personas que no consumen tabaco ⁽⁹⁾.

Las causas para dejar de fumar de las enfermeras de la Comunidad de Madrid son: en primer lugar preservar su salud, después para controlar la aparición de signos o síntomas relacionados con el tabaco, para no fastidiar a los demás, ser un buen ejemplo como profesionales de la salud que son, y por último, por el empuje que les brindan los compañeros y las compañeras ⁽¹⁰⁾.

Para las enfermeras del Norte de Irlanda, tener un bajo riesgo de enfermar es la principal razón para dejar de fumar. Luego le siguen, encontrarse bien en general, los gastos que supone el tabaco, pero la causa que tiene menor peso es la indicación médica ⁽²²⁾.

Los resultados de un estudio de investigación en Estados Unidos, indican que los/las profesionales de enfermería y la población en general, conservan elementos comunes de deshabitación tabáquica: algunas mujeres lo dejan durante la gestación, la inquietud por enfermar es otra de las razones, el coste económico, la regulación de este hábito en el trabajo, y los exfumadores también son un punto de influencia bastante importante ⁽³⁸⁾.

2.10. MEDIDAS DE REGULACIÓN Y FACILITADORES DE ABANDONO DEL HÁBITO

La medida más importante tomada por el Gobierno de España frente al tabaquismo, es la reciente Ley 42/2010, de 30 de diciembre, que modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Esta ley se crea para progresar, y para ello se modifican y amplían conceptos desarrollados en la Ley 28/2005, y para sobretodo proteger a dos importantes colectivos que se han encontrado muy expuestos al humo del tabaco: menores y trabajadores de hostelería.

Es por esto que aumentan los lugares prohibidos para fumar, estos espacios se extienden a: centros de trabajo públicos y privados, salvo en los espacios de aire libre;

en recintos sanitarios, así como su espacio al aire libre dentro del recinto; centros docentes y formativos, salvo al aire libre; instalaciones deportivas; centros comerciales; salas de fiesta; bares y pubs; estaciones de autobuses y aeropuertos, salvo al aire libre; en hoteles, los cuales podrán tener un 30% de las habitaciones reservadas para fumadores siempre y cuando cumplan una serie de normativas; parques infantiles; teatros y cines; restaurantes; ascensores; cabinas telefónicas y cajeros automáticos, y en trenes y puertos, menos en espacios al aire libre.

Por supuesto, deben estar correctamente señalizados los lugares en los que no se pueda fumar.

Además se prohíbe en todos los medios de comunicación emitir publicidad, o mostrar marcas relacionadas con el tabaco. Tampoco puede aparecer fumando nadie en un programa de televisión.

Se regula la venta de tabaco mediante máquinas expendedoras, limitando la venta de tabaco a unos lugares muy concretos, como estancos, pubs, bares, locales de prensa, y gasolineras, todo esto a parte de los estancos.

Por otra parte, dentro de esta Ley, queda reflejado el compromiso que debe haber por parte de las Administraciones públicas en la promoción de la realización de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica, interesándose de forma específica en la perspectiva de género, las desigualdades sociales, y la protección de la salud y la educación de los menores, para conseguir evitar que se inicien en este hábito, y/o ayudarles en el abandono de su dependencia^(40,41).

Esta normativa pretende mejorar los resultados que se estaban obteniendo con la anterior Ley28/2005, los cuales ya demostraban el descenso de fumadores y fumadoras, sobretodo jóvenes, que existió cuando se puse en rigor esta Ley, lo cual es demostrable con prevalencias⁽⁴²⁾.

Antiguamente, cuando en los recintos hospitalarios había zonas habilitadas para el consumo de tabaco, los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, la mayoría decían no respetar estas zonas, y fumaban en otros lugares donde no estaba permitido fumar⁽²⁴⁾, esto ahora con la nueva ley se sanciona.

Algunos de los facilitadores que los profesionales de enfermería han mencionado para abandonar el hábito son: aumentar los recursos y apoyos a los fumadores, crear más consultas de atención primaria relacionadas con el tabaco, producir cigarros con bajo nivel de nicotina, no fumar delante de pacientes, que prohíban más lugares al aire libre donde se puede fumar, y sobretodo recibir ayuda es lo que más valoran. Es importante tener en cuenta las propuestas de los trabajadores sanitarios, y en concreto enfermería ^(23,24).

3. JUSTIFICACIÓN

Después de realizar una búsqueda minuciosa de la literatura existente acerca de el hábito de fumar en profesionales de enfermería, el resultado obtenido del seguimiento es, que existen numerosos estudios dentro del paradigma cuantitativo, los cuales sólo aportan datos de prevalencias, de cuántos profesionales de enfermería fuman, y características cuantificables relacionadas con el hábito de estos profesionales, como la cantidad que consumen, la edad media de inicio de consumo, en qué tipo de servicios trabajan las enfermeras y los enfermeros que fumen más, cuántas veces han intentado dejar de fumar; y muy pocos ofrecen razonamientos de la experiencia del hábito de fumar del personal de enfermería, propio del modelo cualitativo.

Existe un artículo relativamente actual, relacionado muy directamente con el tema que ocupa este estudio, y es cualitativo, pero no comprende completamente todos los detalles que se quieren abarcar en nuestra investigación. Mientras que dicho estudio realizado en Mallorca en el 2009, sólo se centra en los factores que inciden en el inicio y mantenimiento, con este estudio pretendo, además, conocer los principales factores que consideran importantes para la deshabituación del hábito de fumar en profesionales de enfermería.

Además, una vez obtenidos los resultados de esta investigación, pondrán contrastarse los agentes motivadores de inicio y mantenimiento con los que se adquirieron en el artículo que se cita ⁽³⁷⁾.

Cada estudio que ocupa la bibliografía del marco teórico de este proceso de investigación, se suele centrar en uno o varios aspectos diferentes, en partes de mi investigación, pero no en la totalidad de mi interés. Algunas investigaciones hablan sobre la regulación del tabaco, otras se centran en la prevalencia y las características del hábito de fumar del personal de enfermería, identifican cómo perciben el hábito las personas fumadoras e identifican propuestas para reducir el consumo de tabaco en la población y en profesionales de enfermería. Otros artículos que engloban todo esto mediante un modelo mixto de investigación (cualitativo y cuantitativo), pero no existe un solo artículo que dé respuesta a cuáles son las experiencias de las propias profesionales de enfermería sobre el inicio y mantenimiento de su hábito tabáquico, y qué aspectos consideran que les ayudarían a la deshabituación tabáquica, y todo desde una perspectiva cualitativa.

También, resulta de interés público, y sobretodo profesional, conocer cómo perciben su propio hábito de fumar las y los profesionales que se ocupan de prevenir y controlar esta conducta de importancia atroz por sus graves consecuencias para la salud de las personas y la economía mundial. Es por eso que los profesionales de enfermería es la población que ocupa este estudio, para profundizar sobre las experiencias de personas que tienen como responsabilidad laboral la promoción de la deshabituación tabáquica, y que poseen todos los conocimientos necesarios y suficientes para ayudar a la población a dejar de fumar. Y para saber cómo enfocar la deshabituación tabáquica en los enfermeros y enfermeras, ya que son un modelo para toda la población y, como tal, tienen que dar ejemplo.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las experiencias de profesionales de enfermería sobre su propio hábito tabáquico.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer los principales factores que motivan el inicio del hábito tabáquico en profesionales de enfermería.
2. Describir las percepciones de profesionales de enfermería sobre los aspectos que inciden en el mantenimiento de su hábito tabáquico.
3. Conocer los principales motivos que facilitarían la deshabitación tabáquica en profesionales de enfermería.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño

La metodología de esta investigación se basa en el paradigma cualitativo, con un enfoque fenomenológico. Con el que se pretende estudiar desde la perspectiva de enfermeras fumadoras las experiencias relacionadas con su hábito tabáquico, los diferentes agentes que inciden en la conducta de fumar y factores facilitadores en la deshabitación tabáquica.

La investigación cualitativa mediante una serie de fases y herramientas metodológicas, como son las entrevistas en profundidad, pretende interpretar desde un enfoque naturalista los fenómenos relacionados con la conducta de fumar en profesionales de enfermería, se ha tratado de comprender a las participantes dentro del marco de referencia de ellas mismas.

5.2. Selección de participantes

La población sobre la que se realiza este estudio es, profesionales de enfermería que sean consumidores habituales de tabaco.

Para la selección de participantes se han establecido unos criterios de inclusión y de exclusión. Los criterios necesarios para incluir a los y las participantes en este estudio de investigación son: que tengan la profesión de enfermería, que hayan trabajado alguna vez como profesionales de enfermería, y que sean fumadores habituales de tabaco.

Se excluyen del estudio personas que fumen otro tipo de sustancias que no sea tabaco propiamente dicho, aquellas personas que fumen esporádicamente, que no sean profesionales de enfermería, o que no hayan trabajado nunca en su categoría profesional.

Mediante muestreo intencionado se obtiene una muestra de cinco mujeres enfermeras, fumadoras, y que poseen estas características:

Participantes	Edad	Edad de inicio de fumar	Lugar de Trabajo	Cantidad de tabaco que consume diariamente (nº de cigarrillos)
Participante N° 1	31	18	Hospital	13
Participante N° 2	21	19	Clínica Privada	6
Participante N° 3	27	16	Residencia de Mayores	8
Participante N° 4	26	16	Residencia de Mayores	6
Participante N° 5	32	17	Hospital	9

5.3. Obtención de la información

Previamente a la entrevista se ha contactado por teléfono con la participante para pedirle su colaboración en el proceso de investigación, y se le ha informado sobre la naturaleza, los objetivos, los beneficios del estudio, y los aportes que incluiría como participante de la investigación, haciéndole saber que es una actuación voluntaria, y como tal puede abandonar su colaboración en cualquier momento. Y todo esto se hace constar por escrito en el momento en el que se realiza cada una de las entrevistas, firmando un consentimiento informado. En el que además figura que las entrevistas son grabadas, para favorecer el estudio de éstas.

Cada una de las personas entrevistadas ha elegido el lugar para llevar a cabo la entrevista, para que de esa forma se sintiera más cómoda y el diálogo surgiera de una manera más espontánea. Estos sitios han sido el hogar y el lugar de trabajo de las integrantes del estudio, situados éstos en la ciudad de Jaén.

La información ha sido adquirida mediante entrevistas en profundidad, las cuales han sido grabadas, y durante el transcurso de las grabaciones se han recogido algunas notas de campo como comentarios y observaciones relacionadas con el entorno en ese momento.

Una vez recogida toda la información descrita en las entrevistas, las grabaciones son transcritas literalmente según las normas establecidas para ello⁽⁴³⁾.

La autora de esta investigación ha sido la encargada de realizar cada una de las entrevistas, de transcribirlas y posteriormente analizarlas.

El guión de preguntas ha sido modificado en dos ocasiones, en función del análisis de la información que se iba recogiendo, para profundizar en dos aspectos, los factores relacionados con los estudios universitarios, y los facilitadores de deshabitación tabáquica.

Algunas de las preguntas principales que se les han hecho a las participantes son: ¿cómo comenzó usted a fumar?, ¿por qué comenzó usted a fumar?, ¿qué motivos hacen que fume usted actualmente?, ¿qué motiva o motivaría a los profesionales a la deshabitación tabáquica? *“Ver anexo 1”*

5.4. Análisis de la información

El proceso que se ha llevado a cabo para el análisis de cada entrevista, es transcribirla y analizarla mediante análisis de contenido, y posteriormente realizar otra nueva entrevista, así sucesivamente. Para el análisis de las transcripciones se ha utilizado un software (QRS Nvivo versión 8), programa orientado al análisis cualitativo que combina el manejo de documentos y de ideas, agrupándolas en

nudos (categorías de análisis), estos nudos son fragmentos de las distintas entrevistas agrupados en una idea concreta, y éstos se han sido organizando en forma de árbol según los temas adecuados a cada circunstancia que se a querido estudiar en base a los objetivos específicos, es decir, en torno a las categorías previas. Además este programa informático ha permitido contabilizar las palabras de interés e identificarlas en los diferentes contextos para analizarlas sintáctica y semánticamente. Y todo esto se ha llevado a cabo sin perder de vista los objetivos del estudio, ya que son la guía que marca esta investigación.

El análisis de todas las entrevistas se ha realizado por la misma persona que ha recogido la información, la autora de la investigación.

Desde la perspectiva fenomenológica, el análisis de este estudio se ha focalizado en las experiencias vividas por las enfermeras fumadoras que han participado en la investigación. Se ha tratado de conocer y describir las relaciones vividas, las conductas, y cómo han experimentado personalmente todo el proceso relacionado con su hábito de fumar a lo largo de sus vidas.

Las fases que ha llevado a cabo la autora para analizar las categorías que han ido emergiendo a lo largo de los discursos de las participantes son:

- Leer detenidamente toda la información añadida en la categoría para intentar conocer los motivos que les llevan a las participantes a fumar, los sentimientos que les provoca, y las relaciones que rodean todo ese proceso

Para ir más allá de la descripción de lo que está ocurriendo, todo esto es siempre apoyado por las citas literales de los/las informantes.

Para todo esto, se enfatizan los significados, las experiencias y los puntos de vista de todas las participantes.

- Se describen los resultados obtenidos apoyados por las inferencias de las participantes.

- Y por último, la autora se pregunta si los significados que le dan las informantes a los factores de inicio, mantenimiento y deshabituación tabáquica, tienen algo que ver con el marco teórico de esta investigación, de ese modo se comparan los resultados obtenidos en este estudio con la

literatura ya existente relacionada con factores incidentes en el hábito de fumar de profesionales de enfermería ⁽⁴⁴⁻⁴⁷⁾.

5.5. Confiabilidad y calidad del estudio

La calidad del estudio está dirigida a evaluar el proceso y el resultado de este estudio mediante una serie de criterios que se detallan a continuación.

Validez interna: Los resultados obtenidos de las participantes de esta investigación reflejan correctamente sus realidades únicas, independientemente de por quién puedan ser evaluados. La investigadora ha sido la encargada de recoger los datos en las entrevistas, las cuales han sido grabadas para no perder ningún aporte del conocimiento, y de analizar cada una de ellas antes de comenzar la siguiente, para garantizar la credibilidad del rendimiento obtenido.

Se ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de las informantes, identificando las partes del discurso que se refieren a cada objetivo general y específico de esta investigación, y para ello se ha utilizado la triangulación de los resultados con las propias participantes, las cuales se han sentido identificadas en ellos.

Validez externa: Las características de la muestra se hayan en el estudio y permiten conocer los parámetros de la población de estudio. La investigadora es quien recoge la información de las entrevistas, y el lugar donde éstas son realizadas respeta las preferencias de las participantes para que se sientan más cómodas, y el discurso fluya de forma más natural.

Confiabilidad: Ha sido mostrada mediante la descripción del diseño utilizado, los criterios de inclusión y de exclusión de los participantes, la estrategia de recogida de datos, el método empleado, y el uso del software (QRS Nvivo versión 8) para el análisis de la información obtenida en las entrevistas. La explicación de todos estos puntos le aporta seguridad a este estudio.

Objetividad: El conocimiento adquirido en esta investigación es independiente de la mirada de la investigadora.

6. RESULTADOS

El análisis del contenido de los discursos muestra el resultado de los objetivos entorno a tres categorías previas que coinciden con las tres circunstancias sobre las que se quiere conocer las experiencias vividas por las profesionales de enfermería, estas son: factores de inicio, factores de mantenimiento, y factores facilitadores de deshabituación del hábito tabáquico. Sobre estos tres temas emergieron una serie de categorías que describen los factores que llevan a estas enfermeras a llevar determinadas conductas relacionadas con el hábito de fumar.

1. Principales factores que motivan el inicio del hábito tabáquico en profesionales de enfermería.

“Por tonterías”

Las participantes explican que su inicio en este hábito no tiene una razón meditada, ni consecuente, sino que es impulsiva y una actuación que la persona hace sin saber muy bien por qué la hace, como puede apreciarse en el discurso de las siguientes participantes:

“pues empecé a fumar por, por tonterías, porque fumaba mi marido, entonces novio, cogí y dije, pues para fastidiarlo voy a fumar yo” (P1).

“es ese tipo de cosas que haces sin saber por qué” (P2).

“empecé a fumar de una manera muy tonta, empecé a fumar por esto de que, bueno vamos a echar uno” (P5).

“Mala situación personal”

Las personas implicadas en el estudio explican que empiezan a fumar porque están atravesando un mal momento, y no les importan las consecuencias que

pueda tener esa conducta en ese preciso momento, como afirman a continuación las personas colaboradoras del estudio:

“yo empecé a fumar hace dos años, porque tuve una mala racha en mi vida, y fue una época que yo sabía que el tabaco era malo y pero, me daba igual” (P2).

“ha sido por, creo que por circunstancias personales, y por pasar una época jodía” (P5).

“Saliedo con amigos/as”

Se trata de un código in vivo, por ser así descrito por las participantes en el discurso. Todas las participantes coinciden en que empiezan a probar el tabaco cuando comienzan a salir con sus amistades a divertirse y probar cosas nuevas, una de ellas el tabaco. En algunos de esos grupos de amigos y amigas incluso existían personas fumadoras, con lo cual se convierte en una conducta social y de imitación, que también produce recaídas cuando algunas de estas personas han intentado dejar de fumar. También comienza como una conducta social de fines de semana, ya que era cuando salían más con la pandilla de amigos/as, como puede verse en las inferencias que lo corroboran:

“pues empiezas, venga vamos a probar el tabaco y, y así empezamos, empiezas a probarlo, y con las amigas, la verdad” (P3).

“sí salía el fin de semana fumaba más” (P1).

“cuando ya empiezas, a salir con los amigos y eso, que te vas de botellón pues, empiezas y te fumas un cigarro” (P4).

“comencé a fumar con el grupo de iguales, con el grupo de amigos” (P5).

“nos fuimos de vacaciones y nos juntamos con unos amigos también fumadores, y lo que pasa pues, uno no pasa nada, y vuelta a empezar” (P1).

Las participantes exponen, que las circunstancias que rodean los estudios universitarios de enfermería no suponen agentes para comenzar a iniciarse en la conducta de fumar, pero sí que se refieren a las primeras relaciones de amistad de la adolescencia como el primer contacto con nuevas experiencias vividas en la pandilla de amigos y amigas, en las cuales comienzan a fumar para probarlo, saber

si les gusta, y es una conducta que imitan cuando ven que otra persona del grupo de iguales la hace, solo con el objetivo de experimentar, y de adaptarse al grupo, y no pensando en lo que realmente están haciendo y en si se convertirá en una adicción. Además en esta etapa de cambios en la adolescencia, algunas de las participantes atraviesan momentos personales que ellas nombran como desagradables, los cuales hacen que aún les importe menos realizar una conducta determinada, como es en este caso la de fumar, y les supone aún más una impulsividad y/o justificación a la hora de iniciarse en el hábito.

2. Percepciones de profesionales de enfermería sobre los aspectos que inciden en el mantenimiento de su hábito tabáquico.

“Circunstancias de ocio y placer”

Perciben los momentos en que realizan cosas que les gustan como circunstancias asociadas a fumar. Además estas ocasiones, las cuales describen como especiales, suelen ser de reunión con compañeros/as, amigos/as..., y suponen también un aumento en el consumo de cigarrillos, como se puede observar en los diferentes discursos de las participantes:

“en circunstancias especiales fumo más” (P1).

“después de comer mucho, de pegarme el atracón de comida, me dan ganas de fumar, o cuando a lo mejor tomo un café o cuando bebo alcohol” (P2).

“cuando te vas y te tomas un cafelillo, con los amigos, cuando te sales, te tomas el cubatilla, pues siempre, te da gana de fumar” (P4).

“hombre en circunstancias especiales, como salir a tomarme una cerveza o cualquier cosa aumenta, sí que aumenta perfectamente” (P5).

“Círculo de fumadores”

Expresan que rodearse de personas fumadoras les promueve a fumar, juntarse con fumadores/as les dan ganas de hacerlo, y les gusta llevar esa conducta en compañía, e incluso afirman continuar fumando por ese motivo, el cual además también aumenta el consumo de tabaco en las participantes. Durante la jornada

laboral dicen no buscar un momento para fumar si van solas, para hacerlo tiene que ser que alguien les anime a hacerlo en compañía. A continuación se muestran las frases de las informantes que lo apoyan:

“aumentó cuando me fui a trabajar fuera y por juntarme con gente que fumaba, y entonces lo que pasa, que sales más, te ofrecen, ya fumas más” (P1).

“a lo mejor me he juntado con compañeras enfermeras que también fuman, y han dicho pues vamos dos y dos, y nos fumamos un cigarro, entonces sí sí alguna vez he fumado así” (P2).

“yo creo que es por la gente, porque ahora casi todo el mundo fuma, y pos venga, pues es más o menos social, y por eso por lo que no te, dices venga me voy a quitar” (P3). “de que ves a la gente fumando y, a lo mejor te dices, no voy a fumar pero es que te da ganas” (P4).

“Adicción y consumo”

Las enfermeras dicen sentir dependencia por el tabaco que les lleva a continuar fumando, es algo que admiten, pero también justifican que el consumo de esa conducta adictiva es bajo para poder sentirse mejor y seguir fumando, lo cual se puede ver en varios ejemplos de inferencias de las participantes:

“yo ahora mismo sí podría decir que estoy enganchada” (P2).

“es que también tienes un poco de dependencia” (P4).

“al fin de al cabo dices, venga como no fumo tanto, eso es lo que creemos, que no fumamos tanto, y se ha quedado ahí la cosa, nunca he dicho hasta aquí, en verdad no” (P3).

“Carga laboral”

Algunas participantes perciben el trabajo de enfermería como estresante, y les produce un sentimiento de exceso físico y mental que les hace tener ganas de fumar para desconectar de esa circunstancia algo agobiante que les produce malestar. Y esto lo describen en los diferentes discursos de esta manera:

“¿que el trabajo influye?, ¡ui sí!, cuando tienes mucha carga de trabajo y estás muy sobrecargada, o y necesitas, tienes un momento de decir ¡voy a salirme a

echar humo aunque sea por las orejas!, y así parece que desconectas y arrancas otra vez y dices venga para adelante" (P1).

"y sobretodo también me engancho más el tabaco, cuando trabajaba a lo mejor en varios sitios a la vez" (P3).

"Enfermera pero persona"

Varias de las informantes tratan de explicar como justificación de persistir fumando, que son personas independientes y con errores a pesar de representar modelos de conducta para la población como enfermeras. Separan el papel como enfermera del hábito, como si éste fuese únicamente de la persona y no del profesional que representan. Algunas de las frases en las que las participantes lo explican son:

"pues creo que, es una decisión que cada uno toma, a parte de la profesión que cada uno tenga" (P1).

"aunque seamos profesionales sanitarios, también somos personas normales, y eso lleva implícito que también cualquier momento también podemos desarrollar conductas que no son las más adecuadas, es el tema de haz lo que yo te diga pero no lo que yo haga" (P5).

Las enfermeras participantes, tratan de describir sus experiencias más habituales de consumo de tabaco, las que les llevan a aumentar el hábito o simplemente a fumarse un solo cigarrillo, cuentan que esta conducta ocurre sobretodo cuando se rodean de personas fumadoras que se encuentran en el trabajo o en la calle cuando se ven con amigos/as y compañeros/a, en circunstancias especiales de reunión, como son las celebraciones, en las cuales también se junta una gran cantidad de personas fumadoras. El hecho de ver a alguien fumando, o que el fumar pueda ocasionar un contacto social les lleva a desear el tabaco, y por tanto a fumar; además cuando se agrupan suelen hacer cosas que les gustan, como salir a divertirse, tomar café, ir de fiesta, comer, tomarse una copa, ir a la piscina..., y asocian fumar a esas determinadas cosas agradables, que también comparten con otras personas. Algunas de ellas añaden

que la fatiga que les produce el trabajo, les hace fumar para tratar de interrumpir esa sensación por un momento y poder volver al trabajo con las pilas cargadas. La mayoría de las informantes tratan de justificar de un modo u otro el continuar fumando, y una de esas formas de hacerlo es bajo el papel de la adicción y el consumo, aceptan ser adictas al tabaco, pero argumentan seguir fumando porque dicen no consumir tanto tabaco desde sus puntos de vista. Aunque existe hasta quien afirma saber que esto no es así, que es una manera de justificarse. Y otro de los razonamientos que les dan al hecho de continuar fumando, es que ser enfermera les otorga una responsabilidad para y con la sociedad, en la cual desempeñan un papel de ejemplo, pero que esta tarea es meramente profesional, que luego cada una de ellas posee una vida propia en la cual también realizan conductas negativas para su salud como las podría realizar cualquier otra persona.

3. Principales motivos que facilitarían la deshabituación tabáquica en profesionales de enfermería.

“Modelo y cuidado familiar”

Lo que más les preocupa a las participantes y en lo cual coinciden es, la familia, por la familia son capaces de hacer de todo, quieren que sus personas allegadas se encuentren bien y que no tengan conductas de riesgo para la salud. Y tanto es esto que para cuidar a la familia, hay participantes que han dejado de fumar por haberse quedado embarazada, lo cual además no les ha costado ningún esfuerzo, y la deshabituación ha sido con el objetivo de que su bebé naciera sano. Otras de las informantes creen que el ser un ejemplo para sus parientes más cercanos, les lleva a realizarse planteamientos de deshabituación tabáquica, de hecho afirman no fumar delante de ciertos parientes para ser un modelo de conducta, e incluso la mayoría no fuma en casa para que sea un lugar libre de humo, y para que se convierta en el núcleo de educación en comportamientos saludables para la familia. Y a continuación se exponen los discursos de las participantes que lo argumentan:

“por estar embarazada, además creo que no me costó por eso, porque era porque creí que era lo mejor ya no para mí, para el bebé, y ya le digo desde que me enteré de que estaba embarazada, a las dos semanas lo dejé” (P1).

“cuando estoy en mi casa y veo que a lo mejor mi madre, que fuma mucho, pues sí, no me da tantas ganas, porque la veo todo el día con el cigarro y digo, ¡joder!, ¡qué cansina con el tabaco! y sí me cohíbo más, de decir, joe, tanto fumar, me voy a controlar” (P4).

“porque en casa tampoco fumo” (P5).

“Profesional conocedor y modelo”

Explican que su profesión de enfermera, les lleva a conocer de cerca las consecuencias del tabaco, viendo directamente cómo les afecta a los pacientes, usuarios incluso jóvenes, que poseen un cáncer u otro tipo de enfermedad como secuela derivada del hábito de fumar, y que estas experiencias les llevan a plantearse dejar de fumar. Y creen que su objetivo como profesionales de la salud, promover comportamientos saludables en la población, deben ejemplificarlo dejando de fumar, y éste lo detectan como factor motivacional de deshabituación tabáquica para ellas. El hecho de ser las participantes, un modelo para la sociedad, en un comportamiento que es de vital importancia mundial para el cuidado de la salud de todas las personas les hace replantearse dejar el tabaco. Y para avalar la información descrita en esta categoría se pueden observar las siguientes inferencias de las informantes:

“has trabajado con gente que ha sufrido tumores de laringe, tumores de pulmón, y ves lo que acarrea y dices, te hace que pensar, vas a tener que dejar un poquillo el tabaco” “porque ves cada cosa, gente joven, y sí te lo planteas, en verdad” (P3).

“el tener información, el saber que es malo, y el hecho de dar ejemplo yo creo que sí que sería un factor de motivación, por lo menos para mí” (P2).

“sí trabajas con enfermos respiratorios que, que la mayoría pues tienen antecedentes de que son fumadores, y eso, a lo mejor si te hecha un poquito para atrás, porque ves las condiciones en las que están, después de haber fumado tanto,

y sí, te paras a pensar que a ver, que no deberías, o no fumar tanto o dejarlo definitivamente” (P4).

“Cuidado de la propia salud”

Uno de los facilitadores que perciben algunas de las enfermeras participantes, como factor motivacional para dejar de fumar, es el cuidado de la propia salud, porque principalmente han querido practicar deporte para cuidarse, y han percibido una diferencia física con respecto a la que poseían antes de fumar. También explican que el tabaco asociado a tratamientos es perjudicial y por eso han sugerido intentar dejar de fumar. Y las enfermedades se les han agravado con el tabaco, de forma que les ha hecho pensar en el cuidado de su propia salud tratando de abandonar el tabaco en otras ocasiones. Todo esto se puede ver más claro en los diferentes discursos de las participantes:

“pues yo he querido dejar de fumar porque, primero porque me apunté a un gimnasio, y la verdad es que noté bastante el, la diferencia entre cuando antes cuando no fumaba y ahora, también pues porque empecé a tomar pastillas anticonceptivas, también dije voy a dejar de fumar” (P2).

“pues una vez, que me puse mala, que estuve mala con bronquitis, sí dije se acabó, y de hecho estuve tres meses, sin fumar” (P4).

“y y por la salud, claro está” (P5).

“Círculo de no fumadores”

Muchas de las integrantes del estudio de investigación creen que les ayudaría rodearse de personas no fumadoras. Ya que la imitación y la relación social según ellas es lo que más les lleva a tener ganas de fumar. El juntarse con personas que no fuman, no les hace recordar tanto el tabaco y ellas tampoco fuman, como se puede ver en las descripciones de las experiencias de las informantes:

“la verdad que con la gente que yo me rodeaba de la carrera, no fumaba casi ninguno, y quizá eso pues me hizo un poco, mira ya no fumo, yo tampoco voy” (P3).

“porque si trabajas con gente que no fuma pues no te la necesidad a lo mejor, no es tanto, te cohibes más” (P4).

“Ocupada”

Todas las participantes poseen en común un factor que hace que no consuman tabaco, aunque ellas no lo describen como algo motivacional, pero sí que ellas en sus discursos, explican que cuando están ocupadas realizando alguna actividad que requiere concentración, responsabilidad, y tiempo de dedicación, no se acuerdan tanto del tabaco. Con lo cual esto podría facilitar la deshabituación tabáquica. Algunas partes de los discursos que apoyan esta idea son:

“si tengo mucha carga de trabajo no tengo tiempo, si tengo mucha carga de trabajo no fumo” (P1).

“por ejemplo estoy trabajando o estoy haciendo algo, que no en un sitio en donde no se puede fumar yo realmente, no hecho de menos el tabaco” (P2).

“si estoy más ocupada fumo menos, eso es, si yo estoy más trabajando o estoy más haciendo cualquier cosa, fumo menos, sino no” (P5).

“Precio del tabaco”

Ciertas participantes proponen subir el precio del tabaco para motivar a los profesionales de enfermería a dejar de fumar, incluso como único factor verdaderamente motivador, dado el gran conocimiento que los profesionales sanitarios poseen sobre las consecuencias negativas del tabaco, y sobre las ganancias que se adquieren cuando se deja el tabaco, opinan que el factor económico es lo que más puede dolerles, y lo explican de la siguiente manera:

“¡pues yo que sé!, como no suban el tabaco (risas)” (P3).

“el aspecto económico que cada vez nos lo están subiendo más, pero realmente otra cosa no, porque motivación alguna que puedan tener e, primero el nivel económico que ellos sí quieran o o que sepan realmente que a ellos les va a aportar beneficios, pero es que los sanitarios lo conocemos, sabemos perfectamente que qué aporta el tabaco y qué no aporta, entonces como no sea únicamente económica no lo sé, no lo sé” (P5).

“Medidas reguladoras”

Según las personas informantes del estudio, las medidas reguladoras que se están llevando a cabo para controlar y prevenir la conducta de fumar en España son positivas, porque al menos están disminuyendo el consumo de cigarrillos en ciertos lugares, y esto ha hecho que se acuerden menos del tabaco, y puede ser un facilitador a la hora de quitarse de fumar. Sobretudo cuando están trabajando ya han asumido que no pueden fumar y se olvidan del hábito, y a otras personas les supone una barrera para fumar por falta de tiempo, ya que el tener que desplazarse fuera del recinto hospitalario les supone un gran espacio de tiempo perdido. Lo cual describen en las siguientes inferencias:

“pues fumo cuando, cuando puedo, si tengo mucha carga de trabajo no tengo tiempo, porque como ahora hay que salirse fuera del recinto hospitalario a fumar y demás si tengo mucha carga de trabajo no fumo” (P1).

“estoy trabajando o estoy haciendo algo, que no en un sitio en donde no se puede fumar yo realmente, no hecho de menos el tabaco” (P2).

“¡pues yo lo veo muy bien!, porque gracias a esto mucha gente al estar en el bar, en vez de fumarse medio paquete, se fuma nada más que tres cigarros, y en parte eso te está ayudando a dejar de fumar” (P3).

“Programación del momento”

Las participantes expresan que planificar un momento fijo para dejar de fumar quizá les ayudaría a dejarlo, porque lo programan mentalmente, pero no lo fijan en serio ni lo planifican detenidamente, además alguna de ellas piensa que es fácil quitarse de fumar, pero coinciden en no encontrar el momento porque no lo programan, no se planean metas u objetivos, como puede comprobarse en las descripciones que las informantes hacen:

“vas diciendo no es el momento no es el momento, y va pasando el tiempo y sigues fumando” (P1).

“sí vamos a ver, siempre siempre pienso, pues cuando pase, tal día, dejo de fumar, porque para mí, haber yo pienso que para mí, es tan fácil, dejar de fumar es

tan fácil como decir ya no compro más tabaco, y es simplemente no acercarte a la máquina y no comprarlo, pero nunca nunca me fijo el día" (P2).

"porque ha sido, bueno de que pase tal cosa lo hago, de que pase tal cosa lo hago, y al final siempre voy teniendo algo y no" (P5)

Ser un modelo a seguir, es un factor común de determinadas circunstancias que facilitaría la deshabituación en estas profesionales de enfermería, les preocupa el papel que desempeñan en su profesión, aunque por otro lado quieren justificarlo, pero sobretodo les inquieta lo que puedan transmitir a sus familiares a cerca de este hábito, quieren trasladarles los pasos adecuados para tener conductas saludables, no les gusta ver a sus parientes fumar, esto les lleva a pensar que quizá ellos tampoco se sientan bien al verlas fumar, y les hace reflexionar sobre el abandono del tabaco. La profesión además les ha ofrecido la oportunidad de conocer todo a cerca del tabaco, de sus efectos, de los beneficios una vez que lo abandonas, e incluso han aprendido recursos para poder dejarlo. También trabajando con los pacientes se han podido dar cuenta realmente de lo que ocurre si no se planea la deshabituación tabáquica, y se va dejando y dejando, hasta que llegan enfermedades, tumores y malestares. Algunas de ellas han podido comprobar las diferencias en el estado físico cuando han querido realizar alguna actividad para mejorar su salud. El país mediante las leyes trata de regular el consumo de tabaco, y actualmente no se puede fumar en los lugares de trabajo, y en muchos espacios cerrados de ocio, lo que ha conducido a las participantes a fumar menos y a olvidar en algo el tabaco, de forma que pueda facilitar de algún modo la deshabituación. Las mismas informantes proponen como medida reguladora la subida del precio del tabaco, porque afirman que ese es un factor motivador muy importante para ellas. También son ellas mismas las que se están recomendando un método de programación de deshabituación asintiendo que el estar ocupadas hace que fumen menos, o que no recuerden el tabaco, expresando que a veces haciendo determinadas actividades les resulta más fácil olvidarse del vicio.

Experiencias de los profesionales de enfermería sobre el inicio, mantenimiento y deshabitación del hábito tabáquico

Para ser un modelo para familiares y sociedad, manifiestan que salir o juntarse con personas que no fumen les va a ayudar a ellas, porque esas personas van a actuar como modelo para ellas en esos casos. Y todo este conjunto de factores, les ha llevado a meditar, y a darse cuenta de que dejar de fumar solucionaría todo esto.

<i>Categorías emergentes relacionadas con los factores de inicio</i>	<i>Categorías emergentes relacionadas con los factores de mantenimiento</i>	<i>Categorías emergentes relacionadas con los facilitadores de deshabitación</i>
<i>"Por tonterías"</i>	<i>"Circunstancias de ocio y placer"</i>	<i>"Modelo y cuidado familiar"</i>
<i>"Mala situación personal"</i>	<i>"Círculo de fumadores"</i>	<i>"Profesional conocedor y modelo"</i>
<i>"Saliendo con amigos/as"</i>	<i>"Adicción y consumo"</i>	<i>"Cuidado de la propia salud"</i>
	<i>"Carga laboral"</i>	<i>"Círculo de no fumadores"</i>
	<i>"Enfermera pero persona"</i>	<i>"Ocupada"</i>
		<i>"Precio del tabaco"</i>
		<i>"Medidas reguladoras"</i>
		<i>"Programación del momento"</i>

7. DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en los resultados muestran las experiencias de las profesionales de enfermería que han participado en esta investigación, describen los factores que han incidido en su inicio, mantenimiento y deshabitación tabáquica.

Las profesionales de enfermería participantes en este estudio expresan que las primeras salidas con los amigos y las amigas han sido el factor inicial para tomar el primer contacto con el tabaco, las circunstancias personales de atravesar momentos difíciles para ellas y a la vez encontrarse en una época de adolescencia en la que no piensan en los resultados que se pueden obtener de determinadas conductas, les ha llevado a probar el tabaco.

Algunos de estos datos, coinciden con los resultados obtenidos en anteriores investigaciones, la etapa en la que comienzan a fumar ronda edades comprendidas en la adolescencia, la mayoría de las participantes dice iniciarse en el tabaquismo como una conducta de adaptación al grupo de iguales, pero sin embargo creen que esta forma de actuar comenzó de una forma que ahora consideran trivial. Antiguamente, en la década de los años setenta y ochenta, fumar era sinónimo de modernismo, inteligencia, sensualidad, sobretodo para las mujeres, y éste no ha sido un factor determinante en el inicio del consumo de tabaco de las participantes de esta investigación ⁽³⁷⁾.

Otro de los factores de inicio que se discute en la literatura existente sobre el tema de esta investigación es todo lo que acontece alrededor de los estudios universitarios de enfermería, y en este caso concreto, todas las informantes especifican que esas circunstancias no han tenido absolutamente nada que ver en sus relaciones iniciales con el tabaco, hecho que sí se ha demostrado en otras ocasiones, en anteriores estudios realizados con enfermeras y estudiantes de enfermería, pues durante los estudios universitarios algunos/as estudiantes con la misma edad en la que estudiaron las enfermeras participantes de esta investigación, comenzaron a fumar en Mallorca, Antioquia y Estados Unidos ^(6,37,38).

El continuar fumando, es justificado continuamente por las participantes de esta investigación. Y lo hacen de diversas formas, intentan separar sus vidas personales del los roles que representan laboralmente, piensan en voz alta que su consumo no es tan elevado como para considerarlo algo grave por lo que deban abandonar el hábito, y atribuyen su conducta de fumar a la adicción que ya sienten por el tabaco.

Algunas de ellas, otorgan parte de la culpa de seguir fumando a la carga física y mental que produce el trabajo como enfermera. Pero no mencionan esa sobrecarga como "estrés" propiamente dicho. Otras enfermeras en numerosas ocasiones sí han definido esa carga como estrés. Han justificado continuar fumando debido al estrés que producen determinadas circunstancias laborales relacionadas con el desempeño de la profesión enfermera como son: los turnos, la responsabilidad, la gran concentración que se precisa, las relaciones entre compañeros/as, usuarios/as y la familia de éstos; y también a las situaciones no laborales. Aunque este estrés también ha sido discutido, porque quizá pudiera deberse a estilos de personalidades que perciben determinados eventos como angustiosos ⁽³³⁾. Pero sí que se apoya en otros estudios la idea de fatiga laboral, como síntoma físico y mental, el cual se ha ido incrementando entre los profesionales de enfermería en los últimos años, otras enfermeras y enfermeros lo llaman presión laboral ^(22,36).

Otro gran factor motivador del hábito tabáquico expresado por las enfermeras de este estudio, es el placer. Alguna de las participantes expresa que le gusta fumar, pero en general no hablan sobre lo que les parece o lo que sienten cuando fuman, sino de cuándo fuman, y este espacio de tiempo dedicado al tabaco es común a eventos de diversión y gozo, que además suelen ser compartidos con más personas, las cuales en ocasiones son fumadoras. Y aunque es cierto que enfermeras de otros estudios en muchas ocasiones asignan el placer a persistir fumando ^(22, 25,37), no describen como hacen las enfermeras de esta investigación, que son las actividades que les agradan las que les llevan a fumar (tomar café, salir

a divertirse, ir a celebraciones, comer, beber alcohol...), y no solo el gusto que les ofrece fumar.

La mayoría de la información obtenida de las participantes de esta investigación muestra una gran carga social relacionada con la conducta de fumar en ellas. El rodearse de personas fumadoras arrastra consigo una conducta imitadora, en la cual las informantes declaran que sienten deseo de llevarse un cigarrillo a la boca, se vuelven sumisas a los ofrecimientos de las personas fumadoras que demandan compañía. La intervención social como factor determinante en la conducta de fumar cobra mucha importancia en otros estudios de investigación, en los que expresan que fumar relaciona personas fumadoras (enfermeras) ⁽³⁷⁾, sin embargo también existen enfermeras en otros lugares, que opinan que la influencia de las amistades es uno de los agentes motivacionales de menor relevancia ⁽²²⁾.

El miedo a engordar y los supuestos cambios que se pueden experimentar al abandonar el tabaco, no han sido factores de mantenimiento de las enfermeras colaboradoras de esta exploración. Aunque sí que han sido experimentados como justificantes del hábito en otras enfermeras de otras investigaciones, que mediante el consumo de tabaco dicen controlar el peso y evitar cánceres y enfermedades que se pueden producir por el abandono del tabaco ^(22, 37,38).

Para que las enfermeras fumadoras de este estudio intenten abandonar el tabaco, expresan la necesidad de tener alicientes que les ayuden a hacerlo, y eliminar algún factor de motivación de los que se han mencionado anteriormente. Como estímulo positivo consideran que ser un modelo de conducta familiar es algo muy importante para ellas, pues para proteger a sus parientes se ven más capaces de realizar determinadas conductas, como poseer intenciones de dejar el tabaco, e incluso han llegado a materializar esa intención en anteriores ocasiones. La literatura sobre motivadores de deshabituación tabáquica en enfermería no ofrece este punto de vista, solamente en una pequeña pincelada en la que se muestra que

el embarazo, como motivo de cuidado familiar (futuro hijo/a), es un elemento de deshabitación tabáquica ⁽³⁸⁾.

Otro de los agentes estimuladores de deshabitación es también ser un ejemplo para la sociedad, además de ser agentes educadores de salud, también son espectadores de los efectos desoladores del tabaco, y esto les hace meditar sobre su propia conducta, y se plantean abandonar el tabaco. Afirman poseer el conocimiento suficiente para conocer los aspectos más relevantes sobre todo lo relacionado con el tabaco, sus efectos, sus beneficios después de abandonarlo e incluso métodos para abordar el control y la prevención en sus usuarios/as, pero eso no les mueve a quitarse de fumar, sin embargo ver en primera plana las secuelas que padecen otras personas si les inquieta y les hace reaccionar. Este dato coincide con un estudio de investigación pero solo en una parte, la de ser un buen modelo como profesional sanitario ⁽¹⁰⁾, pero en la literatura no se menciona nada sobre el efecto que produce en las enfermeras ver de cerca las consecuencias del tabaco, a lo cual las enfermeras de este estudio le dan más importancia que al propio rol como profesionales.

Según las participantes cuidarse es también un modelador de conductas negativas para la salud, llevar a cabo acciones de cuidado personal como el deporte, les hace detectar cambios en su salud, y les motiva a querer modificar esos cambios para sentirse mejor. Estas acciones de cuidado también están expuestas en investigaciones de la literatura, solo que con una diferencia, y es que se centran más en las consecuencias que les puede producir el tabaco y en los signos y síntomas que ya les afectan a las enfermeras, en vez de en el cuidado que ellas realizan de sí mismas ^(9, 10, 22,38).

La ocupación es otro factor que incita las enfermeras participantes de esta investigación a olvidarse de fumar, ya sea porque están trabajando o porque realizan una actividad que demanda concentración, responsabilidad o simplemente no asocian con el tabaco, es asimilado por las informantes como tiempo no asociado al tabaco, y la duración de ese espacio les ayuda de alguna manera a

disminuir el hábito, y mejor aún, a ignorarlo por unos instantes. Sobre este agente facilitador concretamente no se encuentra nada en la literatura.

Las medidas reguladoras también les han ayudado a las participantes a fumar menos. Las normas por ejemplo en el lugar de trabajo es algo que se incorpora poco a poco, pero que al final adquieren. Además las demás personas que les rodean tienen que realizar la misma conducta, en este caso no fumar en todo el recinto hospitalario. Con lo cual la imitación les lleva a la rutina, e incorporan esos comportamientos a sus vidas diarias. Estas medidas para controlar el consumo de tabaco también han sido un elemento común de deshabitación tabáquica en otras investigaciones^(24,38).

Las informantes de este estudio proponen subir el precio del tabaco como medida facilitadora de deshabitación tabáquica. Además manifiestan que ese ya es, pero que podría ser aún más un estimulante para abandonar el hábito en las enfermeras, y también les parece otra razón para dejar de fumar a enfermeras de otro estudio de investigación⁽²²⁾.

Las participantes dicen posponer siempre el abandono del tabaco, que se plantean metas mentalmente que después casi nunca llevan a la práctica, admitiendo que si realizaran una planeación de la conducta de deshabitación tabáquica obtendrían resultados incluso de éxito. Luego un facilitador podría ser este, planificar una estrategia para dejar de fumar, de hecho algunas investigaciones no lo plantean de esta forma concreta, pero sí describen el vehículo necesario para aprender a realizar este tipo de planificaciones, que es recibir ayuda, establecer más consultas de atención primaria de deshabitación tabáquica que ayuden a las enfermeras a abandonar el hábito^(23,24).

Y por último, para que las enfermeras fumadoras de esta investigación tengan estímulos positivos que les ayuden a dejar de fumar, también expresan como necesario no tener cerca personas fumadoras que les incitan consciente e

inconscientemente a llevar la conducta a cabo. Luego en este caso es eliminar el factor motivacional descrito anteriormente por ellas de rodearse de personas fumadoras. Este facilitador no coincide exactamente con la literatura sobre agentes motivadores de deshabitación, sino que otras enfermeras expresan que los compañeros y las compañeras, al igual que las personas exfumadoras les animan a no fumar, pero no describen a estas personas como ejemplo de imagen que no está realizando la conducta de fumar, sino como agentes que promueven la deshabitación tabáquica teóricamente ^(10,38).

8. LIMITACIONES

- No existe triangulación de la información recabada con otros investigadores, en la cual varios investigadores recogen la información sobre el mismo tema para analizar si obtienen resultados equivalentes, esto aporta más credibilidad al estudio. Solo hay una investigadora, mas de un autor aportaría mayor riqueza y profundidad en la recolecta de la información, en la revisión y evaluación de todo el conjunto de descripciones y significados aportados por las participantes.

- Se utiliza un solo método de recogida de información "entrevistas en profundidad", con más recursos se podría profundizar aún más en el tema, por ejemplo si se combinase este método con un grupo focal de discusión, quizá se obtendría mayor conocimiento sobre los factores relacionados con el hábito de fumar en enfermeras.

- El muestreo, aunque ha sido intencional, no ha ido orientado a buscar fuentes de información contradictorias o que identifiquen excepciones a los patrones descritos que aporten más riqueza a la discusión y a las conclusiones de esta investigación, ya que las ideas contradictorias suelen aportar ideas nuevas al conocimiento.

- La autora no ha encontrado enfermeros fumadores como muestra del estudio, esto podría deberse a que la proporción de mujeres enfermeras es mayor que de hombres, y que según la literatura las mujeres están fumando más que los hombres.
- No se ha llegado a la saturación de la información obtenida de las participantes del estudio, dado que solo son cinco personas colaboradoras las que componen la muestra de este estudio, se necesitarían algunas más hasta llegar a recolectar toda la información posible para completar del todo la investigación.

9. CONCLUSIONES

Este estudio ha permitido conocer y comprender las vivencias relacionadas con el inicio y mantenimiento del hábito de fumar en enfermeras, y aporta algunos hallazgos sobre qué agentes facilitadores llevarían a estas enfermeras al abandono tabáquico.

- El inicio del consumo de tabaco ha sido relacionado por las enfermeras con la edad adolescente y las circunstancias sociales que rodean esa etapa, en la que ellas querían afianzarse en los grupos de amistades, y fumar no era una conducta pensada, aunque a veces pudiera ser consciente, pero que ha sido más bien impulsiva.
- Las enfermeras explican que continúan fumando utilizando agentes que lo justifican como la adicción, que consumen poco y que a pesar de ser profesionales sanitarias, también son personas normales que tienen derecho a equivocarse a tener conductas negativas en sus vidas.
- Existen circunstancias que asocian a la conducta de fumar, y con las que además disfrutan de este hábito como es el ocio, el placer, y el rodearse de

amigos/as y compañeros/as que fumen, siendo estos últimos un factor muy importante en la imitación de la conducta.

- Lo que más cobra importancia para motivar a las enfermeras a dejar de fumar, es el cuidado familiar, establecerse como modelo de los más allegados y prevenir esa conducta en sus parientes.

- Expresan la necesidad de tomárselo en serio, y que no sólo quede en intenciones, sino que materialicen esa intención con refuerzos que les ayuden como, la ocupación, rodearse de personas no fumadoras, realizando actividades de ocio que a la vez promuevan la salud de uno mismo, y concienciándose de lo que podría ocurrir si siguen demorando su planificación de abandono, ya que ellas observan de cerca las consecuencias del tabaco en su lugar de trabajo.

- Las enfermeras estudiadas perciben las medidas de regulación del tabaco llevadas a cabo por el Gobierno de España en 2010 como positivas, y un acierto que puede ayudar a las enfermeras y a toda la sociedad en el abandono del tabaco, afirman que ya existe una disminución en el consumo gracias a estas normas.

10. BIBLIOGRAFÍA

(1) Saiz Martínez-Acitores I, Rubio Colavida J, Espiga López I, Alonso de la Iglesia, Begoña, Blanco Aguilar J, Cortés Mancha M, et al. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Rev. Esp. Salud Pública 2003; 77(4):441-473.

(2) Lewis PC. Tobacco: What Is It and Why Do People Continue to use it? Medsurg Nurs. June 2008; 17(3):193-201.

(3) Osorio S X, Rivas R E, Jara B J. Prevalencia de tabaquismo en enfermeras de la IX Región, Chile. Rev. Méd. Chile 2003; 131(3):269-274.

(4) Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. Med. Clin. (Barc) 2006; 136(3):97-102.

(5) Pacheco Cardoso BA, Caldeira dos Santos, Leonardo Salvador, Miguéis Berardinelli LM. La relación estilo de vida y el tabaquismo entre los estudiantes de enfermería. Rev. Electr. Enf. [Internet] 2009; 11(2):368-374. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a18.htm>

(6) Rodríguez M, Pineda S, Vélez L. Características del consumo de tabaco en estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia (Colombia). Invest. Educ. Enferm. 2010; 28(3):370-383.

(7) Henríquez Sánchez P, Alonso Bilbao JL, Beltrán Rodríguez R, Doreste Alonso J. Tabaquismo en Gran Canaria. Consumo y actitudes en adolescentes. Gac. Sanit. 2000; 14(5):338-345.

(8) Villalbí JR, Rodríguez-Sanz M, Villegas R, Borrell C. Cambios en el patrón de tabaquismo de la población: Barcelona, 1983-2006. Med. Clin. (Barc) 2009; 132(11):414-419.

(9) López EG, Dios T, Colavida JMR, Coello MRB, López IE, Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. Prev. tab. 2000; 2(1):22-31.

(10) Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública 1999; 73(3):355-364.

(11) Cerón Marquez VJ. Intervención enfermera frente al tabaquismo. Metas Enferm. 2006; 9(9):27-32.

(12) Wilkinson S, Locker J, Whybrow J, Percival J, Owen L. The nurse's role in promoting smoking cessation. *Nurs. Standard* 2004; 19(14-16):45-52.

(13) Acosta González M, Martínez Ramos M, Armas Rojas N, Hernández Valdés E, Dueñas Herrera A, Díaz Vázquez M. Características diagnósticas sobre tabaquismo en trabajadores de una institución de salud. *Rev. Cubana enfermer.* 2006;22(1):0-0.

(14) Neal L B. Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 2003 0; 46(1):91-111.

(15) Instituto Nacional de Estadística. Available at: <http://www.ine.es/>. Accessed 01/05/2012.

(16) Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Los Andaluces ante las Drogas IX. 2005.

(17) Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social, Instituto de Desarrollo Regional, Fundación Universidad de Sevilla. La Población Andaluza ante las Drogas X. 2007.

(18) Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. O comportamento do fumar entre enfermeiras. *Acta Paul Enferm.* 2002;15(2):65-70.

(19) Smith DRD. A systematic review of tobacco smoking among nursing students. *Nurse. Educ. Pract.* September 2007; 7(5):293-302.

(20) Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M. Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gac. Sanit.* 2003; 17(1):5-10.

(21) Salmerón-Castro J, Arillo-Santillán E, Campuzano-Rincón JC, López-Antuñano FJ, Lazcano-Ponce EC. Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Pública Mex.* 2002;44.

(22) McKenna HH, Slater PP, McCance TT, Bunting BB, Spiers AA, McElwee GG. Qualified nurses' smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. *J. Adv. Nurs.* 2001 September 2001; 35(5):769-775.

(23) Varona Pérez P, Fernández Larrea N, Bonet Gorbea M, García Roche RG, Ibarra Salas AM, Chang de la Rosa, M. Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2000; 16(3):221-226.

(24) Ruiz de Gordejuela E, Lorza JJ, Urresti A. El tabaquismo entre los trabajadores del Hospital de Santa Marina, Bilbao: Consumo y actitudes. *Prev. Tab.* Septiembre 2000; 2(2):95-100.

(25) Fernández Hernández MJ, Ibáñez Pérez F. Hábito y actitud respecto al tabaco en enfermería de atención primaria de Bilbao. *Enferm. Clin.* 2005;15(3):156-162.

(26) Trinkoff AM, Storr CL. Substance use among nurses: Differences between specialties. *Am. J. of Public Health* 1998 Apr 1998;88(4):581-5.

(27) O'Donovan G. Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. *Int. Nurs. Rev.* 2009; 56(2):230-236.

(28) Saavedra VP, Ferreira PS, Pillon SC. Tabaquismo en las enfermeras de un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev. Lat. Am. Enferm.* 2010; 18:550-556.

(29) Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La función de los profesionales de la salud en el control del tabaco. 2004.

(30) Schultz ASH. Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. *Int. j. Nurs. Stud.* 2003;40:571-586.

(31) Carlebach SS, Hamilton SS. Understanding the nurse's role in smoking cessation. *Br. J. Nurs.* (Mark Allen Publishing) 2009; 18(11):672-4, 676.

(32) García M, Salinas M. Abordaje del tabaquismo: planes de cuidados de enfermería. *Nure Inv.* 2009 Nov-Dic.; 6 (43).

(33) Rowe K, Clark JM. Why nurses smoke: A review of the literature. *Int. J. Nurs. Stud.* 2000; 37(2):173-181.

(34) Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía. Alcohol y Tabaquismo infórmate! 28 de Mayo Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres. 2006.

(35) Portuondo Maseda MT, Marugán Torres P, Cabrero Fernández F, Morales Durán M, Maroto Montero JM, Muriel A. Sobrepeso y deshabitación tabáquica. *Rev. enferm. Cardiol. Esp.*, 2006;38:41-43.

(36) 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 of nurses. *Int. J. Nurs. Stud.* 2003;40(4):359-366.

(37) Pericàs Beltran J, Bennasar Veny M, González Torrente S, Seguí González P, De Pedro Gómez JE. Tabaquismo en enfermeras de Atención Primaria: factores que influyen en su inicio y mantenimiento. *Index de Enferm.* [Index Enferm] (edición digital) 2009;18(1):23-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100005&lng=es. Consultado el 05 de Enero de 2012

(38) Bialous SA, Sarna L, Wewers ME, Froelicher ES, Danao L. Nurses' Perspectives of Smoking Initiation, Addiction, and Cessation. *Nurs. Res.* 2004;53(6):387-395.

(39) Ramón Torrell JM, Bruguera Cortada E, Fernández Pinilla C, Sanz de Burgoa V, Ramírez Vázquez E. Motivos para dejar de fumar en España en función del sexo y la edad. *Gac. Sanit.* 2009;23(6):539.

(40) Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *BOE* 2010 Viernes, 31 de Diciembre de 2010;318:109188-94.

(41) de Granda Orive JI, Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Roig Vázquez F. En defensa de la salud. Fumadores y la nueva Ley Antitabaco española (Ley 42/2010). *Rev. Clin. Mel.* 2011;1(2):7-9.

(42) Rodríguez Martínez M. Publicidad y tabaco: efectos en su consumo tras la nueva ley antitabaco en España. *Rev. Esp. Com. Sal.* 2010;1(1):23-29.

(43) Calsamiglia Blancafort H, Tusón Valls A. Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso. Barcelona: Ariel; 2004.

(44) Rodríguez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Aljibe, 1996.

(45) Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, 1996.

(46) Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido S, Prieto-Rodríguez M, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M. El Análisis de Texto asistido por ordenador en la Investigación Cualitativa. *Index Enferm.* [Index Enferm] (edición digital) 2002;36-37:24-28. Disponible en: http://www.index-enfermeria/36-37revista/36-37_articulo_24-28php. Consultado el 15 de Mayo de 2012.

(47) Sandoval CA. Investigación cualitativa. Programa de Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá: ICFES, 1996.

ANEXO I

Guión de la entrevista

1. Presentación
2. Cuénteme: ¿cómo comenzó usted a fumar? o / ¿Por qué comenzó usted a fumar?
 - ¿A qué edad?
 - ¿En qué circunstancias?
3. ¿Qué opinión le merece que un enfermero o una enfermera fume?
 - ¿Qué confianza cree usted que merece una enfermera fumadora para un usuario que quiere dejar de fumar?
4. Cuando comenzó sus estudios de enfermería ¿Cómo era su hábito de fumar en relación a todas las circunstancias que rodean los estudios de enfermería: prácticas, compañeros/as nuevos/as, estudios...?
 - ¿Aumentó o disminuyó el hábito por algún motivo?
5. ¿Por qué continúa fumando? y/o ¿Qué motivos hacen que fume usted actualmente?
6. ¿En qué circunstancias fuma usted?
 - ¿En qué momentos del día o de la semana?
 - ¿En circunstancias especiales fuma más, o menos?
7. ¿Cómo es este hábito cuando trabaja como enfermero/a?
 - ¿Busca alguna forma de fumar durante la jornada laboral?
 - ¿El trabajo cree que influye de alguna manera en su necesidad de fumar?
8. ¿Ha intentado dejar de fumar alguna vez a lo largo de su vida?
 - ¿Qué pasó? o / ¿Qué ocurrió?
9. Si es así: ¿Por qué motivos quiso dejar de fumar? /Si es que no: ¿Por qué?

Experiencias de los profesionales de enfermería sobre el inicio, mantenimiento y deshabituación del hábito tabáquico

10. ¿Por qué no lo ha intentado más veces o actualmente?
11. ¿Qué motiva o motivaría a los profesionales a la deshabituación tabáquica?
12. ¿Qué opinión tiene sobre la nueva ley antitabaco/nuevas normativas sobre el tabaco en España?