



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA PREVENTIVO DE TABAQUISMO
PARA ADOLESCENTES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
MIRIAM DURÁN HERNÁNDEZ

DIRECTORA: DRA. ROCÍO QUESADA CASTILLO
REVISOR: LIC. ANGELES MATA MENDOZA



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2005

m. 341014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Exhorta a la Dirección General de Bibliotecas de la
Unidad a otorgar un contrato de prestación de servicios de la
contratación de un personal especializado e impreso al
receptor de

RECURSO: Misión de
Hernández
FECHA: 15/02/05
FIRMA: [Firma]

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme dado cobijo en la Escuela Nacional Preparatoria "Justo Sierra", donde concluí mis estudios de bachillerato y especialmente por albergarme en la *Facultad de Psicología* y así formarme como profesionista, muchas gracias **"Máxima casa de estudios"**.

Quiero agradecer a la Dra. Rocío Quesada Castillo, el apoyo y asesoría que me brindo para la elaboración de esta tesis y haberme dado la oportunidad de convivir, compartir y recibir sus valiosas ideas en torno a este trabajo, gracias por su profesionalismo.

A la Lic. María de los Angeles Mata Mendoza por todas aquellas aportaciones brindadas al realizar esta investigación.

Gracias al apoyo de la Dra. María Georgina Cárdenas López, al Mtro. Horacio Quiroga Anaya y a la Lic. Leticia Echeverría San Vicente por las invaluable correcciones y aclaraciones hechas al presente trabajo.

También agradezco a todas aquellas personas que de alguna manera participaron y colaboraron en el desarrollo de esta investigación.

Miriam

DEDICATORIAS

Quiero dedicar el presente trabajo a mis padres Rosalino y Marta, por su apoyo incondicional, por su constante cariño, pero sobre todo por impulsarme a dar lo mejor de mí en todo lo que realizo, **los amo**, muchas gracias...

A mis hermanos Martha, Abraham y Lizet, ya que siempre han estado a mi lado en los momentos más importantes de mi vida, aunque no lo demuestre, ustedes ocupan un lugar importante en mi corazón.

A mí más *apreciado tesoro*, Rolando, quien me hizo sentir la emoción más grande de mi vida, gracias a Dios por brindarme la inmensa dicha de ser madre, **te amo hijo**.

A mis mejores amigas, quienes me acompañaron a lo largo de esta carrera: Evelyn, Rosa y Cristina, quienes me han apoyado no sólo en el ámbito profesional sino en mi vida personal, gracias por brindarme su amistad, no olviden que las quiero mucho.

A mis abuelitos por haberme dado su cariño y apoyo, los amo.

Miriam

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
I. MARCO TEÓRICO.....	11
Capítulo 1 Las adicciones.....	11
1.1 Definición de adicción.....	11
1.2 Definición de droga.....	12
Capítulo 2 Tabaquismo.....	15
2.1 Aspectos históricos.....	15
2.2 Composición del tabaco.....	17
2.3 Definición de tabaquismo.....	19
2.4 Daños a la salud.....	22
2.5 Teorías explicativas del tabaquismo.....	25
2.6 Fases en el proceso de hacerse fumador.....	26
2.7 Modelo de iniciación.....	28
2.8 Factores que intervienen en el tabaquismo.....	33
2.9 Medidas actuales contra el tabaquismo nacional e internacional.....	34
Capítulo 3 Prevención del tabaquismo.....	40
3.1 Definición de prevención.....	40
3.2 Población a las que se dirige la prevención.....	42
3.3 Programa preventivo de tabaquismo.....	46

3.4 Principios de prevención.....	48
3.5 Tipos de programas	50
II. MÉTODO.....	53
Objetivo.....	53
Pregunta de investigación.....	53
Participantes.....	53
Hipótesis.....	54
Diseño de investigación.....	55
Definición conceptual de variables.....	55
Escenario.....	56
Instrumentos.....	56
Pocedimiento.....	57
Análisis estadístico.....	61
III. RESULTADOS.....	62
Porcentajes obtenidos de las preguntas de patrón de consumo de tabaco.....	63
Porcentajes obtenidos de las preguntas de información general.....	67
Prueba "t" comparación del grupo experimental en la pre y postprueba.....	69
Prueba "t" comparación del grupo control en la pre y postprueba.....	75
Prueba "t" comparación de los grupos controles en las postpruebas..	76
Prueba "t" comparación de los grupos experimentales en las postpruebas.....	78
Resultados del análisis de varianza (one way) en las postpruebas de los cuatro grupos.....	79
Prueba ji cuadrada para compara a grupos independientes.....	86

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	88
V. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	95
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
ANEXOS.....	101
Anexo 1 Programa preventivo de tabaquismo para adolescentes.....	102
Anexo 2 Cuestionario.....	112

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud indica que el fumar cigarrillos es causa directa o indirecta de muerte de cerca de 8 242 personas por día y cinco millones al año, en México el consumo de tabaco cobra alrededor de 147 vidas al día, por ello es considerado como uno de los mayores problemas de salud. A pesar de que innumerables estudios evidencian los efectos nocivos que tiene el consumo de tabaco sobre la salud y la asociación entre consumo y morbi-mortalidad este sigue creciendo. Como medidas actuales contra el tabaquismo se creó el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica, el cual tiene como objetivo proteger a las generaciones presentes y futuras contra las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del mismo; en México se han tomado medidas importantes contra el consumo de tabaco como la prohibición de emitir campañas de tabaco en radio y televisión, además de crear el Reglamento sobre el consumo de tabaco, pero para alcanzar resultados satisfactorios es importante que la sociedad actúe en conjunto, por ello se consideró importante realizar un programa preventivo de tabaquismo para adolescentes, porque a lo largo de numerosas investigaciones se encontró que la mayoría de fumadores inician en la adolescencia. Por lo que el objetivo de este estudio fue evaluar empíricamente la efectividad del programa preventivo de tabaquismo para adolescentes. Para ello se utilizó el diseño de investigación de Solomon. Los resultados mostraron que el programa preventivo de tabaquismo fue efectivo porque logró disminuir y evitar el consumo de tabaco, aun cuando no logró cambiar las percepciones y actitudes hacia el consumo de tabaco.

Palabras clave: tabaquismo, consumo de tabaco, programas de prevención y adolescentes.

PROGRAMA PREVENTIVO DE TABAQUISMO PARA ADOLESCENTES

INTRODUCCIÓN

Es importante hacer notar que en el mundo se tienen grandes problemáticas a enfrentar como son: conflictos bélicos, delincuencia organizada, problemas políticos, hambre, carencia de empleos, analfabetismo, crisis de valores, incremento de casos de enfermedades de transmisión sexual, disfunción familiar, violencia intrafamiliar, pobreza extrema, adicción al consumo de drogas, tanto legales (tabaco, alcohol y medicamentos) como ilegales (marihuana, cocaína, inhalables, heroína, etc.) entre las más importantes. Es necesario que se hable al respecto de estas problemáticas y dar o buscar alternativas viables para su decremento.

Hoy en día la adicción es un problema de alcance mundial. Los adictos se cuentan por millones en los diferentes países del mundo y traen consigo grandes repercusiones.

Las pautas del consumo de drogas están enraizadas en la cultura y en la sociedad, y no existe droga que no traiga consigo consecuencias negativas.

Durante muchos años el fumar se consideró como algo inofensivo. En la actualidad ha quedado plenamente demostrado que el **tabaquismo** como cualquier otra adicción trae consigo grandes repercusiones tanto a nivel social como a nivel individual (Secretaría de Salud, 1998).

Al consumo de tabaco se le ha considerado como uno de los más importantes **factores de riesgo** para la salud, tanto para países desarrollados como en vías de desarrollo (Rubio, 2001).

En México se cuenta con diversas fuentes de información sobre la situación de las adicciones. En las encuestas, investigaciones y sistemas de reporte hay coincidencia en que el **tabaco** es la **sustancia adictiva** más consumida en el país, por lo que se considera a este hábito como un importante problema de salud pública debido a la gran cantidad de padecimientos y daños orgánicos crónicos progresivos e incapacitantes tanto el aparato respiratorio, aparato cardiovascular, aparato digestivo y urinario, sistema nervioso y órganos sensoriales, etc. (Rubio, 2001).

Es conveniente señalar que el tabaquismo puede ser visto como un freno al desarrollo porque reduce la productividad de sus víctimas, pues sus efectos nocivos se expresan justamente en el período más productivo de la vida; por ejemplo: en los casos de los deportistas y atletas que consumen tabaco su rendimiento físico disminuye considerablemente en comparación con los sujetos que no lo hacen, cabe señalar que los efectos del consumo del tabaco son a largo plazo (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirecta de muerte de cerca de 8 242 personas por día y cinco millones al año en el mundo, de las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo (Gutiérrez y Regalado, 2002).

Los datos de mortalidad –número de personas que mueren en una población- revelan que en México el consumo de tabaco cobra alrededor de 147 vidas por día –en cinco días este número es equivalente a como si se estrellaran dos aviones jumbo con 741 sujetos- y al año mueren alrededor de 44, 000, ésta es una de las razones por la que está considerado dentro de los diez problemas de salud pública prioritarios, por ello es necesario verlo como una patología que necesita de una inmediata atención (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003).

El Dr. Calvo (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003) encontró que el tabaquismo cobra más vidas que el consumo de drogas ilegales, suicidios, SIDA y homicidios, por lo que la OMS considera que es la primera causa de muerte prevenible en el mundo.

De acuerdo con la OMS uno de cada diez sujetos muere a causa del tabaquismo, un dato relevante es que el **fumarse una cajetilla de cigarros disminuye once minutos de la vida** de una persona. Esto es posible por los daños degenerativos que se ocasionan en el organismo por la combustión de gases del tabaco (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003).

Las tendencias actuales señalan que para el año 2020 se espera que más de 10 millones de personas mueran por causa del tabaquismo, la mitad de ellas durante la madurez productiva, con una pérdida individual de 10 a 20 años de vida, es decir, se puede observar que todas las naciones sufren pérdidas por causa de este mal, particularmente por los riesgos asociados al consumo (Rubio, 2001).

De acuerdo a Correa (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003) se espera que la morbilidad – número de personas que padecen una enfermedad- para el año 2025 se presente de la siguiente manera: un 55% de personas fumadoras padecerán enfermedades cerebro-vascular, 84% enfisema pulmonar y un 90% algún tipo de cáncer, esto será porque el consumo de tabaco se inicia cada vez a edades más tempranas.

A continuación se muestran algunos datos importantes (Belasso, 2001, p.5):

Evolución del lugar ocupado por enfermedades relacionadas con el tabaquismo entre las principales causas de mortalidad general en México, 1950-1998

Causa	1950	1960	1970	1980	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Enfermedades del corazón	5°	4°	3°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°
Tumores malignos	-	6°	5°	5°	2°	2°	2°	2°	2°	2°	2°	2°
Enfermedades cerebro vascular	-	-	7°	7°	8°	6°	5°	5°	5°	5°	5°	6°
Bronquitis crónica y efisema pulmonar	-	-	-	-	12°	14°	14°	14°	14°	13°	13°	15°

Fuente: Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC.

Si el hábito es profundo en muchas ocasiones puede desencadenar a largo plazo la muerte prematura, ha quedado plenamente demostrado que este mal está vinculado con distintos tipos de cáncer como son: el de laringe, pulmón, cavidad bucal, páncreas, vejiga, riñón, entre otros (Rubio, 2001).

Ahora bien en lo que concierne a la reproducción humana y la niñez, este hábito también tiene repercusiones porque si durante el embarazo se consume tabaco podría existir un mayor riesgo en provocar daños (Alcántara, Reyes y Cruz, 1999, p. 78) como los siguientes:

- † Abortos espontáneos principalmente en el primer trimestre de embarazo.
- † Muertes fetales.
- † Partos prematuros.
- † Recién nacidos de menor peso.

- † Disminución de la leche materna.
- † Muertes neonatales.
- † Muerte infantil súbita.
- † Enfermedades pleuropulmonares.
- † Menor crecimiento pondoestatural.

Este fenómeno se ha incrementado por la connotación que la cultura ha dado en los últimos años al consumo de tabaco por mujeres, vinculado a la igualdad de derechos, a la lucha por la equidad de género, justicia y autonomía, entre otros, hace que el consumir tabaco en las mujeres sea más aceptado socialmente y crezca rápidamente a pesar de que el organismo de la mujer sea más vulnerable a los efectos de tabaco.

A pesar de que la sociedad está cada vez mejor informada, los índices de consumo se han incrementado, especialmente en los adolescentes (Secretaría de Salud, 2001).

En la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (Secretaría de Salud, 2002) se señala que el 26.4% de la población urbana entre 12 y 65 años de edad fuma (13'958,232), el 18.2% reportaron ser exfumadores (9'618,107) y el 55.4% señalaron no ser fumadores (29'306,164). En cambio, los resultados de la población rural mostraron un patrón diferente, ya que el 14.3% reportaron ser fumadores (2'408,340), el 15% reportaron ser exfumadores (2'537,125) y el 70.7% refirieron ser no fumadores (11'934,070), aunque es posible que la prevalencia nacional esté subestimada, porque el diseño de muestra no toma en cuenta a personas menores de 12 años ni sujetos que sobrepasen los 65 años de edad.

Es importante hacer notar que en cuanto a la prevalencia de fumadores en el grupo de adolescentes entre 12 y 17 años de edad (Secretaría de Salud, 2002) se encontraron los datos siguientes:

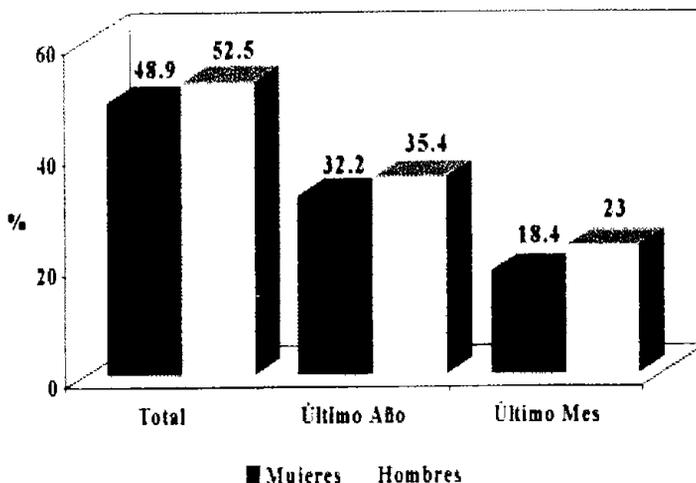
Porcentaje de fumadores en población de 12 a 17 años de edad en México 2002

Población urbana		Población rural	
15.4% Hombres	4.8% Mujeres	11.3% Hombres	1.0% Mujeres

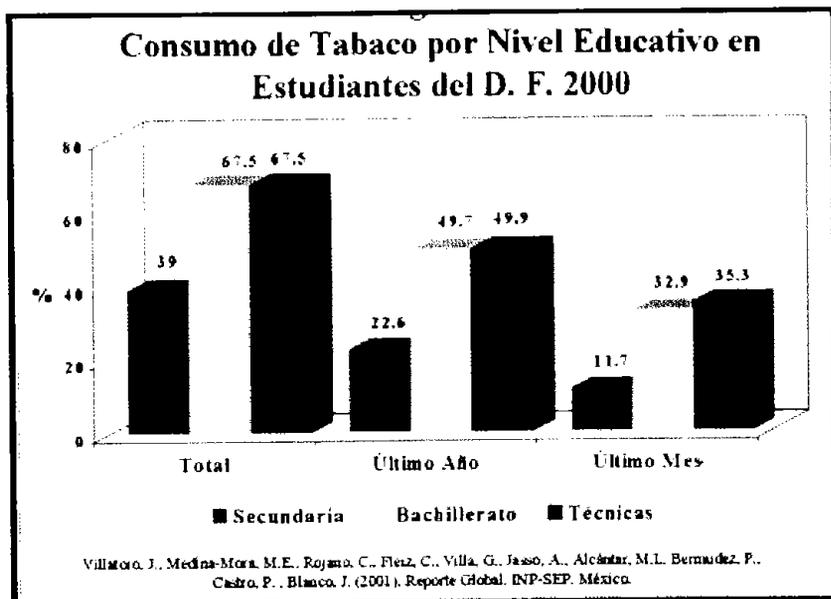
Encuesta Nacional de Adicciones 2002

De acuerdo a la Encuesta de Consumo de Drogas II (Villatoro y cols., 2000) realizada en la ciudad de México con una muestra de 10, 578 estudiantes de los cuales el 50.2% eran mujeres y el 49.8% eran hombres. Cabe mencionar que 6, 225 eran estudiantes de nivel secundaria, 3, 150 de bachillerato y 1, 203 de bachillerato técnico, estos pertenecían al ciclo escolar 1999-2000, y se encontró que los hombres consumen más tabaco que las mujeres pero la diferencia es mínima, a continuación se presentan gráficas que muestran el consumo de tabaco (Villatoro et al., 2000).

Consumo de Tabaco por Sexo en Estudiantes del D. F. 2000



Cabe señalar que las delegaciones más afectadas por el consumo de tabaco eran: Gustavo A. Madero (24.9%), Benito Juárez (24.7%), Coyoacán (23.6%), Iztapalapa (23.5%) y Magdalena Contreras (22.6%), a continuación se presentan gráficas que muestran el consumo de tabaco (Villatoro et al., 2000).



Los datos antes mencionados son importantes porque se puede observar que una parte considerable de la población mexicana pone en riesgo su salud, y también muestra el panorama de consumo en el Distrito Federal. ¿Cuántos de nosotros no hemos padecido de algún problema por estar con un fumador?. A través de quemaduras a personas, a los asientos del carro, en incendios forestales por arrojar cigarrillos sin apagar, accidentes de tráfico, o en otro tipo de descuidos como el obligar a otros a inhalar los tóxicos del humo. En lo que concierne a éste último se hace referencia al "fumador pasivo" (Espino, 1997), que es un fumador de segunda mano, con un alto riesgo para su salud, al estar constantemente expuestas a la inhalación del humo del cigarro, por el hecho de convivir con

fumadores inmoderados y crónicos o asistir a los lugares que frecuentan, y esto conlleva a que padezcan también enfermedades respiratorias y en ocasiones provocan daños irreversibles en la salud de otras personas (la mayoría de las veces afecta a la niñez, a la juventud y a la familia).

Es por todo eso que se deben de buscar alternativas para evitar este mal, por las cifras mencionadas anteriormente se puede apreciar que es considerable el número de la población que se encuentra inmersa en este problema y para poder proteger a la sociedad es necesario tomar medidas preventivas; como se habla de prevención es necesario ver a que tipo de individuos se deben de encaminar estas acciones para evitar el consumo de tabaco, es por ello que se debe de trabajar con adolescentes para así en un futuro disminuir el número de fumadores.

Los **adolescentes** son una parte considerable de la población mexicana por lo que sería conveniente entonces encaminar acciones preventivas hacia ellos, porque esta etapa está marcada por cambios significativos como inmadurez cognitiva y emocional, hipersensibilidad al rechazo, búsqueda de identidad, dificultad para encontrar una imagen positiva, formación de autoconcepto, entre otras, los individuos se ven como blanco fácil para el hábito tabáquico (López y Velásquez, 1991).

Como refiere la profesora Madeleine Dalton: los adolescentes frecuentemente experimentan con nuevas conductas, pero es poco común que tomen en cuenta las consecuencias a largo plazo, además de que algunos jóvenes expuestos a mensajes sobre el tabaco desde edades tempranas llegan a aceptar la noción de que el tabaco provee ciertos beneficios psicológicos que los ayudarán en la adolescencia, ya que los riesgos se ven remotos, se ven mitigados por los beneficios psicológicos inmediatos (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003).

Es por ello que se busca encaminar acciones preventivas para disminuir de manera radical el consumo y, por lo tanto, los efectos nocivos ocasionados por este producto, lo cual necesariamente requiere de la participación activa de la sociedad (gobierno, organizaciones nacionales, comunidades e individuos), sólo así se puede llegar a generaciones futuras en un México libre de humo de tabaco, es decir, se busca generar otras alternativas que no dañen su salud.

Además habría que considerar cómo impactarlos, es por ello que un medio importante podría ser la educación (Becoña, Palomares y García 1994), porque es ahí donde se pueden generar los factores protectores. No hay que olvidar que la escuela está considerada como el segundo hogar por ello tiene la responsabilidad de educar y formar a los estudiantes, pero esto no sólo se refiere a nivel de contenidos curriculares sino que también está relacionado con aspectos del desarrollo de la personalidad y ética. Aun cuando se piensa que el consumo de tabaco no es malo porque se asocia a una personalidad agradable pero sobre todo es socialmente aceptable, es el ambiente escolar donde se debe de intervenir para preparar jóvenes responsables de sus actos y concientes de todo lo que conlleva éste.

Por las razones antes mencionadas es que se propone un **Programa de prevención del tabaquismo en adolescentes** en el ámbito escolar con el fin de prevenir el consumo de tabaco, ya que éste es la principal causa de muerte prevenible en el mundo.

I. MARCO TEORICO

CAPÍTULO 1 LAS ADICCIONES

1.1 DEFINICIÓN DE ADICCIÓN

En la presente sociedad existen grandes problemáticas, como crisis económicas, crisis de valores, problemas políticos, entre otros, lo que conlleva a que muchos individuos se refugien en las adicciones –que son las necesidades que desarrolla un organismo de una situación, de un objeto o de consumir una sustancia para experimentar sus efectos y de cuya presencia física y / o psicológica depende para seguir funcionando. La necesidad física se refiere a cuando los agentes químicos de la sustancia generan un estado de adaptación por su uso continuo y prolongado que ocasiona un daño irreversible en el cuerpo; y la psicológica se refiere a la condición en la que el individuo requiere la droga para sentir bienestar, es más un estado emocional- (Alcántara et al, 1999).

Otra concepción que se tiene acerca de lo que es la **adicción** es manejada por el Programa Preventivo Contra las Adicciones (PEPCA, 1995):

“Es una conducta compulsiva que restringe la autonomía personal, la libertad de decisión y condiciona la capacidad de reflexión” (citado en Cardiel y Néquiz 1998. p.1).

De acuerdo a Tapia (2001) cuando se habla de **adicción** se hace referencia a los patrones de dependencia psicológica y física de una droga. La dependencia psicológica se define como un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionadas con los efectos de de las drogas y se manifiesta por una conducta de búsqueda continua; y la dependencia física se

refiere al estado en el cual el organismo se ha adaptado de tal forma a la presencia de una droga que, cuando se suspende, provoca claros síndromes físicos de abstinencia, los cuales usualmente se manifiestan con distensión y dolor.

1.2 DEFINICIÓN DE DROGAS

Cuando se habla de adicción generalmente se hace referencia a los fármacos o drogas. Para la Farmacología ciencia que estudia las drogas, se define a ésta como cualquier sustancia que por su naturaleza química altere la estructura o función del organismo viviente (Gannon, 1987). Hay que puntualizar más lo que significa droga porque la definición antes mencionada es muy amplia.

De acuerdo con el diccionario de la real academia española se define como **droga** lo siguiente:

“Droga es el nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales que emplea la medicina en la industria o en las bellas artes” (citado en Velazco, 1997, p. 17).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como droga:

A toda aquella sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas, químicas y / o psicológicas de éste (citado en De la Garza, 1983, p. 10)

Para la Secretaría de Salud (2001) se define como droga a toda aquella sustancia que modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental.

La adicción a una droga es un grave problema que atañe a toda la sociedad porque es un problema de salud.

Hoy en día existen múltiples tipos de drogas y las más comunes (Coleman, 1988) son:

- a) Alcohol: cerveza, ron, brandy, tequila, vodka, pulque, etc.
- b) Marihuana: cannabis sativa.
- c) Cocaína y crack.
- d) Inhalables: cemento, pvc, thinner, colas y gasolina.
- e) Anfetaminas, metaanfetaminas, tacha y éxtasis.
- f) Tranquilizantes e hipnóticos: benzodicepinas.
- g) Heroína: opiáceos.
- h) Alucinógenos: ácido lisérgico (LSD), mezcalina, peyote, hongos y polvo de ángel.
- i) **Tabaco**: puro, cigarrillos, polvo para pipa y goma de mascar.

Es importante hacer notar que los efectos de las drogas y su peligrosidad dependen de las variables con las que se asocian; de acuerdo con Bejarano y Blanco (1995) las variables asociadas al consumo de drogas son:

Persona: desarrollo físico o psíquico, condiciones psicológicas y afectivas del individuo, experiencias pasadas con las drogas, expectativas. Motivación, tolerancia y dependencia física o psicológica.

Droga: tipo de droga, forma de consumo, frecuencia con que se usa, forma de absorción, distribución por el organismo, metabolización, dosis, tiempo de acción y combinación o mezcla con otros fármacos.

Contexto: a) físico se refiere a la distribución de espacios, presentación o ausencia de ruidos, etc., b) público o privado, c) social – se refiere a si existe o no presencia de otra(s) persona(s) - , d) clima afectivo, e) ritualismo de las sesiones, f) cultural este se refiere a las actitudes de la sociedad ante el consumo, g) de sentido religioso y h) de legislación a favor o en contra.

CAPÍTULO 2 TABAQUISMO

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

El tabaco era conocido en gran parte de América en donde se cultivaban varias especies, es importante mencionar que el tabaco proviene de una planta llamada *Nicotina Tabacum*, es un arbusto de hojas verdes grandes, de textura vellosa y pegajosa con sabor amargo, las flores que produce son de color blanco, amarillo y violeta. Sus formas de consumo variaban, por ejemplo los antillanos fumaban las hojas de tabaco enrolladas, los indios de Norteamérica los fumaban en pipas, los mayas los mascaban y se les considera a éstos como los primeros fabricantes de cigarros, etc., es importante hacer notar que el tabaco ya era consumido por la sociedad desde tiempos ancestrales (Abrego, y García, 1990).

Cuando los españoles llegaron a América encontraron que se fumaba en lo que actualmente son las Antillas, México, Brasil y la Unión Americana (López y Velázquez, 1991).

En el caso de España, los sujetos le daban **atributos curativos** al tabaco por las propiedades características de las diferentes formas o preparados de éste, como son:

Tabaco verde: para los dolores de cabeza, el envaramiento de la cerviz, los males del pecho, dolores de estómago, sabañones, mordeduras de animales, etc.

Tabaco seco en hoja: como purgante y para dolores estomacales.

Tabaco en polvo: utilizado como hipnótico, para agudizar los sentidos y la memoria.

Humo de tabaco: para alivio de dolor de cabeza, de estómago, como purgante, contra el asma, para eliminar náuseas, vómitos, males del riñón, etc.

En la Nueva España, Fray Bartolomé de las Casas realizó las primeras descripciones de la adicción al tabaco, explicando que los indígenas utilizaban las hojas en forma de rollo para aspirar su humo, con el cual adormecen las carnes y "casi emborracha; así que dizque no sienten cansancio, y al reprenderlos diciéndoles que aquello era un vicio, y respondían que no era de su mano dejarlo" (Rubio, 2001).

Pero fueron los españoles quienes difundieron el **hábito de fumar** "habanos" y fue **Jean Nicot** quien difundió el cultivo de la planta de tabaco en Francia, y fue por él por quien empezó a ser conocido como "**nicotina**". Sir **Walter Raleigh** fue quien difundió su uso en Inglaterra y el resto de Europa, y es así como poco a poco llegó el tabaco al resto del mundo (Abrego y García, 1990, p.6).

En muchos países se establecieron prohibiciones para evitar el consumo del tabaco pero fue inútil, por ejemplo en Rusia se institucionalizó la tortura para obligar a los consumidores a delatar a los traficantes (actualmente comerciantes), estableciéndose la pena de muerte para ambos. En numerosos países se establecieron prohibiciones de fumar en público, creándose para ello "fumaderos apropiados", y pese a tales medidas no se pudo evitar la propagación del uso del tabaco (Gil y Calero, 1994).

El consumo de tabaco se ha generalizado a lo largo del siglo XX, debido a las características particulares de su presentación, fácil de transportar y usar, sin contar con la marcada publicidad que se le da en los medios de comunicación masiva y la legalidad de su consumo.

2.2 COMPOSICIÓN QUÍMICA

Son más de dos mil elementos nocivos los que conforman parte del tabaco, es decir se trata de una fábrica química en miniatura, y cada que se enciende un cigarro se desencadena la combustión de aproximadamente cuatro mil sustancias, según el folleto de "Daños a la salud por el tabaquismo" del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER. (citado en Hernández y Chávez, 2000).

De acuerdo con en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2003) los elementos más importantes son:

- Nicotina la cual es el principal alcaloide contenido en el tabaco y el responsable de generar dependencia en el sujeto que lo consume ya que produce una adicción 20 veces mayor que otras drogas como la heroína, la marihuana y el alcohol. De acuerdo a Domínguez (1986, citado en Virchez, 1990, p. 18) el tabaquismo produce adicción física porque el tabaco es una de las drogas que más se necesita.
- Alquitrán considerado como una sustancia carcinógena, al inhalarse ocasiona un daño severo el aparato respiratorio, de ahí el enfisema y otros tipos de cáncer, que se desarrollan a largo plazo.
- Monóxido de carbono el cual es causante de producir oxigenación deficiente en el cuerpo.
- Otras sustancias como gases irritantes, entre otras.

Se ha encontrado que en la planta del tabaco existen sustancias como amoniaco, amonio, acetona, arsénico, butano, benzopireno y óxidos de nitrógeno, las cuales provocan daños severos a la salud; además de contener compuestos

aromáticos como hidrocarburos, naftalenos y bencenos los cuales ocasionan enfermedades como leucemia (Hernández y Chávez, 2000, p. 6).

La nicotina es una droga que provoca una fuerte adicción porque tiene la propiedad de estimular y sedar el sistema nervioso central, y resulta que la ingestión de nicotina estimula las glándulas endocrinas lo que hace que se libere súbitamente la glucosa y en consecuencia se presenta fatiga y depresión (Hernández y Chávez, 2000).

Cabe mencionar que las reacciones que produce la nicotina en el cuerpo se mantienen por 30 minutos aproximadamente después que un individuo fume un cigarro o masque un chicle con nicotina, en consecuencia, aquellos fumadores severos que llegan a consumir una cajetilla de cigarrillos al día, mantendrán a su cuerpo expuesto a los efectos de la nicotina por 24 horas aproximadamente; es importante hacer mención que la señal que se presenta cuando el individuo fuma tarda en llegar al cerebro 10 segundos, así que después de que se terminan los efectos del placer, el individuo presenta un período de ansiedad y es en donde se regresa al ciclo de tomar otro cigarrillo.

Se ha calculado que la cantidad de nicotina en un cigarrillo que pasa a la cavidad bucal es de 30 mg. En cuanto a la absorción de la nicotina depende del mayor o menor grado de inhalación del humo que el fumador efectúe en el momento de fumar, llegándose a absorber hasta el 95% de la contenida en el tabaco, si la inhalación es profunda y se acompaña de retención pulmonar. En cuanto a la eliminación, se efectúa a través de la orina, la mayor parte se elimina en menos de 15 minutos (Abrego y García, 1990)

Es necesario hacer mención que en estudios realizados con animales se ha encontrado que éstos no discriminan entre los efectos de la nicotina y la cocaína. Por otro lado otras investigaciones demuestran que tanto la nicotina, la cocaína, la

heroína y la marihuana incrementan los niveles de los neurotransmisores de la dopamina y los efectos que éstos tienen en el cerebro son de llegar a los sitios de control de recompensas y controla los sentimientos del placer (National Institute and Drug Abuse, 2003).

Se ha encontrado evidencia experimental que indica que el consumo del tabaco, produce dependencia física y la suspensión abrupta del tabaco produce un **síndrome de abstinencia** caracterizado por fatiga, irritabilidad, insomnio, disminución de la frecuencia del pulso y efectos en la presión arterial e hiperfagia (Abrego y García, 1990).

2.3 DEFINICIÓN DE TABAQUISMO

El **tabaquismo** es definido como la intoxicación crónica producida por el uso de tabaco y está considerado como uno de los más importantes factores de riesgo para la salud del individuo (Secretaría de Salud, 1993).

Cabe señalar que *el consumo crónico de tabaco genera dependencia*, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como:

“estado en el cual la autoadministración de tabaco produce daños al individuo y la sociedad” (Tapia, 2001, p. 28).

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2003) maneja la siguiente clasificación en relación a la cantidad del consumo de tabaco:

Fumador menor o leve: la cantidad no es mayor de cuatro cigarros por día.

Fumador moderado: la cantidad estriba entre cinco y siete cigarros por día.

Fumador severo o alto: la cantidad es de ocho a diez cigarros al día.

Fumador pesado: la cantidad es mayor de once cigarros por día.

Los indicadores más usuales para evaluar los **patrones de consumo de tabaco en México** según la Organización Mundial de la Salud (Tapia, 2001) son:

No fumador. Persona que nunca ha fumado tabaco.

Fumador diario. Persona que fuma todos los días

Fumador ocasional { *Experimentadores*, son personas que fuman menos de cien cigarrillos al mes y sólo lo hacen ocasionalmente.
Fumador continuo fuma cien cigarrillos al mes, pero no lo hace a diario.

Fumador pesado. – Persona que se fuma de cuatro a cinco cajetillas al día.

Fumador pasivo. – Persona que se expone al humo del tabaco de un fumador en un ambiente cerrado.

Russel (1974, citado en Virchez, 1990, pp. 16-17) encontró que existen diferentes tipos de motivaciones para que se de la conducta de fumar, es importante aclarar que un mismo sujeto puede presentar uno o varios motivos:

Psicosocial. Factores psicológicos y sociales asociados al fumar en los que se busca aceptación social y en los que se relaciona el fumar con aspectos psicológicos del individuo. Ésta se refiere a que el tabaco tiene un valor simbólico con objeto de crear una imagen de intelectualidad, precocidad, sensualidad y sofisticación. Ayuda a aumentar la confianza social y ganar la aceptación dentro de grupos de la misma clase.

Sensoriomotor. Se refiere a rituales asociados con el cigarro, como el sentir placer al encenderlo, así como de su manipulación, ver el humo y jugar con él, darle golpecitos al cigarro antes de encenderlo, etc.

Placentero o Indulgente. Momentos agradables de la vida cotidiana asociados con el cigarro. Es el más común, aquí se consumen menos de 20 cigarros diarios y se fuma por puro placer, generalmente en etapas de reposo y relajación o después de ingerir alimentos.

Reducción de la tensión. Reducción de las emociones negativas productoras de nerviosismo asociadas con el cigarro como la disminución de enojo o la preocupación; es decir, el tabaco es usado como sedante o tranquilizante para así poder aliviar estados de ansiedad y tensión.

Estimulación. Se tiene la sensación de adquirir mayor energía al fumar. Por lo regular se comienza al despertar para poderse concentrar, para planear las tareas a realizar durante el día. El deseo de fumar es más intenso cuando se está cansado.

Adicción. Las personas que fuman al menos un cigarrillo cada 30 o 45 minutos o que sienten necesitarlo y dejan de hacer la actividad encomendada por adquirir un cigarrillo si es que no lo tienen, se considera que ya fuman por adicción, para el

sujeto el fumar ya no sólo representa una situación de placer sino que ya se ha convertido en una necesidad.

Automático. Se refiere a las personas que a menudo encienden un cigarrillo sin percatarse de que tienen otro en el cenicero, se presenta principalmente entre los fumadores crónicos que tienen un motivo estimulante y / o adictivo.

Estas motivaciones hacia el consumo del tabaco van a depender de las clases de recompensas, ya que existe una etapa que comienza con recompensas no farmacológicas pasando por un efecto positivo de nicotina, para así finalmente llegar a lo que se conoce como adicción al tabaco.

2.4 DAÑOS A LA SALUD

Por más de medio siglo se han obtenido evidencias de que el tabaco mata y cada día se dan a conocer estudios con datos nuevos sobre los riesgos de su uso.

Una de las más graves consecuencias que deja a su paso el consumo de tabaco es la ostomía traqueal de una laringectomía total (extirpación total de la laringe) para lo cual se realiza un orificio en la laringe y se introduce una cánula y es por donde se habla y respira.

Las consecuencias de la laringectomía total son: pérdidas auditivas, depresión, pérdida del habla, aún así se podrá llevar una vida casi normal porque con rehabilitación poco a poco se recupera la función del habla pero ésta se hace más grave, profunda y lenta, sin embargo ahora serán necesarios cuidados especiales ya que la cánula se debe cambiar constantemente, lavar, hervir, al bañarse se debe tener mucho cuidado porque se puede sufrir de asfixia pero sobre

todo se debe de poner una gasa para que el aire no se respire directamente (Perello y Salva, 1980).

Actualmente se maneja que el hábito tabáquico ocasiona con frecuencia daños orgánicos, además de ocasionar daños irreversibles a nuestro cuerpo, a continuación se hace mención de algunos (De la Garza, 1983):

1.- En el aparato respiratorio ocasiona irritación en la garganta y del árbol respiratorio, reducción de la capacidad respiratoria, bronquitis crónica con sus complicaciones –menores defensas ante las infecciones respiratorias e insuficiencia respiratoria –.

2.- En el aparato cardiovascular trae como consecuencia aceleración del ritmo cardíaco, aumento de la tensión arterial, agravación del riesgo de ateroma (es decir depósito de placas de grasa en la pared interna de los vasos) y trombosis que conducen a la angina de pecho y / o al infarto del miocardio, se presentan accidentes vasculares cerebrales y arteritis de los miembros inferiores que pueden ocasionar gangrena.

3.- En el aparato digestivo y urinario se presenta un efecto sedante y se disminuye el apetito, existe un aumento de la acidez gástrica que favorece la instalación y agravación de la úlcera del estómago.

4.- En el sistema nervioso y órganos sensoriales ocasiona temblor, irritabilidad, nerviosismo, existe una notoria disminución en la memoria, en la capacidad de atención y se reduce la agudeza visual, también se ve una notoria deficiencia en el sentido del gusto y el olfato.

5.- Los dientes se ven afectados porque se produce halitosis – esto se refiere a que se presenta mal aliento-, sarro, gingivitis y parodontitis.

6.- En la piel los dedos de las manos se ponen de color amarillo, existe un envejecimiento prematuro de la piel y se presenta la aparición de arrugas, pero en los adolescentes es más probable encontrar la aparición de acné intenso.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias (1998) las enfermedades más importantes relacionadas con el consumo de tabaco son:

Cánceres: de pulmón, traquea, bronquios, labio, cavidad oral, faringe, esófago, páncreas, cerviz uterino, vejiga y riñón.

Enfermedades cardiovasculares: como hipertensión, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteroesclerosis, y aneurisma de la aorta.

Enfermedades respiratorias: como neumonía, gripe, bronquitis, enfisema y obstrucción de las vías respiratorias.

Se ha encontrado evidencia que señala que cuando el consumo de tabaco es alto, se corre el riesgo de reducir el apetito sexual y afectar la expulsión de la orina (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003).

Existen algunos efectos indirectos como es el provocar accidentes automovilísticos, laborales e incendios.

El consumo de tabaco afecta a la mayor parte del organismo y trae consigo **efectos dañinos** (Alcántara et al, 1999), como los siguientes:

- *Efectos a corto plazo:* se sufre de alteraciones en la conciencia y en la capacidad para percibir, enojo, hostilidad, agresión, insomnio, sueños extraños, inestabilidad en el humor, cambio en el estado de ánimo, mareo, vértigo, vómito, dolor abdominal, sudoración, complicaciones circulatorias, entre otras.

- *Efectos a largo plazo*: incluyen cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, sentimiento de frustración, ira, ansiedad, dificultad en la concentración, aumento del apetito, en hombres se reduce la fertilidad, etc.

Es conveniente mencionar que la magnitud de los riesgos a la salud de cada fumador esta relacionado (Virchez, 1990) con:

- ✦ Tipo de cigarrillos y tabaco.
- ✦ Profundidad con la que se inhala el humo.
- ✦ Tipo de dependencia.
- ✦ Cantidad de cigarrillos fumados por día.
- ✦ Tiempo de consumo.
- ✦ Lugar en el que se fuma.
- ✦ Estilo del fumador.
- ✦ Motivos por los que se fuma.
- ✦ Tipo de personalidad del fumador.
- ✦ Edad en la que se inicio con el hábito.

2.5 TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL TABAQUISMO

Han sido propuestas distintas teorías que explican el fenómeno de fumar (Becoña et al, 1994), a continuación se mencionan:

Las primeras teorías hablan del papel que tiene la nicotina para producir dependencia, apuntan a la parte *farmacológica* de la sustancias y aún cuando incluyen los factores de regulación del afecto, en ello son reduccionistas y en la actualidad no son las que están en boga.

Con un limitado poder explicativo y muy desacreditadas se encuentran las teorías genéticas y psicoanalíticas, en la primera se ha encontrado que no hay evidencia para sostener que exista una causa genética para que se presente este hábito y en lo que concierne a la segunda se ha visto la imposibilidad de ésta para explicar la conducta compleja que implica el consumo de tabaco.

Hoy en día se ha comprobado que en el tabaquismo se encuentran presentes múltiples factores como son: sociales, económicos, políticos, familiares, psicológicos, farmacológicos, publicitarios, individuales, etc., por lo que al hacer referencia al fumar se deben de valorar diversos aspectos, es decir, es multicausal.

2.6 FASES EN EL PROCESO DE HACERSE FUMADOR

Actualmente se considera que la conducta de fumar es un continuo que transcurre a través de varios estadios de cambio, y en el proceso de hacerse fumador según Becoña y colaboradores (1994) se dan las siguientes fases:

- I. *Adquisición*, esto es, la **prueba inicial** y **experimentación** que en el medio se da principalmente con cigarrillos.
- II. *Consolidación* del consumo o fase de **fumador regular**.
- III. *Mantenimiento* o **adicción consolidada**.

De acuerdo con Tapia (2001) son cinco las *fases* del proceso de iniciación en el tabaquismo.

Preparación y primeros intentos. La preparación define como el estado creado por el ambiente en el que crece el individuo, el cual lo prepara a imitar o seguir el modelo de un núcleo familiar de fumadores (en esta etapa el sujeto tiene menos de ocho años). Después de la casa, la escuela es otro escenario en el que los niños pasan la mayor parte del tiempo y es donde pueden surgir inquietudes para hacer los primeros intentos de fumar, los cuales son entre los ocho y diez años de edad.

Experimentación. Aún cuando no todos los sujetos están expuestos a modelos de padres y amigos fumadores, todos comparten ciertas influencias del medio para probar esporádicamente u ocasionalmente el tabaco, y los aspectos primordiales que intervienen en esta fase son: la *susceptibilidad de ser influenciado*, la cual se define como la ausencia de una decisión firme a no fumar y *la receptividad a la industria tabacalera* que es el hecho de tener o querer lo que promocionan los anuncios de las tabacaleras; esta fase se da entre los diez y doce años de edad.

Fumadores regulares o establecidos. Esta se da por haber tenido experiencias previas con el cigarro y se fuma sólo en algunos momentos o circunstancias, esta fase tiene lugar entre los doce y dieciocho años de edad.

Adicción. En esta fase el sujeto necesita dosis mas elevadas de nicotina para obtener las mismas sensaciones obtenidas en un principio, y es en esta fase donde se desarrolla la dependencia física y/o psicológica a la nicotina; esta etapa se da en sujetos mayores a dieciocho años. Cabe señalar que Domínguez (1987, citado en Virchez, 1990) considera que la nicotina es una droga adictiva como la marihuana y los inhalables en el sentido psicológico ya que se manifiesta un deseo paralelo intenso para su uso bajo ciertas condiciones de vida.

Es conveniente mencionar que cuando se llevan a cabo programas preventivos se deben de tomar en cuenta las primeras fases del proceso de iniciación en el tabaquismo.

2.7 MODELOS DE INICIACION

Es importante mencionar que existe un modelo de iniciación hacia el consumo del tabaco, que incluye tres factores principales para que los adolescentes experimenten con el tabaco y son: la presión social, el modelo de adultos (padres-maestros) y la influencia de las compañías tabacaleras a través de sus campañas publicitarias (López y Velázquez, 1991).

En cuanto a la **presión** social ejercida **por los pares** diversos estudios sugieren que la influencia de los pares es el principal factor que influye en la decisión de fumar por primera vez un cigarrillo. A esta edad los jóvenes comienzan el proceso de identidad sexual y buscan reafirmarlo por medio de actividades grupales, es por ello que si los amigos comienzan a fumar a edades tempranas es probable que ellos también lo hagan. Se habla de *presión de pares* cuando la influencia de los compañeros del grupo adquiere una fuerza decisiva en la forma de comportarse ya que el adolescente establece su identidad en estrecha relación con su grupo de referencia, en donde las expectativas de los otros miembros le pueden llevar a adoptar la conducta de fumar (López y Velázquez, 1991)

Hirschman y colaboradores (1984, citado en Gómez, Guillermo y Del Mar, 1998) entrevistaron a niños y adolescentes entre segundo (6-7 años) y décimo grado (14-15 años). Realizaron un detallado estudio transversal sobre las primeras experiencias de fumar cigarrillos; una aportación importante de este estudio es la descripción detallada de los parámetros definidos de la *primera experiencia* de fumar: *lugar* en el que se probó el primer cigarrillo, *razón* para hacerlo, *estado afectivo*, topografía de la conducta, *efectos sociales* y *síntomas*. Entre estos parámetros son los síntomas los que adquieren especial relevancia. Cuando el individuo fuma por primera vez, se produce una reacción en su organismo que se manifiesta a través de uno o varios síntomas, normalmente descritos como **displacenteros**. Alrededor del 90% de los sujetos entrevistados sintieron alguno

de los síntomas asociados al fumar el primer cigarrillo: mal sabor, tos, mal olor, vértigo, mareo, ardor de garganta, dolor de cabeza y náuseas; con esto podría pensarse que los síntomas desagradables animarán al individuo a **no** repetir esta conducta, pero la realidad es otra. También de acuerdo a este informe, más del 30% de los sujetos que reportaron haber fumado, lo siguen haciendo.

La interpretación de las sensaciones asociadas al fumar por primera vez son las que darán pauta al sujeto de convertirse en un fumador experimental. De acuerdo a los autores este proceso interpretativo se fundamenta en un conjunto de **esquemas cognitivos** o estructuras de memoria (actitudes, creencias, expectativas) originados por la historia previa del individuo y que dan sentido a los estímulos, situaciones y acciones, es decir, las actitudes, creencias y expectativas de los sujetos son las que permitirán o evitarán el que ellos tomen o no riesgos. Se puede deducir que la presión social, ciertas características del desarrollo y de la personalidad, y la interpretación de las sensaciones fisiológicas juegan un papel clave en esta primera experiencia. Si se analiza esta cuestión en términos de beneficios/perjuicios, lo más probable es que los adolescentes obtengan los beneficios esperados de fumar sobre todo por **aprobación social**.

El fumar el segundo y tercer cigarrillo probablemente proporciona a los sujetos más beneficios que fumar el primero, tanto a nivel de la propia personalidad (satisfacción de necesidades internas o personales: curiosidad, autoafirmación, tomar riesgo, etc.), como a nivel social (obtener la aprobación social de los iguales). Complementariamente, a nivel fisiológico es probable que la virulencia de los síntomas iniciales disminuya, puesto que el organismo debe comenzar un proceso de adaptación (desarrollo de la tolerancia) a éstos. De este modo cada nueva experiencia de fumar se hace para el adolescente más satisfactoria y menos aversiva, facilitando así la posterior experimentación (Gómez et al, 1998).

Modelo de adultos. Otros de los principales factores del tabaquismo lo representa la familia y los padres. El modelo de los padres es importante en las conductas de riesgo que el niño va aprendiendo, ya que posteriormente las pondrá en práctica en la sociedad. Existen investigaciones que hacen reflexionar sobre este aspecto. Por ejemplo, en una investigación realizada en la Ciudad de México en 1987 con una muestra de 1165 niños de enseñanza básica, se encontró que alrededor de un 80% de los niños tenían información clara sobre los efectos nocivos del consumo del tabaco; pero al revisar la historia del tabaquismo familiar se encontró que más del 40% de los padres fumaban; un 20% de las madres fumaban, y alrededor de otro 40% contaban con algún otro familiar adulto que vivía en la misma casa y mostraba al tabaquismo como positivo. En la misma población estudiada se encontró además que el 30% de los maestros que impartían clases también fumaban, y un 5% ya no lo hacía, pero lo habían hecho anteriormente (Espino, 1997); con esto habría que reflexionar sobre la conducta futura de estos niños, porque a pesar de que tenían un concepto claro de que el cigarro produce enfermedad y daña el organismo, la presión continua de los pares, y la influencia de los padres y la sociedad fungirán como modelos de comportamiento. Con esto se puede deducir que por muy informados que se encuentren los niños podrían en un futuro llegar a ser fumadores, porque el cigarro está presente en su vida cotidiana ya que este hábito es tolerado en el núcleo familiar, sin pasar por alto el constante reforzamiento social que se tendrá.

Por todo esto es importante hacer y remarcar la importancia de la cultura preventiva, por lo tanto hay que hacer notar las consecuencias que lleva consigo el fumar, no solo hacer referencia a los daños de la salud, sino también a nuestras emociones y percepciones como ser humano, y hacerles ver a los individuos que no porque el tabaquismo se encuentra en nuestra vida cotidiana significa que este hábito sea correcto.

Campañas publicitarias. Se considera a todos aquellos anuncios o mensajes publicitarios emitidos por los medios de comunicación que influyen en los individuos (receptores) para vender sus productos en donde tiene cabida el tabaquismo; éstas son un medio muy poderoso que influye notablemente en los adolescentes para iniciarse en el tabaquismo, ya que facilita conocer el producto, identificarse con lo que rodea al mismo y crear conciencia de que fumar es normal. Este efecto se da porque los comerciales son dirigidos a los jóvenes , y son sus slogan y frases las que hacen que los adolescentes se identifiquen con el protagonista del aviso del comercial, con ello el consumidor se crea actitudes de bienestar, felicidad, éxito, virilidad, feminidad y atractivo sexual, con esto se lleva al consumidor adolescente a adoptar una actitud positiva del tabaco, hay que hacer notar que los comerciales presentan en letras pequeñas que este hábito puede causar cáncer pero parece que esto está minimizado en comparación con las ganancias que se obtienen al fumar (Tapia, 2001).

Helen Post y Herbert Mikel (1986, citado en Bisquerra, 1992) realizaron un estudio con 258 sujetos (137 hombres y 121 mujeres) de tres escuelas de la ciudad de Nottingham (E.U.A.), que tuvo como objetivo investigar la asociación entre el tabaquismo y la opinión hacia los anuncios de cigarrros. Se utilizó un cuestionario estructurado, el cual era anónimo con preguntas cerradas, y los resultados arrojaron que los sujetos tenían una opinión favorable hacia los anuncios de cigarrillos y que ésta ayuda al mantenimiento del hábito en la gente joven, por su atractivo y su imagen emocionante; así mismo encontraron que más fumadores regulares que no fumadores tienen una opinión favorable de los anuncios de cigarrros, lo cual mostró una relación significativa entre el nivel de tabaquismo y la actitud favorable hacia los anuncios publicitarios.

En investigaciones realizadas en España el Dr. Ramón Calvo (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003) encontró que el objetivo de las tabacaleras es vender el mayor número de cajetillas de cigarrros sin importar los

daños ocasionados a la salud de los consumidores, es por ello que éstas gastan alrededor de 84 millones de dólares por año en publicidad; está dirigida a los menores de edad y adolescentes (entre 11 y 18 años), además de realizar estudios de mercadotecnia para crear una variedad de modelos de cigarrillos que satisfagan a los diferentes tipos de personas (posibles clientes), es decir, crean cigarrillos light, de diferente grosor, largo y color, etc. Por otra parte se encargan que las campañas publicitarias estén inmersas en el mundo de la moda, del cine, que las representen artistas famosos y que estén presentes en los deportes – automovilismo, básquet ball, etc.-. Lo que se presenta en la publicidad es una gran mentira, por ejemplo: los atletas o deportistas profesionales no fuman porque el tabaco produce cansancio, así como una disminución en la velocidad y en su rendimiento (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003). Además se refiere que lo que mueve a las compañías son 199, 464 billones de dólares en ganancias y 23 millones por día generados únicamente por la compañía Philip Morris y esto es solamente en Estados Unidos, y es lo que permite ocultar *los verdaderos objetivos de las compañías tabacaleras que es el manipular a los jóvenes a consumir tabaco para poder enriquecerse sin importarles la salud de terceras personas*, principalmente los adolescentes, y si éstos supieran realmente cuales son los objetivos de éstas ellos podrían darse cuenta de que los manipulan con la publicidad generada alrededor del tabaco, y disminuiría el riesgo de que los adolescentes fumen ya que estos no admiten que les digan que hacer, esto es porque se encuentran en una edad de rebeldía, es decir, no les gusta seguir ordenes.

En México existen dos industrias tabacaleras que son Philip Morris CIGATAM y British American Tobacco, de las cuales se generan 45 marcas de cigarrillos y 23 de ellas están dirigidas hacia los jóvenes como: marlboro, boots, camel, pallmall, LM, entre otras, y el objetivo de éstas es que los adolescentes sean sus clientes, porque se ha encontrado evidencia de que no se cambia la marca con la cual se inicia el fumar (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003).

2.8 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL TABAQUISMO

Becoña y colaboradores (1994) señalan los principales factores que determinan el mantenimiento de la conducta de fumar:

- Los procesos farmacológicos y de condicionamiento son los factores básicos que interactúan en el mantenimiento de la conducta de fumar, ya que la nicotina genera "adicción".
- Procesos cognitivos y toma de decisiones. Las etapas por las que se desarrolla la conducta de fumar se reflejan en la valoración que tiene un sujeto de sí mismo, de las experiencias sociales y de la información que percibe; y el modo en que las personas procesan esa información influirá en su toma de decisiones.
- Características personales. Éstas engloban las demográficas, las de personalidad y las de contexto, las cuales influirán en el ambiente social, económico y cultural.

Es importante mencionar que diversos estudios (Becoña et al., 1994) revelan que en la conducta de fumar están involucrados varios factores.

Los **factores implicados en la adquisición y experimentación** de la conducta **de fumar** son:

- 1.- *Factores de predisposición* hacen referencia a las normas y valores de los iguales y de la familia sobre el tabaco.
- 2.- *Características sociodemográficas* como son la edad, sexo, clase social, ocupación y estudios.
- 3.- *Disponibilidad y costo económico.*

4.- *Publicidad y presión al consumo.*

5.- *Factores cognitivos* de expectativa ante los cigarrillos.

6.- *Creencias* de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y control de peso corporal.

7.- *Efectos fisiológicos y psicológicos* de los primeros cigarrillos, efectos psicofarmacológicos de la nicotina y factores de reforzamiento.

2.9 MEDIDAS ACTUALES CONTRA EL TABAQUISMO NACIONAL E INTERNACIONAL

Es importante mencionar que se ha creado un Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLA) el cual ha sido el primer tratado internacional sanitario en materia de tabaquismo, cuya discusión se lleva a cabo bajo los auspicios de la OMS a través de un Órgano Intergubernamental de Negociación; el trabajo de este convenio comenzó en 1996, en octubre de 1999 y marzo 2000 se reunieron grupos de trabajo formados por representantes de los países miembros de la OMS, para tratar asuntos técnicos relativos a la CMLA; este convenio tiene como objetivo proporcionar un marco para identificar medidas de lucha antitabáquica que habrán de adoptarse mediante el compromiso de las partes para reducir el consumo de tabaco y proteger así a las generaciones presentes y futuras contra las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del mismo.

Algo que se contempla son las medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, medidas no relacionadas con los precios que incluye aspectos del tabaquismo pasivo, reglamentación del contenido de los productos del tabaco, empaçado, etiquetado, publicidad, patrocinio, medidas de reducción de la demanda, relativas a la dependencia y el abandono del tabaco,

así como las medidas relacionadas con la oferta. Los resultados de esta negociación deberán reforzar las acciones del Programa contra el Tabaquismo 2001 – 2006; los objetivos de CMCT son los siguientes (López, 2002):

1. Reducir al mínimo el número de fumadores y usuarios de otras formas de producto de tabaco en el mundo.
2. Evitar la exposición a la contaminación ambiental producida por el humo de tabaco en toda la población humana.
3. Proteger a todos los seres humanos, a la población mundial actual y futura contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y económicas del consumo de tabaco.
4. Reducir el consumo del tabaco hasta eliminar la adicción a la nicotina y sus consecuencias sociales, económicas y de salud colectiva.
5. Servir de mecanismos en la instrumentación de las políticas y estrategias para el control integrado del tabaco, mediante el compromiso de las partes contratantes, conforme a los siguientes principios básicos:
 - ◆ El tabaco contribuye de forma importante; a la inequidad en materia de salud en todos los grupos sociales.
 - ◆ No son aplicables las prácticas comerciales normales en virtud de la naturaleza singular de los productos de tabaco (causan adicción a la nicotina y daños severos para la salud colectiva).
 - ◆ El público tiene derecho a estar bien informado acerca de las consecuencias para su salud que tiene el consumo de productos de tabaco.

Aunque el sector sanitario tiene la principal responsabilidad en el control del tabaco, no se podrán conseguir resultados satisfactorios sin la respuesta organizada de la sociedad en su conjunto.

Por todo lo antes ya mencionado es fundamental insistir en promover un desarrollo de actitudes y conductas que busquen generar estilos de vida más saludables, libres de tabaco, para que se dé esto será necesario implementar acciones preventivas que limiten la accesibilidad al tabaco en la población.

Es necesario mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) maneja algunas recomendaciones para la elaboración de un programa de prevención y control del tabaquismo, las cuales se integran en dos grandes categorías:

- 1) *El control en la manufactura del tabaco.* El cual concierne a las restricciones de la publicidad, regulación de los contenidos de nicotina y alquitrán, y las políticas económicas.
- 2) *Modificación de la conducta de fumar por medio de prevención.* Para ello es necesaria la colaboración de los niveles educativos, apoyos que faciliten quitar el hábito del cigarro, detección temprana de problemas de salud y el apoyo por parte de la Legislación (Secretaría de Salud, 1998).

En México ya se han tomado algunas medidas importantes; entre ellas se encuentra la prohibición de emitir campañas de tabaco en radio y televisión (Secretaría de Salud, 2000).

Es importante tomar medidas de protección para el **fumador pasivo** y hay que hacer notar que se han creado algunas; tales como el **Reglamento sobre el consumo del tabaco** expedido por el presidente Ernesto Zedillo (Secretaría de Salud, 2000), el cual señala lo siguiente:

El presente reglamento tiene por objeto proteger la salud de las personas de los efectos nocivos causados por la exposición al humo del tabaco, con la

reducción del consumo del mismo principalmente en lugares públicos, con lo cual se busca proteger a los sujetos no fumadores y proporcionar información para que los individuos se abstengan de fumar en edificios públicos, como medida de salud se prohíbe fumar en Instancias del gobierno Federal y en aquellas que presten servicios públicos federales. –tales como juzgados, cámaras de diputados y senadores, secretarías de estado, Procuraduría General de la República, terminales e instalaciones portuarias, en el Instituto Nacional de Salud, hospitales, laboratorios, aeropuertos, terminales aéreas, instituciones educativas, vehículos de servicio público de transporte colectivo de pasajeros, bibliotecas, etc.-, hay que colocar señales y símbolos que digan que está prohibido fumar en áreas de trabajo y pasillos; no hay que pasar por alto ésta restricción porque si se hace caso omiso de ésta se castigará, porque se considera como infracción fumar en los lugares que el reglamento prohíbe y en caso de no cumplir con él, se debe dar aviso a la policía preventiva y la sanción que corresponde es una multa equivalente de uno a tres veces el salario mínimo diario a las personas que fumen en lugares prohibidos.

Es importante mencionar que no se pasaron por alto los derechos de los fumadores ya que se les permitió tener un área para fumar, la cual debe de contar con letreros y buena ventilación, pero sobre todo no estar cerca de áreas de trabajo. Este Reglamento tiene también como objetivo dar apoyos a los fumadores, cuando lo soliciten, para abandonar el tabaquismo con los tratamientos correspondientes, además de hacer promoción para la prevención del mismo. El Reglamento sobre el consumo de tabaco entró en vigor a partir del 8 de septiembre del 2000.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud promueve cada año, desde 1988 el día mundial de lucha contra el tabaquismo y establece un lema alrededor del cual se realizan, en el ámbito internacional, una serie de actividades para conmemorar el **31 de mayo** como **Día Mundial sin Tabaco**. En México ésta

celebración se realiza bajo la coordinación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

En México el **CONADIC** es la instancia que se encarga de buscar soluciones para evitar y disminuir el hábito tabáquico, es por ello que se esfuerza por fomentar una colaboración más cercana con otros sectores, como es el sector educativo (SEP) y de comunicaciones y transportes; busca ampliar programas de protección y controles contra el tabaquismo involuntario, además de crear un sistema de certificación de "Espacios Libres de Humo de Tabaco".

Por otra parte busca establecer mecanismos para la aplicación y vigilancia de la normatividad vigente en materia de producción, comercialización, consumo de productos de tabaco. En relación con los recursos médicos, busca incrementar iniciativas orientadas a desalentar el consumo de productos de tabaco; elaborar modelos y programas de educación por medio de la promoción de salud con el objetivo de favorecer los factores de protección y disminuir los factores de riesgo; formar recursos humanos, actualizar y capacitar al personal de salud en niveles de atención; impulsar modelos de investigación para conocer los patrones de consumo del tabaco para así poder desarrollar nuevas medidas de prevención para la dependencia del tabaco, entre otras cosas (Rubio, 2001).

Entre los esfuerzos de comunicación que se han llevado a cabo para abordar el tema del tabaquismo se han utilizado materiales impresos, audiovisuales, spots para radio y televisión, campañas de sensibilización, etc. (Rubio, 2001).

Por su parte El Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado ISSSTE, los servicios médicos de SEDENA, PEMEX y Marina, en sus unidades y niveles de atención, realizan para la población derechohabiente actividades de información y difusión de los daños a la salud que produce el tabaco (Rubio, 2001).

Cabe señalar que en México existen más de cien instituciones que cuentan con clínicas contra el tabaquismo, entre ellas se encuentran: el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el Instituto Nacional de Cancerología, el Hospital Médica Sur, la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otras.

CAPÍTULO 3 PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

3.1 DEFINICIÓN

Las drogas a largo o corto plazo traen consigo consecuencias negativas, es por ello importante hacer énfasis en la prevención (etimológicamente significa "antes de venir"), la cual se puede hacer a diferentes niveles.

De acuerdo a Caplan (1964, citado en Bisquerra, 1992) la prevención se puede ejercer en tres diferentes niveles:

Prevención primaria

Esta tiene como objetivo evitar la aparición de un problema, o reducir la frecuencia de nuevos casos problemáticos en una población a lo largo de un periodo de tiempo actuando en contra de circunstancias negativas antes de que tengan la oportunidad de producir una enfermedad.

Prevención secundaria

Esta tiene como finalidad descubrir y acabar con un problema o trastorno lo antes posible, o remediarlo parcialmente.

Prevención terciaria

La cual pretende detener o retardar el proceso de un trastorno, aun cuando persista la dolencia básica.

Para Conyne (1983, citado en Bisquerra, 1992, p.21) la prevención primaria tiene que ver con la orientación y señala las características siguientes: es proactiva, basada en la población, se anticipa al problema, centrada en la población de riesgo, antes de que se produzca el problema, intervención directa e

indirecta, reduce la frecuencia de aparición del problema, contrarresta las circunstancias nocivas, promueve la fortaleza emocional, protege a la población de riesgo, contribuye a desarrollar una mayor competencia para afrontar posibles situaciones de riesgo, para este autor la prevención cuenta con dos aspectos principales: cambio del sistema y cambio de la persona.

Se puede decir que la prevención primaria se hace antes del uso y abuso, la secundaria se lleva a cabo al principio del abuso y la terciaria se presenta cuando existe dependencia.

Como lo ha definido Calafat (1995, citado en Becoña, 2000, pp. 16 -17) la prevención se divide en específica e inespecífica, la primera se refiere a aquellas actuaciones que de forma "clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas, y la segunda es la que trata de alterar los consumos indirectamente, por medio de programas o activaciones o ámbitos nada conectados en principio con el uso de drogas", la prevención debe ser fundamentalmente específica, evaluable y claramente dirigida al objetivo que se pretende y a una población claramente definida.

Actualmente se hace una conceptualización más moderna de la prevención (Becoña, 2000), que la clasifican en:

Universat: es la que se dirige a toda la población en general.

Selectiva: es aquella que está dirigida a un subgrupo de la población que tiene un riesgo mayor de ser consumidores, por lo tanto se dirige a grupos de riesgo.

Indicada: Es la que se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento, por lo que va dirigida a los individuos de alto riesgo.

La **prevención** es importante porque de este modo se evitarán en muchos casos, consecuencias negativas que traen consigo las adicciones, particularmente se hará énfasis en la *prevención del tabaquismo* dirigido a los adolescentes para que en un futuro se pueda evitar el consumo de tabaco.

3.2 POBLACIÓN A LAS QUE SE DIRIGE LA PREVENCIÓN

Se ha encontrado a lo largo de numerosas investigaciones en el mundo que la mayoría de fumadores inician en la adolescencia. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (Secretaría de Salud, 2002) la edad de inicio en el consumo de tabaco se encuentra entre los 15 y 17 años de edad, y cabe señalar que en la población urbana se encontró que uno de cada diez adolescentes varones empezó a fumar antes de los 11 años de edad, con los datos antes mencionados se puede apreciar que la mayoría de sujetos tienen los primeros contactos con el tabaco en el periodo que comprende la **adolescencia**.

En consecuencia será necesario conocer las características generales de los adolescentes.

La adolescencia es conocida como la lenta transición de la niñez a la vida adulta, y se puede situar entre los 13 y 19 años de edad, es en este periodo cuando comienzan a darse los cambios fisiológicos de la pubertad y llega a su fin cuando comienza el pleno status sociológico del adulto, habría que puntualizar que estos puntos extremos no están muy bien delimitados (Bayot, 1998).

Se habla de **pubertad** al hacer referencia al conjunto complejo de fenómenos que incluyen un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales y la aparición repentina de las características

primarias y secundarias del sexo – aspectos biológicos -, al igual que las reacciones psicológicas – cognoscitivas – a estos cambios, pero hay que tener en cuenta que no todos estos cambios son idénticos o igualmente intensos en todos los individuos, es decir, existen las llamadas diferencias individuales (Mckinney, Fifzgeral y Stromman, 1982).

En los cambios **psicológicos** se da un aumento de la capacidad y estilo de pensamiento, lo que enriquece la conciencia, la imaginación y el juicio del adolescente, de acuerdo a la teoría del desarrollo propuesta por Jean Piaget (citado en García, 2002, p.6), ésta dice que hacia los once años el pensamiento se hace formal, porque se va de la sujeción a lo real y directamente de lo percibido a lo abstracto.

En este periodo se da en sí el pensamiento hipotético deductivo lo que le permite a los adolescentes nuevas y diferentes posibilidades mentales. Además lo que caracteriza al desarrollo son las sucesivas y más complejas formas de organización y adaptación que hacen que cada período de edad tenga una forma cualitativa diferencial cognitiva.

Abesturi (1979, citado en García, 2002) considera que la adolescencia es un momento crucial para la vida de los seres humanos y es una etapa importante para el proceso de desprendimiento, ésta está caracterizada por los aspectos siguientes:

1.- **Búsqueda de sí mismo y de identidad:** por los cambios propios de esta edad los sujetos viven reestructuraciones externas e internas por lo que se adquiere el conocimiento de la individualidad biológica, social y la propia personalidad.

2.- **Tendencia grupal:** A esta edad la relación con el grupo de pares crece por lo que se da un proceso de sobreidentificación masiva.

3.- Necesidad de intelectualizar y fantasear: Esto es usado para enfrentar todas las situaciones de pérdida y se presentan aquí un reajuste emocional.

4.- Crisis religiosas: El sujeto puede manifestarse como muy religioso o lo opuesto totalmente –ateo- porque está buscando una solución para resolver sus problemas de angustia.

5.- Desubicación temporal: Los duelos que se sufre en esta etapa permiten conceputar al tiempo porque se busca hacer una referencia entre el presente, pasado y futuro con la aceptación de la muerte.

6.- Evolución sexual: Esta va del autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; está caracterizada por la masturbación y comienzos del ejercicio genital de tipo exploratorio.

7.- Actitud social reivindicatoria con tendencia anti o asociales de diversa intensidad: El medio en que se vive es el que determina las posibilidades de identificación y se somete a las necesidades impuestas por el mundo que le rodea.

8.- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta. Aquí el adolescente está dominado por la acción, es la expresión conceptual característica de este período.

9.- Separación progresiva de los padres: Si la figura paternal está bien definida se convertirá en el modelo que el adolescente buscará.

10.- Constantes fluctuaciones de humor del estado de ánimo: El constante refugio de sí mismo en su mundo obliga al individuo a rápidas modificaciones de su estado de ánimo porque se ve de pronto inmerso en la desesperanza más profunda.

De acuerdo con el Consejo Nacional Contra las Adicciones (2000) se presentan características psicológicas tanto para mujeres como para hombres en la adolescencia:

En la mujer:

- Sus reacciones de inestabilidad emocional tienden a ser más moderadas que las del hombre a su misma edad.
- Desean comportarse como personas mayores.
- Asumen una conducta exhibicionista y gustan de coquetear con el sexo opuesto.
- Son típicamente femeninas.
- Es una época muy conflictiva con la madre y con el deseo de agradar al padre.
- Tienen la elección de la amiga cercana y una relación muy intensa con ella.
- Frecuentemente se aísla para pensar en sus cosas, escribe su diario y fantasea.
- Frente a la familia aparece como poco cooperativa y solidaria, lo mismo sucede con el grupo escolar.
- A veces presenta una baja en el rendimiento escolar.
- Cualquier fracaso da lugar a reacciones emocionales intensas.
- Aceptan más fácil tareas de hombres que las correspondientes a su sexo.

En el hombre:

- Ésta es una etapa caracterizada por la búsqueda de los lazos extrafamiliares y sentimientos exagerados en relación con la autoestima.
- Relativa estabilidad emocional.
- Desean y necesitan más la cercanía del padre que de la madre.
- Disfrutan el uso de malas palabras.
- Prefieren los juegos en donde hay reglas de competencia.

- Adquieren la habilidad para establecer hipótesis, debido a su capacidad hipotética-deductiva.
- Desean estar con un amigo íntimo del mismo sexo, al cual usan como espejo.
- Muestran un menor rendimiento escolar y un incremento de la importancia en sí mismos.
- Usan el modelo del padre y ya no buscan tanto la protección de la madre.

Pero aunado a estos cambios, existen también **factores sociales**, en donde el sujeto comienza a formar o crear sus roles sociales y de valores, los cuales estarán dados en gran parte por el grupo social de referencia al cual pertenezcan, además de las personas que él considere importantes.

Por todo esto es importante hacer notar que es necesario buscar factores de protección e identificar aquellos relacionados con el fumar, es decir identificar las situaciones de riesgo para los adolescentes, de este modo se podrá crear un ambiente más saludable y buscar diseñar programas de prevención.

3.3 PROGRAMA PRVENTIVO DE TABAQUISMO

Es conveniente mencionar que para elaborar un programa preventivo se deben de tomar en cuenta dos aspectos (Becoña, 2000) que son:

- a) Partir de un **modelo teórico** adecuado que apoye los datos empíricos y se puedan obtener buenos resultados.
- b) Tomar en cuenta los **factores de riesgo** y **factores de protección**.

Factores de riesgo. Se define como atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas de inicio o una transición en el nivel de implicación con las mismas –mantenimiento- (Becoña, 2000)

Factores de protección. Atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (Becoña 2000).

A continuación se mencionan algunos ejemplos de **factores** de riesgo y factores de protección (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2000):

Protectores: Diversión, ejercicio físico – desarrollar algún deporte, danza o cualquier ejercicio sano que no fomente adicciones- , tener buen autoconcepto – buen concepto o valor que se tiene de si mismo en todos los aspectos como son el pensamiento, las emociones y las conductas, aceptarse con los defectos y virtudes-, integración con un grupo de pares –pertenecer a un grupo que no consuma tabaco o realice actividades destructivas-, desarrollo de habilidades para la vida, hablar abiertamente con los padres acerca del tabaco, alcohol y otras drogas, aumento de lazos familiares – contar con el apoyo, confianza e intercambio de ideas con los miembros de la familia-, buena autoestima, toma de decisiones asertivas – habilidades de realizar y elegir como actuar, reaccionar o hablar valorando y explorando todas las opciones con sus respectivos costos y beneficios-, respeto y tolerancia interpersonal – respetar las ideas y conductas de los otros-, etc.

De riesgo: dificultad para dormir, sensación de no aceptación – es el pensar y sentir que no se pertenece a un grupo de referencia-, fracaso escolar, participación en fiestas en las que hay drogas, tiempo libre o inactividad –se refiere al excesivo

tiempo que se pasa en ver televisión, en juegos de video o el estar de perezoso sin hacer algo productivo-, presión de pares –es estar bajo presión de personas consumidoras de tabaco u otras drogas-, hábitos inadecuados, poca capacidad asertiva – es el no expresar lo que se desea o hacerlo con timidez, ocultando lo que se piensa-, problemas familiares, etc.

Por su parte Hawkins, Catalana y Millar (1992, citado en García, 2002) reconocen que el comportamiento actual sobre los factores de riesgo no ofrecen una formula de intervención en el abuso de drogas, pero si en la intervención preventiva, además de fortalecer los medios protectores para con ello inhibir el abuso de drogas además de su exposición al riesgo. Como modelo de prevención se deben de destacar y mejorar los factores de protección.

3.4 PRINCIPIOS DE PREVENCIÓN

Para la elaboración de un programa de prevención NIDA (1997, citado en Becoña, 2000) considera los siguientes principios:

- I. Se deberá diseñar para realzar los factores de protección e intervenir o reducir los factores de riesgo.
- II. Debería tener como objetivo todas las formas de abuso de drogas.
- III. Debe incluir estrategias para resistir el ofrecimiento de drogas como competencia social, autoeficacia, asertividad y refuerzo de actitudes contra el uso de drogas.
- IV. Los programas dirigidos a adolescentes deberían incluir métodos interactivos.
- V. Debería de incluir a los padres o cuidadores que refuercen lo que los individuos están aprendiendo.

- VI. Debería ser a largo plazo.
- VII. Los esfuerzos de prevención deben estar centrados en la familia.
- VIII. Los programas comunitarios que incluyen campañas en los medios de comunicación son más efectivos cuando se aplican con intervenciones en la escuela.
- IX. Los programas de la comunidad necesitan reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los marcos.
- X. La escuela ofrece una amplia población para ser impactados.
- XI. La programación de la prevención debería ser adaptada para tratar la naturaleza específica del problema de abuso de drogas en cada comunidad.
- XII. A mayor nivel de riesgo de la población objetivo, el esfuerzo preventivo debería ser intensificado.
- XIII. Deberían ser específicos para la edad de los individuos a los que va dirigido.

Los que influyen en el impacto del programa (Becoña, 2000) son: los contenidos del programa, participantes, aplicadores, medios con los que se aplica el programa, calidad de aplicación y contexto.

En lo que concierne a la aplicación del programa se deben de tomar en cuenta: al grupo de trabajo, la extensión del programa, el facilitador, el contenido del material, el lenguaje que se utiliza, los ejemplos deben estar a corde al tema, el espacio de trabajo debe ser funcional, etc.

3.5 TIPOS DE PROGRAMAS

Los programas preventivos (Becoña et al, 1994) se han dividido en tres categorías:

1) La clásica de los programas tradicionales de **tipo informativo**, los cuales se basan en el modelo racional que propone un cambio de actitud hacia el consumo de tabaco. En este tipo de programas se enfatizan los efectos negativos a largo plazo que tiene el fumar en el organismo. Otros métodos de este tipo promueven pláticas con expertos y la información está centrada en los efectos negativos de fumar, daños a la salud y en algunos casos se llegan a mencionar los efectos a corto plazo.

Al evaluar los programas informativos se encontró que se da o se presenta un cambio de actitud por parte de los individuos, pero no se llega a impactar el cambio de conducta, es por ello que no son efectivos e incluso en algunos casos se produce un efecto contrario.

Es importante hacer notar que el hecho de contar con información sobre los daños que ocasiona el consumo de tabaco no necesariamente es un factor que evite el tabaquismo, ya que investigaciones revelan que uno de cada diez médicos fuma a pesar de conocer los riesgos que esto implica (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003).

3) **Programas de tipo psicosocial**, éstos hacen énfasis especial en el entrenamiento de habilidades sociales, es decir, se trabaja con estrategias para enfrentar las situaciones y contrarrestarlas en lo que concierne a la conducta de fumar y se trabaja con discusiones y pláticas con los grupos en donde se enfatizan las consecuencias de fumar y los beneficios obtenidos si no lo consumen.

En el momento de evaluar los programas psicosociales se encontró que reducían la tasa de fumadores, en algunos casos se alcanzó un 50%, además se sugiere que se haga la evaluación de este tipo de programas tiempo después, es decir, de seis meses a tres años (Becoña et al, 1994).

3.- Programas de habilidades generales, este tipo no sólo se enfoca a hacer prevención del tabaquismo, sino que también al consumo de drogas - alcohol y marihuana- en general; y se enfoca al entrenamiento de diversas habilidades y se basa en la idea de multicausalidad en el proceso de consumo de algunas sustancias.

Según Pentz (1985, citado en Bayot, 1998) en la última década los estudios realizados para prevenir el uso y abuso de drogas en general han enfatizado el entrenamiento de habilidades sociales y la promoción de conductas saludables alternativas, como la competencia social que incluye diversas habilidades – asertividad y competencia social– que son aplicables a una variedad de situaciones.

Una recomendación para aumentar la efectividad de los programas es la propuesta por Epstein y cols. (1989, citado en Becoña et al, 1994) de que la prevención de la exposición al tabaco puede no ser el factor crítico ya que casi todos los adolescentes prueban el tabaco , pero sólo una minoría de ellos llegan a ser fumadores habituales , por lo que se debe prestar mayor atención a la transición del estatus de fumador ocasional a fumador regular, lo cual puede lograrse incluyendo métodos que desarrollen en los sujetos una valoración estable y negativa de los signos somáticos producidos por los primeros cigarrillos.

Se puede decir que para trabajar con los adolescentes a nivel de prevención del consumo de tabaco pueden diseñarse diferentes opciones una de las cuales es la que se contempla en la propuesta objeto de esta tesis, un taller de

sensibilización que le ayude al adolescente a tomar conciencia de los riesgos en la salud y fomentar la asertividad, autoestima, comunicación, integración de grupos de pares, realización de actividades sanas que contrarresten los efectos perjudiciales causados por el modelo de adultos, la presión de pares y las campañas publicitarias, es decir, disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores.

El "Programa preventivo de tabaquismo para adolescentes" se creo con la finalidad de disminuir o evitar el consumo de tabaco, para ello se utilizaron los lineamientos de los programas de habilidades generales, para así resistir o disminuir el consumo de tabaco, además se consideraron algunos principios de prevención como: realzar los factores de protección (ejercicio físico, tener un buen autoconcepto, integración a grupos de amigos sanos, desarrollo de lazos familiares, el ser tolerante y respetuoso, y toma de decisiones asertivas) y reducir factores de riesgo (sensación de falta de aceptación , poca capacidad asertiva, el tener demasiado tiempo de inactividad y relacionarse con malas compañías), se incluyeron estrategias para resistir el consumo de tabaco y se adapto el programa a una población específica; en lo que concierne a la aplicación del programa se tomaron en cuenta: al grupo de trabajo, el contenido del material, la extensión del programa y sobre todo se utilizó lenguaje claro.

Cabe señalar que el programa incluye prevención primaria y secundaria porque se buscó que los sujetos evitaran o disminuyeran el consumo de tabaco, y así, disminuir el riesgo de los adolescentes que en un futuro llegaran al tabaquismo, porque éste es una de las principales causa de muerte prevenible en el mundo, es decir, es un problema de salud.

II. MÉTODO

OBJETIVO

El **objetivo** de la presente investigación fue el siguiente:

1. Evaluar empíricamente la efectividad del programa preventivo de tabaquismo para adolescentes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Se buscará dar respuesta a la siguiente **pregunta de investigación**:

1. ¿Qué tan efectivo es el programa desarrollado para prevenir el tabaquismo en adolescentes?

PARTICIPANTES

El tipo de muestra utilizado en este trabajo fue no probabilística o dirigida (Hernández, Fernández y Baptista, 2000) debido a que los sujetos fueron elegidos en función de encontrar una escuela que tuviera **cuatro grupos** del mismo grado para poder llevar a cabo el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes, además de contar con antecedentes sobre consumo de tabaco ya que se habían reportado casos de **consumo** en dicha escuela, los sujetos cursaban el segundo grado de secundaria pública (diurna), turno vespertino. Los sujetos pertenecían a grupos intactos (es por ello que el tipo de **investigación** fue **cuasi**

experimental), la asignación de los grupos fue *al azar* (por medio de tómbola) para así fungir como experimentales y controles sin y con preprueba.

La muestra estuvo integrada por un total de 70 adolescentes (44 hombres y 26 mujeres) entre 13 y 16 años de edad. En la tabla siguiente se muestran los datos generales de la muestra.

Sujetos de la muestra

Grupo	Sexo		Edad		No. De sujetos
	Masculino	Femenino	13-14 años	15-16 años	
GE1	12	7	17	2	19
GC1	10	6	13	3	16
GC2	10	8	16	2	18
GE2	12	5	15	2	17
Total	44	26	61	9	70

GE1 = grupo experimental con preprueba y postprueba

GC1 = grupo control con preprueba y postprueba

GC2 = grupo control sin preprueba

GE2 = grupo experimental sin preprueba

HIPÓTESIS

El programa preventivo de tabaquismo para adolescentes disminuye o evita el consumo de tabaco.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación utilizado fue el de cuatro grupos de Solomon (Hernández et al., 2000, p.147). Este tipo de diseño maneja dos grupos experimentales y dos de control, sólo a uno de los grupos experimentales y a uno de los controles se les administra la preprueba, a los cuatro grupos se les aplica la postprueba.

Diseño de Solomon

G E1	O1	X	O2
G C1	O3	-	O4
G C2	-	-	O5
G E2	-	X	O6

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente. Preguntas del cuestionario (preprueba-postprueba), el cuestionario consta de 23 reactivos y éstos se agruparon por bloques:

- ◆ Patrón de consumo de tabaco
- ◆ Información general de los adolescentes
- ◆ Información teórica proporcionada por el programa
- ◆ Percepciones y actitudes de los adolescentes

Variable independiente. Programa preventivo de tabaquismo para adolescentes, es un esquema ordenado de procedimientos, diseñado para disminuir o evitar el consumo de tabaco. Está formado por dos partes, la primera es informativa la cual

cuenta con contenidos teóricos acerca del tabaquismo; y en la segunda se usan actividades y estrategias para rehusar y evitar el consumo de tabaco, ver anexo 1 (Becoña, 2000).

ESCENARIO

Se utilizó como escenario de trabajo el salón de usos múltiples de la escuela, las medidas aproximadas del salón fueron de 10 metros de largo por 5 metros de ancho, contaba en su interior con un pizarrón blanco, escritorio, 80 sillas, 30 mesas tubulares y estantes, el espacio fue apto para el desarrollo del programa.

El aislamiento de ruido fue aceptable, el tránsito exterior de personas pasó desapercibido para quienes se encontraban dentro del aula, no había tránsito interno de personas ajenas a esta investigación. En general se puede decir que los distractores externos fueron mínimos. La ventilación fue suficiente y en lo que concierne a la iluminación fue artificial y de intensidad moderada.

INSTRUMENTOS

Como instrumento se utilizó un **cuestionario** el cual fungió como preprueba y postprueba-, el cual distinguió a los adolescentes que ya fumaban, ver anexo 2.

El cuestionario estuvo conformado por 23 reactivos y requirió de un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos para ser contestado.

Este instrumento cubrió dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez de contenido.

Para obtener la confiabilidad del instrumento se aplicó el Coeficiente alfa de Cronbach; y el coeficiente alfa obtenido fue de 0.69.

La prueba utilizada contó con validez de contenido, porque los temas más relevantes del programa estuvieron representados por los reactivos contenidos en la prueba (cuestionario). El cuestionario fue revisado por diez expertos, de los cuales seis eran psicólogos, dos pedagogos y los dos últimos eran trabajadores sociales; a ellos se les pidió que juzgaran si el cuestionario (pre-postprueba) medía o evaluaba al programa de tabaquismo para adolescentes, ocho de éstos estuvieron de acuerdo en que el cuestionario sí evaluaba al programa, sin embargo dos no estuvieron completamente de acuerdo, ya que ellos proponían que todos los reactivos fueran de preguntas abiertas, y esto no se hizo porque requieren más tiempo para ser contestadas, son más difíciles de codificar, clasificar y de preparar su análisis.

PROCEDIMIENTO

Primero se procedió a la revisión de la literatura, se comenzó a elaborar y redactar el contenido del Programa preventivo de tabaquismo para adolescentes.

Para la elaboración del programa se tomaron en cuenta los siguientes principios: factores de protección (ejercicio físico, tener un buen autoconcepto, integración a grupos de amigos sanos, desarrollo de lazos familiares, el ser tolerante y respetuoso, y toma de decisiones asertivas), factores de riesgo (sensación de falta de aceptación, poca capacidad asertiva, el tener demasiado

tiempo de inactividad y relacionarse con malas compañías), inclusión de métodos interactivos, intervención en el ámbito escolar, adecuación de los contenidos del programa hacia adolescentes, tomando en cuenta al facilitador y la calidad de aplicación, pero sobre todo el contexto, ver anexo 1.

En la integración del programa se incluyeron los factores de riesgo y de protección; además de estrategias para resistir el ofrecimiento de tabaco, se incorporaron discusiones para reflexionar sobre los beneficios y costos del fumar, por último se incluyeron actividades de modelado y ensayo conductual con el objetivo de que los adolescentes desarrollaran habilidades que eviten el consumo de tabaco.

Además de elaborar el cuestionario (pre-postprueba) para así evaluar el funcionamiento del programa.

Se procedió a la búsqueda de la institución en la cual se llevó a cabo el programa. Se habló con las autoridades (Director y subdirectora) de la escuela secundaria para acordar las sesiones de trabajo. Éstas duraron aproximadamente una hora y se trabajó en día martes de cada semana, fueron necesarias cinco sesiones, dos para la preprueba y postprueba, y tres para la aplicación del programa, cabe señalar que se acordó otra sesión extra como colchón. Es importante mencionar que en lo que concierne al horario se asignaron la segunda y tercera hora de clases (2:50 a 3:40 y 3:40 a 4:30 pm) para trabajar con los alumnos, esto se hizo pensando en que los alumnos están más motivados y activos en los horarios de las primeras clases diarias.

Después se procedió a la aplicación de la preprueba sólo con los grupos GE1 y GC1 (uno de los controles y uno de los experimentales), ahí se presentó el facilitador y se les explicó en forma breve el motivo de la investigación, el cual fue evaluar el funcionamiento del programa preventivo de tabaquismo para

adolescentes, y se les hizo ver que la información obtenida sería manejada de forma confidencial, las instrucciones fueron: contesta de la manera más honesta posible el presente cuestionario, no importa que utilices lápiz o pluma y si tienen alguna duda por favor alcen la mano y formulen su pregunta. Es importante señalar que después de la aplicación de la preprueba se dejaron pasar dos semanas antes de llevar a cabo el programa, esto se hizo con el fin de amortiguar los efectos de reactividad de la preprueba.

Las tres sesiones (una por semana) de trabajo para llevar a cabo el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes con los dos grupos experimentales (GE1 y GE2) se asignaron de manera azarosa para ello se utilizó una tómbola, a continuación se presenta el orden de trabajo:

Sesiones de trabajo del programa

Horario	Primera	Segunda	Tercera
2:50 a 3:40 pm	GE2	GE2	GE1
3:40 a 4:30 pm	GE1	GE1	GE2

Posteriormente se procedió a la aplicación del programa a los grupos GE1 y GE2. Como primer paso se procedió a sensibilizar a los sujetos – para ello se hizo una presentación del grupo y de las actividades relacionadas con el programa para así introducirlos al programa- con la finalidad de crear un ambiente agradable. Después en esta primera sesión de trabajo, el facilitador les presentó la información sobre lo que es el tabaquismo, qué es el fumador pasivo, los componentes del tabaco, los efectos a corto y largo plazo, daños a la salud y sus consecuencias, al terminar esto se procedió a realizar un ejercicio de reflexión sobre los beneficios-costos del fumar, además de las situaciones en las que comúnmente se fuma y los adolescentes elaboraron una estrategia para no fumar.

En la segunda sesión de trabajo se hizo un resumen breve de la sesión anterior y el facilitador presentó la información sobre los factores que empujan a los adolescentes al consumo de tabaco (presión de pares, modelo de adultos y campañas publicitarias), después se procedió a realizar un ejercicio en el cual se hizo un compromiso ante el grupo de no fumar.

En la tercera sesión el facilitador presentó los factores de riesgo (sensación de falta de aceptación; poca capacidad asertiva, demasiado tiempo de inactividad y malas compañías) y los factores de protección (ejercicio físico, contar con buen autoconcepto, integración a grupos de amigos sanos, desarrollo de lazos familiares, respeto, tolerancia y toma de decisiones asertivas), y como ejercicio se hizo una representación sobre como decir "No fumo, gracias", ver anexo 1. Cabe señalar que después de haber terminado con las sesiones del programa se dejaron pasar dos semanas antes de aplicar la postprueba.

En seguida se procedió a la aplicación de la postprueba a todos los grupos en una misma aula.

Una vez codificado el cuestionario se realizaron los análisis estadísticos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

De acuerdo con el diseño experimental de Solomon y el tipo de nivel de medición de las variables, las técnicas estadísticas más apropiadas para el análisis de datos de esta investigación fueron:

- La prueba "t" de Student
- Análisis de varianza (one way)
- La prueba "ji-cuadrada"

Además de utilizar correlaciones, porcentajes y tablas de contingencia (tabulaciones cruzadas).

Este análisis estadístico se llevó a cabo con ayuda del paquete estadístico SPSS/PC, versión 8.0 para Windows.

III. RESULTADOS

A partir del objetivo planteado en esta investigación, que fue *evaluar empíricamente el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes*, se realizó el análisis estadístico. El análisis cuantitativo incluye porcentajes, correlaciones, tablas de contingencia y pruebas estadísticas como: la "t" de Student, análisis de varianza y la ji cuadrada.

Para llevar a cabo el análisis de los datos se agruparon a las preguntas por áreas:

➤ **Patrón de consumo de tabaco**

- 1.- ¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida?
- 2.- ¿Actualmente fumas?
- 3.- ¿En los últimos tres meses has fumado tabaco?
- 4.- ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?
- 17.- ¿Qué harías si tu mejor amigo te invita un cigarro?

➤ **De información general**

- 5.- ¿Quiénes de las personas con las que convives fuman?
- 14.- ¿Prácticas algún deporte actualmente?

➤ **Información teórica proporcionada en el programa**

- 7.- ¿Qué enfermedades puede causar el consumo de tabaco?
- 8.- ¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?
- 9.- ¿Qué es la nicotina y el alquitrán?
- 10.- ¿Qué elementos contiene el tabaco?
- 13.- ¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras?
- 15.- Practicar deporte es:
- 20.- La asertividad te permite:

21.- ¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?

22.- Para tener un buen autoconcepto es importante:

➤ **Percepciones y actitudes de los adolescentes**

6.- ¿Cómo percibes el fumar?

11.- Por qué crees que se fuma?

12.- ¿Qué mensajes te dejan los anuncios de cigarrros?

16.- Tus amigos son aquellos que:

18.- El hecho de que algunos adultos fumen, incluyendo a los médicos, te hace pensar que:

19.- Elige la palabra que consideres que completa la siguiente frase: Estoy_____con la justificación que dan algunos fumadores "de algo me tengo que morir"

23.- De las siguientes opciones marca la (s) que creas que te describe (n) mejor:

a) Resuelvo bien mis problemas personales.

b) Las presiones de mis amigos no me afectan.

c) Tomo decisiones que no afecten mi salud.

d) Tomo mis propias decisiones, considerando lo que me dicen mis papás.

e) Cuando tengo problemas primero dialogo.

f) Constantemente engaño a los otros.

g) Respeto y tolero las decisiones de mis amigos.

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LAS PREGUNTAS DE PATRÓN DE CONSUMO DE TABACO

Para el análisis de resultados primero se obtuvieron sólo los **porcentajes** de respuesta de los sujetos de las preguntas englobadas en el bloque de **patrón de consumo de tabaco**.

Es importante mencionar que sólo se obtuvieron porcentajes de respuestas porque en estas preguntas no necesariamente influye directamente el programa, pero es importante observar los datos que arrojen la pregunta dos y diecisiete, ya que reflejan si fuman o no los adolescentes, y si aceptarían o no un cigarro dado por su mejor amigo, lo cual se relaciona con el programa preventivo de tabaquismo por que permitirá ver si los adolescentes evitan o aceptan el consumo de tabaco.

En lo que concierne a la **pregunta 1**.- ¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida?, se encontraron los datos siguientes.

Tabla 1 Pregunta 1

Porcentajes de sujetos que reportaron fumar		
Grupo	Preprueba	Postprueba
GE1	73.7%	73.7%
GC1	50%	50%
GC2		33.3%
GE2		41.2%

Como puede observarse en la tabla 1, los porcentajes más altos de respuesta de los sujetos que reportaron haber fumado tabaco alguna vez en su vida se encuentran en el GE1.

En la tabla siguiente se muestran los porcentajes de respuesta de la **pregunta 2**.- ¿Actualmente fumas?

Tabla 1.1 Pregunta 2

Porcentajes de sujetos que reportaron fumar		
Grupo	Preprueba	Postprueba
GE1	10.5%	0%
GC1	0%	6.3%
GC2		11.1%
GE2		0%

Al observar la comparación de la pre y postprueba (tabla 1.1), en el grupo experimental se aprecia que antes del programa el 10.5% de los adolescentes reportaron fumar y en la postprueba ningún sujeto reportó fumar actualmente, pero también es importante señalar que ninguno de los sujetos del grupo control en la preprueba reportó fumar y en la postprueba el 6.3% reportó hacerlo.

En la **pregunta 3**.- ¿En los últimos tres meses has fumado tabaco?, se encontraron los siguientes porcentajes de respuesta:

Tabla 1.2 Pregunta 3

Porcentajes de sujetos que reportaron fumar en los últimos tres meses		
Grupo	Preprueba	Postprueba
GE1	5.3%	0%
GC1	0%	6.3%
GC2		11.1%
GE2		0%

En la tabla 1.2, se puede apreciar que en la postprueba ninguno de los adolescentes del GE1 y el GE2 reportaron fumar en los últimos tres meses.

En la tabla siguiente se muestran los porcentajes de respuesta de la pregunta 4.- ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

Tabla 1.3 Pregunta 4

Número de cigarrillos fumados al día				
Grupo	Preprueba		Postprueba	
	1 a 4 cigarrillos	Ninguno	1 a 4 cigarrillos	Ninguno
GE1	5.3%	94.7%	0.0%	100%
GC1	0.0%	100%	2.2%	97.8%
GC2			11.1%	88.9%
GE2			0.0%	100%

En la tabla 1.3, se observa que en la postprueba el 100% de los sujetos tanto del GE1 como del GE2 reportaron no fumar ningún cigarrillo.

En la **pregunta 17**.- ¿Qué harías si tu mejor amigo te invita un cigarro?, se encontraron los datos siguientes:

Tabla1.4 Pregunta 17

Porcentajes de sujetos que reportaron no aceptar un cigarrillo dado por su mejor amigo		
Grupo	Preprueba	Postprueba
GE1	42.1%	100%
GC1	75%	68.8%
GC2		55.6%
GE2		100%

En la tabla 1.4, se puede observar que en la postprueba los adolescentes tanto del GE1 como del GE2 reportaron que ninguno aceptaría un cigarro dado por su mejor amigo.

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LAS PREGUNTAS DE INFORMACIÓN GENERAL

Es importante mencionar que en el bloque de **información general** sólo se obtuvieron porcentajes de respuestas, tanto para la pregunta cinco como para la catorce, ya que en ellas no influye directamente el programa, además de realizar una correlación para cada uno de los reactivos.

A continuación se presentan los porcentajes y correlaciones obtenidas en estos reactivos.

En la **pregunta 5**.- ¿Quiénes de las personas con las que convives fuman?, se encontraron los siguientes datos, sin embargo es importante mencionar que en este reactivo los sujetos marcaron más de una opción de respuesta.

Tabla 2 Pregunta 5

	Personas que fuman y conviven con los adolescentes									
Gpo	Papá	Hermano	Mtro.	Mamá	Hermana	Mtra.	Tio	Amigo	Tía	Amiga
GE1	42.1%	31.6%	26.3%	36.8%	10.5%	10.5%	26.3%	57.9%	21.1%	26.3%
GC1	43.8%	25%	6.3%	50%	25%	0%	31.3%	43.8%	37.5%	31.3%
GC2	33.3%	11.1%	11.1%	44.4%	11.1%	5.6%	33.3%	50%	27.8%	44.4%
GE2	29.4%	29.4%	5.9%	23.5%	0%	11.8%	35.3%	29.4%	23.5%	29.4%

Nota: el porcentaje dado a cada una de las opciones es por grupo.

En la tabla 2, se observa que muchos sujetos conviven con personas que fuman y se sabe que de acuerdo con el modelo de iniciación hacia el consumo del tabaco están implicados tanto la presión social como el modelo de adultos (padres-maestros), lo cual puede influir en que los adolescentes experimenten o no con el tabaco (López y Velázquez, 1991).

Al hacer la correlación en la postprueba entre la pregunta cinco (sólo con las opciones de papá, mamá, amigo y amiga, ya que son los que más están en

contacto con los adolescentes) y la pregunta dos, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 2.1 Correlación y Porcentajes de respuesta

		¿Quiénes de las personas con las que convives fuman?			
¿Actualmente fumas?		Papá	Mamá	Amigo	Amiga
67 Sujetos	No fumador	37.3%	61.2%	47.8%	67.2%
3 Sujetos	Fumador	33.3%	66.7%	66.7%	66.7%
	Correlación	-.017*	-.023*	.010*	.002*

* Correlaciones significativas

En la tabla 2.1, se observa que los sujetos no fumadores reportaron que en su mayoría conviven con mamás y amigas fumadoras, y es ahí donde se aprecian los porcentajes más altos de respuesta; por otro lado se puede ver que en las cuatro opciones de respuesta hay correlación a un nivel de significancia de .05, pero es importante señalar que las opciones de papá y mamá presenta una correlación negativa, y en lo que concierne a amigo y amiga se aprecia una correlación positiva.

En la **pregunta 14.**- ¿Prácticas algún deporte actualmente?, se encontraron los datos siguientes:

Tabla 2.2 Pregunta 14

Sujetos que practican algún deporte		
Grupo	Preprueba	Postprueba
GE1	84.2%	84.2%
GC1	93.7%	93.7%
GC2		27.8%
GE2		58.8%

Como puede observarse en la tabla 2.2, los sujetos de los GE1 y GC1 presentan los porcentajes más altos en lo que se refiere a practicar deporte y con ello tendrían un menor riesgo de llegar a consumir tabaco porque la mayoría de los adolescentes cuentan con un factor protector (practicar deporte).

Al llevar a cabo la correlación en la postprueba entre la pregunta catorce y la pregunta dos se obtuvieron los datos siguientes:

Tabla 2.3 Correlación y porcentajes de respuesta

		14.- ¿Prácticas algún deporte actualmente?	
2.- ¿Actualmente fumas?		Si practican algún deporte	
67 sujetos	No fumadores	67.2%	
3 sujetos	Fumadores	33.3%	
		Correlación	.144

En la tabla 2.3, se puede apreciar que no existe una correlación entre el practicar deporte con el fumar o no fumar, esto a un nivel de significancia de .05.

PRUEBA "t" COMPARACIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN LA PRE Y POSTPRUEBA

Con el objetivo de ver si funcionó el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes se aplicó la **prueba "t"** de Student para comparar los resultados de la pre y postprueba del GE1, esto en lo que concierne a los reactivos contenidos en el **bloque de información teórica proporcionada por el programa**; ya que en estas preguntas si se espera un cambio que refleje el funcionamiento o no del programa.

La hipótesis alterna plantea lo siguiente: "Si existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de la preprueba y la postprueba del GE1".

En la tabla siguiente se observan los resultados "t" obtenidos por el GE1.

Tabla 3 Resultados "t" de la pre y postprueba del grupo experimental

Pregunta	T	Sig.	
7.- ¿Qué enfermedades puede causar el consumo de tabaco?	- Infartos	7.099	.000*
	- Bronquitis	2.964	.008*
	- Cáncer	1.000	.331
8.- ¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?	- Vómito	3.240	.005*
	- Acné intenso	7.099	.000*
	- Mal aliento	2.535	.021*
9.- ¿Qué es la nicotina y el alquitrán?	- Nicotina	3.375	.003*
	- Alquitrán	1.455	.163
10.- ¿Qué elementos contiene el tabaco?	- Alquitrán	4.025	.006*
	- Arsénico	8.216	.000*
	- Nicotina	2.191	.042*
13.- ¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras?	- Enriquecerse a costa de la salud de los otros	6.245	.000*
15.- Practicar deporte es:	Un factor de riesgo para la salud	4.025	.001*
20.- La asertividad te permite:	rehusarte al consumo de tabaco	1.455	.163
21.- ¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?	- Falta de aceptación de si mismo	4.025	.001*
	- Tiempo libre	6.245	.000*
	- Presión de pares	4.158	.001*
	- Poca capacidad asertiva	3.024	.007*
22.- Para tener un buen autoconcepto es importante:	- Aceptarme como soy	1.000	.331

*Diferencias significativas

En base a los datos contenidos en la tabla 3, se puede observar que en siete de nueve de los reactivos se obtuvieron diferencias estadísticamente

significativas a un nivel de significancia de .05, en los reactivos que no se encontraron diferencias fueron en el reactivo veinte y veintidós; sin embargo es importante señalar que en el reactivo siete y nueve en una de sus opciones de respuesta no se encontraron diferencias significativas.

Se llevaron a cabo tablas de contingencia con la finalidad de observar las diferencias de respuesta entre la pre y postprueba para cada uno de los reactivos, a continuación se presenta los datos encontrados.

En lo que concierne a la pregunta siete se encontró lo siguiente:

Tabla 3.1 Pregunta 7

	¿Qué enfermedades puede causar el consumo de tabaco?		
GE ₁	Infartos	Bronquitis	Cáncer
Preprueba	10.5%	21.1%	94.7%
Postprueba	84.2%	68.9%	100%

Como puede observarse en la tabla 3.1, en las opciones de respuesta de infartos y bronquitis se aprecia una notable diferencia de respuesta entre la pre y postprueba sin embargo, es importante señalar que en la opción de cáncer no se aprecia una diferencia de respuesta entre la pre y postprueba.

En la pregunta 8.- ¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?, se encontró lo siguiente:

Tabla 3.2 Pregunta 8

	¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?		
GE1	Vómito	Acné intenso	Mal aliento
Preprueba	21.1%	21.1%	47.4%
Postprueba	57.9%	94.7%	94.7%

En la tabla 3.2, se aprecian notables diferencias en los porcentajes de respuesta entre la preprueba y la postprueba en las opciones de vómito, acné intenso y mal aliento.

En la tabla siguiente se pueden observar los porcentajes de respuesta del GE1 de la pregunta 9.- ¿Qué es la nicotina y el alquitrán?

Tabla 3.3 Pregunta 9

	¿Qué es la nicotina y el alquitrán?	
GE1	Nicotina: droga-adicción	Alquitrán: cáncer
Preprueba	23.6%	0
Postprueba	73.7%	10.5%

En la tabla 3.3, en la opción de nicotina sí se observa un cambio importante entre el porcentaje de respuesta dado en la preprueba y la postprueba, en lo que se refiere a alquitrán se puede ver que no hubo un cambio significativo entre la pre y postprueba.

En la pregunta 10.- ¿Qué elementos contiene el tabaco?, se encontraron los datos siguientes:

Tabla 3.4 Pregunta 10

	¿Qué elementos contiene el tabaco?		
GE1	Alquitrán	Arsénico	Nicotina
Preprueba	42.1%	5.3%	78.9%
Postprueba	89.5%	84.2%	100%

Como puede observarse en la tabla 3.4, la opción de alquitrán refleja un incremento de respuesta de más del doble entre la pre y postprueba, en lo que concierne a la opción de arsénico se observa un **notable** incremento de respuesta entre la pre y postprueba sin embargo, en la opción referente a la nicotina no se aprecia un cambio significativo entre la pre y postprueba.

En la tabla siguiente se pueden observar los porcentajes de respuesta del GE1 de la pregunta 13.- ¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras?

Tabla 3.5 Pregunta 13

	¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras?
GE1	Enriquecerse a costa de la salud de otros
Preprueba	10.5%
Postprueba	78.9%

En la tabla 3.5, se observa un importante incremento de respuesta sobre el objetivo de las tabacaleras entre la preprueba y la postprueba.

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes de respuesta del GE1 en lo que concierne a la pregunta 15.- Practicar deporte es:

Tabla 3.6 Pregunta 15

	Practicar deporte es:
GE1	Un factor protector
Preprueba	36.8%
Postprueba	84.2%

Como lo muestra la tabla 3.6, se observa un incremento significativo de respuesta entre la preprueba y la postprueba.

En la pregunta 21.- ¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?, se encontraron los datos siguientes:

Tabla 3.7 Pregunta 21

	¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?			
GE1	Falta de aceptación de sí mismo	Tiempo libre	Presión de pares	Poca capacidad asertiva
Preprueba	42.1%	10.5%	15.8%	31.6%
Postprueba	89.5%	78.9%	73.7%	73.7%

Como puede observarse en la tabla 3.7, existe un notable incremento de respuesta entre la pre y posprueba en todas las opciones de respuesta.

PRUEBA "t" COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL EN LA PRE Y POSTPRUEBA

Para obtener datos confiables, se aplicó la prueba "t" al grupo control (GC1), para comparar a la preprueba y a la postprueba, con la finalidad de ver si la preprueba influyó en el desempeño de la postprueba.

La hipótesis nula plantea lo siguiente: "No existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de la pre y la postprueba del GC1".

En la tabla siguiente se muestran los resultados "t" obtenidos por el GC1.

Tabla 4 Resultados "t" de la pre y postprueba del grupo control

Pregunta	T	Sig.	
7.- ¿Qué enfermedades puede causar el consumo de tabaco?	- Infartos	-.565	.580
	- Bronquitis	.000	1.000
	- Cáncer	-1.000	.333
8.- ¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?	- Vómito	1.000	.333
	- Acné intenso	.565	.580
	- Mal aliento	-1.561	.669
9.- ¿Qué es la nicotina y el alquitrán?	- Nicotina	2.415	.542
	- Alquitrán	-1.000	.466
10.- ¿Qué elementos contiene el tabaco?	- Alquitrán	-.861	.083
	- Arsénico	1.000	1.000
	- Nicotina	1.000	.333
13.- ¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras?	1.000	.333	
- Enriquecerse a costa de la salud de los otros			
15.- Practicar deporte es:	Un factor de riesgo para la salud	.436	.669
20.- La asertividad te permite:	rehusarte al consumo de tabaco	1.000	.333
21.- ¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?	- Falta de aceptación de si mismo	-1.145	.270
	- Tiempo libre	-.368	.718

- Presión de pares	.436	.669
- Poca capacidad asertiva	.565	.580
22.- Para tener un buen autoconcepto es importante: - Aceptarme como soy	.000	1.000

*Diferencias significativas

Con los datos obtenidos en la tabla anterior, se puede apreciar que no se encontraron diferencias significativas a un nivel de significancia de .05 en ninguno de los reactivos, por lo que se acepta la hipótesis nula, es decir, como a este grupo no se le aplicó el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes no se encontraron diferencias entre las respuestas dadas por los sujetos entre la preprueba y la postprueba.

PRUEBA "t" COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS CONTROLES EN LAS POSTPRUEBAS

Para saber si la preprueba influyó en el desempeño de la postprueba, se aplicó la prueba "t" a los GC1 y GC2 para observar las diferencias de respuesta de las postpruebas.

La hipótesis nula plantea lo siguiente: "No existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas del GC1 y GC2".

En la tabla siguiente se muestran los resultados "t" obtenidos por el GC1 y el GC2.

Tabla 5 Resultados "t" de las postpruebas de los GC1 y GC2

Pregunta	T	Sig.	
7.- ¿Qué enfermedades puede causar el consumo de tabaco?	- Infartos	-.083	.869
	- Bronquitis	.604	.227
	- Cáncer	.697	.164
8.- ¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?	- Vómito	.486	.311
	- Acné intenso	-.083	.869
	- Mal aliento	-.081	.873
9.- ¿Qué es la nicotina y el alquitrán?	- Nicotina	-1.063	.030*
	- Alquitrán	1.265	.294
10.- ¿Qué elementos contiene el tabaco?	- Alquitrán	-.215	.671
	- Arsénico	-.697	.164
	- Nicotina	-.486	.331
13.- ¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras? - Enriquecerse a costa de la salud de los otros	.925	.059	
15.- Practicar deporte es: Un factor de riesgo para la salud	-.590	.262	
20.- La asertividad te permite: rehusarte al consumo de tabaco	-.697	.164	
21.- ¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?	- Falta de aceptación de si mismo	-.185	.714
	- Tiempo libre	-.185	.714
	- Presión de pares	.246	.629
	- Poca capacidad asertiva	.604	.227
22.- Para tener un buen autoconcepto es importante: - Aceptarme como soy	-.486	.331	

*Diferencias significativas

Con los datos obtenidos en la tabla 5, se puede apreciar que no se encontraron diferencias significativas a un nivel de significancia de .05 en la mayoría (sin embargo, es importante señalar que en una opción de respuesta de la pregunta nueve si se encontraron diferencias significativas) de los reactivos, por lo que se acepta la hipótesis nula, es decir, la preprueba no influyó en el desempeño de la postprueba ya que no se encontraron diferencias de respuesta en las postprueba de los GC1 y GC2.

PRUEBA "t" COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES EN LAS POSTPRUEBAS

Para saber si la preprueba influyó en el desempeño de la postprueba, se aplicó la prueba "t" a los GE1 y GE2, para comparar a las postpruebas.

La hipótesis nula plantea lo siguiente: "No existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas del GE1 y GE2".

En la tabla siguiente se muestran los resultados "t" obtenidos por el GE1 y el GE2.

Tabla 6 Resultados "t" de las postpruebas de los GE1 y GE2

Pregunta	t	Sig.	
7.- ¿Qué enfermedades puede causar el consumo de tabaco?	- Infartos	-.967	.059
	- Bronquitis	.137	.785
	- Cáncer	-.201	.691
8.- ¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?	- Vómito	.055	.913
	- Acné intenso	-.690	.168
	- Mal aliento	.929	.168
9.- ¿Qué es la nicotina y el alquitrán?	- Nicotina	-.570	.272
	- Alquitrán	.603	.231
10.- ¿Qué elementos contiene el tabaco?	- Alquitrán	.491	.326
	- Arsénico	.572	.259
	- Nicotina	-.201	.691
13.- ¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras?		.251	.617
- Enriquecerse a costa de la salud de los otros			
15.- Practicar deporte es:	Un factor de riesgo para la salud	.929	.058
20.- La asertividad te permite:	rehusarte al consumo de tabaco	-.209	.607
21.- ¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?	- Falta de aceptación de sí mismo	-.603	.231
	- Tiempo libre	-.565	.269

- Presión de pares	-.201	.691
- Poca capacidad asertiva	-.201	.691
22.- Para tener un buen autoconcepto es importante: - Aceptarme como soy	-.079	.876

*Diferencias significativas

En la tabla 6, se puede observar que no se encontraron diferencias significativas a un nivel de significancia de .05 en ninguno de los reactivos, por lo que se acepta la hipótesis nula, es decir, la preprueba no influyó en el desempeño de la postprueba ya que no se encontraron diferencias de respuesta en las postprueba de los GE₁ y GE₂.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE VARIANZA (ONE WAY) EN LAS POSTPRUEBAS DE LOS CUATRO GRUPOS

Como siguiente prueba estadística, se llevo a cabo el análisis de varianza, el cual analizó si los cuatro grupos difieren significativamente entre sí, en cuanto a sus varianzas.

La hipótesis alterna plantea lo siguiente:

"Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos".

Al llevar a cabo el análisis de varianza entre los grupos se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 7 Resultados del análisis de varianza de los cuatro grupos

Preguntas		F	Sig.
7.- ¿Qué enfermedades puede causar el consumo de tabaco?	- Infartos	25.513	.000*
	- Bronquitis	6.045	.001*
	- Cáncer	1.445	.238
8.- ¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?	- Vómito	7.013	.000*
	- Acné intenso	61.805	.000*
	- Mal aliento	3.846	.013*
9.- ¿Qué es la nicotina y el alquitrán?	- Nicotina	20.279	.000*
	- Alquitrán	1.977	.126
10.- ¿Qué elementos contiene el tabaco?	- Alquitrán	10.694	.000*
	- Arsénico	24.158	.000*
	- Nicotina	1.265	.294
13.- ¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras? - Enriquecerse a costa de la salud de los otros		20.238	.000*
15.- Practicar deporte es:	Un factor de riesgo para la salud	11.698	.000*
20.- La asertividad te permite:	rehusarte al consumo de tabaco	3.319	.025*
21.- ¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?	- Falta de aceptación de si mismo	7.730	.000*
	- Tiempo libre	9.312	.000*
	- Presión de pares	8.069	.000*
	- Poca capacidad asertiva	5.076	.003*
22.- Para tener un buen autoconcepto es importante:	- Aceptarme como soy	.187	.905

*Diferencias significativas

Con los datos obtenidos en la tabla anterior, se aprecia que se encontraron diferencias significativas a un nivel de significancia de .05, en la mayoría (ocho de nueve) de las preguntas sin embargo, cabe señalar que en la pregunta siete, nueve y diez en una de sus opciones de respuestas no se encontraron diferencias significativas.

Se llevaron a cabo tablas de contingencia, con la finalidad de observar que grupos hacen las diferencias significativas para cada uno de los reactivos, a continuación se presenta los datos encontrados.

En lo que concierne a la pregunta siete se encontró lo siguiente:

Tabla 7.1 Pregunta 7

Grupo	¿Qué enfermedades puede causar el consumo de tabaco?		
	Infartos	Bronquitis	Cáncer
GE1	84.2%	68.9%	100%
GC1	6.3%	18.8%	87.5%
GC2	5.6%	27.8%	94.4%
GE2	70.6%	70.6%	100%

Como puede observarse en la tabla 7.1, los grupos experimentales muestran los porcentajes más altos de respuesta en las opciones de infartos y bronquitis sin embargo, es importante señalar que los cuatro grupos sabían que el cáncer es una enfermedad que puede causar el consumo de tabaco, ya que los porcentajes de respuesta en esta opción son muy parecidos.

En la pregunta 8.- ¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?, se encontró lo siguiente:

Tabla 7.2 Pregunta 8

Grupo	¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?		
	Vómito	Acné intenso	Mal aliento
GE1	57.9%	94.7%	94.7%
GC1	6.3%	6.3%	37.5%
GC2	11.1%	5.6%	38.9%
GE2	58.8%	88.2%	88.2%

En la tabla 7.2, se aprecian notables diferencias entre los grupos experimentales y controles en los porcentajes de respuesta en las opciones de vómito, acné intenso y mal aliento, es decir, en los grupos experimentales se encuentran los porcentajes más altos de respuesta en las tres opciones.

En la tabla siguiente se pueden observar los porcentajes de respuesta de los cuatro grupos sobre la pregunta 9.- ¿Qué es la nicotina y el alquitrán?, en la postprueba.

Tabla 7.3 Pregunta 9

Grupo	¿Qué es la nicotina y el alquitrán?	
	Nicotina: droga-adicción	Alquitrán: cáncer
GE1	73.7%	10.5%
GC1	6.3%	0%
GC2	0%	0%
GE2	64.7%	17.6%

En la tabla 7.3, en la opción de nicotina si se observa un cambio importante entre el porcentaje de respuesta dado por los grupos experimentales en comparación con los grupos controles, es decir, los porcentajes de respuesta más

altos los dieron los grupos experimentales sin embargo, es importante señalar que en lo que concierne a ¿Qué es alquitrán?, la diferencia de respuesta entre los cuatro grupos es mínima, es decir, no fue significativa.

En la pregunta 10.- ¿Qué elementos contiene el tabaco?, se encontraron los datos siguientes:

Tabla 7.4 Pregunta 10

Grupo	¿Qué elementos contiene el tabaco?		
	Alquitrán	Arsénico	Nicotina
GE1	89.5%	84.2%	100%
GC1	31.3%	12.5%	93.8%
GC2	27.8%	5.6%	88.9%
GE2	94.1%	76.5%	100%

Como puede observarse en la tabla 7.4, los grupos experimentales muestran los porcentajes de respuesta más altos en comparación con los grupos controles, en lo que concierne a la opción de alquitrán y arsénico se ve reflejado un porcentaje elevado de respuesta dado por los grupos experimentales en comparación con los grupos controles sin embargo, es importante señalar que los cuatro grupos sabían que la nicotina es uno de los elementos del tabaco, ya que los porcentajes de respuesta en esta opción fueron similares entre los cuatro grupos, es decir, no se aprecian diferencias significativas en los porcentajes de respuesta.

En la tabla siguiente se pueden observar los porcentajes de respuesta de los cuatro grupos de la pregunta 13.- ¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras?, de la postprueba.

Tabla 7.5 Pregunta 13

	¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras?
Grupo	Enriquecerse a costa de la salud de otros
GE1	78.9%
GC1	6.3%
GC2	16.7%
GE2	82.4%

En la tabla 7.5, se observa que los grupos experimentales emitieron los porcentajes más altos de respuesta, es decir, la mayoría de los adolescentes sabían cual es el objetivo de las tabacaleras, y por el contrario los grupos controles emitieron los porcentajes más bajos de respuesta.

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes de respuesta de los cuatro grupos de la pregunta 15.- Practicar deporte es: (en las postpruebas).

Tabla 7.6 Pregunta 15

	Practicar deporte es:
Grupo	Un factor protector
GE1	84.2%
GC1	37.5%
GC2	27.8%
GE2	94.1%

Como lo muestra la tabla 7.6, los porcentajes más altos de respuesta lo dieron los grupos experimentales en comparación con los grupos controles.

Se encontraron los datos siguientes en la pregunta 20.- La asertividad te permite:

Tabla 7.7 Pregunta 20

	La asertividad te permite:
Grupo	Rehusarte al consumo de tabaco
GE1	57.9%
GC1	12.5%
GC2	5.6%
GE2	52.9%

En la tabla 7.7, se observa que los porcentajes mas altos de respuesta los emitieron los grupos experimentales y los porcentajes más bajo los dieron los grupos controles.

En la pregunta 21.- ¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?, se encontraron los datos siguientes:

Tabla 7.8 Pregunta 21

	¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?			
Grupo	Falta de aceptación de sí mismo	Tiempo libre	Presión de pares	Poca capacidad asertiva
GE1	89.5%	78.9%	73.7%	73.7%
GC1	25%	25%	18.8%	18.8%
GC2	22.2%	22.2%	22.2%	27.8%
GE2	82.4%	70.6%	70.6%	70.6%

Como puede observarse en la tabla 7.8, existen diferencias de respuesta entre los grupos experimentales y los controles, ya que los grupos experimentales emitieron los porcentajes más altos de respuesta en las cuatro opciones y los grupos controles presentaron los porcentajes más bajos de respuesta en las cuatro opciones.

PRUEBA JI CUADRADA PARA COMPARAR GRUPOS INDEPENDIENTES

Al aplicar la prueba ji cuadrada al **bloque de preguntas sobre las percepciones y actitudes de los adolescentes** sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de significancia de .05 en uno (reactivo número 6) de seis reactivos, a continuación se presentan los datos de esta pregunta.

6.- ¿Cómo percibes el fumar?

Respuesta	Valor de ji cuadrada	Gl	Significancia
Que ocasiona la muerte	8.864	3	.031*

*Diferencias significativas entre los grupos

En la tabla anterior se puede apreciar que en esta pregunta si se encontraron diferencias significativas a un nivel de significancia de .05, a continuación se presentan los porcentajes de respuesta dados por los grupos:

Porcentajes de respuesta de la pregunta 6

Grupo	6.- ¿Cómo percibes el fumar?				Total
	Ocasiona la muerte	Qué no es tan nocivo como dicen	Es algo irrelevante	Sólo es dañino si se consume por mucho tiempo	
GE1	68.4%	15.8%	5.3%	10.5%	100%
GC1	25%	18.8%	25%	31.2%	100%
GC2	22.2%	22.2%	5.6%	50%	100%
GE2	58.8%	17.6%	0%	23.6%	100%

En la tabla de porcentajes de respuesta de la pregunta seis se puede ver que los grupos que hicieron la diferencia fueron los dos experimentales, ya que lograron distinguir que el fumar ocasiona la muerte, y en los dos grupos controles

se aprecia que sólo la cuarta parte de los grupos perciben al tabaquismo como algo que ocasiona la muerte.

En las preguntas 11, 12, 16, 18, 19 y 23 no se encontraron diferencias significativas a un nivel de significancia de .05, es decir, no se encontraron diferencias de respuesta entre los grupos controles y los grupos experimentales.

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar empíricamente el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes con la finalidad de disminuir o evitar el consumo de tabaco. Para alcanzar el objetivo planteado en esta investigación, primero se dio respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

- 1.- ¿Qué tan efectivo es el programa desarrollado para prevenir el tabaquismo en adolescentes?

Para ello se elaboró un cuestionario (pre-postprueba) con la finalidad de evaluar el programa, para ello se plantearon algunas hipótesis estadísticas y una de investigación.

La primera hipótesis fue: "Si existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de la preprueba y la postprueba del GE1". Esta hipótesis se acepta debido a que al aplicar la prueba "t" de Student en el bloque de preguntas de información teórica proporcionada en el programa, se encontró que en la mayoría (siete de nueve) de los reactivos sí se encontraron diferencias significativas de respuesta al comparar la preprueba y la postprueba para el grupo experimental, es decir, los porcentajes más altos de respuesta en éste bloque estuvieron en la postprueba y se podría decir que el programa preventivo de tabaquismo es el responsable de incrementar el número de respuestas porque en estas preguntas si se espera un cambio que refleje el funcionamiento o no del programa, sin embargo, es importante señalar que en el reactivo siete y nueve en una de sus opciones de respuesta no se encontraron diferencias significativas; es decir, los sujetos mostraron un mejor desempeño en lo que concierne a

información sobre los efectos, elementos y enfermedades que pueden causar el consumo de tabaco, lo cual puede ayudarles en un futuro para no llegar a consumir éste, pero es importante puntualizar que aun cuando se tengan conocimientos acerca de las consecuencias y daños que puede causar el consumo de tabaco no garantiza que en un futuro no lo hagan, es por ello importante que tanto el gobierno, las instituciones educativas y la sociedad sumen esfuerzos para bombardear de información a los adolescentes sobre los costos que conlleva el consumo del tabaco.

Cabe señalar que el diseño de Solomon utilizado en esta investigación permitió que hubiese un mejor control, ya que permitió controlar fuentes de invalidación interna, como la historia, la maduración, administración de pruebas, instrumentación y selección, lo cual permitió ver que los cambios presentados en la variable dependiente fueron debidos al tratamiento (programa preventivo) y no a otra causa; ya que en el caso del GC1 "No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de la pre y la postprueba del GC1", porque al aplicar la prueba "t" al grupo control (GC1), para comparar a la preprueba y a la postprueba se encontró que no existen diferencias significativas de respuesta en ninguna de las preguntas, se puede decir que como a este grupo no se le aplicó el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes no se encontraron diferencias entre las respuestas dadas por los sujetos entre la preprueba y la postprueba. Además que al comparar las postpruebas de los grupos controles no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con ello se ratifica que la preprueba no influyó en el desempeño de la postprueba, porque estos grupos contestaron de manera semejante tanto en la pre como en la postprueba.

En relación con la cuarta hipótesis estadística que dice: "No existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas del GE1 y GE2". Se acepta la hipótesis, porque al comparar los datos de las postpruebas de los grupos experimentales se encontró que no existen diferencias significativas de respuesta en ninguno de los reactivos de las postpruebas, por lo que se asume que la preprueba no influyó en el desempeño de la postprueba, y se podría decir que el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes funcionó porque los sujetos mostraron un mejor desempeño en lo que concierne a la información teórica proporcionada por el programa, con lo cual podrán tener un panorama más amplio sobre las consecuencias del consumo de tabaco y tal vez les sirva para no dejarse manipular por las compañías tabacaleras, pero sobre todo les permitirá saber a lo que exponen cuando se consume tabaco.

La quinta hipótesis estadística planteada en esta investigación dice: "Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos". Esta hipótesis se acepta porque al aplicar el análisis de varianza se encontraron diferencias significativas en la mayoría (ocho de nueve) de las preguntas; es importante hacer notar que los grupos experimentales fueron los que marcaron las diferencias de respuestas, es decir, los porcentajes de respuesta más elevados los dieron los dos grupos experimentales, con lo cual se podría decir que el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes es el responsable de las diferencias de respuesta entre los grupos experimentales y controles, sin embargo, cabe señalar que en la pregunta siete, nueve y diez en una de sus opciones de respuestas no se encontraron diferencias significativas, en lo que concierne a que el consumo de tabaco puede causar cáncer y que la nicotina es un elemento del tabaco, se puede pensar que la mayoría de los adolescentes manejan esta información porque se presenta de manera regular tanto en los medios de comunicación como en las cajetillas de cigarrillos.

El hecho de que se encontraran cambios significativos en el bloque de preguntas sobre la información teórica proporcionada en el programa podría sugerir que el programa funcionó ya que los efectos encontrados en las postpruebas de los grupos experimentales fueron causados por la impartición del programa y no por la preprueba, sin embargo, aun cuando los adolescentes cuenten con información sobre los daños que ocasiona el consumo de tabaco no necesariamente es un factor que evite el tabaquismo, ya que investigaciones revelan que uno de cada diez médicos fuma a pesar de conocer los riesgos que esto implica (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2003).

En lo que se refiere a la hipótesis de investigación que dice: "El programa preventivo de tabaquismo para adolescentes disminuye el consumo de tabaco". Se podría aceptar porque es importante hacer notar que en lo que concierne a patrón de consumo se aprecian ciertos cambios que podrían atribuirse al programa, en el reactivo 2.- ¿Actualmente fumas?, se encontró que el 10.5% de los sujetos del GE1 reportaron fumar en la preprueba y en la postprueba ningún sujeto reportó hacerlo, es decir, se encontró prevalencia de consumo antes de la aplicación del programa y después de ser aplicado el programa se aprecia que los adolescentes reportaron no fumar y este cambio podría ser debido al programa, y en lo que concierne al grupo control (GC1) se encontró que en la preprueba ningún sujeto reportó fumar y en la postprueba el 6.3% reportó hacerlo, por lo tanto se puede asumir que el programa disminuyó el consumo de tabaco en el GE1; pero también cabe señalar que en el GE1 pudo haber influido un testimonio dado por uno de los elementos del grupo, porque en la segunda sesión de trabajo en el ejercicio dos, se llevo a cabo una actividad sobre no fumar la cual se hizo de manera escrita y oral, y al momento en que el último sujeto dio (de forma oral) sus razones por las cuales no fumaría, comentó que su padre estaba en la etapa terminal de cáncer gracias al consumo de tabaco, por causa de éste estaba perdiendo a una gran persona, etc., en sí lo que hizo fue que el grupo (GE1) comenzara a llorar, todos se conmovieron por la problemática que estaba viviendo el compañero y en ese

momento todos los integrantes del grupo prometieron no fumar para no llegar a la muerte por ésta causa, esta escena fue muy fuerte, así que este testimonio pudo haber influido en que los adolescentes reportaran no fumar actualmente, ya que como plantean los programas de tipo psicosocial las discusiones y pláticas en donde se enfatizan las consecuencias negativas del fumar logran reducir la tasa de fumadores (Becoña et al, 1994), y el programa podría ser el causante indirecto, porque si no se hubiera impartido el programa los sujetos no se hubieran enterado de esto, es importante señalar que lo que ocurrió en el GE1 sólo fue comentado por el facilitador en el GE2. Cabe señalar que a los adolescentes a los cuales se les aplicó el programa ratificaron que no aceptarían un cigarro dado por su mejor amigo y con ello se puede decir que hasta este momento los sujetos están evitando el consumo de tabaco. Sin embargo creo que es importante señalar que para saber si el programa fue el que propició el que los adolescentes no fumen, sería necesario incluir otro grupo experimental al cual no se le mencione el testimonio dado por el sujeto del GE1, de este modo se podría saber que fue lo que propició que los adolescentes tomaran la decisión de no fumar, pero sobre todo hacer un seguimiento para ver si los adolescentes en un futuro no consumen tabaco; sin embargo también será necesario que las escuelas realicen pláticas, conferencias y/o talleres sobre como prevenir el consumo de tabaco y otras drogas.

En lo que concierne al bloque de información general que involucra la pregunta cinco y catorce se encontró lo siguiente. En la pregunta 5.- ¿Quiénes de las personas con las que convives fuman?, resultó que en los cuatro grupos algunos sujetos mencionaron convivir con fumadores y se sabe que de acuerdo con el modelo de iniciación hacia el consumo del tabaco están implicados tanto la presión social como el modelo de adultos (padres- maestros), lo cual puede influir en que los adolescentes experimenten o no con el tabaco (López y Velázquez, 1991). En la pregunta 14.- ¿Prácticas algún deporte actualmente?, se encontró que la mayoría de los sujetos de los GE1, GC1 y GC2 reportaron practicar algún deporte,

es decir, estos grupos cuentan con el factor protector de practicar deporte y se sabe que el ejercicio no fomenta adicciones (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2003). Cabe señalar que en este bloque de preguntas no influye directamente el programa porque no se trabajó con los padres y amigos de los adolescentes, además que los sujetos practicaban deporte antes del programa.

En el bloque sobre percepciones y actitudes de los adolescentes al aplicar la prueba ji cuadrada resultó que sólo se encontraron diferencias de respuesta en un solo reactivo (de siete), el reactivo seis, ya que los grupos experimentales lograron distinguir que el fumar ocasiona la muerte y sólo la cuarta parte de los grupos controles perciben al tabaquismo como algo que ocasiona la muerte, por ello es necesario, buscar la manera que en este tipo de programas se den más sesiones de trabajo para así poder reforzar las percepciones y actitudes de los adolescentes sobre todos los estragos que puede causar el fumar, ya que si se está en un constante bombardeo de información sobre los problemas de salud que conlleva, podría disminuir el número de fumadores, pero sobre todo el tratar de que los sujetos se den cuenta de que las compañías tabacaleras sólo buscan enriquecerse a costa de la salud de las personas tal vez podría también ayudar, sin embargo es importante hacer seguimiento de este tipo de programas ya que esto permitirá darse cuenta qué tipo de estrategias hay que manejar para que no se llegue a consumir tabaco, o por lo menos disminuir el consumo.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados de este estudio, se encontró que el patrón de consumo cambió, porque a los sujetos a los cuales se les impartió el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes reportaron no fumar actualmente, es decir, los sujetos que habían reportado fumar manifestaron no consumir tabaco y no se observó que los sujetos no fumadores lo consumieran, por lo tanto se asume que el programa funcionó, ya que demostró efectividad.

Sin embargo, los resultados obtenidos muestran que el programa no cambió las percepciones ni las actitudes hacia el consumo de tabaco de los adolescentes.

V. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Durante el desarrollo de esta investigación, se estimó como una de las principales limitaciones para el programa preventivo de tabaquismo para adolescentes, el tamaño de la muestra, porque los grupos de trabajo fueron muy pequeños. No obstante, esto no hace que la investigación sea menos importante.

Otro obstáculo fue el proceso de selección de la muestra, ya que la cantidad de sujetos de cada grupo no fueron exactamente iguales, además de que el número de sujetos de sexo masculino superó en número a los sujetos de sexo femenino, valdría la pena que para futuras investigaciones se contara con grupos homogéneos.

Otro aspecto que interfirió en el funcionamiento del programa fue que éste no es muy extenso, porque el calendario escolar está muy saturado, por lo cual en la escuela no se permite el trabajo con los grupos en más de seis sesiones, por ello es importante que en los planes de estudio se incorporen temas de prevención en algunas materias.

Es importante puntualizar que si se intentara llevar a cabo nuevamente este programa se sugiere ahondar más en los factores de riesgo y de protección, de manera que se haga más participativo y vivencial el trabajo en los grupos, pero sobre todo incorporar diferentes actividades en las cuales se realicen modelado y ensayo conductual.

Se sugiere hacer un seguimiento a largo plazo para ver si los sujetos fuman después de algún tiempo de haber participado en el programa.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ◆ Abrego, L. y García, M. (1990). Tipo de información sobre la nocividad por consumo de tabaco en una población escolar de la comunidad de México, implicaciones y consideraciones para la psicología. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- ◆ Alcántara, M., H., Reyes., M., M., P. y Cruz, S. (1999). Guía práctica para proteger a tus hijos contra las drogas. México: Centros de Integración Juvenil.
- ◆ Bayot, A. (1998). Factores de riesgo en la etapa de iniciación en la conducta adictiva al tabaco. Revista mexicana de análisis de la conducta, 24, 17-41.
- ◆ Becoña, E., Palomares, A. y García, M., P. (1994). Tabaco y Salud . Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. España: Ediciones Pirámide.
- ◆ Becoña, E. (2000). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención. Plan Nacional sobre drogas. España: Universidad de Santiago Compostela.
- ◆ Bejarano, J. y Blanco, M. (1995). Tabaco, publicidad y salud, desafíos de la década de los 90 ´s. México: IAFA
- ◆ Belasso, G. (2001, mayo). El tabaquismo en México. Conadiconforma. 4-7.

- ◆ Bisquerra, R. (1992). Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo. Barcelona: Boxareau.
- ◆ Cardiel, R., H. y Néquiz, R., G. (1998). PEPCA, Programa Preventivo Contra las Adicciones. (Folleto). México: Secretaría de Educación Pública.
- ◆ Coleman, V. (1988). Adictos y adicciones. Causas, consecuencias y soluciones. México: Grijalbo.
- ◆ Consejo Nacional contra las Adicciones –CONADIC-, Secretaría de Salud y Prosalute Novimunde (2000). Construye tu vida sin adicciones, población objetivo preadolescentes y adolescentes.
- ◆ De la Garza, F. (1983). La juventud y las drogas. México: Trillas.
- ◆ Espino, G., G. (1997). Tabaquismo en la familia:¿Aliado o enemigo?. Orígenes y efectos de las adicciones. Antología de la revista Addictus. México: Secretaría de Educación Pública.
- ◆ Gannon, F. (1987). Drogas ¿Qué y cómo actúan?. México: Pax-México.
- ◆ García, B., A., R. (2002). La influencia de la familia y el nivel de presión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- ◆ Gil, R., N., J. y Calero, G., M., D. (1994). Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Mc Graw-Hill.

- ◆ Gómez, D., B., Guillermo, G., S., y Del Mar, G., M. (1998). Adquisición y desarrollo de la conducta de fumar en : Estudios de Psicología,61, 51-55.
- ◆ Gutiérrez, V., C. y Regalado J. (2002). La industria tabacalera en México. México: Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud.
- ◆ Hernández, M. y Chávez, B. (2000, jueves 1 de junio). La trampa del humo. Reforma. (periódico).
- ◆ Hernández, S., R., Fernández, C., C. y Baptista, L., P. (2000). Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill.
- ◆ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Secretaría de Salud. (1998). Daños a la salud por el consumo del tabaquismo.
- ◆ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (2003, 28 al 30 de mayo). V curso-taller nacional de capacitación para responsables de clínicas para dejar de fumar.
- ◆ López, B. y Velázquez, M. (1991). Prevalencia y actitudes frente al consumo de tabaco en una población de estudiantes de secundaria del D.F. Tesis de Licenciatura. México: Fac. Psicología, UNAM.
- ◆ López, A., F., J. (2002, septiembre, 63). Perjudican la salud colectiva. Acuerdo con las empresas tabacaleras. Liberadictus IX. 20 – 24.
- ◆ Mckinney, J., Fitzgerald, H. y Stromman, E. (1982). Psicología del Desarrollo. Edad adolescente. México: Manual Moderno.

- ◆ National Institute and Drug Abuse (2003, 10-03, 8:46). Cigaretts and others nicotine products {en Red} disponible en :
wysiwyg://31/http://www.drugabuse.gov/infobox/tobacco.html
- ◆ Perello, J. y Salvá, M., J., S. (1980). Alteraciones de la voz. España: Editorial científico-médica.
- ◆ Rubio, M., H. P. (2001). Programa de acción : adicciones, tabaquismo. México: Secretaría de Salud.
- ◆ Secretaría de Salud (1993). Encuesta Nacional de Adicciones. D.F., México
- ◆ Secretaria de Salud. (1998). Programa de prevención y control de tabaquismo. México.
- ◆ Secretaría de Salud (2000). Reglamento sobre el consumo de tabaco.<http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/regcontab.htm>
- ◆ Secretaría de Salud (2001). Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México. México.
- ◆ Secretaría de Salud, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (2002). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México
- ◆ Tapia, R. (2001). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno.

- ◆ Velazco, R. (1997). Las adicciones. México: Trillas.

- ◆ Virchez, M. (1990). Programa cognitivo conductual para el control de tabaquismo. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Iberoamericana.

- ◆ Villatoro, J., Medina-Mora, M., E., Rojano, C., Fleíz, C., Villa, G., Jasso., Alcanzar, M., I., Bermúdez, P., Castro, P. y Blanco, J. (2000). Encuesta de consumo de drogas II. (CD-ROM). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente y Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales.

ANEXOS

ANEXO 1

PROGRAMA DE TABAQUISMO PARA ADOLESCENTES

ACTIVIDADES	DESARROLLO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TIEMPO
Bienvenida	Recibir a los participantes agradeciéndoles su asistencia		3'
Presentación	Se presentará el conductor		2'
Contenido del programa	<p>PRIMERA SESIÓN</p> <p>Sensibilización, para ello se hará una presentación breve del grupo y sus actividades (éstas últimas se harán por escrito).</p> <p>Parte informativa o teórica contendrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ ¿Qué es el tabaquismo? Definición ☞ Fumador pasivo ☞ Componentes del tabaco ☞ Efectos del tabaquismo (a corto y largo plazo) ☞ Daños a la salud ☞ Consecuencias (morbilidad y mortalidad) 	<p>Que los adolescentes se familiaricen con el capacitador para crear un ambiente agradable.</p> <p>Que los adolescentes conozcan y se familiaricen con la problemática del tabaquismo.</p>	10'
	<p>Ejercicio 1, se trabajará con cuatro equipos, a cada uno se le asignará un tópico de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los beneficios del no fumar, las consecuencias negativas de fumar, las 	<p>Que los adolescentes reflexionen acerca de los costos y beneficios del fumar, además de pensar y proponer ideas para afrontar la problemática del tabaquismo.</p>	15'

	<p>situaciones más comunes para fumar y elaborar estrategias para decir "no gracias no fumo" respetando a los otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discusión y reflexión. <p>SEGUNDA SESIÓN</p> <p>Se preguntará que se revisó en la sesión pasada. Esto será de forma breve.</p> <p>Parte informativa o teórica contendrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ ¿Qué factores empujan a los adolescentes a fumar? - Presión de pares - Modelo de adultos - Campañas publicitarias <p>☞ Ejercicio 2. Compromiso ante el grupo de No Fumar y exponer las razones de esta decisión, esto se llevará a cabo de manera oral y por escrito, así será público el compromiso.</p> <p>TERCERA SESIÓN</p> <p>Parte informativa o teórica contendrá:</p>	<p>8'</p> <p>15'</p> <p>27'</p> <p>14'</p> <p>7'</p>
	<p>Que los adolescentes retomen y recuerden la problemática del tabaquismo.</p> <p>Que los adolescentes reconozcan los factores que fomentan el tabaquismo.</p> <p>Que los adolescentes asuma el compromiso de no fumar.</p> <p>Que los adolescentes conozcan y manejen los factores protectores y de riesgo que se encuentran presentes en la problemática</p>	

	<p>☞ Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensación de falta de aceptación. - Poca capacidad asertiva. - Demasiado tiempo libre o de inactividad (ver TV. y juegos de computadora). - Malas compañías <p>☞ Factores de protección</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio físico. - Contar con un buen autoconcepto. - Integración a grupos de amigos sanos. - Desarrollo de lazos familiares. - Respeto, tolerancia y tomar decisiones asertivas. <p>☞ Comentarios</p> <p>Ejercicio 2, habilidades para decir "No fumo, gracias" por medio de modelado y ensayo conductual, es decir, representaciones en clase para evitar fumar, para ello se enfatizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la comunicación - la toma de decisiones asertivas - el autoconcepto 	<p>del tabaquismo.</p> <p>Que los adolescentes expresen sus dudas.</p> <p>Que los adolescentes entrenen por medio de representaciones el rechazo al tabaco, esto les ayudará a desarrollar habilidades para tener un estilo de vida libre de tabaco.</p>	29'
--	---	--	-----

CONTENIDO DEL PROGRAMA

PRIMERA SESIÓN

¿Qué es el tabaquismo?

Es la intoxicación crónica producida por el abuso de tabaco.

El tabaquismo se considera una adicción, ya que es una conducta compulsiva que restringe la autonomía personal, la libertad de decisión y condiciona la capacidad de reflexión.

Fumador pasivo

Es un individuo no fumador expuesto al humo del tabaco.

Componentes del tabaco:

Son más de **2 000 elementos** los que conforman al tabaco, es una “**fabrica en miniatura**” porque se desencadena la combustión de aproximadamente **4 000 sustancias**.

Uno de los principales componentes es la **nicotina** y se considera como droga porque es la responsable de generar dependencia física en el sujeto que la consume. Ésta tiene la capacidad de producir una adicción 20 veces mayor que el alcohol, la marihuana y la heroína, lo crítico es que es una **droga socialmente aceptable**.

La nicotina se encarga de estimular el sistema nervioso central, así es como se encarga de controlar la sensación del placer y cuando se terminan sus efectos se sufre de ansiedad y se necesita de más nicotina “**adicción**”, es decir, la nicotina produce dependencia.

El **alquitrán** considerado como una sustancia carcinógena, al inhalarse el tabaco ocasiona un daño severo en todo el aparato respiratorio, de ahí el los diferentes tipos de cáncer y el enfisema.

Otros componentes son el monóxido de carbono el cual provoca oxigenación deficiente, gases irritantes, amoniaco, acetona, arsénico, éste último en grandes cantidades ocasiona muerte al instante, etc. Todos estos ocasionan **daños irreversibles a la salud** o puede ocasionar **la muerte**.

Efectos del tabaquismo

Efectos a corto plazo:

Se sufre de alteraciones en la conciencia, en la capacidad de percibir, de enojo, hostilidad, agresión, insomnio, sueños extraños, vómito, dolor abdominal, mal aliento, sudoración, acné intenso, sarro en los dientes, dedos amarillentos.

Efectos a largo plazo:

Cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, sentimientos de frustración, ira, ansiedad, dificultad en la concentración, aumento del apetito, en los hombres se reduce la fertilidad y el apetito sexual, etc.

Daños a la salud

El tabaquismo es el encargado de ocasionar irritación en la garganta, bronquitis, infartos, úlceras de estómago, irritabilidad, reduce la agudeza visual, afecta la expulsión de orina, hay deficiencia en el olfato y el gusto, ocasiona envejecimiento prematuro en la piel (arrugas), cáncer de pulmón, faringe, vejiga, cerviz uterino, esófago, riñón, cavidad oral y bronquios (muerte de tejidos), entre otros estragos.

Consecuencias de “morbilidad y mortalidad”

Morbilidad. Número de personas que padecen una enfermedad.

Como el consumo de tabaco se hace a edades cada vez más tempranas se estima que para el 2025 un 55% de personas fumadoras padezcan enfermedades cerebro-vascular, 84% enfisema pulmonar y 90% padezcan algún tipo de cáncer.

Mortalidad. Número de personas que mueren en una población.

En México mueren alrededor de 147 personas diariamente por causas asociadas al tabaquismo, y se estima que al año mueren alrededor de 44, 000.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud 1 de cada 10 muere a causa del tabaquismo.

Evolución del lugar ocupado por enfermedades relacionadas con el tabaquismo entre las principales causas de mortalidad general en México, 1950-1998

Causa	1950	1960	1970	1980	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Enfermedades del corazón	5°	4°	3°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°
Tumores malignos	-	6°	5°	5°	2°	2°	2°	2°	2°	2°	2°	2°
Enfermedades cerebro vascular	-	-	7°	7°	8°	6°	5°	5°	5°	5°	5°	6°
Bronquitis crónica y efisema pulmonar	-	-	-	-	12°	14°	14°	14°	14°	13°	13°	15°

Citado en: Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC, Belasso, G. (2002).

SEGUNDA SESIÓN

¿Qué factores empujan a los adolescentes a esta adicción?

Presión de pares se considera como la influencia de los compañeros del grupo y adquiere una influencia decisiva en su forma de comportarse del sujeto, las expectativas de los otros miembros lo empujan adoptar una conducta, por ejemplo **Fumar**.

En su mayoría lo hacen por: ser aceptados por los otros, para verse maduros, para estar a la moda, por seguir a otros, pero el fumar *se da realmente por la falta de información*, ya que si estuvieran conscientes de los costos a largo y corto plaza se reduciría el número de fumadores, es necesario valorar quién te conviene, pero sobre todo respetar la decisión que decida tomar cada cual con su persona y asumir las consecuencias.

Nunca falta el que diga "De algo tengo que morir" pero el precio es alto porque el tabaquismo es causante de la ostomía traqueal de una laringectomía total (extirpación total de la laringe) para lo cual se realiza un orificio en la laringe y se introduce una cánula y es por donde se habla y respira, y las consecuencias de esto son: pérdidas auditivas, depresión, pérdida del habla, pero se podrá llevar una vida casi normal con ayuda de la rehabilitación, ya que poco a poco se recuperara la función del habla pero ésta se hace más grave, profunda y lenta, pero ahora serán necesarios cuidados especiales ya que la cánula se debe cambiar constantemente, lavar, hervir, al bañarse se debe tener cuidado porque se puede sufrir de asfixia si cae agua dentro de ésta.

El *modelo de adultos* es otro factor crucial porque los padres, maestros, familiares e incluso médicos practican el fumar como algo cotidiano y normal, pero son los padres principalmente quienes marcan los patrones conductuales e ideológicos e influyen el comportamiento de sus hijos, pero aun cuando fuman los menores dicen que no lo hagan porque es un daño a la salud pero crean una imagen positiva del cigarro.

Es importante que las personas tomen sus propias decisiones y valoren si realmente el costo de fumar lo vale. Por ello se insiste en que tú no fumes.

Las *campañas publicitarias* son otro factor clave porque buscan mandar mensajes atractivos para vender sus productos, para ello explotan: actitudes de bienestar, felicidad, éxito, popularidad, virilidad, feminidad, atractivo sexual, aceptación social, etc., lo cual es una gran mentira, el fumar no trae consigo esto, aún cuando lo hacen parecer en el cine, con los artistas, en la televisión, en los desfiles de moda, en los deportes, etc.

Los beneficiados del consumo de tabaco son para las tabacaleras quienes tienen como objetivo vender para enriquecerse a costa de la ignorancia de los consumidores, y actualmente todo esto va dirigido a personas menores de edad (entre once y dieciocho años), ya que saben que estos están pendiente de la moda, de ir en contra de reglas, están en una etapa de rebeldía, buscando una imagen, una personalidad pero sobre todo saben que si hacen que consumen una marca específica será muy difícil que la dejen, por lo que serán sus futuros clientes. Las ganancias son 199, 464 billones de dolares sólo en una compañía en Estados Unidos.

Las tabacaleras están tan bien informadas que por eso crean cigarros *light*, de diferentes tamaños, grosor, etc., esto lo hacen para vender a diferentes tipos de población, para verse *sexis* y rebeldes, atractivos, amigables, maduros, etc.

Con todo esto es importante reflexionar quien quieres que viva tu vida, si te gusta que te manipulen y te engañen para enriquecerse a tus costillas, ya que el tabaquismo cobra más vidas que el SIDA, los homicidios y suicidios, por ello actualmente

ya no se transmiten anuncios por televisión, se pide que en las cajetillas se coloquen que son dañinos aun cuando lo hacen con letras pequeñas, y se exige que no se vendan a menores.

TERCERA SESIÓN

Factores de riesgo. Es el atributo y /o característica individual, situacional o de contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso o abuso de drogas.

Los factores de riesgo más comunes que fomentan el tabaquismo son:

- *Sensación de falta de aceptación*, es el pensar y sentir que no perteneces a un grupo de amigos, es decir, hay evidencia de que los sujetos hacen lo que se pide en un grupo para pertenecer a este, por ejemplo fumar. Ejemplo: No fumas porque te regaña tu mamá, No fumas porque te pegan, etc.
- *Poca capacidad asertiva*, consiste en no expresarlo que se desea o hacerlo con timidez, ocultando lo que se piensa. En algunas ocasiones se fuma porque no se tiene la fuerza para decir no fumo porque perjudica mi salud, o no necesito del tabaco para ser mejor, es decir no se evalúan todas las opciones, tanto lo positivo como lo negativo de lo que se pretende hacer.
- *Demasiado tiempo libre o de inactividad*, se refiere al excesivo tiempo que se pasa en ver televisión, que se gasta en juegos de video o el de estar de perezoso sin hacer algo productivo de manera sana. Ociosidad madre de todos los vicios, es bien sabido que entre menos actividades sanas se realicen es más probable que se fume, esto sin contar que el fumar en todo el mundo es algo común, ya que no se sanciona, sin contar que en la televisión la imagen que se le da es: moda, clase, rebeldía, virilidad, etc.
- *Malas compañías*, el estar interactuando con personas consumidoras de tabaco u otras drogas, es más fácil que se inicie con éste hábito, Es importante hacer notar que no siempre lo que hacen los amigos nos guata, Ejemplo: en fiestas, antros o reuniones la mayoría de las veces se fuma y se consumen bebidas alcohólicas para crear un ambiente agradable, hay que reflexionar a costa de que se crea esto, hay que notar que es falso el valor que tiene el tabaco porque realmente éste no tiene la capacidad de crear o diseñar intelectualidad, sensualidad o sofisticación.

Los factores protectores. Es el atributo o característica individual, condición situacional o de contexto que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso y/o abuso de drogas.

- *Ejercicio físico*, desarrollar algún deporte, la danza o cualquier ejercicio sano fomenta que no se fume, aún cuando las campañas publicitarias fomentan algunas adicciones, por ejemplo marcas de cigarrillos patrocinan algunos deportes como el automovilismo, el foot ball, entre otros; por ello es importante analizar ¿Cuántos deportistas o atletas famosos fuman? El fumar produce cansancio, así como disminución en la velocidad o en el rendimiento de la práctica deportiva.
- *Tener buen autoconcepto*, se refiere al buen concepto o valor que se tiene de si mismo en todos los aspectos como son el pensamiento, las emociones y las conductas, el no valorarse por lo que se es, el aceptar los defectos, las virtudes, el saber que el fumar no crea una imagen de éxito hará te hará una persona más fuerte y fomentará que valores tu cuerpo y lo cuides.
- *Integración a grupos de amigos sanos*, pertenecer a un grupo que no consuma tabaco o realice conductas destructivas, te permitirá ver que los verdaderos amigos te aceptan y valoran por lo que eres, por lo que no tendrás que crearte otra imagen. El desarrollo de actividades o aprendizajes sanos es lo que se debe buscar. , sabías que el fumar una cajetilla de cigarrillos disminuye once minutos de tu vida, esto es posible por la combustión de los gases del tabaco en el organismo.
- *Desarrollo de lazos familiares*, contar con el apoyo, confianza e intercambiar ideas con los miembros de la familia es necesario para no crear alguna adicción, el comunicarse, el escuchar y sobre todo el amor que te puede dar la familia te permitirá crecer y desarrollarte de manera más saludable.
- *Ser tolerante y respetuoso*, respetar las ideas y conductas de los otros, cada persona tiene la capacidad de decidir y hacer con su vida y esto se debe de aceptar y respetar.
- *Toma de decisiones asertivas*, es la habilidad de realizar y elegir como actuar, reaccionar o hablar valorando y explorando todas las opciones con sus respectivos costos y beneficios. En el caso del tabaco se debe valorar si es más importante el crear un "ambiente de falso éxito" al fumar y equiparar los costos que se pagan como es el fomentar las caries, el mal olor de cabello y aliento, el color amarillento en los dedos y el fomentar el acné.

Sugerencias para tener un étalo de vida sano, libre de tabaco:

- **Expresar sus propias ideas con respeto, sin humillar a los otros.**
- **Aceptar o rechazar libremente la opinión de los otros.**
- **Hacer actividades que propicien la reflexión y el aprendizaje.**
- **Reconocer las virtudes y defectos propios y de los otros.**

ANEXO 2

CUESTIONARIO

Nombre: _____

Edad: _____ Escolaridad _____ Sexo: _____

Este cuestionario tiene como finalidad crear un programa de tabaquismo, por lo que no tendrá alguna repercusión negativa en tu persona, así que contéstalo con la mayor honestidad posible.

Instrucciones: Para cada pregunta marca la respuesta que consideres más adecuada. En las preguntas que se señalan con asterisco puedes elegir más de una opción.

1.- ¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida?

- a) Sí b) No

2.- ¿Actualmente fumas?

- a) Sí b) No

3.- ¿En los últimos tres meses has fumado tabaco?

- a) Sí b) No

4.- ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

- a) De uno a cuatro cigarrillos por día b) De cinco a siete cigarrillos por día
c) De ocho a diez cigarrillos por día d) Más de once cigarrillos por día
e) Ninguno

*5.- ¿Quiénes de las personas con las que convives fuman?

- a) Papá b) Hermano (s) c) Maestro (s) d) Mamá
e) Hermana (s) f) Maestra (s) g) Tío (s) h) Amigo (s)
i) Tía (s) j) Amiga (s)

6.- ¿Cómo percibes el fumar?

- a) Que no es tan nocivo como dicen b) Es algo irrelevante
c) Sólo es dañino si se consume por mucho tiempo d) Ocasiona la muerte

*7.- ¿Qué enfermedades puede causar el consumo del tabaco?

- a) Leucemia b) Infartos c) Bronquitis
d) Cáncer e) Varices f) Ninguna

*8.- ¿Qué efectos produce el consumo de tabaco?

- a) Vómito b) Acné intenso c) Placer d) Mal aliento
e) Enjojo f) Relajamiento g) Alegría

9.- ¿Qué es la nicotina y el alquitrán?

*10.- ¿Qué elementos contiene el tabaco?

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| a) Alquitrán | b) Zinc | c) Oxígeno |
| d) Bromo | e) Arsénico | f) Nicotina |

11.- ¿Por qué crees que se fuma?

- | | | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| a) Para verse mejor | b) Para verse maduro | c) Por falta de información |
| d) Para calmar los nervios | e) Para estar a la moda | f) Por seguir a los otros |

*12.- ¿Qué mensaje te dejan los anuncios de cigarros?

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------|
| a) Satisfacción | b) Éxito | c) Masculinidad | d) Alegría |
| e) Tristeza | f) Moda | g) Virilidad | h) Feminidad |
| i) Nada | j) Sensaciones negativas | | |

13.- ¿Cuál es el objetivo de las tabacaleras?

14.- ¿Practicas algún deporte actualmente?

- | | |
|-------|-------|
| a) Si | b) No |
|-------|-------|

15.- Practicar deporte es:

- | | |
|------------------------|--------------------------------------|
| a) malo para la salud | b) un factor de riesgo para la salud |
| c) un factor protector | d) algo que propicia la creatividad |

16.- Tus amigos son aquellos que:

- | |
|---|
| a) te piden hacer algo que va en contra de tu forma de pensar |
| b) te aceptan tal como eres |
| c) se te acercan para no estar solos |

17.- ¿Qué harías si tu mejor amigo te invita un cigarro?

18.- El hecho de que algunos adultos fumen, incluyendo a los médicos, te hace pensar que:

- | |
|--|
| a) el cigarro no es dañino |
| b) tienes apoyo para fumar |
| c) de todas maneras el fumar es dañino para la salud |
| d) algunos adultos descuidan su salud |

- 19.- Elige la palabra que consideres que completa la siguiente frase: Estoy _____ con la justificación que dan algunos fumadores "de algo me tengo que morir"
- a) Muy de acuerdo
 - b) de acuerdo
 - c) en desacuerdo
 - d) muy en desacuerdo
- 20.- La asertividad te permite:
- a) tomar malas decisiones
 - b) hacer lo que yo quiero
 - c) rehusarte al consumo de tabaco
 - d) consumir diversas sustancias
- *21.- ¿Cuáles de los siguientes factores fomentan el tabaquismo?
- a) Buena autoestima
 - b) Falta de aceptación de si mismo
 - c) Tiempo libre
 - d) Desarrollo de lazos familiares
 - e) Presión de pares
 - f) Poca capacidad asertiva
 - g) Ejercicio físico
- 22.- Para tener un buen autoconcepto es importante:
- a) aceptarme como soy
 - b) imitar a otros
 - c) revelarme contra las reglas
 - d) estar a la moda
- *23.- De las siguientes opciones marca la (s) que creas que te describen (n) mejor:
- a) Resuelvo bien mis problemas personales.
 - b) Las presiones de mis amigos no me afectan.
 - c) Tomo decisiones que no afecten mi salud.
 - d) Tomo mis propias decisiones, considerando lo que me dicen mis papás.
 - e) Cuando tengo problemas primero dialogo.
 - f) Constantemente engaño a los otros.
 - g) Respeto y tolero las decisiones de mis amigos.

Muchas gracias por tú colaboración.