

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

“ U N F U T U R O S I N H U M O ”

REPORTAJE SOBRE TABAQUISMO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
PRESENTA:

MARÍA DEL PILAR DÁVILA RAMÍREZ

maria_del_pilar_5@msn.com

ASESORA:

DRA. MARGARITA YÉPEZ HERNÁNDEZ

MÉXICO, 2005.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

¡MUCHAS...MUCHÍSIMAS GRACIAS A DIOS,
POR SUS INFINITAS BONDADES!

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN.....	3
EL CONSUMO DEL CIGARRO ¡YA HIZO HISTORIA!.....	12
¡ATRAPADA!.....	17
FUMANDO...ESPERO.....	22
¿QUIERE FUMAR?.....	24
FUMAR EMPOBRECE.....	27
¿SÓLO ES UN NEGOCIO?.....	28
EL HUMO QUE NUBLA LA MENTE.....	30
COMO SURGIÓ EL HÁBITO DE FUMAR.....	32
PARA ENTENDER EL HÁBITO DE FUMAR.....	34
¿CONOCE LA PERSONALIDAD DE LOS FUMADORES?.....	36
¿SABE QUÉ TIPO DE FUMADOR ES?.....	37
PARA LOS FUMADORES, TODO QUEDA PROHIBIDO.....	38

	Páginas
¡CADA COSA QUE INVENTAN!.....	39
AL RINCÓN.....	40
PROVOCA REBELDÍA, LA NUEVA LEY.....	40
LA MISMA HISTORIA...DESDE HACE 15 AÑOS.....	42
GUERRA VISUAL.....	44
LA CLÍNICA DEL TABAQUISMO: <u>SIN RECURSOS</u>	46
REFLEXIONES FINALES.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	57
PUBLICACIONES.....	60
CENTROS DE APOYO.....	61

INTRODUCCIÓN

Desde hace veintidós años, al concluir la licenciatura en Ciencias de la Comunicación, conservé dos situaciones pendientes: la primera de ellas, la realización de un trabajo para obtener mi cédula profesional, la segunda, "separarme del cigarro".

Pero ese trabajo se fue retrasando y el tabaco gradualmente se convirtió en mi compañero. El tiempo transcurrió y ahora, no obstante que enfrento diversas responsabilidades familiares y laborales -entre otras- me he propuesto rematar esos dos puntos tan aplazados. Por eso, el tema central de este reportaje es el tabaquismo, adicción a la que ingresé para permanecer "enchufada" a un objeto de escasos ocho centímetros. Abandonarlo, en realidad, no resultó tan sencillo...

Uno de los puntos de partida para la elaboración de este trabajo fue el número de enfermedades y muertes que el cigarro va dejando silenciosamente a su paso; otro punto, el reto que representó decir adiós a mi leal compañero. Y el soporte de investigación, instancias de salud públicas y privadas del Distrito Federal que existen para erradicarlo.

Si algún lector enfrenta por el momento dependencia extrema hacia el cigarro, no pierde nada con intentar dejar su esclavitud al menos 24 horas, esto le permitirá conocer cuál es el grado de adicción y meditar al respecto, pues el tabaquismo es un trastorno de salud que afecta a muchas personas, la mayoría con deseos de curarse, todas con la urgente necesidad de hacerlo...

Al respecto, específicamente en el Distrito Federal, el gobierno pretende hacer frente al tabaquismo con la publicación en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, el 29 de enero del 2004, de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal, que dedica 31 artículos y siete transitorios para imponer sanciones,

prohibiciones, correctivos y penalizaciones a los fumadores y sólo un artículo y un inciso de éste para prevenir el uso y consumo de tabaco.

Concretamente, esta ley “protege la salud de los no fumadores de los efectos por inhalar involuntariamente el humo ambiental generado por la combustión del tabaco, y establecer mecanismos y acciones tendientes a prevenir y disminuir las consecuencias generadas en la salud de la población, derivadas de la inhalación involuntaria del humo ambiental generado por la combustión del tabaco en cualquiera de sus formas”.

Pero la implantación de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal, se ha convertido en un simple paliativo más para el tabaquismo, pues no proporciona a los fumadores las herramientas necesarias para el cambio de conducta, modificar el ambiente que los rodea y hacer frente a la situación de apremio que acompaña a los esfuerzos de cesación; ya que lo único que ha logrado es mandarlos a fumar en los rincones.

Marginar, recluir, señalar, estigmatizar, castigar, fueron soluciones en tiempos inquisitoriales, pero en la actualidad preocupa que una ley de “orden público e interés general” no dedique su atención a prevenir el uso y consumo del tabaco.

Cabe aclarar que este trabajo no busca enaltecer a los fumadores contraviniendo la salud de los no adictos, sencillamente informa acerca del panorama real de un fumador en el Distrito Federal, pues la solución de su adicción, no debe ser su marginamiento; es necesario el desarrollo masivo de prevención primaria dirigida a la población de mayor riesgo y de tratamiento encaminado a la supresión del consumo de cigarro. Pues aunque el fumador es una víctima del tabaco, sin lugar a dudas, esto tampoco justifica que siga fumando.

Considerar irrelevante al tabaquismo, no es posible, si se toma en cuenta que a causa del tabaquismo ocurren tres millones de muertes prematuras en todo el mundo y que de continuar esta tendencia de consumo, en las próximas tres décadas el número de fallecimientos se podría incrementar a diez millones por año; el total acumulado de los decesos prematuros atribuibles a esta adicción podría alcanzar la cifra de 500 millones.

Un tema de la magnitud del tabaquismo es candidato ideal para ser expuesto como reportaje; máxime, sí decidí estudiar la Licenciatura de Ciencias de la Comunicación por mi predilección hacia la prensa escrita, y éste género brinda al periodista la oportunidad de disfrutar a profundidad su investigación, de reportear, de ahondar, de indagar, de entender, de sentir, de vivir la información que se proporciona al lector.

Alberto Dallal, en su libro *Lenguajes Periodísticos*, lo define como el género base del periodismo. Para él la narración del reportaje aporta datos fehacientes, frescos, inmediatos y la descripción de los hechos o del fenómeno no carece de cierta dramaticidad que involucra al lector – o al televidente o radioescucha, según el caso- de manera que no sólo “recibe” la información, sino que también la “asimila” de manera más completa.

Para Dallal, hacer reportaje significa ir al lugar de los hechos después de hacer una mínima investigación, tomar notas y tras completar la investigación, elaborar un texto con respecto a ese acontecimiento. Se trata de un género que, podríamos decir, está “empujando” a la opinión pública con respecto al acontecimiento que a la vez se registra, reseña y comenta. Su forma de presentación puede adquirir modalidades múltiples y originales.

Según Dallal, el reportaje es el rey de los géneros periodísticos, no sólo por su trayectoria histórica (representando siempre las propiedades más funcionales y atractivas del periodismo), sino también por sus objetivos, los cuales permiten una estructura flexible y, a la vez, amplia y operativa. Además de contar con las características y cualidades propias de todos los géneros periodísticos, el reportaje impone a sus “hacedores” o creadores la obligación de acudir al lugar de los hechos.

En efecto, la presencia viva del autor de un reportaje en el lugar en el que se realizó el acontecimiento, transforma de inmediato el panorama y la idea que pueden obtenerse de una noticia o de un hecho: el autor del reportaje impregna de vida su producto. Aquél que realiza un reportaje debe agudizar sus percepciones porque los elementos que desataron o intervinieron en el hecho observado han dejado huellas de su participación. Y él –autor- debe detectarlas, registrarlas, evaluarlas o juzgarlas y por último incluirlas en su reportaje de la manera más apropiada y atractiva. El hacedor de reportajes es dueño total y único de lo que tiene enfrente: de él dependerá el aprovechamiento de todos los elementos, detalles y matices del fenómeno.

Por eso este reportaje se basa especialmente en una investigación testimonial, relacionada con todos aquellos sujetos que dan fe, explican y detallan sus experiencias directas o indirectas con el cigarro. Se da voz a los entrevistados y, simultáneamente, ellos aportan información referente al tabaquismo. También se utilizó en su elaboración: investigación bibliográfica, documental y observación directa, todo esto con el fin de obtener información real, que de algún modo pudiese “prender” en el lector.

Por otra parte, Lorenzo Gomis, teórico español, en su libro *Teoría del Periodismo*, nos recuerda que el reportaje como investigación propiamente trata de presentar todos los pormenores que intervienen en determinada situación; del mismo modo, trata de complementar la información –de una noticia- aproximándose a los personajes, actos sociales o a las situaciones de conjunto en un lugar o tema y presentarlos “noticiosamente como un mosaico de hechos”.

Para Eduardo Ulibarri, en su obra *Idea y Vida del Reportaje* el reportaje engloba y cobija a las demás formas periodísticas. Tiene algo de noticia cuando produce revelaciones; de crónica cuando emprende el relato de un fenómeno; de entrevista cuando transcribe con amplitud opiniones de las fuentes o fragmentos de diálogos con ellas. Se hermana con el análisis en sus afanes de interpretar hechos, y coquetea con el editorial, el artículo y la crítica cuando el autor sucumbe a la tentación de dar sus juicios sobre aquello que cuenta y explica.

Este autor, agrega que los reportajes se elaboran para ampliar, complementar y profundizar en la noticia; para explicar un problema, plantear y argumentar una tesis o narrar un suceso. El reportaje investiga, describe, informa, entretiene, documenta.

Según Ulibarri, el periodista en sus reportajes debe esforzarse más por abrir ventanas que por describir las vistas que impiden ver: debe buscar lo que otros han dicho, lo que ha sucedido o lo que simplemente es, y transmitirlo ordenadamente al lector. El éxito de su trabajo depende, en gran parte, de su habilidad, conocimientos e investigación. Y siempre debe tener presente que, en esta materia, lo que caracteriza al reportaje no son las opiniones del autor, sino la abundancia y relevancia de su investigación.

Existe, además, otra posibilidad: la de la polémica, la discusión y el enfrentamiento, sea sobre un proyecto de ley, sobre los aspectos positivos o negativos de la flotación

monetaria, sobre la expropiación de terrenos para construir un parque, o sobre una decisión de Naciones Unidas o del municipio local. Sistematizar los puntos de polémica, o buscar y hacer la síntesis de las opiniones representativas de las corrientes en pugna, puede dar origen a interesantes reportajes sobre las dimensiones de confrontación de una situación o acontecimiento. Las posibilidades de escoger entre estas dimensiones para destacar alguna en ciertos reportajes, no excluye la de amalgamarlas.

Por eso, sin la pretensión de realizar una apología sobre el tabaquismo, en este reportaje, titulado "*Un futuro sin humo*" expongo una serie de entrevistas a través de las cuales es posible observar la realidad de los fumadores en el Distrito Federal; así como los alcances de las instituciones y los profesionales que se ocupan de esta adicción, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Cancerología y en el Centro de Integración Juvenil de Coyoacán A.C.

Manifiesto la preocupación por el olvido de la salud de los que fuman, ante la escasa sensibilidad de la Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores en el Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el mes de enero del 2004; por ello entrevisto al diputado Efraín Morales Sánchez Presidente de la Comisión de Salud y Asistencia Social, de la Asamblea legislativa del Distrito Federal, III Legislatura y a la diputada Sofía Figueroa Torres, Secretaria de esa Comisión.

Cabe señalar que las entrevistas a pacientes, que anoto en el inicio de este trabajo, las obtuve durante mis constantes visitas al Centro de Integración Juvenil, al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y al Instituto Nacional de Cancerología.

Actualmente, la sociedad rechaza al tabaco, pues constituye un veneno cuya acción

es lenta pero implacable: ha producido más muertes que las dos guerras mundiales, y su costo, en lo que toca a la atención de diversas enfermedades, se eleva anualmente a varios millones de pesos. No obstante en lo que concierne al manejo terapéutico del tabaquismo en el Distrito Federal, se consideran sólo dos áreas relevantes:

La primera se constituye con todas aquellas medidas aplicables a la población en general, que son de orientación preventiva y consisten en acciones legislativas, campañas antitabaco, etc., dirigidas tanto a fumadores como a no fumadores, por ejemplo:

Las recomendaciones normativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS,1970) en las que sustenta que "ninguna acción en los países subdesarrollados sería más importante para prolongar la vida que el control del tabaquismo", hasta medidas legislativas como obligar el añadir una tarjeta en las cajetillas, informando que se trata de un producto nocivo para la salud; la venta limitada a menores de 18 años, la publicación de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal.

Ciertas cláusulas que restringen su publicidad en los medios de difusión y el señalamiento de espacios para fumadores y no fumadores en aerolíneas, restaurantes, hospitales, etcétera. Otras medidas incluyen planteamientos educativos, tanto informativos como encaminados a la prevención particularmente en el nivel institucional educativo y medios de comunicación.

La segunda área incluye grupos de fumadores, a quienes se puede abordar en grupo o de forma individual, por ejemplo:

En lo que se refiere a las medidas antitabaco aplicadas en los niveles individual y de grupo, se investigó en las Clínicas del tabaquismo del Instituto Nacional de

Enfermedades Respiratorias, en el Instituto Nacional de Cancerología, ambos pertenecientes al Sector Salud y en el Centro de Integración Juvenil A.C. de Coyoacán que ofrecen un programa de ayuda profesional para suprimir el consumo de tabaco

El alto costo social y económico del tabaquismo afecta a distintos grupos de la población, particularmente a los adolescentes y jóvenes (principalmente, entre los estudiantes de secundaria, bachillerato y universidad), quienes se incorporan cada vez más al consumo de tabaco por distintas razones, entre las que destacan: la propia socialización, la susceptibilidad a cualquier forma de publicidad, sobre todo la del cigarro, la presión social que ejercen los grupos; además el vivir en un núcleo familiar cada vez más desmembrado, negándose por ello la posibilidad de formar individuos sanos y felices que sean capaces de tomar decisiones acertadas frente a los problemas que se presentan en el mundo actual.

Alejar el tabaco de las nuevas generaciones es pues un trabajo coordinado y sumatorio, que no puede manejarse solamente a través de una legislación. La época tan conflictiva que nos ha tocado vivir es prolífica a los cambios acelerados en todos los aspectos de la vida y las relaciones humanas; un fenómeno notable por su extensión sus consecuencias económicas, sociales, morales y de salud individual y social, es el consumo del cigarro.

Que el tabaco esclaviza, ya lo sospechaba Sir Francis Bacon en 1623, cuando afirmaba: "el uso del tabaco cada vez se extiende más y seduce a los hombres con un cierto placer; cuando éstos se han acostumbrado, difícilmente pueden privarse luego de él".

Más de tres siglos después, en 1965, la prensa descubrió y publicó un memorándum de la empresa Philip Morris, de Estados Unidos, donde se pretendía establecer cuál es

la cantidad mínima de nicotina que debe tener un cigarro para mantener al fumador "adherido" al tabaco.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), acusó recientemente a las industrias tabacaleras de aumentar la cantidad de nicotina en los países del Tercer Mundo para generar más adicción; concretamente se aumentó la dosis unos dos miligramos por cigarro en los países asiáticos y de América Latina.

Esta información convierte al cigarro en el único producto manufacturado que destinado al consumo masivo y usado de acuerdo a las instrucciones del fabricante, provoca adicción, enfermedad y muerte.

En pocas palabras, la elaboración de este reportaje me permitió ir más allá de los textos, pues conocí el martirio del fumador enfermo y desahuciado; que a las Clínicas del Tabaquismo acuden personas con enfermedades graves derivadas de su adicción al tabaco, más no individuos sanos que reconozcan la gravedad de su dependencia y decidan abandonarla; viví el lado humano, la discriminación hacia el fumador.

Lo anterior aunado a la necesidad de demostrar, que los programas implementados, los carteles, los folletos, las instalaciones, se quedan en simples intentos de solución y que como una cruel ironía de la vida, la publicidad a favor del tabaco se dirige hacia las personas más vulnerables: los niños, los adolescentes y principalmente a los habitantes de países subdesarrollados... y cuando realmente todos, nos damos cuenta que somos objeto de una cruel maniobra comercial, será tarde para arrepentirse: las empresas cigarreras habrán hecho su gran negocio a costa de los pulmones ajenos.

EL CONSUMO DEL CIGARRO ¡YA HIZO HISTORIA!

Dejar al cigarro en verdad es un tanto difícil, si tomamos en cuenta que la historia del tabaquismo acompaña a la humanidad desde hace al menos 500 años. Consumir tabaco es una costumbre de origen americano. Los datos que se conocen sobre la vida cotidiana en la América anterior a Cristóbal Colón demuestran que ya existía el hábito de inhalar el humo de las hojas de la planta de tabaco. Los relatos de la época cuentan que los indios participaban en ceremonias rituales donde se encendían hogueras; en ellas quemaban las hojas del tabaco y aspiraban el humo. También inhalaban el humo por la nariz a través de unos cilindros confeccionados con hojas de tabaco enrolladas (lo que hoy conocemos como un puro); después de varias fumadas, los indígenas presentaban extraños episodios de agitación y delirio; hoy en día, la ciencia sabe que estos síntomas se deben a la intoxicación aguda por nicotina.

El consumo del tabaco comenzó su carrera de ganar adictos cuando en 1570, el embajador francés en Portugal envió a Catalina de Médicis (entonces reina de Francia) polvo de hojas de tabaco para el tratamiento de sus frecuentes ataques de jaqueca. El nombre del diplomático en cuestión, Jean Nicot de Villemain (1530-1600), se hizo tristemente famoso porque a partir de su apellido se formó la palabra nicotina y el nombre botánico con el que se conoce a la planta del tabaco.

El tabaco se hizo popular en la corte francesa del siglo XVI y rápidamente se extendió por palacios y castillos de todo el mundo. En 1611, España se convirtió en el primer país del mundo que gravó el comercio del tabaco con impuestos; la Hacienda Pública se hizo cargo de la comercialización de las labores del tabaco, constituyendo así uno de los monopolios más antiguos que se conocen.

Durante casi un siglo, las monarquías europeas (sobre todo la inglesa) se las ingeniaron para mantener un doble juego: por un lado castigaban duramente el consumo del tabaco, y por otro, cobraban suculentos impuestos a quienes lo comercializaban. Esta doble conducta representó un negocio tan lucrativo que las razones morales, antes poderosamente en contra del tabaco, comenzaron primero a tolerar su comercio y acabaron, después, por aceptarlo.

A partir del siglo XVIII, la humanidad es testigo de la progresiva consolidación de la producción, el comercio y el consumo del tabaco. Pero el consumo de cigarrillos se generalizó a partir de finales del siglo XIX, cuando se diseñó la máquina para fabricarlos a gran escala. La Primera Guerra Mundial (1914-1918) marcó el empujón definitivo en la costumbre de fumar entre los hombres porque les disminuía el apetito, los tranquilizaba y además era fácil llevarlos a todos lados por su tamaño; la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) y las transformaciones sociales que produjo acabaron incorporando a las mujeres a los grupos de fumadores.

Las primeras evidencias científicas sobre las consecuencias del tabaquismo en la salud surgieron en las décadas de 1930 y 1940; y los estudios analíticos destinados a dilucidar el papel causal del tabaco se iniciaron poco después.

A finales de la década de los 50, la comunidad científica ya disponía de pruebas suficientes acerca de los efectos nocivos del tabaco. En ese tiempo se estableció que aproximadamente el 90 % de los cánceres de pulmón, el 80 % de las bronquitis crónicas y entre el 20 y 25 % de los casos de enfermedades del corazón eran atribuibles al tabaquismo.

Del mismo modo, el consumo del cigarro contribuye a la ocurrencia de cáncer de la cavidad oral y del esófago; así como enfermedad cerebrovascular, vascular periférica, retardo del crecimiento intrauterino y bajo peso en el nacimiento.

Actualmente la Organización Mundial de la salud (OMS), estima que el tabaco es el responsable directo del 90% de la mortalidad por cáncer de pulmón, tráquea y bronquios; del 75% de los fallecimientos debidos a bronquitis, enfisema y asma; y del 30% por infarto de miocardio, que se registra en los países desarrollados.

Debido al importante incremento del número de personas fumadoras durante la primera mitad de este siglo, la mortalidad ocasionada por el tabaquismo en los países avanzados ha pasado de 500.000 muertes en 1955 a 900.000 en 1965, 1.300.000 en 1975, 1.700.000 en 1985, hasta alcanzar una cifra de 2.100.000 defunciones en 1995.

Si se tiene en cuenta el conjunto de países desarrollados y en vías de crecimiento, el consumo de tabaco está provocando ya en estos momentos, casi tres millones de muertes cada año en el mundo, de las cuales dos millones se producen en los países industrializados. Si no se consigue invertir la tendencia actual, la cifra de víctimas pasará a ser de diez millones en los próximos 30-40 años, cuando los adolescentes fumadores de hoy alcancen la madurez.

Solamente durante la década de los noventa, seis millones de personas han muerto en los países de la Unión Europea a consecuencia del consumo de tabaco, lo cual equivale a que cada día se estrellaran en el espacio aéreo europeo seis DC-10 con 250 pasajeros a bordo, sin que quedara ningún sobreviviente. Más de la mitad de estas defunciones se produjeron en sujetos de edades comprendidas entre los 35 y 69 años, que pierden una media de 23 años de vida.

Por otra parte, tan sólo en el Continente Americano el consumo de tabaco causa más de medio millón de muertes por año. Específicamente en México existe una masa poblacional cada vez mayor de adictos al tabaco en los grupos de edad media y avanzada, en los cuales las tasas de mortalidad relacionadas con el inicio del tabaquismo en edades tempranas son altas.

Los principales estudios para estimar la mortalidad atribuible al consumo de cigarros a nivel nacional han sido las Encuestas Nacionales de Salud (ENSA) y la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), levantadas por la Dirección General de Epidemiología y por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, y la Encuesta de Hábitos de Consumo de Tabaco en la República Mexicana del Instituto Nacional del Consumidor (INCO). Entre sus resultados destaca que el incremento en el consumo de tabaco en México se traduce en la muerte de más de 44 mil personas al año, por enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Las principales causas de fallecimiento asociadas con esta adicción fueron en primer lugar, los padecimientos cardiovasculares con el 33% del total y en segundo lugar las enfermedades del aparato respiratorio con 32%.

La (ENSA) estimó un total nacional urbano-rural de 17.5% de fumadores en la población de 12 o más años de edad, 27.4% de los individuos del sexo masculino y 8.4% del femenino.

La (ENA) se dirigió conceptual y metodológicamente al estudio del tabaquismo entre la población urbana de 12 a 65 años de edad. Esta encuesta demostró la existencia de 26% de fumadores. En cuanto a la frecuencia del consumo, se encontró que el 64% de los fumadores lo hacen cotidianamente. Al ordenar a los fumadores por grupos de edad se aprecia que el 42% se encuentra en el grupo de 18 a 29 años.

En relación a la edad de inicio en el consumo, El 4% de los fumadores reconoció haberse iniciado en el hábito antes de los 12 años y el 49% entre los 12 y 17 años, por lo que más de la mitad de los fumadores actuales se iniciaron antes de cumplir los 18 años.

Entre la población masculina fumadora la enfermedad isquémica del corazón (disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo, por una alteración normal o patológica de una arteria o arterias), fue la que más muertes produjo (18%), seguida por el cáncer de tráquea-bronquios y pulmón con 15% y el enfisema-bronquitis-asma con 12%. El grupo de edad más afectado en el sexo masculino fue el de 45 a 64 años, que agrupó al 46% del total de las defunciones.

El 33% de las mujeres fumadoras murió por problemas cardiovasculares, el 31.5% por cáncer y el 25% debido a enfermedades respiratorias. Al igual que en el hombre, el grupo de 45 a 65 años de edad fue el más afectado entre las mujeres, agrupando el 44% del total de muertes en este sexo.

Por lo menos tres millones de muertes prematuras ocurren cada año en todo el mundo a causa del tabaquismo y de continuar en ascenso la tendencia de consumo, en las próximas décadas el número de muertes se podría incrementar a diez millones por año.

¡ A T R A P A D A !

Como a los cinco ó seis meses de empezar a fumar, me inicié en la marihuana. Casi todos los drogadictos que conozco empezaron fumando... igual que yo.

Me he armado de fuerzas para alejarme de la droga y ya llevo siete meses sin consumirla. Actualmente estoy sometida a un tratamiento para dejar la marihuana. Creo que es más fácil dejar las drogas que el tabaco. En las reuniones nos permiten fumar. Y sinceramente no puedo dejar de hacerlo, estoy atrapada.

Fumo desde los 11 años, pero mi primer cigarro lo probé a los 10 años. En mi casa todos fuman, y una vez que estaba aburridísima tomé la cajetilla me la llevé a mi cuarto y prendí un cigarro. Sólo el chupar mi cigarro y luego soltar el humo me hizo sentir grandiosa. Mi amiga Paty, no opinó lo mismo: me vio como si hubiera yo sido la más estúpida del mundo, y me enseñó a darle el golpe. En mi casa nadie sabía que ya fumaba..., hasta que llegó lo de la marihuana. Dejé la escuela...y mi novio me dejó a mí. Ahora tengo 19 años,... Ya no estudié nada... y sigo fumando.

Gerardo Rico en su libro *Tabaquismo*, indica que hay múltiples estudios que demuestran que el hábito del tabaquismo se inicia por imitación; los jóvenes al ver que sus padres y las personas mayores fuman, reflejan su deseo de identificarse con ellos. Así la probabilidad de que un adolescente fume es mucho mayor si sus padres lo hacen. Debido a las características del periodo de la adolescencia, el muchacho se encuentra en proceso de empatía con sujetos de su misma edad, de modo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta social y de experimentar nuevas actitudes que previamente no se atrevía a iniciar. Debido a la inmadurez orgánica de los jóvenes, son más susceptibles a los daños y a generar más rápidamente dependencia.

La joven de 19 años, recuerda: *una vez me quedé tirada en la calle, otra le robé dinero a mi papá, ahora sí me doy cuenta de mis errores, de todo lo que hice, pero ¿de qué me sirve? , aquí en el Centro de Integración Juvenil (CIJ) todos me apoyan, me aconsejan, mis padres igual; pero nadie se imagina lo que traigo adentro... mis vecinas no me hablan, porque sus papás no las dejan, de seguro creen que " yo sigo con la droga", los amigos de mis hermanos "me llaman por apodos y cuando paso me dicen majaderías", yo mejor no digo nada, no quiero buscarle a mi familia más problemas... seguido veo (desde lejos) a los de mi salón, unos ya entraron a la Universidad y otros trabajan...y yo solamente en un sillón de mi casa... me la paso nada más pensando... y pensando, concluyó.*

Escucharla, ver sus lágrimas contenidas, sentir su impotencia, resultó un tiro al blanco para la motivación que buscaba para olvidarme del cigarro, más no de los fumadores.

El consumo de tabaco aumenta, debido principalmente a su legalidad. Este hecho no implica que sea menos dañino, sino que el estar al alcance de cualquier persona y aceptarse socialmente, la hace ser una de las drogas de mayor uso.

Cuando se utiliza el término de droga, se hace referencia a las sustancias legales e ilegales que al consumirlas pueden originar trastornos físicos o mentales y, en su caso, desencadenar diversas formas de dependencia (física, psicológica o social). Desde esta lógica, "drogas" no sólo se limita a sustancias como la marihuana o la cocaína, sino también a otras como el tabaco causante de graves daños físicos.

Y aún cuando los efectos del tabaco son nocivos para la salud, su uso indiscriminado resulta ser poco controlado y el impacto de las consecuencias en la sociedad se contempla como algo muy lejano, sin tener clara conciencia de los daños a corto

plazo y de las repercusiones que provoca su consumo. Es evidente que la legalidad de una droga no se ha determinado en función de la gravedad de los problemas de salud y/o sociales que puede acarrear su abuso, sino las ganancias económicas que reditúa a unos cuantos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 elaborada por la Dirección General de Epidemiología y por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en nuestro país el tabaco forma parte de las sustancias de mayor consumo (47.7% de los encuestados), seguidos de la marihuana (4.7%), la cocaína (1.4%) y los inhalables (0.8%). En México el 42.5% de la población ha consumido tabaco alguna vez en la vida. Lo cual asegura la proliferación del número de futuros consumidores asiduos del tabaco.

La notable incidencia del fenómeno de las adicciones y la carencia de instituciones adecuadas para atenderlo, generó la creación de los Centros de Integración Juvenil, que iniciaron sus labores el 12 de marzo de 1970, bajo los auspicios de Damas Publicistas de México y Asociadas, A.C. encabezadas por la Señora Ma. Eugenia Moreno, presidenta en aquel entonces de la Asociación.

Asesoradas por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia crearon, en Coyoacán, el primer Centro en el que incluyeron labores de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación en el campo de la farmacodependencia y en los últimos años, también fundaron la Clínica del Tabaquismo.

A través de la información obtenida en la entrevista que se hace a pacientes cuando acuden por primera vez a tratamiento a los Centros de Integración Juvenil, se conoce que el tabaco forma parte de las principales drogas de inicio. En 1998; la

edad promedio de inicio en el consumo de cigarrillos entre 10 y 14 años es del 46.2% y entre 15 y 19 años es del 42.3%.

De los consumidores que acudieron a tratamiento en 1998, 29.7% lo hizo entre dos y cinco años después de haber iniciado el consumo, 22.8% entre seis y diez años y 30.5% posterior a los diez años. El 86.9% de los pacientes son hombres y 13.1% mujeres.

Según estudios del CIJ, los adolescentes son la población con más alto índice de consumo de tabaco. Esto es debido a la etapa de la vida en la que se encuentran, así como a la presencia de ciertos factores de riesgo: bajo apego escolar y tener amigos y/o algún familiar consumidor de alguna droga. La adolescencia se distingue por modificaciones en la persona a nivel emocional, psicológico y fisiológico, que al conjugarse caracterizan los pensamientos, sentimientos, acciones de quienes atraviesan esta fase.

Dentro de los aspectos que distinguen a los adolescentes se encuentran: demasiada energía; inquietud por conocer y explorar cosas nuevas; rebeldía, principalmente a la autoridad; búsqueda de espacios de creación y recreación; invención de medios de expresión, descubrimiento de su identidad; sentirse parte de un grupo, etc. En general, durante esta etapa es cuando se suele tomar la decisión de experimentar o no con alguna droga. La adolescencia es crucial para la expresión de necesidades reales y/o ideales de las personas; es un momento crítico en el que los adultos a su alrededor –padres de familia, maestros, profesionales- pueden identificar y responder de la mejor manera a estas carencias básicas emocionales y psicológicas.

El proceso de transición de niño a adulto no está terminado, por lo que el consumo de tabaco, en principio y luego de otras drogas, puede jugar un papel muy oportunista, convirtiéndose en un sustituto que tranquilice o mitigue la curiosidad.

El inicio de este trabajo, muestra el daño que ocasiona a los jóvenes fumar. Resultó doloroso platicar con una joven que a sus 19 años de edad tiene dificultad para hablar porque su lengua ya no le obedece y ella se siente derrotada, ya que por ser adicta al cigarro primero y a las drogas después, perdió el rumbo. Y justo en el inicio de su vida, "vegeta" sin querer asomar la cara. Al entrevistarla quedaron pendientes muchas preguntas por evitar abrir sus recuerdos o vivencias; se siente pena y culpa por ser parte de una sociedad que sanciona y manda a los rincones para ocultar los problemas de adicciones...

No es extraño que en una vida tan llena de incertidumbres, tan colmada de problemas, haya quien busque la respuesta en falsas soluciones y prefiera el placer de un instante...

FUMANDO...ESPERO

Al examinar el resultado de los estudios de una paciente fumadora de 50 años en una clínica del Distrito Federal, el doctor Francisco Zamora y Salazar comprendió en seguida que no le quedaba mucho tiempo con vida. Tenía cáncer muy avanzado en los pulmones y se había extendido a la cavidad bucal. De ser un tumor bastante raro a principios de siglo, el cáncer del pulmón ha pasado a ser de las principales causas de muerte en México.

En 1989, un estudio efectuado en el Hospital de especialidades del Centro Médico La Raza, se demostró que el cáncer sigue siendo la principal causa de ingresos hospitalarios en el Departamento de Neumología; lamentablemente, en el 85% de los casos los tumores son incurables. La incidencia de la enfermedad se incrementa conforme avanza la edad y se extiende a otros órganos también vitales.

La mortalidad por cáncer pulmonar es elevada. En el 50% de los casos los pacientes son inoperables y la mitad de los restantes, incurables. Según las características del paciente y el tipo de tumor se puede afirmar que en general, menos del 50% sobreviven cinco años; más aún, en el momento de efectuar el diagnóstico el promedio de vida es de 6 a 9 meses.

Zamora, especialista en oncología, le explicó a la paciente *que podía administrarle medicinas para aliviar su dolor y le ofreció un cuarto de hospital, pero la señora no aceptó, porque sabía que al quedarse tendría que dejar de fumar.*

-Yo sigo fumando- dijo, y no puedo dejar de hacerlo. Zamora le aseguró que de alguna manera iban a remediar ese problema y ella accedió por fin a que la hospitalizaran.

Después del tratamiento con sedantes, ya no sentía ningún dolor. Aunque sabía que la muerte le llegaría pronto, estaba tranquila y permitieron a su esposo visitarla.

Sin embargo, la enfermera llamó a Zamora para darle una noticia: una amiga de la enferma pidió al esposo que saliera y se dispuso a fumar con la agónica. Cuando Zamora exigió una explicación, la amiga respondió: "ya no tarda en morir, yo soy la única que podía apoyarla, yo sé lo que ella siente al dejar de fumar, por eso vine..."

Este caso muestra los alcances que tiene la nicotina contenida en los cigarrillos al crear una adicción psíquica y física, médicamente comprobada que induce al fumador a seguir fumando e, incluso, a fumar cada vez más. Y cuanto más fume, mayor será su adicción.

Desde su origen se discute el problema del tabaquismo, especialmente por las enfermedades incurables y dolorosas que produce. En la cavidad bucal se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que en mayor o menor grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros. La relación entre el consumo de tabaco, salud bucal y enfermedad ya ha sido demostrada en múltiples estudios.

El tratamiento del cáncer bucal está condicionado a diversos factores, pero en términos generales incluye: cirugía, radioterapia y quimioterapia. Pocos enfermos sobreviven a este mal, sobre todo cuando el cáncer se descubre en etapas avanzadas e incluso el nivel socioeconómico del paciente impide que su tratamiento se complete por incosteable.

Actualmente se dispone de pruebas experimentales y estudios clínicos que demuestran irrefutablemente el poder cancerígeno consumo de cigarros, de ahí la preocupación por el tratamiento contra esta adicción que por su factor "placentero" casi siempre es ignorada fatalmente por los fumadores.

Y si a todo lo anterior agregamos que los conocimientos actuales acerca de la evolución del cáncer pulmonar sugieren que la enfermedad, clínicamente manifiesta, representa la etapa final de un proceso que comenzó varios años antes de que fuera posible descubrirlo mediante los métodos de diagnóstico disponibles. Pues se ha comprobado que se requiere de ocho a diez años para que una célula tumoral sufra las 20 ó 40 duplicaciones necesarias para formar un nódulo de 1 centímetro, visible en una radiografía de tórax. Cuando la lesión alcanza este volumen ya ha transcurrido mucho tiempo. Numerosas encuestas efectuadas en poblaciones abiertas para diagnosticar el cáncer pulmonar de forma temprana no lograron descubrirlo para modificar el pronóstico, de tal modo que se requiere cambiar de conducta y concientizar a la gente de evitar el consumo de tabaco. Es la única manera de prevenir el cáncer pulmonar.

¿QUIERE FUMAR?

ELENA MONTOYA GÓMEZ 52 AÑOS

Uno de los mejores recuerdos de mi infancia es el de mi abuela materna sirviéndome mi té de canela en una pequeña taza de porcelana; una de las ocho que tenía en un estante del comedor. Siempre me acariciaba y me decía: Elenita, un día este juego de té será tuyo.

Una noche que me quedé sola en casa, abrí el cajón de la cocina donde mi papá guardaba sus cigarros. Encendí uno. Sabía mal, y fue peor el humo, pero me hizo sentir grande, a mis 15 años de edad.

Mis padres se pusieron furiosos cuando se dieron cuenta de que yo olía a cigarro, mi padre me dijo que fumara cuando ya trabajara y pudiera comprarme los cigarros, me castigaron; pero eso sólo sirvió para que yo me rebelara. A los 20 años fumaba una cajetilla al día.

Me salí de la casa de mis padres. Me encantaba valerme por mí misma, tenía un departamento, trabajaba y siempre llevaba una cajetilla de cigarros en mi bolsa. En el trabajo nunca faltaba quien me estuviera criticando porque fumaba, por eso, en varias ocasiones intenté dejar de fumar pero nunca lo logré.

Un día, me quedé sin aliento. Fue como si alguien me hubiera sujetado en el fondo de una alberca, al principio creí que era la edad, pero me diagnosticaron enfisema pulmonar. Yo sabía perfectamente que se debía al tabaquismo, pero aún así seguí fumando. Sin embargo, trabajar se me dificultaba cada vez más. A veces me iba a mi casa porque no podía respirar, hasta que finalmente tuve que renunciar.

También renuncié al cigarro. Demasiado tarde pero lo dejé, cuando me preguntan porqué fumé tanto, creo que los fumadores no sabemos qué responder, siempre nos pasamos el tiempo justificando nuestro proceder, imaginamos que las enfermedades que produce el cigarro no existen en realidad o que son ficticias; en lo personal nunca conocí a alguien que estuviera enfermo por su adicción al cigarro, hasta que tuve que recurrir al médico por lo de la falta de aire y en la consulta salí de dudas...

El Doctor Jorge Bello, en su libro *Deje de fumar sin darse cuenta*, explica que el poder adictivo de la nicotina determina que haya un gran número de fumadores. Se genera así un enorme mercado que aporta gigantescos beneficios a las empresas multinacionales del tabaco. Éstas permanecen totalmente indiferentes a los trastornos de salud que provoca el consumo de cigarrillos. La publicidad invita a empezar a fumar y a seguir fumando.

La sociedad en la que vive el fumador debe asumir su parte de culpa. Su culpa reside en que acepta disfrutar del dinero procedente de la venta del tabaco, pero no acepta al fumador, esto constituye una contradicción flagrante, una paradoja cruel. ¿Quién es más culpable: el fumador por fumar o la industria tabaquera por hacer publicidad para que fume?

Uno de los problemas de salud más comunes entre los fumadores es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) un término que se refiere a un grupo de enfermedades pulmonares que interfieren con la respiración normal, las dos más importantes son bronquitis crónica y enfisema pulmonar.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), distribuye entre todos sus pacientes y visitantes un folleto explicativo referente a la EPOC: se caracteriza por un bloqueo parcial del flujo de aire causado por la inflamación crónica de los bronquios (bronquitis crónica) o por disminución o pérdida de elasticidad del pulmón (enfisema pulmonar). En muchos pacientes estas enfermedades se presentan de manera simultánea, aunque los síntomas de alguna de ellas puede controlar. El enfisema se caracteriza por el daño irreversible en los alvéolos, los cuales se estiran y expanden en forma anormal y permanente destruyendo sus paredes. Aproximadamente ocho de cada diez pacientes que atiende el (INER) con enfisema,

bronquitis crónica y otras enfermedades crónicas del pulmón son o han sido fumadores.

Elena Montoya de 52 años de edad, continúa: *el médico me conectó a un tanque de oxígeno; una cosa horrible con tubos de hule verde que se meten en la nariz; pregunté si existía algún otro remedio, pero no, no había nada que me pudiera separar de mi tanque de oxígeno. Nunca se habla de una de las peores consecuencias del enfisema: en el esfuerzo por respirar, se pierde el control de la vejiga. La primera vez que me pasó, iba en el carro de una amiga, lloré de vergüenza, desde esa vez no he dejado de utilizar pañales, isí pañales, yo!...*

Ahora tomo demasiadas pastillas, cargo más pastillas que dinero. Para pagar las cuentas del médico y de mi tratamiento me vi obligada a vender mi departamento. Y tuve que emprender el viaje más triste de mi vida: el regreso a la casa de mis padres. Yo que presumía de mi independencia.

Hasta el juego de té que me heredó mi abuela vendí y todavía siento que la traicioné. Mi vida ya se acabó... Pero eso sí, cuando veo a mi padre, yo prendo mi cigarro, aunque ya no aguanto siquiera fumarlo, porque siento asfixia y mucho asco....y rabia, entre otras cosas, concluyó.

FUMAR EMPOBRECE

El doctor Justino Regalado, Director de la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias detalla que *la adicción al cigarro, contribuye a la pobreza debido a la pérdida de ingresos, el descenso de la productividad, las enfermedades y a la muerte, creando un círculo vicioso del que muchas veces es difícil escapar.*

Si un fumador es víctima de alguna de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, seguramente verá notablemente disminuidos sus ingresos al pretender sostener tratamientos que una vez que el adicto padece se tienen que mantener de por vida. Para los pobres, el dinero que se gasta en tabaco es dinero que no se gasta en necesidades básicas como alimentos, vivienda, educación y salud. Cita por ejemplo, que nuestro país sufre tremendas pérdidas como resultado de los elevados costos de la atención médica y de la baja productividad a causa de enfermedades relacionadas con el tabaco y muertes prematuras.

¿SÓLO ES UN NEGOCIO?

El Doctor Jorge Bello en su libro *Deje de fumar sin darse cuenta*, comenta que como una ironía de la vida, la publicidad a favor del tabaco se dirige hacia las personas más vulnerables: los niños, los adolescentes y exfumadores.

“El cigarro de nuestros días, fabricado a escala industrial, data de 1881. Durante mucho tiempo se fabricó sin filtro, más corto y más grueso que los actuales. Al principio no pasaba de ser un capricho para gente refinada y supuestamente moderna, pero luego se convirtió en el negocio de unos pocos y en el gran castigo de la humanidad”.

“La industria tabaquera es una de las más rentables. Su facturación anual y sus ganancias la ubican dentro de los cinco negocios más lucrativos del planeta. Su éxito se basa en convertir al fumador en un comprador obligado. Las empresas tabacaleras han hecho su negocio a costa de los pulmones ajenos. El principal productor mundial

de tabaco es China; el segundo lugar corresponde a Estados Unidos y el tercero a la India”.

“Aún no se ha podido completar la lista de sustancias químicas contenidas en el humo del cigarro, pero se han contabilizado unas 4000. A modo de ejemplo: monóxido de carbono, arsénico, sulfitos, óxido nitroso, metano, acetaldehído, isopreno, acetona, cianidina de hidrógeno, butanona, tolueno, acetónitrilo, acroleína, amoníaco, ácido cianhídrico, benceno, dimetilnitrosamina, nitrosopirrolinina, nitrobenceno, alquitrán, nicotina, fenol, agua, catecol, pireno, dimetilfenol, cresol, etilfenol, sigmasterol, fitosteroles, indol, ácido fórmico, nitrosornicotina, polonio, dióxido de carbono, níquel, cadmio, metilcarbazol, catecoles, benzopireno, dibenzopireno, formaldehído...”

“Muchos pacientes están convencidos de que fumar es peligroso para la salud, pero ignoran que el tabaquismo constituye una de las causas más importantes y previsibles de muerte prematura y que es un factor para la aparición de muerte súbita, infarto del miocardio, accidente vascular cerebral y enfermedad vascular periférica, padecimientos que generan invalidez en plena etapa productiva del individuo lo cual repercute en el núcleo familiar. Concretamente, en una población fumadora se incrementa el riesgo de muerte súbita o infarto del miocardio. En aquellos individuos quienes después de un primer infarto continúan fumando se ha encontrado un incremento en la tasa de mortalidad, si se compara con los que abandonaron el hábito”.

Ya sabemos lo que el cigarro les hace a los pulmones y al corazón. Pero, ¿cómo actúa sobre el cerebro?

EL HUMO QUE NUBLA LA MENTE

El doctor Ernesto Rojas Medrano, médico investigador del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), relata con detenimiento lo que el humo del tabaco le hace al cerebro:

Diez segundos después de la primera fumada, la nicotina, se vierte en el torrente sanguíneo, atraviesa la barrera que protege al cerebro contra muchas sustancias dañinas y comienza a actuar sobre las neuronas. Sus moléculas embonan en los receptores de nicotina de la superficie de estas células, como lo hace una llave en su cerradura.

La nicotina encaja en las mismas cerraduras que uno de los conductores químicos de impulsos nerviosos más importantes del cerebro: la acetilcolina. Actuando a semejanza de ésta, los 1.5 miligramos de nicotina que se inhalan con el primer cigarro del día ponen en circulación las sustancias estimulantes del organismo, entre ellas la adrenalina, lo cual provoca una oleada de euforia e incrementa la afluencia de sangre al cerebro.

Un electroencefalograma registraría un cambio inmediato en la forma de las ondas eléctricas de este órgano. La emisión de ondas alfa (las que se asocian con un estado de atención relajada) disminuye al principio pero vuelve a la normalidad antes de que el fumador termine su primer cigarro del día. Las ondas delta (relacionadas con el sueño) y las theta (que intervienen en las emociones, la creatividad y la reflexión profunda) se debilitan. En cambio las ondas beta que son características de un estado de intensa concentración y agitación mental, presentan una actividad excesiva.

Diez bocanadas han pasado por los pulmones y el primer cigarro queda reducido a cenizas. El fumador se siente lleno de energía y lucidez. Él cree que está más concentrado que sus amigos que no fuman, pero la realidad es que su agudeza mental se debe en parte al hecho de que acaba de poner fin a un periodo de abstinencia de nicotina y está por entrar en otro.

En el transcurso de los siguientes 30 minutos, la concentración de nicotina disminuye y entonces el fumador siente que le empiezan a faltar las fuerzas. Enciende entonces el segundo cigarro y vuelve a sentir una oleada de adrenalina, pero esta vez la sensación es un poco distinta.

La nicotina desencadena una serie de alteraciones bioquímicas en el cerebro. El organismo segrega cortisol, hormona que regula el estado de estrés, en tanto que el propio cerebro libera betaendorfina, analgésico natural de efectos parecidos a los del opio.

El segundo cigarro hace sentir al fumador una de las paradojas del humo de tabaco: mientras que en ciertas dosis es estimulante, en otras es calmante. El fumador experimenta relajación en todos los músculos del cuerpo.

Transcurren otros 30 minutos y su atención se aparta cada vez más del trabajo para dirigirse a la cajetilla que tiene al lado. La apremiante necesidad de nicotina que sienten los fumadores es algo más que una manifestación psicológica, más que un hábito, y más que un antojo como el que tiene a veces por el chocolate. La nicotina induce a las neuronas cerebrales a formar demasiados receptores nicotínicos. Esto permite al cerebro seguir funcionando normalmente pese a la acción de una sustancia que está presente en él en cantidad excesiva, suplantando a la

acetilcolina. Así, la nicotina altera el cerebro de tal manera que el fumador se siente normal cuando sus neuronas están llenas de ella y anormal cuando no lo están.

Se podría decir que los fumadores viven todo el tiempo al borde de un abismo, la mayoría de ellos se encuentran siempre a unas horas de padecer los síntomas de abstinencia de nicotina. La asociación estadounidense de psiquiatría define a la abstinencia del tabaquismo como una perturbación mental orgánica provocada por la nicotina, los síntomas son ansiedad, irritabilidad, sentimientos de frustración, ira, inquietud, insomnio, lentitud del pulso y aumento del apetito. Esto no es una invitación para fumar, sencillamente es la realidad de la adicción a la nicotina. Identificar el proceso del tabaquismo en el organismo es una cosa; otra, muy distinta, convencer a la gente... de su abstinencia, concluye el Dr. Medrano.

COMO SURGIÓ EL HÁBITO DE FUMAR...

El doctor Luis Guillermo Ruiz Flores en su artículo titulado "Estructura biopsicosocial del fumador", publicado en el texto *Tabaquismo*, cita que las propuestas para explicar la existencia del tabaquismo incluyen desde las teorías genéticas que sugieren que el individuo está predispuesto a buscar el estímulo de la nicotina en un intento de compensar un déficit de alerta; las teorías psicodinámicas, que buscan la implicación simbólica del cigarro como un falo y de las tendencias orales relacionadas con succionar y mantener un objeto placentero en la boca; las sociales, que sugieren que es un mecanismo para lograr estatus y aceptación del grupo, hasta las más recientes, que contemplan los aspectos neurobioquímicos de la dependencia, tolerancia y supresión respecto de la nicotina.

En los inicios la nicotina no es suficiente para explicar la habituación y se considera que es particularmente en esta etapa cuando los factores psicosociales son más relevantes. Rápidamente, y si las gratificaciones psicosociales son lo bastante intensas, el sujeto encontrará formas de controlar la inhalación e inicia el aumento en el número de cigarrillos consumidos.

Por otro lado, entre los reforzadores positivos se cuentan el ejemplo de los padres y familiares cercanos, la disponibilidad de cigarrillos y su amplia difusión publicitaria en relación con el éxito social y con situaciones deseables para cualquier adolescente; la curiosidad por experimentar nuevas sensaciones, la rebeldía ante los preceptos de las autoridades, la confianza social y la aceptación por parte de su grupo de compañeros fumadores.

Finalmente, en dicho balance hay que incluir el hecho de que el adolescente encuentra un objeto que, puesto en las manos o boca, le permite disfrazar las manifestaciones ansiosas que a esa edad ya empiezan a ser similares a las del adulto.

Una vez iniciado el tabaquismo, el paso siguiente es su mantenimiento, el cual está condicionado por varios factores. Durante las primeras etapas el fumar es intermitente y casi exclusivo de situaciones sociales, pero conforme aumenta el consumo y se profundizan las inhalaciones se incrementan las gratificaciones. De este modo, el hábito deja de estar confinado a ciertos ambientes y el joven se convierte en un fumador regular; al cabo de un tiempo, se presenta una nueva dificultad: la supresión de la nicotina, que se manifiesta inicialmente como un malestar subjetivo que desaparece rápidamente al reiniciar el hábito. Así se cierra el círculo y la dependencia se hace cada vez mayor.

PARA ENTENDER EL HÁBITO DE FUMAR

Al respecto el especialista Luis Guillermo Ruiz Flores, en su artículo titulado "Estructura biopsicosocial del fumador" publicado en el texto *Tabaquismo*, expone que "el tabaquismo es un hábito que se ha universalizado; llama la atención que sea aceptado tan rápida y fácilmente por todas las culturas. La mayoría de los fumadores establecen tres mecanismos básicos de motivación: Fuman para disminuir las manifestaciones de tensión, temor, angustia, etc.; es decir, con el propósito de obtener un efecto sedante o tranquilizante; para evitar las molestias del síndrome de supresión; por efectos gratificantes y placenteros de la nicotina".

"Estos mecanismos no son excluyentes; por el contrario, proceden por interacción. Por otra parte, es curioso que de las múltiples sustancias que alguna vez el hombre ha fumado a lo largo de la historia, sólo cuatro han sido lo suficientemente poderosas como para que su consumo perdure: la nicotina del tabaco, los tetrahidrocanabinos de la marihuana, la morfina del opio y, drogas cuyo común denominador es producir cambios en diversas áreas emocionales del ser humano".

"La administración de nicotina en dosis bajas disminuye el proceso de la conducta reflejo que se desencadena ante el estrés lo cual se manifiesta en reducción de la agresión, hostilidad e irritabilidad, y además eleva las reacciones de orientación y anticipación, efecto similar al que se obtiene mediante medicamentos tranquilizantes". "Por supuesto, la supresión incrementa la agresión, hostilidad e irritabilidad; pero la ingesta de nicotina en un ambiente estresante o nocivo puede tener efectos de reforzador positivo".

Según, el doctor Luis Guillermo, "algunos autores consideran que particularmente en el mantenimiento del hábito es donde se puede estudiar la acción de los factores

genéticos, y se plantean hipótesis a partir de que la actividad básica de la nicotina en el sistema nervioso central consiste en activar los mecanismos de recompensa, de modo que presuponen que la nicotina supliría cierta apetencia básica. Esto podría explicarse mediante un defecto genético en los mecanismos de recompensa que se sustituye artificialmente mediante nicotina”.

“Otros estudiosos, sostienen que tal apetencia no es genética sino adquirida y que el consumo continuo del tabaco quizá desarrolle un cambio biológico inducido. Sin embargo, al realizar en 1962 diversos estudios se concluyó que los factores genéticos no operan de manera exclusiva y que si acaso apenas contarían en un 33% de los casos como factor participante”.

Desde el punto de vista psicológico, el comportamiento oral del fumador significaría que existen dos impulsos referidos a la boca, el primero en relación con el hambre y el segundo vinculado con el impulso de succión y que es independiente de la función nutricional. Dicho impulso se presenta predominantemente en situaciones emocionales y en el niño sería el equivalente al chupeteo del pulgar o el uso del chupón.

En 1965, se demostró que la nicotina posee efecto hiperglucemiante, es decir genera un exceso de glucosa en la sangre (más de un gramo por litro) y se cree que esto podría ser un factor importante en el mantenimiento del hábito. De hecho, esto significaría un desplazamiento del acto de comer. Para otros autores, el sentido de poseer un objeto de características fálicas se relaciona con el simbolismo del poder, de estatus, de tener un atributo del que otros carecen.

¿CONOCE LA PERSONALIDAD DE LOS FUMADORES?

Luis Guillermo Flores uno de los autores del texto *Tabaquismo* indica que hasta la fecha no se ha podido determinar una personalidad característica del fumador, a pesar de que se han hecho infinidad de intentos; pero existen ciertos rasgos que se manifiestan más frecuentemente, aún cuando los fumadores no exhiban una diferencia significativa.

Dichos rasgos, que se enumeran, sin considerar orden de importancia o de frecuencia, son los siguientes: mayores tendencias orales, rasgos antisociales, mayor actividad y energía, preferencia por el control externo más que el interno, mayores niveles de ansiedad y competitividad, poca tolerancia a la frustración y mayor dependencia afectiva de quiénes les son significativos.

Al respecto en 1971 Russell, un especialista de la Unidad de Investigaciones en Adicción del Instituto de Psiquiatría en Londres, propuso una clasificación de los fumadores que ha persistido hasta la actualidad y refiere tres patrones en particular:

Recompensas psicosociales. Son aquéllas que incluyen el fumar como un medio de ganar aceptación y afiliación al grupo, así como obtener las connotaciones simbólicas de rudeza y precocidad. Se presentan fundamentalmente al inicio del tabaquismo.

Recompensas sensoriales. Son todas las satisfacciones de los sentidos (sabor, olor, manipuleo, observar el humo, etc.), así como las más específicas de tipo oral, como es el caso de la succión.

Recompensas farmacológicas. Incluyen los diversos efectos nicotínicos (euforizante, sedante, estimulante), así como el rápido alivio que se experimenta con la nicotina en los casos de supresión.

¿SABE QUÉ TIPO DE FUMADOR ES?

De acuerdo con el científico Russell, se obtienen entonces cinco grupos diferentes que interrelacionan las recompensas psicosociales, sensoriales y farmacológicas, por ejemplo:

Carlos es un fumador psicosocial, sus recompensas son sólo psicosociales; prácticamente no realiza inhalación de nicotina. Su fumar es intermitente y se limita a situaciones sociales; fuera de ellas no existe deseo en él de fumar. Paulatinamente ha tenido una evolución hacia otras recompensas, primero sensoriales y más tarde farmacológicas.

Martín es un fumador indulgente, sus recompensas se reducen al puro placer, de manera que fuma en diversas situaciones, como el ver la televisión, al descansar después del trabajo, mientras lee, etcétera. Su placer puede derivarse de recompensas meramente orales, y él fuma después de ingerir algún alimento o bebida, o en sustitución de éstos. Cuando él decide suspender su hábito, tiende a aumentar su ingesta de alimentos y bebidas. No es un fumador constante sino que tiende a presentar periodos de varias horas, por ejemplo, entre las comidas, en los cuales no fuma, o mientras no está trabajando.

Martha es un fumador por tranquilizarse, el efecto sedativo de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener sus manos ocupadas, los utiliza para aliviar la ansiedad y la tensión. Sus recompensas son tanto sensoriales como farmacológicas, y su frecuencia en el fumar varía de acuerdo con el estado emocional.

Salvador es un fumador por estimularse, utiliza el efecto estimulante de la nicotina, para mantener cierta conducta deseable y ahuyentar la fatiga cuando

realiza tareas monótonas como conducir un vehículo por largas distancias, o para estimular la creatividad y el estado de alerta al escribir. Su frecuencia del fumar se incrementa notablemente en situaciones específicas. Su dependencia es predominantemente farmacológica.

Jorge es un fumador por adicción, experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias. La frecuencia del fumar no varía con las circunstancias externas e inicia poco después de levantarse por la mañana, cesa sólo durante el sueño y es regulado por los niveles de nicotina en sangre. Y el hecho de no poder dejar de fumar en ocasiones en que él así lo desea, llega a ser molesto.

PARA LOS FUMADORES, TODO
QUEDA PROHIBIDO

La Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal (Publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de enero del 2004), que entró en vigor el 30 de enero del 2004, "establece mecanismos y acciones tendientes a prevenir y disminuir las consecuencias provocadas en la salud de la población, derivadas de la inhalación involuntaria del humo ambiental generado por la combustión del tabaco en cualquiera de sus formas".

Grave error manifiesto en la publicación de esta ley, puesto que omite establecer lineamientos para la protección de la salud de las personas que fuman, este olvido seguramente hará necesario realizar modificaciones constantes, porque no puede dejarse a un lado la atención de las personas que fuman, si ellos continúan fumando seguramente el número de fumadores se incrementará gradualmente; y esto conlleva, por ende, a que la salud de los no fumadores se vea también afectada. No

se puede dejar a un lado a las personas adictas al tabaco, por lógica lo que se hace hoy seguramente se reflejará mañana, por eso no es posible que prefieran el camino más fácil que no conduce a ninguna solución real ni efectiva.

Al respecto la gente opina:

CADA COSA QUE INVENTAN ...

SOFÍA CÁRDENAS

Desde hace 25 años soy dueña de un café en las cercanías de la vocacional 5, es un lugar sencillo, la mayoría de mis clientes son estudiantes se reúnen ahí para discutir sobre sus trabajos pendientes, para estudiar, para leer o nada más para platicar con el novio o la novia.

Unas personas de la delegación hace poco fueron al café según yo para amedrentarme, según ellos a informarme de que tengo que separar físicamente el área de fumadores, e instalar un extractor de aire y no recuerdo todo lo demás, cada cosa que inventan... Si de verdad les preocupara la salud de las personas, no vendrían a mi negocio... mejor deberían ir a la escuela a dar pláticas para que ya no fumen ni los muchachos, ni los maestros... concluyó.

Con el propósito de conocer la visión al respecto de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal, se entrevistó a los diputados asambleístas integrantes de la Comisión de Salud y Asistencia Social y ellos, en términos generales, justifican su aprobación porque a través de la ley pretenden erradicar la tolerancia hacia los fumadores y hacer valer los derechos de respirar aire no contaminado por todos los no fumadores, solamente, que se olvidaron del smog...

AL RINCÓN...

La diputada Sofía Figueroa Torres Secretaria de la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, III Legislatura, (fumadora desde hace varios años), opina que *la Ley de Protección es un avance en la lucha contra el tabaquismo en el Distrito Federal, ya que prohibir "legalmente" fumar en elevadores de cualquier edificio, fuera de las zonas autorizadas para fumar en establecimientos, locales cerrados, empresas e industrias; instituciones bancarias, financieras, comerciales o de servicios; en las oficinas de cualquier dependencia de la administración pública del Distrito Federal; en hospitales, clínicas, centros de salud; instalaciones deportivas, entre otros, podría representar un motivo poderoso para dejar de fumar porque el fumador enfrentaría a su tabaquismo como antisocial.*

Al referirse a la sanción para las personas que fumen en los lugares que prohíbe dicho ordenamiento, dijo, que *será impuesta por el juez cívico una multa equivalente a diez días del salario mínimo diario general vigente y calificó a estas acciones como válidas, ante el crecimiento del tabaquismo.*

PROVOCA REBELDÍA, LA NUEVA LEY

En una nota informativa publicada en el periódico *Excélsior* del 1º de junio del 2004, el especialista en Psicología de las Adicciones Miguel Alfredo Garcíadueñas, de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), sostiene que el problema del tabaquismo no depende de leyes que establecen sólo acciones prohibitivas y discriminatorias.

Sin embargo, para la asambleísta Figueroa *el tabaquismo pasivo es un peligro real y cuantificable para la salud y por lo tanto debe ser una legítima preocupación de la*

salud pública y el llevar a cabo una campaña contra el tabaquismo pasivo, aumenta la conciencia en los fumadores de que su cigarro molesta y afecta a otros.

Según la diputada, con esta ley creció el número de áreas prohibidas para fumar y reforzadas por controles de tipo legal, lo que seguramente provocará que el número de veces y las ocasiones que tendría la gente de fumar se vean fuertemente reducidas. Esto significa que los fumadores fumarán menos cada día, un efecto de gran importancia.

De ninguna manera vislumbra a la Ley de Protección de la Salud de los No Fumadores como discriminatoria. Porque desde el "Día Mundial Sin Tabaco" (1992), la Organización Mundial de la Salud (OMS), subrayó que *es un derecho de los trabajadores laborar en un medio libre de tabaco. Lo cual hace que la lucha contra el tabaquismo deje de ser un acto de buena fe, para convertirse en un proceso irreversible y radical en la toma de decisiones que llevarán a disminuir en forma importante este problema de salud pública*, explicó.

Ella está a favor del apartado de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores que establece, entre otros puntos, que *los restaurantes deberán contar con secciones para fumadores y no fumadores y equipos que avalen y garanticen que el humo del tabaco, no se filtre a las áreas reservadas para no fumadores y a la sanción con multa equivalente de treinta y hasta cien veces de salario mínimo diario a quien no cumpla estas disposiciones, en caso de reincidencia se aplicará el doble de la sanción económica impuesta y en caso de segunda reincidencia, se procederá a la clausura del establecimiento, así como la cancelación de la concesión o permiso. Calificó a esta ley como una opción más para tomar plena conciencia de los daños que ocasiona fumar y evitarlo en lo posible.*

Retomando la nota periodística del especialista en adicciones de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Garcíadueñas, él *recomienda que para disminuir la magnitud de la adicción al tabaco, sería conveniente aplicar técnicas psicoterapéuticas que incluyan sesiones encaminadas a una sensibilización paulatina y sistemática sobre los daños que ocasiona el tabaco.* Explica que, *es el entorno social quien generalmente lleva a un joven a iniciarse en esta adicción, pero también pueden incidir problemas personales o emocionales propios de la juventud, como rebeldía ante la autoridad, angustia y ansiedad. Por eso las leyes de no fumar estimulan el consumo del cigarro, ya que el prohibir acciones sólo genera rebeldía.* Finalmente, calificó *como discriminatorias a las normas legales que buscan disminuir el tabaquismo, porque en ellas se califica a las personas.* Esto significa, mencionó, *que los fumadores son los malos y los no fumadores los buenos.*

LA MISMA HISTORIA...DESDE HACE 15 AÑOS.

Para Efraín Morales Sánchez, Diputado Presidente de la Comisión de Salud y Asistencia Social, de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, III Legislatura, *la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores no representa más que el reforzamiento y especificación del Reglamento del 6 de Agosto de 1990, en el que se ya se había establecido rigurosamente áreas específicas para fumar en diversos establecimientos públicos, sólo que en dicho Reglamento no se estableció quién se encargaría de las funciones de vigilancia, inspección y aplicación de sanciones.*

Al respecto y ahora en el Artículo 6 de la citada Ley, compete directamente al Gobierno del Distrito Federal, la observancia del cumplimiento de las normas para los fumadores. Lo que ha generado fuerte agitación entre los restauranteros y hoteleros por el establecimiento de 180 días, a partir del 29 de enero del 2004, para adecuar físicamente sus instalaciones, y destinar sólo el 15% de sus establecimientos para los

fumadores, hasta la fecha continúan negociando pero seguramente al final tendrán que cumplir con la ley.

El mismo diputado relata que: el Reglamento de 1990 fue una propuesta del Partido Verde Ecologista. Solamente se hicieron algunos ajustes, por ejemplo, se estableció al responsable de hacer cumplir las normas y en este caso compete directamente al Gobierno del Distrito Federal; además se estudió profundamente lo que se refiere al Servicio de Transporte Público, pues el Reglamento de 1990 establecía incluso hasta el retiro de la concesión por fumar el conductor o los pasajeros, pero entonces nos cuestionamos a quién competiría vigilar tal ordenamiento ¿quién denunciaría?, se tendría que mantener una supervisión permanente las 24 horas del día en microbuses, taxis o camiones... por eso se eliminó. La nueva Ley todavía tiene algunas deficiencias pero con el tiempo se podrá ir subsanándolas, puntualizó el diputado.

Para el Presidente de la Comisión de Salud y Asistencia Social: esta ley sólo atiende los derechos de los no fumadores, porque para los otros, ahí está, el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley de Salud y su Programa de Adicciones; los fumadores deberían asumir su responsabilidad, están actuando mal y causan daño a su familia, a sus hijos, deberían tener conciencia de ello y no afectar la salud de ellos mismos y la de los demás.

En lo personal, explica el Presidente de la Comisión de Salud y Asistencia Social, siempre me he manifestado en desacuerdo con los programas y las campañas que se establecen en materia de salud, pues no se trata de implementarlos por un tiempo, porque luego se olvidan; se trata de brindar información, de prevenir, de sensibilizar y de que los responsables de esto tengan nombre y apellido y actúen para que funcionen.

Continúa: *Revisando las Leyes de Salud estatales descubrí que el Estado de México, Chiapas e Hidalgo ni siquiera tienen una Ley de Salud... es verdad que en el Distrito Federal no existe una Ley de Salud adecuada a las necesidades reales, por eso estoy en pláticas con un departamento de Investigación de la Facultad de Química de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), estoy analizando, estoy condensando, para el mes de septiembre del 2004, presentar ante la Cámara una iniciativa de ley diferente, completa y funcional que contemple: las adicciones, la violencia familiar, la desintegración familiar y la salud mental entre otros...aunque claro, falta que se acepte.* Resumiendo, para el diputado de la Asamblea será hasta el futuro cuando se obtenga una ley adecuada y sin vacíos respecto a las adicciones.

Por otra parte, Garcíadueñas, catedrático de la Universidad Autónoma Metropolitana lamenta que no en todas las Instituciones de Educación Superior existan programas de prevención contra esta adicción, ya que *en la (UAM) desde 1999 opera el Programa Integral de Calidad y Bienestar (PICABI), el cual tiene como objetivo realizar investigaciones sobre adicciones y establecer campañas de información sobre las mismas. La realidad es que ante la nulidad de Prevención, los índices sobre tabaquismo alcanzaron niveles alarmantes; y cada año mueren en México 10 mil personas por esta enfermedad, aseguró.*

GUERRA VISUAL

De acuerdo con las atribuciones de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, establecidas en el Artículo 7 de la Ley de Salud, el Dr. Guillermo Ramírez, (investigador del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) señala que los comercios, restaurantes, oficinas públicas, hospitales y centros educativos del Distrito Federal deberán mostrar a los usuarios letreros y señalamientos restrictivos, informativos y preventivos para inhibir el fumar.

El catálogo de letreros y señalamientos para la protección de los no fumadores publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal tiene especificaciones físicas y de contenido que deberán tener esos mensajes. Según el documento, existirán tres categorías de señalamientos: restrictivos, cuyo objetivo es prohibir y/o limitar la acción de fumar; informativos, dan a conocer las consecuencias de fumar y preventivos, los cuales de manera anticipada deben estimular a la población a evitar el riesgo de fumar o de exponerse al humo.

Por ejemplo, cita que *en los accesos a los lugares donde se prohíbe fumar debe decir: "Por favor, apague su cigarro antes de entrar, en este lugar existen áreas designadas para fumar".*

Mientras para zonas de fumadores la leyenda dirá: *"Se prohíbe el acceso al área de fumadores a los menores de edad que no estén acompañados de un adulto".*

En cuanto a los letreros informativos en las áreas donde es permitido fumar los mensajes propuestos por la Secretaría de Salud son: *"Dejar de fumar reduce importantes riesgos en la salud"; "Fumar es causa de cáncer y enfisema pulmonar"; "Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro y de bajo peso en el recién nacido"; "Fumar daña al corazón"; "Fumar causa embolias y hemorragias cerebrales".*

El catálogo establece letreros informativos para ubicarse en las áreas donde se prohíbe fumar: "El humo del tabaco produce enfermedades pulmonares"; "Los niños pequeños que se exponen constantemente al humo del tabaco pueden morir súbitamente"; "El humo del tabaco aumenta el número de veces en que enfermamos de gripe, dolor de garganta y oídos"; "El humo del tabaco puede provocar asma

bronquial"; "El humo del tabaco aumenta las molestias y complicaciones en los enfermos del pulmón y del corazón".

Finalmente, los letreros preventivos que deberán ubicarse en las áreas donde se prohíbe fumar deben tener estos mensajes: "Dí no al tabaco"; "Conserva tu salud, no fumes"; "Opta por lo sano, no fumes"; "Un día más sin fumar, más días de vida", entre otros.

LA CLÍNICA DEL TABAQUISMO: SIN RECURSOS

EL Doctor Neumólogo Justino Regalado Pineda, quien a partir del mes de febrero del 2004 ocupa el cargo de Director de la Clínica del Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), "reconoce que por falta de recursos económicos, la aplicación del programa cognitivo conductual encaminado al apoyo de las personas que desean dejar de fumar, se lleva a cabo únicamente de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas y por el momento no se contempla aún la posibilidad de ampliar sus horarios, no obstante a menudo reciben peticiones de atención vespertina e incluso nocturna".

Según él las personas que logran dejar de fumar es porque han encontrado por sí mismas su "motivación", y puso como ejemplo su experiencia, ya que según relató, él fue un fumador en potencia pues llegó a consumir hasta una cajetilla diaria; en su juventud decidió fumar para ingresar y ser aceptado en el grupo de sus compañeros de la escuela, así como también para poder pertenecer a otro grupo, bajo distintas circunstancias, en este caso, para llegar a ser director de la Clínica de Tabaquismo, abandonó el hábito de fumar desde hace siete años aproximadamente, por lo que afirma que cada persona debe buscar su "razón" para abandonar dicha adicción. Pues se ha podido establecer que las personas cuando han dejado de fumar por más

de diez años, además de mejorar su calidad de vida han encontrado otras conductas que refuerzan su actitud y los mantiene de por vida alejados del tabaco, aún cuando la enfermedad, permanezca latente.

El doctor Regalado, explica, que el tabaquismo es una enfermedad y como tal debe ser manejada, adujo que las mujeres que han fumado por largos lapsos tiemblan ante el hecho de abandonar el hábito, pues si no implementan una dieta adecuada, seguramente aumentarán su peso corporal, pero afirmó que es más sencillo pagar un tratamiento de reducción de peso o mantener una dieta saludable, que costear un tratamiento de cáncer.

Las actividades que realiza el INER y el Departamento de Investigación en Tabaquismo de esa misma institución, cubren un marco muy amplio de difusión a través de carteles –entre otros-, además sus actividades para erradicar el tabaquismo entre la población son reconocidas no sólo a nivel local sino también mundial. Por ejemplo, el Concurso Nacional de Cartel 2004, cuyo tema se enfocó al lema oficial del Día Mundial Sin Tabaco 2004, recomendado por la Organización Mundial de la Salud: “Fumar Empobrece”.

Entre otras actividades del Instituto está la instrucción de médicos, psicólogos, trabajadoras sociales y otros profesionales de los Centros de Integración Juvenil, en el Programa Cognitivo Conductual para dejar de fumar.

El doctor Regalado, recuerda que a partir de 1982, se diseñó en el INER este programa, el cual introduce técnicas de autocontrol, autorregistro y autoevaluación; y se basa en la terapia racional emotiva. Durante las sesiones, el fumador aprende a reconocer las circunstancias que sostienen la dependencia psicológica y, al mismo tiempo, a diseñar estrategias para enfrentarlas. Y ante la posibilidad de presentar

síntomas de abstinencia se les receta sustitutos de nicotina. Agregó que el tratamiento en la Clínica del INER, no es gratuito y tiene un costo mínimo de \$400.00, y un máximo de \$7000.00, para establecerlo se realiza un estudio socioeconómico, a cada paciente. Y si una persona desempleada desea abandonar el hábito de fumar las puertas de la Clínica del Tabaquismo del INER están abiertas sin cobrar nada por la atención, pero aclara que los medicamentos tendrían que conseguirse por cuenta del usuario y si éste no tiene los recursos económicos necesarios, el tratamiento no tendría posibilidades de éxito en ese paciente. Hizo énfasis en la necesidad de combinar terapia cognitivo-conductual con el uso de fármacos, para incrementar las posibilidades de éxito para dejar de fumar.

Explica que en una familia de dos hermanos criados bajo las mismas condiciones sociales, económicas, culturales, etc., uno se puede convertir en adicto al tabaco y el otro no, porque la vida es un juego de probabilidades y todo depende de la susceptibilidad personal. A él le resulta increíble que los fumadores no tomen una decisión personal definitiva para alejarse del tabaco, aún cuando, saben que en México el tabaquismo es la principal causa de fallecimiento prevenible y los fumadores mueren entre 13 y 14 años antes que los no fumadores.

Para el neumólogo, el promedio de éxito en los pacientes de la Clínica de Tabaquismo es moderado, es de un 50% a un 60%, porque algunos reinciden en el hábito, o definitivamente no lo abandonan; no obstante las amplias campañas de prevención que difunde el Sector Salud. La verdadera solución a este problema de salud pública se va a dar cuando no se comercialice el cigarro.

Respecto de la publicidad del tabaco, dijo, fomenta la idea de que fumar es normal, bueno y seductor; le está diciendo a la gente que fumar es algo deseable. Esto mina la credibilidad de las declaraciones del Sector Salud que dice que fumar es

perjudicial; y aún cuando se ha logrado que las empresas de la Industria Tabacalera incluyan una leyenda precautoria más grande en la cajetilla e informen del contenido de los cigarros (a partir del 1º de agosto del 2004), es necesario una política más amplia para controlar el uso del tabaco, pues un niño que crece expuesto a cientos de anuncios publicitarios diarios es poco probable que acepte los argumentos de sus padres y profesores sobre el hecho de que fumar es peligroso.

Referente a las políticas gubernamentales para la erradicación del tabaquismo en la población, el entrevistado informó que el 28 de mayo del 2004, México ratificó el Acuerdo Marco de la Convención para el control del Tabaco en la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que se obliga a informar sobre los efectos adictivos y letales del tabaco, así como a adoptar medidas para proteger de sus efectos nocivos a fumadores y no fumadores, que entrará en vigor después de ser ratificada por 40 países más.

Opinó: Aunque las compañías tabacaleras aporten un peso (a partir del 1º de agosto del 2004) por cada cajetilla de 20 cigarros vendida (es decir 0.0025 centavos por cigarro, para costear parte de los gastos gubernamentales en salud, que genera el hábito de fumar entre la población), esto no puede tomarse como un avance, ya que de acuerdo con un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Pública, se establece que los costos por la atención a enfermedades producto del tabaquismo superan los 16 mil millones de pesos anuales y este nuevo mecanismo generará tan sólo 4 mil millones de pesos, en lo que resta del sexenio, para aplicarse al Fondo de Protección contra gastos catastróficos en salud.

El doctor Regalado rechazó el argumento de la industria tabacalera, según el cual, el consumo de tabaco contribuye a la economía mediante la creación de empleos y la recaudación de impuestos, al explicar que ese aporte es anulado por los costos que

el tabaquismo supone para la economía familiar, la salud pública, el medio ambiente y la economía nacional; además de ser el principal factor de riesgo para el desarrollo de un número importante de enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cerebrovasculares, entre otras.

REFLEXIONES FINALES

El tema del tabaquismo está vigente y desafortunadamente continuará así durante los próximos años, el fumador se quedará en los rincones, pero seguirá fumando.

La investigación que efectué para la elaboración de este trabajo, me permitió conocer la situación real del tabaquismo y sus tratamientos en el Distrito Federal:

Todo empezó con mi inscripción a la Clínica del Tabaquismo del Centro de Integración Juvenil (CIJ) en Coyoacán, lo cual en primera instancia incluyó cinco citas previas al comienzo de la primera sesión de tratamiento. Durante mi primer visita para solicitar informes fui objeto de la mirada incrédula de la doctora, que me cuestionó inquisitorialmente los motivos por los cuales estaba yo en ese lugar. Al convencerla de mi seguridad en abandonar el hábito de fumar, me informó que estaban por iniciar un programa cognitivo conductual al mes siguiente que se cubriría los martes y jueves de 8:30 a 10:00 de la mañana, que este programa no era gratuito, el costo lo establecería una trabajadora social. Me programó para cuatro citas: la primera de ellas con la psicóloga para que se me aplicara un cuestionario, otra para que me entregaran mi carnet, una para el estudio socioeconómico y la última para entrevistarme con ella; finalmente fueron cinco porque para la cita programada con la trabajadora social ella no asistió a trabajar.

En lo particular el horario de las sesiones resultaba conflictivo, lo cual implicó solicitar permisos y hacer aclaraciones incómodas en mi trabajo para poder asistir a la clínica.

Por lo que respecta a las demás Instituciones en que indagué: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias e Instituto Nacional de Cancerología, funcionan

exactamente igual pero están más distantes de mi oficina, por lo cual elegí asistir al Centro de Integración Juvenil de Coyoacán.

La información que obtuve durante mi tratamiento en la Clínica del Tabaquismo del (CIJ), fue importante para aclarar ciertas imprecisiones que tenía sobre el tabaco y mi personalidad, pero nada más, porque yo seguí fumando. Además, enfrenté problemas por cuestiones de tiempo y dinero: Tenía que comprar parches, antidepresivos, presentar análisis de laboratorio, radiografías del tórax, éstos últimos los solicité al ISSSTE pues soy derechohabiente, pero me programaron las citas para junio y las sesiones de la clínica del tabaquismo finalizaron en mayo.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias todas las actividades, incluso la oficina de Comunicación Social, funcionan a través de la secretaria particular del Director General y ella autorizó mi entrevista con el doctor Justino Regalado, Director de la Clínica del tabaco del (INER), dos meses después de haberla solicitado más de veinte veces, pero eso no es lo importante, lo grave es que los enfermos para atenderse en ese lugar tienen que esperar mucho más tiempo.

Realmente fue un reto el no perderme en un gran cúmulo de información variadísima referente al tabaquismo y seleccionar para este trabajo lo que consideré podría influir en la atención del lector, sin que éste se perdiera en un laberinto. Fue difícil omitir información referente al tema de mi investigación, porque el fin de este trabajo no era dar una clase, sencillamente este reportaje denota que el problema del tabaquismo en sí mismo no se ha resuelto y que las opciones oficiales existentes son insuficientes, no dan el resultado esperado por la sociedad y no están al alcance económico de todos los sectores de la población.

Los psicólogos con los que entablé comunicación me hablaron de los fumadores y su baja tolerancia a la frustración, la teoría psicoanalítica, la fase oral, la baja autoestima, entre otros puntos más; los doctores de sus experiencias con pacientes y las enfermedades que resultan del hábito de fumar, los enfermos de sus experiencias y los funcionarios y diputados de los proyectos, carencias y leyes, desafortunadamente todo esto poco pudo hacer para mí como fumadora, terminé fastidiada, mareada ante tanta información ... mi investigación avanzó y yo descubrí gracias a ella que para dejar de fumar lo único que funciona es la decisión y voluntad personales.

Para cerrar este amplio panorama de jóvenes fumadores, personas enfermas, textos, estudios, afirmaciones y declaraciones, resumo: Fumar hace daño, a todos tarde o temprano causa alguna enfermedad. Se han acumulado tal cantidad de evidencias de daño a la salud que son completamente irrefutables, excepto, por los fumadores.

Hay que considerar la adicción a la nicotina. La nicotina que absorbe por vía respiratoria el individuo entra a la circulación, como inyección. El individuo que se habitúa a ella eleva la concentración sanguínea de nicotina, de manera que, cuando ésta decae crea la necesidad de volver a fumar, pero es progresivo y esclavizante. Comparte con otras drogas el efecto de malestar durante la abstinencia, aunque de menor magnitud. En la práctica suele ser más difícil erradicar el tabaquismo que otras formas de drogadicción.

Existe una distorsión en aspectos de orden psicológico, de conducta del fumador, que lo lleva a situaciones completamente ilógicas, profundamente contradictorias, como es el de ejercer voluntariamente un acto conocido como perjudicial, dañándose a sí mismo y a los demás, sin reconocer que lo es. El daño realmente no se puede ignorar. Ocurre entre médicos, fuman en sus propios consultorios o en hospitales,

pero prohíben fumar a sus pacientes. Los padres de familia prohíben fumar a sus hijos, pero lo hacen fumando. Los argumentos de peso como la muerte o el padecimiento de enfermedades malignas no son aceptados. Mientras mayor es el grado del tabaquismo más parece perdida la autoestima.

La educación es más sensata que la prohibición, para resolver los problemas inherentes a la controversia de los derechos del individuo y de la colectividad, si es adictivo en todos los casos, si está involucrada la voluntad, si es enfermedad biológica, psicológica o de orden social; y para revertir la presión social que induce al tabaquismo está concederle prioridad a la difusión de conocimientos, educación con el ejemplo y mensajes más firmemente encaminados a hacer conciencia que establecer prohibiciones al por mayor.

La lucha es contra el tabaquismo y no contra el fumador, de hecho, en ello se debe de contar precisamente con la colaboración del fumador, para que abandone el hábito. Este punto implica que hay necesidad de conciliar los intereses, buscar la concordia, el sentido común y la sensatez entre uno con los demás y con uno mismo en el sentido más amplio de respeto.

Es un problema generado en el entorno social, el hábito suele establecerse sutilmente en el individuo bajo varias formas de presión social; el ejemplo lo establecen los padres, maestros, artistas, amigos, etc.; la publicidad, los mensajes a través de todos los medios son muy persuasivos; la educación en la familia, la escuela o en los centros de trabajo.

El entorno social tolera y favorece el uso y consumo del tabaco. Para contrarrestarlo debe establecerse, desde los inicios de la educación escolar, al cigarro como un estereotipo negativo; que se incluya en los libros de texto un apartado en el que se

manifiesten los daños que provoca a la salud y sobre todo que cuando se maneje el lema de "Dí no a las drogas", se incluya al cigarro como una más, porque la sociedad se ha mostrado complaciente con los fumadores y únicamente rechaza a los que utilizan marihuana, opio, cemento, entre otros, esto como resultado de la educación recibida.

Dejar el hábito de fumar es difícil, casi imposible, las opciones gubernamentales y particulares que existen para abandonarlo no sirven, y generalmente las utilizan personas con padecimientos graves, a consecuencia de fumar, o de edad avanzada, es decir, cuando ya es demasiado tarde. Además, esta adicción trae consigo incalculables pérdidas económicas, tanto de manera directa (gastos de atención en salud), como indirecta (pérdida de vida productiva). Asimismo, conlleva a otras consecuencias de diversa índole, entre las que se encuentran los peligros de incendio, de explosión, el incremento de riesgos ocupacionales, el deterioro de edificios, mobiliario y equipos, el efecto irritativo en ambientes cerrados, etcétera.

El problema del tabaquismo en la población no está resuelto, la Ley de Protección a la Salud de los no fumadores no resulta eficaz, el grado de conciencia de la población sigue siendo baja con respecto a los peligros que entraña la adicción tabáquica. La iniciación al tabaquismo se produce cada vez a menos edad, es fundamental comprender que una conducta juvenil aislada, como fumar, suele ser el anuncio de otras conductas de alto riesgo en breve plazo; y en general la secuencia es:

Tabaco = Alcohol= Marihuana.

En la sociedad mexicana lo normal es fumar. Debe crearse conciencia en los niños y adolescentes de que lo normal es no fumar, modificando conductas hacia el cigarro. Debe cambiarse el proceso psicológico de la normalidad del fumar que predomina y

establecer con claridad que es una adicción que causa daño a la salud de quien fuma y de quienes se encuentran alrededor o en el mismo lugar.

LO NORMAL ES NO FUMAR

BIBLIOGRAFÍA

ROJAS SORIANO RAÚL

GUÍA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES

TEXTOS UNIVERSITARIOS, UNAM, FACULTAD DE
CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES, MÉXICO 1982.

BAENA PAZ GUILLERMINA

MANUAL PARA ELABORAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

EDITORES MEXICANOS UNIDOS S.A., 1998.

AVILÉS SOLÍS CARMEN, CRUZ ALCALDE MARÍA DE LOS ÁNGELES, GUERRERO

HERNÁNDEZ PAULA GUADALUPE, GUTIÉRREZ GONZÁLEZ EMMA

ANTOLOGÍA PARA LA MATERIA DE GÉNEROS PERIODÍSTICOS II

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES, SEMESTRE 2004-2.

GONZÁLEZ REYNA SUSANA

MANUAL DE REDACCIÓN E INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

EDITORIAL TRILLAS, 1979

VIOLETTE MORIN

TRATAMIENTO PERIODÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

COLECCIÓN LIBROS DE COMUNICACIÓN SOCIAL A.T.E., 1974

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN DE BARCELONA

MARTÍNEZ ALBERTOS JOSÉ LUIS

REDACCIÓN PERIODÍSTICA

COLECCIÓN LIBROS DE COMUNICACIÓN SOCIAL A.T.E.,1974

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN DE BARCELONA

WOLF MAURO

LA INVESTIGACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE MASAS

COLECCIÓN DIRIGIDA POR HUMBERTO ECO

EDITORIAL PAIDOS/2, MÉXICO, 2002

BELLO JORGE

DEJE DE FUMAR SIN DARSE CUENTA

EDITORIAL ROBIN BOOK, ESPAÑA, 2001

RIBEIRO LAIR

¿FUMAR O NO FUMAR?

EDICIONES URANO 2002

RICO MÉNDEZ F. GERARDO, RUIZ FLORES LUIS GUILLERMO

TABAQUISMO

EDITORIAL TRILLAS, 1990.

BEJARANO O. JULIO, BLANCO L. HUBERT

TABACO, PUBLICIDAD Y SALUD

IAFA 1995

MARTÍNEZ CASAS MARÍA DE LA LUZ
¿FUMAS?, NO GRACIAS ... PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN LA
ADOLESCENCIA
EDITORIAL PANAMÁ, MÉXICO 1997

JOSEP MARÍA RAMÓN, TEODOR MARCOS Y BLANCA LUCAS
QUIERO DEJAR DE FUMAR
EDITORIAL DE BOLSILLO, BARCELONA

ALCÁNTAR MORENO HUGO, REYES MUNGUÍA MARÍA DEL PILAR
COMO PROTEGER A TUS HIJOS CONTRA LAS DROGAS
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.
MÉXICO, 2002

SOLÍS ROJAS LUIS R. , SÁNCHEZ GUERRERO ALEJANDRO
DROGAS: LAS 100 PREGUNTAS MÁS FRECUENTES
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.
MÉXICO, 2003

DORANTES SAMUEL
NOS ESTAMOS HACIENDO DAÑO
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.
MÉXICO, 2002

ROMERO HERNÁNDEZ MARÍA DEL SOCORRO, JIMÉNEZ SILVESTRE KARINA
INDICADORES DEL COSTO SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.
MÉXICO, 2001

PUBLICACIONES

- ÓRGANO INFORMATIVO DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A.C.
C I J
AÑO 2 NÚMERO 8, JULIO-SEPTIEMBRE 1997

- PUBLICACIÓN DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A.C.
Artículo I. C I J INFORMA
AÑO 7 No. 25, JULIO-SEPTIEMBRE 2002

- PUBLICACIÓN DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A.C.
Artículo II. C I J INFORMA
AÑO 8 No. 28, ABRIL-JUNIO 2003

- PUBLICACIÓN DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A.C.
Artículo III. C I J INFORMA
AÑO 9 No. 29, JULIO-DICIEMBRE 2003

- GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL
LEY DE PROTECCIÓN A LA SALUD DE LOS NO FUMADORES EN EL DISTRITO
FEDERAL

29 DE ENERO DEL 2004

- SECRETARÍA DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001- 2006
PROGRAMA DE ACCIÓN: ADICCIONES
TABAQUISMO
MÉXICO

CENTROS DE APOYO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

CLÍNICA DE TABAQUISMO

LUNES A VIERNES DE 8:30 A 15:00 HRS.

CALZADA DE TLALPAN 4502, COLONIA SECCIÓN XVI, DELEGACIÓN TLALPAN

TELÉFONO 56.66.45.39 EXTENSIÓN 303

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

CLÍNICA DE TABAQUISMO

LUNES A VIERNES DE 8:30 A 15:30

PRIMER PISO DEL EDIFICIO DE GOBIERNO

AVENIDA SAN FERNANDO 22, COLONIA SECCIÓN XVI, DELEGACIÓN TLALPAN

TELÉFONO 56.28.04.00 EXTENSIÓN 388

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.

CIJ COYOACÁN

CLÍNICA DE TABAQUISMO

BERLÍN No. 30 COLONIA DEL CARMEN COYOACÁN

TELÉFONOS 55.54.49.85 Y 55.54.93.31

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL

III LEGISLATURA

DIPUTADOS

PLAZA DE LA CONSTITUCIÓN No. 7, COLONIA CENTRO

TELÉFONO 55.21.80.11