

Redes de apoyo familiar en adultos en tratamiento de tabaquismo en un centro de adicciones público

Family Support Networks in Adults on Smoking Treatment in a Public Addiction Center

Jorge Armando Ríos Martínez^a, Bernardo Enrique Roque Tovar^b

^aUniversidad del Valle de Atemajac, ^bInstituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Historia editorial

Recibido: 13-09-2019

Primera revisión: 06-01-2020

Aceptado: 08-06-2020

Palabras clave

red de apoyo, familia, tabaquismo, alta terapéutica

Keywords

support network, family, smoking, high therapeutic

Resumen

Este artículo se centra en el estudio de las redes de apoyo y el impacto que ha tenido para el paciente la intervención de la familia en el tratamiento para dejar de fumar. El objetivo fue describir los elementos involucrados por parte de la red de apoyo familiar en la obtención del alta con mejoría en el tratamiento de tabaquismo. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, se enfatizó el relato de vida de acuerdo con la vivencia personal durante el proceso de tratamiento hasta la alta terapéutica. Se describen los resultados obtenidos a través del análisis realizado.

Abstract

This article focuses on the study of support networks and the impact that family intervention in smoking cessation treatment has had on the patient. The objective was to describe the elements involved by the family support network in obtaining discharge with improvement in the treatment of smoking. The study had a qualitative focus, the life story was emphasized according to the personal experience during the treatment process until the therapeutic discharge. The results obtained through the analysis performed are described

El consumo de tabaco es una de las mayores amenazas de salud pública en el mundo, el cual constituye actualmente la primera causa evitable de morbi-mortalidad de los países desarrollados (Becoña, 2004; Organización Mundial de la Salud, 2019).

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2018 se estimó que 1 337 000 millones de personas fumaban tabaco en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018). En México, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), en el año 2017 se estimó que 14.9 millones de mexicanos entre 12 y 65 años eran fumadores activos.

El consumo de tabaco podría disparar a corto plazo las tasas de las enfermedades no transmisibles (Chávez, 2004; ENCODAT, 2017; Ruiz, Isorna, Ruiz, Vaquero, 2015; Pinto, 2016). Además de los riesgos para la salud, costos sociales, como ausentismo escolar y laboral, disminución de la productividad, altos costos en la atención médica, problemas de salud mental, y pérdida en años de vida productiva, entre otros (Secretaría de Salud, 2001).

Según estadísticas de la OMS cada año, más de 8 millones de personas fallecen a causa del tabaco. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo y alrededor de 1,2 millones, consecuencia de la exposición involuntaria al humo del tabaco. (World Health Organization, 2019). De acuerdo con el Programa de Acción contra el Tabaquismo (PAT) aproximadamente 122 personas mueren diariamente en México por causas asociadas al tabaco, teniendo costos atribuibles por diez mil millones de pesos anuales, ésta es una de las razones por lo que el tabaquismo se encuentra dentro de los diez problemas de Salud Pública prioritarios tanto a nivel de prevención como de tratamiento (Secretaría de Salud, 2001; Reynales, 2016).

Entre la población fumadora de México de 12 a 65 años el 24.4% reportó haber recibido recomendaciones para dejar de fumar, mientras que el 56.1% lo intentaron por lo menos una vez en el último año, de los cuales solo el 3.5% se apoyó en la consejería/asesoría de un profesional de salud (ENCODAT, 2017).

De acuerdo con el Sistema Epidemiológico de las Adicciones (SISVEA), de la población que acudió a un centro de tratamiento en Jalisco en el año 2015, 3,017 personas refirieron que su droga de inicio fue el tabaco, solo por debajo del consumo de alcohol. El tabaco se colocó en el cuarto lugar respecto a las drogas de mayor impacto o por las que una persona acudía a buscar tratamiento.

Se pueden presentar diversos factores que podrían influir para que una persona se adhiera y culmine un tratamiento para el tabaquismo. Algunos son factores individuales como la percepción que el paciente tiene del problema, los motivos por los cuales se encuentra en tratamiento, la realización de tareas y recomendaciones, la auto-eficacia del paciente, las expectativas, etc. Otros son factores terapéuticos e institucionales como el tipo de tratamiento, la relación terapeuta-cliente, el transmitir de manera adecuada la información al paciente, la comunicación durante el proceso de tratamiento y su accesibilidad en costos y tiempo para acudir a sus sesiones de tratamiento, y por último los factores sociales como si alguno de sus familiares fuma, los bajos o altos niveles de cohesión familiar, las pautas de interacción, la tolerancia familiar al consumo de tabaco así como el apoyo de amigos y familia en los cambios de hábitos del paciente y por ende algunas modificaciones en los hábitos de éstos al convivir con la persona fumadora así como el refuerzo de su conducta al disminuir o eliminar el consumo de tabaco (Nuño, 2008).

La eficacia de un tratamiento y el éxito para dejar de fumar se encuentra asociada a la alta motivación, la preparación para el cambio, y a disponer de una buena red de apoyo social como en el apoyo externo derivado de los cónyuges, miembros de la familia, amigos, en su trabajo y en los lugares donde sale o se relaciona habitualmente (Becoña, 2003; Muñoz, Baena, y Cepeda, 2006).

Los seres humanos, a lo largo de la vida se relacionan creando lazos con otras personas, se establecen y estructuran redes de apoyo, las cuales pueden favorecer en las situaciones adversas que se le presentan al individuo. Como menciona Sluzki, “una red social personal estable, sensible

y confiable actúa como agente de ayuda, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida, es salutogénica” (Sluzki, 1996, p. 71). Con el uso adecuado de las redes de apoyo se puede presentar un círculo virtuoso, lo cual se refiere a una serie de acciones que beneficien a la persona hacia su crecimiento y donde la presencia de una red social sustancial tiene la capacidad de proteger la salud del individuo y la salud del individuo mantiene a la red social. Existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud (Sluzki, 1996).

Para Sluzki (1996) la red de apoyo familiar que comprende a los padres, hermanos, hijos puede proveer una retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud que favorece los comportamientos correctivos e impulsa actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida: rutina de sueño, de adhesión al régimen medicamentoso y, en general, cuidados de salud. Es decir, la red social actúa como monitor de la salud y activación de las consultas a expertos (Sluzki, 1996).

Las redes de apoyo comprenden a los individuos con quienes una persona interactúa, e incluye un círculo interior de relaciones íntimas, como son los familiares directos y amigos cercanos, un círculo intermedio de relaciones personales con intercambios de menor grado de intimidad y compromiso como las relaciones sociales, familiares intermedios, y un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales como familiares lejanos, compañeros de trabajo, mismas que se pueden desarrollar en diversos contextos como la familia, amigos, en la comunidad o en el trabajo. (Sluzki, 1996).

El conjunto de las conexiones o vínculos en un momento dado constituye la red social de la persona, la cual se evalúa de acuerdo con las características estructurales, las funciones sociales cumplidas y los atributos de los lazos o relaciones específicos. Las características estructurales incluyen tamaño, como el número de personas en la red, distribución densidad, respecto a la conexión entre los miembros, el tipo de funciones presente y ausente, la homogeneidad/heterogeneidad demográfica y sociocultural de la red y su dispersión (Sluzki, 1996).

Como lo menciona Andolfi, “la familia se considera como un sistema relacional la cual está constituida por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades” (Andolfi, 1991, p. 17). La familia y las redes con las que cuente cada individuo puede favorecer en la solución de sus dificultades, por este motivo las redes de apoyo familiar pueden favorecer e influir en la modificación del comportamiento de uno de sus miembros y éste a su vez en la modificación de la misma red de apoyo (Sluzki, 1996).

El objetivo de la investigación fue describir los elementos involucrados por parte de las redes de apoyo familiar en la obtención de la alta terapéutica de pacientes en tratamiento de tabaquismo y aportar datos para esclarecer la siguiente pregunta: ¿Cuál es la importancia de las redes familiares en la alta terapéutica de personas que estuvieron bajo tratamiento para el tabaquismo?

MÉTODO

El estudio se desarrolló con base en el enfoque de investigación cualitativo, mediante el desarrollo de relatos de vida (Bolívar, 2014; Taylor y Bogdan, 1984; Puyana, y Barreto 1994; Bolívar, 1998; Galindo, 1998; Ruiz, 2012), ya que este procedimiento puede demarcar las experiencias y vivencias de las personas de manera que se logre captar en sus argumentos la información relevante y oportuna de dicha investigación.

El relato de vida está basado en la elaboración de una entrevista en profundidad donde el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona mediante palabras, gestos, símbolos, anécdotas, relatos, y constituye una expresión de la permanente interacción entre la historia personal, social y contextos socio-culturales, los cuales son matizados por los sentidos, experiencias y reconstrucciones que el individuo efectúa para vivir y sobrevivir diariamente, es decir, se interesa por el entendimiento del fenómeno social, desde la visión del actor (Bolívar, 2014;

Ruiz, 2012; Hernández, 2009; Galindo, 1998; Puyana, y Barreto 1994; Taylor y Bogdan, 1984).

Según Ruíz Olabuenágana (2003), los objetivos de las historias y los relatos de vida son captar la totalidad de una experiencia recuperando el elemento biográfico, desde el yo íntimo a todos cuantos entran en relación significativa con la vida de una persona incluyendo las necesidades fisiológicas, la red familiar, las relaciones de amistad, la definición personal de la situación, el cambio personal y el cambio de la sociedad ambiental, los momentos críticos y las fases tranquilas, la inclusión y la marginación de un individuo en su mundo social circundante (Bolívar, 2014; Ruiz, 2003).

Mckernan (1999) alude a tres modalidades de las historias de vida: completas, temáticas y editadas, haciendo uso de la segunda en la presente investigación. Las historias de vida temáticas o relatos de vida se enfocan en la vida del sujeto pero delimitan la investigación a un tema, asunto o período de su vida, realizando una exploración a fondo del mismo (Bolívar, 2014; Mckernan, 1999).

Los participantes fueron contactados por parte del coordinador del grupo terapéutico para dejar de fumar, los mismos acuden a sesiones de seguimiento o prevención de recaídas. Fueron invitados a narrar sus experiencias de manera voluntaria, realizándose en una sola entrevista enfocándose en la participación de su familia al lograr la alta terapéutica de acuerdo a sus vivencias personales. Se tomaron como criterios de inclusión que hubieran estado en tratamiento para el consumo de tabaco, así como que fueran dados de alta con mejoría en el último año, o se encuentren acudiendo a sesiones de seguimiento del mismo programa después de ser dados de alta.

La presente investigación fue de corte transversal, mediante el uso de entrevistas en profundidad de manera individual, en la que se tomó en cuenta la categoría conductual, abordando comentarios, acciones concretas realizadas por la familia, asistencia al centro de terapia, categoría cognitiva abordando comentarios y una categoría afectiva referente a sentimientos generados con y hacia la familia dirigido hacia su percepción en la obtención del alta terapéutica.

Se realizó una única entrevista por participante cuya duración oscila entre una hora a hora y media, mismas que fueron grabadas y transcritas.

Esta investigación se llevó a cabo siguiendo los lineamientos éticos de anonimato guardando la confidencialidad y no maleficencia, sus nombres serán referidos por las siguientes claves:

Participante 1: mujer de 62 años, con nivel de estudios de primaria, residente de Guadalajara, viuda desde hace 7 años, tiene tres hijos adultos, uno de ellos fumador, actualmente es ama de casa, tiempo de consumo de tabaco fue de 30 años aproximadamente, duración del el tratamiento fue de seis meses, no ha cesado su asistencia al centro de tratamiento a pesar de estar dada de alta y acude al programa de prevención de recaídas desde hace seis meses.

Participante 2: hombre de 64 años, con nivel de estudios de secundaria, residente de Guadalajara, actualmente está pensionado, casado con cuatro hijos adultos, dos de ellos fumadores, tiempo de consumo de tabaco fue de 52 años, duración del tratamiento ocho meses, no ha cesado su asistencia al centro de tratamiento a pesar de estar dado de alta y acude al programa de prevención de recaídas desde hace casi un mes.

Participante 3: mujer de 61 años, con nivel de estudios de primaria, residente de Guadalajara, ama de casa, casada con cuatro hijos adultos, tiempo de consumo de tabaco fue de 45 años, duración de tratamiento 12 meses, no ha cesado su asistencia al centro de tratamiento a pesar de estar dada de alta y acude al programa de prevención de recaídas desde hace un mes y medio.

En ocasiones los participantes hacen referencia a la prevención de recaídas como parte de su proceso inicial, ya que en los tres casos no han dejado de acudir a las sesiones en el centro de tratamiento y pareciera que están viviendo actualmente los recuerdos aunque hayan logrado su objetivo que era dejar de fumar.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados: se identificaron tres categorías temáticas relevantes.

La primera categoría ha sido denominada Validación, la segunda categoría se denomina Apoyo conductual, y la última categoría se denomina Sentimiento de culpa. Para una mayor comprensión de esta categoría temática, se presenta la tabla 1:

Validación (Cognitivo)	Apoyo conductual (Conductual)	Sentimiento de culpa (Afectivo)
<ul style="list-style-type: none"> • Palabras de aliento y motivación durante y después del proceso. • Palabras de felicitación por los logros obtenidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza en el proceso y recursos del paciente. • Modificación de comportamientos de la familia en torno al consumo de tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de aversión personal por daño ocasionado a la familia. • Sentimiento de culpa en torno al ejemplo brindado a otros miembros de la familia.

Tabla 1. Implicación de la red familiar.

La categoría *Validación* describe el proceso mediante el cual la familia motiva, reconoce e incentiva el esfuerzo y los avances de la persona durante el proceso de tratamiento, al dejar de fumar y continuar en la abstinencia. Este proceso se fundamenta principalmente en valor y significado que la persona le otorga a las palabras de aliento de la familia y el impacto que tienen durante el proceso de tratamiento y posterior a este. Por ejemplo, obsérvese cómo las palabras de reconocimiento ante los logros de la persona han ayudado a que se sienta motivada lo cual no solo impacta en su tratamiento para dejar de fumar sino al parecer en otros aspectos de su vida.

Participante 1: A mi hija que vive conmigo, le dio gusto de cuando empecé a venir a recibir tratamiento y se puso orgullosa de que yo lo haya dejado, y de mi familia siempre me han felicitado por tener este valor de dejar el cigarro, eso me hace sentir bien y motivada de que todo se puede.

En otras entrevistas se puede observar también el reconocimiento familiar, destacando las palabras y el orgullo mostrado por la familia y por la persona al conseguir el dejar de fumar así como la sensación de dejarles un mensaje positivo por parte del participante a los otros miembros de la familia.

Participante 2: Había invitado a mi esposa y me decía, tu síguele, te apoyo, me daba ánimos y me felicitaba, me daba mi abrazo y me decía te felicito, y así como hiciste el bien conmigo te hiciste el bien tú solo. Me dio gusto que una hija y un hijo ya dejaran de fumar por lo mismo que yo les platique, y ellos me decían, ‘no papá, usted nos motivó’, y ahora que ya dejé de fumar se sienten orgullosos y yo me siento igual.

Participante 3: Mi hermana siempre me había dicho ‘ve al psicólogo eso te va a ayudar mucho’, y cuando le dije de esto, me dijo que le daba gusto, y me dijo que me iba a ayudar mucho para que lo dejara, y desde el primer día me acompañó estando en el grupo, y me dijo ‘yo te voy a regañar eh, cuando empieces con lo del cigarro’, me recuerda y me decía: ‘Hermana ya nos fumamos dos cigarros o ya van a ser dos cigarros los que nos vamos a fumar’, pero no me decía ni en mala onda ni enojada, ni mis hijos, ni mi esposo me decían ningún regaño, al contrario me veían que estoy mejor y les daba gusto porque me ven más alegre y menos estresada.

Para los participantes la validación y reconocimiento por parte de su familia, seres queridos y sociedad en general cobra un significado importante al mostrar sus avances y logros, así como que los otros formen parte de estos, en algunos casos de manera simbólica mediante rituales donde pueden observar a la persona con la decisión de continuar su vida sin el consumo de tabaco y el reconocimiento social que este acto conlleva. En el siguiente párrafo se ilustra un poco con palabras de uno de los participantes:

Participante 2: Cuando me decidí a dejar de fumar quise darle la sorpresa a mi esposa y hacer el ritual, donde el que lo dejaba enterraba el cigarro y le daba unas palabras de despedida, así como: ‘me has hecho mucho daño y ya no quiero que estés en mi vida’ o cosas por el estilo y una vez que lo entierras simboliza para todos que ya está muerto y no resucitará en tu vida, y cuando lo hice quise invitar a mi esposa, para que me viera haciendo el ritual, y que viera que ahora sí lo dejé para siempre.

Las palabras de validación y reconocimiento favorecen en estos casos para que los participantes continúen esforzándose y de una manera motivada continúen con el tratamiento y en el transcurso el recibir palabras de apoyo y confianza por parte de la familia lo cual puede ayudarles a que continúen en la búsqueda de su meta. El que los participantes logren observar avances en su tratamiento así como que los miembros de su familia también puedan observarlos y hacérselo saber cobra una gran relevancia en el proceso. Como menciona Eguiluz, “es en la familia donde se establecen las bases del sistema de comunicación y en ella deben centrarse la atención para dar el primer paso hacia la prevención y tratamiento de los principales problemas de salud que nos aquejan” (2003, p.48).

La categoría *Apoyo conductual* hace referencia a las modificaciones que tienen, en su comportamiento en torno al consumo de tabaco, las personas cercanas al entrevistado, principalmente de su familia nuclear. Dichas modificaciones pueden presentarse en relación a sus acciones o palabras e insinuaciones sobre el acto de fumar por parte de amigos y/o familiares hacia la persona que acude a tratamiento de tabaco, ayudando de esta manera a la disminución y cese del consumo. Por ejemplo, se puede observar cómo los miembros familiares cercanos comienzan a fumar en otros lugares, dejan de hablar sobre el consumo de tabaco o se insertan en una conducta de cese de consumo de tabaco, disminuyen o dejan de promover el consumo de tabaco en la familia.

También se realiza mediante el monitoreo de conductas hacia la persona fumadora, por ejemplo contando la cantidad de cigarros fumados en el día y ayudando en la actualización de sus registros personales respecto al consumo y realizando apercibimientos cuando la persona que se encuentra en tratamiento está llegando a la cantidad establecida como meta en ese lapso de tiempo.

Participante 1: Tengo hermanos que fuman y como saben que lo dejé, no me ofrecen, ni fuman delante de mí, por ejemplo, uno de mis hermanos que sí fuma, cuando salimos de viaje y vamos en carretera y quiere fumarse uno se orilla y se baja a fumárselo, pero no por eso le pido y él me respeta por ese lado, no se lo fuma cerca de mí y ya cuando se lo termina se pone perfume y se vuelve a subir al carro, o fuma mientras nosotros hacemos otras cosas.

Participante 2: La manera en que mi esposa me ayudaba es cuando me contaba los cigarros porque cada semana tenía que bajarle y ella me ayudaba avisándome cuando fumaba rápido, o había momentos que me daba una desesperación cuando sentía ganas de fumar, y si estaba en la casa mi esposa se acercaba a platicar conmigo, o si mi esposa está haciendo de comer o algo, trataba de agarrar un libro para leer y se me pasaba y es la forma en que lo logré.

Participante 3: Como mis hijos fuman, ellos mismos se detenían, y para que no fumara, me decían ‘mamá vámonos para acá afuera’, me distraían, ellos como que no estaban conformes de que fumara y se detenían demasiado de fumar para apoyarme a que yo no fumara, es su manera de echarme la mano, porque como vieron que estaba viniendo a terapia y me estaba costando trabajo me comprenden por ese lado, esa era su forma de ayudarme. A veces mi hermana les decía a mis hijos los que fuman, cuando ya estaban prendiendo el cigarro: ‘si su mami está yendo para allá ocupa su apoyo’, y sí agarraban el rollo, y tengo unos hijos que habría de ver, nobles, buenos con su padre y conmigo me tienen como reina, nomas (sic) llegan y me arriman la gelatina, el juguito, a mi esposo igual, me procuran y me cuidan mucho.

En algunos de los casos la manera de apoyarlos es de forma directa, al participar e involucrarse en las actividades de tratamiento favoreciendo que el entrevistado se sienta cómodo y seguro en su proceso terapéutico. También pudiese presentarse de manera en que la familia no acude presencialmente a las sesiones, pero se encargan de brindarle la confianza y seguridad de que cuenta con la

capacidad para cumplir con su objetivo, el dejar de fumar, y en lugar de reclamos por parte de los miembros de la familia omiten los comentarios sobre el proceso, excepto cuando son comentarios positivos reconociendo los avances, lo cual se logra observar principalmente en las pacientes mujeres.

Cabe resaltar que las conductas de apoyo comienzan una vez que los familiares observan mejorías en el paciente durante el proceso, ya que en ocasiones los comentarios iniciales son de desaprobación, incredulidad, vacilación o burlas, debido a que han intentado en otros momentos el dejar de fumar.

Participante 1: Sobre el fumar no me decían nada, nunca me han reclamado ni me han dicho que dejara de fumar a manera de reproche, incluso en un inicio mi hijo me compraba los cigarrillos, pero jamás me dijo ‘amá (sic) no fumes’ ni nada de eso, porque cae gordo que te digan que dejes de fumar, sino que ellos sabían que había un momento en el que yo tenía que dejarlo por mis medios, estando en terapia, incluso nadie de mi familia vino aquí al centro, yo sola soy la que vine a buscar el lugar y todo, pero ninguno me ha acompañado.

Participante 2: Mis hijos al principio me preguntaban lo que hacía aquí, pero ya no me preguntan, dure un año viniendo en que no dejé de fumar, y mis hijos en ese tiempo me decían: ‘a qué va papá, si de todos modos sigue fumando igual’. Mi esposa también me decía, ‘a qué vas si sigues igual’, y les decía ‘está bien, cotorrienne (sic), pero lo tengo que lograr’ y después dejaron de decirme eso. Mi familia nunca ha venido para acá, yo soy el que vengo nada más, nunca me dijeron ‘oiga papá podemos ir ahí’ o que mi esposa me dijera ‘oye, te acompaño para ver de qué se trata’ nunca me dijo, yo la había invitado y me dijo, ‘yo quiero que me invites cuando dejes de fumar’.

Participante 3: Mi hermana sola me dijo que quería venir a acompañarme, porque nosotros en la casa siempre fuimos unidos, mi papá era una persona que a él le encantaba tener a la familia unida, sus hijos, sus sobrinos, sus nietos, que nos conociéramos, que conviviéramos, y mi hermana y yo también somos unidas, por eso fue que me está acompañando desde hace un año. Mi hermana estaba yendo a terapia con un psicólogo y cuando me mandaron para acá ya casi terminaba ella sus terapias y me dijo: ‘yo te acompaño’, y el primer día nos venimos juntas, y también ella se quedó en el grupo. Cuando llegamos el primer día ella me ayudó mucho porque yo no suelo convivir con personas, pero ya con ella me siento bien y segura al estar con todos los del grupo.

Los participantes del tratamiento de tabaquismo pueden verse también motivados por conductas que empiezan a modificar sus allegados en torno al consumo de tabaco. Se puede observar una retroalimentación, donde al ver que uno comienza a dejar de fumar y esto motiva a que familiares o personas cercanas hagan lo mismo, y esto a su vez sigue motivando al individuo que se encuentra en tratamiento continúe con su esfuerzo.

Participante 2: De mis hijos algunos fumaban también, pero después de que yo entrara al centro hubo una hija que ya dejó de fumar y un hijo, las otras dos ya le disminuyeron y he hablado con ellas de que procuraran no fumar delante de su mamá, y me dicen que su mamá les platicó lo que les dijo el doctor, y procuramos no fumar delante de ella cuando estamos en la casa. Yo he visto que se salen al patio, a la calle o se aguantan de fumar.

Los comportamientos de la familia, como del participante pueden causar modificaciones en ambas líneas. En este sentido, las redes de apoyo familiar pueden favorecer e influir en la modificación del comportamiento de uno de sus miembros y éste a su vez en la modificación de la misma red de apoyo (Sluzki, 1996). Los factores sociales como el apoyo de la familia respecto a algunas modificaciones en los hábitos de éstos al convivir con la persona fumadora y por ende los cambios de hábitos del paciente, así como el refuerzo de su conducta puede favorecer para disminuir o eliminar el consumo de tabaco (Manzano, Ayesta, 2009).

La última categoría hace mención a los sentimientos de culpabilidad y vergüenza del entrevistado, al observar los daños en la salud y las consecuencias económicas ocasionadas a la familia, como esposo, esposa, hijos, nietos e integrantes que son significativos para ellos. Así como el

sentimiento de culpa al tener la idea de que se encuentran brindando un mal ejemplo hacia algunos miembros de la familia, quienes son consumidores o se encontraron observando al consumo de tabaco como algo normal y cotidiano, lo cual según su punto de vista pudo motivar a que otros fumen o lleguen a fumar en algún momento futuro. Como se muestra a continuación con los testimonios de los entrevistados:

Participante 1: A mí no me gustaba fumar fuera de mi casa porque no me gustaba que me vieran. Empecé a sentirme mal yo misma porque comencé a ir a visitar a uno de mis hijos al norte (Estados Unidos) y allá nadie te fuma de con mis hijos, y me empecé a sentir mal, de malas por el olor a cigarro. Un día me dice un sobrino, ‘tía vámonos a mi casa’, una casa hermosísima y me tenía que ir hasta el patio para no dejar oliendo a cigarro su casa, y me lo fumaba en la esquina en un árbol y me venía de fumar el cigarro y me metía al baño corriendo a lavarme la boca y los dedos y me decían: ‘tía tu no hueles como mi suegra’, pero a mí me parecía que sí, me empecé a enojar por las cosas que estaba haciendo, o sea que yo empecé como a repudiar-me. Yo misma me empecé a enojar y a caerme mal yo misma.

Participante 2: Es que mi esposa, como yo fumaba le estaba haciendo mucho mal a ella. Un día que fuimos a su revisión médica, le preguntó el doctor que si ella fumaba porque estaba teniendo problemas físicos de un fumador, pero le dijo que ella no fumaba, sino que era yo quien lo hacía, entonces, me mandó llamar y me dice ‘le estaba haciendo mucho daño’ porque yo fumaba mucho y mi esposa estaba empezando con problemas en los bronquios, y dándole a los bronquios es una enfermedad de por vida y hay el riesgo de que le caiga cáncer. Después de eso empecé a bajarle al cigarro y dejé de fumar cerca de ella, siempre procuraba salirme o irme a otros lugares lejos para que no le hiciera daño. Me sentí muy mal que mi esposa me diera las gracias, dije ‘¡qué poca madre la mía!’, que mi esposa me diera las gracias de que ya no fumo delante de ella, pues le pedí perdón, me siento mal de que me dio las gracias porque dejé de fumar delante de ella. Sé que yo le estuve haciendo daño a mi esposa, y todo por el méndigo vicio, que el mal no lo tenía yo sino que lo estaba haciendo a mi esposa y ahorita tendría algo de dinero para mi familia.

También puede presentarse que el sentimiento de culpa, se fundamente en la idea de estar dando un ejemplo de que el consumo de tabaco está permitido y por ende se tenga la idea de que otras personas de su familia comenzaron a consumir tabaco debido a su enseñanza o lo observan como un ejemplo inadecuado para otros miembros de la familia. Por ejemplo estas situaciones se pueden observar a continuación en dos de los argumentos de los entrevistados:

Participante 1: Yo ya tengo muchos nietos y me siguen mucho, les gusta estar conmigo, pero cuando tenía ganas de fumar trataba de irme de donde estaban ellos, cada que fumaba como me salía, pues no había problema, pero a veces me seguían mis nietos al patio o a donde yo estuviera fumando, y aunque yo buscaba un lugar donde lo pudiera fumar a veces ellos llegaban ahí, y empecé a ver el tipo de ejemplo que les estaba dando. A mis hijos adultos también, pero ellos ya saben lo que hacen y cuando ellos crean conveniente lo van a dejar o buscaran ayuda, pero no quiero que mis nietos tengan ese tipo de ejemplos de mi parte.

Participante 2: Algunos de mis hijos fuman, ya desde hace unos años y había veces en las que me les acercaba a mis hijos, en ocasiones cuando les decía que dejaran de fumar me decían ‘pues papá usted nos puso el ejemplo’, a lo mejor me lo decían bromeando, de cotorreo como dicen, pero sí me siento culpable de que ellos también fumen y ahora que deje de fumar les digo, ‘saben que, hijos discúlpenme por el ejemplo que les di y traten de dejar de fumar, yo ya lo hice y ustedes también pueden hacerlo’.

Participante 3: Siento tristeza porque tengo una nieta de tres años que hace tiempo cuando fumaba me buscó, porque mis nietos suelen seguirme mucho y me dice: ‘tita, tita’, y me hace con la mano y se la acerca a la boca como si estuviera fumando, y me dice de fumar, y me dije en ese momento, ‘esto de fumar no me está sirviendo de nada por el ejemplo que le estoy dando a mi nieta y a mis otros nietos que me veían fumar’.

DISCUSIÓN

Los estudios encontrados sobre la alta terapéutica y el tratamiento de tabaquismo se enfocan principalmente en los procesos individuales, como la motivación, afrontamiento de problemas, manejo del estrés y ansiedad, incluyendo las condiciones fisiológicas de cada individuo (Becoña, 2004; Becoña., Vázquez, 2000); otros estudios se enfocan en el método de trabajo profesional, así como a las herramientas del terapeuta para llevar las sesiones (Muñoz., Baena., Cepeda, 2006; Becoña, 2003); y algunos más dirigen sus líneas en un sentido interaccional en el inicio o mantenimiento del consumo de tabaco (Nuño., Álvarez., Velázquez., Tapia, 2008).

El abordaje del presente estudio se llevó a cabo siguiendo las ideas de Sluzki (1996) concordando con el postulado del autor donde menciona que las redes de apoyo, en este caso las redes familiares, tienen un papel positivo en el proceso de los tratamientos de salud sin descalificar los factores individuales, terapéuticos y de procedimientos anteriormente mencionados los cuales abonan a éste fin, el dejar de fumar.

Las intervenciones familiares como la validación, la modificación de conductas de los integrantes de la familia tienen relevancia para el paciente, y así como funciona el modelamiento para iniciar o mantener el consumo de tabaco (Nuño., Álvarez., Velázquez., Tapia, 2008; Becoña, 2004), también puede favorecer a la persona este modelamiento o modificación de comportamientos por parte de la familia a lo largo de su tratamiento. El observar que la familia comienza a tener modificaciones positivas en torno a él, a la salud de los miembros de la familia, favorecen para que la persona continúe motivada aunque no se encuentre en su espacio de sesión, debido a que sus palabras y acciones toman un sentido especial para el participante día a día, así como durante y después del proceso terapéutico (Sluzki, 1996).

Partiendo de estas ideas podría ser enriquecedor el trabajo mediante la terapia narrativa con los pacientes y sus familias, debido a que una parte del deseo de cambio en el fumar es por el sentimiento de culpa que asocian con dificultades en la familia, lo cual podría ser un motivador o una carga para la persona que está buscando el dejar de consumir tabaco, así mismo se le brindaría una visión de esperanza al concebir el consumo de tabaco como algo que en algún momento puede expulsar de su vida, de lo cual él cuenta con ese poder siendo impulsado por las diferentes redes de apoyo con que cuenta en diferentes ámbitos de su vida.

Una intervención posible con las familias, en el sentido de que son uno de los soportes principales para una persona, podría ser la psico-educación acerca de qué tipo de connotación se le está brindando a la persona en torno al consumo de tabaco, así como el uso del lenguaje externalizador planteado por la terapia narrativa (Payne, 2002; White, Epston, 1994) favoreciendo en la modificación de las narrativas familiares y/o sociales entorno al consumidor de tabaco. Tomando como base la idea de Sluzki (1996) donde menciona que una narrativa es un sistema constituido por actores o personajes, guion y contextos ligados entre sí por la trama narrativa, es decir, por un conjunto de conectores lógicos, explícitos o implícitos que establece la relación entre actores, guion y contexto de modo tal que todo cambio en los actores, cambia el guion (y viceversa) y todo cambio en el contexto, cambia la naturaleza del guion y los actores, etc., (Sluzki, 1996).

CONCLUSIONES

El presente estudio ha abordado la importancia de las redes familiares en la motivación para acudir a la clínica para dejar de fumar y en el alcance de la alta terapéutica de personas que estuvieron bajo tratamiento del tabaquismo. Uno de los puntos clave es que se enfoca en las vivencias de las personas que culminaron el tratamiento con mejoría, al rescatar sus experiencias nos brinda la oportunidad de analizar cualitativamente su proceso, desde su visión y perspectiva individual.

De este estudio cualitativo se infiere que las características que toman mayor impacto para las

personas que asisten a tratamiento del tabaquismo respecto a sus redes familiares son aspectos cognitivos tales como la validación; por otro lado, el apoyo conductual manifestado en la modificación de hábitos, ayuda en sus registros, monitoreo e involucramiento en las tareas terapéuticas, el uso de palabras de aliento y/o mediante los sentimientos de culpa del paciente haciendo referencia a los daños ocasionados a la familia y a sí mismos.

Otro de los hallazgos en cuestión de apoyo tiene que ver con el género, al encontrarse que fueron principalmente las mujeres quienes brindaron algún tipo de apoyo emocional, conductual y motivacional durante el proceso de tratamiento, y siendo también a quienes impulsaban en mayor medida para que iniciaran o continuaran con su tratamiento.

También se logra rescatar que las familias pudiesen no aportar de inicio aspectos positivos, incluso en algunos casos obstaculizar o desmotivar a la persona con comentarios, burlas o vacilaciones respecto a la incorporación del paciente al proceso de tratamiento debido a los intentos fallidos, lo cual se modifica de manera positiva cuando comienzan a observar avances y compromiso en la persona que se encuentra en tratamiento.

La información recolectada a su vez muestra que, para los pacientes el apoyo de la familia en el proceso para dejar de fumar se da de una manera no presencial en el centro de tratamiento, es fuera del espacio terapéutico cuando cobran poder estas intervenciones por parte de ellos, ya que en pocas ocasiones se integran a las sesiones, o a eventos relacionados con el proceso.

Tomando en cuenta las conclusiones anteriores se considera que el involucramiento de la red de apoyo familiar en el proceso de tratamiento tiene un impacto favorable de acuerdo a la vivencia diaria y personal de los pacientes. La red de apoyo familiar cobra un papel importante durante el proceso, ya que proporcionan un soporte conductual y emocional, siendo uno de los recursos a los que tendrá acceso fácilmente a lo largo del tiempo, favoreciendo el objetivo final de su tratamiento, dejar de fumar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Revista de sociodrogalcohol*, ISSN 0214-4840, 16, (2), 227-236. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28302354_la_terapia_motivacional_en_el_tratamiento_del_tabaquismobarcelona.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 48-69. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808506.pdf>
- Becoña, E., Vázquez, F. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista Española de Salud Pública*, 74(1), 00. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1135-57272000000100003
- Berriós, R. (2000). *La modalidad de la historia de vida en la metodología cualitativa*. Puerto Rico: Paidea puertorriqueña.
- Bolívar, A., Domingo, J., y Fernández, M. (1998). *La investigación biográfico-narrativo en educación*. España: Universitario.
- Bolívar, A. (2014). Las historias de vida del profesorado. Voces y contextos. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 19(62). 711-734. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=140/1431461004>
- Chávez, R., López, F., Regalado, J., y Espinoza, M. (2004). Consumo de tabaco, una enfermedad social. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 17(3), 204-214. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0187-75852004000300007
- Eguiluz, L. (2003) *Dinámica de la familia*. México: Editorial Pax México.

- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017*. Reporte de Tabaco, México. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1Iktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBIk8gikz7q/view>
- Galindo, L. (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Pearson.
- Hernández, K. (2009). *El método historia de vida: alcances y potencialidades*. Recuperado de <http://www.gestiopolis.com/economia/metodo-de-investigación-cualitativa.htm>
- Kavale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage publication.
- Kuri, P., González, J., y Cortés, M. (2006). *Epidemiología del tabaquismo en México*. *Salud Pública de México*, 48 (Supl. 1), 91-98. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342006000700011
- Martín, A., Rodríguez, R., Revert, C., y Hardisson, a. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología*, 21(2-3), 64-71. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/919/91921302.pdf>
- Mckernan, J. (1999). *Investigación, acción y currículum*. Madrid: Morata.
- Muñoz, M., Baena, A., y Cepeda, A. (2006). Recientes resultados en el tratamiento del tabaquismo femenino. *Clínica y salud*, 17(1), 91-117. de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000100005&lng=es&tlng=es.
- Nuño, B., Álvarez, J., Velázquez, S., y Tapia, A. (2008). Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos de nivel medio superior. *Salud mental*, 31(5), 361-369. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0185-33252008000500004&lng=es&tlng=es.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Centro de prensa: tendencias del consumo de tabaco*. Recuperado de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Centro de prensa: notas descriptivas tabaco*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Pinto, A., Palma, E., Sabbagh, E., Fernández, C., Undurraga, A., y Rodríguez, J. (2016). Enfermedades pulmonares difusas relacionadas al tabaco. *Revista Chilena de Enfermedades respiratorias*, 32(4), 233-243. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482016000400004>
- Puyana, Y., y Barreto, J. (1994). La historia de vida: recurso en la investigación cualitativa. *Maguaré*, [S.l.], 10. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/185-196>
- Reynales, L. (2016). Tobacco and cancer: epidemiology and new perspectives of prevention and monitoring in Mexico. *Salud pública de México*, 58(2), 251-260. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342016000200251&lng=es&tlng=en.
- Ruiz, F., Isorna, M., Vaquero, R., Ruiz, J. (2016). Consumo de alcohol en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia. *Nutrición hospitalaria*, 33(2), 351-358, Recuperado de <https://dx.doi.org/10.20960/nh.523>
- Ruiz, J. (2012). *Historias de vida. Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz, J. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. (3ª. ed.): Bilbao: Universidad de Deusto.
- Secretaria de Salud Pública. (2001). *Programa de acción: adicciones tabaquismo*, México. Recuperado de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tabaquismo.pdf
- Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones. (2015). *Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 2015: resultados Sisvea Jalisco*. Recuperado de http://cecaj.jalisco.gob.mx/sites/cecaj.jalisco.gob.mx/files/libro_sisvea_2015.pdf

Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Buenos Aires: Gedisa.

Taylor, S., y Bogdan, R. (1984). *Qualitative research method: the search for meanings*. New York: John Wiley.

White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.