

El tabaquismo y las poblaciones vulnerables: apoyo para dejar de fumar y reducir el daño del tabaco con el trabajo social

Introducción

El tabaquismo y el consumo de otros productos de tabaco de alto riesgo con frecuencia son desproporcionadamente altos entre las comunidades marginadas o vulnerables. Como parte de su función, los profesionistas del trabajo social establecen relaciones con personas que generalmente pertenecen a estas comunidades. Si cuentan con la capacitación y los recursos apropiados, los trabajadores sociales podrían asumir un papel importante dando apoyo para dejar de fumar y reducir el daño del tabaco a muchas de las personas que más lo necesitan.

La reducción del daño del tabaco es **una intervención que salva potencialmente la vida de millones de personas en todo el mundo**. A aquellos quienes actualmente consumen productos de tabaco de alto riesgo, como los cigarrillos y algunos tabacos orales, les ofrece la oportunidad de cambiar **a una variedad de productos de nicotina más seguros** que representan menos riesgos para su salud. Entre ellos se encuentran los vapeadores de nicotina (cigarrillos electrónicos), **snus**, productos de tabaco calentado y **bolsas de nicotina**.

¿Qué hacen los trabajadores sociales?

Las responsabilidades de los trabajadores sociales difieren alrededor del mundo; no obstante, su objetivo principal es servir a las personas, grupos y comunidades, ayudando a la gente a abordar los problemas que enfrentan en su vida diaria. Los trabajadores sociales interactúan con una gran variedad de clientes, incluyendo de manera enunciativa más no limitativa, personas y familias que sufren de pobreza y falta de vivienda; personas con problemas de salud mental; delincuentes jóvenes; adultos con discapacidades de aprendizaje o discapacidades físicas; personas con problemas de consumo de alcohol, drogas u otra sustancia; familias con riesgo de desintegrarse, y niños que están en riesgo de maltrato o abandono. En algunos de estos grupos, la prevalencia del tabaquismo es mucho más alta que en la población general; por consiguiente, los trabajadores sociales a menudo están en contacto con grupos que tienen porcentajes altos de consumo de tabaco.

Equipar a los trabajadores sociales con el conocimiento y las herramientas necesarias para ayudar a sus clientes a fumar menos o a dejar de fumar, ofrece la oportunidad de mejorar la salud de las personas y salvar muchas vidas. Sin embargo, en el momento de la redacción, son pocos los trabajadores sociales que están siendo capacitados o apoyados para abordar el hábito de fumar de sus clientes. El consumo del tabaco no suele identificarse como asunto prioritario entre las muchas necesidades concurrentes. No obstante, dejar de fumar y/o el apoyo para cambiar a productos de nicotina más seguros podrían ofrecer una multitud de beneficios para sus grupos de clientes.

Las poblaciones vulnerables y el tabaquismo: ¿qué muestra la evidencia?

La evidencia de una serie de estudios muestra que el tabaquismo afecta en forma desproporcionada a las poblaciones vulnerables y marginadas con las que es factible que colaboren los trabajadores sociales. Uno de estos grupos son personas que sufrieron adversidades o traumas durante la infancia, como maltrato o abandono, que pueden describirse con el término 'experiencias infantiles adversas (ACEs,

por sus siglas en inglés)'. En la edad adulta, son más propensos a tener una salud mental deficiente, ser bebedores o consumidores de drogas de alto riesgo, ser víctimas o perpetradores de violencia, o tener afecciones de salud de largo plazo, como obesidad, diabetes, enfermedad cardíaca o respiratoria. También tienen más probabilidades de fumar. Una encuesta a nivel poblacional realizada en Escocia en 2020, encontró que las personas con cuatro o más experiencias infantiles adversas fumaban en un porcentaje tres veces mayor que las personas que no habían sufrido ninguna (27 % en comparación con 10 %).ⁱ

Los adultos que sufren problemas de salud mental son otro grupo clave cuyos porcentajes de tabaquismo son más elevados que los de la población general. En Inglaterra, en 2016/17, mientras que la prevalencia de tabaquismo en todos los adultos de 18 años o más fue de 15.1 %, la prevalencia del tabaquismo entre los adultos que viven con ansiedad o depresión fue de 25.88 %.ⁱⁱ Para quienes tenían trastornos de salud mental de largo plazo, fue de 34 % y para los que padecían una enfermedad mental grave, fue de 40.5 %. En 2021, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos terceras partes de las personas con enfermedades mentales graves eran fumadores actuales.ⁱⁱⁱ Lo anterior tiene un impacto importante en la salud física de las personas; quienes tienen enfermedades mentales graves mueren en promedio de 15 a 20 años antes,^{iv} y el tabaco se cita como una de las principales causas de muerte. La prevalencia del tabaquismo en quienes sufren de esquizofrenia es especialmente alta, con porcentajes que llegan hasta entre 70 y 80%.^v

Las investigaciones han descubierto que las personas que consumen drogas ilícitas tienen tres veces más probabilidades de fumar cigarrillos en comparación con los que no las consumen.^{vi} Es frecuente que los consumidores de drogas no mueran debido a enfermedades relacionadas con las drogas, sino en virtud de enfermedades cardiovasculares y relacionadas con los pulmones causadas por fumar. Un estudio de California descubrió que las afecciones relacionadas con el tabaquismo comprendían alrededor del 40 % del total de muertes entre las personas hospitalizadas con trastornos por cocaína, opioides y metanfetaminas.^{vii} Pero, aun cuando los trabajadores sociales regularmente detectan, evalúan y tratan la salud mental y los asuntos relacionados con la dependencia de sustancias, a la fecha, el tabaquismo no se ha considerado una prioridad como parte de ese programa.

Varios estudios han demostrado también que los porcentajes de tabaquismo son más altos entre los grupos con desventajas socioeconómicas que en la población general.^{viii ix x} El nivel socioeconómico bajo se correlaciona con un mayor consumo de cigarrillos y productos de tabaco, junto con una menor probabilidad de dejar el tabaco. Las poblaciones en desventaja, cuando se comparan con grupos de mayores ingresos, también tienen un mayor porcentaje de iniciación al tabaco, un porcentaje inferior de intentos de dejarlo y menos éxito en un intento determinado por dejarlo.^{xi}

Los impactos negativos del tabaquismo no solo afectan a la persona que fuma, sino también a quienes la rodean, en particular niños y jóvenes. Un estudio de Quebec, Canadá, encontró que los fumadores pasivos en el hogar eran cinco veces más comunes entre los jóvenes de los quintiles de ingresos más bajos que en los de más altos ingresos.^{xii} Las investigaciones también descubrieron que los preadolescentes cuyo cuidador principal fumaba, tenían más del doble de probabilidades de haber probado los cigarrillos (26 % en comparación con 11 %) y el cuádruple de ser fumadores regulares (4.9 % frente a 1.2 %).^{xiii}

El tabaquismo también tiene un impacto importante en el ingreso familiar. En el Reino Unido, en 2012, cerca de 1.1 millones de niños, o casi la mitad de todos los niños que viven en pobreza relativa, tenían un padre que fumaba.^{xvi} Más de 1.5 millones de personas en Inglaterra necesitan apoyo de los servicios sociales como resultado de la enfermedad o la discapacidad causada por fumar, y el gasto en asistencia social causado por el consumo de tabaco tiene consecuencias muy negativas para los presupuestos ya de por sí insuficientes.^{xv}

¿Por qué fuma la gente?

Las personas fuman por una enorme variedad de razones. Aun cuando la gente sabe que fumar es malo para ellos, puede ser difícil darle prioridad a la salud de largo plazo sobre el deseo de corto plazo de fumar. La nicotina puede causar dependencia – lo que significa que la gente siente que tiene que continuar consumiéndola – pero, aislada del humo del cigarro, la nicotina en sí es una sustancia de bajo riesgo.^{xvi} Debe reconocerse que muchas personas sienten placer al consumir nicotina, así como la gente disfruta de consumir cafeína o alcohol. Muchos piensan que obtienen efectos positivos de su ingesta de nicotina, por ejemplo, relajarse o concentrarse, o hacer frente a la tristeza, aburrimiento o estrés de sus vidas cotidianas.

Otros pueden encontrar que el consumo de nicotina está asociado con síntomas específicos, por ejemplo, con el trastorno de estrés post traumático (PTSD, por sus siglas en inglés) o el trastorno de hiperactividad por déficit de atención (ADHD, por sus siglas en inglés). Para algunas personas con esquizofrenia, el consumo de nicotina puede ser una forma de automedicación que sienten que les permite tratar síntomas cognitivos o reducir los efectos secundarios de las medicinas psiquiátricas.^{xvii} Hasta el surgimiento de productos de nicotina más seguros, pocas personas podían consumir nicotina sin también fumar tabaco, causando un importante daño a su salud.

Cuando se considera a las poblaciones vulnerables y marginadas con las que es probable que los trabajadores sociales interactúen, también es útil tener en cuenta por qué la gente fuma desde una perspectiva más amplia, por ejemplo, preguntar por qué algunos grupos de personas tienen más probabilidades de fumar, son fumadores empedernidos o encuentran más difícil dejar de fumar que otros. Según las investigaciones de Sir Michael Marmot publicadas en una importante reseña política del Reino Unido, “las desigualdades en la salud se derivan de desigualdades sociales [y que] las medidas tomadas con respecto a las desigualdades en la salud exigen actuar en todos los determinantes sociales de la salud”.^{xviii} Los ‘determinantes sociales de la salud’ son las condiciones económicas y sociales que influyen en la salud de los individuos y los grupos.

Por ejemplo, es más probable que un niño o adulto joven empiece a fumar si crece en una familia con padres que fuman, en una zona donde gran cantidad de tiendas venden productos de tabaco y donde amigos y compañeros de su misma edad fuman. Todos estos factores normalizan fumar. Todas estas circunstancias también tienen más probabilidades de surgir en zonas de privación social. Y, cuando la gente empieza a fumar en la infancia o adolescencia, con frecuencia termina fumando mucho y, por ello, se le dificulta más dejar de fumar. Muchos continuarán fumando cuando lleguen a ser adultos y después cuando sean padres – lo que significa que el ciclo vuelve a empezar.

Dejar de fumar del todo es el resultado más benéfico para la salud. Pero, para los que no pueden o no quieren dejar de fumar, la reducción del daño del tabaco ofrece una opción de alternativas más seguras para la ingesta de nicotina, sin la exposición a los miles de componentes químicos tóxicos presentes en el humo del cigarrillo. Es una intervención crucial en la salud.

¿Cómo pueden los trabajadores sociales ayudar a sus clientes a reducir los daños asociados con el tabaquismo?

Solo unos cuantos países capacitan en la actualidad a los trabajadores sociales para apoyar a quienes desean dejar de fumar. Lo anterior es una verdadera oportunidad perdida para el sistema de salud pública. Al igual que los médicos, enfermeras comunitarias, parteras, psicólogos y psicoterapeutas, los trabajadores sociales tienen una influencia importante tanto en las decisiones de las personas como en

su bienestar general. Al servir como el punto de contacto inicial – y solo en algunos casos – el punto de contacto con las comunidades marginadas, los trabajadores sociales podrían, por tanto, asumir un papel importante en la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

Los trabajadores sociales deben estar equipados para dar orientación a sus clientes sobre el apoyo local o nacional para dejar de fumar cuando esté disponible. Desafortunadamente, en muchas partes del mundo, los servicios para dejar de fumar son raros, no existentes, o su acceso es costoso. Un informe de la OMS de 2021 encontró que el 70 % de los fumadores a nivel mundial no tenía acceso a los servicios para dejar de fumar.^{xix} Donde los productos de nicotina sean accesibles y asequibles, los trabajadores sociales también deben recibir apoyo para sensibilizar sobre la reducción del daño del tabaco como otra herramienta para ayudar a que la gente reduzca el impacto de su hábito de fumar o el consumo de productos de tabaco de riesgo.

Se podría capacitar a los trabajadores sociales en el consejo muy breve (VBA, por sus siglas en inglés) para dejar de fumar – una intervención de 30 segundos basada en la evidencia – diseñado para usarlo de forma oportuna con las personas en entornos de atención sanitaria o social. El objetivo del consejo muy breve, que tiene un enfoque sin prejuicios, es identificar a las personas que fuman ('preguntar'), aconsejarlas sobre el mejor método de dejar de fumar ('aconsejar') y dar apoyo en los intentos posteriores por dejar de fumar ('actuar').^{xx}

Muchos trabajadores sociales ya son expertos en el uso de diferentes métodos psicológicos para apoyar a sus clientes, incluyendo entrevistas motivacionales o terapia conductual cognitiva breve. Estas herramientas también han demostrado ser efectivas para dejar de fumar. Con el apoyo y los recursos adecuados, se podría estimular a los trabajadores sociales a desarrollar y promover programas individualizados para que poblaciones particulares dejen de fumar. Un estudio publicado en 2013 mostró que las consultas breves de 20 minutos o menos, que daban médicos y otros profesionales de la salud, aumentaban los porcentajes de abandono del tabaco entre los pacientes que fumaban, en comparación con los que no recibían asesoramiento.^{xxi}

La integración de la reducción del daño del tabaco en un enfoque de trabajo social para el tabaquismo, resuena con los objetivos y motivaciones de muchos de la profesión. A través de la reducción del daño, las personas que fuman pueden estar facultadas para marcar una diferencia positiva para su salud por sí mismas. Por consiguiente, en los países en los que estén disponibles y sean asequibles productos de nicotina más seguros, los trabajadores sociales deben estar equipados para dar información y asesoría fidedignas sobre las opciones de reducción del daño del tabaco, como parte del apoyo para dejar de fumar.

Para más información sobre el trabajo de Global State of Tobacco Harm Reduction, o los puntos planteados en este documento informativo de GSTHR, favor de comunicarse con info@gsthr.org

Acerca de nosotros: Knowledge•Action•Change (K•A•C) promueve la reducción de daños como una estrategia fundamental de salud pública sustentada en los derechos humanos. El equipo tiene una experiencia de más de cuarenta años en el trabajo de reducción de daños en el consumo de drogas, VIH, tabaquismo, salud sexual y prisiones. K•A•C dirige Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR) que traza el desarrollo de la reducción del daño del tabaco y el consumo, la disponibilidad y las respuestas normativas a los productos de nicotina más seguros, así como la prevalencia del tabaquismo y la mortalidad relacionada, en más de 200 países y regiones en todo el mundo. Para conocer todas las publicaciones y datos en tiempo real, visite <https://gsthr.org>

Nuestro financiamiento: El proyecto GSTHR se produce con la ayuda de una subvención de Global Action to End Smoking (anteriormente conocida como Foundation for a Smoke-Free World), organización

estadounidense independiente que otorga subvenciones, sin fines de lucro, sujeta a la exención fiscal 501(c)(3), que acelera las labores basadas en la ciencia a nivel mundial para acabar con la epidemia del tabaquismo. Global Action no asumió ningún papel en la designación, implementación, análisis de datos o interpretación de este documento informativo. El contenido, selección y presentación de hechos, así como las opiniones expresadas, son responsabilidad exclusiva de los autores y no debe considerarse que reflejan las posiciones de *Global Action to End Smoking*.

- ⁱ Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Trauma. (2023, diciembre 6). [Factsheet]. Scottish Government, Mental Health Directorate. <http://www.gov.scot/publications/adverse-childhood-experiences-aces/pages/aces-research/>.
- ⁱⁱ Smoking Profile—Data—OHID. (2024). [Fingertips, Public health data]. Office for Health Improvement and Disparities. https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gid/1938132900/pat/159/par/K02000001/at/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-yo-1:2022:-1:-1_ine-ct-36_ine-pt-0_tre-do-1.
- ⁱⁱⁱ The vicious cycle of tobacco use and mental illness – a double burden on health. (2021, noviembre 8). [News release]. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news/item/08-11-2021-the-vicious-cycle-of-tobacco-use-and-mental-illness-a-double-burden-on-health>.
- ^{iv} RightCare physical health and severe mental illness scenario. (2023, octubre 25). [Mental health, NHS RightCare]. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/long-read/rightcare-physical-health-and-severe-mental-illness-scenario/>.
- ^v Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- ^{vi} Morgan, B. W., Leifheit, K. M., Romero, K. M., Gilman, R. H., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, J. J., Feldman, H. I., Lima, J. J., Checkley, W., & Study, C. C. (2017). Low cigarette smoking prevalence in peri-urban Peru: Results from a population-based study of tobacco use by self-report and urine cotinine. *Tobacco Induced Diseases*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12971-017-0137-8>.
- ^{vii} Callaghan, R. C., Gately, J. M., Sykes, J., & Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37(1), 97–105. <https://doi.org/10.1111/dar.12475>.
- ^{viii} Huang, M. Z., Liu, T. Y., Zhang, Z. M., Song, F., & Chen, T. (2023). Trends in the distribution of socioeconomic inequalities in smoking and cessation: Evidence among adults aged 18~59 from China Family Panel Studies data. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01898-3>.
- ^{ix} Kim, J. E. (2016). Cigarette Smoking Among Socioeconomically Disadvantaged Young Adults in Association With Food Insecurity and Other Factors. *Preventing Chronic Disease*, 13. <https://doi.org/10.5888/pcd13.150458>.
- ^x Hitchman, S. C., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., Chung-Hall, J., & Siahpush, M. (2014). Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019>.
- ^{xi} Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M., & ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12 Suppl(Suppl 1), S20–33. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051>.
- ^{xii} Gagné, T., Lapalme, J., Ghenadenik, A. E., O'Loughlin, J. L., & Frohlich, K. (2021). Socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure before, during and after implementation of Quebec's 2015 'An Act to Bolster Tobacco Control'. *Tobacco Control*, 30(e2), e128–e137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056010>.
- ^{xiii} Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves. (2021, diciembre 28). [Press release]. GOV. UK, Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>.
- ^{xiv} Belvin, C., Britton, J., Holmes, J., & Langley, T. (2015). Parental smoking and child poverty in the UK: An analysis of national survey data. *BMC Public Health*, 15(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1797-z>.
- ^{xv} The cost of smoking to the social care system. (2021, marzo). Action on Smoking and Health (ASH). <https://ash.org.uk/uploads/SocialCare.pdf?v=1647953369>.
- ^{xvi} Royal Society of Public Health. (2015, agosto 13). Nicotine “no more harmful to health than caffeine”. <https://www.rsph.org.uk/about-us/news/nicotine--no-more-harmful-to-health-than-caffeine-.html?s=03>.
- ^{xvii} Winterer, 2010.
- ^{xviii} Marmot, M., Goldblatt, P., & Allen, J. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)* [Strategic review of health inequalities in England post-2010]. Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- ^{xix} Quit tobacco to be a winner. (2021, mayo 19). [Commentaries]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/quit-tobacco-to-be-a-winner>.
- ^{xx} Very brief advice on smoking (VBA)+. 30 seconds to save a life. (2021). National Centre for Smoking Cessation and Training. https://www.ncsct.co.uk/publications/VBA_2021.
- ^{xxi} Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.